

# Conocimientos de las mujeres menopáusicas respecto a la terapia hormonal sustitutiva

Isabel Ruiz<sup>a</sup> / María José Bermejo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Escuela Andaluza de Salud Pública. Red de Investigación de Salud y Género. Granada.

<sup>b</sup>Departamento de Medicina Preventiva. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

*Correspondencia:* I. Ruiz Pérez. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Campus Universitario de Cartuja. Apartado de Correos 2070. 18080 Granada. España.

Correo electrónico: iisabel.ruiz.easp@juntadeandalucia.es

*Recibido:* 27 de marzo de 2003.

*Aceptado:* 20 de octubre de 2003.

(Knowledge of hormone replacement therapy among menopausal women)

## Resumen

**Objetivos:** Analizar la información que tienen las mujeres sobre la terapia hormonal sustitutiva (THS), de quién proviene esta información y cómo se relaciona con la prescripción.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal mediante encuesta telefónica. En relación con la THS, se recogió información sobre su prescripción, el conocimiento sobre la misma y las fuentes de información, sus beneficios y riesgos para la salud y el tipo y fuente de información sobre éstos.

**Resultados:** Se realizaron 371 entrevistas (el 80% de la muestra seleccionada originalmente). El 66% de las mujeres refería conocer los beneficios y el 42% los conocía a través de los profesionales sanitarios. El 36% de las encuestadas creía que la THS tenía riesgos para la salud. El 91% de las mujeres a las que se les prescribe este tratamiento refiere conocer sus beneficios, frente a sólo el 57% de las mujeres a las que no se les prescribe (*odds ratio* [OR] = 7,32; intervalo de confianza [IC] del 95%, 2,86-18,74). Los profesionales sanitarios son la principal fuente de información de estos beneficios entre las mujeres que reciben la prescripción (93%) (OR = 83,47; IC del 95%, 26,83-278,63). El 57% de las mujeres a las que se les prescribe este tratamiento refieren conocer sus riesgos, frente al 28% de las mujeres a las que no se les prescribe (OR = 3,11; IC del 95%, 1,59-6,05).

**Conclusiones:** Las mujeres a las que se les prescribe THS tienen un nivel de información superior. La inmensa mayoría de las usuarias menciona algún beneficio, pero un 43% refiere desconocer los riesgos que implica su uso. En cuanto a la fuente de información, los aspectos beneficiosos del tratamiento se conocen mayoritariamente a través de los profesionales sanitarios, mientras que los riesgos se conocen tanto a partir de los profesionales sanitarios como de los medios de comunicación.

**Palabras claves:** Terapia hormonal sustitutiva. Conocimiento. Beneficios. Riesgos.

## Abstract

**Objectives:** To analyze the information that women have on hormone replacement therapy (HRT), the sources of this information and how it is related to prescription.

**Methods:** We performed a cross-sectional study through a telephone survey. Information was collected on prescription of HRT, knowledge of HRT and of its health benefits, risks and type of risk, and sources of information.

**Results:** 371 interviews (80% of the original sample) were completed. 66% of the sample reported knowledge of the benefits of HRT and 42% learnt of them from health professionals. 36% thought that HRT could pose health risks. 91% of the women prescribed this treatment reported knowledge of its benefits compared with 57% of those not prescribed it (OR = 7.32; 95% CI, 2.86-18.74). Health professionals were the main source of information about these benefits among women prescribed HRT (93%) (OR = 83.47; 95% CI, 26.83-278.63). 57% of the women prescribed HRT reported knowledge of its risks compared with 28% of those not prescribed this therapy (OR = 3.11; 95% CI, 1.59-6.05).

**Conclusions:** Women prescribed HRT were better informed than those not prescribed this therapy. Among users, more than 90% mentioned some benefits, but 43% reported not knowing about its risks. Information on the benefits of HRT was mainly provided by health professionals whereas information on the risks was provided by both health professionals and the mass media.

**Key words:** Hormone replacement therapy. Knowledge. Benefits. Risks.

## Introducción

La terapia hormonal sustitutiva (THS) ha sido durante años la respuesta farmacológica a la necesidad de aliviar los síntomas específicos asociados a la disminución de estrógenos. Sin embargo, los resultados de varios estudios recientemente publicados no sólo cuestionan el papel preventivo de esta terapia, sino que además la asocian a ciertas enfermedades como el cáncer invasivo de mama, la enfermedad coronaria, el ictus y a embolia pulmonar<sup>1-4</sup>, lo que ha llevado a suspender uno de los ensayos clínicos más importantes realizados en este campo<sup>5</sup>.

La difusión de estos datos por los medios de comunicación ha provocado actitudes y comentarios contrapuestos. La revista *Annals of Internal Medicine* publicó un editorial en agosto de 2002 que en el título plantea «¿cómo nos hemos podido equivocar tanto?», en referencia a la THS<sup>6</sup>. En la misma línea, la US Preventive Services Task Force está modificando las recomendaciones sobre la THS en vista de los últimos datos<sup>7</sup>.

También en España la noticia ha tenido una enorme repercusión, tanto entre la población como en diferentes asociaciones científicas, pero la respuesta pública ofrecida desde diferentes instancias médicas ha sido, cuanto menos, contradictoria, y ha llegado incluso a cuestionar la validez de estos estudios<sup>8-11</sup>.

Lo cierto es que en plena efervescencia de la medicina basada en la evidencia, frente a opiniones de expertos —por otra parte con enorme influencia en los médicos prescriptores y en la población general—, ciertos artículos resultan demoledores, como los citados con anterioridad o el también recientemente publicado en la revista *New England Journal Medicine*, donde se pone de manifiesto que la THS no mejora la calidad de vida de las mujeres menopáusicas<sup>12</sup>.

Aunque se han publicado algunos trabajos sobre la frecuencia de uso de este tratamiento en la población española<sup>13-16</sup>, la prevalencia de la prescripción no ha sido tan estudiada en nuestro país<sup>16</sup>, y también se desconoce si a estas mujeres se les informa adecuadamente de los riesgos y beneficios que conlleva su uso. Diversos estudios realizados en otros países ponen de relieve que las mujeres tienen, en general, un conocimiento muy insuficiente sobre este tratamiento, a pesar de que desde hace años es frecuente la publicación de artículos científicos y de prensa sobre la THS<sup>17-19</sup>.

Ante las crecientes incertidumbres en torno a este tratamiento y hasta que nuevos resultados de otros ensayos en marcha inclinen la balanza hacia uno u otro lado, es necesario proporcionar una información detallada y veraz a la mujer para que ésta pueda realizar una elección informada.

El estudio que aquí se presenta forma parte de una investigación más amplia realizada sobre la prescripción de la THS en mujeres entre 45 y 65 años de edad atendidas en un centro de salud de Granada<sup>20</sup>. El objetivo de este trabajo es analizar la información que tienen las mujeres sobre la THS, de quién proviene esta información y cómo ésta se relaciona con la prescripción.

## Métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal mediante encuestas telefónicas en el mes de julio de 2002 a mujeres que habían sido atendidas alguna vez en el centro de salud La Chana de Granada. Todos los asistentes a dicho centro quedan registrados en una base de datos a partir de la cual, y mediante muestreo aleatorio simple, se extrajo una muestra de 463 mujeres entre 45 y 65 años de edad. Se calculó que para una proporción estimada de 0,5, aceptando un riesgo alfa de 0,05 y una precisión de 0,05 en un contraste bilateral, se precisaba una muestra aleatoria de 385 sujetos.

No se incluyó en el estudio a las mujeres con incapacidad física o psíquica para responder a un cuestionario telefónico, ni a las mujeres a quienes el médico les había dicho expresamente que tenían alguna contraindicación para el uso de THS. Las mujeres fallecidas, sin número de teléfono y con número incorrecto, eran sustituidas por las que ocupaban el siguiente puesto en el listado de la muestra original. Las no localizadas tras 3 llamadas efectuadas en distintas franjas horarias ( $n = 68$ ) eran consideradas pérdidas del estudio. Finalmente, se contactó con 395 mujeres, de las cuales 15 no cumplían criterios de inclusión y 9 no quisieron realizar la entrevista, completándose un total de 371 entrevistas (el 80,1% de la muestra original).

La recogida de información se llevó a cabo mediante un cuestionario expresamente diseñado para el estudio de la THS en mujeres en período climatérico<sup>16</sup>, que constaba de 35 preguntas. Además de las variables sociodemográficas y las características de la menopausia, la información analizada hace referencia a los conocimientos de las mujeres sobre la THS a través de las siguientes preguntas: ¿conoce qué es la terapia hormonal sustitutiva (tratamiento hormonal generalmente administrado en parches o pastillas y que se prescribe a algunas mujeres con síntomas relacionados con la menopausia)? (no/sí); ¿sabe si este tratamiento tiene beneficios para la salud? (no/sí); ¿qué tipo de beneficios? Las respuestas se clasificaron en las siguientes categorías: disminuye los sofocos (categoría de referencia), beneficios óseos, mejoría de los síntomas psí-

quicos, mejoría en general y otros; ¿dónde obtuvo esa información? (personal sanitario, medios de comunicación, familiares/amigos); ¿sabe si este tratamiento tiene algún tipo de riesgo? (no/sí); ¿qué tipo de riesgos? Las respuestas se clasificaron en las siguientes categorías: no sabe (categoría de referencia), cáncer, enfermedad cardiovascular, cáncer y enfermedad cardiovascular; ¿dónde obtuvo esa información? (personal sanitario, medios de comunicación, familiares/amigos).

Se realizó un análisis descriptivo de las variables cualitativas y cuantitativas. La relación entre cada una de las variables sobre la información y la prescripción de THS se estimó mediante análisis de regresión logística calculando la *odds ratio* ajustada (ORa) por las siguientes variables: edad, ingresos, situación laboral, menopausia, tipo de menopausia y síntomas relacionados con ésta, consideradas todas ellas como posibles variables de confusión. En las variables «fuente de información sobre los beneficios» y «fuente de información sobre los riesgos» se tomó a los familiares y amigos como categoría de referencia al considerar que disponían de menor información que el resto. El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS 9.0.

## Resultados

La edad media  $\pm$  desviación estándar (DE) de las mujeres fue de  $53,4 \pm 5,5$  años. El 71,4% no realizaba un trabajo remunerado, el 63,7% tenía un nivel de ingresos bajo y el 55,8 %, un nivel educativo medio (tabla 1).

El 63,1% (n = 234) de las mujeres de la muestra había tenido la menopausia, en el 14,1% de los casos

**Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres estudiadas**

		n	%
Edad (años)	45-53	188	50,7
	54-65	183	49,3
Situación laboral	Trabajo no remunerado	265	71,4
	Trabajo remunerado	106	28,6
Nivel socioeconómico <sup>a</sup>	Bajo	211	63,7
	Medio-alto	120	36,3
Nivel educativo <sup>b</sup>	Bajo	89	24,0
	Medio	207	55,8
	Alto	75	20,2

<sup>a</sup>Nivel socioeconómico: bajo (nivel de ingresos mensuales < 900 euros); medio-alto (nivel de ingresos mensuales > 900 euros).

<sup>b</sup>Nivel educativo: bajo (no sabe leer ni escribir, sin estudios); medio (estudios primarios, secundarios); alto (estudios superiores).

(n = 33) de causa quirúrgica. El 61,5% de ellas refirió presentar síntomas relacionados con la menopausia (n = 228). La prevalencia de prescripción de la THS en la población estudiada fue del 23,2%, y sólo un 8,6% seguía el tratamiento en el momento de la encuesta.

El 77,4% de las mujeres conocía la THS. El 66% decía conocer los beneficios de este tratamiento, y refería los siguientes como los más frecuentes: disminución de sofocos (36,8%), beneficios óseos (31,1%), mejoría de los síntomas psíquicos (11%) y sensación de mejoría general (13,7%). Casi la mitad de las mujeres (41,6%) recibía esta información a través de los profesionales sanitarios; el 36,3%, a través de familiares y/o amigos, y en un 17,4%, a través de los medios de comunicación. El 35,8% dijo conocer que la THS podría conllevar riesgos para la salud: el cáncer (57,3%) y las enfermedades cardiovasculares (10,7%) fueron las afecciones más nombradas. El 28,2% de las mujeres refirió haber obtenido esta información a través de los profesionales sanitarios; el 25,2%, de los medios de comunicación y el 31,5%, de familiares y/o amigos (tabla 2).

En la tabla 3 se muestra la relación existente entre la información sobre la terapia y su prescripción tras ajustar por edad, ingresos, situación laboral, menopausia, tipo de menopausia y síntomas relacionados con ésta. No hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto al conocimiento de la THS y su prescripción. El 90,7% de las mujeres a las que se prescribe este tratamiento refiere conocer sus beneficios, frente a sólo el 57,3% de las mujeres a las que no se prescribe (OR = 7,32; intervalo de confianza [IC] del 95%, 2,86-18,74). Los profesionales sanitarios son la principal fuente de información de estos beneficios entre las mujeres que reciben la prescripción (92,6%) (OR = 83,47; IC del 95%, 26,83-278,63); entre las mujeres a las que no se prescribe THS, los familiares y/o amigos y los medios de comunicación son la principal fuente de información (86,9%). Con mayor frecuencia, las mujeres a las que se ha prescrito tratamiento identifican un beneficio óseo (39,7%) y de mejora de los síntomas psíquicos (13,2%), mientras que el beneficio más frecuentemente identificado entre las mujeres a las que no se prescribe esta terapia es la disminución de los sofocos (41,8%). El 57,3% de las mujeres a las que se prescribe este tratamiento refiere conocer sus riesgos, frente al 28,2% de las mujeres a las que no se le prescribe (OR = 3,11; IC del 95%, 1,59-6,05). Los medios de comunicación son los principales divulgadores de estos riesgos entre las mujeres que reciben la prescripción (44,2%), mientras que entre las mujeres a las que no se prescribe son los familiares y/o amigos (43,3%). El 41,9% de las mujeres con prescripción identifica a los profesionales sanitarios como la principal fuente de información de los riesgos, frente a sólo el 18,3% de las mujeres sin prescripción (OR = 8,17; IC del 95%,

**Tabla 2. Conocimiento e información sobre los riesgos y beneficios de la THS de las mujeres estudiadas**

		n	%
Conocimiento de la THS	Sí	287	77,4
Beneficios para la salud	Sí	190	66,0
Tipo de beneficio	Disminuye los sofocos	70	36,8
	Beneficios óseos	59	31,1
	Mejoría general	26	13,7
	Mejora los síntomas psíquicos	21	11
	Otros	14	7,4
Fuente de información sobre los beneficios	Profesional sanitario	79	41,6
	Familiares/amigos	69	36,3
	Medios de comunicación	33	17,4
	Gente de la calle	9	4,7
Riesgos para la salud	Sí	103	35,8
Tipo de riesgos	Cáncer	59	57,3
	No sabe	23	22,3
	Enfermedades cardiovasculares	11	10,7
	Cáncer y enfermedades cardiovasculares	10	9,7
Fuente de información sobre los riesgos	Familiares/amigos	32	31,1
	Profesional sanitario	29	28,2
	Medios de comunicación	26	25,2
	Prospecto	16	15,5

**Tabla 3. Diferencias en el conocimiento de beneficios y riesgos de la THS entre las mujeres a las que se les prescribió la terapia y aquellas que no (n = 371)**

		THS sí	THS no	OR (IC del 95%)	ORa (IC del 95%)
Conocimiento de la THS	No	11 (12,8%)	73 (25,6%)		
	Sí	75 (87,2%)	212 (74,4%)	2,34 (1,18-4,66)	1,54 (0,72-3,32)
Beneficios para la salud (n = 75)	No	7 (9,3%)	91 (42,7%)		
	Sí	68 (90,7%)	122 (57,3%)	7,24 (3,17-16,51)	7,32 (2,86-18,74)
Tipo de beneficio (n = 68)	Disminuye los sofocos	19 (27,9%)	51 (41,8%)		
	Beneficios óseos	59 (39,7%)	32 (26,2%)	2,26 (1,02-5,05)	2,38 (0,98-5,78)
	Mejora los síntomas psíquicos	21 (13,2%)	12 (9,8%)	2,01 (0,65-6,21)	2,69 (0,79-9,17)
	Mejoría general	14 (4,4%)	11 (9%)	0,73 (0,14-3,31)	0,27 (0,45-1,71)
	Otros	26 (14,7%)	16 (13,1%)	1,68 (0,58-4,80)	1,83 (0,55-6,06)
Fuente de información sobre los beneficios (n = 68)	Familiares/amigos/medios de comunicación	5 (7,3%)	106 (86,9%)		
	Profesional sanitario	63 (92,6%)	16 (13,1%)	83,47 (26,84-279,66)	86,47 (26,83-278,63)
Riesgos para la salud (n = 75)	No	32 (42,7%)	153 (71,8%)		
	Sí	43 (57,3%)	60 (28,2%)	3,42 (1,98-5,91)	3,11 (1,59-6,05)
Tipo de riesgos (n = 43)	No sabe	4 (9,3%)	19 (31,7%)		
	Cáncer	29 (67,4%)	30 (50%)	0,59 (0,13-2,60)	7,11 (1,64-30,71)
	Enfermedades cardiovasculares	4 (9,3%)	7 (11,7%)	1,55 (0,34-7,44)	4,36 (0,48-39,63)
	Cáncer y enfermedades cardiovasculares	6 (14%)	4 (6,7%)	0,22 (0,05-0,80)	8,62 (1,21-61,31)
Fuente de información sobre los riesgos (n = 43)	Familiares/amigos	6 (14%)	26 (43,3%)		
	Medios de comunicación	19 (44,2%)	23 (38,3%)	3,58 (1,10-12,16)	4,61 (0,87-24,32)
	Profesional sanitario	18 (41,9%)	11 (18,3%)	7,09 (1,95-27,20)	8,17 (1,41-47,21)

OR: *odds ratio*; ORa: *odds ratio* ajustada por las siguientes variables: edad, nivel de ingresos, situación laboral, menopausia, tipo de menopausia y síntomas; IC: intervalo de confianza

1,41-47,21). El tipo de riesgo más identificado por las mujeres a las que se ha prescrito el tratamiento es el cáncer (el 67,4 frente al 50%) (OR = 7,11; IC del 95%,

1,64-30,71), seguido del cáncer más las enfermedades cardiovasculares (el 14 frente al 6,7%) (OR = 8,62; IC del 95%, 1,21-61,31).

## Discusión

La recogida de información para este trabajo coincidió con la amplia difusión en los medios de comunicación de la interrupción del ensayo clínico WHI, debido a que los riesgos de la terapia hormonal combinada superaron los beneficios tras 5,2 años de seguimiento en mujeres posmenopáusicas<sup>5</sup>. No es posible conocer en qué medida esto influyó en las respuestas de las mujeres, aunque algunos de los resultados de este trabajo parecen indicar una escasa influencia, como es el hecho de que sólo 11 mujeres mencionaran el riesgo de carácter cardiovascular, uno de los resultados de los ensayos clínicos HERS y WHI más difundidos.

La prevalencia de prescripción fue del 23,2%, inferior a la de otros países como Francia (55%)<sup>14</sup>, Bélgica (67%)<sup>21</sup>, Dinamarca (33,4%)<sup>22</sup>, Finlandia (55%)<sup>23</sup> o Noruega (43,9%)<sup>24</sup>. La frecuencia de consumo fue del 8,6%, superior al 3,4% obtenido por Benet en 1999<sup>16</sup>.

Algunos trabajos efectuados en otros países han abordado el conocimiento que tienen las mujeres con relación a este tratamiento. Sólo el 54,2% de las mujeres canadienses conocían los beneficios/riesgos o los efectos secundarios de este tratamiento<sup>17</sup>; también se recoge un conocimiento escaso acerca de la THS y sus efectos en mujeres americanas<sup>25</sup>. En España, el estudio de Martínez (1994) en Lugo<sup>13</sup> ponía de manifiesto que sólo la mitad de las mujeres menopáusicas conocían este tratamiento.

En este trabajo, la mayoría de las mujeres declaró conocer la THS, aunque hay un 12,8% de mujeres que, aun habiendo recibido la prescripción, no conoce este tratamiento. Es evidente que las mujeres a las que se prescribe THS tienen un nivel de información superior a la de las que no se les prescribe; sin embargo, casi la mitad de ellas dice desconocer los riesgos que implica su uso, a pesar de la amplia difusión que los medios de comunicación dieron a la paralización del citado ensayo clínico, coincidiendo con la realización de este trabajo. Dado el diseño del estudio, son posibles dos tipos de explicaciones igualmente válidas. La primera es la mantenida de forma habitual en la bibliografía: a las mujeres más informadas se les prescribe más tratamiento quizá por la propia demanda de la mujer. La segunda explicación podría ser que la mujer sea informada tras serle prescrita la medicación. Esto último podría ser cierto en este estudio para los beneficios, pero no para los riesgos.

En cuanto a la fuente de información, los aspectos beneficiosos del tratamiento los transmiten mayoritariamente los profesionales sanitarios, mientras que los riesgos se conocen tanto a través de los profesionales sanitarios como de los medios de comunicación. Estos datos coinciden con lo aportado por otros estudios, donde la información procedía mayoritariamente de fuentes ajenas a las sanitarias<sup>13,26</sup>. Igualmente, en otros países, además de los médicos, las principales fuentes de acceso a la información son los medios de comunicación y los amigos<sup>17,27,28</sup>.

Por último, los tipos de beneficios y riesgos que refieren las mujeres reflejan algunos de los tópicos que se han mantenido en torno a la menopausia y a la THS. Hay un 11% de mujeres que considera que este tratamiento mejora los síntomas psíquicos, lo cual enlaza con la creencia de que la depresión es más frecuente en estos años. Sin embargo, ya en 1996 se publicó una revisión donde se ponía de manifiesto que no hay un incremento de la depresión tras la menopausia y que ésta tiene la misma frecuencia que en otras edades y las mismas características<sup>29</sup>. Las medidas terapéuticas a adoptar deberían ser, por tanto, las mismas. También llama la atención el escaso número de mujeres que identifican el riesgo cardiovascular; por el contrario, es muy prevalente la asociación de este tratamiento con el cáncer.

Tras la publicación de los estudios que ponían de manifiesto los importantes efectos secundarios de la THS, muchas voces se han alzado en nuestro país defendiendo la utilidad de estos tratamientos a corto plazo<sup>8</sup>. Es cierto que el ensayo citado se paralizó en mayo de 2002, tras 5,2 años de seguimiento, pero en la publicación se recogen resultados que no se pueden pasar por alto. Dos años después del inicio del ensayo ya se observaron pequeños pero consistentes efectos adversos en el riesgo cardiovascular y en el índice global, y a los 33 años del inicio se informó de un aumento de infarto de miocardio, ictus y trombosis venosa en el grupo tratado, aunque el balance riesgo/beneficio no estaba claro y se decidió continuar.

En resumen, no es el médico el que debe decidir de forma individualizada la prescripción de THS. Tendría que ser la propia mujer la que, tras ser informada de los riesgos y beneficios de esta terapia, realizase una elección informada. No todas las mujeres son iguales, no todas están dispuestas a asumir los mismos riesgos, ni siquiera los potenciales beneficios tienen el mismo impacto.

---

**Bibliografía**

1. Lacey JV Jr, Mink PJ, Lubin JH, Sherman ME, Troisi R, Hartge P, et al. Menopausal hormone replacement therapy and risk of ovarian cancer. *JAMA* 2002;288:334-41.
  2. Noller KL. Estrogen replacement therapy and risk of ovarian cancer. *JAMA* 2002;288:368-9.
  3. Humphrey LL, Chan BK, Sox HC. Postmenopausal hormone replacement therapy and the primary prevention of cardiovascular disease. *Ann Intern Med* 2002;137:273-84.
  4. Hulley S, Furberg C, Barrett-Connor E, Cauley J, Grady D, Haskell W, et al. HERS Research Group. Noncardiovascular disease outcomes during 6.8 years of hormone therapy: Heart and Estrogen/progestin Replacement Study follow-up (HERS II). *JAMA* 2002;288:58-66.
  5. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288:321-33.
  6. Laine C. Postmenopausal hormone replacement therapy: how could we have been so wrong? *Ann Intern Med* 2002;137:290-91.
  7. Canadian Task Force on Preventive Health Care, What's new? Review in progress: papers accepted for publication. Ottawa: Canadian Task Force on Preventive Health Care [documento electrónico] [consultado 13/03/2003]. Disponible en: <http://www.ctfphc.org>
  8. Anónimo. THS, sin riesgos a corto plazo, según la AEEM. *Jano On-line* [revista electrónica] [consultado 14/10/2002]. Disponible en: <http://www.doyma.es>
  9. Vilamor L. La terapia hormonal sustitutiva contra la menopausia no resulta cancerígena. *El Ideal*, Granada, 3-3-2003.
  10. Palacios S, Calaf J, Cano A, Parrilla JJ, y Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM). Relevancia de los resultados del estudio WHI para la atención de las mujeres menopáusicas. *Med Clin (Barc)* 2003;120:146-7.
  11. Pérez-López FR. Tratamiento hormonal de la menopausia: controversias, precisiones y perspectivas. *Med Clin (Barc)* 2003;120:148-55.
  12. Hays J, Ockene JK, Brunner RL, Kotchen JM, Manson JE, Patterson RE, et al. Effects of estrogen plus progestin on health-related quality of life. *N Engl J Med* 2003;348:1839-54.
  13. Martínez FJ, Varela E, Suárez S. Menopausia y terapia hormonal sustitutiva: prevalencia en el municipio de Lugo. *Aten Primaria* 1994;14:1052-6.
  14. Schneider HP. Cross-national study of women's use of hormone replacement therapy (HRT) in Europe. *Int J Fertil Womens Med* 1997;42(Suppl 2):365-75.
  15. Jolleys JV, Olesen F. A comparative study of prescribing of hormone replacement therapy in USA and Europe. *Maturitas* 1996;23:47-53.
  16. Benet Rodríguez M, Carvajal García-Pando A, García del Pozo J. Tratamiento hormonal sustitutivo en España. Un estudio de utilización. *Med Clin (Barc)* 2002;119:4-8.
  17. Coo H, O'Connor KS, Hunter D. Women's knowledge of hormone therapy. *Patient Educ Couns* 2001;15:295-301.
  18. Breslau ES, Davis WW, Doner L, Eisner EJ, Goodman NR, Meissner HI, et al. The hormone therapy dilemma: women respond. *J Am Med Assoc* 2003;58:33-43.
  19. Pan HA, Wu MH, Hsu CC, et al. The perception of menopause among women in Taiwan. *Maturitas* 2002;41:269-74.
  20. Bermejo MJ. Tesina Master de Salud Pública y Gestión Sanitaria. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2002.
  21. Rozenberg S, Kroll M, Vandromme J, Paesmans M, Lefever A, Ham H. Factors influencing the prescription of hormone replacement therapy. *Obstet Gynecol* 1997;90:387-91.
  22. Oddens BJ, Boulet MJ. Hormone replacement therapy among Danish women aged 45-65 years: prevalence, determinants, and compliance. *Obstet Gynecol* 1999;90:269-77.
  23. Vihtamaki T, Savilahti R, Tuimala R. Why do postmenopausal women discontinue hormone replacement therapy? *Maturitas* 1999;33:99-105.
  24. Bakken K, Eggen AE, Lund E. Hormone replacement therapy in Norwegian women, 1996-1997. *Maturitas* 2001;40:131-41.
  25. Appling SE, Allen JK, Van Zandt S, et al. Knowledge of menopause and hormone replacement therapy use in low-income urban women. *J Womens Health Gender Based Med* 2000;9:57-64.
  26. Valenzuela P, Pérez MD, Ponce A, Nieto A. Actitudes y conocimientos de la población femenina ante la menopausia y su tratamiento hormonal. *Rev Iberoam Fertil* 1994;11:55-9.
  27. Clinkingbeard C, Minton BA, Davis J, McDermott K. Women's knowledge about menopause, hormone replacement therapy (HRT), and interactions with healthcare providers: an exploratory study. *J Womens Health Gend Based Med* 1999;8:1097-102.
  28. Akong J, Hoon KN, Dial C. Hormone replacement therapy. Knowledge, attitudes and practices of women attending a gynaecology outpatient clinic Trinidad. *West Indian Med J* 2001;50:155-8.
  29. Nicol-Smith L. Casuality, menopause, and depression: a critical review of the literature. *BMJ* 1996;313:1229-32.
-