

CONSUMO DIARIO DE CIGARRILLO EN BUCARAMANGA, COLOMBIA: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS

Adalberto Campo-Arias*, Dorian Astrid Jaimes** y Luis Alfonso Díaz-Martínez***

RESUMEN

En Colombia, el consumo de cigarrillo varía de una región a otra. Sin embargo, se desconocen las variables asociadas al consumo diario. El objetivo de este estudio fue establecer la prevalencia y algunos factores asociados con el consumo diario de cigarrillo en Bucaramanga, Colombia. Se realizó un estudio transversal con muestra multietápica de la población general. Se consideraron fumadores diarios quienes informaron consumo de al menos un cigarrillo por día durante el último mes. El Cuestionario General de Salud (GHQ-12) se usó para cuantificar síntomas emocionales y el cuestionario CAGE para consumo abusivo de alcohol. La confusión se controló con regresión logística. Participaron 2.496 adultos entre 18 y 65 años (promedio 38,0; DE = 13,5), 69,7 % mujeres, escolaridad promedio de 9,2 años (DE = 4,1), 49,1 % trabajadores, 58,1 % con pareja estable y 67,8 % residentes en estrato socioeconómico medio. La prevalencia ponderada por sexo de consumo diario de cigarrillo fue 12,5 % (IC95 % 11,2-13,8). Este consumo se asoció con sexo masculino (OR = 3,2; IC95 % 2,3-4,4), consumo abusivo de alcohol (OR = 3,2; IC95 % 1,9-5,5), consumo diario de cafeína (OR = 2,7; IC95 % 2,0-3,6), síntomas depresivos y ansiosos clínicamente importantes (OR = 2,6; IC95 % 1,8-3,7), menor escolaridad (0-5 años comparado con 6-11 años OR = 0,8; IC95 % 0,6-1,2; y con 12 o más años, OR = 0,5; IC95 % 0,3-0,8) y estar soltero (OR = 1,6; IC95 % 1,2-2,2). Se concluye que la prevalencia de consumo de diario de cigarrillo es importante en Bucaramanga. Es necesario diseñar estrategias para reducir el consumo en esta población. (DUAZARY 2010; 9 - 14)

Palabras clave: tabaquismo, epidemiología, prevalencia, población general, adultos, estudio transversal

SUMMARY

In Colombia, the cigarette smoking varies according to the region. However, variables associated with daily cigarette smoking are unknown almost all of these cities. The objective of this research was to establish the prevalence and factors associated with the daily cigarette smoking at the city of Bucaramanga, Colombia. A cross-sectional study was carried out. A multistage and representative sample from the general population was surveyed. Smoker denomination was given to persons who smoke everyday during last-month. The General Health Questionnaire was used in order to identify anxiety and depressive symptoms. A total of 2,496 adults participated in this research, with aged between 18 and 65 years-old (mean 34.5, SD = 12.5), 69.7 % were females, average scholarship was 9.2 years (SD = 4.1), 49.1 % had an employ, 58.1 % were married, and 67.8 % was dwelling in medium socioeconomic status. The prevalence of daily cigarette smoking weighted by gender was 12.5 % (95 % CI 11.2-13.8). The daily cigarette smoking was associated with being a male (OR = 3.2; 95 % CI 2.3-4.4), alcohol abusive consumption (OR = 3.2; 95 % CI 1.9-5.5), daily caffeine drinking (OR = 2.7; 95 % CI 2.0-3.6), meaningful clinically anxiety

* Grupo de Investigación del Comportamiento Humano, Instituto de Investigación del Comportamiento Humano. Bogotá, Colombia.

** Grupo de Neuropsiquiatría UNAB Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga, Colombia.

*** Grupo de Neuropsiquiatría UNAB Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga, Colombia.

and depressive symptoms (OR = 2.6; 95 % CI 1.8-3.7), less education (0-5 years compared with 6-11 years, OR = 0.84; 95 % CI 0.61-1.2; and 12 or more OR = 0.52; 95 % CI 0.33-0.81), and being a single person (OR = 1.6; 95 % CI 1.2-2.2). As conclusion, almost 12.5 percent of urban adults of Bucaramanga, Colombia, are daily cigarette smokers. It is very important to promote smoking cessation in this population.

Keywords: Smoking, epidemiology, prevalence, general population, adults, cross-sectional study

INTRODUCCIÓN

En la mayoría de las poblaciones, el uso de cigarrillo es la forma más frecuente de consumo del tabaco¹. El consumo de cigarrillo se relaciona con un número importante de morbilidad médica. En los Estados Unidos, aproximadamente un 20% de la mortalidad anual guarda relación con el consumo de tabaco². Estas enfermedades generan altos costos sociales y económicos. En Colombia, el consumo de cigarrillo es responsable de un número significativo de años perdidos de vida saludable y altos costos debidos a discapacidad o muerte prematura que cuadruplican los aportes de la industria tabacalera a la economía y la salud del país³.

El consumo de cigarrillo varía en forma importante según las características sociales y demográficas de una región. Sin embargo, parte de las diferencias en las prevalencias informadas guardan relación con la forma como se define la condición de fumador. Más recientemente, se denomina fumador actual a la persona que fumó todos los días, por lo menos un cigarrillo, durante el último mes y como exfumadora quien fumó diariamente durante al menos un mes y abandonó el consumo⁴.

Sin duda, las personas que fuman representan una población heterogénea. Se pueden encontrar individuos que fuman ocasional o intermitente hasta sujetos con consumo habitual o diario con un alto número de cigarrillos consumidos durante el día⁵. En los últimos años, presta mayor atención al consumo diario de cigarrillo. Los fumadores diarios presentan el mayor riesgo de morbimortalidad asociado con el uso de producto de tabaco durante un largo período. La mayoría de estas entidades guardan una relación directa con el tiempo de exposición y cantidad de los agentes nocivos presentes en las fases gaseosa y sólida del humo del tabaco⁶.

Pocos estudios mundiales informan la prevalencia de consumo diario de cigarrillo en la población general. Los datos disponibles muestran que la prevalencia puede

oscilar entre 15 y 50 % según la población estudiada⁷⁻¹¹. En Colombia, investigaciones recientes informan que entre 12,5 y 16,2 % de los adultos son fumadores actuales, con diferentes definiciones para fumador actual¹²⁻¹⁴. El consumo diario de cigarrillo se asocia en forma consistente a ser joven, de sexo masculino, menos educado, desempleado y estar soltero⁷⁻¹².

Es muy importante detectar el subgrupo de fumadores diarios porque estas personas informan un mayor número de síntomas emocionales ansiosos y depresivos que los fumadores ocasionales y que los no fumadores¹⁵. Asimismo, las personas fumadoras habituales consumen con mayor frecuencia alcohol y muestran un riesgo superior de consumo abusivo o dependencia de alcohol⁷. Igualmente, inician el consumo de cigarrillo a una edad más temprana que los fumadores ocasionales¹⁶. De la misma forma, tienen mayor dificultad para dejar el consumo, a pesar conocer de las consecuencias negativas para la salud ya manifiestas^{17, 18}.

Este informe es parte de una investigación que se realizó para conocer las características del consumo de cigarrillo en adultos residentes en el área urbana de Bucaramanga, Colombia. Se presentan la prevalencia y algunos factores asociados con el consumo diario de cigarrillo en esta población.

MÉTODO

El presente es un estudio transversal que aprobó el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Bucaramanga. Esta investigación se enmarcó dentro de los principios éticos para la investigación con seres humanos delineados en la *Declaración de Helsinki*. Todos los participantes firmaron un consentimiento después de recibir una explicación y comprender los objetivos de la investigación, de la participación completamente voluntaria y de la garantía de confidencialidad.

Se realizó un muestreo probabilístico multietápico, se invitó a participar a personas adultas entre 18 y 65 años.

Se excluyeron las personas con discapacidades físicas y cognitivas que le limitaban completar la parte autoadministrada de la investigación.

La investigación constaba de un formulario aplicado por un encuestador entrenado y de varias escalas autoadministradas. El Cuestionario General de Salud (GHQ-12, de la sigla en inglés) se utilizó para cuantificar la presencia de síntomas de ansiedad y síntomas depresivos con importancia clínica. Este es un instrumento autoaplicado que consta de doce ítems de respuesta ordinal validado en diferentes países por la Organización Mundial de la Salud. En este estudio se usó un punto de corte de once como lo sugiere la validación para América Latina¹⁹. Para tamizar el consumo problemático de alcohol, abuso o dependencia de alcohol, se usó el cuestionario CAGE que consta de cuatro preguntas de respuesta dicotómica; tres o más positivas sugieren consumo problemático. Los datos se analizaron con STATA para Windows 9,0. Para el modelo descriptivo se calcularon las distribuciones de frecuencia de todas las variables y, cuando fue pertinente, se estimaron los intervalos de confianza del 95 % (IC 95 %) para las variables discretas y promedios y desviación estándar (DE) para las variables continuas.

En el análisis bivariado se determinaron razones de disparidad (OR), aunque no es la medida de asociación que se recomienda para los estudios de tipo transversal. No obstante, la OR es la mejor estimación disponible para conocer asociaciones en investigaciones transversales basadas en un muestreo multietápico complejo. Cuando fue necesario se usó el intervalo de confianza exacto para la OR.

En el análisis multivariado, las estimaciones que explicaban el consumo diario de cigarrillo se ajustaron considerando el tipo de muestreo realizado. Este proceso se completó con el módulo "Survey data" del programa. Para ello se utilizó la prueba de chi cuadrado modificada por Rao y Scott que aplica una corrección de segundo orden de la razón de verosimilitud. Para el modelo final se siguieron las recomendaciones de Greenland y se determinó la bondad del ajuste del Hosmer-Lemeshow. Se aceptaron como diferencias significativas valores de probabilidad menores del 5,0 %.

RESULTADOS

Un total de 2.496 personas participaron en esta investigación. La media para la edad fue 38,0 años (DE

= 13,5) y para la escolaridad fue 9,2 años (DE = 4,1). Otras características sociodemográficas de la población aparecen en la tabla 1. Un total de 101 encuestados (4,0 %) presentaba consumo abusivo de alcohol, 345 (13,8 %) síntomas emocionales clínicamente importantes durante el último mes y 1.122 (45,0 %) consumo diario de cafeína durante el último mes.

La prevalencia de consumo de cigarrillo durante el último mes fue 12,4 % (IC95 % 11,1-13,7) y la de consumo de diario de cigarrillo durante el último mes fue 10,0 % (IC95 % 8,8-11,2) que al ponderarse por sexo alcanzó un 12,5 % (IC95 % 11,2-13,8). Un total de 401 personas (16,1 %) eran exfumadoras (alguna vez en la vida fumaron diariamente durante al menos un mes). En el análisis bivariado se observó que el consumo diario de cigarrillo era más frecuente en varones que en mujeres (18,7 % frente a 6,3 %; OR = 3,4; IC95 % 2,6-4,5), en personas solteras (12,2 % frente a 8,4 %; OR = 1,3; IC95 % 1,0-1,7), empleadas (12,7 % frente a 7,7 %; OR = 1,8; IC95 % 1,4-2,4), con menor escolaridad (12,6 % en cinco o menos años de escolaridad comparado 9,8 % en seis a once años, OR = 0,7; IC95 % 0,5-1,0; y 7,1 % en doce o más años de educación formal, OR = 0,52; IC95 % 0,3-0,8), en residentes en estrato bajo (14,9 % en estrato bajo comparado con 8,1 % en estrato medio, OR = 0,5; IC95 % 0,4-0,7; y con 6,8 % en estrato alto, OR = 0,4; IC95 % 0,1-1,0, con intervalo exacto), con consumo abusivo de alcohol (13,2 % frente a 3,0 %; OR = 4,9; IC95 % 3,1-7,7), con consumo diario de cafeína (14,8 % frente a 6,1 %; OR = 2,8; IC95 % 2,0-3,5) y síntomas emocionales con importancia clínica (18,8 % frente a 10,1 %; OR = 2,5; IC95 % 1,8-3,4). El modelo multivariado final se presenta en el cuadro 2, después de ajustar por el muestro complejo y la posible sobrerepresentación de la participación femenina y de las personas del estrato socioeconómico medio. El modelo ajustaba en forma adecuada.

DISCUSIÓN

En esta investigación se observó que el 12,5 % de la población general de Bucaramanga consume regularmente cigarrillo. El consumo diario de cigarrillo se asoció significativamente con el sexo masculino, menor escolaridad, estrato socioeconómico bajo, estado marital soltero y síntomas emocionales (ansiedad y depresión), consumo abusivo de alcohol y consumo diario de café. La prevalencia de consumo de cigarrillo cambia en forma importante según la región o país investigado¹. De la misma forma, el consumo diario de cigarrillo varía en

forma similar. Es importante tener presente que no todas las personas calificadas como fumadoras presentan un patrón de consumo diario de cigarrillo. Se estima que la prevalencia de consumo diario de cigarrillo se encuentra en el 30 % en promedio de la población mundial⁵.

En este estudio se observó que la prevalencia de consumo diario de cigarrillo se encontraba en el 12,5 % de los adultos entre los 18 y 65 años de edad de Bucaramanga, Colombia. Esta prevalencia está en el límite inferior de las informadas en otros estudios en otras naciones donde las prevalencias oscilan entre 12 y 50 % de la población⁷⁻¹¹ y es muy similar a los hallazgos recientes en otros estudios de la región y del país¹²⁻¹⁴. Colombia se encuentra en el grupo de países con las menores frecuencias de consumo de cigarrillo y, en consecuencia, era de esperar, igualmente, baja una prevalencia de consumo diario de cigarrillo²⁰. Sin embargo, es necesario considerar que la prevalencia de consumo diario de cigarrillo puede cambiar según las características sociodemográficas de las muestras analizadas, el año de realización de la investigación y la forma cómo se clasificó la condición de fumador actual. En el contexto mundial, el consumo de cigarrillo muestra una tendencia global a la disminución²¹, incluso en la población adolescente, que escapaba a esta pauta hasta hace cinco años²². Sin embargo, en otros países el consumo de cigarrillo se incrementó de manera notable en mujeres y se mantuvo en niveles preocupantes en personas con baja escolaridad y de estratos socioeconómicos bajos⁵.

El consumo diario de cigarrillo muestra de manera consistente una asociación con manifestaciones o síntomas emocionales con importancia clínica, ansiosos y depresivos²³; así como con la presencia de consumo problemático de alcohol^{7, 23} y consumo diario de cafeína²³. Estas asociaciones pueden sugerir que el consumo de cigarrillo, aún el consumo intermitente u ocasional, puede ser un síntoma de malestar emocional en un número significativo de personas. Se plantea que el consumo de cigarrillos, lo mismo que el consumo de alcohol y cafeína, pueden ser formas de automedicación para afrontar o mitigar estos síntomas²⁴.

Es necesario promover en forma activa el abandono de consumo de cigarrillos en la población general de Bucaramanga y del país. Las intervenciones más fuertes y persistentes deben orientarse al grupo poblacional con consumo diario de cigarrillo. Los fumadores habituales de cigarrillos muestran una menor frecuencia de abandono del consumo, ya sea por decisión voluntaria y

espontáneo o por asesoría o consejo médico^{7, 18, 25}. De tal suerte, los años perdidos de vida saludable y los costos por discapacidad o muerte prematura se deben, en su gran mayoría, a las personas que fumaron diariamente por varios años³.

La asociación de consumo de diario de cigarrillo, de alcohol y de cafeína incrementa los riesgos para la salud²⁶. Además, los comportamientos no saludables se suelen agregar. Es más probable que esta misma población tenga una dieta pobre en frutas y verduras y una vida más sedentaria²⁷. El consumo regular de cigarrillo se relaciona con resultados negativos para la salud a corto y largo plazo²⁸. Es necesario considerar el consumo diario de cigarrillo como una condición crónica²⁹. El personal de salud debe aprovechar todos los contactos que tienen los fumadores con los servicios de salud para promover el abandono del consumo de cigarrillo³⁰.

Esta investigación presenta la prevalencia actual de consumo diario de cigarrillo en población general y factores asociados como el consumo abusivo de alcohol y la presencia de síntomas emocionales comunes, hasta ahora no abordados en población colombiana. No obstante, presenta algunas limitaciones: el diseño transversal, la evaluación de consumo de alcohol y síntomas emocionales mediante el uso de escalas.

Se concluye que el 12,5 % de los adultos de Bucaramanga son fumadores habituales. El consumo diario de cigarrillos es más frecuente en varones, en las personas menos educadas, solteras, en residentes en estratos bajos y en quienes informan consumo abusivo de alcohol, consumo diario de cafeína y síntomas emocionales comunes (ansiedad y depresión).

DECLARACIÓN DE INTERESES

Ningún conflicto de intereses que declarar. Este trabajo lo financió Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología (Colciencias) y la Dirección de Investigaciones de la Universidad Autónoma de Bucaramanga (Código 12410416422 y contrato RC 401-2004).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults -United States 2001. MMWR 2003; 52: 953-6.

2. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA* 2004; 291: 1238-45.
3. Pérez N, Weisner C. Años de vida saludable perdidos por muerte prematura e incapacidad asociadas al consumo de cigarrillo en Colombia. *Rev Colomb Cancerol* 2004; 8: 21-7.
4. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE). Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. 10 Edición. Madrid: Meditor; 1993. p. 71-89.
5. Fagerström KO, Kunze M, Schoberberger R, Breslau N, Hughes JR, Richard RD, et al. Nicotine dependence versus smoking prevalence: comparison among countries and categories of smokers. *Tob Control* 1996; 5: 52-6.
6. Brook JS, Brook DW, Zhang C, Cohen P. Tobacco use and health in young adulthood. *J Genet Psychol* 2004; 165: 310-23.
7. Mohan D, Chopra A, Sethi H. The co-occurrence of tobacco & alcohol in the general population of Metropolis Delhi. *Indian J Med Res* 2002; 116: 150-4.
8. Schmitz N, Kruse J, Kugler J. Disabilities, quality of life, and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1670-6.
9. Breslau N, Novak SP, Kessler RC. Daily smoking and subsequent onset of psychiatric disorders. *Psychol Med* 2004; 34: 323-33.
10. Schumann A, Hapke U, Meyer C, Rumpf H-J. Prevalence, characteristics, associated mental disorders and predictor of DSM-IV nicotine dependence. *Eur Addict Res* 2004; 10: 29-34.
11. Grant BF, Hasin DS, Chou SP, Stinton FS, Dawson DA. Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States. Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 1107-15.
12. Bautista LE, Oróstegui M, Vera LM, Prada GE, Orozco LC, Herrán OF. Prevalence and impact of cardiovascular risk factors in Bucaramanga, Colombia: results from the Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention Programme (CINDI/CARMEN) baseline survey. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2006; 13: 769-75.
13. Díaz-Realpe JE, Muñoz-Martínez J, Sierra-Torres CH. Factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en trabajadores de una institución prestadora de servicios de salud, Colombia. *Rev Salud Pública* 2007; 9: 64-75.
14. Rodríguez J, Ruiz F, Peñaloza E, Eslava J, Gómez LC, Sánchez H, et al. Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales. Bogotá: Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas; 2009. p. 35.
15. Campo A. Tabaquismo y trastornos mentales en la población general: una revisión sistemática. *Salud UIS* 2003; 35: 90-6.
16. Breslau N, Petersen EL. Smoking cessation in young adults: age at initiation of cigarette smoking and other suspected influences. *Am J Public Health* 1996; 86: 214-20.
17. Zhu SH, Sun J, Hawkins S, Pierce J, Cummins S. A population study of low-rate smokers: quitting history and instability over time. *Health Psychol* 2003; 22: 245-52.
18. Storr CL, Cheng H, Posada-Villa J, Aguilar-Gaxiola S, Anthony JC. Adult smokers in Colombia: who isn't giving it up? *Addict Behav* 2008; 33: 412-21.
19. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med* 1997; 27: 191-7.
20. Posada JA, Torres Y. Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, Colombia, 1993. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud; 1995.
21. Charlton A. Changing patterns of cigarette smoking among teenagers and young adults. *Pediatr Respirat Rev* 2001; 2: 214-21.
22. Cigarette smoking among high school students -United States, 1991-2003. *MMWR* 2004; 53: 499-502.
23. Hettema JM, Corey LA, Kendler KS. A multivariate genetic analysis of the use of tobacco, alcohol, and caffeine in a population based sample of male and female twins. *Drug Alcohol Depend* 1999; 57: 69-78.
24. Perkins KA, Grobe JE. Increased desire to smoke during acute stress. *Br J Addiction* 1992; 87: 1037-40.
25. Morissette SB, Gulliver SB, Kamholz BW, Duade J, Farchione T, Devine E, Brown TA, Barlow DH, Ciraulo D. Differences between daily smokers, chippers, and nonsmokers with co-occurring anxiety and alcohol-use disorders. *Addict Behav* 2008; 33: 1425-31.
26. John U, Hill A, Rumpf HJ, Hapke U, Meyer C. Alcohol high drinking, abuse and dependence among tobacco smoking medical care patients and the general population. *Drug Alcohol Depend* 2003; 69: 189-95.
27. Strine TW, Okoro CA, Chapman DP, Balluz LS, Ford ES, Ajani UA, et al. Health related quality of life and health risk behaviors among smokers. *Am J Prev Med* 2005; 28: 182-7.
28. Sierra-Torres MS, Arboleda-Moreno YY, Hoyos LS, Sierra-Torres CH. Chromosome aberrations among cigarette smokers in Colombia. *Mutat Res* 2004; 562: 65-75.
29. Batra V, Patkar AA, Weibel S, Leone FT. Tobacco smoking as a chronic disease: notes on prevention and treatment. *Prim Care Clin Office Pract* 2002; 29: 629-48.
30. Henningfield JE, Fant RV, Buchhalter AR, Stitzer ML. Pharmacotherapy for nicotine dependence. *CA Cancer J Clin* 2005; 55: 281-99.

Cuadro 1. Característica sociodemográfica de una muestra de 2.496 personas de la población general de Bucaramanga, Colombia.

| Variable | Frecuencia | % |
|-------------------------------|------------|------|
| Sexo | | |
| Femenino | 1.740 | 69,3 |
| Masculino | 756 | 30,7 |
| Pareja estable | | |
| Sí | 1.449 | 58,1 |
| No | 1.047 | 41,9 |
| Escolaridad (años) | | |
| 0-5 | 744 | 29,8 |
| 6-11 | 1.199 | 48,0 |
| 12 o más | 553 | 22,2 |
| Estrato socioeconómico | | |
| Bajo | 716 | 28,7 |
| Medio | 1.692 | 67,8 |
| Alto | 88 | 3,5 |
| Ocupación | | |
| Empleados | 1.225 | 49,1 |
| Desempleados | 1.271 | 50,9 |

Cuadro 2. Modelo multivariado de factores asociados con el consumo diario de cigarrillo en adultos de la población general de Bucaramanga, Colombia, ajustados por empleo.

| Consumo diario de cigarrillo | OR | IC95% |
|-------------------------------|-----|---------|
| Sexo masculino | 3,2 | 2,3-4,4 |
| Consumo abusivo de alcohol | 3,2 | 1,9-5,5 |
| Consumo diario de cafeína | 2,7 | 2,0-3,6 |
| Síntomas emocionales comunes | 2,6 | 1,8-3,7 |
| Escolaridad (años) | | |
| 0-5 | 1 | 1 |
| 6-11 | 0,8 | 0,6-1,2 |
| 12 o más | 0,5 | 0,3-0,8 |
| Sin pareja estable | 1,6 | 1,2-2,2 |
| Estrato socioeconómico | | |
| Bajo | 1 | 1 |
| Medio | 0,5 | 0,4-0,7 |
| Alto | 0,4 | 0,1-1,0 |