

EFFECTOS SOBRE LA CONDUCTA DE FUMAR EN UNA SITUACIÓN DE GRUPO DE LA INFORMACIÓN SOBRE LAS CONSECUENCIAS DEL TABACO POR MIEMBROS NO FUMADORES DEL GRUPO

Jesús Gil Roales-Nieto*

Tomás Jesús Carrasco**

María Luna Adame**

Javier Herruzo**

RESUMEN

La conducta de fumar en situaciones de grupo representa un grave problema de salud para fumadores y no fumadores. Este estudio evalúa el efecto de proporcionar información sobre las consecuencias del tabaco para la salud en el control de la conducta de fumar en un contexto grupal estable compuesto por fumadores y no fumadores. El estudio se llevó a cabo en un curso de alumnos de Psicología. Dos tipos de información se utilizaron: 1) información colectiva, y 2) información individualizada. Los resultados indican que ninguna de estas intervenciones fue efectiva en reducir la conducta de fumar. Se discuten aspectos relativos al manejo de situaciones de grupo en las que no fumadores estén presentes y a futuras vías para afrontar este serio problema para la salud.

SUMMARY

Smoking behavior in a group situation is a serious problem for the smokers and non-smokers' health. The effect of giving information about the deleterious consequences of smoking is assessed in a group situation to probe its efficacy in decrease the smoking behavior. The group was composed of smokers and non-smokers psychology students. Two types of interventions were assessed: 1) group information, and 2) individual information. The results showed that neither group nor individual information decreases smoking behavior. Procedure to manage this problem in setting including smokers and non-smokers people are discussed.

Los efectos negativos del tabaco sobre la salud del ser humano han sido demostrados en repetidas ocasiones (p.ej. Comité de Expertos de la OMS, 1974). El tabaco desempeña un importante papel en la génesis de numerosos cánceres (pulmón, faringe y tráquea, principalmente), en la aparición de graves patologías del aparato respiratorio (angina de pecho, arterioesclerosis, etc.) y muchos otros más.

Y, lo que es peor aún, se ha señalado también con insistencia que los perjuicios derivados del tabaco no se limitan a las personas que lo consumen directamente, ya que los no fumadores (o "fumadores pasivos") que se ven expuestos al humo del tabaco fumado sufren también los efectos perjudiciales del mismo.

La evidencia experimental acerca de los efectos del tabaco sobre fumadores pasivos resulta abrumadora. Por ejemplo, han sido informados serios problemas de salud en niños cuyas madres fuman durante el período de embarazo (Goldstein, 1977; Bergman & Wiesner, 1976), o que están expuestos a ambientes donde se fuma habitualmente (Bergman & Wiesner, 1976; Cameron, 1972; Cameron y Robertson, 1973; Harlap & Davies, 1974). Se ha comprobado que el fumar pasivo incrementa los niveles de carboxihemoglobina, lo que representa una con-

*Departamento de Psicología de la Universidad de Granada. Cambridge Center for Behavioral Studies.

**Departamento de Psicología de la Universidad de Granada.

Dirección para la petición de separatas: Dr. Jesús Gil Roales-Nieto, Departamento de Personalidad Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Sección de Psicología. Universidad de Granada. Granada, España.

dición adversa para la salud, afectando principalmente a las personas con enfermedades coronarias (Russell, Cole & Brown, 1973). Además, los datos anteriores resultan más dramáticos cuando se considera que, como establece Naumann (1973), cada cigarro fumado genera aproximadamente seis veces más fumar pasivo que fumar activo (exhalado exclusivamente por el fumador). También Hoegg (1972) informaba de la existencia de mayor número de componentes químicos perniciosos para la salud en el fumar pasivo que en el fumar activo o principal. También ha sido informado que en ambientes pobremente ventilados donde se fuma, los niveles de monóxido de carbono (CO) y nicotina pueden exceder fácilmente los estándares de calidad ambiental del aire (p. ej. USDHEW, 1976).

En estudios con población expuesta al humo del tabaco se ha encontrado que los índices de ansiedad, fatiga y agresividad son significativamente mayores (Jones, 1978; Jones y Bogat, 1978). En otro estudio más específico, se encontró que los no fumadores conseguían puntuaciones más bajas en los exámenes realizados en habitaciones donde se fumaba que en los realizados en otras donde no era permitido fumar (Kidd, 1973). Además se conoce que un alto porcentaje de no fumadores poseen alergia sensible al humo del tabaco (Zussman, 1974), y que más de la mitad de los no fumadores no alérgicos al tabaco informan de escozor e hinchazón en los ojos y ardor en la garganta, cuando se exponen a ambientes donde se fuma (Speer, 1968).

La estrategia más frecuentemente utilizada para tratar de reducir o eliminar el consumo de tabaco ha consistido en el empleo de carteles, pegatinas, anuncios en la prensa, radio y televisión, así como textos impresos en las cajetillas de tabaco. A través de ello se pretende informar al fumador (y al no fumador) del posible daño para su salud que supone el hábito de fumar. Asimismo, se pretende proteger específicamente a los no fumadores de las repercusiones sobre su salud del humo del tabaco, colocando diferentes tipos de indicadores que informan de ello a los fumadores, que señalan la existencia de una zona reservada para no fumadores, o que simplemente prohíben fumar.

Sin embargo, existen pocos estudios que informen de la efectividad de este tipo de intervenciones en reducir el consumo de tabaco de una forma fiable y válida. En uno de ellos, Jason, Clay & Martin (1979-1980), encontraron que los carteles prohibiendo fumar no fueron efectivos en reducir la frecuencia de fumar en dos diferentes ambientes: los ascensores de un edificio público y un supermercado. Sin embargo, cuando a las señales se añadió que los empleados u otra persona presente requirieran a los fumadores que apagaran el cigarrillo, éstos lo hicieron en el 90% de las ocasiones. Jason y

Clay (1978) consiguieron datos similares a los anteriores en un ambiente diferente (una barbería), y empleando un diseño reversible que mejoraba el control experimental respecto del estudio anterior. En este estudio los resultados mostraron de nuevo que las señales restrictivas no fueron efectivas, y que señales más la petición cortés a los fumadores de que cesaran de fumar por parte de los empleados de la barbería, sí lo fueron. Por otra parte, la ineffectividad de las señales ya había sido comprobada por Auger, Wright & Simpson (1972), esta vez en tres diferentes ambientes comunitarios: aulas, cafeterías y un centro de salud mental infantil.

Sólo un estudio (Jason, 1979) ha informado de la efectividad de las señales restrictivas por sí solas, pero al haber sido realizado en un despacho de profesores de universidad en los que el profesor estaba presente, no puede deducirse que el control de la conducta de fumar de los visitantes se debiera sólo a los carteles, y no a éstos más la presencia de una autoridad académica.

A la vista de estos datos, parece que en los últimos años se presta más atención por parte de los investigadores en el área a técnicas más directas y personalizadas, tales como la petición verbal directa al fumador para que cese en su conducta (*prompting verbal*, en la literatura de habla inglesa). Esta técnica se ha vislumbrado como efectiva en reducir la frecuencia de fumar en lugares donde ya han sido colocadas previamente señales de "no fumar". En un estudio centrado sobre esta técnica, Jason y Savio (1978), obtenían que los empleados no fumadores de una empresa podían eliminar la conducta de fumar de sus compañeros fumadores en la situación de trabajo, pidiéndoles cortésmente que no lo hicieran cada vez que alguien comenzaba a fumar. No obstante, si las peticiones eran realizadas de forma ocasional, resultaban mucho menos efectivas. Asimismo, en otro estudio realizado en una cafetería universitaria, Jason y Liotta (1982) demostraron de nuevo la superioridad de combinar señales con peticiones verbales, respecto de la presencia exclusiva de las señales.

De acuerdo con este tipo de datos, Jason y Savio (1978) sugerían que una forma de controlar la conducta de fumar en comunidades y organizaciones (laborales, de enseñanza, etc.), podría ser entrenar a los no fumadores en este tipo de técnicas. Nuestro trabajo pretende ampliar el estudio de las combinaciones señales-conducta de los no fumadores, en orden a determinar en qué medida éstas influyen en el comportamiento de los fumadores en una situación de grupo en la que la petición verbal contingente a la conducta de fumar no es posible.

Como uno de los objetivos se trataba de comprobar en qué medida a) el conocimiento por los fumadores de los problemas de salud para fumadores y

no fumadores asociados al consumo de tabaco, junto con b) el hecho de que sean no fumadores con el mismo "status" grupal (con la presencia de miembros de *status* superior que no participan) quienes lo hagan explícito pueden hacer disminuir la conducta de fumar en la situación grupal. El procedimiento usado representa además un tipo de intervención no disruptiva de la situación social. Lógicamente, si un mismo objetivo puede lograrse con varios procedimientos, resulta recomendable utilizar el menos disruptivo de todos ellos, más aún si se trata de una situación social como son las clases universitarias, ambiente utilizado en este estudio. Si los fumadores resultaran sensibles a procedimientos del tipo al desarrollado en este estudio, todos aquellos basados en métodos más "impositivos" o de carácter más "punitivo", podrían ser abandonados, con lo que ganaría la convivencia de los grupos afectados.

El estudio se llevó a cabo en una situación (aula universitaria) similar a muchas otras que representan serios problemas para la salud de multitud de no fumadores (y fumadores) por tratarse de lugares cerrados en los que se desarrollan actividades de considerable duración, lo que permite que las condiciones atmosféricas provocadas por el humo del tabaco consumido resulten en numerosos casos casi críticas.

MÉTODO

Sujetos

Participaron en el estudio todos los alumnos de uno de los grupos del tercer curso de la Licenciatura de Psicología, pertenecientes al Departamento de Psicología de la Universidad de Granada (España). Los participantes desconocían que se trataba de un estudio planificado. El trabajo se llevó a cabo durante el tercer trimestre del curso 1984-1985.

Situación

El estudio se desarrolló en el aula que habitualmente utilizaba el grupo participante para sus clases. Era una habitación de forma rectangular y con cabida para 70 alumnos. Las clases se impartían por la tarde, cuatro veces por semana y tenían una duración de 90 minutos.

Encima del encerado estaba colocado un cartel de 50x30 cm, que representaba un cigarrillo encendido cruzado por dos líneas rojas, y con la leyenda "Se ruega no fumar" impresa. Dicho cartel permaneció colocado durante todo el período del estudio.

Medición

Como variable dependiente se utilizó un índice de

consumo de tabaco (ICT) obtenido dividiendo el número de cigarrillos consumidos en cada clase (90 minutos), entre el número de fumadores presentes en esa clase. Se consideró como fumador a toda persona que fumara un cigarro o parte de él durante el período de registro. La medición se llevó a cabo por tres observadores (alumnos subgraduados de psicología del mismo grupo), previamente entrenados en este tipo de registros. Las observaciones se hicieron siempre de forma independiente e inobtrusiva para los sujetos. Cada clase de 90 minutos se dividió en bloques de 10 minutos.

Cada sesión se registró durante seis bloques de 10 minutos, dejando sin registrar los 15 minutos primeros y los 15 minutos finales de cada clase. Las hojas de registro utilizadas se muestran en la Figura 1. En ellas cada casilla representa un asiento del aula. Se registró el número total de asientos ocupados colocando una señal en la parte inferior de cada casilla cuyo asiento equivalente estaba ocupado.

El registro de cigarrillos fumados se hizo como sigue.

Figura 1. Modelo de hoja de registro utilizada en el estudio. Cada casilla representa un asiento en el aula. El signo X significa que el asiento correspondiente estaba ocupado. La figura representa el registro final de una sesión concreta en la que hubo 25 alumnos presentes, 10 de los cuales eran fumadores que consumieron un total de 17 cigarrillos en la sesión. Cada dígito en las casillas representa cigarrillos fumados e indica el intervalo en el que ocurren. Así, por ejemplo, en la primera casilla de la izquierda, 1-3 significa que ese alumno fumó dos cigarrillos y lo hizo en los intervalos 1 y 3, respectivamente.

Durante el primer minuto del primer bloque de observación los observadores anotaban un 1 en la casilla de aquellos alumnos que estuvieran fumando en ese momento. El resto del tiempo hasta el final del bloque los observadores atendían a la explicación del profesor. En el segundo bloque de observación, durante su primer minuto volvían a comprobar qué alumnos estaban fumando y anotaban un 2 en su casilla. Así sucesivamente actuaban en todos los bloques, colocando los números correlativos. De esta manera se obtenía el número de cigarrillos contando el total de números colocados en todas y cada una de las casillas. El total de fumadores se obtenía contando las casillas que contenían algún número. Para determinar cuál debía ser la duración más adecuada de los intervalos o bloques de registro, durante los cuatro días previos a la iniciación de la línea base, se registró la duración del período de tiempo comprendido entre el encendido de un cigarrillo y su apagado final, sobre un total de 30 cigarrillos fumados por 6 personas diferentes.

La observación fue desconocida por los sujetos. La duración media obtenida fue de 8 minutos, por lo que se consideró que un intervalo de 10 minutos permitiría registrar prácticamente todos los cigarrillos consumidos sin repetir dos veces la anotación de un mismo cigarrillo, y logrando captar en el subsiguiente intervalo los cigarrillos encendidos durante la porción de un intervalo o bloque en la que los observadores atendían la clase.

Durante todo el estudio actuaron dos observadores simultáneos e independientes, quienes sincronizaban sus relojes de lectura digital y acordaban el comienzo del primer intervalo o bloque mediante una señal convenida. Se calculó la confiabilidad para un total de 16 sesiones elegidas al azar, utilizando el índice de confiabilidad kappa (k) de Cohen (1960). Excepto en un caso cuyo k fue de 0.64 en los demás fue siempre superior a 0.80 y en cinco casos fue igual a 1. En el primer caso citado el índice fue significativo al .05, mientras en los restantes lo fue siempre al .01.

Para el cálculo de la confiabilidad se consideró acuerdo cuando los dos observadores coincidieron en la asignación tanto de fumador como del bloque en el que el cigarrillo fue fumado.

Procedimiento

Línea base. Durante 15 sesiones (cada sesión comprendía una clase de 90 minutos), se registraron el número de cigarrillos fumados, el número de fumadores y el número total de personas en el aula.

Primera Intervención (Información colectiva). Tres estudiantes no fumadores y miembros del grupo colocaron dos tipos de carteles referentes a las conse-

cuencias del tabaco para la salud de fumadores y no fumadores. Se utilizaron dos tipos de carteles que denominaremos A y B. El cartel del tipo A fue colocado en todas las sesiones de esta fase (siendo retirado siempre al final de cada sesión y colocado de nuevo al principio de la siguiente), y su texto no varió. El tipo B comprendía diversos carteles cuyo texto varió de sesión a sesión, pero en todas las sesiones se colocó alguno de ellos. La Figura 2 muestra el texto fijo para el cartel del tipo A, y la Figura 3 muestra los diferentes textos para los carteles del tipo B. Hubo hasta siete carteles del tipo B que denominaremos B1 a B7. La Tabla 1 muestra las sesiones exactas en las que fueron colocados cada uno de ellos. Todos los carteles tenían unas dimensiones de 120x80 cm. Se colocaban quince minutos antes del comienzo de cada sesión y permanecían hasta el final de la misma.

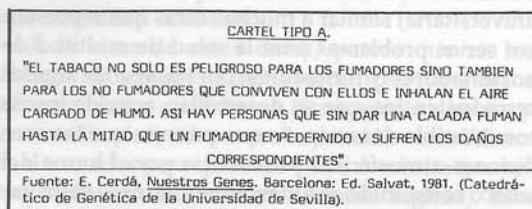


Figura 2. Texto correspondiente al cartel del tipo A.

En cada caso se pedía a dos personas ajenas a la naturaleza del trabajo que comprobaran la visibilidad del texto desde diversas situaciones en la clase, así como que juzgaran la legibilidad de la escritura empleada. Se requirió siempre el acuerdo de ambos para mantener la posición del cartel. Todos los carteles fueron escritos a mano, con letras mayúsculas de color negro sobre fondo blanco.

Tabla 1
SESIONES EN LAS QUE FUERON
COLOCADOS CADA UNO DE
LOS CARTELES DURANTE
LA PRIMERA INTERVENCIÓN

Nº de sesión	Cartel colocado
16	B-1
17	B-2
18	B-3
19	B-4
20	B-5
21	B-6
22	B-3
23	B-7
24	B-1
25	B-2

CARTEL B-1.

CAUSA DE MUERTE

AUMENTO DE LA PROBABILIDAD DE MUERTE
EN FUMADORES

Cáncer de pulmón	360 %
Bronquitis y Efisema	203 %
Cáncer de laringe	180 %
Cáncer de boca	136 %
Cáncer de esófago	113 %

(Siguen 20 enfermedades más).

Fuente: "Smoking and Health, Informe del Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service de los EE.UU. de Norteamérica."

CARTEL B-2.

"EL TABACO REDUCE LA CAPACIDAD DE RENDIMIENTO FISICO, TANTO POR SUS EFECTOS AGUDOS COMO POR LOS CRONICOS. EL CONSUMO DE TABACO AUMENTA EL ESFUERZO RESPIRATORIO DEBIDO A EFECTOS INMEDIATOS QUE DUPLICAN O TRIPLICAN LA RESISTENCIA AL PASO DEL AIRE POR LAS VIAS RESPIRATORIAS. EL MONOXIDO DE CARBONO QUE PRODUCE LA COMBUSTION DEL TABACO OCUPA ENTRE EL 5 Y EL 6 % DE LA CAPACIDAD DE LA HEMOGLOBINA PARA TRANSPORTAR OXIGENO. LOS PEQUEÑOS VASOS SANGUINEOS SE CONTRAEN LO CUAL SE PONE DE MANIFIESTO EN UNA ELEVACION DE LA PRESION SANGUINEA".

Fuente: Ilkka Vuori, Tabaco y ejercicio. Barcelona: Salvat, 1984. Profesor de la Universidad de Turkuurk, Finlandia. Consejero de la O.M.S.

CARTEL B-3.

"EN LOS ULTIMOS AÑOS SE HAN DADO A CONOCER UNOS INFORMES SOBRE LA MORTALIDAD EN RELACION CON EL HABITO DE FUMAR. ESTOS INFORMES HAN CONFIRMADO QUE LA MORTALIDAD DE LOS FUMADORES ES SUPERIOR EN UN 22% A LA DE LOS NO FUMADORES".

Fuente: Informe del Comité de Expertos de la O.M.S., Consecuencias del tabaco para la salud. Ginebra: O.M.S., 1974. (Edición en español).

CARTEL B-4.

"LA HIGIENE DE LA BOCA ES MALA EN LOS FUMADORES: HAY SUCIEDAD EN LA BOCA. SE PRODUCE UN AUMENTO DE LAS INFECCIONES BUCALES QUE INFLUYEN EN LA AFECTACION DE LAS PIEZAS DENTARIAS, EN EL CURSO DE LA FARINGITIS Y AMIGDALITIS, ETC."

Fuente: J.R. Zaragoza, Tabaco y salud. Sevilla: Ed. AC, 1980. (Catedrático de Medicina de la Universidad de Sevilla).

CARTEL B-5.

"EN LOS FUMADORES ES MAS FRECUENTE LA APARICION DE OBSTRUCCIONES NASALES POR LA ACCION CONTINUADA DEL HUMO DEL TABACO SOBRE LOS CORNETES NASALES (...) TAMBIEN A NIVEL DEL OIDO SE DAN MANIFESTACIONES DE IMPORTANCIA: APARICION DE VERTIGOS (DEBIDO A LA AFECTACION DEL NERVIU VESTIBULAR) Y DISMINUCION DE LA AUDICION POR POR AFECTACION DEL SISTEMA COCLEAR".

Fuente: J.R. Zaragoza (op.c.).

CARTEL B-6.

"EN EL FUMADOR SE VA PRODUCIENDO PROGRESIVAMENTE UNA DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL DENOMINADA AMBLIPIA TABAQUICA, QUE ES DEBIDA A LA ACTUACION GENERAL DEL TABACO, SOBRE TODO A NIVEL DE VIAS DIGESTIVAS Y DEL HIGADO, IMPIDIENDO LA ABSORCION Y UTILIZACION DEL COMPLEJO VITAMINICO B, ESENCIAL PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL NERVIU OPTICO".

Fuente: J.R. Zaragoza (op.c.).

CARTEL B-7.

"TANTO LAS PRUEBAS EXPERIMENTALES COMO EPIDEMIOLOGICAS CONFIRMAN QUE FUMAR ES UN IMPORTANTE FACTOR DE RIESGO PARA INFARTO DE MIOCARDIO. LA FUNCION PULMONAR DE LOS FUMADORES SE VE ENTORPECIDA EN TODOS LOS ASPECTOS."

Fuente: Comité de Expertos de la O.M.S.(op.c.).

Figura 3. Textos correspondientes a los carteles del tipo B.

Segunda Intervención (Información individualizada). Durante 5 sesiones las mismas personas distribuyeron entre todos los alumnos presentes, al principio de cada sesión, fotocopias que reproducían fragmentos de "comics" referentes a aspectos de la conducta de fumar y a la polución ambiental (Nota 1).

RESULTADOS

La Figura 4 muestra la gráfica resultante del ICT a lo largo de todas las fases del estudio. En ella puede observarse cómo el consumo de cigarrillos se mantiene ligeramente más alto durante la fase de la Primera Intervención con respecto a los valores de Línea Base. En la fase de la Segunda Intervención incluso esta tendencia se hace más notoria. Por ejemplo, en la fase de Línea Base sólo en una sesión se llegó a alcanzar un ICT de 2 cigarrillos por fumador, mientras que en la fase de la Primera Intervención índices que llegan a ese valor se producen en un 60% de las sesiones, y en la fase de la Segunda Intervención esto ocurre en el 75% de las sesiones.

La \bar{X} de ICT en el período de línea base fue de

1,69 cigarrillos por fumador. En contraste con ello, la \bar{X} durante la primer intervención sube hasta 1,98 cig./fumador, y durante la segunda intervención sube de nuevo hasta 2,25 cig./fumador. Asimismo, el porcentaje promedio de fumadores presentes varió muy poco de una fase a otra, siendo el 40% de los presentes durante la línea base, el 42% durante la primera intervención y el 48% durante la segunda.

DISCUSIÓN

En general, los resultados muestran que los procedimientos empleados en ningún caso resultaron útiles en controlar la conducta de fumar del grupo. Incluso, el promedio de cigarrillos fumados se incrementó, lo que podría llevarnos a especular sobre la aparición de un efecto de elicitación negativo. Podríamos concluir, por tanto, que la mera exposición colectiva o individualizada (pero no contingente a la conducta de fumar), de las consecuencias para la salud de la conducta de fumar en forma de mensajes dirigidos al grupo por miembros de igual *status* grupal, no consigue reducir la frecuencia de fumar de los fumadores del grupo. Tampoco lo hizo la información más individualizada que se utilizó en la segunda intervención. Explicaciones alternativas del incremento del ICT, tales como un aumento importante en el número de fumadores presentes en las sesiones de ambas fases de intervención, o la

Nota 1. No se incluyen aquí reproducciones de los fragmentos de los comics utilizados, por carecer de originales que permitan una buena calidad de reproducción. No obstante, fotocopias de los mismos están disponibles mediante petición directa a los autores.

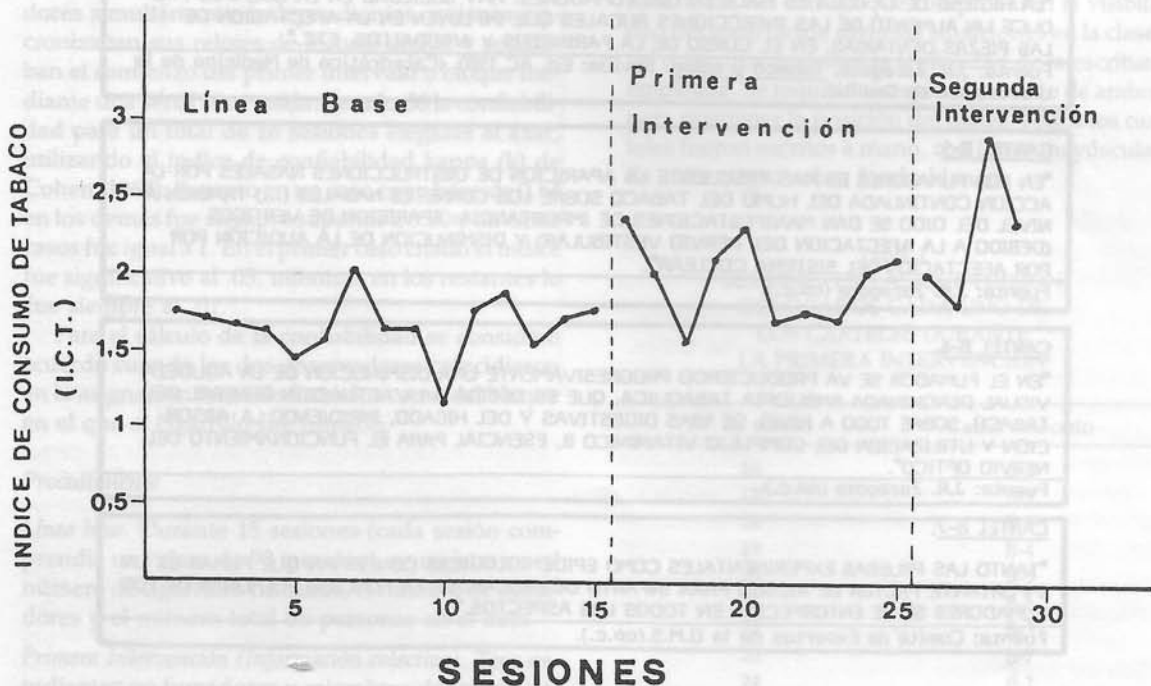


Figura 4. Gráfica del Índice de Consumo de Tabaco a lo largo de las diferentes fases del estudio.

aparición de un efecto selectivo de "reacción negativa" por parte de ciertos fumadores del grupo, pueden descartarse, ya que el porcentaje de fumadores presentes en cada sesión sólo se incrementa un 2 y 8%, respectivamente, durante la primera y segunda intervenciones con respecto a la línea base, mientras que el incremento en el ICT es del 17 y 33%, respectivamente. Y, lo que es más importante, los registros individualizados de cada sesión no señalaron ninguna especial incidencia que indicara que el aumento no fue generalizado para todo el subgrupo de fumadores presentes. El porcentaje de fumadores no descendió en las intervenciones como para hacer pensar que el incremento en el ICT no estaba siendo provocado por todos los fumadores presentes.

Por otra parte, los datos de línea base indican que el cartel expuesto en la clase no era efectivo en su propósito ya que durante este período estaba ya presente. Sin embargo, los resultados conseguidos deben ser considerados a la luz de las limitaciones metodológicas que posee este estudio. Una de ellas hace referencia a la ausencia de fases reversibles que aislen los efectos de las intervenciones entre sí. Además la duración de la segunda intervención tal vez resulte demasiado corta, o puede que en general ambas intervenciones sean demasiado cortas. Futuros estudios podrían delimitar si incrementando la duración de las mismas se incrementaba su efectividad. En este estudio quedó por evaluar esta cuestión en la medida que el período escolar finalizó. No obstante, el patrón que se observa en la fase de segunda intervención resulta muy similar al observado en la primera, por lo que cabe esperar que a igual número de sesiones presumiblemente hubieran correspondido un mantenimiento similar.

A pesar de los resultados negativos, creemos que este tipo de procedimientos debe continuar

siendo investigado (tal vez variando los textos u otros aspectos de los carteles, o utilizando otros tipos de intervenciones individualizadas, etc.), ya que resulta mucho menos disruptivo que una petición directa para interrumpir la conducta de fumar, por muy cortés que aquella fuera. Por otra parte sería uno de los pocos métodos no impositivos disponibles para eliminar la conducta de fumar en situaciones de grupo, en las cuales la actividad no debe ser interrumpida cada vez que uno de sus miembros encienda un cigarrillo.

El estudio representó un intento de alterar la conducta de los fumadores de un grupo estable, fundamentalmente a través del manejo de estimulación precedente a la conducta objetivo. Las consecuencias que el fumador obtendría en el caso de no fumar son un aspecto importante que debe ser tenido en cuenta en posteriores estudios. Basándonos en los resultados del estudio presente, una conclusión en el sentido de reconocer la imposibilidad de controlar la conducta de fumar sin utilizar consecuencias sobre la misma, puede parecer prematura pero debe ser tenida muy en cuenta.

Los resultados de este estudio no apoyan el punto de vista de Jason y Savio (1978) al menos para el tipo de situaciones sociales que aquí hemos conducido. Probablemente la reivindicación de los fumadores sea un factor importante, pero otros deben también estar presentes. Por ejemplo, un estudio transcultural de los trabajos exitosos anunciados por Jason y sus colegas nos indicaría que la "sensibilización general" de la sociedad norteamericana al consumo de tabaco es mucho mayor que el de la española.

Estos factores unidos a la consideración de cambios en el procedimiento como los señalados más arriba, podrían representar aspectos interesantes que fructificaran en nuevas investigaciones.

REFERENCIAS

- AUGER, T.J.; WRIGHT, J. y SIMPSON, R.H. (1972). Posters as Smoking Deterrents. *Journal of Applied Psychology*, 56, 169-171.
- BERGMAN, A.B. y WIESNER, L.A. (1976). Relationship of passive cigarette smoking to sudden infant death syndrome. *Pediatrics*, 58, 665-668.
- CAMERON, P. (1972). Second-hand tobacco smoke: Children's reaction. *Journal of School Health*, 42, 280-284.
- CAMERON, P.; ROBERTSON, D. (1973). Effects of home environment tobacco smoke on family health. *Journal of Applied Psychology*, 57, 142-147.
- COHEN, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.
- COMITÉ DE EXPERTOS DE LA OMS (1974). *Consecuencias del tabaco para la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (edición en castellano).
- GOLDSTEIN, H. (1977). Smoking in Pregnancy: Some notes on the statistical controversy. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 31, 13-17.
- HARLAP, S. y DAVIES, A.M. (1974). Smoking in Pregnancy and Child Development. *British Medical Journal*, 2, 610.
- HOEGG, U.R. (1972). Cigarette Smoke in Closed Spaces. *Environmental Health Perspectives*, 2, 117-128.
- JASON, L.A. (1979). Preventive community interventions: Reducing school children's smoking and decreasing smoke exposure. *Professional Psychology*, 10, 744-752.

JASON, L.A. y CLAY, R. (1978). Modifying smoking behaviors in a barber shop. *Man-Environment Systems*, 8, 38-40.

JASON, L.A.; CLAY, R. y MARTIN, M. (1979-1980). Reducing cigarette smoking in supermarkets and elevators. *Journal of Environmental Systems*, 9, 57-66.

JASON, L.A. y LIOTTA, R.F. (1982). Reduction of Cigarette Smoking in a University Cafeteria. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 15, 573-577.

JASON, L.A. y SAVIO, D. (1978). Reducing cigarette smoke in an office setting. *Health Values*, 2, 180-185.

JONES, J.W. (1978). *The effects of secondary cigarette smoke on acute emotional states*. Citado en L.A. Jason, R. Clay y M. Martin (1979-1980).

JONES, L.A. y BOGAT, G.A. (1978). Air pollution and human aggression. *Psychological Reports*, 43, 721-722.

KIDD, A.H. (1973). Relation of examination scores to tobacco smoking. *Perceptual and Motor Skills*, 36, 946.

NAUMANN, R.J. (1973). Smoking and Air Pollution Standards. *Science*, 182, 334-336.

RUSSELL, M.A.H.; COLE, P.V. y BROWN, E. (1973). Absorption by nonsmokers of carbon monoxide from room air polluted by tobacco smoke. *Lancet*, 1, 576-579.

SPEER, F. (1968). Tobacco and the nonsmoker. *Archives of Environmental Health*, 16, 443-446.

UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH EDUCATION AND WELFARE (1976). *The Health Consequences of Smoking, 1975*. Public Health Service, Center for Disease Control, D.H.E.W. Publication N° (CD) 76-8704.

ZUSSMAN, B.M. (1974). Tobacco sensitivity in the allergic population. A specific allergic entity. *Journal of Asthma Research*, 11, 159-167.

DE CONSUMO DE TABACO

