



# Intervenciones para la prevención de la reincidencia en el hábito de fumar

Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M

Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006, Número 1

Producido por



Si desea suscribirse a "La Biblioteca Cochrane Plus", contacte con:

Update Software Ltd, Summertown Pavilion, Middle Way, Oxford OX2 7LG, UK

Tel: +44 (0)1865 513902 Fax: +44 (0)1865 516918

E-mail: [info@update.co.uk](mailto:info@update.co.uk)

Sitio web: <http://www.update-software.com>



Usado con permiso de John Wiley & Sons, Ltd. © John Wiley & Sons, Ltd.

Ningún apartado de esta revisión puede ser reproducido o publicado sin la autorización de Update Software Ltd. Ni la Colaboración Cochrane, ni los autores, ni John Wiley & Sons, Ltd. son responsables de los errores generados a partir de la traducción, ni de ninguna consecuencia derivada de la aplicación de la información de esta Revisión, ni dan garantía alguna, implícita o explícitamente, respecto al contenido de esta publicación.

El copyright de las Revisiones Cochrane es de John Wiley & Sons, Ltd.

El texto original de cada Revisión (en inglés) está disponible en [www.thecochranelibrary.com](http://www.thecochranelibrary.com).

## ÍNDICE DE MATERIAS

RESUMEN.....	1
RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS.....	2
ANTECEDENTES.....	2
OBJETIVOS.....	3
CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISIÓN.....	3
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS.....	3
MÉTODOS DE LA REVISIÓN.....	3
DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS.....	4
CALIDAD METODOLÓGICA.....	8
RESULTADOS.....	8
DISCUSIÓN.....	9
CONCLUSIONES DE LOS AUTORES.....	11
POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS.....	11
FUENTES DE FINANCIACIÓN.....	12
REFERENCIAS.....	12
TABLAS.....	16
Characteristics of included studies.....	16
Characteristics of excluded studies.....	32
CARÁTULA.....	33
RESUMEN DEL METANÁLISIS.....	35
GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS.....	37
01 Abstinentes asignados al azar - intervenciones conductuales. Poblaciones especiales 1. Mujeres embarazadas/en el periodo postparto.....	37
01 No fuma al final del seguimiento antes del parto.....	37
02 No fuma en el seguimiento más largo después del parto.....	38
03 No fuma en el seguimiento más largo después del parto (con el uso de un odds-ratio corregido en un ensayo).....	38
02 Abstinentes asignados al azar - intervenciones conductuales. Poblaciones especiales 2. Fumadores hospitalizados.....	39
01 Abandono durante el seguimiento más largo.....	39
03 Abstinentes asignados al azar - intervenciones conductuales. Poblaciones especiales 3. Personal militar...39	39
01 Abandono durante el seguimiento más largo.....	39
04 Abstinentes asignados al azar - intervenciones conductuales. Abstinentes sin ayuda, en busca de tratamiento.....	39
01 Abandono durante el seguimiento más largo.....	39
05 Abstinentes asignados al azar - intervenciones conductuales. Abstinentes con ayuda.....	40
01 Abandono durante el seguimiento más largo.....	40
06 Abstinentes asignados al azar - Farmacoterapia.....	40
01 Tratamiento de reemplazo de nicotina versus placebo.....	40
02 Bupropión versus placebo.....	41

07 Fumadores asignados al azar - intervenciones conductuales. Pareados por duración del programa.....	41
01 Tratamiento con formato grupal o individual (+/- farmacoterapia complementaria).....	41
02 Formato de autoayuda, cesación durante el seguimiento más largo.....	41
08 Fumadores asignados al azar - intervenciones conductuales. Programas de intensidad diferente.....	42
01 Abandono del hábito durante la evaluación a largo plazo (criterios de abstinencia más estrictos).....	42
09 Fumadores asignados al azar - intervenciones conductuales. Contacto proactivo adicional por teléfono....	42
01 Abandono del hábito durante la evaluación a largo plazo (criterios de abstinencia más estrictos).....	42

# Intervenciones para la prevención de la reincidencia en el hábito de fumar

Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M

## Esta revisión debería citarse como:

Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M. Intervenciones para la prevención de la reincidencia en el hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

**Fecha de la modificación más reciente:** 21 de octubre de 2004

**Fecha de la modificación significativa más reciente:** 21 de octubre de 2004

## RESUMEN

### Antecedentes

Algunos tratamientos pueden ayudar a los fumadores a intentar dejar de fumar con éxito, pero muchos de los que inicialmente lo logran reinciden en el futuro. Existen intervenciones diseñadas para ayudar a prevenir la reincidencia.

### Objetivos

Evaluar si las intervenciones específicas para la prevención de la reincidencia disminuyen la proporción de los que vuelven a fumar después de haber dejado de hacerlo recientemente.

### Estrategia de búsqueda

Se buscaron en septiembre de 2004, en el registro de ensayos del Grupo Cochrane de Adicción al Tabaco (Cochrane Tobacco Addiction Group) los estudios que mencionaran relapse prevention o maintenance en el título, el resumen o las palabras clave.

### Criterios de selección

Ensayos controlados aleatorios o cuasialeatorios de intervenciones de prevención de la reincidencia con un seguimiento mínimo de seis meses. Se incluyeron fumadores que espontáneamente dejaron de fumar, o se encontraban en un régimen de abstinencia forzosa, o participaban en programas de tratamiento. Se incluyeron los ensayos que compararon las intervenciones para prevenir la reincidencia con un control sin intervención, o que compararon un programa de abandono del hábito con componentes adicionales de prevención de la reincidencia con un programa de abandono solamente.

### Recopilación y análisis de datos

Un autor realizó el cribaje (screening) de los estudios y la extracción de datos y otro autor lo verificó. Los desacuerdos se resolvieron por discusión o mediante la opinión de un tercer autor.

### Resultados principales

Cuarenta estudios cumplieron los criterios de inclusión, pero contaban con poblaciones e intervenciones heterogéneas. Se consideraron por separado los estudios que asignaron al azar a abstinentes, de los que asignaron fumadores antes del momento en que dejaron de fumar. No se detectaron beneficios de las intervenciones breves y "basadas en las habilidades" para la prevención de las reincidencias en mujeres que habían dejado de fumar durante el embarazo o en fumadores en un periodo de abstinencia forzosa. Tampoco se pudieron detectar efectos significativos en otros fumadores que habían dejado de fumar espontáneamente o con un programa formal. En los ensayos que reclutaron fumadores y evaluaron el efecto de componentes adicionales para prevenir la reincidencia, tampoco se encontraron pruebas de beneficio en ningún subgrupo. No se encontró que proporcionar entrenamiento en las habilidades que se pensaba que eran necesarias para evitar la reincidencia, la disminuyera, pero la mayoría de los estudios no usó los diseños experimentales que mejor se ajustaban a esta tarea, y tenían un poder limitado para detectar las pequeñas diferencias esperadas entre las intervenciones.

### Conclusiones de los autores

En este momento, no hay pruebas suficientes que apoyen el uso de alguna intervención específica para ayudar a los fumadores que han abandonado con éxito el hábito por un corto tiempo, para evitar reincidir. El veredicto tiene mayor fuerza en las intervenciones dirigidas a identificar y resolver las situaciones tentadoras, ya que la mayoría de las intervenciones eran de este tipo. Existe muy poca investigación disponible sobre otros enfoques. Es posible que hasta que no se cuente con mayores pruebas sea más eficiente dirigir los recursos a apoyar los esfuerzos iniciales para intentar la abstinencia, que a los esfuerzos adicionales para prevenir la reincidencia.



## RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Las pruebas no son suficientes para apoyar el uso de alguna intervención específica, para ayudar a los fumadores que tienen éxito por un corto tiempo en el abandono, a evitar las reincidencias

Algunas personas comienzan a fumar de nuevo, poco tiempo después de dejarlo y se dice que son "reincidentes". Las intervenciones utilizadas para ayudar a las personas a evitar la reincidencia frecuentemente se dirigen a enseñar las habilidades para afrontar las tentaciones de fumar. No se ha demostrado que éste y otros enfoques sean útiles, ni en las personas que lo dejan espontáneamente, o con la ayuda de un tratamiento de cesación, o en las que lo dejan porque están embarazadas o ingresadas en el hospital. Muchos ensayos realizados no han tenido un diseño de suficiente poder para detectar posibles efectos menores.



## ANTECEDENTES

Numerosas intervenciones pueden ayudar a los fumadores a dejar el hábito. Éstas incluyen los tratamientos farmacológicos, como el reemplazo de nicotina y algunos antidepresivos, y los enfoques conductuales, administrados individualmente o en grupos. (Hajek 2004; Hughes 2004; Lancaster 2002; Silagy 2004; Stead 2002). Las intervenciones incrementan las tasas de abandono a largo plazo comparadas con las intervenciones de control, pero hay una reducción permanente de las tasas generales de éxito, debido a que una proporción de los participantes que inicialmente pudieron abandonar el hábito vuelve a fumar a lo largo del tiempo (reincidencias).

Se han examinado algunas estrategias para la prevención de la reincidencia en ensayos controlados aleatorios. La estrategia más estudiada es el enfoque de habilidades, en la que el paciente aprende a identificar las situaciones de alto riesgo de reincidencia, y recibe estrategias cognoscitivas y conductuales para afrontar dichas situaciones. (Marlatt 1985). Un número menor de estudios ha puesto a prueba tratamientos psicológicos alternativos (frecuentemente, combinados con el enfoque de habilidades). Éstos incluyen la exposición indirecta imaginaria, fumar con estímulos desagradables, apoyo social y el ejercicio. Hay también un grupo separado de estudios que prueba los efectos de extender la duración del contacto terapéutico para prevenir la reincidencia. Finalmente, unos pocos estudios han examinado tratamientos farmacológicos para prevenir la reincidencia.

No hay una definición clara de lo que es una intervención para prevenir la reincidencia que la distinga de un tratamiento

prolongado para dejar de fumar. Esto es, en principio, porque volver a fumar en cualquier momento después del abandono, puede considerarse como una reincidencia. En general, la prevención de la reincidencia se aplica a las intervenciones que explícitamente buscan disminuir las tasas de reincidencias después de concluir con éxito la fase aguda del tratamiento, o en algún momento después de la fecha de abandono en un intento espontáneo. Como la duración de la fase aguda del tratamiento es variable, habrá diferencias en el momento en el que se inicia la medición del efecto de prevención de la reincidencia. Esto es inevitable y el enfoque adoptado en esta revisión es considerar como prevención de la reincidencia aquellas intervenciones diseñadas como tales por los autores, o cuando hay una extensión del tratamiento después de lo que sería su duración normal.

Los ensayos de las intervenciones para prevenir la reincidencia pueden asignar al azar a personas que ya han dejado de fumar, o pueden asignar al azar fumadores antes de tratar de abandonar el hábito y proporcionar una intervención general de cesación a todos los participantes con un componente adicional a los asignados para la prevención de la reincidencia. El primer diseño tiene numerosas ventajas metodológicas que se discuten posteriormente en esta revisión. En la revisión se incluyen ambos tipos de estudios.

El propósito de revisar las pruebas de la eficacia de las intervenciones para prevenir la reincidencia fue aportar información a los proveedores de atención sanitaria, que pudiera ser importante para decidir la asignación de recursos a los esfuerzos para motivar los intentos para dejar de fumar, o apoyar a los fumadores necesitados de ayuda en las etapas iniciales del

proceso, o proporcionar apoyo ulterior para prevenir la reincidencia.

## OBJETIVOS

El objetivo de la revisión es determinar en qué medida las intervenciones específicas para prevenir la reincidencia disminuyen la proporción de exfumadores recientes que vuelven a fumar.

## CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISIÓN

### Tipos de estudios

Ensayos controlados aleatorios o cuasialeatorios, con un seguimiento mínimo de seis meses desde la fecha de abandono del hábito.

### Tipos de participantes

Se consideraron tres tipos de participantes: personas que dejaron de fumar por iniciativa propia; personas en un régimen de abstinencia forzosa, aunque traten o no de dejar de fumar permanentemente; y fumadores que participan en programas de tratamiento para apoyar el abandono inicial del hábito.

### Tipos de intervención

Se incluyeron las intervenciones identificadas por los investigadores del estudio como intervenciones dirigidas a prevenir la reincidencia, comparadas con ninguna intervención, o con una intervención más corta, o con una intervención no dirigida a prevenir la reincidencia. Se consideraron las intervenciones conductuales administradas en cualquier formato, que incluían reuniones en grupo, sesiones de contacto personal, materiales escritos o de otro tipo, apoyo telefónico proactivo o reactivo y las intervenciones farmacológicas.

### Tipos de medidas de resultado

El resultado preestablecido fue la abstinencia prolongada o determinada en múltiples ocasiones durante un seguimiento de al menos seis meses después de la asignación al azar. Se incluyeron ensayos que sólo informaron la prevalencia puntual de abstinencia (número de participantes que no fumaban en el momento en que se realizó la evaluación, abstinencia en ese momento, pero no necesariamente de forma continua desde el tratamiento) a los seis meses o más, y se consideró realizar análisis de sensibilidad si estos estudios tuvieran impacto en los resultados agrupados. Se excluyeron los estudios con un seguimiento inferior a los seis meses.

## ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS

Se buscó en el registro de ensayos del Grupo Cochrane de Adicción al Tabaco (Cochrane Tobacco Addiction Group), que

incluye los resultados de búsquedas exhaustivas en MEDLINE, PsycINFO y en resúmenes de congresos. Se examinó la pertinencia de todos los ensayos que tenían en el título, el resumen, o las palabras claves, los términos 'relapse prevention' or 'maintenance' or 'relapse Near prevent\*'. Adicionalmente, se consideraron los ensayos incluidos en todas las otras revisiones Cochrane sobre intervenciones para el abandono del hábito de fumar, que compararon intervenciones más o menos intensivas. La búsqueda más reciente fue en septiembre de 2004.

## MÉTODOS DE LA REVISIÓN

Se incluyeron todos los estudios que asignaron al azar a personas que habían dejado de fumar. En los estudios que asignaron al azar fumadores antes de dejar de fumar, casi todas las intervenciones incluían componentes de prevención de la reincidencia. Se incluyeron solamente los estudios que explícitamente identificaron como una meta la prevención de la reincidencia o el mantenimiento de la abstinencia en el título o en el resumen. Adicionalmente, se incluyeron todos los estudios que probaron el efecto de la extensión del contacto por teléfono, a continuación de la intervención inicial, aunque no se hubiera destacado la intención de prevenir la reincidencia. No se incluyeron estudios de métodos aversivos de fumar o de ejercicios, a no ser que se asignaran al azar exfumadores, porque las intervenciones empleadas son similares si el estudio se describe como de prevención de la reincidencia o no, y ya fueron cubiertas por otra revisión Cochrane (Hajek 2004; Ussher 2002). Se excluyeron las intervenciones en pacientes hospitalizados porque en general, los ensayos no describen si los participantes en ese momento son exfumadores o no, y las intervenciones consisten en una mezcla de componentes de cesación y prevención de la reincidencia. Todos los estudios de este tipo también han sido cubiertos por otra revisión. (Rigotti 2002)

### Métodos de la revisión

Un autor (LS) identificó los ensayos potencialmente elegibles para la inclusión, y extrajo los datos. Un segundo autor (TL) verificó la extracción de datos de los estudios incluidos o marginales y los dos anteriores, junto con el tercer autor (PH), decidieron la inclusión de los estudios y su categorización en subgrupos.

Se informan las siguientes características de los ensayos en la tabla "Características de los estudios incluidos":

- País y contexto en que se realizó el estudio, incluida la población en la que se realizó el reclutamiento.
- Método de asignación al azar y ocultamiento de la asignación.
- Características demográficas de los participantes, incluida la edad, sexo, consumo de cigarrillos al inicio y el tiempo transcurrido antes de dejar de fumar, si era importante.
- Componentes de la intervención, incluido el número y tipo de contactos y periodo de contacto.



- Condición(es) de los controles.
- Resultado, incluida la duración del seguimiento, definición(es) de la cesación usada en la revisión y otras mediciones usadas.
- Validación del estado autoinformado de fumador, incluido el método usado y el punto de corte empleado en la validación bioquímica.

### Metanálisis

El resultado primario fue el número de abstinentes en el mayor periodo de seguimiento. Cuando estaba disponible, se prefirió la validación bioquímica al autoinforme de abstinencia. Cuando se pudo elegir, se incluyó la abstinencia continua preferiblemente a la prevalencia puntual de la abstinencia. Los participantes asignados al azar que se retiraron, se perdieron durante el seguimiento o que no pudieron aportar muestras para la validación, se clasificaron habitualmente como reincidentes o como fumadores. Se tomó nota de cualquier excepción de lo anterior en los detalles del estudio y se estimó si la elección del denominador tenía probabilidad de modificar las conclusiones. Si los estudios informaron resultados estrictos y menos severos se extrajeron los dos y se realizó un análisis de sensibilidad de los resultados agrupados. Los resultados de los estudios individuales se expresaron como odds ratio (OR) con intervalos de confianza del 95%. Se agruparon los resultados de los estudios con un modelo de efectos fijos (Mantel-Haenszel), cuando era apropiado. Si un estudio informaba un OR ajustado por el agrupamiento o por el desequilibrio al inicio, también se agruparon los OR de los ensayos en el mismo subgrupo de una comparación con el uso del método de la varianza inversa para verificar si hubo un efecto sobre los resultados. En caso de que hubiera heterogeneidad clínica o significación estadística entre los ensayos, se determinó no informar las estimaciones agrupadas. No se agruparon los resultados de los ensayos que asignaron al azar abstinentes con los que asignaron fumadores. Los subgrupos predefinidos se basaron en el tipo e intensidad de la intervención. También se separaron los estudios en que el tiempo de contacto estaba pareado, de los que la prevención de la reincidencia incluyó un contacto de mayor duración.

Otros subgrupos preespecificados incluyeron los ensayos con abstinentes espontáneos, como las embarazadas y los ensayos con fumadores que acuden en busca de tratamiento para dejar de fumar. Se añadieron ulteriores análisis de subgrupos que distinguían entre las intervenciones de larga duración (más de cuatro semanas) y las de corta duración, en ensayos que asignaron al azar fumadores a intervenciones de duración pareada, y menos sesiones de intervención para intervenciones no pareadas y programas de control. También se consideraron análisis de subgrupos para estudios de "habilidades" y de apoyo social. Con esto se reemplazó la división de subgrupos planeada, que se basaba en el formato de la intervención (en grupos versus individual), porque es más pertinente a la muestra de estudios disponibles.

En el protocolo de esta revisión, se planeó establecer contacto con los autores en busca de datos adicionales sobre las tasas de

abandono al final de los tratamientos, y las tasas de abandono a largo plazo en los que dejaron de fumar inicialmente. En vista de la heterogeneidad de las intervenciones, del momento de las evaluaciones y de las formas de definir la abstinencia, se decidió que aunque se contara con estos datos y que fueran útiles, no fortalecerían la revisión. Se extrajeron las tasas de abandono a corto plazo de los ensayos que no asignaron al azar a abstinentes, y se consideró si en ese momento se puso de manifiesto algún beneficio de la intervención de prevención de la reincidencia, y si era diferente o no del efecto a largo plazo.

## DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS

Se identificaron 40 estudios para la inclusión. Una publicación informó dos ensayos, cada uno con múltiples brazos pertinentes a diferentes comparaciones (Buchkremer 1991 1; Buchkremer 1991 2), y tres ensayos tenían subgrupos o diseños factoriales que contribuían a diferentes secciones (Curry 1988; Fortmann 1995; Schmitz 1999). Dos de los estudios (5%) no describieron específicamente que la intervención incluía la prevención de la reincidencia. Uno era el duplicado de un estudio incluido (Hall 1987) y uno asignó al azar a abstinentes (Hajek 2002). La mayoría de los estudios se realizó en los EE.UU.

Se describen y analizan por separado los estudios que asignaron al azar personas que ya habían dejado de fumar (sección uno) y los que asignaron al azar personas que continuaban fumando (sección dos).

### Sección 1: Estudios que asignaban al azar a abstinentes

Veinticuatro estudios incluyeron personas que ya habían dejado de fumar.

Se consideraron por separado, los dos estudios que incluían abstinentes, que habían dejado de fumar sin ayuda, debido a factores como el embarazo, la estancia hospitalaria, el entrenamiento militar, en los cuales está prohibido hacerlo. Otro grupo de estudios incluyó exfumadores reclutados en la población general.

En los dos últimos grupos, se dividieron los ensayos entre los que evaluaron intervenciones conductuales y los que evaluaron el tratamiento con fármacos. Las intervenciones conductuales se clasificaron en dos categorías, intensivas y menos intensivas. Las intervenciones intensivas incluían contacto personal repetido, dirigido habitualmente a enseñar a los clientes a identificar las situaciones tentadoras y aplicar un rango de habilidades de enfrentamiento y estrategias cognitivas que se asume que ayudan a resistir a la reincidencia. Las intervenciones menos intensivas usualmente intentan enseñar estas habilidades por medio de materiales escritos y pueden también incluir una breve sesión de contacto personal y contactos telefónicos. En el caso de que algunos ensayos usaran contactos telefónicos de suficiente frecuencia y duración para ser considerados una intervención intensiva, se investigaría la sensibilidad de los hallazgos en la categoría alternativa.

### 1. Poblaciones especiales

Trece estudios incluyeron poblaciones distintas de fumadores que buscaban tratamiento, incluidas mujeres embarazadas y en el periodo postparto, pacientes hospitalizados, y reclutas del ejército. La mayoría usó contacto personal mínimo y la ayuda principal fue con materiales escritos o llamadas telefónicas. Los estudios que examinaron intervenciones intensivas tenían muestras muy pequeñas. Ningún estudio en este grupo usó una intervención farmacológica.

#### A. Exfumadoras embarazadas y en el periodo postparto

Nueve estudios asignaron al azar mujeres embarazadas (Ershoff 1995; Secker-Walker 1995; Lowe 1997; Secker-Walker 1998; McBride 1999; Hajek 2001) o en el periodo postparto (Severson 1997; Ratner 2000; Van't Hof 2000) exfumadoras para intervenciones diseñadas para ayudarlas a permanecer abstinentes durante el embarazo y después del parto.

Ocho estudios evaluaron intervenciones relativamente breves que comprendían una sesión inicial de asesoramiento por contacto personal, apoyada con materiales escritos repartidos durante la sesión (Hajek 2001; Lowe 1997; Secker-Walker 1995; Secker-Walker 1998), o durante un periodo de tiempo mediante correos repetidos (Ershoff 1995), o con un vídeo añadido (Severson 1997). En cada caso, se ofreció apoyo oportuno de diferente intensidad en otras visitas regulares. Un estudio proporcionó la sesión inicial de asesoramiento para la prevención de la reincidencia y reforzamientos en las visitas posteriores, sin panfletos escritos (Van't Hof 2000). Un estudio no incluyó contactos personales, pero proporcionó cartas, folletos, una serie de llamadas telefónicas y revistas (McBride 1999). Un estudio evaluó una intervención más intensiva en mujeres en el periodo postparto, que incluyó además de la sesión inicial y los materiales escritos, una serie de ocho llamadas telefónicas de apoyo (Ratner 2000).

Tres estudios de este grupo (Hajek 2001; McBride 1999; Severson 1997) y un estudio de la próxima sección sobre pacientes hospitalizados (Schmitz 1999) incluyó ambos, fumadores actuales y exfumadores recientes, pero analizó los dos subgrupos por separado, y por tanto, pudieron incluirse. Un estudio asignó al azar a fumadores y exfumadores recientes durante el embarazo y evaluó el efecto de la intervención posterior al embarazo sobre las mujeres de ambos grupos que no fumaron durante el mismo (McBride 1999).

#### B. Pacientes hospitalizados

Dos estudios asignaron al azar pacientes hospitalizados que sufrían de enfermedad cardiovascular y no fumaban desde el momento del ingreso al hospital. Un estudio evaluó una intervención única, de rutina, breve, apoyada por materiales escritos (Hajek 2002) y el otro comparó seis sesiones semanales de habilidades orientadas a prevenir la reincidencia, con presentaciones didácticas (Schmitz 1999).

#### C. Reclutas militares

Dos estudios proporcionaron intervenciones a fumadores sometidos a abstinencia forzada durante el entrenamiento

militar. Un estudio en reclutas de la fuerza aérea de los EE.UU. proporcionó una sesión de 50 minutos durante el entrenamiento, que incluía las consecuencias para la salud a corto plazo, los costos y el impacto social del hábito de fumar (Klesges 1999). Un estudio asignó al azar reclutas navales a los que se les había prohibido fumar durante las ocho semanas de entrenamiento. Además de incluir fumadores habituales, la intervención se dirigió a fumadores anteriores, ocasionales y experimentales. Se probaron dos intervenciones; materiales escritos enviados por correo en seis plazos después de finalizado el entrenamiento o acceso a una línea telefónica de ayuda (Conway 2004).

### 2. Abstinentes sin ayuda y abstinentes que tuvieron tratamiento;

Hubo ocho estudios de intervenciones conductuales y tres de tratamiento con fármacos.

#### Intervenciones conductuales

##### A. Abstinentes sin ayuda

Cuatro estudios asignaron al azar a participantes reclutados en la comunidad.

- Brandon 2000 reclutó voluntarios que informaron al menos una semana de abstinencia (el promedio de duración de la abstinencia anterior era 16 meses).
- En el estudio de Fortmann 1995, los voluntarios reclutados con la ayuda del marcado de dígitos al azar e incentivos se asignaron al azar después de un periodo de abstinencia de 24 horas.
- En el estudio de Killen 1990, los voluntarios reclutados por medio de anuncios fueron animados por teléfono a fijar una fecha para dejar de fumar y se asignaron al azar si mantenían la abstinencia durante 48 horas.
- En el estudio de Borland 2004, las personas que llamaban a una línea de ayuda para dejar de fumar se reclutaban para el estudio uno o dos días más tarde, y se incluyó sólo el grupo que ya había dejado de fumar en este momento.

Todas las intervenciones eran relativamente de baja intensidad, incluían materiales de autoayuda o contacto telefónico:

- Brandon 2000 comparó los efectos de un folleto único con una línea telefónica de ayuda parcialmente proactiva, ocho folletos por correo y una combinación de línea de ayuda y correos.
- Fortmann 1995 evaluó un programa de autoayuda en dos fases para la prevención de la reincidencia, que incluyó 12 informes semanales del progreso enviados por correo a la oficina del programa por los participantes. El estudio también incluyó chicle de nicotina (condiciones referidas más adelante).
- Killen 1990 examinó los efectos de un programa de prevención de la reincidencia durante ocho semanas autoguiado, basado en 16 módulos. Los participantes recibieron el módulo básico en la primera sesión. A continuación, se enviaron otros siete módulos, seleccionados por los participantes o asignados al azar,



semanalmente por correo durante las siete semanas siguientes.

- Borland 2004 comparó la entrega de cartas con consejos adaptados individualmente, basados en evaluaciones telefónicas, con la entrega de materiales estándar solamente.

#### B. Abstinentes con ayuda

Cuatro estudios asignaron al azar fumadores abstinentes que habían tomado parte en un programa formal de tratamiento.

- Powell 1981 asignó al azar fumadores abstinentes al final de un programa de cinco días a un grupo de apoyo de cuatro semanas, a un sistema "coloquial" telefónico o a un control sin tratamiento.
- Stevens 1989 reclutó fumadores que habían dejado de fumar una semana antes y fumaron no más de un cigarrillo en los cuatro días anteriores. Los participantes se asignaron al azar a tres sesiones grupales semanales de entrenamiento de habilidades, tres sesiones grupales de discusión semanales o control sin tratamiento.
- Razavi 1999 asignó al azar personas abstinentes al final de un tratamiento de tres meses con parches de nicotina y apoyo grupal a reuniones grupales mensuales centradas en estrategias de prevención de las recaídas, a reuniones grupales mensuales dirigidas por exfumadores que ofrecían apoyo general, o control sin tratamiento.
- Smith 2001 asignó al azar a los participantes ocho días después de dejar de fumar, y usó la estratificación basada en la situación del hábito de fumar, ya que se analizaron por separado los que no fumaron durante esta semana. Las dos intervenciones intensivas consistieron en sesiones de 90 minutos en grupos durante cuatro semanas, después de la asignación al azar. Se centraron en las habilidades para el abandono y el afecto negativo (tratamiento conductual cognitivo) o sobre el fomento de la motivación intrínseca y en resolver la ambivalencia del paciente (intervención motivacional). El grupo control no recibió intervención después de la asignación al azar.
- Mermelstein 2003 asignó al azar personas al final de un programa conductual de siete semanas en grupos a recibir de su orientador llamadas de asesoramiento adaptadas individualmente o llamadas no específicas. Sólo se incluyó el subgrupo que estaba sin fumar al final de las reuniones grupales.

#### Intervenciones farmacológicas

Fortmann 1995 asignó al azar los participantes que consiguieron dejar de fumar sin ayuda durante 24 horas a grupos con chicle de nicotina y a grupos sin fármacos. (El estudio también incluyó intervenciones conductuales que se describieron anteriormente). Dos estudios examinaron el uso de bupropión para la prevención de la reincidencia, después de un intento exitoso de abandono del hábito. En el primer estudio, también se usó bupropión para ayudar a la cesación y los participantes se asignaron al azar si habían abandonado el hábito durante al menos una semana, al final de las siete semanas de tratamiento (Hays 2001). Se usó

bupropión o placebo el resto del año y los participantes tuvieron un seguimiento durante otro año. En el segundo estudio, se usó el parche de nicotina para ayudar a la cesación, y al final de las ocho semanas de tratamiento con el parche se eligieron los abstinentes para la asignación al azar (Hurt 2003). Se usó el bupropión o el placebo seis meses después de la asignación al azar y los participantes tuvieron un seguimiento durante otros seis meses.

#### Sección 2: Estudios que asignaron al azar a fumadores antes de la fecha de abandono

Se incluyeron dos categorías de estos estudios: aquellos que compararon las intervenciones pareadas en el tiempo con y sin elementos de prevención de la reincidencia, y los que evaluaron el efecto de ampliar el contacto con el paciente. En dos estudios con más de dos grupos, se incluyó en el metanálisis el más intensivo versus el menos intensivo y se discutieron en los resultados las diferencias adicionales. Se refiere a la intervención menos intensiva como el "control".

Para evaluar el impacto de la intensidad del tratamiento, se consideraron por separado las intervenciones que proporcionaron tratamiento de hasta cuatro semanas y las intervenciones que proporcionaron contacto con el paciente durante más de cuatro semanas.

#### A. Grupos de intervención y de control pareados por el tiempo de contacto

En nueve estudios, las condiciones del grupo de intervención y de control se parearon por la cantidad de tiempo de contacto. (Algunos estudios también compararon una intervención más larga, en la cual, los brazos pertinentes se comparan también en la próxima categoría). Siete usaron un formato de grupo de intervención conductual (Becona 1997; Buchkremer 1991 1; Buchkremer 1991 2; Curry 1988; Davis 1986; Emmons 1988; Hall 1984) y dos usaron un formato de asesoramiento individual (Niaura 1999; Schmitz 1999). Tres proporcionaron tratamiento con fármacos en todas las condiciones de tratamiento (Buchkremer 1991 1; Buchkremer 1991 2; Emmons 1988). Se usó un diseño factorial para probar el chicle de nicotina con un placebo (Hall 1996) o el chicle de nicotina versus sin chicle (Niaura 1999).

Los componentes usados para la prevención de la reincidencia fueron diversos.

- Hall 1984 era un estudio factorial. En este análisis, se comparan dos variantes de intervenciones aversivas para el abandono del hábito de fumar. En seis de las 14 sesiones, el grupo de prevención de la reincidencia (PR) recibió entrenamiento de habilidades de relajación y de prevención de la reincidencia y revisó el costo de fumar y los beneficios de la abstinencia, mientras que el grupo de control recibió la discusión general.
- Davis 1986 comparó tres tratamientos de seis sesiones, es decir, entrenamiento de habilidades activas, discusión de situaciones de alto riesgo (no mostrada en los gráficos) y

un programa estándar. Hubo sólo 45 participantes en el estudio.

- En un brazo de un estudio factorial, Curry 1988 comparó dos programas con formato de autoayuda, en uno usó un entrenamiento de habilidades orientadas a la prevención de la reincidencia que permitía fallos, y el otro hacía hincapié en la abstinencia absoluta. El otro brazo comparó estos dos enfoques, desarrollados en un formato de sesiones grupales de ocho semanas, donde el enfoque de abstinencia absoluta también incluyó la reducción gradual y una fecha de abandono del hábito de dos semanas más tarde en el grupo de la PR. Los dos brazos del estudio se tratan separadamente.
- Emmons 1988 comparó dos programas con diferente número de sesiones durante el mismo periodo de tiempo, ambos acompañados de chicle de nicotina. El programa de PR consistió en sesiones de ocho semanas centrado en situaciones de alto riesgo, estrategias conductuales cognitivas y juego de roles. El programa conductual "Broad Spectrum" consistió en 12 sesiones centradas en estrategias para afrontar los síntomas de abstinencia y el control del peso, con el abandono del hábito precedido por disminución gradual de la nicotina durante tres semanas.
- Dos ensayos de Buchkremer y cols. exploraron diversos componentes conductuales, así como diferentes esquemas de dosis de los parches de nicotina. El programa consistió en nueve sesiones semanales, con el objetivo de dejar de fumar después de seis semanas de reducción gradual. Los componentes de la prevención de las reincidencias, que incluían el juego de roles, se incluyeron en una intervención y se comparó con los controles de igual duración (Buchkremer 1991 1). En un segundo estudio, se usó también un enfoque alternativo de PR, al modificar el programa para alcanzar la abstinencia total después de cuatro semanas y añadir técnicas de tratamiento conductual adicional, incluida la sensibilización encubierta y el pensamiento de dejar de fumar. Se combinaron los dos programas de PR, porque las diferencias eran relativamente pequeñas (Buchkremer 1991 2).
- Becona 1997 comparó programas de tratamiento conductual de ocho semanas con y sin un componente para resolver el problema de prevención de la reincidencia.
- Niaura 1999 probó la exposición a una situación imaginaria como un agregado al tratamiento conductual cognitivo individual. Todos los grupos tuvieron cinco sesiones después de abandonar el hábito, y se incluyeron en el grupo de control de contactos pareados, aunque la duración de ambas condiciones en el grupo control era diferente. En un diseño factorial, se comparó un grupo con chicle de nicotina con un grupo sin chicle.
- Schmitz 1999 usó una muestra de mujeres con riesgo cardíaco y comparó seis sesiones de prevención de las reincidencias orientadas a las habilidades, con seis sesiones

de presentaciones didácticas sobre el riesgo cardíaco y los beneficios del abandono.

### ***B. Intervención y control no pareado por tiempo de contacto o duración***

Casi todos los estudios de abandono del hábito de fumar que compararon tratamientos más y menos intensivos incluyen alguna intervención para prevenir la reincidencia. Sólo se incluyeron ensayos que especificaron la prevención de la reincidencia como un objetivo explícito de la intervención en el título o el resumen. No se incluyeron los estudios que ofrecieron tratamiento proactivamente a poblaciones especiales, como embarazadas o fumadores hospitalizados, porque todos los ensayos usaron estos grupos para proporcionar alguna contribución a la prevención de la reincidencia en el brazo de tratamiento activo y están presentes en metanálisis separados. Cuando los estudios tenían tres o más tratamientos, los gráficos principales comparan las intervenciones más y menos intensivas.

### ***Tratamiento personal de intensidad variable***

Siete estudios compararon los programas más largos con los más cortos. La intensidad relativa del programa de cesación común y el componente de prevención de la reincidencia adicional fueron variables. Se subagruparon los estudios de acuerdo a si el grupo de control recibió más de cuatro sesiones.

- Brandon 1987 trató una muestra de fumadores en seis sesiones durante dos semanas y comparó un grupo que no recibió tratamiento adicional con un grupo que recibió cuatro sesiones adicionales de prevención de la reincidencia. Otro brazo que añadió como componente fumar con bocanadas rápidas no está cubierto en esta revisión.
- Buchkremer 1991 1 probó la adición de tres sesiones de estímulo seis meses después del programa básico de nueve sesiones o el programa con componentes de PR. Todos los grupos recibieron parches de nicotina.
- Hall 1987 combinó un chicle de nicotina o chicle de placebo con cinco o 14 sesiones, en las cuales, el tratamiento más intensivo también tenía un componente mayor de prevención de la reincidencia.
- Shoptaw 2002 estudió fumadores tratados por dependencia a la heroína y comparó el parche de nicotina combinado con 12 semanas de visitas breves, con la adición de un programa conductual, que incluía la prevención de la reincidencia y el tratamiento del estado de ánimo, un programa de tratamiento de las contingencias donde se pagó a los participantes por la abstinencia y una combinación de los dos últimos.
- Killen 1984 proporcionó tratamiento con chicle de nicotina y una semana de tratamiento conductual intensivo, que incluyó componentes de PR más siete visitas breves adicionales, y comparó los grupos con y sin dos sesiones grupales adicionales y pases de visita opcionales. Hubo también un grupo sin chicle que no se utilizó en el análisis.

Dos estudios tenían grupos de control a los que se les ofrecieron cuatro o menos sesiones

- Hall 1985 combinó el chicle de nicotina con cuatro sesiones educativas durante tres semanas, o un tratamiento conductual que incluyó componentes de la PR proporcionados en 14 sesiones durante ocho semanas. (Un solo grupo con tratamiento conductual no está incluido aquí).
- Lifrak 1997 combinó el tratamiento con parche con tres sesiones de apoyo con una enfermera durante nueve semanas, o 16 sesiones de prevención de las recaídas con un terapeuta conductual durante 16 semanas.

#### *Extensión del contacto con el uso de llamadas telefónicas proactivas*

Un estudio (Lando 1996) proporcionó tratamiento conductual basado en grupos durante ocho semanas y comparó un grupo sin tratamiento adicional con un grupo que recibió llamadas proactivas uno, ocho y 11 meses más tarde. Se excluyeron otros estudios que probaron el uso de asesoramiento por teléfono como un tratamiento adicional al reemplazo de nicotina, porque no describieron la intervención como prevención de la reincidencia, y la mayoría del apoyo conductual se proporcionó durante el periodo de la farmacoterapia, es decir, no se extendió durante toda la duración del tratamiento.

## CALIDAD METODOLÓGICA

### **Tamaño de la muestra**

Muchos ensayos eran pequeños y por tanto, tenían poco poder para detectar diferencias reales de las tasas de abandono, especialmente, en el grupo que asignó al azar a los fumadores antes de la fecha del abandono.

### **Diseño del estudio**

Los estudios que asignaron al azar los fumadores que habían dejado de fumar al final del tratamiento aportan la prueba más fuerte de las intervenciones para prevenir la reincidencia diseñadas para la práctica clínica (ver la discusión más adelante). Los tres estudios de tratamientos farmacológicos usaron este enfoque, pero sólo dos estudios de tratamientos conductuales asignaron al azar los participantes que habían dejado de fumar durante más de una semana de tratamiento.

### **Definición de abandono del hábito de fumar**

Todos los estudios requerían informar el estado como fumador de los participantes, a los seis meses como mínimo a partir del inicio de la intervención. En el caso de los estudios que asignaron al azar a fumadores antes de haber dejado de fumar, esto pudo haber sido a partir de la fecha en que dejaron de fumar. Algunos cronometraron el seguimiento desde el final del tratamiento, incluidos los dos ensayos de bupropión. Cuatro ensayos (Emmons 1988; Schmitz 1999; Solomon 2000; Van't Hof 2000) tuvieron seis meses de seguimiento, el resto tuvo periodos de seguimiento mayores.

Algunos estudios no proporcionaron una definición de la abstinencia (Becona 1997; Klesges 1999; Powell 1981), y la mayoría de los otros informaron una prevalencia puntual en lugar de una medida de la abstinencia sostenida.

### **Validación de la abstinencia autoinformada**

La mayoría de los estudios informó la validación bioquímica de la mayoría o de toda la abstinencia autoinformada. Seis estudios no usaron validación (Borland 2004; Conway 2004; Klesges 1999; Powell 1981; Severson 1997; Van't Hof 2000), pero en algunos otros casos, no se obtuvieron muestras de todos los participantes, no se recogieron durante el seguimiento a largo plazo, o no se usaron para corregir la abstinencia autoinformada.

### **Asignación aleatoria**

Cuatro estudios usaron diseños de asignación al azar de grupos. En los dos estudios en reclutas militares, la asignación se hizo por grupos de entrenamiento, y fue improbable que ocurriera sesgo de selección. En los otros, la asignación fue por el consultorio obstétrico o pediátrico y en ellos era posible que ocurriera sesgo de selección en el reclutamiento subsiguiente de los participantes. Dos de los ensayos con asignación al azar de grupos informaron que la correlación de los resultados entre los individuos de un mismo grupo era pequeña, de manera que era aceptable informar los resultados individuales. Ambos ensayos también tuvieron una pérdida alta durante el seguimiento, aunque no hubo pruebas de que fuera diferente entre los brazos del ensayo.

Se proporcionaron los detalles de los estudios individuales en las tablas. Cuando no hubo hallazgos significativos en los subgrupos del metanálisis o evidencia de heterogeneidad, no se exploró la influencia de la calidad de los ensayos en los resultados.

## RESULTADOS

### **Sección 1: Ensayos en abstinentes**

#### ***Intervenciones conductuales en poblaciones especiales***

##### ***A. Exfumadoras embarazadas y en el periodo postparto***

En los resultados agrupados de seis ensayos de intervenciones durante el embarazo, no se encontró beneficio significativo al final del embarazo [ $n = 1183$ , odds ratio (OR) 1,17; intervalo de confianza (IC) del 95%: 0,90 a 1,53, gráfico 01.01]. Ocho estudios incluyeron seguimiento durante el periodo postparto. No se pudo detectar ningún beneficio significativo en este grupo de estudios, en general o en subgrupos de acuerdo con el momento de la intervención [ $n = 2695$ , OR 1,08; IC del 95%: 0,92 a 1,27, gráfico 01.02]

##### ***B. Pacientes hospitalizados***

No hubo pruebas de que hubiera beneficios significativos de intervenciones realizadas en pacientes hospitalizados que no habían fumado en el hospital, en base a dos estudios agrupados (Hajek 2002; Schmitz 1999) [ $n = 558$ , OR 0,86; IC del 95%: 0,60 a 1,22; gráfico 02.01].

*Personal militar*

Ningún ensayo (Conway 2004; Klesges 1999) mostró que la intervención aportara beneficios. No se presentan gráficamente los resultados, porque en ambos casos no estaban claros los denominadores. En ambos ensayos, el periodo de abstinencia forzosa originó un incremento de la tasa de abandono del hábito de fumar mayor que la esperada espontáneamente en esta población de fumadores jóvenes, pero las intervenciones adicionales no tuvieron efecto. Hubo muy poco uso de la línea telefónica de ayuda que se ofreció en un ensayo, con menos del 3% de llamadas de los participantes.

**Intervenciones conductuales en abstinentes sin ayuda**

No se encontraron pruebas de que tuvieran éxito las intervenciones para prevenir la reincidencia en personas que previamente habían dejado de fumar sin ayuda (Borland 2004; Brandon 2000, Fortmann 1995; Killen 1990) [n = 2878, OR 1,14; IC del 95%: 0,94 a 1,38; gráfico 04.01]. Los cuatro ensayos usaron intervenciones de autoayuda de baja intensidad, aunque en uno, los materiales se confeccionaron individualmente en base a la información recogida por cuestionarios telefónicos y este ensayo sugirió un efecto marginal (Borland 2004).

**Intervenciones conductuales en abstinentes que tuvieron ayuda**

No se detectaron beneficios a largo plazo de las intervenciones basadas en las habilidades en cuatro estudios en los que los fumadores abstinentes se asignaron al azar después que habían participado en programas formales de tratamiento. (Mermelstein 2003; Powell 1981; Razavi 1999; Smith 2001; Stevens 1989) [n = 1121, OR 1,00; IC del 95%: 0,80 a 1,25; gráfico 05.01]. Este metanálisis comparó las intervenciones más intensivas con intervenciones menos intensivas de control en ensayos con más de dos brazos. El uso de condiciones diferentes de comparación no cambió la conclusión.

**Farmacoterapia para abstinentes**

El único ensayo sobre el chicle de nicotina (Fortmann 1995) detectó un beneficio marginal significativo de este producto [n = 1044, OR 1,39; IC del 95%: 1,02 a 1,91, gráfico 06.01]. Ninguno de los ensayos de bupropión como tratamiento a largo plazo para prevenir la reincidencia detectó un efecto significativo a los seis meses (Hurt 2003) o al año (Hays 2001) después del final del tratamiento. No se pudo tampoco detectar un beneficio significativo cuando se agruparon los datos [n = 605, OR 1,25; IC del 95%: 0,86 a 1,81, gráfico 06.02].

**Sección 2: Estudios que asignaron al azar a fumadores antes de la fecha de abandono****A: intervenciones conductuales pareadas por el tiempo de contacto**

No se encontró beneficio con el uso de los componentes específicos para la prevención de la reincidencia en las intervenciones con formato de grupo o individual, basados en nueve ensayos [n = 793, OR 0,91; IC del 95%: 0,65 a 1,27, gráfico 07.01]. No se encontró evidencia de heterogeneidad.

Todos los demás estudios, con excepción de uno, (Niaura 1999) incluían un contacto para el tratamiento durante más de cuatro semanas, no se realizó un análisis de subgrupos por la duración del tratamiento. La mayoría de los ensayos empleaba un enfoque de entrenamiento de habilidades, por lo que no se realizó un análisis de subgrupos por tipo de tratamiento.

Un estudio con dos brazos que comparaba diferentes versiones de un programa de autoayuda no detectó diferencias de las tasas de abandono (Curry 1988), [OR 1,71; IC del 95%: 0,61 a 4,78, gráfico 07.02].

**B: Intervención conductual no pareada por el tiempo de contacto o por la duración***Intervención de contacto personal de diferente intensidad*

No se detectó efecto sobre la prevención de la reincidencia del contacto personal de larga duración en siete ensayos (Brandon 1987; Buchkremer 1991 1; Hall 1985; Hall 1987; Killen 1984; Lifrak 1997; Shoptaw 2002) [n = 699, OR 1,01; IC del 95%: 0,71 a 1,44; gráfico 08.01]. No hubo pruebas de heterogeneidad significativa en general, o diferencias entre subgrupos basada en el número de contactos del grupo control.

*Contacto prolongado con el uso de llamadas telefónicas proactivas*

Un ensayo (Lando 1996) no detectó beneficio de proporcionar un contacto prolongado por teléfono después de un programa de ocho semanas de tratamiento intensivo en grupos [OR 1,11; IC del 95%: 0,86 a 1,43, gráfico 09.01].

**DISCUSIÓN**

En esta revisión, no se pudo detectar algún efecto con significación clínica de los métodos existentes para "prevenir la reincidencia" en las personas que abandonan el hábito de fumar. No obstante, hay algunos factores que pueden atenuar esta desilusionante conclusión. Los estudios incluidos tienen limitaciones metodológicas y de contenido. Sólo una pequeña cantidad de los estudios incluidos en esta revisión tuvo el tamaño de muestra necesario para detectar los efectos esperados. La mayoría de los estudios que asignaron al azar abstinentes recientes empleó intervenciones breves o escritas en lugar de tratamientos más intensivos, y la mayoría de los estudios existentes puso a prueba sólo un enfoque terapéutico particular.

Se comentarán primero los aspectos técnicos y las limitaciones de esta revisión, con la intención de hacer algunas recomendaciones metodológicas para el trabajo futuro en esta área. Después se discutirán algunas de las conclusiones pertinentes a los diferentes formatos de los tratamientos.

**Inclusión y exclusión de estudios**

La identificación de los criterios para incluir los estudios en esta revisión fue difícil. Se incluyeron todos los estudios que asignaron al azar abstinentes porque esto constituye la mejor manera de probar las intervenciones que tratan de mantener la abstinencia. Los estudios que asignaron al azar fumadores antes



de abandonar el hábito presentaban un reto. Aunque estos estudios pueden ser clasificados como de "prevención de la reincidencia" ellos prueban habitualmente las intervenciones para dejar de fumar, con intervenciones dirigidas a prevenir las reincidencias incorporadas al programa de tratamiento, pero no las analizaron por separado. Uno de los problemas al considerar la inclusión de estudios de abandono del hábito con componentes especificados para la prevención de la reincidencia, fue que en algunos casos, tenían un diseño similar que otros estudios que no mencionan la prevención de la reincidencia en el título o en el resumen, pero que usaron virtualmente métodos idénticos. En el análisis inicial, se incluyó un grupo más amplio de estudios (p. ej., Brown 2001; Goldstein 1989; Hall 1994; Hall 1996; Zelman 1992), pero al final, se decidió restringir el análisis de los estudios que asignaron al azar a fumadores a aquellos que mencionaron explícitamente la prevención de la reincidencia. Esta decisión no afectó los resultados de la revisión, ya que los estudios excluidos eran también pequeños y no mostraron efectos significativos del tratamiento. También se excluyó un pequeño número de estudios que asignaron al azar fumadores antes de dejar de fumar, que explícitamente incluían la prevención de la reincidencia o el mantenimiento, pero se trataba de intervenciones de abandono del hábito que ya habían sido cubiertas por otras tres revisiones Cochrane: ejercicio (Ussher 2002), métodos aversivos de fumar (Hajek 2004), e intervenciones para fumadores hospitalizados (Rigotti 2002).

Los resultados de los estudios individuales son ampliamente consistentes y es improbable que el uso de criterios de exclusión alternativos origine conclusiones diferentes, pero hay problemas para identificar los estudios apropiados en esta difícil área. Las posibles limitaciones de esta revisión serían que no se hubieran podido identificar investigaciones importantes, y que no se hayan agrupado apropiadamente los estudios. Se piensa que es improbable que se hayan omitido efectos notables en los ensayos realizados hasta la fecha, pero en algunos casos, los estudios fueron demasiado pequeños para detectar efectos moderados.

### **Los dos diseños de los ensayos de acuerdo con el momento de la asignación al azar**

El factor metodológico clave de los intentos de evaluar las intervenciones para la prevención de la reincidencia (PR) es el momento en que los sujetos se asignan al azar, es decir, antes o después de dejar de fumar.

El principal argumento lógico en favor de la asignación al azar de fumadores antes de que dejen de fumar es que muchos de los consejos para la PR pueden ser relevantes aun desde las primeras etapas del abandono del hábito de fumar. Desde el punto de vista práctico, mientras que es relativamente fácil atraer fumadores para comenzar un tratamiento experimental, las muestras son mucho menores si se reclutan sólo aquellos que estaban abstinentes al final del tratamiento. No obstante, la combinación de la cesación y la PR disminuye el poder para detectar efectos específicos de la PR. La variable primaria de resultado es normalmente la tasa de abstinencia durante el

seguimiento, y es difícil distinguir entre los efectos producto de la intervención para dejar de fumar de los de la intervención para prevenir la reincidencia en los fumadores que habían tenido éxito inicialmente. El éxito o el fracaso inicial es probable que esté determinado por numerosas variables de la intervención y del sujeto que son distintas de las que lo determinan en el componente de PR, el que habitualmente es sólo una pequeña parte del programa general. Una forma de resolver este problema podría ser concentrar el análisis solamente sobre los éxitos iniciales. No obstante, ninguno de los estudios existentes usó este enfoque y los datos publicados habitualmente no incluyen los detalles suficientes que permitan realizar un análisis de supervivencia. Aunque se contara con las tasas de reincidencia de los abstinentes inicialmente exitosos, sería difícil interpretar el efecto de la PR cuando los grupos de comparación tienen diferentes tasas de abandono a corto plazo.

La asignación al azar de sólo aquellos fumadores que tuvieron éxito en su intento de dejar de fumar constituye un diseño de estudio más fuerte. Como las intervenciones para dejar de fumar se separan de las de PR, los resultados no pueden estar distorsionados por las diferencias de las tasas iniciales de abandono entre los grupos, y cualquier efecto de PR es más probable que sea detectado, y los resultados son fáciles de interpretar. El inconveniente es que este enfoque requiere más esfuerzo para reclutar muestras suficientes. De los estudios existentes que emplearon este enfoque, la mayoría usó abstinentes espontáneos, como las embarazadas. De hecho, de los 36 estudios elegibles de métodos conductuales para la prevención de la reincidencia, sólo uno asignó al azar a fumadores abstinentes al final del episodio inicial del tratamiento (Razavi 1999), y tres asignaron al azar a fumadores abstinentes entre cinco y ocho días después de la fecha del abandono.

Los estudios que asignaron al azar a abstinentes tenían grandes diferencias en el periodo de tiempo en el que los participantes habían permanecido sin fumar, es decir, desde 24 horas hasta 16 meses. Al parecer, hay un acuerdo amplio sobre la distinción conceptual entre "dejar de fumar" y el de "permanecer sin fumar" y en la aceptación común del concepto de reincidencia, pero no existe una definición operacional aceptada aunque se han hecho algunas sugerencias. (Ossip-Klein 1986). Parece claro que la abstinencia por un periodo de tiempo cercano al intervalo entre cigarrillos, o la abstinencia nocturna, no constituye dejar de fumar, y que volver a fumar después de algunas semanas de abstinencia total puede ser clasificado como una reincidencia. No obstante, las frecuentes conductas como la abstinencia durante 24 horas, o la de fumar unos pocos cigarrillos cada pocos días, son más difíciles de clasificar. Hay poco consenso sobre qué cantidad fumar, después de que tipo de limitación del hábito, durante qué periodo de tiempo, representa una reincidencia y no un fracaso inicial en el abandono del hábito de fumar. Idealmente, los estudios futuros de PR deben seguir el ejemplo de los ensayos existentes de fármacos y emplear periodos de tiempo lo suficientemente

largos sin fumar y definiciones lo suficientemente estrictas de la abstinencia inicial y de los resultados para evitar áreas de conflicto.

### **Algunas recomendaciones metodológicas**

El estudio ideal de una intervención para la prevención de una reincidencia, como complemento de tratamientos existentes para fumadores en busca de ayuda, debe asignar al azar fumadores que eran abstinentes de forma continua y completa durante al menos cuatro semanas. Una medida de resultado apropiada sería la abstinencia continua sin recaídas durante al menos seis meses, cuando la intervención estuviera dirigida a evitar recaídas, pero se podrían permitir algunas interrupciones cuando la intervención estuviera dirigida a ayudar a los pacientes a afrontarlas en caso de que ocurrieran. Hay un acuerdo general de que para los fumadores dependientes que buscan tratamiento, no es una opción convertirse en fumadores ocasionales y que para el éxito a largo plazo, tendría que eliminarse finalmente cualquier recaída. Parecería sensato permitir recaídas durante un limitado "periodo de gracia" (p.ej., durante tres o seis meses), seguido de al menos seis meses de abstinencia sin interrupciones. La mayoría de los estudios de esta revisión no tenía poder suficiente, con 15 ó 20 participantes por intervención. La investigación futura necesita reconocer que probablemente los efectos serán pequeños y que se necesitarán muestras grandes para evitar errores tipo dos.

### **Interpretación de los resultados de la revisión**

Los 23 estudios que asignaron al azar a los abstinentes representan el cuerpo principal de los datos analizables en este tema. Los resultados de los estudios de población especiales y los estudios de fumadores en busca de tratamiento sugieren que las intervenciones breves y las intervenciones dependientes de materiales escritos, correo y contacto telefónico no son efectivas para prevenir las recaídas. Puede ser importante advertir que los enfoques más intensivos se examinaron sólo en unos pocos estudios, y algunos de ellos eran demasiado pequeños para detectar un efecto real. Aunque las intervenciones intensivas en esta área necesitan resolver los posibles problemas relacionados con los costos de la intervención y la asistencia de los pacientes, existe la posibilidad de realizar un trabajo adicional sobre estos tratamientos.

Las tasas de abstinencia variaron mucho entre los diferentes estudios, debido a factores que incluyeron la población estudiada, la intensidad de cualquiera de las intervenciones proporcionadas, el periodo durante el cual la abstinencia se mantuvo, la duración del seguimiento y la definición de cesación. Debido a los problemas obvios para la comparación de las tasas de éxito entre los estudios (Hajek 1994), no se discuten los resultados en términos de las tasas de abstinencia absoluta alcanzadas.

Con respecto a los contenidos de las intervenciones, los resultados negativos se refieren principalmente al enfoque tradicional basado en habilidades, el cual mantiene un virtual monopolio en este campo. Aún es posible que la concepción

original sea válida, es decir, que los pacientes pueden beneficiarse de aprender como identificar las situaciones tentadoras, y que existen estrategias efectivas para ser usadas en estas situaciones que también pueden aprenderse. Si esto es así, los resultados negativos podrían deberse a que estas habilidades no se enseñaron efectivamente. Si existe cualquier estudio con este enfoque, los investigadores deberían tratar de comprobar si los participantes adquirieron y practicaron las habilidades enseñadas. Sin embargo, debe considerarse una posibilidad alternativa, es decir, que a pesar de la fuerte validez intuitiva y la popularidad de los procedimientos clásicos de prevención de las recaídas, éstos no tienen el efecto deseado. Los estudios futuros deben estar mejor asesorados para estudiar enfoques alternativos no estudiados extensamente o en profundidad, tales como el uso oportuno del reemplazo de nicotina, disminución de las contingencias, apoyo social, exposición indirecta (hasta ahora sólo se ha estudiado la exposición imaginaria) intervenciones dirigidas a mantener la moral de los abstinentes y la conciencia del daño de las recaídas, etc.

## **CONCLUSIONES DE LOS AUTORES**

### **Implicaciones para la práctica**

La evidencia disponible no apoya el uso de ningún componente específico o intervención para ayudar a los fumadores que tienen éxito en el abandono del hábito de fumar por corto tiempo, a evitar la reincidencia otra vez. La conclusión de la falta de eficacia se refiere específicamente al tratamiento tradicional, basado en la identificación y solución de las situaciones tentadoras y en intervenciones mínimas con el uso de sesiones aisladas y materiales escritos. Existe muy poca evidencia disponible sobre enfoques alternativos. Hasta que nuevas pruebas positivas estén disponibles, puede ser más eficiente dirigir los recursos a apoyar los intentos iniciales de cesación, en lugar de intervenciones de prevención extendidas a las recaídas.

### **Implicaciones para la investigación**

Existen limitaciones en la investigación actual, tanto en la metodología, como en los enfoques de tratamiento investigados. La investigación futura en esta área debe tener en cuenta esto, para diseñar estudios de metodología y tamaño de muestra adecuados y examinar alternativas para intentar enseñar habilidades relacionadas con las situaciones de riesgo.

## **POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS**

Un autor (PH) realizó uno de los estudios incluidos en la revisión.



## FUENTES DE FINANCIACIÓN

### Recursos externos

- NHS Research & Development Programme UK

### Recursos internos

- University of Oxford, Department of Primary Health Care UK

## REFERENCIAS

### Referencias de los estudios incluidos en esta revisión

#### Becona 1997 *[published data only]*

Becona E, Vazquez FL. Does using relapse prevention increase the efficacy of a program for smoking cessation? An empirical study. *Psychological Reports* 1997;**81**(1):291-6.

#### Borland 2004 *[published data only]*

Borland R, Balmford J, Hunt D. The effectiveness of personally tailored computer-generated advice letters for smoking cessation. *Addiction* 2004;**99**:369-77.

#### Brandon 1987 *[published data only]*

Brandon TH, Zelman DC, Baker TB. Effects of maintenance sessions on smoking relapse: delaying the inevitable?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1987;**55**:780-2.

#### Brandon 2000 *[published data only]*

Brandon TH, Collins BN, Juliano LM, Lazev AB. Preventing relapse among former smokers: A comparison of minimal interventions through telephone and mail. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000;**68**:103-13.

#### Buchkremer 1991 1 *[published data only]*

Buchkremer G, Minneker E, Block M. Smoking-cessation treatment combining transdermal nicotine substitution with behavioral therapy. *Pharmacopsychiatry* 1991;**24**:96-102.

#### Buchkremer 1991 2 *[published data only]*

Buchkremer G, Minneker E, Block M. Smoking-cessation treatment combining transdermal nicotine substitution with behavioral therapy. *Pharmacopsychiatry* 1991;**24**:96-102.

#### Conway 2004 *[published data only]*

Conway TL, Woodruff SI, Edwards CC, Elder JP, Hurtado SL, Hervig LK. Operation Stay Quit: evaluation of two smoking relapse prevention strategies for women after involuntary cessation during US Navy recruit training. *Military Medicine* 2004;**169**:236-42.

\*Conway TL, Woodruff SI, Edwards CC, Elder JP, Hurtado SL, Hervig LK. Operation Stay Quit: evaluation of two smoking relapse prevention strategies for women after involuntary cessation during US Navy recruit training. *Military Medicine* 2004;**169**:236-42.

Edwards CC, Woodruff SI, Conway TL. Operation Stay Quit: Preventing smoking relapse among US Navy women. *American Journal of Health Behavior* 1999;**23**(5):352-5.

#### Curry 1988 *[published data only]*

Curry SJ, Marlatt GA, Gordon J, Baer JS. A comparison of alternative theoretical approaches to smoking cessation and relapse. *Health Psychology* 1988;**7**(6):545-56.

#### Davis 1986 *[published data only]*

Davis JR, Glaros AG. Relapse prevention and smoking cessation. *Addictive Behaviors* 1986;**11**:105-14.

#### Emmons 1988 *[published data only]*

Emmons KM, Emont SL, Collins RL, Weidner G. Relapse prevention versus broad spectrum treatment for smoking cessation: a comparison of efficacy. *Journal of Substance Abuse* 1988;**1**:79-89.

#### Ershoff 1995 *[published data only]*

Ershoff DH, Quinn VP, Mullen PD. Relapse prevention among women who stop smoking early in pregnancy: A randomized clinical trial of a self-help intervention. *American Journal of Preventive Medicine* 1995;**11**(3):178-84.

#### Fortmann 1995 *[published data only]*

Fortmann SP, Killen JD. Nicotine gum and self-help behavioral treatment for smoking relapse prevention: results from a trial using population-based recruitment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1995;**63**(3):460-8.

#### George 2000 *[published data only]*

George TP, Ziedonis DM, Feingold A, Pepper WT, Satterburg CA, Winkel J et al. Nicotine transdermal patch and atypical antipsychotic medications for smoking cessation in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 2000;**157**(11):1835-42.

#### Hajek 2001 *[published data only]*

Hajek P, West R, Lee A, Foulds J, Owen L, Eiser JR et al. Randomized controlled trial of a midwife-delivered brief smoking cessation intervention in pregnancy. *Addiction* 2001;**96**(3):485-94.

#### Hajek 2002 *[published data only]*

Hajek P, Taylor TZ, Mills P. Brief intervention during hospital admission to help patients to give up smoking after myocardial infarction and bypass surgery: randomised controlled trial. *BMJ* 2002;**324**:87-9. 21645850.

#### Hall 1984 *[published data only]*

Hall SM, Rugg D, Tunstall C, Jones RT. Preventing relapse to cigarette smoking by behavioral skill training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1984;**52**(3):372-82. 1984265476.

#### Hall 1985 *[published data only]*

Hall SM, Killen JD. Psychological and pharmacological approaches to smoking relapse prevention. *NIDA Research Monograph* 1985;**53**:131-43.

\*Hall SM, Tunstall C, Rugg D, Jones R, Benowitz N. Nicotine gum and behavioral treatment in smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1985;**53**:256-8. 1985208607.

#### Hall 1987 *[published data only]*

\*Hall SM, Tunstall CD, Ginsberg D, Benowitz NL, Jones RT. Nicotine gum and behavioral treatment: a placebo controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1987;**55**(4):603-5. 1987309091.

#### Hays 2001 *[published data only]*

Durcan MJ, Deener G, White J, Johnston JA, Gonzales D, Niaura R et al. The effect of bupropion sustained-release on cigarette craving after smoking cessation. *Clinical Therapeutics* 2002;**24**(4):540-51.

Gonzales D, Bjornson W, Durcan MJ, White JD, Johnston JA, Buist AS et al. Effects of gender on relapse prevention in smokers treated with bupropion SR. *American Journal of Preventive Medicine* 2002;**22**(4):234-9.

\*Hays JT, Hurt RD, Rigotti NA, Niaura R, Gonzales D, Durcan MJ et al. Sustained-release bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation. A randomized, controlled trial. *Annals of Internal Medicine* 2001;**135**:423-33. 21444601.

Hurt RD, Wolter TD, Rigotti N, Hays JT, Niaura R, Durcan MJ et al. Bupropion for pharmacologic relapse prevention to smoking - Predictors of outcome. *Addictive Behaviors* 2002;**27**(4):493-507.

**Hurt 2003** {published data only}

Hurt RD, Krook JE, Croghan IT, Loprinzi CL, Sloan JA, Novotny PJ et al. Nicotine patch therapy based on smoking rate followed by bupropion for prevention of relapse to smoking. *Journal of Clinical Oncology* 2003;**21**:914-20.

**Killen 1984** {published data only}

\*Killen JD, Maccoby N, Taylor CB. Nicotine gum and self-regulation training in smoking relapse prevention. *Behavior Therapy* 1984;**15**:234-48.

**Killen 1990** {published and unpublished data}

Killen JD, Fortmann SP, Newman B, Varady A. Evaluation of a treatment approach combining nicotine gum with self-guided behavioral treatments for smoking relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1990;**58**:85-92. 1990203397.

**Klesges 1999** {published data only}

Klesges RC, Haddock CK, Lando H, Talcott GW. Efficacy of forced smoking cessation and an adjunctive behavioral treatment on long-term smoking rates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999;**67**:952-8.

**Lando 1996** {published data only}

\*Lando HA, Pirie PL, Roski J, McGovern PG, Schmid LA. Promoting abstinence among relapsed chronic smokers: The effect of telephone support. *American Journal of Public Health* 1996;**86**:1786-90. 98020221.

**Lifrak 1997** {published data only}

Lifrak P, Gariti P, Alterman A, Volpicelli J, O'Brien C. Combining individual relapse prevention counseling with a transdermal nicotine patch for smoking cessation. *Journal of Addictive Diseases* 1994;**13**(4):251.

\*Lifrak P, Gariti P, Alterman AI, McKay J, Volpicelli J, Sparkman T et al. Results of two levels of adjunctive treatment used with the nicotine patch. *American Journal of Addiction* 1997;**6**:93-8. 1997279664.

**Lowe 1997** {published data only}

Lowe JB, Windsor R, Balandi KP, Woodby L. Smoking relapse prevention methods for pregnant women: A formative evaluation. *American Journal of Health Promotion* 1997;**11**:244-6.

**McBride 1999** {published data only}

McBride CM, Curry SJ, Lando HA, Pirie PL, Grothaus LC, Nelson JC. Prevention of relapse in women who quit smoking during pregnancy. *American Journal of Public Health* 1999;**89**:706-11.

**Mermelstein 2003** {published data only}

Mermelstein R, Hedeker D, Wong SC. Extended telephone counseling for smoking cessation: does content matter?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003;**71**:565-74.

**Niaura 1999** {published data only}

Niaura R, Abrams DB, Shadel WG, Rohsenow DJ, Monti PM, Sirota AD. Cue exposure treatment for smoking relapse prevention: A controlled clinical trial. *Addiction* 1999;**94**(5):685-96.

**Powell 1981** {published data only}

Powell DR, McCann BS. The effects of a multiple treatment program and maintenance procedures on smoking cessation. *Preventive Medicine* 1981;**10**:94-104. 1981199210.

**Ratner 2000** {published data only}

Johnson JL, Ratner PA, Bottorff JL, Hall W, Dahinten S. Preventing smoking relapse in postpartum women. *Nursing Research* 2000;**49**:44-52.

Ratner PA, Johnson JL, Bottorff JL. Smoking relapse and early weaning among postpartum women: is there an association?. *Birth* 1999;**26**(2):76-82.

\*Ratner PA, Johnson JL, Bottorff JL, Dahinten S, Hall W. Twelve-month follow-up of a smoking relapse prevention intervention for postpartum women. *Addictive Behaviors* 2000;**25**:81-92.

**Razavi 1999** {published data only}

Razavi D, Vandecasteele H, Primo C, Bodo M, Debrier F, Verbist H et al. Maintaining abstinence from cigarette smoking: Effectiveness of group counselling and factors predicting outcome. *European Journal of Cancer* 1999;**35**:1238-47.

**Schmitz 1999** {published data only}

Schmitz JM, Spiga R, Rhoades HM, Fuentes F. Smoking cessation in women with cardiac risk: a comparative study of two theoretically based therapies. *Nicotine & Tobacco Research* 1999;**1**(1):87-94.

**Secker-Walker 1995** {published data only}

Secker-Walker RH, Solomon LJ, Flynn BS, Skelly JM, LePage SS, Goodwin GD et al. Smoking relapse prevention counseling during prenatal and early postnatal care. *American Journal of Preventive Medicine* 1995;**11**:86-93.

**Secker-Walker 1998** {published data only}

Secker-Walker RH, Solomon LJ, Flynn BS, Skelly JM, Mead PB. Smoking relapse prevention during pregnancy. A trial of coordinated advice from physicians and individual counseling. *American Journal of Preventive Medicine* 1998;**15**:25-31.

**Severson 1997** {published data only}

\*Severson HH, Andrews JA, Lichtenstein E, Wall M, Akers L. Reducing maternal smoking and relapse: Long-term evaluation of a pediatric intervention. *Preventive Medicine* 1997;**26**:120-30.

Wall MA, Severson HH, Andrews JA, Lichtenstein E, Zoref L. Pediatric office-based smoking intervention - impact on maternal smoking and relapse. *Pediatrics* 1995;**96**:622-8.

**Shoptaw 2002** {published data only}

Shoptaw S, Rotheram-Fuller E, Yang X, Frosch D, Nahom D, Jarvik ME et al. Smoking cessation in methadone maintenance. *Addiction* 2002;**97**:1317-28.

**Smith 2001** {published data only}

Smith SS, Jorenby DE, Fiore MC, Anderson JE, Mielke MM, Beach KE et al. Strike while the iron is hot: can stepped-care treatments resurrect relapsing smokers?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001;**69**:429-39.

**Stevens 1989** {published data only}

\*Stevens VJ, Hollis JF. Preventing smoking relapse, using an individually tailored skills-training technique. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989;**57**:420-4. 1989292292.

**Van't Hof 2000** {published data only}

Van't Hof SM, Wall MA, Dowler DW, Stark MJ. Randomised controlled trial of a postpartum relapse prevention intervention. *Tobacco Control* 2000;**9** Suppl 3:III 64-6.

**Referencias de los estudios excluidos de esta revisión****Alterman 2001**

Alterman AI, Gariti P, Mulvaney F. Short- and long-term smoking cessation for three levels of intensity of behavioral treatment. *Psychology of Addictive Behaviors* 2001;**15**(3):261-4.

**Bottausci 1995**

Bottausci AJ. An experimental study of cue exposure as a relapse prevention technique in smoking cessation maintenance. *Masters Abstracts International* 1995;**32**(3):1063.

**Brown 2001**

Brown RA, Kahler CW, Niaura R, Abrams DB, Sales SD, Ramsey SE et al. Cognitive-behavioral treatment for depression in smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001;**69**:471-80.

**Carmody 1988**

Carmody TP, Loew DE, Hall RG, Breckenridge JS. Nicotine polacrilex: Clinic-based strategies with chronically ill smokers. Special Issue: Pharmacological adjuncts and nutritional supplements in the treatment of drug dependence. *Journal of Psychoactive Drugs* 1988;**20**(3):269-74.

# Cinciripini 2000

Cinciripini PM, McClure JB, Wetter DW, Perry J, Blalock JA, Cinciripini LG et al. An evaluation of videotaped vignettes for smoking cessation and relapse prevention during pregnancy: the very important pregnant smokers (VIPS) program. *Tobacco Control* 2000;**9 Suppl 3**:III 61-3.

# Davis 1995

Davis MJ, Baker LJV. Smoking cessation: The use of a choice of strategies to aid cessation and maintenance. *Irish Journal of Psychology* 1995;**16**(2):150-61.

# Dooley 1992

Dooley RT, Halford WK. A comparison of relapse prevention with nicotine gum or nicotine fading in modification of smoking. *Australian Psychology* 1992;**27**(3):186-91.

# Dubren 1977

Dubren R. Self-reinforcement by recorded telephone messages to maintain non-smoking behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1977;**45**:358-60.

# Dunphy 2000

Dunphy PM. *Using an empowerment and education intervention to prevent smoking relapse in the early postpartum period [dissertation]*. Philadelphia: Univ. of Pennsylvania, 2000.

# Feeney 2001

Feeney GF, McPherson A, Connor JP, McAlister A, Young MR, Garrahy P. Randomized controlled trial of two cigarette quit programmes in coronary care patients after acute myocardial infarction. *Internal Medicine Journal* 2001;**31**(8):470-5.

# Froelicher 2000

Froelicher ES, Christopherson DJ. Women's Initiative for Nonsmoking (WINS) I: Design and methods. *Heart & Lung* 2000;**29**(6):429-37.

# Goldstein 1989

\*Goldstein MG, Niaura R, Follick MJ, Abrams DB. Effects of behavioral skills training and schedule of nicotine gum administration on smoking cessation. *American Journal of Psychiatry* 1989;**146**:56-60. 1989103669.

# Gruder 1993

\*Gruder CL, Mermelstein RJ, Kirkendall S, Hedeker D, Wong SC, Schreckengost J et al. Effects of social support and relapse prevention training as adjuncts to a televised smoking-cessation intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993;**61**(1):113-20. 1993195115.

Warnecke RB, Flay BR, Kviz FJ, Gruder CL, Langenberg P, Crittenden KS et al. Characteristics of participants in a televised smoking cessation intervention. *Preventive Medicine* 1991;**20**:389-403. 1991319672.

# Hall 1994

Hall SM, Munoz RF, Reus VI. Cognitive-behavioral intervention increases abstinence rates for depressive-history smokers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1994;**62**(1):141-6. 1994308369.

# Hall 1996

\*Hall SM, Munoz RF, Reus VI, Sees KL, Duncan C, Humfleet GL et al. Mood management and nicotine gum in smoking treatment - a therapeutic contact and placebo-controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996;**64**:1003-9. 1997074081.

# Hall 1998

\*Hall SM, Reus VI, Munoz RF, Sees KL, Humfleet G, Hartz DT et al. Nortriptyline and cognitive-behavioral therapy in the treatment of cigarette smoking. *Archives of General Psychiatry* 1998;**55**:683-90. 1998370874.

Hall SM, Reus VI, Munoz RF, Sees KL, Humfleet GL, Frederick S. Nortriptyline and cognitive-behavioral treatment of cigarette smoking. *CPDD Annual Meeting*. San Juan, Puerto Rico: 1996:52.

# Klesges 1987

Klesges R, Glasgow RE, Klesges L, Morray K, Quale R. Competition and relapse prevention training in worksite smoking modification. *Health Education Research* 1987;**2**:5-14.

# Lando 1997

\*Lando HA, Rolnick S, Klevan D, Roski J, Cherney L, Lauger G. Telephone support as an adjunct to transdermal nicotine in smoking cessation. *American Journal of Public Health* 1997;**87**:1670-4. 98020221.

Rolnick SJ, Klevan D, Cherney L, Lando HA. Nicotine replacement therapy in a group model HMO. *HMO Practice* 1997;**11**:34-7.

# Macleod 2003

Macleod ZR, Charles MA, Arnaldi VC, Adams IM. Telephone counselling as an adjunct to nicotine patches in smoking cessation: a randomised controlled trial. *Medical Journal of Australia* 2003;**179**:349-52.

# Miller 1997

\*Miller NH, Smith PM, DeBusk RF, Sobel DS, Taylor CB. Smoking cessation in hospitalized patients - Results of a randomized trial. *Archives of Internal Medicine* 1997;**157**:409-15.

Taylor CB, Miller NH, Herman S, Smith PM, Sobel D, Fisher L et al. A nurse-managed smoking cessation program for hospitalized smokers. *American Journal of Public Health* 1996;**86**:1557-60. 97073971.

# Reid 1999

\*Reid RD, Pipe A, Dafoe WA. Is telephone counselling a useful addition to physician advice and nicotine replacement therapy in helping patients to stop smoking? A randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal* 1999;**160**:1577-81. 99302229.

# Solomon 2000

Solomon LJ, Scharoun GM, Flynn BS, Secker-Walker RH, Sepinwall D. Free nicotine patches plus proactive telephone peer support to help low-income women stop smoking. *Preventive Medicine* 2000;**31**:68-74. 20357504.

# Zelman 1992

Zelman DC, Brandon TH, Jorenby DE, Baker TB. Measures of affect and nicotine dependence predict differential response to smoking cessation treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1992;**60**:943-52.

# Referencias adicionales

# Hajek 1994

Hajek P. Appraising the efficacy of psychological treatments for smokers. *Journal of Smoking-Related Disorders* 1994;**5**:101-7.

# Hajek 2004

Hajek P, Stead L. Aversive smoking for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. CD000546.

# Hughes 2004

Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. CD000031.

# Lancaster 2002

Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

# Marlatt 1985

Marlatt A, Gordon J. *Relapse Prevention*. New York: Guilford Press, 1985.

# MMWR 2001

Anonymous. Cigarette Smoking Among Adults - United States, 1999. *Morbidity and Mortality Weekly Reports* 2001;**50**:869-72.

# Ossip-Klein 1986

Ossip-Klein DJ, Bigelow G, Parker SR, Curry S, Hall S, Kirkland S. Classification and assessment of smoking behavior. *Health Psychology* 1986;**5 Suppl**:3-11.

**Rigotti 2002**

Rigotti NA, Munafo MR, Murphy MFG, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 4, 2002. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. CD001837.

**Silagy 2004**

Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. CD000146.

**Stead 2002**

Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. CD001007.

**Ussher 2002**

Ussher MH, West R, Taylor AH, McEwen A. Exercise interventions for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. CD002295.

\* El asterisco señala los documentos más importantes para este estudio

## TABLAS

## Characteristics of included studies

Study	Becona 1997
Methods	Setting: cessation clinic, Spain Recruitment: community volunteers Randomization: method NS Group size: 36-40
Participants	76 smokers, $\geq 10$ cigs/day (untreated control group of 40 not randomly selected) 51% F, av.age 34, av.cigs/day 28 Therapists: 2 experienced therapists
Interventions	Both conditions received 8 weekly sessions, duration NS, TQD week 4. 1. Standard programme: motivational contract, nicotine fading, stimulus control 2. RP. As 1 + problem solving.
Outcomes	Abstinence at 12m (definition NS) Validation: CO $< 8$ ppm during therapy, informants during follow up
Notes	
Allocation concealment	B
Study	Borland 2004
Methods	Setting: quitline, Australia Recruitment: volunteers calling a quitline to request S-H materials Randomization: by computer generated numbers
Participants	215 smokers who had quit at time of recruitment (other participants not included in this review) Demographics for all participants: 54% F, approx 47% $< 30$ y, av.cigs/day 21 63% had quit in previous week
Interventions	All participants received a quit pack at the time of first contact with the quitline, 1-2 days before recruitment 1. Series of tailored advice letters based on standardized telephone assessment. 2-3 pages, tailored in part by stage of change, timing varied 2. No further intervention
Outcomes	Abstinence at 12m, sustained for 6m Validation: none
Notes	
Allocation concealment	A
Study	Brandon 1987
Methods	Setting: cessation clinic, USA Recruitment: community volunteers Randomization: by group prior to cessation prog, method NS
Participants	39 abstainers at the end of cessation treatment Sex NS, av.age 31, av.cigs/day 27 Treatment: Groups of 3-7 (probably), Therapists: 3, counterbalanced across treatments



**Characteristics of included studies**

Interventions	All included cessation prog 6x2 h over 2 w 1. RP 4X1.5 h sessions, 2,4,8, 12 w post cessation: self monitoring, advice, assignment of exposure and coping exercises 2. No maintenance, one assessment session at 12 w
Outcomes	Abstinence at 12m (assume PP) (phone assessment, non-therapist). Outcome: Validation: CO only during treatment, phoning 2 collaterals - no results given
Notes	A treatment arm that included rapid puffing not included. 8 randomized subjects did not achieve initial cessation and are not included in analysis as their allocation is not given.
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>Brandon 2000</b>
Methods	Setting: community, USA Recruitment: advertisements for ex-smokers wanting to avoid relapse Randomization: method NS
Participants	446 ex-smokers (abstinent >7 days at baseline). Av. age 49, median m of abstinence 6.5, mean 16
Interventions	2x2 factorial design testing mail and phone intervention Mailings condition: 8 Stay Quit booklets mailed at 1,2,3,5,7,9,12 m Hotline Condition: Information about Stay Quit hotline. Asked to call to register. Participants were called if they did not register within 2 w and at 3 m if they had not called. Minimal contact condition received first stay quit booklet.
Outcomes	Abstinence at 12 m (no smoking in past 7 days) All participants were abstinent at baseline, and relapse rates were low. Validation: CO<10ppm for participants living within 75 miles of laboratory
Notes	No true control Of 804 randomized, results based on 446 who met inclusion criteria and returned f-up questionnaire, so not an intention to treat analysis
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>Buchkremer 1991 1</b>
Methods	Setting: cessation clinic, Germany Recruitment: community volunteers Randomization: method NS, matched for age sex, cigs/day.
Participants	256 smokers no demographic details
Interventions	5 conditions, partly factorial. All received nicotine patch, dose individualized for conditions 1-4, +9 weekly sessions incl reduction, self monitoring, contract management, risk avoidance. TQD after 6w. 1. Additional training in relapse-coping strategies (during cessation phase) 2. Additional 3 booster sessions, 6m after end of main therapy 3. Relapse-coping and boosters 4. Control 5. Control (fixed dose nicotine patch)
Outcomes	Abstinence 12m post EOT (PP). Rates estimated from graphs. Validation: random urine, 'almost 100% conformity', no correction



**Characteristics of included studies**

Notes	3 vs 4 in contact matched comparison, 1+2 vs 4 in extended contact comparison. Inclusion of control group 5 (fixed dose) would marginally increase intervention benefit.
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>Buchkremer 1991 2</b>
Methods	Setting: cessation clinic, Germany Recruitment: community volunteers Randomization: method NS, matched for age sex, cigs/day.
Participants	185 smokers no demographic details
Interventions	4 conditions, partly factorial. All received nicotine patch (dose individualized for conditions 1-3), + 9 weekly sessions incl reduction, self monitoring, contract management, risk avoidance. TQD after 6w. 1. Relapse coping training using role play, TQD at 6w 2. Modified relapse coping. Rapid abstinence, TQD session 4, covert sensitization, thought-stopping 3. Control, individualized patch dose 4. Control, fixed patch dose
Outcomes	Abstinence 12m post EOT (PP). Rates estimated from graphs. Validation: random urine, 'almost 100% conformity', no correction
Notes	1+2 vs 3 in contact matched comparison. Inclusion of control group 4 (fixed dose) would marginally increase intervention benefit.
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>Conway 2004</b>
Methods	Setting: naval training, USA Recruitment: smokers who had enforced abstinence during naval training, unselected, not volunteers Randomization: cluster randomization by division (80 people. Clustering was negligible)
Participants	1682 female navy recruits with a history of smoking (661 reached at follow up). All should have been abstinent for 2 m during training av.age 19, no details of cigs/day
Interventions	1. 6 mail contacts over 12 m, at 1,2,4,5,7,10 m (2 after f-up) 1 page flyers, cognitive behavioural RP; stress management, weight, fitness, tailored for naval women. 2. No intervention control
Outcomes	Abstinence at 12 m (30 day) (Edwards 1999 reports 6m outcomes) Validation: none
Notes	Results not displayed graphically since denominators not explicit. High loss to follow up. No evidence of intervention effect.
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>Curry 1988</b>
Methods	Setting: cessation clinic, USA Recruitment: community volunteers Randomization: part by coin toss and part random number table. More assigned to S-H than to group. Friends co-randomized to same prog but not necessarily same format.

**Characteristics of included studies**

Participants	139 smokers, 48 in group arms, 91 in S-H arms Therapists for groups: 2 teams of 2 PhD psychologists. Each team led one group in each programme.
Interventions	Compared 2 approaches, in both a group and a S-H format Groups met 8 x 2 h weekly, incl relaxation training, enlisting social support and practising alternative behaviours. S-H intervention provided same components in 8 workbooks. 1. RP: Focused on smoking as learned behaviour. Quit day (for group format) at 3rd session. Additional elements included identifying high risk situations, cognitive restructuring and role playing. 2. 'Absolute Abstinence' (AA) Group. Focused on addictive component of smoking. Quit day (for group format) at 5th session. Additional elements included focused smoking, health education and contingency contract.
Outcomes	Abstinence from m 9 to 12 of follow up. Validation: saliva thiocyanate and two collateral verifiers.
Notes	Group and S-H arms used in different comparisons within the matched contact time section Results include all assigned to treatment; only 69% began treatment.
Allocation concealment	C
<b>Study</b>	<b>Davis 1986</b>
Methods	Setting: cessation clinic, USA Recruitment: community volunteers Randomization: groups randomized to treatments group size 3 to 8.
Participants	45 smokers who completed treatment (5 pretreatment & 6 dropouts during treatment excluded, group not specified). Therapists: 9 advanced clinical psychology graduate students with no previous experience. Each conducted one group.
Interventions	All conditions received 6 x 1.5-2 h weekly meetings based on Pomerleau & Pomerleau broad spectrum cessation package. TQD week 5 1. 'Experimental' condition added active cognitive behavioral skills training focusing on 11 problem situations. 2. 'Enhanced control' added discussion of same problems 3. 'Control' using Pomerleau & Pomerleau alone
Outcomes	Abstinence at 12m (PP) Validation: CO
Notes	1 & 2 treated as RP Condition 2 not displayed. 3/14 quit
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>Emmons 1988</b>
Methods	Setting: cessation clinic, USA Recruitment: community volunteers Method of randomization: by block
Participants	49 smokers (excludes 4 pretreatment dropouts, 4 non-completers (3RP, 1BS), 1 medical problem 71% F, av.age 41, av.cigs/day 31 (significant difference between groups, 35 vs 27).

**Characteristics of included studies**

Interventions	1. Cessation prog with RP focus. 8 x 1.5 h weekly, TQD between 3 & 4. pre-quit self monitoring. Choice of 'cold turkey' or gradual reduction. Relaxation, role play, cognitive coping. 2. Broad spectrum (BS) programme. 12 x 1 h over 8 w. TQD between 3 & 4. Incl nicotine fading.
Outcomes	Abstinence at 6m (PP) (EOT and 3m also reported) Validation: saliva thiocyanate $\leq 85$ microg/ml
Notes	Included in contact matched section, although different number of sessions. Significant baseline differences between groups, BS smoked more. Inclusion of 4 non-completers would increase apparent benefit of BS.
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>Ershoff 1995</b>
Methods	Setting: HMO health centre, USA Recruitment: pregnant women who had quit smoking since becoming pregnant Method of randomization: prior to patient contact, blind until end of data collection
Participants	171 pregnant recent quitters, average length of prior abstinence 31 days, 58% had >7 days of total abstinence Av.age 25, av.cigs/day 10
Interventions	1. RP. S-H booklets; 4 on cessation given at baseline visit, 4 RP oriented mailed at weekly intervals. 2. Control. 1 page tip sheet on behavioural techniques for avoiding relapse. Both groups had a 2 min discussion on smoking & pregnancy with health educator, given 2 page pamphlet, congratulated on quitting
Outcomes	PP (7 day), late in 3rd trimester (also w26 and w34 of pregnancy). Validation: cotinine, at least one $\leq 10$ ng/ml and none $\geq 80$ ng/ml
Notes	11% of women misreported abstinence
Allocation concealment	A
<b>Study</b>	<b>Fortmann 1995</b>
Methods	Setting: community, USA Recruitment: smokers identified via a random telephone survey, (volunteers) Randomization: method NS
Participants	1044 smokers able to quit for 24 h 42% F, av.age 40, av.cigs/day 20
Interventions	Factorial trial of nicotine gum and self help for RP. All participants also offered an incentive of \$100 for quitting for 6 m 1. Nicotine gum 2 mg 2. S-H materials 3. Nicotine Gum and S-H materials 4. Monetary incentive only
Outcomes	PP abstinence at 12 m Validation: CO<9ppm, salivary cotinine <20ng/ml
Notes	1&3 compared to 2&4 to assess effect of nicotine gum 2&3 compared to 1&4 to assess effect of behavioural component
Allocation concealment	B

**Characteristics of included studies**

<b>Study</b>	<b>George 2000</b>
Methods	Setting: clinic, USA Recruitment: People with schizophrenic disorders Randomization: block randomization to therapy group
Participants	45 people with schizophrenia or schizoaffective disorder 67% M, av.age 40, av.cigs/day 30
Interventions	Both conditions used 21mg/24h nicotine patches from quit day in w3, for 12w incl tapering and had 10 group sessions. Treated in groups of 4-6 1. Special schizophrenia prog. 3 x 60 m weekly sessions motivational enhancement + 7x psycho-education, social skills, RP 2. Control: ALA 7 x 60 m weekly + 3 x supportive counselling
Outcomes	PP abstinence 6 m from therapy completion Validation: CO <10ppm
Notes	
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>Hajek 2001</b>
Methods	Setting: antenatal clinics, USA Recruitment: pregnant smokers and recent quitters Randomization: cluster randomized by midwife
Participants	249 pregnant recent (within 6 m) quitters, average abstinence 7 w (smokers also in trial, not included for this review) Av age 28, av.cigs/day approx 12
Interventions	1. Advice from midwife with explanation of CO reading, pamphlet, prompt placed in notes for reinforcement. 2. Usual midwife care
Outcomes	Abstinence at 12m (prolonged for last 12 w of pregnancy and 6 m since birth), also at birth Validation: CO <=10ppm
Notes	Women who were untraceable or unsuitable for f-up were excluded.
Allocation concealment	C
<b>Study</b>	<b>Hajek 2002</b>
Methods	Country: UK Recruitment/setting: inpatients with MI or for CABG at 17 hospitals Randomization: serially numbered opaque sealed envelopes
Participants	540 smokers or recent quitters (26%) who had not smoked since admission to hospital and motivated to quit. 26 deaths, 9 moved address excluded from denominator in analysis
Interventions	1. As control + CO reading, booklet on smoking & cardiac recovery, written quiz, offer to find support 'buddy', commitment, reminder in notes. Implemented by cardiac nurses during routine work, est time 20 m. 2. Verbal advice, 'Smoking and your heart' booklet
Outcomes	Abstinence at 12m, sustained (no more than 5 cigs since enrolment & 7day PP) Validation: saliva cotinine <20ng/ml (CO used at 6 w follow up and for visits at 12 m)

**Characteristics of included studies**

Notes	
Allocation concealment	A
<b>Study</b>	<b>Hall 1984</b>
Methods	Setting: clinic, USA Recruitment: media adverts and referral Randomization: method NS
Participants	135 smokers 59% F, av.age approx. 36, av.cigs/day 29 Therapists: 2 psychologists, randomly assigned to groups
Interventions	2 x 2 factorial trial, aversive smoking conditions collapsed. 1. Skills training, 14 x 75 m sessions. 8 sessions over 3 w involved 6-s or 30-s aversive smoking. 6 sessions over w 1-6 covered relaxation, commitment and cost benefits, and RP skills with role play of risk situations. 2. Discussion control. Same aversive smoking. Other 6 sessions used self scoring tests and group discussion. Discussion of specific skills discouraged
Outcomes	Abstinence at 12 m (PP) Validation: CO<10ppm, plasma TCN< 85ng/mg, and confirmation from significant other.
Notes	Matched for contact time Author tested for therapist and cohort main effects. None significant.
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>Hall 1985</b>
Methods	Setting: clinic, USA Recruitment: referred by physicians, friends or self Randomization: randomly assigned within time constraints, method NS
Participants	84 smokers in relevant arms 53% M, av.age 38, av.cigs/day 30.5 Therapists: 2 psychologists
Interventions	1. Intensive behavioural treatment (incl RP skill training, relaxation, 30-s aversive smoking of 3 cigarettes). 14 x 75 m sessions over 8 w. 2. Same as 1. + 2 mg nicotine gum available for 6 m. 3. Low-contact + nicotine gum. Met 4x in 3 w, educational materials, written exercises, group discussion
Outcomes	Abstinence at 52 w (assume PP) Validation: CO<10ppm, thiocyanate <85 mg/ml, reports of significant others (biochemical measures failed to confirm self-report in 3 instances)
Notes	2 vs 3, not matched for contact time, controlled for gum. 1 not included in analysis, 10/36 quit.
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>Hall 1987</b>
Methods	Setting: clinic, USA Recruitment: community volunteers or referrals Randomization: no details given

**Characteristics of included studies**

Participants	139 smokers 53% M, av.age 39, av.cigs/day 30 Therapists: Advanced graduates in clinical psychology or health psychology
Interventions	2 x 2 factorial trial. Nicotine gum/placebo arms collapsed 1. Intensive behavioural treatment incl 6-s aversive smoking, RP skills training, written exercises. 14 x 75 m sessions (period not stated) 2. 'Low contact' incl written exercises, educational materials, group discussions, quitting techniques. 5 x 60 m.
Outcomes	Abstinence at 52 w (assume PP) Validation: thiocyanate <95mm/L (unless marijuana use reported), CO <8ppm, significant other.
Notes	Not matched for contact time No reported interaction between behaviour therapy condition and gum condition so gum/no gum collapsed.
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>Hays 2001</b>
Methods	Setting: clinics, USA, 5 sites Recruitment: 784 community volunteers. Randomization: computer generated, code held centrally
Participants	429 smokers ( $\geq 15$ cigs/day) who were quit after 7w open label bupropion. 51% F, av.age 46, av.cigs/day 26.
Interventions	1. Bupropion 300mg/day, 45 w 2. Placebo All participants had received physician advice and self help materials, and brief individual counselling at f-up visits.
Outcomes	Continuous abstinence at 2 y (1 y after EOT) Validation: CO $\leq 10$ ppm
Notes	
Allocation concealment	A
<b>Study</b>	<b>Hurt 2003</b>
Methods	Setting: clinics, USA, 14 sites Recruitment: 578 community volunteers. Randomization: 'dynamic allocation', stratified, concealment NS
Participants	176 smokers ( $\geq 15$ cigs/day) who were quit after 8w of nicotine patch, at a dose matched to baseline cigs/day Baseline group: 57% F, av.age 42, av.cigs/day 26
Interventions	1. Bupropion 300mg/day for 6 m 2. Placebo No additional counselling
Outcomes	PP abstinence at 12m (6 m after EOT). Validation: CO <8ppm
Notes	
Allocation concealment	B



## Characteristics of included studies

Study	Killen 1984
Methods	Setting: clinic, USA Recruitment: community volunteers Randomization: method NS (married couples allocated to same condition)
Participants	64 smokers (44 in relevant arms) 72% F, av.age 44, av.cigs/day 32 Behaviour therapy provided by 2 psychologists, 1 MSW, assigned randomly to treatment conditions Group size 10-12
Interventions	All participated in cessation training (incl cognitive behavioral skills training and an aversive smokeholding procedure), 4X1.5hr sessions over 4 days, in groups of 10-12. 1. Nicotine gum (2mg) for 7 w 2. Skills training for RP. 2 sessions in 2 w then 4 weekly drop-in sessions. Included identification of high risk situations and coping strategies, homework. 3. Combined 1 and 2
Outcomes	Abstinence for 4 w at 10.5 m after quit date Validation: CO < 8ppm (2 people unable to attend assessment, based on self-report), Serum thiocyanate measured at 6w only
Notes	3 vs 1 for effect of RP component over NRT alone. 3 vs 2 tests effect of NRT, not included
Allocation concealment	B
Study	Killen 1990
Methods	Setting: Community, USA (Stanford Stop Smoking Project) Recruitment: media advertisements for volunteers for S-H RP research programme. To be eligible for randomization had to have quit for 48 h unaided. (Quit validated by CO<9ppm) Randomization: method NS, fully crossed factorial design
Participants	1218 smokers who had quit for 48 h 52% F, av.age 43, av.cigs/day 25
Interventions	4x3 factorial design crossing gum and self help conditions: Nicotine gum (2mg) conditions: 1. Adlib schedule, whenever strong need to smoke 2. Fixed schedule (1 piece/h for at least 12 h/day) 3. Placebo gum 4. No gum S-H intervention was based on 16 specially written modules. All participants were given the first 'How to cope with the urge to smoke without smoking' booklet. Then randomized to: - Self selected - chose 7 more to receive in weekly mailings - Random - sent 7 modules at random - No modules - no further contact
Outcomes	Abstinence at 12m (7 day PP) Validation: saliva cotinine <20ng/ml, except for participants who had moved away.
Notes	Quit rates for module/no module conditions provided by authors. Gum conditions collapsed
Allocation concealment	B

**Characteristics of included studies**

<b>Study</b>	<b>Klesges 1999</b>
Methods	Setting: Air Force, USA Recruitment: recruits undergoing basic military training (BMT) Randomization: cluster randomization by training flight. ICC small (0.004 for smokers). 75% assigned to intervention
Participants	18010 recruits, 29% regular smokers before enforced abstinence during training 28% F, av.age 20
Interventions	1. Single 50 min intervention during final week of training, 50/group, incl non-smokers. Discussed health effects, costs, social impact, role play. 2. Control: general health video All participants exposed to 6w smoking ban, and shown 2 videos previewing primary intervention
Outcomes	Abstinence at 12m (not defined) Validation: none Relapse amongst baseline ex-smokers and initiation amongst non-smokers also reported.
Notes	Results not displayed graphically since denominators not explicit. No significant overall benefit.
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>Lando 1996</b>
Methods	Setting: Community, USA Recruitment: community volunteers Randomization: method NS
Participants	1083 smokers who attended a smoking cessation clinic 60% F, av.age 45, av.cigs/day 27
Interventions	All participated in 15 session 8w group cessation prog 1. Telephone counselling at 3, 9, 21m. At each point up to 3 calls could be made if requested. 2. Control. No additional contact
Outcomes	Abstinence at 34m (12m after EOT (7 day PP)). Also assessed at 6, 12 & 24m Validation: random half quitters validated by saliva cotinine <20ng/ml at 12 m. 91% confirmed
Notes	
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>Lifrak 1997</b>
Methods	Setting: clinic, USA Setting: substance abuse outpatient facility Recruitment: community volunteers Randomization: method NS
Participants	69 smokers (>=1 pack/day) 62% F, av.age 39, av.cigs/day 25 Therapists: nurse practitioner for 1, clinical social worker or psychiatrist experienced in addiction treatment for 2.

**Characteristics of included studies**

Interventions	1. Information pack incl a letter from paediatrician on risks of passive smoking, provided by birth hospital, and extended support (counselling plus f-up at 2, 4, and 5 m visits) and materials (incl video tape, written materials, signs, magnets, bib) 2. Information pack only
Outcomes	Abstinence at 12m (1w PP) Validation: urine cotinine for some participants, but no corrections made for misreporting.
Notes	12 administrative dropouts/exclusions not included, treatment group not specified. High Intensity participants attended median of 8.25 sessions.
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>Lowe 1997</b>
Methods	Setting: prenatal clinic, USA Recruitment: volunteer recent quitters Randomization: method NS
Participants	78 pregnant women who had quit within previous 3m (9 exclusions and 19 lost to f-up not included) Age/ smoking history not described Therapists: health educator. Reinforcement provided by doctors and nurse trained at workshops
Interventions	1. 10 min counselling with health educator. RP materials at 5th grade reading level, enhance social support with materials, chose 'buddy'. Reinforcement at routine visits by clinic staff. 2. Usual care incl nurse advice
Outcomes	Continued abstinence at end of pregnancy (exact period NS) Validation: saliva thiocyanate
Notes	More lost to follow up in control. Including all as relapsed would increase apparent benefit of intervention.
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>McBride 1999</b>
Methods	Setting: 2 managed care organizations, USA Recruitment: pregnant smokers and recent quitters Randomization: method NS
Participants	897 pregnant women (excludes miscarriages), 44% already quit, no minimum consumption. Av.age 28, av.cigs/day: 15 before pregnancy, 5 if still smoking
Interventions	1. Prepartum intervention: Letter tailored to baseline stage of change, health concerns and motivation, S-H book. After 28 w f-up sent RP kit. 3 telephone counselling calls, approx 2 w after S-H mailing, and 1 and 2 m later. Motivational interviewing approach. Av 8.5 min. 2. Pre/postpartum intervention: as 1. plus 3 calls within first 4 m postpartum, av 7.7 min. 3 newsletters. 3. Control: self help booklet only
Outcomes	Abstinence at 28th week of pregnancy and 12m postpartum (7 day PP). Also assessed at 8w, 6m postpartum Validation: saliva cotinine requested by mail, <20ng/ml. Only self reported rates reported, no difference in confirmation rates

**Characteristics of included studies**

Notes	Abstinence at 28th week reported separately for baseline quitters Relapse rate in 28w quitters also reported. No significant benefit of postpartum intervention.
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>Mermelstein 2003</b>
Methods	Setting: cessation clinic, USA Recruitment: community volunteers for cessation prog Randomization: cluster randomized by group, counsellor blind until final session, not blind during RP intervention
Participants	341 quitters at the end of 7w group cessation prog (non-abstinent subgroup not relevant to this review) Demographics for all 771: 66% F, av.age 43, av .cigs/day 23
Interventions	1. Tailored proactive telephone counselling calls from counsellor who provided cessation course. 3 weekly then 3-6 alternate w, 15 min each. 2. Supportive but non-specific proactive counselling calls from counsellor, same schedule.
Outcomes	Abstinence at 15 m, 7-day PP Validation: none
Notes	Borderline to pool with other studies since both groups could constitute RP; primarily a test of content. Included in treatment-seeking smokers category.
Allocation concealment	C
<b>Study</b>	<b>Niaura 1999</b>
Methods	Setting: cessation clinic, USA Recruitment: community volunteers Randomization: method NS, no placebo
Participants	120 smokers 50% F, av.age 44, av.cigs/day 28 Therapists: PhD level therapists
Interventions	All participants received single brief individual counselling session 1w before TQD and instructed to use ALA S-H manual 'Freedom from smoking for you and your family', CO measured. All interventions used 5 sessions over 2w post-TQD 1. Cognitive behavioural with cue exposure (75 min sessions) imagined high risk settings 2. Cognitive behavioural with cue exposure and nicotine gum (90 min) 3. Brief cognitive behavioural. Reviewed progress and reinforced use of self help manual. (15min sessions). Control for 1. 4. Cognitive behavioural and nicotine gum (60 mins). Control for 2.
Outcomes	Sustained abstinence, 12m and all previous follow ups (1, 3, 6m) Validation: CO <8ppm
Notes	
Allocation concealment	B

**Characteristics of included studies**

<b>Study</b>	<b>Powell 1981</b>
Methods	Setting: clinic, USA Recruitment: community volunteers Randomization following cessation prog. Deviations for scheduling conflict and in order to separate families and friends. Therapist: Senior author
Participants	51 quitters (2 treatment dropouts excluded) 57% F, av.age 36, av.cigs/day 29
Interventions	All participants received same cessation prog in a single group. Introductory meeting and 4 consecutive treatment meetings a week later, 1.5 h. Systematic focus on skill development. Also used a novel aversive smoking exercise conducted at each session. Maintenance/RP conditions: 1. 4 w support group (number of meetings not specified) 2. Telephone contact system allowing subjects to phone each other 3. No contact control
Outcomes	Abstinence at 1y, not defined Validation: none
Notes	Arm 2 not shown in graphs, all arms had similar quit rates.
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>Ratner 2000</b>
Methods	Setting: obstetric wards in 5 hospitals, Canada Recruitment: postpartum women Randomization: computer generated sequence, but concealment NS
Participants	251 women who had given up smoking for at least 6w prior to delivery. Av.age 28, av.cigs/day 10 74% first child Therapists: trained nurse counsellors
Interventions	1. Counselling session in hospital + 8 telephone (weekly for 1 m, biweekly for 2 m). Skills training. self help pamphlets, no-smoking materials 2. Usual care
Outcomes	continuous abstinence 12 m post delivery Validation: CO <10ppm for participants interviewed in person. Data collectors blind
Notes	Denominator those reached at follow up. No differential dropout.
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>Razavi 1999</b>
Methods	Setting: workplaces, Belgium Recruitment: volunteers Randomization: By company, using random number and blinded list. Participants recruited prior to randomization
Participants	993 began cessation prog , 349 abstinent at 3m, 344 entered RP phase 38% F, av.age 39 Therapists: differed by condition

**Characteristics of included studies**

Interventions	Only quitters enrolled in RP Initial cessation prog of 7 visits, 2 weekly. Nicotine patch provided if FTQ score $\geq 5$ . 1. 10 monthly sessions incl group discussion and role play led by professional counsellor 2. 10 sessions of group discussion led by former smokers. 3. No RP
Outcomes	Abstinence for 9m from start of RP prog Validation: CO $< 10$ ppm and urine cotinine $\leq 317$ ng/ml required. (Rates for CO and self-report alone also reported; higher than for doubly validated rates.)
Notes	Interventions 1 and 2 combined in MA: Separate quit rates: Intervention 1. 59/135 (44%); Intervention 2. 33/88 (37.5%), difference NS
Allocation concealment	A
<b>Study</b>	<b>Schmitz 1999</b>
Methods	Setting: hospital, USA Recruitment: women with or at risk of Coronary Artery Disease (CAD) Randomization: method NS
Participants	Two separate samples recruited: 1. 53 inpatients with CAD who stopped smoking during hospitalization and wanted to stay quit. 2. 107 women volunteering for cessation treatment who had $> 1$ CAD risk factor Therapists: 2 smoking counsellors and 2 clinical psychology interns
Interventions	1. Coping skills RP, 6 x 1 h incl stress management, homework. 2. Health Belief model, 6 x 1h smoking-related health information related to disease state or CAD profile. Focus on benefits of stopping
Outcomes	PP abstinence at 6m Validation: CO $< 9$ ppm, urine cotinine $< 10$ ng/ml Not all quitters tested, confirmation rates not reported
Notes	Inpatient subgroup in quitters section, CAD risk group in trials in smokers, matched control section. Post-randomization dropouts who did not complete baseline and begin treatment were not included in any data. Quit rates were lower in the CAD sample than in the at-risk group
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>Secker-Walker 1995</b>
Methods	Setting: private and public prenatal clinics, USA Recruitment: women at 1st prenatal visit Randomization: method NS
Participants	165 women previously smoking 1 or more cig/day who had quit since start of pregnancy (excludes 10 adverse pregnancy outcomes, but includes 58 (35%) lost to follow up as assumed relapsers) Av. age 25
Interventions	1. Individual counselling focusing on pros and cons, problem solving, skills rehearsal. 10-15 mins at 1st, 2nd. 3rd prenatal visit, 36 w, and 6w postpartum. (93% received postpartum session) 2. Usual care control



**Characteristics of included studies**

Outcomes	Abstinence at 36 w pregnancy, and at 8-54m postpartum. Follow up point varied. Validation: at 36w, cotinine/creatinine ratio >80 ng/mg, no validation postpartum
Notes	Sensitivity analysis excluding losses to f-up does not alter results.
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>Secker-Walker 1998</b>
Methods	Setting: prenatal clinic, USA Recruitment: women at 1st prenatal visit Randomization: method NS
Participants	125 women previously smoking 1 or more cig/day who self -eported quitting since start of pregnancy (excludes 9 adverse pregnancy outcomes and moves and changes of practice). 19 of the women showed evidence of smoking at 1st prenatal visit
Interventions	1. Structured intervention from physician, individual counselling by nurse counsellor, 1st, 2nd, 3rd, 5th , 36w prenatal visits. 2. Usual care from physician, prompted at 1st visit
Outcomes	Sustained abstinence at 36w pregnancy, 1y postpartum Validation: CO <=6ppm at 36w, also urine cotinine <=500ng/ml but some missing data
Notes	Process analysis showed counselling to have been received fairly consistently but fell to 66% at 5th visit
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>Severson 1997</b>
Methods	Setting: 49 private paediatric practices, USA Recruitment: mothers attending for well baby visits Randomization: cluster randomized by practice, method NS, unclear how mothers within practice were recruited. ICC low
Participants	1026 ex-smoking mothers (intervention also given to smoking mothers, not relevant to this review) Therapists: paediatricians. 25 intervention practices, 23 control.
Interventions	1. Information pack including a letter from paediatrician on risks of passive smoking, provided by birth hospital, and extended support (counselling plus follow up at 2, 4, and 5m visits) and materials (incl video tape, written materials, signs, magnets, bib) 2. Information pack only
Outcomes	Sustained abstinence at 12m 7day PP at 6 and 12m Validation: none Losses to follow up (25%) assumed to have relapsed
Notes	Study design allowed for clustering in calculating sample size. ICC proved to be low. Use of a corrected odds ratio which did not show a significant benefit did not change conclusions of meta-analysis.
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>Shoptaw 2002</b>
Methods	Setting: 3 narcotics treatment centres, USA Recruitment: volunteers on methadone maintenance Randomization: urn technique, concealment not described

**Characteristics of included studies**

Participants	175 smokers ( $\geq 10$ /day) 67%M av age 43-45, av cigs/day approx 22
Interventions	All participants received 21 mg nicotine patch for 12w. Factorial design crossing contingency management, arms collapsed. 1. Group counselling: 12 x1hr weekly sessions, incl mood management. 2. Control: NRT alone
Outcomes	PP abstinence at 12m Validation: CO <8ppm, urine cotinine <30ng/ml
Notes	
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>Smith 2001</b>
Methods	Setting: clinic, USA Recruitment: community volunteers Randomization: method NS. Randomized 1 w after TQD, stratified by +/- any smoking post-TQD
Participants	677 smokers ( $>10$ /day) attempted quit for 1w 57% F, av.age 42; Av cigs/day approx 25
Interventions	All participants had attended 3 brief (5-10 m ) individual counselling sessions pre-quit, quit day and 8 d post-TQD, + nicotine patches (8 w) + NCI 'Clearing The Air'. 1. Cognitive behavioural skills training, x6 from 1 w post-TQD, incl managing negative affect, homework, manual. 2. Motivational interviewing, supportive group counselling, x6 from 1wk post-TQD. No homework or manual. 3. No further intervention
Outcomes	Abstinence at 12m (7 day PP) Validation: CO <10ppm
Notes	No evidence found for hypothesized differences in relative efficacy for smokers at high or low risk of relapse. High risk smokers expected to do better with motivational intervention.
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>Stevens 1989</b>
Methods	Setting: HMO, USA Recruitment: HMO member volunteers Randomization: by a predetermined random number list following confirmed 4-day abstinence after cessation prog
Participants	587 smokers who successfully abstained from smoking for 4 days after a 4-day intensive cessation prog
Interventions	Both group conditions met for 3 x 2hr weekly meetings 1. Skills condition. Development and active rehearsal of coping strategies 2. Discussion condition. Social support meetings without rehearsal of strategies 3. No further treatment control
Outcomes	Abstinence at 1y, no tobacco use in previous 6m Validation: saliva thiocyanate <0.8mg/ml or cotinine <5ng/ml

**Characteristics of included studies**

Notes	Study hypothesis that discussion control would not increase rates, so in main analysis 1 vs 2+3
Allocation concealment	A
<b>Study</b>	<b>Van't Hof 2000</b>
Methods	Setting: 6 hospitals, USA Recruitment: women at time of delivery Randomization: method NS
Participants	277 women who had quit during pregnancy, cotinine verified as not smoking at recruitment Av.age 25, previous cigs/day not reported. 65% were very confident of remaining quit (excludes not followed up for a variety of reasons)
Interventions	1. 15-30 min of RP counselling from Visiting Nurse after baseline interview. Reinforcement by paediatric care provider at 2w, 2m, 4m well baby clinics, written materials. Chart sticker used to prompt intervention. 2. Usual care, baseline assessment from Visiting Nurse
Outcomes	Abstinence at 6m, (assume PP) Validation: none (Assessment by telephone, no details of blinding of assessor)
Notes	Inclusion of losses to f-up does not change direction or significance of effect.
Allocation concealment	B

## Notas:

RP = relapse prevention; TQD = target quit day;

av = mean average; F = female; M = male; NS = not stated;

min = minutes; m = months; w = weeks; y = years;

FTQ = Fagerstrom Tolerance Questionnaire; NRT = nicotine replacement therapy; S-H = self-help

PP = point prevalence abstinence (abstinent at that time but not necessarily continuously since treatment); EOT = end of treatment;

CO = carbon monoxide; ppm = parts per million; TCN = thiocyanate

HMO = health maintenance organization; ALA = American Lung Association; NCI = National Cancer Institute;

CABG = coronary artery bypass graft; MI = myocardial infarction; MDD = major depressive disorder;

ICC = Intraclass correlation;

**Characteristics of excluded studies**

<b>Study</b>	<b>Reason for exclusion</b>
Alterman 2001	Considered for inclusion because comparison of different intensity interventions. No mention of RP.
Bottausci 1995	Small trial, <10 participants per condition.
Brown 2001	Considered for inclusion because comparison of different intensity interventions. Intervention focus was on use of cognitive behavioural therapy for treatment of depression. Relapse mentioned only in text.
Carmody 1988	Only three month follow up reported. No significant differences at this point.
Cinciripini 2000	Not possible to distinguish RP from cessation components.
Davis 1995	Short follow up, only 12 participants.
Dooley 1992	Only three month follow up reported. No significant differences at this point.
Dubren 1977	Only one month follow up reported.
Dunphy 2000	Only 4-8 week follow up after delivery and intervention.

**Characteristics of excluded studies**

Feeney 2001	Not explicitly described as an RP intervention, and the control condition has low implementation of the basic cessation programme.
Froelicher 2000	Describes a trial in progress, no intervention results.
Goldstein 1989	Considered for inclusion because comparison of different intensity interventions. No mention of RP
Gruder 1993	Not possible to distinguish between RP and cessation components.
Hall 1994	Considered for inclusion because comparison of different intensity interventions. Primary focus was on cognitive behavioural treatment for depression as adjunct to cessation intervention. No mention of RP.
Hall 1996	Considered for inclusion because comparison of different intensity interventions. Primary focus was on mood management as adjunct to cessation intervention. No mention of RP.
Hall 1998	Considered for inclusion because comparison of different intensity interventions. No mention of RP.
Klesges 1987	Randomization and analysis by worksite, number of individuals in each treatment condition not given. There was a non-significant difference favouring RP.
Lando 1997	Considered for inclusion because comparison of different intensity interventions. No mention of RP.
Macleod 2003	Considered for inclusion because comparison of different intensity interventions. No mention of RP.
Miller 1997	Hospital intervention included RP components but excluded because no information on smoking status of participants, and intervention similar in other respects to other inpatient trials. Also compared two intensities of telephone follow up but these were not described as RP.
Reid 1999	Considered for inclusion because comparison of different intensity interventions. No mention of RP.
Solomon 2000	Considered for inclusion because comparison of different intensity interventions. No mention of RP.
Zelman 1992	Considered for inclusion because comparison of different intensity interventions. No mention of RP.

Notas:

RP = relapse prevention

**CARÁTULA**

Titulo	<b>Intervenciones para la prevención de la reincidencia en el hábito de fumar</b>
Autor(es)	<b>Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M</b>
Contribución de los autores	PH, LS Y TL concibieron la revisión y desarrollaron el protocolo. MJ realizó el trabajo previo de información para el protocolo. LS diseñó y realizó las búsquedas y el cribaje (screening) de las publicaciones. PH, LS y TL extrajeron los datos y decidieron la inclusión y agrupamiento de los estudios. PH y LS realizaron los análisis y juntos redactaron la revisión. MJ y RW aportaron perspectivas metodológicas, clínicas y políticas adicionales.

Número de protocolo publicado inicialmente	2003/1
Número de revisión publicada inicialmente	2005/1
Fecha de la modificación más reciente"	21 octubre 2004
"Fecha de la modificación SIGNIFICATIVA más reciente	21 octubre 2004
Cambios más recientes	El autor no facilitó la información
Fecha de búsqueda de nuevos estudios no localizados	El autor no facilitó la información
Fecha de localización de nuevos estudios aún no incluidos/excluidos	El autor no facilitó la información
Fecha de localización de nuevos estudios incluidos/excluidos	21 setiembre 2004
Fecha de modificación de la sección conclusiones de los autores	21 octubre 2004
Dirección de contacto	Mrs Lindsay Stead Review Group Co-ordinator Department of Primary Health Care Oxford University Old Road Campus Headington Oxford OX3 7LF UK Teléfono: +44 1865 226977 E-mail: lindsay.stead@dphpc.ox.ac.uk Facsimile: +44 1865 227036
Número de la Cochrane Library	CD003999-ES
Grupo editorial	Cochrane Tobacco Addiction Group
Código del grupo editorial	HM-TOBACCO



## RESUMEN DEL METANÁLISIS

**01 Abstinentes asignados al azar - intervenciones conductuales. Poblaciones especiales 1. Mujeres embarazadas/en el periodo postparto**

Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 No fuma al final del seguimiento antes del parto	6	1183	Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	1.17 [0.90, 1.53]
02 No fuma en el seguimiento más largo después del parto	8	2695	Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	1.08 [0.92, 1.27]
03 No fuma en el seguimiento más largo después del parto (con el uso de un odds-ratio corregido en un ensayo)	3	1541	OR (efectos fijos) IC del 95%	1.12 [0.89, 1.42]

**02 Abstinentes asignados al azar - intervenciones conductuales. Poblaciones especiales 2. Fumadores hospitalizados**

Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Abandono durante el seguimiento más largo	2	558	Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	0.86 [0.60, 1.22]

**03 Abstinentes asignados al azar - intervenciones conductuales. Poblaciones especiales 3. Personal militar**

Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Abandono durante el seguimiento más largo	0	0	Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	No estimable

**04 Abstinentes asignados al azar - intervenciones conductuales. Abstinentes sin ayuda, en busca de tratamiento**

Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Abandono durante el seguimiento más largo	4	2878	Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	1.14 [0.94, 1.38]

**05 Abstinentes asignados al azar - intervenciones conductuales. Abstinentes con ayuda**

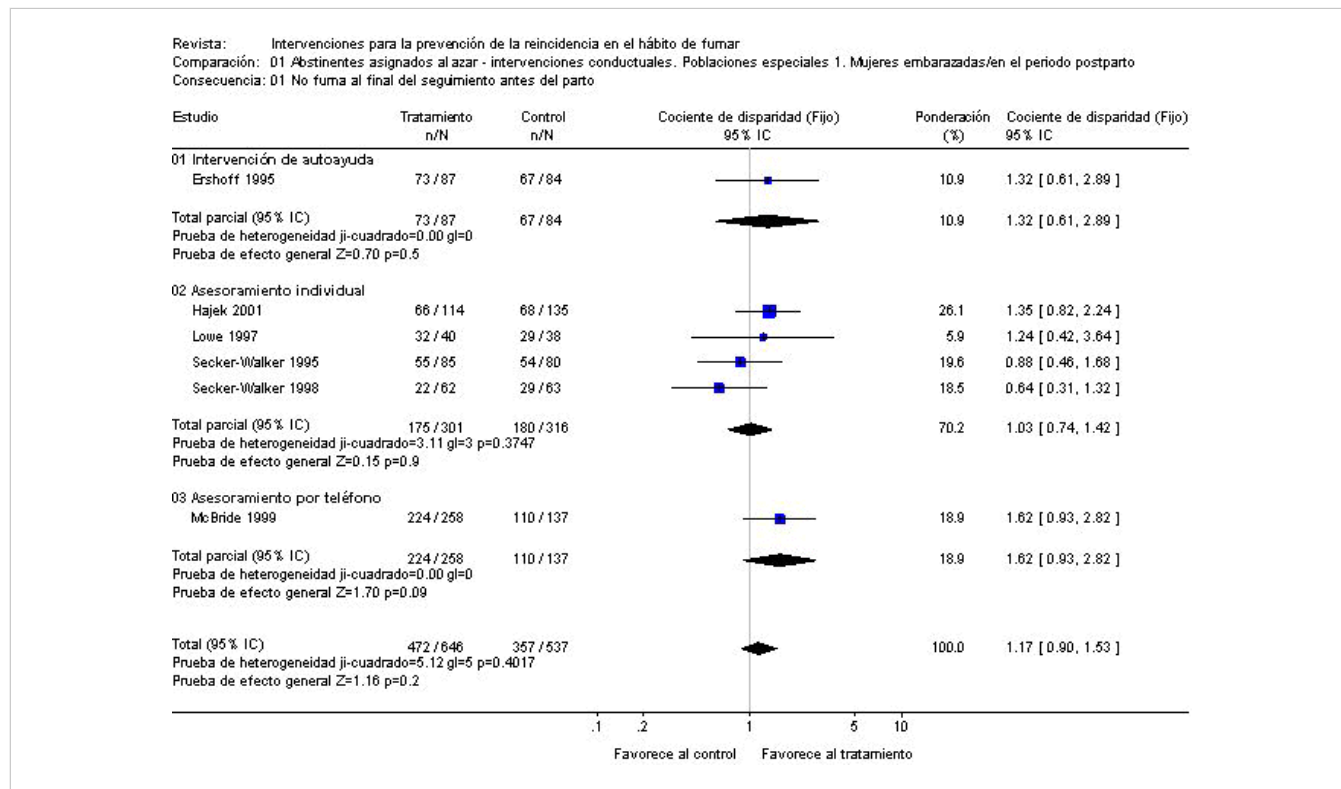
Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Abandono durante el seguimiento más largo	5	1462	Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	1.00 [0.80, 1.25]

**06 Abstinentes asignados al azar - Farmacoterapia**

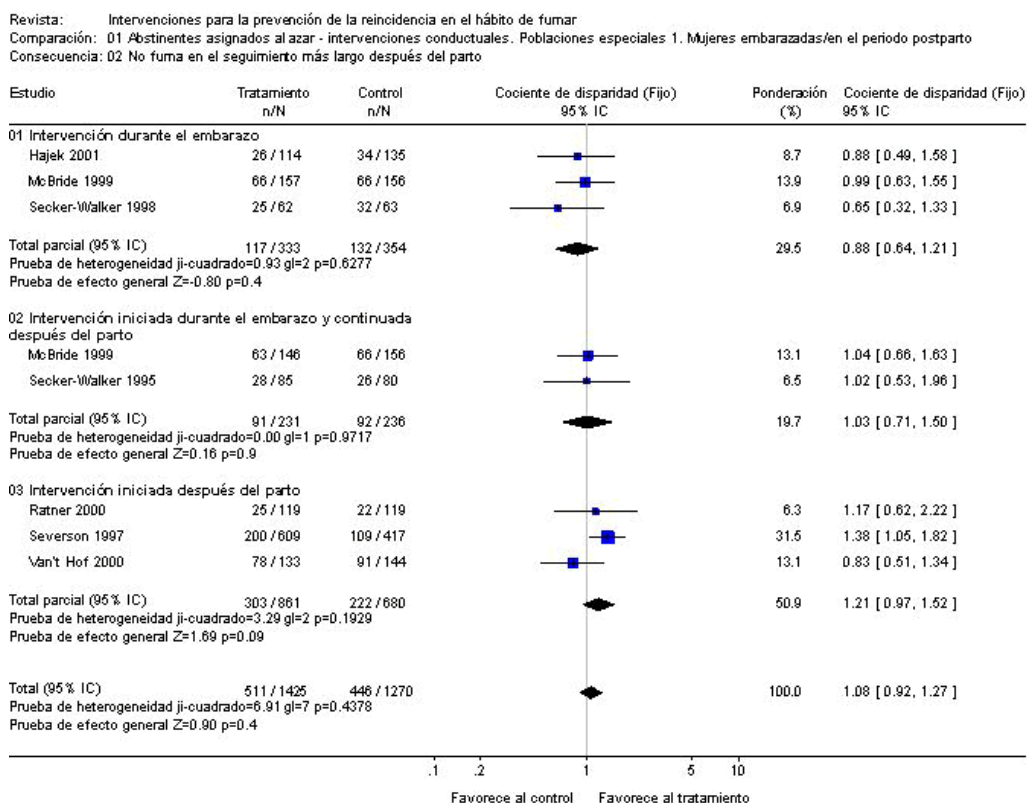
Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Tratamiento de reemplazo de nicotina versus placebo	1	1044	Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	1.39 [1.02, 1.91]
02 Bupropión versus placebo	2	605	Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	1.25 [0.86, 1.81]

07 Fumadores asignados al azar - intervenciones conductuales. Pareados por duración del programa				
Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Tratamiento con formato grupal o individual (+/- farmacoterapia complementaria)	9	793	Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	0.91 [0.65, 1.27]
02 Formato de autoayuda, cesación durante el seguimiento más largo	1	91	Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	1.71 [0.61, 4.78]
08 Fumadores asignados al azar - intervenciones conductuales. Programas de intensidad diferente				
Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Abandono del hábito durante la evaluación a largo plazo (criterios de abstinencia más estrictos)	7	699	Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	1.01 [0.71, 1.44]
09 Fumadores asignados al azar - intervenciones conductuales. Contacto proactivo adicional por teléfono				
Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Abandono del hábito durante la evaluación a largo plazo (criterios de abstinencia más estrictos)	1	1083	Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	1.11 [0.86, 1.43]

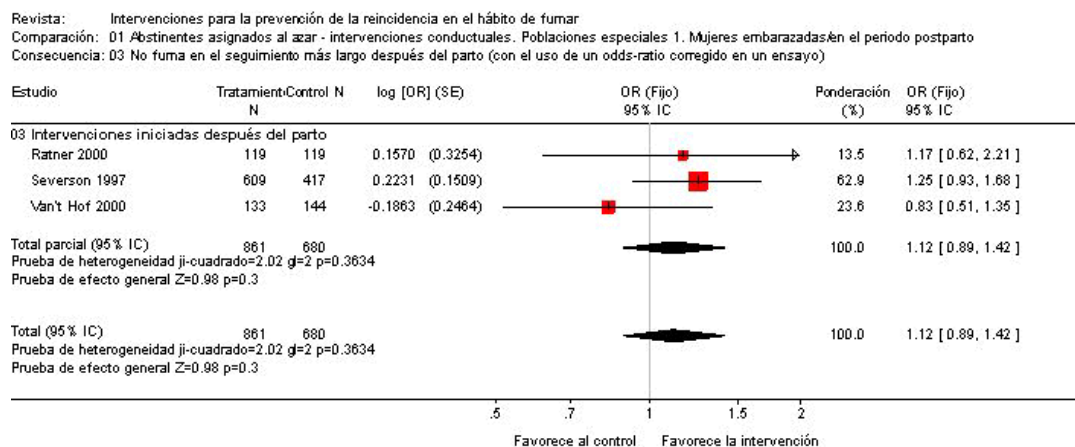
## GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS

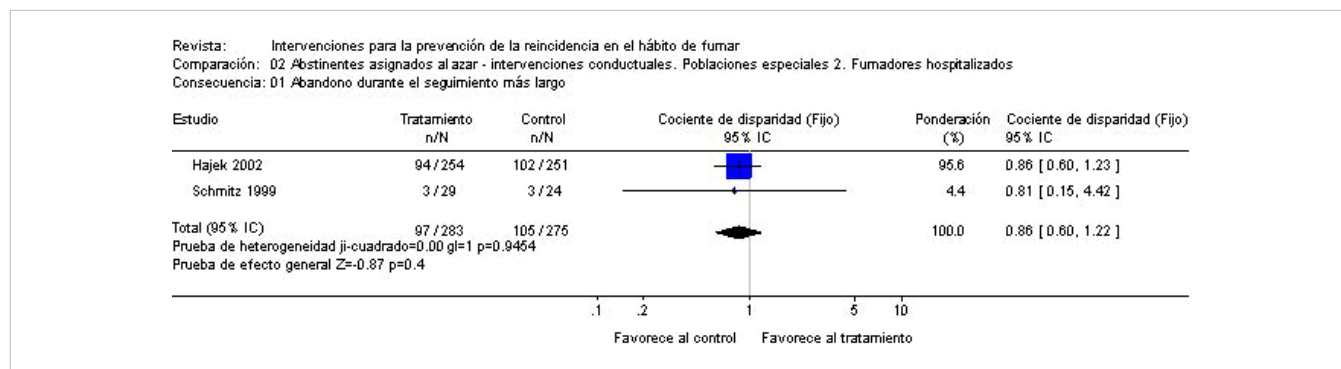
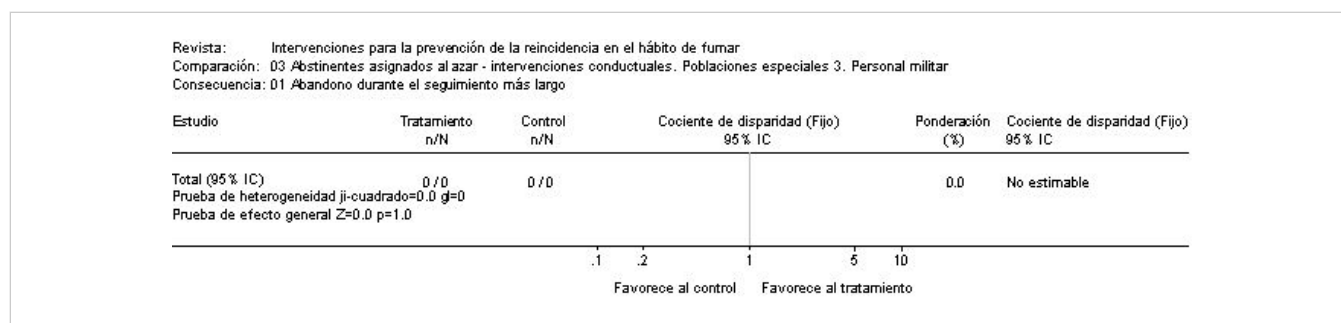
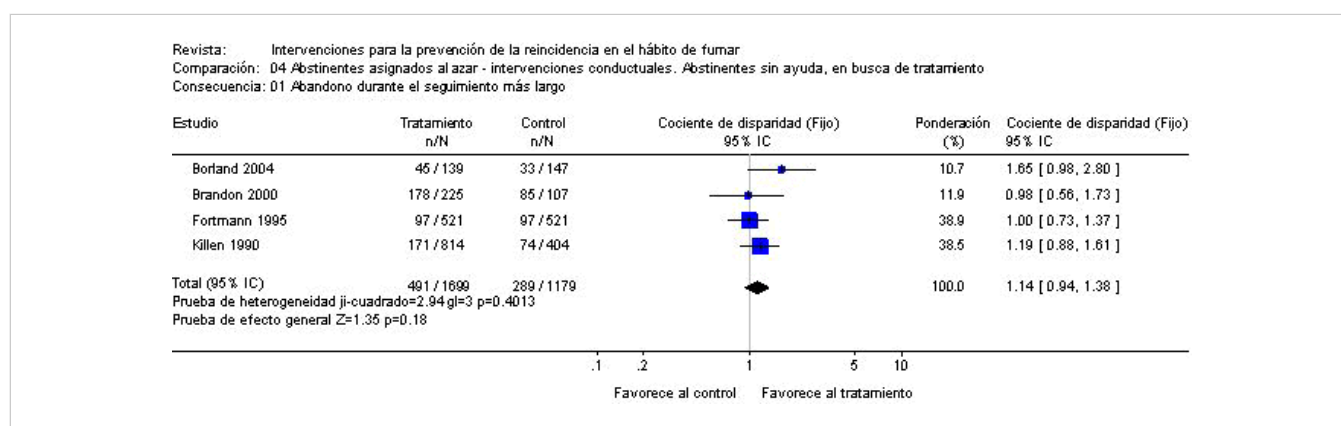
**Fig. 01 Abstinentes asignados al azar - intervenciones conductuales. Poblaciones especiales 1. Mujeres embarazadas/en el periodo postparto****01.01 No fuma al final del seguimiento antes del parto**

## 01.02 No fuma en el seguimiento más largo después del parto

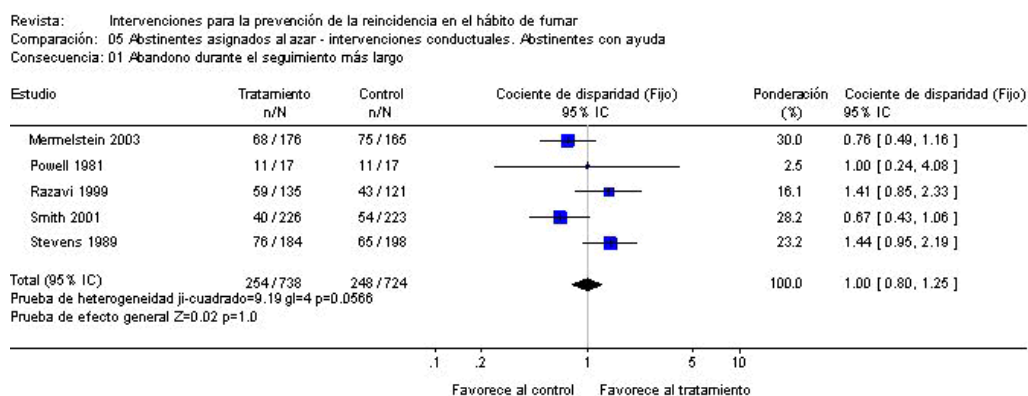
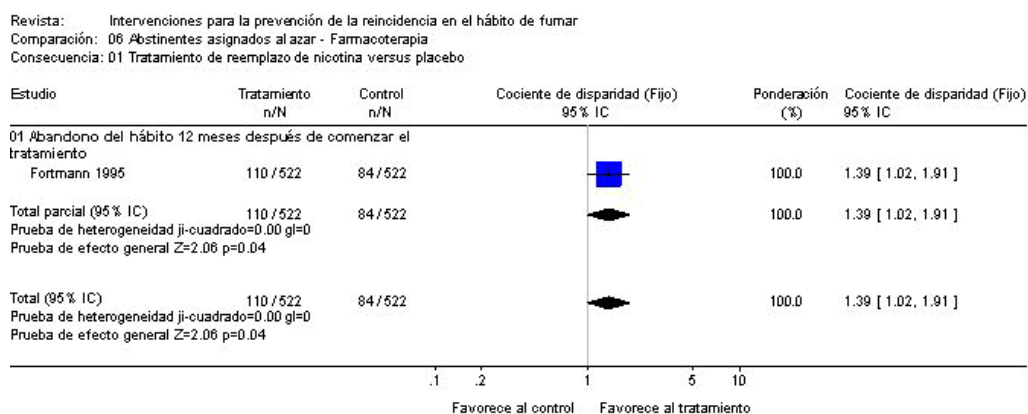


## 01.03 No fuma en el seguimiento más largo después del parto (con el uso de un odds-ratio corregido en un ensayo)



**Fig. 02 Abstinentes asignados al azar - intervenciones conductuales. Poblaciones especiales 2. Fumadores hospitalizados****02.01 Abandono durante el seguimiento más largo****Fig. 03 Abstinentes asignados al azar - intervenciones conductuales. Poblaciones especiales 3. Personal militar****03.01 Abandono durante el seguimiento más largo****Fig. 04 Abstinentes asignados al azar - intervenciones conductuales. Abstinentes sin ayuda, en busca de tratamiento****04.01 Abandono durante el seguimiento más largo**



**Fig. 05 Abstinentes asignados al azar - intervenciones conductuales. Abstinentes con ayuda****05.01 Abandono durante el seguimiento más largo****Fig. 06 Abstinentes asignados al azar - Farmacoterapia****06.01 Tratamiento de reemplazo de nicotina versus placebo**

## 06.02 Bupropión versus placebo

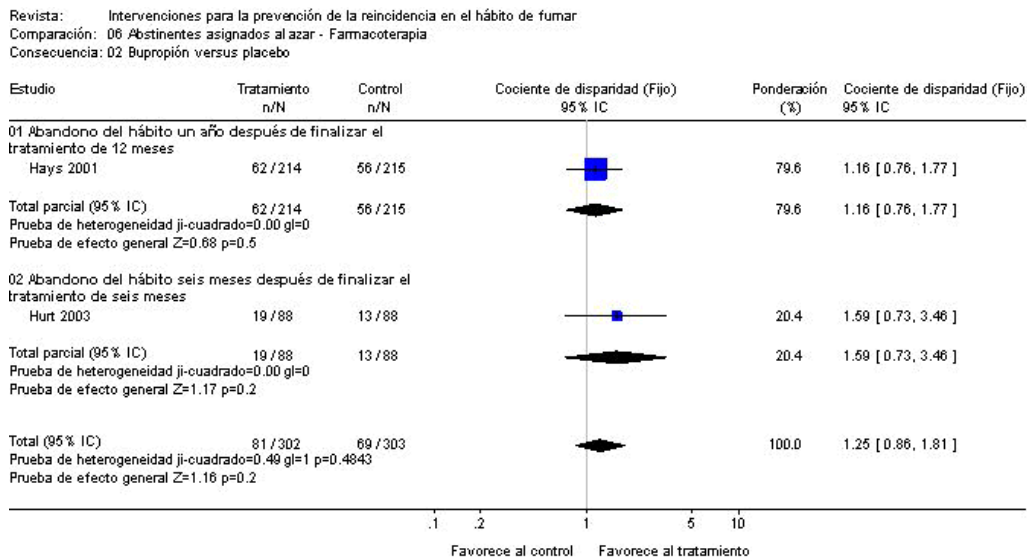
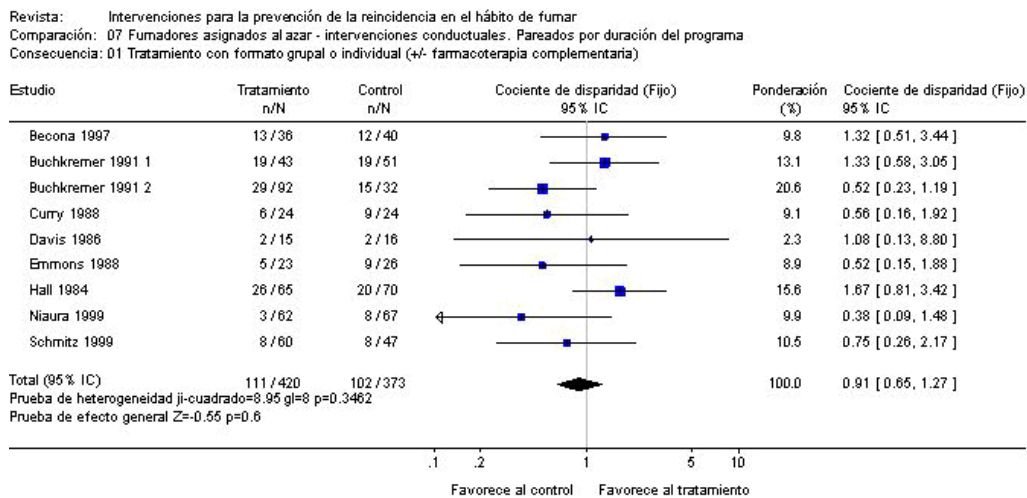
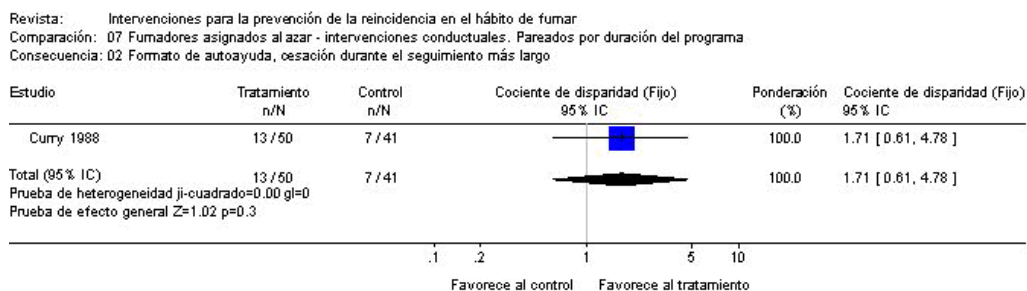


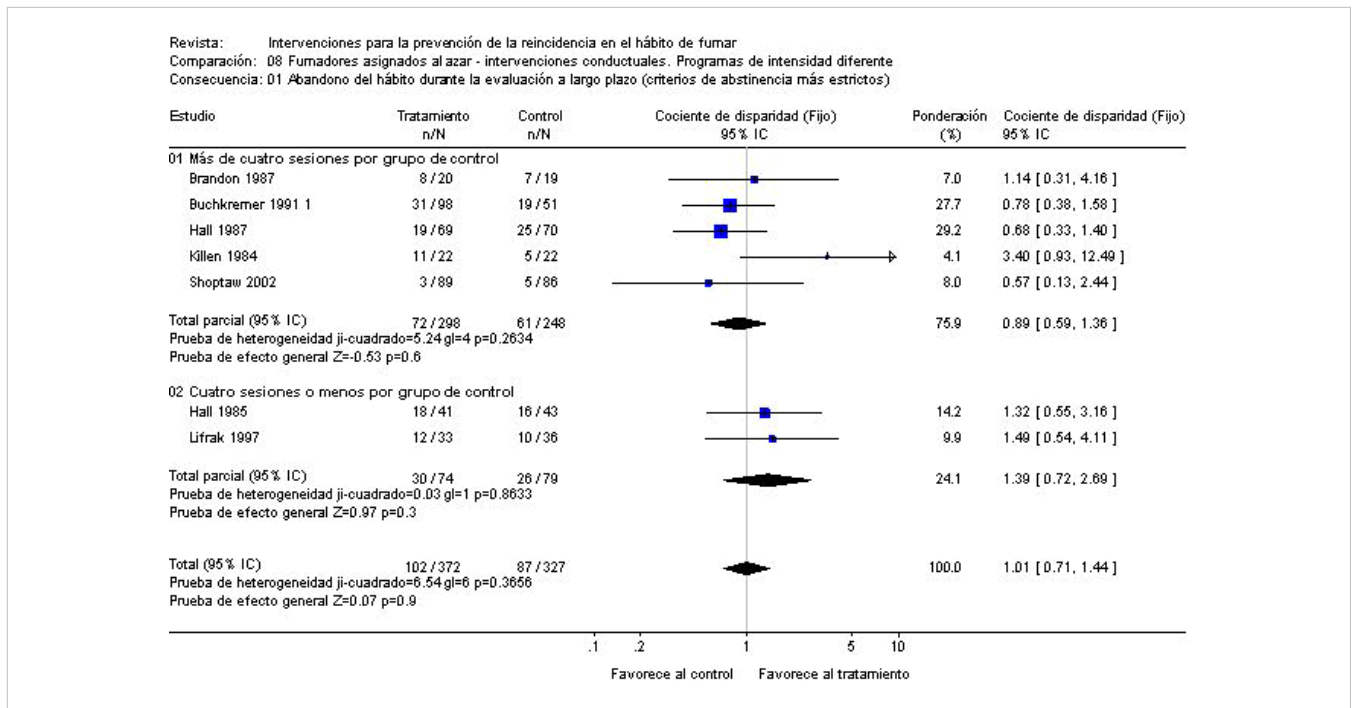
Fig. 07 Fumadores asignados al azar - intervenciones conductuales. Pareados por duración del programa

## 07.01 Tratamiento con formato grupal o individual (+/- farmacoterapia complementaria)



## 07.02 Formato de autoayuda, cesación durante el seguimiento más largo



**Fig. 08 Fumadores asignados al azar - intervenciones conductuales. Programas de intensidad diferente****08.01 Abandono del hábito durante la evaluación a largo plazo (criterios de abstinencia más estrictos)****Fig. 09 Fumadores asignados al azar - intervenciones conductuales. Contacto proactivo adicional por teléfono****09.01 Abandono del hábito durante la evaluación a largo plazo (criterios de abstinencia más estrictos)**