



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1997; 43 (1) : 33-38

Conocimiento y actitudes de la mujer peruana sobre climaterio y menopausia

JOSÉ PACHECO, JORGE SALVADOR

Coordinadores:

Tumbes: Milton Feijoo
Piura: Manuel Purizaca,
Rolando Vargas
Chiclayo: Juan Serrepe
Ica: José Pacheco

Trujillo: Antonio Iyo, José Alva
Lima: José Pacheco, Jorge Salvador
Tarapoto: Federico Tinta.

Rioja: Manuel Salvador
Jauja: Eliseo Mejía
Huancayo: Augusto Cam
Arequipa: Percy Bellido

Resumen

OBJETIVOS: Establecer a nivel nacional el nivel de conocimiento que tienen las mujeres sobre climaterio y menopausia y su actitud frente a la terapia hormona (TRH). **SUJETOS:** Mujeres peruanas mayores de 39 años. **DISEÑO:** Se realizó un estudio transversal, descriptivo, basado en el desarrollo de una encuesta tomada en diferentes ciudades del país. **RESULTADOS:** Muestran una población de elevada paridad, la mayoría con un fin estable, ama de casa, dependiente de la pareja y con grado bajo de instrucción. El 54% define la edad crítica por ausencia de regla, el 51,8% por presencia de síntomas, el 47,3% no identifica la causa. El 86% conoce los síntomas, siendo los más conocidos el bochorno y los síntomas neuropsiquiátricos; el 67,3% presenta síntomas. Si bien el 70,5% conoce que existe tratamiento, sólo 14,9% lo recibe, estando dispuesta a recibirlo el 90%; esta cifra disminuye al 57,3% cuando se habla de tratamiento hormonal. El 38,2% refiere temor al uso de hormonas y el 69,51% temor a salir gestando cuando reinicia el sangrado vaginal. El 75,6% piensa que debe participar el Estado y 68,7% desea saber más sobre los beneficios de la TRH. La mayoría piensa que son importantes los ejercicios físicos, la ingesta baja de sal, de grasa y de consumo de cigarro. Sólo el 17,5% ingiere leche en forma ocasional. **CONCLUSION:** Se necesita dar mayor información a la mujer peruana sobre la menopausia; se considera la participación del Estado.

Palabras claves: Menopausia, climaterio.

Summary

OBJECTIVES: To establish knowledge of Peruvian women on climacteric and menopause and their attitude towards hormonal therapy. **DESIGN:** Transversal, descriptive study based on a survey in different regions of Peru. **SUBJECTS:** Women over 39 years old **RESULTS:** High parity, stable union dependent housewife, and low grade of education were found fifty-four percent of patients define menopause by absence of periods, 51,8% by presence of symptoms and 47,3% do not identify the cause; 86% know symptomatology, specially hot flushes an neuropsychiatric symptoms, and 67,3% present them 70,5% know about treatment, only 14,9% receive it, 90% wish to receive it, but only 57,3% would accept hormones; 38,2% are afraid of hormones and 69,5% are afraid to conceive if vaginal bleeding returns; 75,6% believe government participation is necessary and 68,7% wish more information on hormona replacement therapy benefits. Most women think physical exercise, low salt and fat ingestion, and no smoking are important, but only 17,5% drink milk occasionally. **CONCLUSION:** The need to give information on menopause and its treatment to Peruvian women and the eventual government participation in this important aspect are emphasized.

Key words: Menopause, climacteric.



Introducción

Existen múltiples evidencias del beneficio de la terapia de reemplazo hormonal (TRH) en las pacientes con insuficiencia estrogénica, ya sea porque controla los síntomas vasomotores, neuropsiquiátricos, genitourinarios, cardiovasculares y osteomusculares o porque, a largo plazo, previene la osteoporosis y la enfermedad cardiovascular, producto de la alteración de los lípidos, estos dos últimos causantes del incremento de la morbimortalidad en este grupo de personas. 1-14

Si consideramos que todas las mujeres mayores de 40 años presentan o presentaran algún grado de déficit de estrógenos en corto plazo, será un numeroso grupo poblacional el que se beneficiará de este tratamiento. Según el último censo nacional del año 1993, este grupo es el conformado por aproximadamente dos millones y medio de mujeres, el cual se incrementará en los próximos años debido al aumento de la esperanza de vida y que los grupos de menor edad son numéricamente mayores^{7,15}. Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud muestran que, en pocos años, alcanzaremos la cifra mundial de 750 millones de mujeres postmenopáusicas, por lo cual es importante que este sector de la población sea el centro de atención de ginecólogos, endocrinólogos, cardiólogos, reumatólogos, epidemiólogos, psiquiatras, geriatras, entre otros.

Las comunicaciones internacionales describen porcentajes muy bajos de usuarias de la TRH, llegando a cifras que oscilan entre 7% y 27%^{14,16-23}; además, el abandono del tratamiento en el primer año es muy alto, variando entre el 15% y 75%. 1,21

Los trabajos que evalúan el tratamiento hormonal en las pacientes postmenopáusicas refieren que está fuertemente influenciado por aspectos culturales, económicos, psicológicos y sociales. Se ha encontrado que las mujeres que tienen mejor educación, clase social y conocimiento de menopausia son las que usarán más frecuentemente la TRH (16019). A nivel nacional no se encuentra trabajos que traten este problema.

El presente trabajo tiene como objetivo establecer el nivel de conocimiento sobre climaterio y menopausia y su actitud frente a la terapia de reemplazo hormonal (TRH), en las mujeres mayores de 40 años de nuestro país. Esto nos ayudará a poder definir estrategias que contribuyan a mejorar la calidad de vida de estas personas.

Tabla 1. Conocimiento y actitudes sobre climaterio y menopausia.
Mujeres mayores de 39 años (N=966)

Distribución por regiones		
Región	Frecuencia	%
Norte	415	42,9
Lima	212	22,0
Selva	139	14,4
Centro	177	12,1
Otros	83	8,6
Total	966	100%

Tabla 2. Características generales

Característica	Frecuencia	%
Edad (años)		
40-49	638	66,0
50-59	268	27,8
60-69	49	5,1
70-79	11	1,1
Paridad		
<3	242	25,0
3-5	449	46,5
>5	275	28,5
Estado civil		
Estable (Casada-Conviviente)	783	81,0
Soltera	60	6,2



Otro	123	12,7
Grado de instrucción		
Analfabeta	55	5,7
Primaria	328	34,0
Secundaria	320	33,0
Superior	263	27,2
Ocupación		
Ama de casa	638	66,0
Comerciante	186	19,3
Otro	142	14,7
Dependencia		
De la pareja	618	64,0
Independiente	186	19,2
Otro	162	16,8

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, transversal en base al desarrollo de una encuesta tornada a 966 pacientes mayores de 39 años, durante el año 1995, en diferentes ciudades de nuestro país, siendo del Norte (42,9%): Tumbes, Piura, Chiclayo y Trujillo; del Centro (12,1%): Jauja y Huancayo; del Sur (5,6%): Ica; de la Selva (14,4%): Tarapoto; así como en la ciudad de Lima (22%). Tabla 1.

- Criterios de inclusión:

1. Edad mayor de 39 años.
2. Estar lúcida y consciente.

- Criterios de exclusión:

1. Trastorno psiquiátrico.
2. Rechaza la entrevista.
3. Dificultad en el entendimiento (idioma, sordera)

GI	n	%
Analfabeta	18	17,0
Primaria incompleta	38	35,8
Primaria completa	28	26,4
Secundaria incompleta	14	13,2
Secundaria completa	8	7,5
Total	106	100,0

Grado de instrucción, el 17% fue analfabeta, el 75,5% tuvo algún grado de educación, que en su mayoría fue primaria. Solamente el 75% de mujeres tuvo educación secundaria y ninguna, educación superior (Tabla 3). La ocupación mayoritaria era de dedicación exclusiva al hogar (77,4%); el 22,6% restante trabajaba, además, fuera del hogar. El ingreso mensual que refirió el 49,1% fue menos de 500 soles mensuales y el 50,9% ingresos de 500 a 1000 soles mensuales. El lugar de procedencia del 45,3% fue los distritos céntricos de Lima, el 32,1% acudió de distritos periféricos y 22,6% de provincias.

La edad de la pareja varió de 42 a 81 años, con un promedio de 59,43 ± 8,9 años. El 94,3% de las parejas tenía educación, que en su mayoría fue primaria; 5,7% era analfabeta.



Antecedentes ginecoobstétricos:

La Tabla 4 muestra los antecedentes ginecoobstétricos de las pacientes estudiadas. El promedio de edad de la menopausia fue $45,2 \pm 4,5$ años, con un rango de 36 a 54 años. El promedio de relaciones sexuales en los 12 meses previos a la menopausia fue 2,6 veces por semana, con un porcentaje de 36,9% de relaciones sexuales satisfactorias. El promedio de relaciones sexuales disminuye significativamente luego de la menopausia, a 0,4 veces por semana ($p < 0,05$), al igual que el porcentaje de relaciones satisfactorias a 8,0% ($p < 0,05$).

N=106				
Antecedentes	Promedio	DS	Min	Max
Menarquia	13,1	2,5	10	17
Nro. Hijos	5,1	2,3	1	10
viven c/ madre	2,3	2,0	0	9
1ra. relac. sexual	17,6	3,9	12	28
Menopausia	45,2	4,5	36	54
RS premenopausica / sem	2,6	1,6	0,3	7
RS postmenopausic/ sem	0,4	0,5	0	3
Nro. RS última / semana	0,8	4,3	0	3

Antecedentes	n	%
Colpocervicitis	32	30,2
Cirugía previa	18	17,0
EPI	2	1,9
Total	52	49,1

El promedio de relaciones sexuales en la última semana previa a la encuesta fue 0,8 veces por semana.

Antecedentes patológicos:

El 49,1% de las encuestadas tuvo alguna patología previamente diagnosticada, el 30,2% tuvo colpocervicitis, el 17% de mujeres refirió cirugía pélvica, que en su mayoría fue cesárea. No refirió patología 50,9% (Tabla 5).

Costumbres sexuales:

El 77,4% de mujeres refirió tener caricias y juego pre relacionales sexuales. Sólo 35,8% iniciaba algunas veces la relación sexual, mientras que el 64,2 de las mujeres tenía relaciones sexuales con menstruación y 22,6% relaciones sexuales contranatura (Tabla 6).

Temores al tratamiento:

De las pacientes encuestadas, 369 (38,2%) creen que es malo recibir TRH. Los principales temores fueron cáncer, aumento de peso y vaho hepático. Tabla 6.

Creen que es malo reiniciar el sangrado debido a TRH 31,7%, existiendo el temor de salir embarazada en 69,5%. Tabla 6.



Tabla 6. Costumbres sexuales		
	n	%
Juego pre-sexual	82	77,4
RSCM	48	45,3
RSCN	24	22,6
Inician RS		
Alguna vez	38	35,8
Nunca	68	64,2

RSCM: relaciones sexuales con menstruación.
RSCN: relaciones sexuales contranatura.

Tabla 6. Temores al tratamiento		
	Frecuencia	%
<i>Temor a recibir TRH</i>	369	38,2
Cáncer	80	(21,6)
Aumento de peso	44	(12,0)
Daño hepático	24	(6,5)
Sangrado	23	(6,2)
<i>Temor al sangrado por TRH</i>	306	31,7
<i>Temor a la gestación</i>	671	69,5

Expectativas durante el climaterio y menopausia:

Cree que hay otros problemas de salud más importantes 49,7% de las entrevistadas. Sin embargo, 75,5% considera que el estado debe participar en el tratamiento. Tabla 7.

El 68,7% desea saber más sobre los beneficios de TRH y 59% piensa que es caro el costo del tratamiento. Tabla 7.

Tabla 7. Expectativas		
	Frecuencia	%
1. Hay otros problemas de salud más importantes.	480	49,7
2. Debe participar el Estado.	731	75,6
3. Desean saber más sobre los beneficios de TRH.	664	68,7
4. Costo del tratamiento		
Caro	570	59,0
Barato	158	16,4
No sabe	238	24,6

Tabla 8. Hábitos y costumbres		
	Frecuencia	%
<i>Cree que es importante:</i>		
Ejercicios físicos	506	52,4
Baja ingesta de sal	803	83,1
Baja ingesta de grasa	807	83,5
El cigarrillo es perjudicial	887	91,8
<i>Hábitos:</i>		
Ingieren alcohol (ocasional)	743	77,0
Ingieren leche	169	17,5
Consumen cigarrillo	71	7,4



Hábitos y costumbres durante el climaterio y menopausia:

La mayoría considera importante disminuir la ingesta de sal (83,1%), disminuir la ingesta de grasas (83,5%) y que el cigarrillo es perjudicial (91,8%). El 52,4% piensa que es importante mantener la actividad física. Tabla 8.

Ingeren alcohol 743 personas (77%), la mayoría lo hace en forma ocasional. Ingerían leche 169 (17,5%), la mayoría de manera ocasional. De las 966 pacientes entrevistadas, 7,4% fuman. Tabla 8.

Fuentes de información:

Recibieron algún tipo de información 47,1% de las encuestadas.

Las principales fuentes lo constituyen los médicos, la televisión y los amigos. Tabla 9.

Tabla 9. Información		
	Frecuencia	%
<i>Recibieron información</i>		
No	499	51,7
Si	455	47,1
<i>Fuente de información</i>		
Amigos	143	(31,4)
Revistas, periódicos, libros	89	(19,6)
Radio	67	(14,7)

Discusión

El climaterio es la fase transicional de la mujer entre la madurez reproductiva y la pérdida gradual de la función ovárica 5,7, siendo la menopausia el último periodo menstrual, que marca el cese fisiológico de la función normal y cíclica del ovario^{24,25}. A medida que aumenta la expectativa de vida, aumenta también el número de mujeres que vivirán más allá de la menopausia, es decir, en insuficiencia de estrógenos, lo cual causa numerosas alteraciones degenerativas en el organismo femenino. Estas pueden producir molestias desagradables e incluso incapacitantes, que pueden ser evitadas con un tratamiento adecuado^{1-3,10,11,13,14,18,25}. Se sabe que el uso y mantenimiento de la terapia hormonal depende de la educación, del nivel socioeconómico y del nivel de conocimiento que se tenga sobre climaterio y menopausia.

Nuestros resultados muestran una población con elevada paridad, inadecuado nivel educativo, siendo la mayoría amas de casa que dependen de la pareja, características propias de un país en vías de desarrollo, tal como es el nuestro.

La mitad de las encuestadas define climaterio y menopausia por la presencia de síntomas o por ausencia de regía. Sólo la mitad reconoce su causa, mostrando que en nuestra población existe una inadecuada información acerca de este problema; de allí que la mitad de la población no lo considera un problema de salud.

Si bien casi todas refieren conocer los síntomas, el más mencionado fue el bochorno; esto coincide con lo encontrado por otros autores^{19,24}, que los síntomas vasomotores son los más frecuentes (bochorno, sudoración y palpitaciones).

Es importante destacar que, dentro de los síntomas más conocidos, están los del tipo neuropsiquiátrico, siendo notoria la importancia del aspecto psicológico que rodea a esta enfermedad en nuestra población.

Se encontró una alta presencia de síntomas (67,3%) resaltando nuevamente los síntomas vasomotores y neuropsiquiátricos. La deficiencia de estrógenos, que ocurre durante el climaterio y la menopausia, ocasiona signos y síntomas inmediatos y tardíos que pueden ser motivo, de molestia y de preocupación; la identificación de ellos puede resultar compleja, especialmente en su fase inicial (35 a 40 años).

En cuanto al tratamiento, la mayoría tenía conocimiento de su existencia (70,5%), cifra similar a la encontrada por Blumel.¹⁹ A pesar de ello, sólo se encontró 14,9% de usuarias de TRH, cifra que es muy baja cuando se compara con el grado de conocimiento de la existencia de tratamiento y de presencia de síntomas, pero que es



semejante a lo descrito (7%-27%) por otros autores.^{14,16-23} manifiesta el grado de desprotección en el cual se encuentra nuestra población frente al déficit de estrógenos. A pesar de ello, el estudio muestra la gran disposición para recibir tratamiento (90%), Pero cuando se habla de terapia hormonal, la aceptación del tratamiento disminuye hasta un 57,3% siendo este grupo el que rápidamente puede beneficiarse de recibir hormonoterapia. El rechazo de una parte de la población es debida principalmente a los temores relacionados al efecto oncogénico de las hormonas y al temor de salir gestando al reaparecer el sangrado vaginal periódicamente. Estos resultados coinciden con lo encontrado por otros autores, quienes mencionan que el sangrado es la principal razón para no completar los tratamientos, lo que es una manifestación del desconocimiento de las alternativas para evitar estos problemas.^{1,29} Llama la atención el temor a la gestación de un grupo importante de las encuestadas (69,5%), lo cual es otra muestra de la falta de conocimiento del problema.

La mayoría confía en su médico para la determinación del tiempo de tratamiento, existiendo un pequeño grupo que estaría dispuesto a recibir TRH de por vida. En la literatura se destaca la gran importancia del médico en la orientación del paciente²⁰, siendo importante que el médico informe del real significado del déficit de estrógenos y explique los resultados de un manejo adecuado.

Un grupo importante de las entrevistadas (44%) tenía algún conocimiento de los beneficios de la hormonoterapia, cifra semejante a lo descrito por Garton³⁴. Sin embargo, existe poco conocimiento del efecto benéfico de la TRH sobre el sistema óseo y el aparato, cardiovascular. Epidemiológicamente, después de los 50 años, las fracturas se duplican cada 8 años. Esto cobra importancia conforme la mujer viva más, lo cual está ocurriendo en nuestro país. Estos estudios también muestran que las mujeres sobre 50 años presentan un incremento dramático de enfermedad cardiovascular, constituyéndose en la más importante causa de muerte en esta etapa de la vida (53% de todas las causas de muerte). Diversos estudios prospectivos parecen demostrar una reducción de más del 50% del riesgo relativo a mortalidad cardiovascular para las mujeres tratadas con estrógenos y progestágenos.

En cuanto a las expectativas, el 49,7% de las pacientes entrevistadas considera que existen otros problemas de salud más importantes que la menopausia. Pero resaltan la importancia de la ayuda del estado para la solución de este problema, probablemente porque consideran caro, el tratamiento.

Además, el 68,7% desea mayor información sobre TRH. Si bien la mayoría de las pacientes resta importancia al climaterio y menopausia, probablemente porque consideran que es un evento natural en su vida, están conscientes de que necesitan ayuda.

Esto es favorable, especialmente si se desea desarrollar un programa educativo.

Se sabe que la osteoporosis es más frecuente en las mujeres de razas caucásica y oriental. También se observa más en la mujer delgada, menuda, nulípara, fumadora, de vida sedentaria, con alta ingesta de carne rojas, café, alcohol y sal, siendo los últimos también factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares. Por lo tanto, es importante dentro del manejo recomen dar actividad física, ingesta adecuada de calcio (1,5 g de calcio elemental diario), dieta baja en carnes rojas sal, alcohol y evitar el cigarro^{6,8,11}. En nuestro estudio la mayoría de encuestadas consideró importante la actividad física, la ingesta baja de sal, la ingesta baja de grasa y el no fumar. Pero la ingesta de leche fue deficiente, lo que muestra el bajo aporte de calcio en la dieta de nuestras pacientes, especialmente si consideramos que una taza (240 ml) de leche contiene 275 a 30 mg de calcio. De allí la necesidad de fomentar una dieta adecuada y un estilo de vida con hábitos que contribuyan a evitar estos problemas.

La información sobre climaterio fue recibida principalmente a través de los médicos, la televisión y lo amigos. Esperábamos que la televisión sea la principal fuente de información, ya que es el medio de comunicación predominante en nuestra población. Es probable que no se está dando importancia a los programa educativos respecto a este tema.

Los resultados muestran a una población de grado de instrucción bajo, elevada paridad, dependiente de la pareja, que tiene escaso conocimiento de los problemas que pueden ocurrir durante el climaterio y la menopausia. Si bien algunas conocen que existe tratamiento, estando dispuesta a recibirlo, presentan gran temo al uso de hormonas, desconociendo sus beneficios, por lo cual existe una tasa muy baja de uso de TRH.

El presente estudio trata de realizar un diagnóstico situacional del problema a nivel nacional, ya que no existe bibliografía al respecto. En esta población, lo tratamientos a largo plazo no son aceptados con facilidad.

La mejoría rápida condiciona el pronto abandono de tratamiento.

El nivel educativo bajo condiciona temores infundados y la presencia de hábitos nocivos que son difíciles de erradicar.



Los ancianos están con frecuencia desprotegidos por la familia o la comunidad y las instituciones de salud no brindan el apoyo suficiente. De allí la necesidad de establecer programas que se adecúen a las necesidades de nuestra población, donde la carencia de recurso económicos es frecuente, siendo necesaria la participación del Estado. Es obligación del médico informar sobre todos los aspectos a este grupo etáreo, hacerles entender que la salud es un derecho y no un evento inexorable en el proceso de envejecimiento. En forma sucinta, se debe explicar a las personas los aspectos positivos de la terapia de sustitución. Del mismo modo es importante explicar los efectos que se pueden presentar con el tratamiento, especialmente el sangrado vaginal, el cual puede causar malestar y/o incertidumbre, si no ha sido explicado con anticipación.

Referencias bibliográficas

1. De Blanco M, Bruce E, Bossemeyer R. Terapia de reemplazo hormonal. XIV Congreso Mundial sobre Fertilidad y Esterilidad. Wyeth Ayerst Internacional, Inc. EE. UU. 1993.
2. Dolan W, Gifford R, Beljan J, et al. Estrogen replacement in the menopause. JAMA 1983; 249: 359-61.
3. Lufkin E, Carpenter P, Ory S, et al. Estrogen replacement therapy: current recommendations. Mayo Clinic Proc 1988; 63: 453-60.
4. Belchetz P. Hormonal treatment of postmenopausal women. N Engl J Med 1991; 330 (15): 1062-71.
5. Pacheco J. Manejo actual del climaterio y la menopausia medicina al día 1993; 2: 25-31.
6. Vassilopoulou R, Zolinski C. Estrogen replacement therapy in women with breast cancer: a survey of patient attitudes. Am J Med Sci 1992; 304 (3): 145-9.
7. Pacheco J. Climaterio y menopausia. Ginecol Obstet Peru 1994; 40: 6-25.
8. Baurer D, Browner W, Cauley J, et al. Factors associated to bone mass in advanced age women limbs. Ann int med 1993; 118: 657-65.
9. Calderón R. Impacto cardiovascular del climaterio. Ginecol Obstet Peru 1994; 40: 28-30.
10. Matthews K, Meilahn P, Kuller L, et al. Menopause and risks factors for coronary heart disease. N Engl J Med 1989; 321: 641-6.
11. Cummings S. Should perimenopausal women be screened for osteoporosis? Ann Int med 1986; 104: 817-23.
12. Gambacciani M, Spinetti A, De Simone L, et al. Las contribuciones relativas de la menopausia envejecimiento a la osteopenia vertebral postmenopáusica. Menopause digest 1994; 4: 17-20.
13. Christiansen C. The different routes of administration and the effect of hormone replacement therapy on osteoporosis. Fertil Steril 1994; 62: 152s-6s.
14. Hammond C. Women's concerns with hormone replacement therapy - compliance issues. Fertil Steril 1994; 62: 157s-60s.
15. INEI. República del Perú. Censo nacional de población y vivienda. 1993; pág.11-48.
16. Sinclair H, Bond C, Taylor R. Hormone replacement therapy: a study of women's knowledge and attitudes. Brit J Gen Pract 1993; 43 (374): 365-70.
17. Hulka B. Links between hormone replacement therapy and neoplasia. Fertil Steril 1994; 62: 168s-75s.
18. Lobo R, Speroff L. International consensus conference on postmenopausal hormone therapy and the cardiovascular system. Fertil Steril 1991; 62: 176s-80s.
19. Blumel J, conocimientos y creencias del efecto de la menopausia y de la terapia estrogénica sobre la salud: estudio en mujeres beneficiarias del hospital Barros Luco Trudeau. Rev Chil Obstet Ginecol 1994; 59(1):10-6.
20. Von-Muhlen D. A community based study of menopause symptoms and estrogen replacement in older women. Maturitas 1995; 22(2): 71-8.
21. Cano A. Compliance to hormone replacement therapy in menopausal women controlled in third level academic center. Maturitas 1994; 20: 91-9.
22. Collins A. Reproductive health, use of estrogen and experience of symptoms in perimenopausal women: a population-based study. Maturitas 1994; 20: 101-11.
23. Palinkas L. Estrogen use and depressive symptoms in postmenopausal women. Obstet Gynecol 1992; 80(1): 30-6.



24. Fischer S. Tratamiento hormonal en la menopausia. Bol Hosp Viña del Mar 1989; 45: 39-42.
25. Charles A. Tratamientos de suplencia estrogénica después de la menopausia. Trib Med. (Bogotá) 1989; 80(6): 291-3.
26. Haines C. The perception of the menopause and the climacteric among women in Hong Kong and southern China. Rev Med 1995; 24(3): 245-8.
27. Hunter M. Intentions to use hormone replacement therapy in a community sample of 45-year-old women. Maturitas 1994; 20(1): 13-23.
28. Garton M. The climacteric, osteoporosis and hormone replacement; views of women aged 45-49. Maturitas 1995.
29. Abraham S. Australian women's perceptions of hormone replacement therapy over 10 years. Maturitas 1995; 21: 91-95.