

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

**1. ¿Qué es?:** es un tratamiento hormonal para una situación de incongruencia de género (en la que existe una discrepancia entre sexo asignado al nacer y la identidad sexual, psíquica/ social, con la persona se identifica. En la actualidad no se ha descubierto cuál es el origen de esta disociación, pero sí se sabe que no está relacionado con trastornos psicopatológicos conocidos, en cuyo caso el tratamiento sería diferente. Se ha demostrado que las adecuaciones corporales conseguidas pueden mejorar la sensación de malestar y la calidad de vida de muchas personas con esta incongruencia.

**2. ¿Cómo se realiza?:** mediante la administración de testosterona. Las dosis y las pautas se adecuan a cada persona de forma individualizada. El tratamiento hormonal pretende reducir o eliminar la producción de sus actuales hormonas sexuales y administrar las hormonas sexuales necesarias para que se produzcan cambios corporales, de acuerdo al género al que siente identificado y dice que pertenece.

Antes del inicio, es aconsejable una evaluación y seguimiento conjunto psicológico-sexológico y endocrinológico, para descartar procesos concomitantes que pudieran distorsionar el procedimiento y que puedan también requerir de ayuda para que el acompañamiento que se realice en su tránsito sea lo más efectivo posible. Además, hay que descartar contraindicaciones del tratamiento hormonal. De esta forma se dispone de más información para evitar efectos indeseables.

**3. ¿Cuáles son sus riesgos?:** los estudios sobre aparición de estos efectos indeseables son escasos. Por ello la incidencia de estos efectos no es exacta: desaparición de los ciclos menstruales, disminución de la fertilidad, acné, aumento de vello corporal, tono de voz grave, aumento del peso; apnea de sueño, aumento del recuento de glóbulos rojos, alteraciones de los niveles de colesterol, ovarios poliquísticos, dolores en el bajo vientre y sangrados vaginales, hiperexcitación sexual, mayor impulsividad y cefalea. No hay datos exactos sobre efectos indeseables sobre la densidad mineral ósea, cáncer de mama y de endometrio-cervix (poco frecuentes). El incumplir las pautas terapéuticas que se indican, aumentando por cuenta del paciente la dosis y/o empleando fármacos distintos a los aconsejados, incrementa el riesgo de efectos secundarios. Todos estos riesgos aumentan también, si sigue manteniendo un consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

**4. Consecuencias previsibles de su realización:** las modificaciones que se van a producir en el organismo, aparecen de forma lenta y gradual, sin que se pueda precisar el tiempo necesario para complementar o completar el cambio, ni que los resultados finales vayan a coincidir con las expectativas que haya puesto en el tratamiento. Los cambios más destacados son el desarrollo de la masa muscular, modificaciones del tono de la voz, aumento de la vellosoidad corporal y la pérdida de las reglas.

**5. Consecuencias previsibles de su no realización:** las personas con incongruencia de género que están sufriendo disforia o malestar clínicamente significativo a las que se les reprime, prohíbe o limita la expresión de su identidad pueden ver deteriorada su calidad de vida y ser mas vulnerables. Tambien se ha descrito mayor tasas de comportamientos autolesivos.

**6. Alternativas:** no existen alternativas farmacológicas que igualen a la testosterona.

**7. Riesgos en función de su situación:** el empleo de testosterona en personas en las que se asocian otros procesos, o a dosis superiores a las indicadas puede ser más peligroso: fumar, obesidad, hipertensión, lípidos elevados, apnea de sueño, migrañas o una piel mas sensible. Si durante el tratamiento con testosterona se quedara embarazdo, el feto podría tener malformaciones

**Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes o que haya sufrido medicaciones actuales.**

**DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO**

**DATOS PACIENTE**

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		

**DATOS REPRESENTANTE LEGAL**

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA DE NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	---------------------	---------------

**DATOS PROFESIONAL**

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

**DECLARO que:**

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado

de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento. Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento

No autorizo la realización de este procedimiento

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente/su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada:

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente/su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN**

Manifiesto que por \_\_\_\_\_ razones \_\_\_\_\_ personales, \_\_\_\_\_ renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda darme mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en la parte anterior.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente/su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS**

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO:

NO AUTORIZO:

Paciente/ su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS**

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_