

**ORIGINAL**

## DIFERENCIAS SOCIALES DE LA DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN LAS MUJERES TRABAJADORAS DE UNA UNIVERSIDAD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Ulises Trejo Amador (1), José Arturo Granados Cosme (2), Luis Ortiz Hernández (2) y Guadalupe Delgado Sánchez (2).

(1) Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal (México).

(2) Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (México).

### RESUMEN

**Fundamento:** En México el cáncer cérvicouterino (CACU) es una de las principales causas de muerte en mujeres; sin embargo, se ha encontrado una baja participación en los programas de su detección oportuna (DOCACU). El objetivo de este estudio fue describir los determinantes sociales del conocimiento sobre el cáncer cérvicouterino y la realización de la detección oportuna estableciendo las diferencias sociales que al respecto muestra una población de mujeres trabajadoras de una universidad pública de México.

**Métodos:** Se realizó un estudio transversal analítico. Entre marzo y abril de 2003 se aplicó una encuesta a una muestra representativa de las trabajadoras que laboraban en una universidad pública (n=228), 110 eran académicas (AC) y 118 administrativas (AD). Se eligió esta población por su elevada diferenciación socioeconómica en función del puesto laboral (AC vs. AD), esto permitió evaluar la influencia de la desigualdad social sobre las conductas en salud. La encuesta exploró tres aspectos: condiciones de vida, conocimiento del CACU y DOCACU.

**Resultados:** Las mujeres académicas mostraron mayores niveles de ingreso, escolaridad, conocimiento del CACU y DOCACU que las administrativas. El ingreso y la escolaridad se relacionaron positivamente con el conocimiento sobre el cáncer cérvicouterino, la realización de detección oportuna se relacionó con este último.

**Conclusiones:** La desigualdad socioeconómica entre las mujeres estudiadas se reflejó en diferencias en el grado de conocimiento y en la práctica de la detección oportuna. Estas diferencias se asocian, sobre todo, a las diferencias en el grado de escolaridad.

**Palabras clave:** Cáncer cérvicouterino. Condiciones sociales. Desigualdad social. Estilo de vida. Factores socioeconómicos.

### ABSTRACT

#### Social Differences in Proper Detection of Cervical Uterine Cancer among Employees at a University in Mexico City

**Background:** In Mexico, cervical uterine cancer (CUC) is one of the leading causes of death among women, however a low degree of participation in the early detection programs has been found. This study is aimed at describing the social determinants of knowledge related to cervical uterine cancer and proper testing being conducted by establishing the social differences with regard thereto among a population of female employees at a public university in Mexico.

**Methods:** An analytical cross-sectional study was made. During the March-April 2003 period, a survey was conducted of a representative sample of the female employees who were working at a public university (n=228), 110 of whom were professors (PF) and 118 administrative staff (AS). This population was chosen due to the major socioeconomic differentiation thereof in terms of their job positions (PF versus AS), thus affording the possibility of evaluating the bearing social inequality has on health-related behavior. The survey explored three aspects: living conditions, knowledge of CUC and of proper cervical uterine cancer detection testing.

**Results:** The female professors showed higher levels of income, schooling and knowledge of CUC and of cervical uterine cancer detection testing than the administrative staff. Income and schooling were positively related to the knowledge regarding cervical uterine cancer, cervical uterine cancer detection testing being related to the latter.

**Conclusions:** Socioeconomic inequality among the women studied was reflected in differences in the degree of knowledge and in cervical uterine cancer detection testing being undergone. These differences are associated, above all, to the differences in the level of schooling.

**Key words:** Cervical cancer. Social conditions. Inequalities. Socioeconomic factors. Life style. socioeconomic level.

Correspondencia:  
José Arturo Granados Cosme.  
Maestría en Medicina Social  
Universidad Autónoma Metropolitana  
Calz. del Hueso 1100  
Col. Villa Quietud 04960  
Coyoacán  
México, DF  
Correo electrónico: jcosme@correo.xoc.uam.mx

## INTRODUCCIÓN

Algunos tipos de cáncer son curables si se detectan oportunamente. El cáncer cérvicouterino (CACU) es uno de los que más pueden beneficiarse con su detección temprana. Las neoplasias son la primera causa de muerte en mujeres en México<sup>1,2</sup> ocupando uno de los primeros lugares de América Latina en mortalidad por CACU. En este país el CACU es la primera causa de muerte en mujeres mayores de 45 años<sup>3</sup>, afecta más a las mujeres entre 45 y 64 años de edad, mostrando una mayor morbimortalidad en la sexta década de vida<sup>4,5</sup>. Además, la tasa de mortalidad por CACU en México ascendió a 18,2 por 100.000 mujeres mayores de 24 años en 2003, en el Distrito Federal dicha tasa ascendió a 13,6. Estudios preliminares muestran que estos datos se han mantenido<sup>6</sup>. Los datos anteriores muestran que el CACU tiene un gran peso en los perfiles de morbimortalidad en México y que representa uno de los principales retos para los servicios médicos.

Mientras que en los países nórdicos la cobertura de los programas de prevención del CACU son cercanas al 100%<sup>7</sup>, en México es apenas del 46,9% y en el Distrito Federal es del 20,8%<sup>5</sup>. En este país el término detección oportuna de CACU (DOCACU) se refiere a la práctica periódica de citología del cuello uterino, cuya cobertura en las mujeres susceptibles resulta un buen indicador para valorar el alcance de los programas de detección<sup>8</sup>, permitiendo además estudiar la relación entre información y prácticas preventivas.

Dada la importancia del CACU el gobierno mexicano, a través de la Secretaría de Salud, instrumenta el Programa Nacional de DOCACU y prescribe una Norma Oficial Mexicana (NOM-014-SSA2-199422) con la que uniforma y reglamenta los procedimientos clínicos y administrativos al que están sujetos todos los servicios médicos del país. No obstante su carácter normativo y nacional, dicho programa no ha conseguido los

resultados deseables. Estudios comparativos han encontrado coberturas desiguales asociadas a diferencias socioeconómicas y problemas territoriales, así como otros obstáculos para el acceso a los servicios públicos<sup>9-15</sup>.

Diversas investigaciones en México, Estados Unidos e Inglaterra relacionan la baja cobertura de DOCACU con: a) conductas individuales<sup>9, 11-12, 14, 16-18</sup>; b) condiciones sociales<sup>9, 12, 14, 16-18</sup>; c) deficiencias en los servicios médicos<sup>12, 19</sup> y, d) deficiencias en la información<sup>9, 14</sup>. En el primer grupo de estudios se han resaltado: el número de parejas sexuales, de infecciones del aparato reproductivo y la ausencia de conductas preventivas<sup>20</sup>. En el segundo grupo se ha destacado la influencia de la escolaridad<sup>9</sup>, la distancia del domicilio a los servicios médicos<sup>14</sup>, los ingresos económicos, el coste de la prueba<sup>9</sup> y el trabajo doméstico<sup>12</sup>. En cuanto a la información deficiente, ésta se asocia con prácticas inadecuadas de DOCACU<sup>9,14</sup>, cobrando especial importancia la información que se recibe del personal médico<sup>12,19</sup> y el conocimiento sobre la utilidad de la prueba de detección<sup>10</sup>.

Otros estudios han encontrado que factores como la raza derivan en diferencias sociales para la participación de las mujeres en los programas de DOCACU. Por ejemplo, la población latina muestra coberturas más bajas<sup>17</sup> que las anglosajonas<sup>19</sup>, otros factores asociados son el historial de síntomas ginecológicos y el uso de métodos anticonceptivos<sup>12</sup>.

En la explicación de la falta de prácticas preventivas en salud existen diversas posturas. Una corriente enfatiza la noción «estilos de vida» que, según la Organización Mundial de la Salud, se refiere a «los patrones de conducta que han sido elegidos de las alternativas disponibles para la población, de acuerdo a su capacidad para elegir y sus circunstancias socioeconómicas»<sup>21</sup>; el uso de esta noción ha perdido consistencia y frecuentemente ha sido reducido a las elecciones

nes individuales<sup>22</sup> devaluando el papel determinante de las condiciones materiales de existencia que son las que configuran los límites de las opciones<sup>23</sup>. Desde una corriente biológica se considera que si se les dispone de información correcta y suficiente los individuos tienen posibilidades de realizar elecciones acertadas sobre su vida cotidiana, así como modificar sus hábitos y prácticas en salud. En esta perspectiva basta con proveer de información sobre los riesgos a la salud y que la población cuente con la escolaridad suficiente para comprender y poner en práctica el conocimiento que se le ofrece. De hecho, el Programa Nacional de DOCA-CU se basa primordialmente en difundir información, según se puede identificar en la Norma Oficial Mexicana para la Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino y Mamario en la Detección Primaria (NOM-014-SSA2-1994)<sup>24</sup>.

En una corriente más sociológica se plantea que los individuos no están en posibilidades de hacer elecciones libres en salud en tanto no satisfagan antes otras necesidades que tienen que ver con sus condiciones generales de vida. En ese sentido, la modificación de las conductas en salud es más compleja y requiere de más recursos que información y escolaridad. En esta perspectiva los sujetos sólo se interesan por informarse, cambiar sus hábitos y prevenir la enfermedad, cuando han dejado de ocuparse por obtener los medios materiales para la reproducción de su unidad doméstica. Estudios que analizan la relación entre las condiciones de vida con las condiciones de salud, han documentado que la desigualdad social incluye no sólo las diferencias en daños a la salud, sino además en el acceso a los servicios médicos<sup>25-26</sup>. Este enfoque enfatiza la necesidad de abordar las condiciones de vida en el estudio de las prácticas de prevención<sup>27-28</sup>. Es indispensable además caracterizar la relación entre las condiciones de vida y los estilos de vida, ubicándolos en su justa dimensión; para este propósito resulta idóneo el estudio de la pre-

vención del CACU, lo cual puede contribuir a conocer mejor los obstáculos para su detección oportuna y mejorar los programas.

El objetivo de este estudio fue describir los determinantes sociales del conocimiento sobre el cáncer cérvicouterino y la realización de la detección oportuna estableciendo las diferencias sociales que al respecto muestra una población de mujeres trabajadoras de una universidad pública de México.

## SUJETOS Y MÉTODO

Se realizó un estudio transversal analítico. Se escogió una población con diferencias socioeconómicas importantes, como las que existen entre trabajadoras académicas y administrativas de una universidad de la Ciudad de México, que tienen amplias diferencias de ingresos y escolaridad. Académicas (AC) son las trabajadoras que se desempeñan en la enseñanza e investigación; éstas se dividen en titulares, asociadas, asistentes y técnicas; mientras que administrativas (AD) son aquellas trabajadoras que realizan labores administrativas y de mantenimiento, y se dividen en áreas profesional, administrativa, técnica y de servicios.

**Muestra:** Las mujeres participantes fueron seleccionadas mediante muestreo aleatorio estratificado. El marco muestral estuvo conformado por todas las trabajadoras incluidas en la nómina de dicha universidad en el año 2002 (n=1.164). Considerando que el puesto de trabajo (como indicador de la inserción laboral) sería la principal exposición a evaluar, se estimó el tamaño de muestra teniendo en cuenta dos estratos: académicas (AC) y administrativas (AD). Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó el módulo STATCALC del programa EPI-INFO, eligiéndose la opción de tamaño de muestra para estudios transversales, definiéndose que la prevalencia de no haberse realizado la DOCA-CU en el grupo de referencia (AC) sería de 10%, mientras que se

esperaba encontrar una razón de prevalencias de 2,5 y definiéndose un nivel de confianza del 95%. Estos parámetros se eligieron considerando el estudio de Romero-Cancio y cols.<sup>14</sup> en el que se observó que mujeres profesionales tenían 2,64 más probabilidades de realizarse la DOCACU que las no profesionales; el tamaño de muestra se estimó en 224 mujeres (112 AC y 112 AD por lo menos). De cada estrato, categoría y área se mantuvo la misma proporción que en la población total por lo que finalmente se encuestó a 228 trabajadoras (110 AC y 118 AD) con una distribución similar a la del universo de trabajo (48,37% AC y 51,63% AD). La selección final de las mujeres participantes se hizo mediante lista de números aleatorios.

**Variables de estudio:** variables independientes: edad, nivel de escolaridad, ingresos familiares, nivel socioeconómico, estado civil, trabajo doméstico; variables dependientes: conocimiento sobre el CACU y la DOCACU y realización de DOCACU.

Para recabar la información se aplicó una encuesta que comprendió tres apartados:

**1) Condiciones de vida** (ingreso familiar y escolaridad): en este rubro las trabajadoras fueron clasificadas de acuerdo a terciles de ingreso familiar mensual: bajo: \$2.000-\$8.000, medio: \$8.001-\$19.000 y alto: \$19.001-\$76.000. Para el caso de la escolaridad se establecieron cuatro niveles: secundaria o menos, bachillerato, licenciatura y posgrado. A partir del tercil ingreso y el nivel de escolaridad se construyó un índice socioeconómico conformándose tres estratos: a) estrato bajo: escolaridad secundaria o menos en el tercil de ingreso bajo o medio, escolaridad bachillerato en el tercil de ingreso bajo; b) estrato medio: escolaridad secundaria o menor en el tercil de ingreso alto, escolaridad bachillerato en los terciles de ingreso medio o alto, escolaridad de licenciatura en los terciles de ingreso medio o bajo, escolaridad de posgrado en el tercil de

ingreso inferior; y c) estrato alto: escolaridad de licenciatura en el tercil de ingreso superior o escolaridad de posgrado en los terciles de ingreso medio o alto.

**2) Conocimiento sobre CACU y DOCACU.** Se incluyeron 39 preguntas que abarcaban los siguientes aspectos: definición del CACU (1 pregunta), si es posible prevenirlo (1 pregunta), requerimientos para la toma de citología exfoliativa (6 preguntas), factores de riesgo (16 preguntas), formas de prevenirlo (4 preguntas), manifestaciones clínicas (4 preguntas), métodos diagnósticos (4 preguntas) y tratamiento (3 preguntas). Se calculó la puntuación de respuestas correctas y se formaron tres categorías: a) conocimiento bajo: menos de 11 aciertos, b) conocimiento medio: 12 a 17 aciertos y c) conocimiento alto: 18 a 39 aciertos. Para los modelos de regresión logística esta variable fue dicotomizada en conocimiento bajo (de 0 a 11 aciertos) y conocimiento alto (más de 11 aciertos).

**3) Realización de la DOCACU:** En función de la NOM-014-SSA2-199422 se construyeron tres indicadores de DOCACU: a) historial: nunca se ha realizado la prueba, alguna vez en la vida se la ha realizado y no específica, b) periodicidad: nunca, irregular, se la realiza en menos de 12 meses, cada 12 meses, cada 12-36 meses y c) vigencia: si en los últimos tres años se realizó la prueba o no. Para los modelos de regresión logística en que se utilizó esta última variable no se consideró a las mujeres que no respondieron a esta pregunta.

El procesamiento estadístico de la información se realizó con el programa SPSS 10.0. Para evaluar las diferencias entre AC y AD respecto de las variables continuas se utilizó la prueba t-student, mientras que para variables ordinales o nominales se estimó la prueba de chi cuadrado. Mediante los modelos de regresión logística se evaluó en qué medida las diferencias en el conocimiento sobre CACU y DOCACU que se

observan entre AC y AD se explican por el ingreso o el nivel de escolaridad. Para ello se definieron modelos con las diferentes combinaciones de las variables en estudio; en el modelo 1 sólo se consideró el puesto de trabajo (AC y AD) como variable independiente, en el modelo 2 se incorporó el puesto y el ingreso familiar, en el modelo 3 se incorporó el puesto y la escolaridad, en el modelo 4 se incluyó la escolaridad y el ingreso; en el caso de la DOCACU, en un modelo adicional se incorporó el conocimiento sobre CACU como variable independiente además de las otras variables incluidas en el modelo 4 (modelo 5). Al contrastar los diferentes modelos es posible conocer la contribución de cada una de las variables en la explicación de la variabilidad de los dos eventos bajo estudio (conocimiento sobre CACU y DOCACU). En todos los modelos se incluyeron la edad y el estado civil como posibles confusores.

## RESULTADOS

Se encuestó a 228 trabajadoras, 48% AC y 52% AD, la edad promedio fue 45,6 años (tabla 1). En relación a la escolaridad, todas las AC contaban con licenciatura o posgrado; a diferencia de las AD, de las que el 54% contaba con bachillerato o menos; una pequeña proporción no tenía estudios. Las AC mostraron mayor escolaridad, salario personal, ingresos familiares y, en consecuencia, mayor nivel socioeconómico, también mostraron menos integrantes en la familia. Todas estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

El 53,8% de las AC mostraron conocimiento alto, mientras que la mayoría de las AD (74,4%) mostraron conocimiento bajo, las diferencias fueron estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ) (tabla 2). En comparación con las AD, una mayor proporción de AC se practican la DOCACU, aunque de forma irregular (7,7% versus 14,3) o cada 12 meses (57,3% versus 69,2%); mientras que

en las AD fue más alta la proporción de mujeres que nunca se han realizado la DOCACU (6% versus 1,1%) y que se realizan entre 12 y 36 meses (18,8% versus 7,7%), estas diferencias fueron significativas ( $p < 0,05$ ). En las AD fue más alta la frecuencia de mujeres que en los últimos tres años no se había realizado la DOCACU (14,5% versus 5,5%), aunque en las AC la respuesta no específica fue más alta (11% versus 1,7%), las diferencias también fueron estadísticamente significativas.

En la tabla 3 se aprecia una relación positiva entre la escolaridad, el ingreso y el nivel socioeconómico con el grado de conocimiento. El único indicador de condiciones de vida que se relacionó con la DOCACU fue el ingreso ( $p < 0,01$ ). En la relación de la DOCACU con el conocimiento (tabla 4) se observó que el conocimiento medio y alto se asoció con la práctica de la DOCACU alguna vez en la vida (92,3% y 96,3%, respectivamente) y en los últimos tres años (86,5% y 92,7%, respectivamente); mientras que el conocimiento bajo se asoció con no haberse realizado nunca la prueba y no tenerla actualizada (últimos tres años). En ambas asociaciones las diferencias fueron estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ).

En el análisis de regresión logística (tabla 5) se encontró que alrededor del 41% de la varianza del conocimiento es explicada por el puesto laboral (modelo 1,  $p < 0,001$ ); en relación a las AD, las AC mostraron 15,94 veces más probabilidad de contar con mayor conocimiento. En el modelo 2 el ingreso no se relacionó con el conocimiento, mientras que el OR del puesto laboral se incrementó ligeramente (17,54). En el modelo 3 el OR derivado del puesto laboral descendió sensiblemente respecto del modelo 1 (pasó de 15,94 a 7,81) lo cual se explica por la relación entre el nivel de escolaridad y el conocimiento, ya que por ejemplo el tener posgrado se relacionó con 6,18 más probabilidades de tener conocimiento alto. En el modelo 4 se aprecia que la escolaridad y el puesto

Tabla 1

## Distribución de las características sociodemográficas de acuerdo al puesto laboral

	Puesto laboral			<i>p</i>
	Total	AC	AD	
Edad (años)	45,60	48,00	42,90	***
Escolaridad (%)				
Sin escolaridad	0,5	0,0	0,9	***
Primaria	4,8	0,0	8,5	
Secundaria	7,7	0,0	13,7	
Bachillerato	23,6	0,0	41,9	
Licenciatura	20,2	11,0	27,4	
Postgrado	43,3	89,0	7,7	
Ingreso familiar	17,780	28,32	10,38	***
Terciles de ingreso familiar (%)				
Inferior	33,7	5,6	53,5	***
Medio	33,1	31,0	34,7	
Superior	33,1	63,4	11,9	
Nivel socioeconómico (%)				
Bajo	26,20	0,0	44,6	***
Medio	31,40	8,5	47,5	
Alto	42,40	91,5	7,9	
Estado civil (%)				
Soltera	23,10	22,0	23,9	
Casada	53,80	51,6	55,6	
Viuda	3,40	3,3	3,4	
Divorciada	7,20	12,1	3,4	
Unión libre	7,70	4,4	10,3	
Separada	4,80	6,6	3,4	
Composición familiar (No.)				
Número de integrantes de familia (promedio)	3,50	3,10	3,80	***
Número de menores 18 años de edad (promedio)	0,80	0,50	0,90	***
Número de hijos (promedio)	1,70	1,30	1,94	**

AC: Trabajadoras académicas; AD: Trabajadoras administrativas.

\* =  $p < 0,05$ ; \*\* =  $p < 0,01$ , \*\*\* =  $p < 0,001$ .

Tabla 2

## Conocimientos sobre el CACU y DOCACU de acuerdo al puesto laboral

	Puesto laboral			
	Total	AC	AD	<i>p</i>
Grado de conocimiento sobre el CACU (%)				
Bajo	49,00	16,50	74,4	***
Medio	25,00	29,70	21,4	
Alto	26,00	53,80	4,3	
Edad de la primera DOCACU (años)	23,70	23,90	23,50	
Tiempo entre IVS y primera DOCACU (años)	4,82	4,30	5,25	
Tiempo entre la penúltima y la última DOCACU (meses)	17,31	17,90	16,70	
Historial de DOCACU (%)				
Nunca	3,80	1,10	6,00	
Alguna vez en la vida	90,90	93,40	88,90	
No específica	5,30	5,50	5,10	
Periodicidad de DOCACU (%)				
Nunca	3,80	1,10	6,00	*
Irregular	10,60	14,30	7,70	
<12 meses	9,10	7,70	10,30	
12 meses	62,50	69,20	57,30	
12-36 meses	13,90	7,70	18,80	
DOCACU en los últimos 3 años (%)				
No	10,60	5,50	14,50	**
Si	83,70	83,50	83,80	
No específica	5,80	11,00	1,70	

AC = Trabajadoras académicas; AD = Trabajadoras administrativas; CACU = Cáncer cérvico uterino; DOCACU = Detección de cáncer cérvico uterino; \* =  $p < 0.05$ , \*\* =  $p < 0.01$ , \*\*\* =  $p < 0.001$ .

laboral se relacionan con el conocimiento, mientras que el ingreso no tiene efecto.

A partir del análisis de regresión logística y teniendo como variable dependiente a la

DOCACU en los últimos 3 años, se observó que el puesto laboral es marginalmente significativo en cuanto a su asociación con la DOCACU y sólo explica el 7% de la varianza de la DOCACU (modelo 1). Al incorpo-

**Tabla 3**  
**Conocimiento sobre el CACU y su prevención con DOCACU de acuerdo a las condiciones de vida**

	Escolaridad				<i>p</i>	Ingreso familiar			<i>p</i>	Nivel socioeconómico			<i>p</i>
	Secundaria o menos	Bachillerato	Licenciatura	Postgrado		Inferior	Medio	Superior		Bajo	Medio	Alto	
Grado de conocimiento sobre el CACU (%)													
Bajo	88,9	75,5	54,8	20,0	***	75,9	50,9	28,1	***	84,4	64,8	21,9	***
Medio	11,1	24,5	26,2	28,9		19,0	22,8	29,8		15,6	24,1	28,8	
Alto	0,0	0,0	19,0	51,1		5,2	26,3	42,1		0,0	11,1	49,3	
Edad de la primera DOCACU (promedio)	26,50	2,90	21,90	24,00		24,60	24,07	24,28		23,90	23,20	25,30	
Tiempo entre IVS y primera DOCACU (años)	8,04	4,44	3,89	4,48	*	5,84	3,59	5,58		5,55	4,28	5,24	
Tiempo entre penúltima y última DOCACU (meses)	17,11	16,95	16,34	19,55		18,53	16,28	22,00		17,94	16,96	20,93	
Historial de DOCACU (%)													
Nunca	3,70	4,10	9,50	1,10		6,90	7,00	0,00		4,40	9,30	1,40	
Alguna vez en la vida	96,20	89,80	88,10	92,20		91,40	91,20	93,00		91,10	88,90	94,50	
No específica	3,70	6,10	2,40	6,80		1,70	1,80	7,00		4,40	1,90	4,10	
Periodicidad de DOCACU (%)													
Irregular	18,50	8,20	21,40	13,30		15,50	15,80	15,80		11,10	20,40	15,10	
12-36 meses	74,10	79,60	61,90	82,20		75,90	71,90	78,90		80,00	68,50	78,10	
<2 meses	7,40	12,20	16,70	4,40		8,60	12,30	5,30		8,90	11,10	6,80	
DOCACU en los últimos 3 años (%)													
No	14,80	10,20	16,70	6,70		15,50	14,00	5,30	**	13,30	14,80	8,20	
Si	77,80	89,80	76,20	85,60		84,50	82,50	78,90		84,40	83,30	79,50	
No específica	7,40	0,00	7,10	7,80		0,00	3,50	15,80		2,20	1,90	12,30	

AC = Trabajadoras académicas; AD = Trabajadoras administrativas; CACU = Cáncer cérvico uterino; DOCACU = Detección de cáncer cérvico uterino; IVS=Inicio de la vida sexual; \* =  $p < 0.05$ , \*\* =  $p < 0.01$ , \*\*\* =  $p < 0.001$ .



Tabla 4

Asociación de la DOCACU con el conocimiento sobre CACU y su prevención

DOCACU	Conocimiento sobre CACU y su			p
	Bajo	Medio	Alto	
Historial de DOCACU (%)				
Nunca	7,80	0,00	0,00	*
Alguna vez en la vida	87,30	92,30	96,30	
No especifica	4,90	7,70	3,70	
Periodicidad de DOCACU (%)				
Irregular	17,60	13,50	9,30	
12-36 meses	72,50	76,90	83,30	
<12 meses	9,80	9,60	7,40	
DOCACU en los últimos 3 años (%)				
No	17,30	6,40	3,90	*
Si	82,70	93,60	96,10	

AC = Trabajadoras académicas; AD = Trabajadoras administrativas; CACU = Cáncer cérvico uterino; DOCACU = Detección de cáncer cérvico uterino; \* =  $p < 0.05$ .

rar al ingreso en el modelo 2, el puesto laboral pierde significancia y disminuye su asociación (el valor de  $p$  pasa de 0,88 a 0,487). Al analizar la DOCACU en función del puesto laboral y el nivel de escolaridad (modelo 3), se aprecia de nuevo que disminuye la significancia estadística del puesto laboral (el valor de  $p$  pasa de 0,088 a 0,162). El conocimiento se asocia más con la

DOCACU que el puesto laboral, ya que al incluir la primer variable en el modelo 5 el puesto laboral pierde completamente significancia (el valor de  $p$  pasa de 0,088 a 0,943), mientras que el conocimiento claramente predice la DOCACU (OR=4,67). Además, se observa que el porcentaje de la varianza de la práctica de DOCACU es mayor cuando se incluye el conocimiento (13% en el mode-

Tabla 5

Modelos de regresión logística teniendo como variables dependientes el conocimiento del CACU y su prevención y la DOCACU

	Variable dependiente: conocimiento alto sobre CACU y su prevención				Variable dependiente: DOCACU en los últimos tres años			
	$r^2$	$p$	OR	IC 95%	$r^2$	$p$	OR	IC 95%
<b>Modelo 1</b>	0,41				0,07			
Académicas		0,000	15,94	7,60-33,45	0,088	2,55	0,87-7,48	
No unidas		0,103	0,55	0,27-1,13	0,130	0,50	0,20-1,23	
Edad		0,784	1,01	0,97-1,04	0,483	1,02	0,97-1,07	
<b>Modelo 2</b>	0,45				0,07			
Académicas		0,000	17,54	6,47-47,54	0,487	1,58	0,44-5,70	
Tercil medio		0,569	1,32	0,51-3,41	0,736	0,82	0,26-2,56	
Tercil superior		0,813	1,16	0,35-3,81	0,623	1,52	0,29-8,01	
No unidas		0,382	0,70	0,31-1,57	0,140	0,48	0,18-1,28	
Edad		0,715	1,01	0,96-1,05	0,472	1,02	0,97-1,08	
<b>Modelo 3</b>	0,44				0,08			
Académicas		0,000	7,81	2,52-24,24	0,162	3,35	0,62-18,31	
Bachillerato		0,144	2,81	0,70-11,27	0,376	1,92	0,45-8,17	
Licenciatura		0,026	4,98	1,21-20,47	0,933	0,94	0,23-3,88	
Postgrado		0,027	6,18	1,23-31,03	0,947	0,94	0,14-6,22	
No unidas		0,079	0,52	0,25-1,08	0,145	0,50	0,20-1,27	
Edad		0,590	1,01	0,97-1,05	0,458	1,02	0,97-1,07	
<b>Modelo 4</b>	0,48				0,08			
Académicas		0,001	10,32	2,70-39,48	0,363	2,50	0,35-18,00	
Bachillerato		0,061	7,87	0,91-68,31	0,597	1,54	0,31-7,61	
Licenciatura		0,041	10,34	1,11-96,59	0,894	0,89	0,17-4,70	
Postgrado		0,030	16,05	1,30-197,81	0,712	0,63	0,06-7,15	
Tercil medio		0,733	0,83	0,29-2,37	0,891	0,92	0,27-3,13	
Tercil superior		0,507	0,64	0,17-2,43	0,522	1,80	0,30-10,91	
No unidas		0,222	0,59	0,26-1,37	0,169	0,50	0,18-1,35	
Edad		0,438	1,02	0,97-1,07	0,474	1,02	0,97-1,08	
<b>Modelo 5</b>					0,13			
Académicas					0,943	1,08	0,12-9,68	
Bachillerato					0,846	1,17	0,23-5,88	
Licenciatura					0,634	0,66	0,12-3,62	
Postgrado					0,511	0,44	0,04-5,02	
Tercil medio					0,981	0,98	0,28-3,44	
Tercil superior					0,458	1,99	0,32-12,38	
Conocimiento alto					0,037	4,67	1,09-19,98	
No unidas					0,255	0,55	0,20-1,53	
Edad					0,590	1,02	0,96-1,07	

Los grupos de referencia fueron: A) En el puesto laboral, las trabajadoras AD; B) En la escolaridad, las trabajadoras escolaridad de secundaria o menos; C) En el ingreso, de las trabajadoras ubicadas en el tercil inferior; D) En el grado de conocimiento sobre el CACU y su prevención las trabajadoras con bajo grado de conocimiento; E) Para el estado civil, las que sirvieron de referencia fueron las mujeres unidas (casadas y en unión libre) que fueron contrastadas con las no unidas (solteras, viudas y divorciadas).

lo 5) respecto a cuando esta variable no es incluida (7 a 8% en los modelos 1 a 4). En ningún modelo, ni la edad, ni el estado civil se relacionó significativamente con la DOCACU.

## DISCUSIÓN

En la población estudiada se encontró una prevalencia de DOCACU del 83,7%, porcentaje mayor al encontrado en otros estudios<sup>5,7</sup>. El resultado más sobresaliente de nuestro análisis es que, en la población encuestada, se corrobora una desigualdad social en relación a la DOCACU, dicha diferenciación se caracteriza por lo siguiente: las AC se realizan más la DOCACU y cuentan con mayores niveles de conocimiento sobre el CACU y su prevención; mientras que las AD se realizan menos la DOCACU y cuentan con menos conocimiento. Mejores niveles de conocimiento se asocian con mayores índices de DOCACU. Según el análisis de regresión logística este mayor conocimiento se explica por el mayor nivel de escolaridad con que cuentan las AC. Esto significa que para ampliar la cobertura de la DOCACU es necesario mejorar el conocimiento sobre el CACU, pero esto a su vez requiere de elevar los niveles de escolaridad de las mujeres. De esta manera podemos sugerir que en la prevención del CACU hay dos determinantes fundamentales: el conocimiento y escolaridad, siendo el primero un determinante intermedio y el segundo un determinante de primer orden. La relación que se encontró entre estos dos determinantes apoya la idea de que la población utiliza la información en su beneficio si cuenta con mejor capacidad de comprenderla y, en el caso del CACU, esto depende de que tenga mayores niveles de escolaridad.

No debemos perder de vista que el objetivo de incrementar la escolaridad de las mujeres pasa, necesariamente, por garantizar su acceso a la educación formal. Se requiere profundizar en la forma en que las

condiciones de vida influyen en las posibilidades que las mujeres tienen para acceder a mayores niveles educativos permitiéndoles así, una mejor comprensión y utilización de la información en salud que reciben, pues algunos estudios muestran una relación positiva entre el ingreso y la DOCACU<sup>9</sup>. Queda pendiente la exploración de otros factores involucrados en la participación de los programas de DOCACU, especialmente los psicológicos y culturales que no fueron investigados en este estudio.

La explicación de las diferencias sociales que presentan las mujeres en materia de prevención del CACU, no se agota en la noción de estilos de vida o en la de condiciones de vida; tampoco se agota en asumir una sola corriente teórica, ya sea biológica o sociológica; la noción de estilos de vida resulta adecuada pero insuficiente si no se consideran otros medios de vida cuya carencia obstaculiza la puesta en práctica de medidas preventivas en salud.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mohar BA, Frías MM, Beltrán OA, Mora MT, Solorza LG, Herrera GA, et al. Epidemiología descriptiva del cáncer cérvico uterino. *Rev Inst Nac Cancerol* 1993;39(3):1849-54.
2. Tapia RC, Sandoval RJ, García MGA, Durán DA, Morales MO. Cáncer cérvicouterino: Factores de riesgo y alteraciones asociadas en mujeres del estado de Guerrero. *Rev Inst Nal Cancerol* 1998;44(1):19-27.
3. Tenorio F. Cáncer mamario y cérvico uterino. *Pesquisa, diagnóstico y tratamiento del carcinoma cérvico uterino*. México: Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Materno Infantil. El instituto; s.f.
4. Verduzco-Rodríguez LA, Palet-Guzmán JA, Aguirre-González H, González-Puebla E. Cáncer cérvico uterino y edad. *Ginecol Obstet Méx* 1997;65(4):119-22.
5. Secretaría de Salud. Programa de Acción: Cáncer Cérvico Uterino. México: El Instituto; 2001-2003.

6. Secretaría de Salud. Daños a la Salud. Boletín de Información Estadística. México: El Instituto; 1994-1995, 1997, 1998, 2000.
7. Meneses-González F, Cos-Arroyo MT, Tapia-Coyer R. Prevalencia de uso de la prueba de Papanicolaou en mujeres de 15 a 49 años en México. *Rev Inst Nal Cancerol (Méx)* 1999;45(1):17-23.
8. Hernández-Peña P, Lazcano-Ponce E. Análisis costo-beneficio del Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cérvicouterino. *Salud Pública Méx* 1997;39(4):379-87.
9. Castro V, Salazar Antúnez G. Elementos socioculturales en la prevención de cáncer cérvico uterino. Un estudio en Hermosillo, Sonora. Hermosillo (México): Cuadernos Cuarto Creciente; 2001.
10. Lazcano-Ponce, Buiatti E, Nájera P, Alonso-de-Ruiz P, Hernández-Ávila M. Evaluation model of the Mexican national program for early cervical cancer detection and proposals for a new approach. *Cancer Causes Control* 1998;9(3):241-51.
11. Lazcano-Ponce E, Nájera-Aguilar P, Alonso-de-Ruiz, Hernández-Ávila M. Cáncer Cervical en México. *Salvia* 1996(6). Disponible en: <http://www.insp.mx/salvia/966/sal9662.html>
12. Martínez. Determinantes socioculturales en la detección oportuna de cáncer cérvico uterino. Revisión bibliográfica [tesis para obtener el grado de maestría]. Morelos: Escuela de Salud Pública de México; 1998.
13. Meneses-González F, Cos-Arroyo MT, Tapia-Coyer R. Evaluación de las actividades de detección y seguimiento del cáncer cérvico uterino en población bajo cobertura de la Secretaría de Salud. México 1992. *Rev Inst Nal Cancerol* 1994;40(4): 168-77.
14. Romero-Cancio A, Guiscafré-Gallardo H, Santillana-Macedo MA. Factores en la no utilización de detección oportuna de cáncer cérvicouterino en medicina familiar. *Rev Med IMSS* 1997;35(3): 227-32.
15. Salinas AA. Factores que predisponen la prevención de cáncer cérvico uterino [tesis para obtener el grado de maestría] México DF: Facultad de Psicología. UNAM; 2000.
16. Gregg J, Curry RH. Explanatory models for cancer among African-American women at two Atlanta neighborhood health centers: the implications for a cancer screening program. *Soc Sci Med* 1994;39(4):519-26.
17. Harlan LC, Bernstein AB, Kessler LG. Cervical Cancer Screening: Who in not screening and why? *Am J Public Health* 1991;81:885-911.
18. Hayeard RA, Shapira HE, Freeman HE, Corey CR. Who get screened for cervical and breast cancer? Results from a New National Survey. *Arch Intern Med* 1988(148):1177-81.
19. Naish J, Brown J, Denton B. Intercultural consultations: Investigation of factors that deter non-English speaking women for attending their general predictions for cervical screening. *Br Med J* 1994;309:1126-8.
20. Alonso P, Lazcano-Ponce E, Hernández-Ávila M. Cáncer cérvico uterino. Diagnóstico-Prevención-Control. México: Panamericana; 2001.
21. Kickbush I. Lifestyles and health. *Soc Sci Med* 1986;22(2):117-24.
22. Coreil J, Levin JS, Jaco EG. Life style-an emergent concept in the sociomedical sciences. *Cult Med Psychiatry* 1985;9(4):423-37.
23. Menéndez E. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos del Colegio de México* 1998;16(46):37-67.
24. Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino y Mamario en la Atención Primaria. NOM-014-SSA2-1994. México: Secretaría de Salud; 1994.
25. Victoria CG. Epidemiología y desigualdad. Washington (DC): OPS;1992.
26. Castellanos PL, Dachs N. Salud y condiciones de vida en las Américas. Washington (DC): OPS; 1991.
27. Blanco-Gil-J, Rivera JA, López O, Rueda F. Polarización de la calidad de vida y de la salud en la ciudad de México. *Sal Pro Nueva Época* (1):23-31.
28. Max-Neef M. Desarrollo a escala humana. Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones. Barcelona: Icaria; 1994.