



Intervenciones comunitarias para reducir el tabaquismo en adultos

Secker-Walker RH, Gнич W, Platt S, Lancaster T

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

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.

ÍNDICE DE MATERIAS

| | |
|---|----|
| RESUMEN..... | 1 |
| ANTECEDENTES..... | 2 |
| OBJETIVOS..... | 2 |
| CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISIÓN..... | 2 |
| ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS..... | 3 |
| MÉTODOS DE LA REVISIÓN..... | 4 |
| DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS..... | 4 |
| CALIDAD METODOLÓGICA..... | 7 |
| RESULTADOS..... | 8 |
| DISCUSIÓN..... | 32 |
| CONCLUSIONES DE LOS AUTORES..... | 36 |
| AGRADECIMIENTOS..... | 37 |
| POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS..... | 37 |
| FUENTES DE FINANCIACIÓN..... | 37 |
| REFERENCIAS..... | 38 |
| TABLAS..... | 46 |
| Characteristics of included studies..... | 46 |
| Characteristics of excluded studies..... | 71 |
| Table 01 Intermediate outcomes versus smoking behavioural outcomes..... | 72 |
| CARÁTULA..... | 72 |
| RESUMEN DEL METANÁLISIS..... | 73 |
| GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS..... | 74 |
| 01 Resultados..... | 74 |
| 01 Datos y tabaquismo iniciales..... | 74 |

Intervenciones comunitarias para reducir el tabaquismo en adultos

Secker-Walker RH, Gнич W, Platt S, Lancaster T

Esta revisión debería citarse como:

Secker-Walker RH, Gнич W, Platt S, Lancaster T. Intervenciones comunitarias para reducir el tabaquismo en adultos (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: 15 de enero de 2002

Fecha de la modificación significativa más reciente: 15 de enero de 2002

RESUMEN

Antecedentes

Como el tabaquismo está determinado por el contexto social, la mejor manera de reducir la prevalencia del mismo puede residir en el uso de programas comunitarios que brinden refuerzo, apoyo y normas para no fumar a través de múltiples canales.

Objetivos

Evaluar la efectividad de las intervenciones comunitarias para disminuir la prevalencia de tabaquismo.

Estrategia de búsqueda

Se realizaron búsquedas en el registro especializado del Grupo Cochrane de Adicción al Tabaco (Cochrane Tobacco Addiction Group) MEDLINE (1966 a agosto 2001) y EMBASE (1980 a agosto 2001) y en las listas de referencias de los artículos.

Criterios de selección

Ensayos controlados de intervenciones comunitarias para reducir la prevalencia de tabaquismo en fumadores adultos. El resultado primario fue el tabaquismo.

Recopilación y análisis de datos

Una persona obtuvo los datos de los estudios y otra los verificó.

Resultados principales

Se incluyeron 32 estudios, de los cuales 17 incluyeron una sola intervención y una comunidad de comparación. Sólo cuatro estudios utilizaron asignación al azar de las comunidades al grupo de intervención o de comparación. El tamaño de la población de las comunidades varió de unos pocos miles a más de 100 000 personas. El cambio de la prevalencia de tabaquismo se midió con datos de seguimiento transversal en 27 estudios. La disminución neta estimada fue de -1,0% a 3,0% para hombres y mujeres en conjunto (diez estudios). La disminución varió de -0,2% a +3,5% por año ($n = 11$) en las mujeres, y de -0,4% a +1,6% por año ($n = 12$) en los hombres. Sólo en un reducido número de estudios se informó el consumo de cigarrillos y las tasas de abandono. Los dos estudios con mayor solidez no pudieron mostrar evidencia suficiente de un efecto sobre la prevalencia. En el estudio COMMIT de EE.UU. no hubo diferencia en la disminución de la prevalencia en las comunidades de control y de intervención; tampoco hubo una diferencia significativa en las tasas de abandono de los grandes fumadores, que fue el grupo objetivo de la intervención. En el estudio CART australiano, la tasa de abandono fue significativamente mayor en los hombres, pero no en las mujeres.

Conclusiones de los autores

Es desalentador que los estudios de mayor tamaño y mejor diseño hayan sido incapaces de detectar un efecto sobre la prevalencia de tabaquismo. Si bien el enfoque comunitario constituye una parte importante de las actividades de promoción de la salud, el diseño de programas futuros deberá considerar este limitado efecto en la determinación de la escala de los proyectos y los recursos dedicados a los mismos.

ANTECEDENTES

La prevalencia más alta de tabaquismo en los países industrializados se registró durante los años sesenta y ha ido decreciendo desde entonces. En aquel momento la prevalencia era mayor en los hombres que en las mujeres, pero dicha brecha ha disminuido en la actualidad. La reducción de la prevalencia ha sido más notoria en aquellos miembros de la sociedad con un nivel educativo más alto y mayores ingresos; mientras que en los de nivel de educación menor y más bajos ingresos ha habido poco cambio. Más recientemente, la disminución de la prevalencia de tabaquismo en adultos ha sido contrarrestada por un aumento en el número de jóvenes que se inician en el hábito de fumar (MMWR 1998a), y un aumento de la prevalencia de tabaquismo en los países menos desarrollados.

Se ha demostrado que la aplicación de políticas, tales como las de imponer mayores impuestos al cigarrillo, ha disminuido el consumo (MMWR 1998b; Townsend 1994) y el inicio del hábito de fumar (Lewit 1994). No obstante, el aumento del precio de los cigarrillos implica una carga mayor para las personas con menores ingresos, que son los que tienen mayor dificultad para abandonar el hábito de fumar. No está claro si otros tipos de políticas sobre el tabaquismo, tales como el logro de ambientes de trabajo en donde no se fume, o la prohibición de fumar en edificios públicos, reducen la prevalencia de tabaquismo (Pierce 1998; Eriksen 1998).

Antes de lograr el abandono completo del hábito, muchas personas realizan varios intentos, en su mayoría sin ayuda específica. Para quienes buscan ayuda, se ha demostrado la utilidad de varios métodos, como el asesoramiento individual, la terapia de reemplazo de nicotina, los antidepresivos, las clases sobre el abandono del hábito de fumar, y los grupos de apoyo para no reincidir. (Silagy 2001; Lancaster 2002; Stead 2002; Hughes 2002). También se usan otros métodos, como la hipnosis y la acupuntura, pero su eficacia es dudosa. (White 2002; Abbott 1998).

El reconocimiento de que las decisiones sobre el tabaquismo se toman en un contexto social amplio hizo que se desarrollaran programas comunitarios para reducir tanto el inicio como la prevalencia de tabaquismo. Ockene sostiene que "un enfoque de salud pública efectivo debe ser lo suficientemente amplio como para involucrar de manera exitosa al individuo y proveer refuerzo, apoyo y normas para no fumar, a través de múltiples canales en la comunidad" (Ockene 1992). La efectividad de tales enfoques multidimensionales para la reducción del inicio del hábito de fumar en personas jóvenes es tema de una revisión Cochrane anterior (Sowden 2000). El objetivo de esta revisión es evaluar la efectividad de las intervenciones comunitarias orientadas principalmente a la reducción del tabaquismo en adultos.

La mayoría de estas intervenciones se han centrado en la reducción del riesgo de la enfermedad cardiovascular (EC) e incluyeron el consumo de cigarrillos como uno de los factores

de riesgo (Maccoby 1977; Puska 1985; Gutzwiller 1985; Fortmann 1993; Lando 1995; Carleton 1995; Goodman 1995). Las intervenciones comunitarias más recientes se han centrado únicamente en el consumo de cigarrillos (COMMIT 1995; Mudde 1995; Fisher 1998). El objetivo de esta revisión es evaluar la efectividad de programas comunitarios e identificar, si es posible, qué factores de su diseño, implementación o evaluación pueden haber influido en los resultados conductuales sobre el tabaquismo (Susser 1995).

OBJETIVOS

Realizar una revisión sistemática para evaluar la efectividad de las intervenciones comunitarias para disminuir la prevalencia de tabaquismo.

Se consideraron las siguientes preguntas:

1. ¿Las intervenciones comunitarias reducen el tabaquismo (medido por la prevalencia, consumo de cigarrillos, tasas de iniciación o abandono) comparado con ninguna intervención en las comunidades de referencia?
2. ¿Qué características de estos estudios se relacionan con su eficacia?

CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISIÓN

Tipos de estudios

Cualquier estudio que evaluara la efectividad de las intervenciones comunitarias en las que el cambio de conducta frente al hábito de fumar era parte del programa de intervención, con uno de los siguientes diseños:

- un ensayo controlado que asignó al azar a comunidades o regiones geográficas
- un ensayo controlado no aleatorio que asignó comunidades o regiones geográficas.

Tipos de participantes

Adultos, a partir de los 18 años.

Tipos de intervención

Se consideró una intervención comunitaria a todo programa multidimensional y coordinado que tenía como objetivo el cambio del hábito de fumar en adultos; que incluía varios sectores de la comunidad y se realizaba en un área geográfica determinada, como un pueblo, ciudad o región u otro distrito administrativo. Si bien se había planificado incluir solamente estudios con la participación de miembros de la comunidad en el proyecto e implementación de la intervención, se dejó de lado esta restricción para permitir la inclusión de otros estudios basados en la comunidad. Se investigaron las diferencias de los resultados del tabaquismo en cuanto a si había o no participación de los miembros de la comunidad en el proyecto de la intervención. No se determinaron tipos específicos de programas

o de componentes de los programas, porque se esperaba que fueran diferentes entre los estudios. En la "tabla de estudios incluidos" se presentan los detalles de cada intervención.

Tipos de medidas de resultado

Medidas primarias sobre el tabaquismo

- autoinforme sobre el tabaquismo (fumador actual, exfumador reciente, durante la intervención)
- consumo de cigarrillos autoinformado (cigarrillos diarios). Se informa la confirmación bioquímica del abandono del hábito de fumar autoinformado, pero no se excluyeron estudios sin esta medida. No se usó validación bioquímica en la mayoría de estos estudios, y no existe evidencia que verifique la validez de los autoinformes sobre el hábito de fumar en las encuestas realizadas en la comunidad (Dwyer 1986; Velicer 1992; Patrick 1994). Cuando fue posible se evaluaron los resultados del hábito de fumar según sexo, edad y nivel socioeconómico.

Se excluyó la evaluación de otros tipos de tabaquismo: pipas, puros, puritos, o tabaco para mascar, aunque la reducción del consumo de estas variantes puede ser parte del programa comunitario.

Variables intervenientes y resultados intermedios

Se usó el modelo PRECEDE / PROCEED como base para identificar los factores predisponentes, habilitantes y reforzadores como variables intervenientes (Green 1991). Para los factores predisponentes se buscaron las variables relacionadas con el conocimiento de los riesgos para la salud relacionados con el hábito de fumar, actitudes como la motivación y la intención de dejar de fumar y la confianza de dejar el hábito, y las creencias relacionadas con los efectos perjudiciales del tabaco. Para los factores habilitantes, se identificaron las habilidades para el abandono del hábito, como el número de intentos y la duración del intento más prolongado y las barreras al abandono, como el número de otros fumadores en la vivienda, entre los amigos o en el trabajo. Para los factores reforzadores, se buscaron las medidas de influencia social o de presión para dejar de fumar, el apoyo social para abandonar el hábito, y las normas relacionadas con el hábito de fumar.

Medidas de proceso

Se registraron los métodos de organización comunitaria y participación de los miembros de la comunidad durante el proceso de planificación e implementación de las intervenciones. Se registraron los diferentes 'canales de comunicación' usados, incluidos los profesionales de la salud, otros profesionales, el personal no profesional, los organismos de salud, los organismos sociales, los centros de trabajo, el gobierno, los medios masivos de comunicación (televisión, radio, periódicos), otros medios de comunicación como los materiales impresos y videos, las actividades públicas, los concursos y las ferias de salud.

También se buscaron las descripciones de la investigación formativa, los estudios piloto y la evaluación continua junto con la modificación de los componentes del programa durante las intervenciones, las pruebas del grado de exposición a las

intervenciones, el alcance del programa, la participación y el conocimiento, las relaciones dosis-respuesta y el mantenimiento de los programas posteriores a la finalización de las intervenciones. También se registraron los costos de la intervención.

Morbilidad y mortalidad

La reducción de la morbilidad y la mortalidad cardiovascular era la justificación fundamental de los estudios comunitarios centrados en la reducción del riesgo cardiovascular. Sin embargo, esto se evaluó en menos de un tercio de estos ensayos, y en ninguno de los estudios de la comunidad sobre hábito de fumar. Por este motivo, no se incluyeron como resultados en esta revisión.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS

Se identificaron los posibles estudios del Registro del Grupo de Revisión de Adicciones al Tabaco (Tobacco Addiction Review Group Register), al buscar los términos 'community' o 'communities' en cualquier campo. Se comprobaron las revisiones anteriores de los programas de prevención comunitaria. (Smith 1994; WHO 1988)

Se hicieron búsquedas en EMBASE mediante Silverplatter (fecha de la última búsqueda agosto 2001) utilizando los siguientes términos:

CIGARETTE-SMOKING*
 SMOKING-CESSATION*
 SMOKING CESSATION
 SMOKING* in DE
 TOBACCO-SMOKE in DE
 #1 or #2 or #3 or #4 or #5
 CARDIOVASCULAR-DISEASE in DE
 "coronary-artery-disease;" in DE
 "Cardiovascular-diseases-and-cardiovascular-surgery" in EC
 heart adj health
 #7 or #8 or #9 or #10
 PREVENTION in EM
 prevention in de
 control in de
 #12 or #13 or #14
 #6 and #11 and #15

Se realizó una búsqueda adicional en MEDLINE y el Registro Cochrane de Ensayos Controlados (Cochrane Controlled Trials Register) para identificar cualquier programa de salud cardíaca no incluido en el registro especializado del Grupo de Adicción al Tabaco.

Se comprobaron las bibliografías de los artículos relacionados en busca de estudios pertinentes y se estableció contacto personal con especialistas en el tema.

MÉTODOS DE LA REVISIÓN

Hubo cuatro etapas en el proceso de revisión:

Etapa 1 - informes no cribados (prescreened) para detectar pertinencia al menos por un revisor

Etapa 2 - estudios pertinentes evaluados para inclusión por dos revisores de forma independiente

Etapa 3 - datos extraídos por un revisor y verificados por otro

Estadio 4 - inferencias de los estudios evaluadas por síntesis narrativa cualitativa.

La decisión de no intentar una síntesis cuantitativa se basó en la marcada heterogeneidad esperada entre los potenciales estudios elegibles. Se esperó encontrar heterogeneidad en el contenido, la duración y la intensidad de las intervenciones, y en el diseño del estudio, la estrategia de evaluación (seguimiento de cohortes/seguimiento transversal), las medidas del hábito de fumar utilizadas, y la duración del seguimiento.

Se compararon los resultados relacionados con el tabaquismo en los estudios que abordaban varios factores de riesgo con aquellos en los cuales el tabaquismo era el centro de atención.

DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS

Se encontraron 32 estudios que cumplieron con los criterios de inclusión. La información detallada acerca de cada estudio se describe en la tabla de los estudios incluidos. Se encontraron otros dos estudios en los cuales las intervenciones comunitarias más intensivas se compararon con otras menos intensivas, pero no con una comunidad de comparación 'sin tratamiento'. Las características de estos dos estudios (Darity 1997, Stillman 1993) se describen separadamente. Se excluyeron varios estudios adicionales y sus características y los motivos para su exclusión se describen en la tabla de estudios excluidos.

Características de las comunidades

En este contexto, se define a una comunidad como un grupo de viviendas y servicios e instituciones relacionadas en una zona geográfica específica. Se realizaron 14 estudios (44%) en comunidades de Europa y 14 estudios (44%) en Norteamérica. Dos tuvieron lugar en Australia (Egger 1983, Egger 1983), uno en Sudáfrica (Roussow 1993) y uno en la India (Anantha 1995). Veintiún estudios (66%) tuvieron lugar en pueblos o ciudades mientras que 11 (34%) se realizaron en condados o distritos. Las comunidades de intervención se caracterizaron como urbanas (25%), rurales (28%), mixtas (19%) y no específicas (28%). El tamaño de la población de las comunidades varió de unos pocos miles a más de 100 000 personas.

Diecisiete estudios (53%) incluían sólo una intervención y una comunidad de comparación, mientras que los otros incluían dos, tres o más comunidades. El estudio Community Intervention Trial for Smoking Cessation (COMMIT, COMMIT 1995) tuvo lugar en 11 pares de ciudades de Norteamérica, y el estudio Cancer Action in Rural Towns (CART, Hancock 2001) en diez pares de pueblos de Australia. En varios estudios,

el grupo de comparación no era una comunidad equivalente, aunque los participantes se seleccionaron al azar en el país, estado o distrito vecino.

Características de los participantes

En todos los estudios participaron adultos, y la mayoría (88%) incluía tanto a mujeres como a hombres, de edades variables. Dos estudios se dirigieron a los hombres y dos a mujeres. Varios estudios se dirigieron a grupos étnicos específicos incluidos afroamericanos (tres) y hombres vietnamitas (dos).

Características de las intervenciones

Diecinueve intervenciones (59%) estaban orientadas a la reducción de factores de riesgo cardiovascular (generalmente colesterol, presión arterial y tabaquismo, y a veces a la pérdida de peso/obesidad y a la actividad física). Nueve (28%), dirigidos exclusivamente a la reducción del tabaquismo, generalmente cigarrillos, cuatro (12%) a la reducción del riesgo de cáncer o a la promoción de hábitos saludables. Dieciocho estudios (56%) usaron enfoques educacionales e informativos para el cambio de hábitos, mientras los otros 14 estudios (44%) también usaron iniciativas políticas.

Contenido de las intervenciones

En 23 estudios (72%) hubo una descripción de los antecedentes teóricos de las intervenciones. Catorce (44%) se basaron explícitamente en la teoría cognitiva social, 11 (34%) en la teoría de la comunicación y diez (31%) en la difusión de la teoría de la innovación. Las tres teorías se especificaron en siete estudios (22%). En 18 (56%) estudios, se usaron otras teorías como la participación comunitaria en siete (22%), las etapas del cambio en cinco (16%), marketing social en tres (9%) y el comportamiento planificado o la acción razonada en tres (9%). El modelo PRECEDE de planificación y evaluación de la educación sanitaria y las intervenciones políticas se usó en seis (19%) estudios.

En 20 (63%) estudios, hubo una descripción del proceso de participación comunitaria: las coaliciones o grupos de planificación en 20 (63%), el empleo del personal local de la comunidad en 14 (44%), y los grupos de tareas o grupos de trabajo, que incluían a miembros de la comunidad, en nueve (28%).

Los canales mediante los cuales se realizaron las intervenciones incluyeron: profesionales de la salud en 27 estudios (84%), voluntarios en 16 (50%) y maestros en 13 (41%); organismos de la comunidad en 18 (56%), escuelas en 18 (56%), empresas en 16 (50%), departamentos locales de salud en 15 (47%), gobierno local en 14 (44%), centros de trabajo en 15 (47%), restaurantes en 14 (44%), iglesias en ocho (25%), hospitales en seis (19%) y minoristas en cuatro (12%).

En 28 (88%) estudios se usaron diversas actividades públicas, como conferencias o ferias de salud. El cribaje (screening) de los factores de riesgo cardiovascular fue una parte integrante de 11 estudios (34%).

Los medios masivos de comunicación se usaron en 26 estudios (81%): 25 (78%) usaron periódicos, 12 (38%) reportes de noticias y otros 13 (41%) usaron además anuncios pagados; 18 (56%) usaron la radio, 13 (41%) crónicas de noticias y cinco (16%) crónicas de noticias y anuncios pagados o mensajes publicitarios por radio, 19 (59%) usaron la televisión, ocho (25%) crónicas de noticias y 11 (34%) crónicas de noticias y anuncios comerciales o avisos de televisión. Se usaron carteles/carteleras en 21 estudios (66%), boletines informativos o envíos por correo en diez (31%), y calcomanías o etiquetas adhesivas para automóviles en siete (22%).

Las intervenciones específicas sobre el tabaquismo incluían materiales de autoayuda como estuches para dejar el hábito en 18 (56%), grupos de abandono en 16 (50%), grupos de abandono y de apoyo en tres (9%), folletos o libros acerca del tabaquismo en 16 (50%), orientación individual en nueve (28%) [entrevistas personales en cinco (16%), por teléfono tres (9%), y ambas en uno (3%)], cintas de audio, videos, o exposiciones de diapositivas en nueve (28%), concursos para dejar de fumar en ocho (25%) y una línea telefónica de ayuda para dejar de fumar en cuatro (12%).

Política sobre tabaquismo: La promoción de centros de trabajo sin humo fue importante en diez estudios (31%), de edificios públicos sin humo en siete estudios (22%), de escuelas sin humo en tres (9%) y de otras políticas contra el tabaquismo, como prohibir las máquinas distribuidoras de cigarrillos en siete (22%).

Evaluación y seguimiento

Se utilizaron encuestas de seguimiento transversal, o independientes, para evaluar las intervenciones en 14 estudios (44%), seguimiento de cohortes en diez (31%) y evaluaciones de cohortes y de seguimiento transversal en las ocho restantes (25%). Pocos estudios informaron el seguimiento más allá de la evaluación inmediata después de la intervención excepto: North Karelia (25 años, Puska 1985), CORIS (12 años, Roussow 1993), Stanford 5-city (Fortmann 1993), Minnesota Heart Health Programme (Lando 1995) y Pawtucket Heart Health Programme (Carleton 1995) (cada uno dos años).

Los cuestionarios se administraron personalmente en 20 estudios (63%), por teléfono en 13 (41%), por ambos métodos en tres y por correo en dos (6%). Se realizaron exámenes físicos en 16 estudios (50%), y análisis de sangre en 15 (47%). Se realizó una prueba bioquímica para comprobar el estado del hábito de fumar en diez estudios (31%) (tiocianato sérico cinco, tiocianato sérico y monóxido de carbono espirado uno, monóxido de carbono espirado uno, cotinina sérica dos y cotinina en saliva, uno). En dos de éstos, se probaron submuestras solamente para estimar las tasas de engaño, y en otros dos la prueba se usó como "detector de datos falsos" ("bogus pipeline"). En otro estudio se obtuvo permiso para realizar una prueba, pero no se tomó ninguna, nuevamente como un "detector de datos falsos" ("bogus pipeline").

Se midieron los resultados relacionados con el hábito de fumar

Veintisiete estudios (84%) informaron diferencias de la prevalencia de tabaquismo como su principal resultado sobre el tabaquismo. Catorce estudios (45%) informaron cambios en el número de cigarrillos (o gramos de tabaco) fumados por día, y en tres de ellos, este era el resultado principal. Diecisésis estudios (50%) informaron las tasas de abandono, y en dos de éstos, era el resultado principal. Cuatro estudios (12%) también evaluaron las tasas de iniciación en el hábito de fumar. Unos pocos estudios incluían otra forma de tabaquismo: pipas cinco (16%), puros cinco (16%), puritos cuatro (13%), tabaco para mascar dos (6%) y rapé dos (6%).

Se midieron las variables intervenientes y los resultados intermedios

Entre los 32 estudios de la revisión principal, no se encontraron referencias sobre las variables intervenientes en seis (19%). En los restantes 26 estudios, para los factores predisponentes, se obtuvo una medida de los conocimientos o creencias al inicio del estudio en 17 (65%), pero sólo fue posible determinar si hubo un efecto de la intervención en seis (23%), porque no se encontraron los datos de seguimiento en los otros. De igual manera, para las actitudes hacia el tabaquismo, hubo 19 estudios (73%) en los cuales se obtuvo al menos una medida de actitud al principio del estudio, pero sólo ocho (31%) tuvieron los datos de seguimiento para la evaluación de un efecto de la intervención.

Para los factores favorables, se identificó alguna medida de la habilidad para dejar el hábito en 13 estudios (50%), y en nueve (35%), estas medidas se obtuvieron después de la intervención. En cuanto a las barreras para dejar el hábito, se evaluó el ambiente de tabaquismo del participante que responde a la intervención en seis estudios (23%), y en dos de éstos, se encontraron datos posteriores a la intervención.

Para los factores de refuerzo, se encontró alguna medida de influencia social en cuanto al abandono del hábito de fumar en 13 estudios (50%). En cinco, las medidas se relacionaron con la influencia social o la presión para dejar de fumar y dos de estos estudios presentaron datos posteriores a la intervención. En otros siete estudios, las medidas se relacionaron con el apoyo social para dejar el hábito, pero sólo uno informó un resultado posterior a la intervención. Otro estudio incluyó medidas de apoyo emocional y redes sociales generales con datos de seguimiento en las áreas de intervención y de referencia.

El examen de las normas sobre fumar se mencionó en cuatro estudios (15%), y dos de éstos presentaron resultados posteriores a la intervención. Un quinto estudio usó el ambiente de tabaquismo del entrevistado, como sustituto de las normas, pero se incluyó este estudio entre los dos con resultados del ambiente de tabaquismo.

Evaluación de procesos

Se encontraron descripciones de estudios piloto o de investigación formativa para desarrollar o poner a prueba previamente los componentes de la intervención en diez estudios

(31%). No se encontró ningún informe de dicho trabajo preliminar en los 22 estudios restantes (69%).

Se encontró evidencia de evaluación continua y modificación de los componentes del programa durante el curso de las intervenciones en ocho estudios (25%). Los métodos usados para estas evaluaciones continuas incluían encuestas telefónicas y postales tanto de la población destinataria como de los ejecutores del programa, entrevistas semiestructuradas o los grupos focales con los proveedores clave, y la recopilación de la documentación pertinente al proyecto. Varios de los estudios más grandes usaron sistemas informáticos para rastrear los eventos y la participación. Los componentes individuales del programa, como grupos para el abandono y concursos para dejar de fumar, se evaluaron en diez estudios (31%), la movilización de la comunidad o la organización del proyecto en ocho (25%), y la percepción de pertenencia del programa en cuatro (13%). El análisis del contenido de los medios locales, generalmente periódicos, se realizó en ocho proyectos (25%). No se encontraron informes del uso de tal retroalimentación u otras evaluaciones de proceso en los 20 (62%) estudios restantes.

Para la exposición a las intervenciones, se buscaron los detalles numéricos del grado en que los componentes del programa se le proporcionaron a la comunidad de intervención, como cantidad de avisos de televisión o radio, artículos periodísticos publicados relacionados con el programa, ferias de salud realizadas, estuches de autoayuda distribuidos, grupos de abandono o apoyo realizados, o llamadas a líneas para el abandono del hábito y similares. Se hallaron descripciones detalladas de la exposición a las intervenciones en 20 estudios (63%), algunos detalles numéricos en otros ocho (25%) y pocos o ninguno en los restantes cuatro (13%).

En 21 (66%) estudios se informaron los planes para evaluar el alcance del programa, la participación o el conocimiento, pero la información de la magnitud de estas medidas de penetración del programa varió de ninguna a número de participantes o porcentajes de la población estudiada. Para la participación en el programa se buscó información en cuanto al número o la proporción de individuos que participaban en las actividades de la intervención. Para el conocimiento del programa, se buscó la información en cuanto al número o la proporción de los individuos que habían oído o estaban enterados del programa de intervención. Estos individuos no necesitaban haber participado en alguna actividad de la intervención. Se encontró que el 'alcance' se usó de dos maneras. En algunos estudios, se usó para designar la participación en el programa, y en otros para el conocimiento del mismo; por tanto, se incluyó 'alcance' en 'participación' o en 'conocimiento' según correspondiera. Diez estudios (31%) presentaron las estimaciones de las tasas de participación, y 12 (38%) las tasas de conocimiento del programa, mientras que cuatro de éstos presentaron las estimaciones de ambas tasas. En un estudio (COMMIT) se describió un índice resumen de la recepción de las intervenciones. No se encontraron detalles numéricos en los

otros estudios en los que se describieron los planes para obtener estos datos. No se encontraron informes de la participación o el conocimiento en los 11 estudios (34%) restantes.

Dosis-respuesta: Se halló la evaluación de una relación entre la dosis de intervención y un resultado sobre el tabaquismo en siete (22%) estudios, pero la solidez de las pruebas y las medidas usadas para evaluar la dosis de intervención variaron de manera significativa entre ellos. Para un estudio, COMMIT, los índices de recepción de la intervención se correlacionaron significativamente con los cocientes de abandono en la cohorte de fumadores ligeros/moderados, pero no en los grandes fumadores, y también con los cocientes de abandono en fumadores y exfumadores recientes en la encuesta de seguimiento transversal. Sin embargo, las diferencias de los índices de recepción entre las comunidades de intervención y las de comparación fueron pequeñas. No se encontró ninguna relación de los índices de recepción y la prevalencia de tabaquismo en los datos transversales de seguimiento. Este es el único estudio que incluyó las comunidades de comparación en un análisis de dosis-respuesta.

De los otros seis estudios, en cuatro hubo cierta evidencia, a menudo insuficiente, de una relación dosis-respuesta en las comunidades de intervención (El Minnesota Heart Health Program participación en el cribaje (screening) y prevalencia de tabaquismo; Kilkenny Project, puntuación general del conocimiento e intentos previos de cambiar hacia hábitos saludables en los cinco años anteriores; Neighbors for a Smoke-Free North-Side, estar enterado de la existencia del programa y de la prevalencia de tabaquismo; y Healthy Bergeyk - conocimiento del programa y abandono del hábito). No se encontró ninguna relación dosis-respuesta en los otros dos estudios (el Bootheel Project, conocimiento del programa y prevalencia de tabaquismo, y el Dutch Community Study, exposición a elementos del programa y abandono del hábito de fumar), ninguno de los cuales demostró efectos netos de intervención para el hábito de fumar. En otro estudio, el Stanford Three-city project (Maccoby 1977), se demostró que la dosis de intervención estaba relacionada con los aumentos en la puntuación del conocimiento de las EC. No se encontraron descripciones de las relaciones dosis-respuesta en los otros 24 estudios (75%).

Mantenimiento: Se encontró evidencia de la continuación de los componentes de las intervenciones en las comunidades originales en diez estudios (31%), siete proyectos de reducción de riesgo cardiovascular, dos proyectos de reducción del tabaquismo y un proyecto de disminución de la incidencia del cáncer. Se hallaron informes sobre continuación, aunque sin mayores detalles, en otros cinco (15%) estudios, tres para la reducción del riesgo cardiovascular, uno para la reducción del hábito de fumar y uno para la disminución de la incidencia de cáncer. Otros dos proyectos (Breathe Easy y el Danish Municipality Project) no pudieron mantener los componentes del programa durante más de unos pocos meses después del retiro del financiamiento externo. Tres estudios (Schleiz Study,

Heartbeat Wales y el Kilkenny Project) informaron sobre la difusión generalizada de los componentes de la intervención o de los materiales, pero no aportaron pruebas de la continuación local de programas. No se encontraron pruebas de mantenimiento en los 12 estudios restantes (38%), aunque la sustentabilidad fue un objetivo informado en dos de ellos.

Características de los estudios excluidos

Se identificaron otros catorce estudios como posiblemente pertinentes pero no cumplían con todos los criterios de inclusión. Cuatro estudios no tenían un componente de organización comunitaria (Kornitzer 1980; Abramson 1981; Pierce 1986; Oganov 1985), y cinco no tenían una comunidad de comparación (Tretli 1985; Gyarfás 1981; Rhomberg 1991; Marin 1994; Muntoni 1999). En un estudio, la comunidad de comparación tenía un tamaño de muestra inadecuado (Feruglio 1983). En los otros cuatro estudios no se había realizado o publicado la evaluación de los resultados (Schechter 1982; Holm 1989; Shea 1992; Brownson 1997).

CALIDAD METODOLÓGICA

Asignación al grupo de intervención o de comparación
 Veintiocho estudios (88%) usaron un diseño cuasiexperimental, con asignación no aleatoria de las comunidades a los grupos de intervención y de comparación. Entre éstos, cuatro estudios no usaron una comunidad de comparación, sino una muestra aleatoria de la población en otro sitio del país, estado, distrito, o regiones vecinas de otra ciudad. Sólo cuatro estudios (12%) utilizaron asignación al azar de comunidades pareadas al grupo de intervención o de comparación. De éstos, sólo los estudios COMMIT (COMMIT 1995) y CART (Hancock 2001) tuvieron un número suficiente de comunidades que permitieran realizar comparaciones con suficiente poder estadístico. Los dos estudios usaron asignación al azar entre pares de comunidades demográficamente pareadas, 11 pares en el estudio COMMIT y diez pares en el estudio CART. Un estudio holandés (Mudde 1995) usó la asignación al azar entre dos comunidades seleccionadas, mientras el otro estudio holandés (Van Assema 1994) usó la selección al azar del sitio de intervención entre seis comunidades apareadas, y luego la selección al azar del sitio de comparación entre tres que estaban fuera del área de los mercados de medios de comunicación del sitio de intervención seleccionado.

Selección de los participantes de quienes se derivaron las medidas de resultado

La mayoría de los estudios hicieron una selección al azar de los individuos a partir de listados, como los registros de población y la nómina de ciudadanos. Varios estudios usaron el muestreo telefónico de dígitos al azar, o la selección al azar de las viviendas, o las viviendas dentro de bloques seleccionados al azar.

Tasas de respuesta y tasas de retención

Treinta estudios (94%) informaron las tasas de respuesta, a menudo con las tasas combinadas de los grupos de intervención y de control. En algunos estudios también se combinaron las tasas de respuesta general al inicio y las encuestas de seguimiento. Las tasas de respuesta promediaron un 76,3%, DE 2,0% ($n = 30$) en las encuestas del grupo de intervención inicial, y un 74,9%, DE 1,9% de DE ($n = 29$) en las encuestas del grupo de comparación. Entre los estudios de seguimiento de cohortes, la mayoría (14/17, 82%) comentó sus tasas de deserción en las encuestas de seguimiento. La conversión a tasas de retención (100 - tasa de deserción) resultó en un promedio de 58,9%, DE 3,8% ($n = 14$) en los grupos de intervención y 61,5%, DE 2,9% ($n = 14$) en los grupos de comparación. Las características de las pérdidas al seguimiento en los estudios de seguimiento de cohortes (abandonos) se describieron en ocho informes (47%).

Comparabilidad de los grupos de intervención y comparación al inicio del estudio

Se presentó la información sobre las características demográficas de las poblaciones participantes al inicio del estudio en 26 estudios (81%). En 12 (39%), se informó edad y sexo, en dos (6%), edad, sexo y educación; y en 11 (35%), edad, sexo, educación y otras características, como el estado civil, los ingresos o la composición étnica. Seis estudios (19%) no proporcionaron datos demográficos.

En sólo cinco estudios (16%) se demostró que las comunidades de intervención y de comparación eran demográficamente equivalentes al inicio del estudio. En 14 (45%) no fueron comparables una o más características demográficas, pero en las 11 restantes (35%) no fue posible evaluar la comparabilidad.

Hubo una comparación de la prevalencia de tabaquismo inicial entre las comunidades de intervención y comparación en diez estudios (32%).

Evaluación y análisis

En la mayoría de los estudios, la revisión de las evaluaciones o las encuestas fueron realizadas por los investigadores asociados con el equipo de investigación que realizaba el proyecto. En cinco estudios (16%) otra organización realizó parte o todo el trabajo de encuesta y preparación de la base de datos. No se aclaró en qué medida estas organizaciones realizaron los análisis en estos ensayos.

Análisis estadístico

En 25 estudios (78%) el individuo era la unidad de análisis, aunque la comunidad era la unidad de asignación. En uno de éstos, se hicieron los ajustes apropiados para inflar la varianza de los promedios de la comunidad. En sólo seis estudios (19%) la unidad de análisis coincidió con el diseño. En dos hubo análisis separados tanto a nivel individual como comunitario. En un estudio no estaba claro qué unidad de análisis se había usado.

Los cálculos de poder estadístico y tamaño de la muestra se describieron explícitamente en 13 estudios (41%). En nueve, el poder para detectar tamaños específicos de efecto para la

prevalencia de tabaquismo o la tasa de abandono varió de 75% a 90%, con una media de 86,6% (DE 2,4%).

La mayoría de los estudios usó los valores de p de dos colas, ya sea explícitamente (ocho estudios, 25%) o presuntivamente (17 estudios, 53%). Cinco estudios (16%) formularon una hipótesis de resultados favorables y por eso usaron valores de p de una sola cola usados para evaluar los niveles de significación de sus resultados. Un estudio (3%) usó los valores de p de una y dos colas, y no se informaron las pruebas estadísticas de comparación de los resultados usadas en un estudio.

RESULTADOS

Prevalencia de tabaquismo: En 11 estudios (34%), los resultados de prevalencia de tabaquismo se presentaron en las mujeres y los hombres en conjunto, en 12 (38%) en las mujeres y en los hombres por separado y en cuatro (12%) en mujeres y hombres por separado y también en conjunto. No se informó la prevalencia de tabaquismo en cuatro estudios. Para dar una indicación aproximada de los tamaños de efecto observados en estos estudios, de los datos de seguimiento transversales, se estimó la disminución neta de la prevalencia anual de tabaquismo, que es la disminución de la prevalencia en los grupos de intervención menos la de los grupos de comparación, por año de intervención, para todos los adultos, mujeres y hombres. Para todos los adultos, la disminución neta de la prevalencia de tabaquismo varió de -1,0% a +3,0% por año (diez estudios). La disminución varió de -0,2% a +3,5% por año (n = 11 estudios) en las mujeres, y de -0,4% a +1,6% por año (n = 12) en los hombres.

Consumo de cigarrillos: En cinco estudios (16%), se presentaron los resultados para el consumo de cigarrillos, o el uso de tabaco, en las mujeres y los hombres en conjunto, y en otros cinco (16%) en las mujeres y los hombres por separado. No se informó el consumo de cigarrillos en 22 estudios (68%). Como el consumo de cigarrillos se informó como per cápita en algunos estudios y por fumadores en otros, no se prepararon las estimaciones del rango de los cambios en el tabaquismo, pero pueden consultarse los resultados individuales en la tabla "Resultados de los estudios incluidos".

Tasas de abandono: En seis estudios (19%), las tasas de abandono se informaron tanto en las mujeres como en los hombres en conjunto, en otros siete (22%) en las mujeres y los hombres por separado y en dos estudios (6%) en las mujeres y los hombres por separado y en conjunto. Las tasas de abandono no se informaron en 17 estudios (53%). Dado que las tasas de abandono se informaron de maneras diferentes (estimaciones puntuales, o abandono por siete días, por tres meses, o por seis meses), y también en diferentes períodos de tiempo, no se prepararon estimaciones del rango de las tasas de abandono. Los resultados individuales pueden consultarse en la tabla "Resultados de los estudios incluidos".

Tasas de iniciación: Sólo cuatro estudios (12%) informaron las tasas de iniciación en el hábito de fumar; uno para mujeres y hombres en conjunto, dos para mujeres y hombres por separado y uno para mujeres y hombres por separado y en conjunto.

VARIABLES INTERVINIENTES Y RESULTADOS INTERMEDIOS

FACTORES PREDISPONENTES

RESULTADOS RELACIONADOS CON EL CONOCIMIENTO:

Entre los seis estudios con resultados relacionados con el conocimiento sobre los factores de riesgo cardiovascular o los efectos perjudiciales del hábito de fumar, tres, Stanford Three-City (Maccoby 1977), CORIS (Roussow 1993), y Stanford Five-City (Fortmann 1993), de los cuatro estudios que evaluaron el incremento del conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular mostraron efectos netos significativos de la intervención. El cuarto estudio (North Karelia, Puska 1985) reveló un efecto leve. No se observaron efectos netos de la intervención en los dos estudios que evaluaron el conocimiento de los efectos perjudiciales del hábito de fumar.

RESULTADOS SOBRE LAS ACTITUDES:

Entre los siete estudios que evaluaron las actitudes para dejar de fumar, sólo uno (Alliance of Black Churches, Schorling 1997) mostró un efecto neto de la intervención: una progresión significativa a través de las etapas del cambio. Otro estudio (COMMIT) reveló efectos netos de la intervención en los grandes fumadores en las encuestas independientes, y en los fumadores ligeros o moderados en el seguimiento de cohortes, en el que se consideró al tabaquismo como un problema de salud pública.

FACTORES FAVORABLES

Intentos de abandono: Entre los nueve estudios que evaluaron los intentos de abandono del hábito de fumar, sólo uno (North Karelia, Puska 1985) mostró un efecto neto significativo de la intervención.

Ambiente del tabaquismo: De los dos estudios con medidas antes y después de la intervención relacionadas con el ambiente del tabaquismo, uno evaluó el hábito de fumar en el domicilio y con los amigos, y el otro a los fumadores pasivos. Ninguno mostró un efecto neto significativo de la intervención.

FACTORES DE REFUERZO

Influencias sociales o apoyo para abandonar el hábito: Ninguno de los dos estudios con evaluaciones antes y después de la intervención de las presiones sociales para abandonar el hábito mostró un efecto neto de la intervención. En el único estudio de apoyo social para abandonar el hábito de fumar, con una evaluación antes y después, no hubo ningún efecto neto de la intervención. El estudio del apoyo emocional y de las redes sociales generales no reveló ningún efecto de la intervención evidente para ninguna de las variables, aunque no se probó la significación.

Normas sobre tabaquismo: De los dos estudios que evaluaron los efectos de la intervención en las normas sobre tabaquismo, uno (COMMIT 1995) no mostró ningún efecto neto de la

intervención, y el otro (Breathe Easy, Secker-Walker 2000) mostró un efecto neto significativo de la intervención acerca de las percepciones de las mujeres fumadoras sobre las normas de la comunidad, pero no sobre sus percepciones de las normas de la familia o de los amigos.

Evaluación de procesos:

Se observan aquí las comparaciones entre las comunidades de la intervención y de comparación en relación con dos aspectos de la evaluación del proceso: la exposición al programa o el conocimiento, y la relación dosis-respuesta. La exposición al programa o el conocimiento, se comparó entre las áreas en 11 estudios (34%) (cuatro de reducción de riesgo cardiovascular y siete, de reducción del tabaquismo). En tres estudios de reducción de riesgo cardiovascular, North Karelia (Puska 1985), Schleiz (Heinemann 1986), y el Danish Municipality Project (Osler 1993), la exposición o el conocimiento del programa fue significativamente mayor en las comunidades de la intervención. En el cuarto, el Minnesota Heart Health Program (Lando 1995), la exposición al programa fue significativamente mayor en las ciudades de la intervención en el primer y tercer año, pero no en el quinto y sexto. En seis estudios de reducción del tabaquismo, COMMIT (COMMIT 1995), Breathe Easy (Secker-Walker 2000), Neighbors for a Smoke-free Northside (Fisher 1998), Vietnamese Men 1 (McPhee 1995) y 2 (Jenkins 1997) y Alliance for Black Churches (Schorling 1997), la exposición o conocimiento del programa fue también significativamente mayor en las comunidades de la intervención, pero no en el otro estudio, el Dutch Community Study (Mudde 1995). Cuatro (36%) de estos proyectos, incluido el Dutch Community Study, no tuvieron efectos sobre el hábito de fumar. Sólo un estudio, COMMIT, comparó la dosis-respuesta entre las áreas. El índice de recepción usado para medir la dosis fue significativamente mayor en las comunidades de la intervención para la cohorte de los fumadores seguidos ligeros a moderados, y en los fumadores y los exfumadores en la encuesta de seguimiento transversal.

Evaluación económica:

Se informaron los análisis de costo-efectividad o de costo-beneficio de seis estudios (19%), uno de los cuales (Heartbeat Wales, Tudor-Smith 1998) incluía ambos y otro (Norsjo Project, Weinehall 1999) también incluyó un análisis de 'Voluntad para el pago' ("willingness to pay"). Los seis informaron sobre la relación costo-efectividad o costo-beneficio favorable, lo que indica que estos estudios fueron atractivos desde el punto de vista económico. Sólo uno de estos (Breathe Easy, Secker-Walker 2000) se centró exclusivamente en el tabaquismo, mientras los otros cinco eran proyectos de reducción del riesgo cardiovascular. Dos proyectos, el Stanford Five-city Project (Fortmann 1993) y el Pawtucket Heart Health Programme (Carleton 1995), informaron sobre el costo-efectividad de sus intervenciones de abandono del hábito de fumar. Los costos del programa, o los costos per cápita, se informaron en cinco estudios (15%). No se encontró ninguna mención acerca de los costos en los otros 20 estudios (63%).

Resultados de los estudios individuales

Estas descripciones destacan las características y resultados principales relacionados con el tabaquismo de cada estudio y se presentan en el orden en el que se realizaron, se comienza con el proyecto de North Karelia. Pueden encontrarse más detalles acerca de cada proyecto en las tablas Características de los estudios incluidos y Resultados de los estudios incluidos. En estas tablas, cada estudio se identifica con el nombre del primer autor y el año de publicación del artículo, se describen los resultados principales, y los estudios se presentan en orden alfabético a partir de este primer autor. La lista de referencia de los estudios incluidos se encuentra en el mismo orden alfabético que las tablas, con el artículo principal indicado por un asterisco y los artículos que pertenecen a ese estudio, en orden alfabético por su primer autor. En las descripciones que siguen, se indica entre paréntesis el autor principal y el año de publicación de los resultados principales de cada estudio.

El North Karelia Project (Puska 1985) comenzó en Finlandia en 1972 para reducir la mortalidad y la morbilidad de las enfermedades cardiovasculares mediante un programa comunitario integral para reducir los principales factores de riesgo cardiovascular: el tabaquismo, la hipercolesterolemia y la hipertensión. La intervención en los servicios de salud y de educación en salud, durante diez años, se realizó en North Karelia, e incluyó la organización comunitaria, la participación de muchos sectores de la comunidad, el uso de los medios masivos de comunicación, el cribaje (screening), el entrenamiento en las habilidades prácticas adecuadas, la provisión de apoyo social al cambio de hábitos y la modificación ambiental. Se proporcionó un entrenamiento especial a las enfermeras de salud pública en materia de asesoramiento y consejos sobre el abandono del hábito de fumar.

En un diseño cuasiexperimental, los investigadores compararon los cambios de los factores de riesgo cardiovascular en North Karelia con los del condado vecino de Kuopio. Después de cinco años, comparado con Kuopio en North Karelia hubo una prevalencia de tabaquismo menor en las mujeres, pero no en los hombres. Por contraste, el consumo de cigarrillos per cápita fue inferior en los hombres, pero no en las mujeres. Después de diez años, el consumo de cigarrillos per cápita en North Karelia fue inferior en los hombres, pero no en las mujeres. El seguimiento ha continuado durante 25 años.

Variables intervinientes: Los planes para este proyecto incluían el estudio de los factores ambientales, sociales y físicos relacionados con el cambio de los comportamientos de salud, como también las creencias, las normas culturales, la influencia de los compañeros, la influencia de los medios de comunicación, la política sobre tabaquismo y los servicios de salud.

De los resultados intermedios en los que se informaron efectos de la intervención, el conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular aumentó en North Karelia y en Kuopio, con 10% a 15% de respuestas correctas en ambas áreas, aunque el número es ligeramente mayor en North Karelia. Diversas medidas de

la actitud ante la salud, por ejemplo. "consideraron la posibilidad de dejar el hábito en los seis meses anteriores" y "piensa que los niveles actuales de consumo de tabaco son demasiado altos", no muestran cambios importantes y no hubo ninguna diferencia entre las áreas. Los intentos de abandonar el hábito de fumar aumentaron claramente más en North Karelia que en Kuopio entre 1972 y 1977, con menos diferencia en los intentos después de 1977, aunque con mejores tasas de mantenimiento.

Evaluación de procesos: Para evaluar la factibilidad de la puesta en práctica del programa se evaluaron las actividades individuales relativas a la participación, el alcance y la repercusión sobre el cambio de comportamientos. Numerosas encuestas (postales y por teléfono), tanto de la población destinataria como de los grupos profesionales dentro de la comunidad, documentaron el progreso de la intervención. Las encuestas frecuentes permitieron que los cambios en las variables intervintentes pudieran medirse en el transcurso del tiempo para entender el proceso de cambio. La actividad de promoción de la salud por el personal de la salud local y la exposición al asesoramiento sobre el abandono del hábito de fumar se monitorizó en ambas áreas, experimental y de control. Los encargados de adoptar las decisiones tanto en North Karelia como en Kuopio fueron encuestados para evaluar la exposición a las intervenciones y su percepción de si eran adecuadas las actividades de control de las EC. Además, las encuestas a los trabajadores de salud no profesionales midieron su nivel de actividad, brindaron un informe descriptivo de su participación y evaluaron la factibilidad a largo plazo de este enfoque. También se realizó el análisis del contenido de los periódicos locales.

Evidencia en relación con la exposición: Se recopiló información detallada sobre la exposición al programa. Las pruebas que comparaban la dosis en North Karelia y Kuopio, generalmente confirmaron la efectividad del trabajo más activo con relación al hábito de fumar y a otros factores de riesgo en North Karelia. De 1972 a 1972, se imprimieron 1509 artículos relacionados con las EC en los periódicos locales de North Karelia. Durante el mismo período se distribuyeron más de 1,5 millones de boletines, volantes, carteles, avisos, etiquetas adhesivas y otros materiales didácticos, se realizaron 251 reuniones generales con más de 200 000 miembros de la comunidad, y se entrenó a aproximadamente 800 personas como líderes de opinión no profesionales.

Comparaciones entre North Karelia y Kuopio: Entre 1972 y 1977, hubo entre tres y cuatro veces más artículos relacionados con la prevención de las EC en North Karelia que en Kuopio. Se halló que el personal de salud local de North Karelia era más activo en las medidas de educación sanitaria que los de Kuopio. Un mayor número de personas en North Karelia participó en las reuniones de educación sanitaria organizadas, y los médicos y las enfermeras de salud pública realizaron más contactos con otros profesionales de la salud en cuanto a las actividades de promoción de la salud que en Kuopio, a pesar de la diferencia de la frecuencia de debates relacionados con la salud en los

hogares o en los centros de trabajo entre las áreas, fue pequeña. Durante los cinco primeros años de la intervención, los fumadores en ambas áreas informaron que recibían asesoramiento por los médicos generales para abandonar el hábito de igual frecuencia, pero fue dos veces mayor el que recibieron de las enfermeras de North Karelia. Más tarde, las encuestas sobre conductas saludables que medían la exposición al asesoramiento para el abandono del hábito entre 1978 y 1995 hallaron que los hombres de North Karelia tenían significativamente mayores perspectivas de recibir consejos en cuanto al abandono del hábito por parte de un médico o enfermera de salud pública que los del área de control. La misma tendencia observada en las mujeres, no fue significativa. Aunque el personal de salud estuvo más pendiente del hábito de fumar de los pacientes, el éxito del apoyo grupal más intensivo no fue importante.

Dosis-respuesta: No se presentó evidencia directa que relacionara la dosis con los resultados. Sin embargo, cerca del 41% de los fumadores que habían dejado de fumar en el año anterior declaró que nadie había influido específicamente en ellos.

Mantenimiento: La integración en la comunidad fue muy exitosa. En 1983, más de diez años después del inicio del entrenamiento de los trabajadores no profesionales, la mitad aún seguía activa. El programa, de modo evolucionado y ampliado, se ha seguido aplicando hasta el presente, básicamente por parte de la comunidad. Los métodos, las actividades y el enfoque innovador originado en North Karelia han sido adoptados por el resto de Finlandia, así como internacionalmente.

Evaluación económica: No se realizó,¹ aunque los costos estimados de las EC en la población destinataria se comparó con los costos totales del proyecto.

El Stanford Three-city Project (Maccoby 1977) se comenzó en los Estados Unidos en 1972 para reducir los factores de riesgo cardiovascular del tabaquismo, la hipercolesterolemia y la hipertensión, mediante el uso de los medios masivos de comunicación y de programas comunitarios. También se tuvieron en cuenta el peso y la actividad física. En un diseño cuasiexperimental un pueblo, Watsonville, fue expuesto tanto a los medios masivos de comunicación y a los programas comunitarios, mientras otro pueblo, Gilroy, fue expuesto al componente de los medios masivos de comunicación solamente y el tercer pueblo, Tracy, no recibió ninguna intervención y fue la comunidad de comparación. El innovador componente de los medios masivos de comunicación usó la televisión y los anuncios radiofónicos para modelar las aptitudes apropiadas para el cambio de comportamientos, así como la televisión y la programación de radios, los anuncios en el periódico, las crónicas, las carteleras, los carteles y los materiales impresos enviados a los participantes. El componente comunitario de esta intervención lo constituyó la administración de consejos para la reducción de los riesgos individuales a las personas con

mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares en Watsonville. No hubo intentos de organización comunitaria.

Después de dos años, comparados con Tracy, el pueblo sin intervención, hubo un consumo de cigarrillos per cápita inferior en los hombres y las mujeres en Watsonville, los que habían recibido la campaña por los medios masivos de comunicación y la intervención comunitaria, con un nivel aún menor en el grupo de la intervención intensivo. En Gilroy, el pueblo expuesto solamente a la campaña por los medios masivos de comunicación se observó sólo una reducción intermedia del consumo de cigarrillos per cápita.

Variables intervinentes: El conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular fue evaluado con un cuestionario de 25 ítems, que incluyó tres ítems sobre fumar. Hubo aumentos significativos de las puntuaciones de los conocimientos generales en las dos ciudades de la intervención después de dos años, comparadas con Tracy. La intervención intensiva por medio de instrucciones al grupo de alto riesgo en Watsonville mejoró esto.

Evaluación de procesos: La campaña por los medios de comunicación fue monitorizada y la retroalimentación se usó formativamente. Se usó también el análisis de redes para trazar el trayecto de las comunicaciones dentro de la comunidad, sin embargo se presentó limitada información en relación con esto.

Evidencia en relación con la exposición: Se recopiló información sobre el número de mensajes transmitidos por los medios masivos de comunicación.

Dosis-respuesta: Se presentaron pruebas que sugieren que hubo una relación dosis-respuesta significativa. Los niveles mayores de exposición a las intervenciones se asociaron con incrementos del conocimiento del riesgo de las EC. No se encontraron pruebas sobre la comparación de la dosis en las áreas de la intervención y de comparación, pero las ganancias en el conocimiento del riesgo de las EC fueron mayores en las ciudades con intervención que en Tracy.

Mantenimiento: Al programa de dos años le seguía un tercer "año de mantenimiento" con un esfuerzo reducido. No se hallaron detalles adicionales.

Evaluación económica: No se encontró ninguna evidencia.

El Schleiz Study (Heinemann 1986) se inició en la República Democrática de Alemania en 1973 y estaba diseñado para reducir los factores de riesgo cardiovascular, el tabaquismo, el colesterol alto, la hipertensión y el estilo de vida sedentario. El diseño cuasiexperimental comparó los cambios de los factores de riesgo cardiovascular en el distrito de Schleiz con los del distrito de Dippoldiswade. La intervención, cuyo objetivo era mejorar el sistema de atención sanitaria integral y optimizar el uso de los recursos existentes, incluyó a profesionales de la salud, maestros, empresas locales, el gobierno local, escuelas, grupos deportivos, conferencias públicas y materiales de educación sanitaria. Se esperaba que los líderes de la comunidad

adoptaran un estilo de vida saludable, y que el personal de salud no pudiera fumar en el sitio de trabajo. Hubo consultas individuales para las personas con alto riesgo de cardiopatía, y se les distribuyeron directamente los materiales de educación sanitaria. Después de cinco años, hubo una prevalencia de tabaquismo 7% menor en el distrito de Schleiz comparado con el distrito de Dippoldiswade.

No se hallaron informes en relación a las variables intervinentes.

Evaluación de procesos: El trabajo de preparación se hizo en el año previo al comienzo de la intervención, pero no se encontró ningún detalle al respecto.

Evidencia en relación con la exposición: El número de charlas relacionadas con la salud, charlas sobre el servicio de salud, los grupos deportivos, el asesoramiento acerca del peso, el régimen dietético y el tabaquismo y las cuestiones sobre salud en los empleados públicos y empresariales fue significativamente mayor al comienzo en Schleiz que en Dippoldiswalde, pero tendió a disminuir con el transcurso del tiempo, a medida que las cifras para Dippoldiswalde aumentaron, aunque en menor grado.

Sustentabilidad: No se encontró evidencia directa. Sin embargo, el programa se extendió a otras áreas en la región, y el lanzamiento de varias actividades nacionales incluido el CANON se atribuyó al proyecto.

Evaluación económica: Se realizó un análisis de costo-efectividad del programa general. Los resultados fueron "favorables", pero no se proporcionó mayor información.

El Eberbach-Wiesloch Study (Nussel 1985) se inició en la República Federal de Alemania en 1976 para reducir la morbilidad y la mortalidad cardiovascular mediante la reducción del tabaquismo, el colesterol sérico y la hipertensión. En un diseño cuasiexperimental, los investigadores compararon los cambios de los factores de riesgo cardiovascular en Eberbach con los de Wiesloch. La intervención de educación sanitaria, aplicada durante tres años, incluyó el cribaje (screening) de la población, la organización comunitaria, un grupo local de planificación, grupos de tareas, los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, técnicos de laboratorio), los centros de trabajo, las empresas, las escuelas y las actividades públicas y el asesoramiento individual y grupal (principalmente concentrado en los hábitos alimentarios). Después de cuatro años, los componentes de la intervención se introdujeron en Wiesloch, y se realizaron comparaciones adicionales de los cambios en los factores de riesgo en Eberbach con el pueblo de Neckargemund.

Poco antes de la intervención en Weisloch, la prevalencia de tabaquismo en la cohorte de mujeres seguidas aumentó en un grado similar en Eberbach y en Wiesloch (9,0% y 12,0% respectivamente). Entre la cohorte de hombres a los que se siguió, la prevalencia de tabaquismo se redujo en un 14,0% en Eberbach, pero aumentó un 4,0% en Weisloch. Cuatro años

después, en 1988, la prevalencia de tabaquismo en la cohorte de mujeres de Eberbach había disminuido un 13,0%, mientras que en Neckargemund aumentó un 11,0%. Entre la cohorte de hombres, la prevalencia de tabaquismo aumentó un 5,0% en Eberbach, pero disminuyó un 7,0% en Neckargemund.

No se hallaron informes en relación a las variables intervenientes.

Evaluación de procesos: La evaluación del proceso examinó la ejecución de las actividades del proyecto o "modelos" y demostró cómo alrededor de 50 modelos diferentes evolucionaron de modo gradual mediante la participación de la comunidad. Sin embargo, no se encontró evidencia publicada.

Evidencia en relación con la exposición: No se encontró ninguna evidencia.

Mantenimiento: La "autosustentabilidad" del programa se informó como muy convincente. El retiro de las actividades de asesoramiento y asistencia directa por parte del instituto de investigación no afectó las actividades de manera importante. Se iniciaron proyectos con los mismos objetivos derivados del estudio en más de 20 comunidades a nivel nacional, y las comunidades participantes se asociaron al programa CINDI de la OMS en 1986.

Evaluación económica: No se encontró ninguna evidencia.

El National Research Programme de Suiza (Gutzwiler 1985) se inició en 1977 para reducir la morbilidad y la mortalidad cardiovascular mediante la reducción del tabaquismo, el colesterol sérico y la hipertensión. La intervención comunitaria se realizó en dos ciudades, Aarau y Nyon (una de habla alemana y la otra francoparlante). Dos ciudades similares, Solothurn y Vevey, sirvieron de comparación. La intervención de educación sanitaria incluyó la organización comunitaria, un comité de acción local y su coordinador, profesionales de la salud, profesores, asociaciones comunitarias y empresariales, clubes deportivos, instituciones sanitarias, el gobierno local, artículos periodísticos, discusiones públicas, carteles, exposiciones de diapositivas y grupos para el abandono del hábito de fumar.

Después de tres años de actividad de la intervención, hubo una reducción de la prevalencia de tabaquismo tanto en los hombres como en las mujeres, un aumento de la tasa de abandono y una reducción de la tasa de iniciación en el hábito de fumar en Aarau y Nyon en comparación con Solothurn y Vevey. Estos resultados se ven atemperados por las bajas tasas de respuesta tanto al cribaje (screening) inicial como durante el seguimiento.

No se hallaron informes en relación a las variables intervenientes.

Evaluación de procesos: No se encontró ninguna evidencia.

Evidencia en relación con la exposición: No se encontró ninguna evidencia.

Sustentabilidad: Para asegurar la continuidad del proyecto, la acción ciudadana en las áreas de intervención se organizó a

nivel político. El proyecto recibió un apoyo continuado después de la finalización formal del estudio. No se proporcionaron detalles adicionales.

Evaluación económica: Se realizó un análisis costo-beneficio del programa general. Los cálculos indicaron que los beneficios para la salud sobrepasaban los costos del programa.

El North Coast Quit for Life Programme (Egger 1983) se realizó en tres pueblos pequeños de Nueva Gales del Sur, Australia. Empezó en 1978 y formó parte de un programa de reducción de riesgo cardiovascular 'The North Coast Healthy Lifestyle Programme'. El objetivo principal de este programa fue reducir la prevalencia de tabaquismo. Se compararon, en un diseño cuasiexperimental, los efectos de un programa por los medios masivos de comunicación sólo en una comunidad, Coffs Harbor, con el mismo programa por los medios masivos de comunicación combinado con un programa comunitario en otra comunidad, Lismore. Una tercera comunidad, Tamworth, era el área de referencia. La intervención por los medios masivos de comunicación usó los periódicos, la radio y la televisión, con noticias, testimonios y anuncios pagados especialmente diseñados. También eran parte de la intervención por los medios masivos de comunicación las etiquetas adhesivas, los carteles, las camisetas, los globos y los estuches de auto ayuda para la cesación. La intervención comunitaria incluyó a los profesionales de la salud, estuches repartidos por los médicos, hojas informativas, un conjunto de consejos fáciles para dejar de fumar, mensajes telefónicos en una línea para dejar de fumar, diversos grupos para el abandono del hábito de fumar y actividades públicas como las carreras de aficionados.

Después de dos años de intervención, comparada con Tamworth, hubo una reducción de la prevalencia de tabaquismo, tanto en las mujeres como en los hombres, en Coffs Harbor y Lismore y la reducción fue más sostenida en Lismore, el pueblo expuesto a los medios masivos de comunicación y a las intervenciones comunitarias.

Variables intervenientes: Se evaluó el conocimiento de los efectos de fumar y las actitudes frente al hábito de fumar fueron evaluadas con seis preguntas. También se evaluó la presión social para dejar el hábito. No se encontraron cambios significativos en el conocimiento o en las actitudes. Hubo un pequeño efecto de la presión social sobre la decisión de dejar de fumar en Lismore, comparado con Coffs Harbor y Tamworth, pero no se informaron los niveles de significación.

Evaluación de procesos: Se realizaron grupos focales y encuestas telefónicas a intervalos regulares para evaluar la efectividad de las técnicas de intervención usadas y la participación en los programas y se documentó la exposición. No se proporcionan detalles adicionales sobre la metodología.

Evidencia en relación con la exposición: Se recopiló información detallada sobre la exposición a los programas. Trescientas ochenta y seis personas participaron en los componentes comunitarios del programa contra el tabaquismo.

Se distribuyeron 1500 estuches para el abandono del hábito, 6000 hojas informativas, 200 paquetes con consejos fáciles además de 5800 mensajes telefónicos en la línea para el abandono del hábito.

Dosis-respuesta: No se presentaron evidencias directas que relacionaran la dosis con los resultados aunque se midieron los factores que se ha informado que influencian la decisión de dejar el hábito. No se encontró evidencia que comparara la dosis en las áreas de intervención y de comparación.

Mantenimiento: No se encontró ninguna evidencia.

Evaluación económica: No se encontró ninguna evidencia.

El Coronary Risk Factor Study (CORIS) (Roussow 1993), que comenzó en 1979, tuvo lugar en Sudáfrica, según el modelo del Stanford 3-City Project. El objetivo fue reducir los factores de riesgo cardiovascular, la hipertensión, el colesterol elevado en sangre, el estrés, el estilo de vida sedentario y el tabaquismo. Un pueblo, Robertson, recibió una intervención por los medios masivos de comunicación y una intervención comunitaria; un segundo pueblo, Swellenden, recibió la intervención por los medios masivos de comunicación solamente, y un tercer pueblo, Riversdale, fue la comunidad de comparación. La intervención de educación sanitaria por los medios masivos de comunicación constaba de programas que abordaban cada uno de los factores de riesgo de forma sistemática mediante carteles, carteleras, correspondencia postal, temas en los periódicos locales y un suplemento especial anual. También se establecieron estaciones de cribaje (screening) de la presión arterial con materiales didácticos, atendidos por enfermeras bien conocidas en sus comunidades. La intervención comunitaria de alta intensidad, consistió en conferencias públicas, enlace con organizaciones comunitarias, comités de la comunidad para coordinar y promover las actividades de salud, el desarrollo y la puesta a prueba de materiales didácticos, la intervención interpersonal en grupos pequeños con los individuos con alto riesgo y seminarios sobre el abandono del hábito de fumar.

Se realizaron encuestas transversales al inicio del programa y de seguimiento al final de la intervención planificada y nuevamente ocho años después. Una cohorte, identificada al inicio, se evaluó al final de la intervención. Al final de la intervención de cuatro años, la prevalencia de tabaquismo y el consumo de cigarrillos per cápita se redujeron a un nivel similar en Robertson y en Swellenden. En este seguimiento a los cuatro años, las tasas de abandono en las mujeres en ambas comunidades de intervención fueron mayores que en Riversdale. En el seguimiento a largo plazo, realizado 12 años después del comienzo de las intervenciones, la prevalencia de tabaquismo y el consumo de cigarrillos fueron todavía inferiores en Swellenden, la comunidad de intervención de baja intensidad, pero no en Robertson, el pueblo de intervención de alta intensidad, donde fueron equivalentes a Riversdale, la comunidad de comparación.

VARIABLES INTERVIENTES: El conocimiento de los factores de riesgo y las actitudes se evaluaron al inicio del estudio, pero no se presentaron los resultados sobre las actitudes. El conocimiento fue evaluado por 43 ítems, que incluían factores de riesgo y régimen dietético. Al inicio del estudio, el conocimiento fue mayor en los pueblos con la intervención, que en el pueblo de comparación. En el seguimiento a los cuatro años, el conocimiento había aumentado más en las mujeres de ambos pueblos con la intervención, y también en los hombres en Robertson, el pueblo con la intervención de alta intensidad, que en Riversdale. Se vieron cambios similares tanto en el seguimiento transversal como en las encuestas de seguimiento de las cohortes. En el seguimiento a los 12 años, las puntuaciones del conocimiento fueron similares en los tres pueblos y habían aumentado cerca de 20 puntos de porcentaje desde el seguimiento a los cuatro años.

Evaluación de procesos: Se registró la participación y el alcance de las actividades. No se encontraron detalles adicionales relativos a la metodología del proceso.

Evidencia en relación con la exposición: Los resultados publicados encontrados con relación a la exposición del programa fueron limitados. Ciento cincuenta y seis personas asistieron a las sesiones de los grupos pequeños para el abandono del hábito de fumar.

Dosis-respuesta: No se presentó evidencia directa que relacionara la dosis con los resultados. No se encontró evidencia que comparara la dosis en las áreas de intervención y de comparación.

Mantenimiento: La responsabilidad del programa se trasladó progresivamente a las comunidades. Después del período inicial de intervención de cuatro años, se estableció un programa de mantenimiento aplicado principalmente por la comunidad. (Los investigadores actuaron como consultores).

Evaluación económica: Se presentaron estimaciones del costo per cápita, pero sin un análisis de costo-efectividad.

El Stanford Five-City Project (Fortmann 1993) se realizó en los Estados Unidos, y comenzó en 1980. Estaba diseñado para reducir la mortalidad y la morbilidad cardiovascular por medio de una amplia intervención comunitaria y por los medios masivos de comunicación para reducir el hábito de fumar, el colesterol sérico alto, la hipertensión, los estilos de vida de vida sedentarios y el peso. En un diseño cuasiexperimental, dos ciudades, Monterrey y Salinas, recibieron las intervenciones, mientras otras dos, Modesto y San Luis Obispo, fueron las ciudades de comparación y una quinta ciudad, Santa María, se usó para monitorizar los datos de mortalidad y morbilidad cardiovascular. Los aspectos de la intervención de seis años relacionados con el tabaquismo incluían un programa de abandono del hábito de fumar basado en la televisión, anuncios de servicios públicos en la televisión, una serie para el abandono del hábito de fumar por radio, artículos periodísticos y folletos acerca de fumar, esfuerzos para el abandono del hábito de fumar

en el centro de trabajo, programas de grupos para el abandono del hábito de fumar, un estuche de autoayuda para el abandono, concursos de abandono del hábito de fumar y un programa escolar de estudios sobre prevención del tabaquismo. Se realizaron seminarios sobre el abandono del hábito de fumar para los profesionales de la salud, y se les proporcionaron materiales sobre el abandono del hábito de fumar para el uso en sus consultorios.

Hubo determinaciones durante dos años antes del inicio del programa y en años alternos durante la intervención y nuevamente dos años después de completada la intervención. Se realizaron los análisis del seguimiento transversal y del seguimiento de cohortes. En los análisis del seguimiento transversal, la prevalencia de tabaquismo descendió a un grado equivalente tanto en las ciudades de intervención como en las de comparación. Los análisis del seguimiento de las cohortes mostraron una mayor tasa de disminución de la prevalencia de tabaquismo en las dos ciudades de intervención comparadas con las dos ciudades de comparación. Tanto el análisis del seguimiento transversal como del seguimiento de cohortes mostraron mayores tasas de abandono en las dos ciudades de intervención comparadas con las dos ciudades de comparación.

Variables intervenientes: Al inicio del programa, se evaluó el conocimiento, las actitudes frente al hábito de fumar y los intentos de dejarlo. No hubo ninguna diferencia en el conocimiento de los riesgos de fumar entre las ciudades con la intervención y las de comparación. 'La intención de dejarlo' fue significativamente mayor en las ciudades de intervención que en las ciudades de comparación, pero 'la confianza en poder dejarlo' y las actitudes negativas frente al tabaquismo no fueron diferentes. No se encontraron datos sobre los intentos anteriores de dejar de fumar. El conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular, que se midió con una escala de 17 ítems, aumentó en forma sostenida tanto en los grupos de la intervención como en los de comparación durante el curso del estudio; pero la mejoría fue significativamente mayor en cada seguimiento en las ciudades con la intervención. Las variables predictivas de un cambio positivo en la puntuación del factor de riesgo cardiovascular durante la intervención también se examinaron, pero las escalas usadas en este análisis para las actitudes de salud y la autoeficacia no incluyeron ítems relacionados con el tabaquismo.

Evaluación de procesos: Se realizó una evaluación formativa extensa para ayudar en el diseño, desarrollo, producción y el alcance de las actividades del programa. Se evaluaron los componentes individuales del programa con relación al alcance y la repercusión sobre los cambios de conducta.

Evidencia en relación a la exposición: Se recopiló información detallada sobre la exposición a los programas. Se estimó que en total cada adulto de la población destinataria estuvo expuesto a cerca de cinco horas de mensajes educacionales por año. Sin embargo, los evaluadores sugieren que a pesar de la fuerza y la amplitud de la intervención, puede haber sido limitada en

comparación con el ambiente general: el adulto promedio de los EE.UU. ve aproximadamente 292 horas de anuncios de televisión en un año. Además, sólo un tercio de la población adulta del estudio usó los materiales didácticos del mismo o participó en uno de sus programas de modificación de factores de riesgo.

Dosis-respuesta: No se presentó evidencia directa que relacionara la dosis con los resultados. No se encontró evidencia que comparara la dosis en las áreas de intervención y de control.

Mantenimiento: En el diseño del proyecto estaba incluida una "fase de mantenimiento" de dos años de 1986 a 1988. La aplicación generalizada de los métodos del proyecto fue adoptada por las comunidades tratadas y más del 50% de los programas en gran escala fueron mantenidos por grupos de la comunidad al menos en los primeros años después de la terminación formal del programa de investigación. Los materiales y métodos del programa se han extendido ampliamente a otras áreas.

Evaluación económica: No se encontró ningún análisis a nivel de proyecto. Sin embargo, se presentan los costos globales del proyecto y se informa la relación costo-efectividad de tres programas de abandono del hábito de fumar. Los costos per cápita se estimaron en aproximadamente \$4, por año sin contar los costos de investigación.

El Minnesota Heart Health Programme(Lando 1995) también comenzó en 1980 y estaba diseñado para reducir la mortalidad y la morbilidad cardiovascular por medio de una intervención amplia en las comunidades para reducir el tabaquismo, el colesterol alto, la hipertensión y los estilos de vida sedentarios. El proyecto se realizó en tres pares de ciudades en el medio-oeste de los Estados Unidos, Mankato y Winona, Fargo-Morehead y Sioux Falls y Bloomington y Roseville, con la primera ciudad de cada par que recibía las intervenciones educacionales y la otra ciudad que actuaba como comunidad de comparación. La educación sanitaria y las políticas de intervención incluían la organización comunitaria, consejos consultivos de la comunidad y grupos de tareas de ciudadanos apoyados por el personal del Heart Health Programme. El uso de medios masivos de comunicación incluyó los periódicos, la radio y la televisión, carteles, folletos, videos y presentaciones de diapositivas. Se realizaron actividades educacionales para los profesionales de la salud, incluidos médicos, dentistas, dietistas, farmacéuticos y educadores de la salud y entrenamiento de personal en los centros de trabajo y en las iglesias sobre programas de promoción de la salud. La intervención incluyó también el cribaje (screening) de factores de riesgo, concursos de "Dejar y Ganar", clases de abandono del hábito de fumar en la comunidad y en los centros de trabajo, apoyo telefónico, materiales de autoayuda, programas de correspondencia a los hogares y esfuerzos a nivel comunitario para promover cambios de la política sobre fumar en los centros de trabajo. Se introdujo en las escuelas un programa de estudios sobre prevención del tabaquismo.

Se realizaron determinaciones durante cuatro años antes del inicio de las intervenciones, anualmente durante la intervención y de nuevo, dos años después del retiro del apoyo al proyecto de los programas comunitarios. Se realizaron los análisis del seguimiento transversal y del seguimiento de cohortes. En los hombres, aunque descendió la prevalencia de tabaquismo, ni los análisis del seguimiento transversal ni los análisis del seguimiento de cohortes demostraron algún efecto de la intervención. En las mujeres, se observó un efecto significativo de la intervención considerable en los análisis del seguimiento transversal, con una disminución mantenida de la prevalencia de tabaquismo comparado con las comunidades de comparación, pero el efecto no se detectó en los análisis del seguimiento de cohortes.

Variables intervenientes: Se obtuvieron datos sobre las actitudes ante la salud y las creencias al inicio del estudio, pero no se encontraron resultados sobre los mismos. La disposición para dejar el hábito, como variable predictiva del cambio de comportamiento de los fumadores, se evaluó mediante dos escalas de tres ítems de la encuesta inicial, una escala para el 'interés de dejar de fumar' ($\alpha=0,76$) y el otro para 'haber dejado de fumar el año anterior' ($\alpha=0,64$) y la escala combinada de seis ítems, 'disposición para dejar de fumar' ($\alpha=0,76$). Ambas escalas de tres ítems predijeron el abandono del hábito evaluado a los dos y siete años de seguimiento, pero no a los cuatro años. Con ambas escalas en el modelo, sólo el 'interés de dejar el hábito' fue significativo en el seguimiento a los siete años. No hubo diferencia en las puntuaciones de 'haber dejado el hábito el año anterior' en los que recibieron la intervención y los de comparación en cualquiera de estos tres intervalos del seguimiento.

Evaluación de procesos: Se realizó una extensa evaluación formativa y del proceso. Se evaluaron los componentes individuales de los programas con relación a la participación o el alcance, la calidad y la repercusión sobre el cambio de conducta. Un grupo dedicado a la evaluación formativa examinó 20 a 30 enfoques por año y aquellos que fueron inefectivos se eliminaron. La metodología predominante fue la encuesta telefónica, por ejemplo una encuesta telefónica se realizó para evaluar los cambios en la práctica médica con relación a la reducción de los riesgos. Los datos sobre cada actividad de la intervención se introdujeron en un registro computarizado de la historia del evento y se asignó un peso en dependencia de los criterios de calidad. Esto permitió la producción de informes publicados cada trimestre que mostraban los contactos del programa y las contribuciones de cada uno de los programas. Se siguió la incorporación de las actividades del programa en la comunidad y la percepción de pertenencia así como la sustentabilidad del programa. También se examinó la teoría de que la oferta y la demanda de los programas contra las cardiopatías serían mayores en las comunidades de intervención que en las áreas de comparación hacia el final del período de intervención, aunque los resultados fueron mixtos.

Evidencia en relación con la exposición: Se recopiló información detallada sobre la exposición a los programas. Más de 60% de la población destinataria participó en el programa de educación sobre cribaje (screening) y más de 30% se reclutaron para los programas de intervención con acciones individuales (la mayoría de los jóvenes residentes en las áreas de estudio participaron en las actividades basadas en la escuela.) El mayor efecto observado hacia el final del estudio es compatible con la mayor difusión de mensajes contra el tabaquismo y de actividades al final del programa de intervención. Sin embargo, las actividades de reducción de los riesgos aumentaron con el transcurso del tiempo en las áreas control. La exposición fue significativamente mayor en las comunidades de educación comparadas con las comunidades de comparación después de uno y tres años pero no después de cinco o seis años. No se encontró diferencia significativa en los fumadores en las comunidades de intervención y comparación en lo que se refiere a la exposición a los mensajes de cesación que se informaron. La participación en los programas de abandono del hábito de fumar fue mínima en ambas áreas, de intervención y de comparación, a pesar de que la exposición a los mensajes de los medios de comunicación con respecto a fumar fue alta. Por lo tanto, los datos de exposición indican que el programa no puede haber agregado mucho al nivel de la actividad de reducción de riesgos que puede haber ocurrido en su ausencia.

Dosis-respuesta: Un estudio del programa de educación sobre el cribaje (screening) en una comunidad reveló que un año después del cribaje (screening), la prevalencia de tabaquismo fue significativamente inferior en el grupo de intervención. No se presentó evidencia directa adicional que relacionara la dosis con los resultados.

Mantenimiento: El establecimiento y mantenimiento permanente de las actividades del programa en la comunidad fue una meta específica del mismo. En 1989, cuando se retiró el financiamiento externo basado en subvenciones, el 70% de todos los programas de intervención fueron continuados por patrocinadores locales. Tres años después del retiro de los fondos, esta cifra había disminuido a aproximadamente 60%. Por lo tanto, una proporción apreciable de los programas sobrevivió en las comunidades por varios años después del retiro de las subvenciones externas.

Evaluación económica: No se encontró ninguna evidencia.

El Pawtucket Heart Health Programme (Carleton 1995) se realizó en los Estados Unidos, comenzó en 1982 orientado hacia la mortalidad y la morbilidad cardiovascular, mediante una intervención integral comunitaria para reducir el hábito de fumar, la hipercolesterolemia, la hipertensión, la obesidad y la inactividad física. La comunidad de intervención en Pawtucket se comparó, mediante un diseño cuasiexperimental, con una comunidad de control anónima. La intervención local incluyó la organización comunitaria y el establecimiento de una coalición e incluyó escuelas, organizaciones religiosas y

sociales, grandes centros de trabajo, los supermercados, las tiendas de comestibles y el gobierno de la ciudad. Se usaron ampliamente los artículos y crónicas periodísticas, así como folletos informativos, los boletines de las iglesias y las publicaciones de los centros de trabajo. Los medios de radiodifusión fueron deliberadamente no usados, aunque la radio y la televisión transmitieron noticias acerca del programa. Voluntarios adiestrados desempeñaron una parte prominente en la ejecución del programa. También participaron médicos y maestros. Las actividades de intervención para reducir el hábito de fumar incluyeron una línea telefónica dedicada al tema, concursos para abandonar el hábito, estuches y grupos de abandono del hábito de fumar.

Se realizaron evaluaciones al inicio del estudio, durante la intervención y dos años después de terminada. Se realizó el análisis del seguimiento transversal y del seguimiento de cohortes. La prevalencia de tabaquismo descendió en Pawtucket y en la comunidad de referencia, con diferencia no significativa en ambas.

Variables intervenientes: Se evaluaron los conocimientos sobre el riesgo de enfermedades cardiovasculares, pero no se encontraron datos relacionados con los valores iniciales o durante el seguimiento.

Evaluación de procesos: Se hizo hincapié particular en la evaluación formativa y del proceso, con la principal finalidad declarada de examinar la puesta en práctica de los programas detalladamente y evaluar su repercusión a corto plazo. Esto fue logrado por el 'rastreo de la intervención'. Un sistema por computadora siguió la cantidad de intervención recibida, y proporcionó un registro histórico del programa. A todos los participantes se les pidió que completaran una 'tarjeta de contacto'. Esto permitió seguirles la pista durante todo el curso del programa. Además de la participación individual en los programas, se registró el nivel de participación comunitaria, es decir, el número de organizaciones comunitarias y de voluntarios involucrados en la aplicación de los programas. La evaluación de los componentes individuales de los programas con relación a su calidad y repercusión a corto plazo facilitó su refinamiento en el curso de las actividades. Se realizaron entrevistas de seguimiento, por teléfono, con participantes en el programa seleccionados al azar.

El segundo objetivo principal de la evaluación del proceso era detectar las principales influencias de los factores de confusión. El 'rastreo de la comunidad' se logró mediante entrevistas anuales con informantes clave, en las agencias comunitarias que aportaron evaluaciones en curso de las tendencias seculares, al medir las variables como la calidad de la asistencia sanitaria, las redes de apoyo social y la participación en las iniciativas de asistencia sanitaria y las actividades no asociadas con Pawtucket. Se analizó el contenido de los periódicos principales en cada ciudad en busca de artículos relacionados con la salud y de anuncios de cigarrillos .

Evidencia en relación a la exposición: Se recopiló información detallada sobre la exposición a los programas. En el curso del estudio 42 000 individuos participaron en uno o más programas, lo que dio lugar a más de 110 000 interacciones separadas con alguna actividad diseñada para influir en el comportamiento.

Dosis-respuesta: Aunque el programa alcanzó a una 'amplia variedad de los residentes', no se encontraron pruebas directas que relacionaran la dosis con los resultados o que compararan la dosis en las áreas de intervención y de comparación.

Mantenimiento: Una meta específica del programa fue que sus actividades quedaran establecidas y mantenidas en forma permanente por las comunidades. Sin embargo, no se encontró ninguna evidencia en relación a esto.

Evaluación económica: No se encontró ningún análisis a nivel de proyecto. Sin embargo, se informó un análisis de costo-efectividad de los concursos para el abandono del hábito de fumar y un documento metodológico informa un análisis de costo-efectividad de un programa para la modificación del colesterol sérico.

El Tessin Cantonal Prevention Programme (Domenighetti 1991) comenzó en 1982 en Suiza. El objetivo del programa era prevenir las enfermedades cardiovasculares. Usó un diseño cuasiexperimental, el cantón de Tessin recibió las intervenciones comunitarias y otros dos cantones, Vaud y Fribourg, actuaron como comunidades de comparación. El programa de intervención se orientó al tabaquismo, el colesterol alto, la hipertensión y a la actividad física e incluyó una intervención comunitaria integral con participación de muchas organizaciones dentro del cantón, así como de los profesionales de la salud y de las escuelas. Se usaron medios masivos de comunicación (periódicos, radio, televisión y cines), correspondencia postal directa, actividades públicas, etiquetas adhesivas, carteles, folletos, volantes y camisetas.

El resultado se evaluó por medio de las encuestas MONICA. En el cantón de Tessin, se vio una reducción de la prevalencia de tabaquismo en los hombres, pero no en las mujeres y aumentó la proporción de exfumadores, en la población total y en la de hombres, pero no en las mujeres. En los cantones de Vaud y Fribourg no se observaron cambios en estas medidas del comportamiento del hábito de fumar.

Variables intervenientes: El conocimiento de los factores de riesgo aumentó en el cantón de Tessin entre 1987 y 1988/89, pero no se encontró la comparación con los cantones de Vaud y Fribourg.

Evaluación de procesos: Las encuestas investigaron el alcance y el conocimiento de las actividades de intervención y la aceptabilidad del programa. No se proporcionaron detalles adicionales.

Evidencia en relación con la exposición: Se proporcionaron estimaciones de la exposición de los adultos a muchos de los

componentes de la intervención, y la cantidad de actividades públicas, tanto en la localidad como en todo el cantón.

Dosis-respuesta: No se encontró ninguna evidencia.

Mantenimiento: Se esperaba que los resultados alentadores llevaran a la realización de intervenciones similares en otras regiones y cantones en Suiza, pero no se encontraron pruebas de ello.

Evaluación económica: No se encontró ninguna evidencia.

El Sezze District Community Project (Giampaoli 1997) tuvo lugar en Italia, comenzó en 1982. El objetivo era prevenir las enfermedades cardiovasculares. En un diseño cuasiexperimental, se asignó el distrito de salud de Sezze, que incluye los municipios de Sezze, Roccagorga y Bassiano, para recibir la intervención y el municipio de Priverno fue seleccionado como la comunidad de comparación. La intervención de educación sanitaria se orientó al tabaquismo, el régimen dietético, la hipertensión, la actividad física y el peso e incluyó mensajes contra el hábito de fumar, la preparación y la distribución de materiales impresos, el establecimiento de consultorios, conferencias y exhibiciones y cursos teóricos y prácticos para profesionales de la salud y maestros. Se prestó atención especial a los centros de trabajo y a las escuelas.

Después de 10 años, se observaron reducciones de la prevalencia de tabaquismo en los hombres tanto en los distritos de la intervención como en los de comparación pero no hubo ninguna diferencia entre los distritos. En las mujeres, la prevalencia de tabaquismo disminuyó en el distrito de salud de Sezze, pero aumentó en el municipio de Priverno.

No se hallaron informes en relación a las variables intervenientes.

Evaluación de procesos: No se encontró ninguna evidencia.

Evidencia en relación con la exposición: No se encontró ninguna evidencia.

Dosis-respuesta: No se encontró ninguna evidencia.

Mantenimiento: No se encontró ninguna evidencia.

Evaluación económica: No se encontró ninguna evidencia.

El German Cardiovascular Prevention Study (Hoffmeister 1996) comenzó en Alemania Occidental en 1984. El objetivo principal fue reducir los cuatro factores de riesgo cardiovascular, la hipertensión, la hipercolesterolemia, el tabaquismo y la obesidad, mediante la prevención primaria. Se usó un diseño cuasiexperimental, se asignaron seis comunidades para recibir la intervención: los distritos de Berlín, Bremen, Stuttgart, la ciudad de Karlsruhe, dos comunidades vecinas pequeñas, Bruchsal y Mosbach y el distrito rural de Traunstein, mientras que la comparación se hizo con muestras seleccionadas al azar obtenidas en el resto de Alemania Occidental. La intervención, que duró siete años, incluyó la organización comunitaria, grupos locales de planificación y grupos de tareas, voluntarios,

profesionales de la salud (médicos, asistentes médicos, farmacéuticos), maestros, centros de trabajo, negocios, restaurantes, escuelas, organismos comunitarios, servicios de salud pública, cribaje (screening), actividades públicas, uso de medios masivos de comunicación (periódico, radio y televisión), carteles, folletos, un manual de autoayuda y grupos para el abandono del hábito de fumar.

Después de siete años de actividades del programa, hubo una disminución general de la prevalencia de tabaquismo en las comunidades de intervención comparado con la tendencia de toda la nación. La disminución de la prevalencia se observó en los hombres, pero no en las mujeres.

Variables intervenientes: Las actitudes ante la salud estaban incluidas en un cuestionario de 91 ítems que fueron evaluadas al inicio y después de 3,5 años. No se encontraron resultados de estas evaluaciones, y las actitudes ante la salud no se mencionaron en los resultados de siete años.

Evaluación de procesos: El objetivo declarado de la evaluación del proceso era detectar una conexión entre las medidas de intervención y el cambio esperado en las variables proyectadas. Esto se logró a través de: 1) La presentación de informes bianuales y descripciones cualitativas de las medidas y las estrategias por los que se ocupaban de su implementación. 2) La documentación del proceso de organización y de los cambios estructurales dentro de las comunidades de la intervención y su influencia en la intervención. 3) Encuestas anuales a los participantes que medían su participación en el programa y sus efectos intermedios. 4) El análisis de contactos en el cual se registraron los detalles de los contactos individuales contra el tiempo, mediante un formulario estandarizado, que permitió examinar el tipo y la finalidad del contacto y el tipo de organizaciones interesadas en el estudio en los diferentes estadios del proyecto y la repercusión de sus componentes individuales. 5) El análisis del contenido de los periódicos. Las pruebas publicadas de estos informes, encuestas y análisis fueron limitadas.

Evidencia en relación con la exposición: Se informó que las clases sociales más bajas tenían un bajo nivel de conocimiento del programa.

Dosis-respuesta: A pesar de la información detallada recopilada con relación a la exposición al programa, no se presentó evidencia directa que relacionara la dosis con los resultados, o que comparara la dosis en las áreas de intervención y de comparación.

Mantenimiento: Aunque la continuación de las actividades del programa por las comunidades mismas era un objetivo declarado, no se encontró evidencia de ello.

Evaluación económica: No se encontró ninguna evidencia.

El Vasterotten Intervention Programme en el municipio de Norsjo (Weinehall 1999), que tuvo lugar en Suecia, empezó en 1985, y estaba orientado a reducir los factores de riesgo

cardiovascular. Se orientó al tabaquismo, el régimen dietético, la hipertensión y el peso. En un diseño cuasiexperimental se asignó al municipio rural de Norsjo para recibir la intervención. La comparación de los factores de riesgo se hizo con la población de MONICA en el norte de Suecia. La intervención de educación sanitaria incluyó la organización comunitaria, un comité colaborador local y un grupo de consulta universitario. Se difundieron mensajes sobre los factores del estilo de vida por las asociaciones locales, los clubes deportivos, los medios de comunicación y los vendedores minoristas de alimentos. Se promovió el teatro, la música y las reuniones informales como un medio para difundir estos mensajes. Un aspecto principal de la intervención era el cribaje (screening) de factores de riesgo con asesoramiento individual por los médicos de familia, las enfermeras del distrito y los dietistas. Además participó el gobierno local, los servicios dentales, las escuelas y las guarderías infantiles y hubo mucha publicidad por los medios masivos de comunicación (periódicos, radio y televisión). Hubo poco énfasis en reducir el tabaquismo.

Después de seis años de actividad de la intervención, la prevalencia de tabaquismo aumentó levemente tanto en las mujeres como en los hombres en Norsjo, pero no cambió en las muestras de comparación de mujeres y hombres. En las cohortes de mujeres y hombres seguidas en Norsjo, la prevalencia de tabaquismo disminuyó en 3,7% en las mujeres y en 2,7% en los hombres.

Variables intervintentes: Se evaluó anualmente en el municipio de Norsjo y en 1986 y 1990 en el área de referencia de MONICA, el apoyo emocional percibido, basado en las respuestas a cuatro ítems y la red social, que indica la disponibilidad de interacción social. Hubo poco cambio en las proporciones de entrevistados con altos o bajos niveles de apoyo emocional en Norsjo, ni en el área de referencia y no hubo diferencia manifiesta entre ellos. Hubo también poco cambio en las proporciones de los entrevistados con redes sociales prolongadas o limitadas en Norsjo, ni en el área de referencia, aunque la proporción con redes sociales limitadas fue varios puntos de porcentaje mayor en Norsjo (18,7% a 22%) que en el área de referencia (13,5% a 13,1%). No se presentaron pruebas de significación de estas comparaciones.

Evaluación de procesos: Los métodos incluían análisis del contenido de la producción de los medios y una encuesta de población para evaluar el conocimiento del proyecto y la participación. También se midió el control percibido o el sentimiento de pertenencia del programa y la influencia de la actividad del programa sobre la política sanitaria y la práctica médica local. Mayor información con respecto a la puesta en práctica del programa se recopiló mediante entrevistas semiestructuradas, con los encargados de adoptar las decisiones clave, los planificadores y el personal médico con grados variables de antigüedad.

Evidencia en relación con la exposición: Se recopiló información detallada sobre la exposición al programa. El

proyecto se centró principalmente en el régimen dietético y en la nutrición con énfasis mínimo en la disminución del tabaquismo. De 257 artículos publicados, sólo cuatro (1,6%) estaban relacionados con el tabaquismo y de 63 transmisiones de radio sólo una (1,6%) era sobre el tabaquismo. En general, las mujeres y los trabajadores intelectuales y los profesionales tuvieron mayor probabilidad de recordar los mensajes de los medios de comunicación que los hombres y los trabajadores manuales.

Dosis-respuesta: No se presentó evidencia directa que relacionara la dosis con los resultados. No se encontró evidencia que comparara la dosis en las áreas de intervención y de comparación.

Mantenimiento: Se informó que las actividades de intervención han continuado después de la terminación formal del programa y estaban todavía en curso en 2000. No se encontró información adicional.

Evaluación económica: Se realizó un análisis de costo-efectividad del programa general. Además se realizó el análisis de costo-beneficio que utilizaba la voluntad para el pago (willingness to pay). El programa se encontró que era efectivo en función de los costos y la 'voluntad para el pago(willingness to pay)' sobrepasaba los costos, al menos tres veces.

El Texas-Mexican Border Study (McAlister 1992) tuvo lugar en dos ciudades de Texas en EE.UU., Eagle Pass y Del Rio, y en una en México, Piedras Negras. El proyecto empezó en 1985 con la intención de promover la salud al reducir el hábito de fumar, el consumo de alcohol, el peso y aumentar el uso de cinturones de seguridad y la participación en exámenes anuales. Se usó un diseño cuasiexperimental, con Eagle Pass y Piedras Negras asignadas a recibir la intervención, y Del Río para actuar como la comunidad de comparación. La intervención de educación sanitaria usó a voluntarios y maestros e incluyó iglesias, negocios, escuelas y al gobierno local, y se realizó en inglés y en español. Se hizo un uso extensivo de los medios masivos de comunicación, incluidos los periódicos locales, la radio y la televisión, ciudadanos locales promoviendo el cambio de comportamiento, testimonios y anuncios de servicios públicos. La intervención también incluyó boletines informativos, folletos, materiales de autoayuda y un programa intensivo de orientación individual, personal y por teléfono, ofrecida a la mitad de los sujetos en Eagle Pass.

Después de 4,3 años, la tasa de abandono en la cohorte seguida en Eagle Pass fue mayor que en Del Río. Ningún beneficio adicional se encontró asociado con la intervención de mayor intensidad. La tasa de abandono autonotificada en Piedras Negras fue similar a la de Eagle Pass.

Variables intervintentes: Se iban a analizar las variables intervintentes y los procesos psicológicos sociales significativos relacionados con el abandono del hábito de fumar; y al inicio del estudio, antes de la exposición, se obtuvieron datos sobre

el conocimiento, las actitudes y los comportamientos relacionados con las metas del proyecto. No se encontraron resultados de la evaluación inicial ni resultados posteriores.

Evaluación de procesos: Se registró información numérica con relación a la dosis y al alcance de los mensajes por los medios masivos de comunicación. Se realizaron entrevistas sistemáticas con trabajadores de la comunidad y voluntarios para evaluar la dosis y la respuesta. La evaluación formativa incluía grupos focales para presentar con antelación y probar el diseño y el contenido de los mensajes emitidos por los medios masivos de comunicación. La retroalimentación de la comunidad durante las campañas también se usó con fines formativos.

Evidencia en relación con la exposición: Se recopiló información detallada sobre la exposición a los programas. De 288 personas que recibieron contacto personal intensivo en El Paso, 166 aceptaron los servicios y 32 recibieron consejos formales para abandonar el hábito de fumar. En Piedras Negras se estimó que dos tercios de las 166 viviendas aptas recibieron la intervención con contacto mínimo.

Dosis-respuesta: No se presentó evidencia directa que relacionara la dosis con los resultados en la población estudiada. No se encontró evidencia que comparara la dosis en las áreas de intervención y de comparación.

Mantenimiento: No se encontró evidencia relativa a la sustentabilidad.

Evaluación económica: No se encontró evidencia, aunque en la propuesta de la investigación original estaban incluidos planes para una evaluación económica.

Heartbeat Wales (Tudor-Smith 1998) comenzó en 1985 como un proyecto piloto para disminuir las enfermedades cardiovasculares y la mortalidad mediante la educación sanitaria y los cambios de política diseñados para modificar el hábito de fumar, el régimen dietético, la actividad física y el peso. Se usó un diseño cuasiexperimental, con Gales como el área de intervención y cuatro condados del noroeste de Inglaterra como área de comparación. La intervención hizo amplio uso de los medios masivos de comunicación y también incluyó a los profesionales de la salud, los centros de trabajo, los negocios, las escuelas y los actos públicos. La intervención promovió el uso de los materiales existentes de autoayuda, grupos para dejar de fumar y consejos para el abandono del hábito de fumar.

Después de cinco años, no se detectaron efectos de la intervención, se redujo significativamente la prevalencia de tabaquismo en un grado similar en Gales y en los condados de comparación en Inglaterra. Los datos detallados del proceso mostraron la difusión rápida de muchas de las actividades de intervención a las áreas de referencia y a otras partes del Reino Unido.

Variables intervenientes: Se evaluaron los conocimientos sobre la salud, las creencias y los intentos para abandonar el hábito de fumar. La proporción de los fumadores que estaban de

acuerdo en que su nivel de consumo de tabaco era perjudicial para su salud aumentó en Gales y en el área de comparación. Los intentos para abandonar el hábito de fumar también aumentaron en Gales y en el área de comparación. Los análisis a nivel individual y al de la comunidad no mostraron diferencias significativas. La salud percibida, el acceso al apoyo social y el sitio exacto del control también se evaluaron al inicio, pero no se encontraron los datos de seguimiento.

Evaluación de procesos: Se realizó una extensa evaluación formativa y del proceso. La evaluación formativa aportó retroalimentación rápida con relación al logro de los objetivos del programa y también ayudó en el proceso de identificar los principales factores causales que influenciaban el cambio. La evaluación del proceso se orientó a determinar cómo y por qué se lograron los cambios. Se recopiló información detallada con respecto a la puesta en práctica de los componentes individuales del programa. Se evaluó el alcance y la repercusión sobre el cambio de comportamientos de las actividades específicas (p.ej. concursos 'dejar y ganar'). Se determinó la actividad de promoción de la salud realizada por los médicos generales y visitadores sanitarios junto con el cambio al nivel de las organizaciones tanto en la práctica como en la política (en hospitales, escuelas y centros de trabajo). Se emplearon diversos métodos que incluían los cuestionarios postales, las entrevistas por teléfono, y la consulta con individuos importantes. Además, se midieron los resultados intermedios con encuestas bianuales en todo Gales. La evaluación del proceso estaba también diseñada para detectar las influencias de los factores de confusión más importantes. Esto se logró mediante 1) la monitorización activa de los eventos en el área de comparación. 2) un estudio retrospectivo que incluyó entrevistas semiestructuradas con gestores de promoción de la salud, para recopilar información sobre las actividades pertinentes de promoción de la salud cardiaca realizadas por las autoridades sanitarias locales en ambas áreas y 3) las encuestas de investigación de mercado que proporcionaban retroalimentación sobre las iniciativas nacionales, en particular las que incluían los medios masivos de comunicación.

Evidencia en relación con la exposición: Se señaló que la 'información del proceso indica que Heartbeat Wales logró su objetivo básico de establecer un enfoque a nivel regional sobre la prevención de las EC'. Durante el seguimiento, el número de fumadores que recibieron asesoramiento para dejar de fumar no difirió significativamente entre el área de intervención y las áreas de comparación.

Dosis-respuesta: A pesar de la información detallada recopilada con relación a la exposición al programa, no se encontraron detalles adicionales sobre el nivel de la puesta en práctica del programa. Por lo tanto, no se presentó evidencia directa que relacionara la dosis con los resultados o que comparara la dosis en las áreas de intervención y las de comparación.

Mantenimiento: No se encontró evidencia directa. Sin embargo, muchos de los elementos clave del programa se han aceptado y usado en el Reino Unido y en el extranjero.

Evaluación económica: Se realizó un análisis costo-beneficio del programa general. El valor presente neto de los beneficios fue considerablemente mayor que los costos para el National Health Service y para la economía galesa en su totalidad. Los costos netos por año de vida laboral salvado se comparan favorablemente con otras intervenciones de asistencia sanitaria.

El Heart to Heart project, (Goodman 1995), una intervención comunitaria de cinco años de duración que comenzó en 1986, tenía por objetivo reducir los factores de riesgo cardiovascular, y se realizó en Carolina del Sur, EE.UU. Se usó un diseño cuasiexperimental, con una ciudad, Florence, designada como la comunidad de intervención y otra, Anderson, como la comunidad de comparación. La intervención de educación sanitaria incluyó la organización comunitaria, los funcionarios de la comunidad, una coalición, voluntarios, iglesias, restaurantes y comerciantes minoristas de alimentos, una oficina de conferiantes, ferias de salud locales, concursos para dejar de fumar, los medios masivos de comunicación (periódicos, radio y televisión), carteles, carteleras y estuches de autoayuda para el abandono del hábito de fumar. Se realizaron presentaciones de las guías para las enfermedades cardiovasculares a los profesionales de la salud y se distribuyó en los centros de trabajo un directorio para la promoción de la salud.

Después de cinco años, la prevalencia de tabaquismo descendió en ambas comunidades pero no hubo diferencia entre ellas. Sin embargo, en los hombres hubo una disminución significativa en Florence comparado con Anderson, pero no en las mujeres. Los autores describen detalladamente las dificultades asociadas con armar una coalición efectiva para ejecutar este proyecto.

Variables intervenientes: El conocimiento de que el hábito de fumar aumenta la probabilidad de una persona de padecer una cardiopatía fue alto en los afroamericanos y los blancos con menos de 12 años de educación en el pueblo de intervención y no cambió apreciablemente durante el curso de la intervención de cuatro años. No se encontraron comparaciones con el área de referencia.

Evaluación de procesos: Se realizó una considerable evaluación del proceso. El grado en que el programa se puso en práctica, según lo previsto en su propuesta original, se examinó junto con los factores que influyeron en esto. La interacción de diferentes grupos de interés con el proyecto fue también documentada y se registraron los puntos fuertes, los beneficios no previstos y los "productos" del proyecto. Esto se logró mediante el análisis de la documentación del proyecto (informes trimestrales, solicitudes de renovación de subvenciones y otros memorandos del proyecto) y las entrevistas con proveedores clave. Los entrevistados incluían asesores del Departamento de salud, administradores y otro personal del proyecto, miembros coordinadores del consejo, personal de los organismos locales

contratados para realizar actividades del proyecto y voluntarios de la comunidad. Se identificaron mediante estas entrevistas los medios de participación, los beneficios asociados y las áreas para el mejoramiento.

Evidencia en relación con la exposición: Se recopiló información detallada sobre la exposición a los programas. En total hubo 32 000 contactos con participantes en el programa. Sin embargo, sólo 11 de los 585 programas se dirigieron al abandono del hábito de fumar. Estos programas llegaron a 368 fumadores. No está claro si la actividad para aumentar el conocimiento del público (64 programas adicionales que alcanzaron 1954 personas) incluyó mensajes acerca de fumar.

Dosis-respuesta: No se presentó evidencia directa que relacionara la dosis con los resultados. No se encontró evidencia que comparara la dosis en las áreas de intervención y de comparación.

Mantenimiento: Ciertos componentes se mantuvieron después de la finalización formal del programa de investigación. Sin embargo, no se encontraron detalles adicionales.

Evaluación económica: No se encontró ninguna evidencia.

El Anti-Tobacco Education Project (Anantha 1995) tuvo lugar en la India y procuró reducir el consumo del tabaco. El proyecto empezó en 1986 y usó un diseño cuasiexperimental con pueblos en el territorio de tres centros de atención primaria de salud: Dibbur con 177 pueblos se asignó a recibir la intervención, y otras dos áreas, Malur con 136 pueblos y Gudibanda con 120 pueblos, fueron las comunidades de comparación. La intervención de educación sanitaria usó a 25 trabajadores de salud auxiliares que visitaron los pueblos semanalmente y tres trabajadores de salud superiores que visitaron los pueblos mensualmente, los que trataron los peligros del consumo de tabaco, ilustrado con imágenes de las enfermedades relacionadas con el tabaquismo, especialmente de la boca. Se usaron carteles y folletos, y se realizaron regularmente discusiones de educación sanitaria individuales y en grupo en cada uno de los pueblos de intervención.

La evaluación fue por entrevista personal, y se realizaron análisis de seguimiento transversal y de las cohortes. Después de seis años de esta iniciativa de educación sanitaria, se vieron reducciones de la prevalencia de tabaquismo en las mujeres y los hombres en los pueblos en el distrito de intervención comparado con los de cada uno de los distritos de comparación, en los análisis del seguimiento transversal y de las cohortes. Las tasas de abandono del hábito de fumar en las mujeres y los hombres fueron también mayores en el distrito de intervención que en cada uno de los distritos de comparación y las tasas de inicio del hábito de fumar fueron inferiores.

No se hallaron informes en relación a las variables intervenientes.

Evaluación de procesos: Se recopiló información sobre la exposición, el alcance y la repercusión de las actividades del programa.

Evidencia en relación con la exposición: Se recopiló información detallada sobre la exposición a los programas. Se distribuyeron 2000 folletos y 500 carpetas de educación sanitaria. También se usaron 100 tarjetas de bolsillo, 40 álbumes de fotos y cuatro conjuntos de tableros de información. Se realizó el cribaje (screening) de los filmes, al menos dos veces en cada uno de los pueblos de intervención. Para examinar la repercusión del material de educación de salud, la proporción de los exconsumidores y no exconsumidores se comparó en aquellos expuestos a diferentes actividades de promoción de salud. No hubo diferencia en la proporción de exconsumidores y no exconsumidores entre los expuestos a la información textual y a la comunicación interpersonal con el uso de postales fotográficas. Sin embargo, la proporción de los exconsumidores que vieron los materiales audiovisuales fue mayor que la proporción de no exconsumidores.

Dosis-respuesta: No se encontraron pruebas de una relación general dosis-respuesta ni de comparaciones de la dosis entre las áreas de intervención y las áreas de comparación.

Mantenimiento: No se encontró ninguna evidencia.

Evaluación económica: No se encontró ninguna evidencia.

El Kilkenny Project (Shelley 1995) tuvo lugar en County Kilkenny, Irlanda, y comenzó en 1987. El objetivo principal fue la reducción de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, a saber el tabaquismo, la hipertensión, el colesterol alto, la obesidad y el estilo de vida sedentario. Se usó un diseño cuasiexperimental, y se eligió a Kilkenny County como la comunidad de intervención, porque la junta local de salud estaba dispuesta a colaborar con el programa. El condado de comparación fue County Offaly. La intervención incluyó un programa de conocimiento, seminarios de entrenamiento para personal de la educación, la salud y el servicio de comidas. Se establecieron programas con profesionales de la salud (médicos y dentistas) y maestros que incorporaban a las escuelas, al departamento de salud local, los medios masivos de comunicación (periódicos, radio) actividades públicas, concursos 'dejar de fumar' y materiales didácticos.

Después de cinco años, disminuyó la prevalencia de consumo de cigarrillos en los hombres y mujeres de County Kilkenny y de County Offaly pero no hubo diferencia de la prevalencia de fumadores de cigarrillos entre ambos condados.

Variables intervinientes: Las actitudes hacia la cardiopatía coronaria se evaluaron al inicio del estudio en Inistioge, un pueblo en County Kilkenny, pero no se encontraron resultados publicados .

Evaluación de procesos: Se realizó una evaluación formativa extensa para ayudar al desarrollo de los materiales y las actividades del programa. La evaluación en curso, a lo largo

del período de ejecución, midió los puntos fuertes operativos, los defectos y la repercusión a corto plazo de los eventos. Esta información se usó formativamente junto con la retroalimentación del público, los profesionales y los miembros del comité. Se recopiló la información sobre el conocimiento y la participación en las actividades del programa y las tendencias intermedias informadas en el cambio de comportamientos, por medio de encuestas postales regulares.

Evidencia en relación con la exposición: Se recopiló información detallada sobre la exposición a los programas. En la encuesta final del seguimiento 93,2% de los entrevistados habían oído del programa. La penetración de los medios de comunicación individuales siguió un modelo similar al conocimiento general sobre el programa. Los hombres, que no tenían un empleo asalariado, que habían abandonado precozmente la escuela y que tenían menos hábitos saludables tuvieron menor probabilidad de haber oído del proyecto. Numerosas actividades individuales, incluido un concurso de 'dejar de fumar', tuvieron una respuesta considerable.

Dosis-respuesta: El conocimiento del proyecto se asoció significativamente con una puntuación compuesta que reflejaba un cambio en los hábitos de salud en los cinco últimos años. No se encontró evidencia directa que comparara la dosis y los resultados relacionados con el consumo individual de tabaco. No se encontró evidencia que comparara la dosis en las áreas de intervención y de comparación.

Mantenimiento: No se encontró evidencia directa. Sin embargo, los materiales y los métodos del programa se han distribuido a otras áreas.

Evaluación económica: No se encontró ninguna evidencia. Se informaron los costos del proyecto.

El Community Intervention Trial for Smoking Cessation, COMMIT (1995) se realizó en 11 pares de comunidades, diez en los Estados Unidos y uno en Canadá, desde 1988. El ensayo estaba diseñado para reducir la prevalencia de tabaquismo en los grandes fumadores, es decir, los hombres y las mujeres que fumaban 25 o más cigarrillos por día. Usó un diseño controlado aleatorio, una de cada dos comunidades pareadas fue asignada al azar a recibir la intervención y la otra para actuar como comunidad de comparación. La intervención incluyó organización comunitaria, juntas y personal de la comunidad y grupos de tareas en cada una de las 11 comunidades de intervención. Cada comunidad formó cuatro grupos de tareas para la educación pública, los prestadores de atención sanitaria, los centros de trabajo y los recursos para la cesación, cada uno con un conjunto de actividades clave establecidas. Los canales de la intervención incluyeron voluntarios, profesionales de la salud, maestros, centros de trabajo, iglesias, negocios, escuelas, actividades públicas, los medios masivos de comunicación (noticias y crónicas en los periódicos y en la radio y la televisión), carteles y carteleras, correos, concursos para dejar de fumar, materiales de autoayuda y las guías de recursos para el abandono del hábito

de fumar. Se promovieron las políticas de lugares libres de humo.

Después de cinco años de actividad de intervención, los análisis del seguimiento transversal demostraron disminución de la prevalencia de tabaquismo en las comunidades de intervención y las de comparación pero no hubo diferencias significativas entre ellas. El estudio de seguimiento de cohortes no mostró diferencias significativas entre las comunidades de intervención y de comparación en las tasas de abandono en los grandes fumadores, pero en los fumadores ligeros y moderados (aquellos que fumaban menos de 25 cigarrillos por día) la tasa de abandono fue significativamente mayor en las comunidades de intervención. Las estimaciones de las tasas de abandono a nivel poblacional, en las comunidades de intervención y de comparación, calculadas a partir de los datos de los grandes fumadores y de los fumadores ligeros /moderados, mostraron una tasa de abandono significativamente mayor en las comunidades de intervención.

Variables intervinientes: En los análisis del seguimiento de cohortes, el tiempo hasta fumar el primer cigarrillo, el deseo de dejar el hábito, los intentos de dejarlo en el último año y la presencia de otro fumador en la vivienda se evaluaron al inicio del estudio, pero no se encontraron los resultados de estas variables posteriores a la intervención. 'La 'no aceptabilidad del hábito de fumar' por los grandes fumadores y por los ligeros o moderados no difirió entre las comunidades de intervención y las de comparación en la encuesta de seguimiento final en 1993. En el análisis del seguimiento transversal independiente, el deseo de dejar el hábito, los intentos de dejarlo en el pasado y los métodos usados al tratar de dejar el hábito se evaluaron al inicio del estudio, pero no se encontraron los resultados de estas evaluaciones posteriores a la intervención. 'La no aceptabilidad del hábito de fumar' en los fumadores y los exfumadores recientes no difirió entre las comunidades de intervención y las de comparación en la encuesta final en 1993.

Se crearon dos índices de la actitud, uno dirigido al tabaquismo como un problema de salud pública (control del consumo de tabaco en lugares públicos, control legislativo, control del consumo de tabaco en los contextos de salud y control del consumo de tabaco en las escuelas) y el otro sobre las normas y los valores relativos al fumar (creencia en el carácter nocivo del hábito de fumar, acciones sociales relativas al tabaquismo y riesgos del humo de tabaco en el ambiente).

En el análisis del seguimiento transversal independiente, para todos los sujetos, el índice de fumar como un problema de salud pública no difirió en el estudio inicial entre las ciudades de intervención y las de comparación y aunque hubo una diferencia significativa en 1993 entre ambas, no difirió el grado del cambio dentro de cada una. Para los grandes fumadores, la percepción de fumar como un problema de salud pública no difirió en el estudio inicial entre las ciudades de intervención y las de comparación, pero fueron significativamente diferentes en 1993 y el cambio comparado con el inicio del estudio también difirió

significativamente. Para los fumadores ligeros o moderados, la percepción de fumar como un problema de salud pública no difirió en el estudio inicial entre las ciudades de intervención y las de comparación. Aunque hubo una diferencia significativa en 1993 entre ambas áreas, no difirió el grado del cambio dentro de cada una. En 1993, no hubo ninguna diferencia de este índice en los exfumadores o en los que nunca fumaron.

Para el índice de las normas y los valores, no se observó ningún efecto de la intervención en todos los sujetos, ni en los grandes fumadores, los fumadores ligeros o moderados, los exfumadores o los que nunca fumaron.

en el análisis de seguimiento de las cohortes, en todos los sujetos, ambos índices mostraron cambios de actitud positivos que favorecían no fumar, en las ciudades de intervención y de comparación, sin diferencia significativa entre ellas. El análisis de subgrupos mostró un efecto significativo de la intervención en los fumadores ligeros o moderados; el grupo de fumadores en los que hubo un efecto significativo de la intervención sobre las tasas de abandono.

Se midió al inicio la presión social para dejar de fumar, en base a dos aspectos, uno que evaluaba la presión para dejar de fumar ejercida por los niños, la familia, los amigos, los médicos y los compañeros de trabajo, y el otro, la reacción ante una persona que fumaba en un lugar público donde no estaba restringido; pero no se encontraron los resultados posteriores a la intervención.

Evaluación de procesos: La evaluación incluyó amplios procedimientos para seguir las actividades en las comunidades de intervención y en las de comparación y para monitorizar la ejecución de la intervención. Se examinó el grado en que se alcanzaron las metas del ensayo para la movilización por cada comunidad y en qué medida pudo ejecutarse el protocolo estándar en las diversas comunidades. Se utilizaron diversos métodos. Un sistema computarizado de registro, monitorizado por el centro coordinador, siguió la implementación de las actividades requeridas para la intervención. La extensa documentación producida por el personal y los voluntarios p.ej. los planes de acción anuales, registró las actividades del proyecto y permitió monitorizar el proceso de movilización de las comunidades. Estos registros se complementaron con visitas a la comunidad y entrevistas semiestructuradas con los principales voluntarios. Las encuestas de los centros de trabajo examinaron las políticas y los recursos de apoyo para los fumadores, y dos encuestas separadas (una encuesta telefónica a los consultorios de medicina general y una encuesta postal a profesionales individuales) evaluaron la repercusión del canal de los proveedores de servicios sanitarios. También se realizaron encuestas en la comunidad, en las organizaciones religiosas y a los proveedores de recursos sobre el abandono del hábito de fumar en las comunidades de intervención y de referencia. También se siguió la cobertura por los medios de comunicación de las noticias y de la información relacionada con el tabaco (incluidas carteleras) en todas las comunidades, así como el rastreo anual de los cambios legislativos y las adiciones a las

leyes de control del consumo de tabaco. Además, se monitorizaron trimestralmente en todas las comunidades los desarrollos sociales, políticos, económicos y de otro tipo que pudieran afectar el éxito del proyecto en las áreas de intervención o la influencia de las actividades de control del consumo de tabaco en las áreas de referencia. Se realizaron grupos focales con los voluntarios de COMMIT y con el personal de cada comunidad, para evaluar la continuación de las actividades del proyecto después de la terminación formal del financiamiento. Un sistema de seguimiento del costo vigiló los insumos materiales y de personal para la evaluación económica.

Evidencia en relación con la exposición: Se recopiló información detallada sobre el alcance y la exposición al programa. Los objetivos de COMMIT determinaron el nivel mínimo de la actividad que debía realizarse anualmente por los cuatro canales de intervención en cada comunidad. El promedio del nivel del logro en los 11 sitios varió de un 90% a un 93%. Casi todas las actividades establecidas se ejecutaron en todos los sitios de la intervención.

También se realizó un análisis extenso de los datos agregados de la encuesta : Cinco índices de recepción, cada uno asociado con un componente principal de la intervención y tres índices adicionales que representaban las actividades más generales se sumaron para proporcionar una medida de la "dosis" para las comunidades de intervención y de control. El índice general de recepción mostró que las personas en la comunidad de intervención tuvieron significativamente más probabilidad de recordar las actividades de control del tabaquismo que los de las comunidades de referencia tanto en las muestras de la cohorte como en las de seguimiento transversal. Sin embargo, la magnitud del promedio de las diferencias de los índices de recepción individuales entre los dos grupos de comunidades fue pequeña.

Dosis-respuesta: Las diferencias de los índices de recepción se computaron para cada par de comunidades y se correlacionaron con las diferencias de los resultados. En el análisis del seguimiento de cohortes, la variabilidad a través de los pares de comunidades en la diferencia de los índices de recepción no permitió obtener una correlación con las diferencias de las tasas de abandono entre los grandes fumadores, pero hubo una correlación significativa entre los fumadores ligeros o moderados en los que hubo un cambio conductual significativo. El análisis del seguimiento transversal mostró que las diferencias de los índices de recepción resumidos entre las comunidades de intervención y de comparación se correlacionaron significativamente con las diferencias en el abandono del hábito de fumar pero no con las diferencias en el cambio de la prevalencia.

Mantenimiento: Aunque la continuación de las actividades de COMMIT no fue una meta principal del programa, todas las comunidades hicieron planes para continuar alguna actividad de control del consumo de tabaco. Se encontró que en nueve

de las 11 comunidades se encontraba operando una coalición anti-tabaco, una junta y otras estructuras, de 12 a 16 meses después del final formal del programa ,y diez comunidades tuvieron algún nivel de personal asalariado dedicado al control del tabaquismo. Un año después de que se retiraron los fondos, continuaba una actividad apreciable en tres de los cuatro canales del programa original (centros de trabajo, educación pública y recursos para la cesación) y se realizaba también una considerable actividad de control del tabaquismo dirigida a la juventud.

Evaluación económica: Se incluyó un análisis de costo-efectividad del programa general en el diseño de la evaluación. La medida de resultado concebida eran los costos sociales marginales estimados del incremento del abandono del hábito de fumar. Sin embargo, esto no fue calculable por la falta de un efecto sobre el abandono del hábito de fumar.

El Dutch Study para reducir la prevalencia de tabaquismo se realizó en dos comunidades de Holanda (Mudde 1995), y comenzó en 1989. La comunidad de intervención, Den Bosch, fue seleccionada al azar de un par de ciudades pareadas por sus características demográficas. La otra ciudad, Apeldorn, se convirtió en la comunidad de comparación. Los investigadores tuvieron considerable dificultad para obtener la participación activa de algunas organizaciones. En la intervención participaron los medios masivos de comunicación locales (periódicos, radio y televisión), carteles y volantes, los profesionales de la salud, una línea telefónica local sobre el abandono del hábito de fumar, materiales de autoayuda, grupos para el abandono del hábito de fumar y orientación telefónica individual. Un programa nacional contra el tabaquismo en los medios de comunicación se inició inesperadamente durante la intervención, lo que contaminó el experimento. Después de 14 meses, no se mostraron efectos sobre la prevalencia de tabaquismo o sobre las tasas de abandono en Den Bosch en comparación con Apeldorn.

Variables intervinientes: La evaluación de las creencias sobre los aspectos en favor y en contra del tabaquismo, el apoyo social al abandono del tabaco, y la autoeficacia para abstenerse del hábito en diversas situaciones se obtuvieron al inicio del estudio, pero no se encontraron los resultados posteriores a la intervención. El porcentaje de fumadores que intentaba dejar el hábito no era diferente entre las dos ciudades en las entrevistas de seguimiento en junio de 1990 y en diciembre de 1990.

Evaluación de procesos: Se evaluó individualmente el alcance y la efectividad de dos componentes del programa (grupos de apoyo del abandono del hábito de fumar y un manual de autoayuda). Los registros numéricos de la participación en las sesiones de los grupo, la distribución de los manuales de autoayuda, las llamadas a la línea para dejar de fumar y los mensajes por los medios de comunicación se mantuvieron. El conocimiento y la claridad de los mensajes y la participación en las actividades también se evaluaron durante la encuesta

final. Las entrevistas por teléfono con médicos generales evaluaron la actividad pertinente de promoción de la salud.

Evidencia en relación con la exposición: Se recopiló información detallada sobre la exposición al programa. Se estimó que se alcanzó entre el 6% y 11% de la población potencial destinataria por los elementos de la intervención. Las pruebas generales que comparaban la dosis en Den Bosch y en Appeldorn indicaron que la conciencia sobre las actividades locales de abandono del hábito de fumar durante el período de intervención no difirió significativamente entre las áreas. Significativamente, más entrevistados en el área de intervención recordaron los mensajes que indicaban la existencia del manual de autoayuda y un programa para dejar el hábito en grupos, y más sujetos en el área de intervención poseían un manual. Sin embargo, menos sujetos en la ciudad de tratamiento habían llamado a una línea telefónica para el abandono del hábito y no hubo diferencias entre las ciudades en el número de los que habían adquirido materiales escritos diferentes al manual de autoayuda, participado en un programa de grupo o recibido asesoramiento para dejar de fumar por un médico general. Por lo tanto, la disponibilidad de los mensajes de apoyo al abandono del hábito de fumar en la comunidad de control puede haber sido un factor contribuyente a la ausencia de un efecto neto de la intervención.

Dosis-respuesta: No se encontró relación significativa entre el comportamiento para dejar de fumar y la exposición a los elementos de la intervención. Sólo el 27% de los que habían dejado de fumar informaron que los mensajes del programa habían influido en su decisión.

Mantenimiento: No se encontró ninguna evidencia.

Evaluación económica: No se encontró ninguna evidencia.

La Community Coalitions to Help Women Quit Smoking Project (Breathe Easy), (Secker-Walker 2000) se realizó en cuatro condados del noreste de los Estados Unidos a partir de 1989. El objetivo era reducir la prevalencia de tabaquismo en las mujeres. Se usó un diseño cuasiexperimental, en dos condados adyacentes, Windham County, Vermont y Cheshire County, New Hampshire fueron designados como los condados de intervención y Rutland County, Vermont y Belknap County, New Hampshire, los condados de comparación. La intervención de educación sanitaria incluyó la organización comunitaria, la formación de coaliciones, grupos de tareas y personal de la comunidad en cada condado de intervención. Los canales de la intervención incluyeron voluntarios, profesionales de la salud, maestros, centros de trabajo, negocios, escuelas, actividades públicas, medios masivos de comunicación (noticias, crónicas y anuncios pagados en periódicos, radio y televisión), boletines informativos, folletos, estuches para dejar de fumar, un video sobre el abandono del hábito de fumar, grupos de apoyo y apoyo individual brindado personalmente o por teléfono por miembros de la comunidad para dejar de fumar. Se promovieron las políticas de lugares libres de humo.

Después de cinco años, el análisis del seguimiento transversal mostró una prevalencia significativamente inferior del tabaquismo en las mujeres en los condados de intervención (Windham y Cheshire). Hubo también una significativamente mayor tasa de abandono, en particular en las mujeres más jóvenes y las mujeres con ingresos inferiores, y también en los grandes fumadores en estos condados, comparados con los condados de Rutland y de Belknap.

Variables intervintores: En las mujeres fumadoras, se evaluó al inicio del programa (1989/90) y después de la intervención (1993/4): las actitudes ante el tabaquismo (intención y motivación para dejar de fumar, motivación para seguir fumando y la confianza en dejar de fumar), los intentos de abandono y duración del intento más largo, las percepciones del apoyo social y las percepciones de las normas de la familia, los amigos y de la comunidad sobre el tabaquismo en las mujeres. También se examinó al inicio del estudio el ambiente de tabaquismo (número de fumadores en la vivienda, exfumadores y no fumadores, amigos y colaboradores que fuman), pero no se encontraron resultados después de la intervención.

La intención y la motivación para dejar de fumar no cambiaron significativamente durante la intervención en ninguna de las áreas y no fue diferente entre ellas en 1993/94. La motivación para seguir fumando y la confianza de dejar el hábito descendieron significativamente en ambas áreas, pero no hubo ningún efecto neto de la intervención. El número de intentos para abandonar el hábito de fumar en el año anterior fue significativamente mayor en ambas áreas, pero no hubo ningún efecto neto de la intervención. La duración del intento más prolongado de abandono del hábito aumentó significativamente en los condados de intervención, pero no en los condados de comparación, pero no hubo ningún efecto neto de la intervención. Las percepciones del apoyo social descendieron significativamente en el área de comparación y levemente en la de intervención, pero no hubo efecto neto de la intervención. Las percepciones de las normas de la familia y de los amigos sobre el tabaquismo en las mujeres no cambiaron significativamente en las dos áreas. Las percepciones de las normas de la comunidad descendieron significativamente en ambas áreas, pero más aún en los condados de intervención, y la diferencia en 1993/94 fue significativa; esto indica que las mujeres fumadoras en los condados de intervención percibieron que los miembros de la comunidad tenían más sentimientos negativos sobre el tabaquismo en las mujeres que en los condados de comparación.

Evaluación de procesos: Se realizó una detallada evaluación del proceso. Se evaluó la participación, el alcance, la calidad y la repercusión sobre el cambio de comportamientos de los componentes individuales del programa p.ej. el sistema de apoyo telefónico, el estuche para dejar de fumar, el video de autoayuda y el uso de los medios de comunicación. Se evaluó, por medio de encuestas, la práctica y la política ante el tabaquismo de los profesionales de la salud, los educadores y los administradores de escuelas secundarias, las organizaciones

preocupadas por la salud y los centros de trabajo en todas las comunidades. Se usó una combinación de métodos de encuesta postal y telefónica. Se realizó también una encuesta de liderazgo de la comunidad, para evaluar la participación comunitaria y su percepción de pertenencia del programa. La evaluación del proceso estaba diseñada para detectar las influencias más importantes de los factores de confusión y proporcionó una evaluación de las tendencias seculares por medio del examen de las actividades tanto en las áreas de intervención como en las de control. También se realizó el análisis del contenido de los artículos relacionados con la salud y de los anuncios de cigarrillos de los periódicos de cada ciudad.

Evidencia en relación con la exposición: No se encontraron detalles de la medida en que se ejecutaron los componentes individuales del programa.

Dosis-respuesta: No se presentó evidencia directa que relacionara la exposición con los resultados. Sin embargo, en comparación con las comunidades de control, los profesionales de la salud en las comunidades de intervención informaron que había significativamente más actividad relacionada con el tabaquismo, incluida la remisión de clientes para ser apoyados en el abandono del hábito de fumar, la distribución de materiales de autoayuda y la asistencia al entrenamiento de los profesionales. El reconocimiento del programa y la percepción de la facilidad del acceso a la información sobre el tabaquismo, los grupos de cesación, los grupos de apoyo, el apoyo individual y los videos fueron también significativamente mayores en el área de intervención que en las de control. Sin embargo, aunque una proporción significativamente mayor de los habitantes de los condados de intervención informó que habían oído temas sobre el tabaquismo en el radio y lo habían leído en los periódicos, más entrevistados en las comunidades de comparación informaron haber visto estos temas en la televisión.

Mantenimiento: Se formaron coaliciones de organizaciones sin fines de lucro para continuar las actividades de la intervención después de la finalización formal del programa de investigación. Aunque ciertos componentes se mantuvieron, no pudo mantenerse el apoyo personal y las lecciones y grupos de apoyo para el abandono del hábito de fumar se realizaron con menos regularidad. Entre seis y nueve meses después las organizaciones sin ánimo de lucro se desintegraron ya que no pudieron obtener fondos localmente. Dos años después que el financiamiento externo se retiró, la provisión de actividades específicas para el abandono del hábito de fumar regresó a los niveles previos a la intervención. Las diferencias significativas informadas por los profesionales de la salud con relación al nivel de la actividad en las áreas experimentales y las de control durante el período de estudio principal ya no fueron observables.

Evaluación económica: Se realizó un análisis de costo-efectividad del programa general. Los costos por año de vida ganado, calculados con el uso de los costos de la intervención o los costos de la intervención y la investigación fueron ambos económicamente atractivos.

El Danish Municipality Project (Osler 1993) se realizó en los municipios de Slangerup y Helsingør en Dinamarca, y comenzó en 1989. El proyecto procuró mejorar varios comportamientos relacionados con el incremento del riesgo de enfermedades cardiovasculares, como fumar, el poco o ningún ejercicio y el consumo alto en grasa. Se usó un diseño cuasiexperimental, con el municipio de Slangerup asignado para recibir la intervención y el municipio de Helsingør para actuar como la comunidad de comparación. La intervención se difundió en Slangerup por seis equipos de voluntarios, e incluyó conferencias sobre salud del corazón, los programas de abandono del hábito de fumar, un Día del Corazón, menciones de salud durante los anuncios comerciales en el cine local e informes sobre la campaña en el periódico local y en la radio local. Después de un año, no se encontró diferencia de la prevalencia de tabaquismo, el número de intentos para abandonar el hábito de fumar o de las tasas de abandono en Slangerup en comparación con Helsingør.

VARIABLES INTERVIENTES: Las creencias sobre la importancia de sus propios esfuerzos y la influencia de la red social propia para dejar de fumar se evaluaron en 1990, pero no se informaron las comparaciones de estas variables entre las dos comunidades. Las variables 'haber considerado dejar de fumar', y 'haber tratado de dejar de fumar' también se evaluaron después de la intervención en 1990 y no se observó ningún efecto neto de la intervención sobre las mismas.

EVALUACIÓN DE PROCESOS: La información pertinente a el conocimiento y a la participación en las actividades del programa y si las redes sociales o los medios masivos de comunicación habían promovido los cambios en el comportamiento ante la salud se obtuvieron durante las encuestas de resumen. No se encontró evidencia directa.

Evidencia en relación con la exposición: Se recopiló información detallada sobre la exposición al programa. La participación en las actividades del programa fue inferior a lo esperado debido a la incapacidad para integrar el programa en las organizaciones sociales de la comunidad y en las instituciones. Una proporción significativamente mayor de los del área de intervención estaba enterada de los proyectos locales. Esta relación no se observó en los de las edades más jóvenes (20 a 24 años) y en los grupos de más edad (55 a 65 años) y en los solteros. Sin embargo, tanto en Slangerup como en Helsingør cerca de 9% de los entrevistados habían participado en los proyectos de salud locales.

Dosis-respuesta: No se presentó evidencia directa que relacionara la dosis con los resultados.

Mantenimiento: El programa no pudo integrar sus actividades en las organizaciones sociales de la comunidad y en los servicios de atención primaria y por consiguiente no fue sostenible. Esto puede haberse debido en parte a la falta de fondos disponibles para incorporar a los servicios de asistencia sanitaria locales.

Evaluación económica: No se encontraron evidencias aunque los costos fueron 'mínimos'.

El Action Heart Project (Baxter 1997), que se realizó en Inglaterra a partir de 1990, procuró modificar los siguientes factores de riesgo cardiovascular: el tabaquismo, el régimen dietético, la hipertensión y la actividad física. Se usó un diseño cuasiexperimental, con dos comunidades adyacentes, Swinton y Wath, asignadas para recibir la intervención y otra comunidad, Maltby, seleccionada como la comunidad de comparación. La intervención de educación sanitaria usó los principios generales de promoción de la salud comunitaria, e incluyó a profesionales de la salud, grupos de abandono del hábito de fumar, volantes de información y recursos de biblioteca, un "Action Heart Club", el examen de salud y un esquema con el uso del parche de nicotina.

Después de cuatro años de actividad de la intervención, hubo una disminución de la prevalencia de tabaquismo en Swinton y Wath y un aumento ligero en Maltby.

Variables intervenientes: Se evaluaron los intentos de dejar de fumar en el pasado, 'quisiera dejar de fumar' y el tabaquismo pasivo (dos ítems: yo vivo con un fumador, a menudo paso el día donde las personas fuman). I live with a smoker, I often spend my day where people smoke) were assessed. Los resultados anteriores y posteriores a la intervención para el tabaquismo pasivo mostraron reducciones de ambas áreas, pero no hubo ningún efecto neto de la intervención. Los resultados sobre los intentos de dejar de fumar en el pasado y los de 'quisiera dejar de fumar' no se encontraron.

Evaluación de procesos: No se encontró ninguna evidencia.

Evidencia en relación con la exposición: No se encontró ninguna evidencia.

Dosis-respuesta: No se encontró ninguna evidencia.

Mantenimiento: No se encontró ninguna evidencia.

Evaluación económica: Se realizó un análisis de costo-efectividad del programa general. El costo estimado por año de vida ganado fue £31. Los autores llegaron a la conclusión de que este costo representó un buen precio en comparación con otras intervenciones de asistencia sanitaria.

El Neighbors Smoke-Free North Side (Fisher 1998) se realizó en St. Louis y en Kansas City en los Estados Unidos a partir de 1990. El objetivo era reducir la prevalencia de tabaquismo, con énfasis en los afroamericanos. Se usó un diseño cuasiexperimental con tres vecindarios en St. Louis asignados para recibir el programa de intervención. Cuatro áreas del código ZIP con características demográficas similares en Kansas City sirvieron de comparación. El programa de intervención, que se ejecutó durante 24 meses, incidió en el gobierno del vecindario y la participación de los residentes en torno al objetivo de no fumar y a las actividades específicas del programa. Se formaron comités directivos voluntarios en cada vecindario, con trabajadores de la comunidad a tiempo parcial.

La planificación central fue realizada por un comité 'Nuts and Bolts', que incluía personal local y de la universidad y hubo también un comité consultivo de toda la ciudad. Se reclutaron y adiestraron voluntarios para ejecutar las actividades del programa. Las actividades incluían manuales de autoayuda y clases de abandono del hábito de fumar adaptadas para afroamericanos de bajos ingresos, visitas domiciliarias, ferias de bienestar, desfiles, un festival evangélico (gospelfest), presentaciones, carteleras, cobertura en el periódico y la televisión y entrevistas por radio.

La evaluación se hizo por entrevistas telefónicas a muestras independientes seleccionadas por dígitos elegidos al azar, realizadas al inicio del estudio y dos años después. Hubo una reducción de la prevalencia de tabaquismo en todos los entrevistados en los vecindarios de St. Louis comparado con los de las áreas del código ZIP en Kansas City. Esta reducción fue vista en los blancos, en las mujeres de 35 años de edad o menos y en aquellos con ingresos de \$20000 o más, pero no en los afroamericanos o en los hombres.

Variables intervenientes: La evaluación al inicio del estudio incluyó preguntas sobre el conocimiento de los riesgos para la salud relacionados con el tabaquismo, el apoyo social y de las comunidades y las ideas de los entrevistados sobre las actitudes de la comunidad acerca de estos temas. No se encontraron detalles de las respuestas a estas preguntas.

Evaluación de procesos: Se compilaron las actas de las reuniones del proyecto y otra documentación asociada para proporcionar un registro de la puesta en práctica del programa, incluida la participación de los públicos destinatarios en el gobierno del proyecto y en las actividades del programa. No se informaron métodos adicionales.

Evidencia en relación con la exposición: No se encontraron detalles numéricos de los componentes de la intervención.

Dosis-respuesta: Se presentaron pruebas que sugieren que hay una relación dosis-respuesta significativa. La disminución de la prevalencia de los que estaban enterados del programa Grace Hill fue sumamente significativa comparado con los que no lo estaban. También se presentó evidencia que comparaba la dosis en las áreas de intervención y de control. Los de las áreas de intervención tuvieron significativamente más probabilidad de estar enterados del programa (59%) que los de las áreas de control (6%).

Mantenimiento: las actividades del programa siguieron más allá de la terminación formal del proyecto de investigación 'aparte del interés en el mantenimiento del programa y sus beneficios'. Sin embargo, no se proporcionaron detalles adicionales.

Evaluación económica: No se encontró ninguna evidencia.

Los estudios Vietnamese-American Men Projects tuvieron lugar en los Estados Unidos y comenzaron en 1990. Ambos proyectos se centraron en el cambio del tabaquismo de los hombres

vietnamitas-estadounidenses, ambos usaron diseños cuasiexperimentales, con intervenciones similares y la misma comunidad de comparación. Un proyecto se dirigió a los hombres vietnamitas estadounidenses que vivían en San Francisco y los condados de Alameda en California (McPhee 1995), y el otro, a los hombres vietnamitas estadounidenses que vivían en Santa Clara County, California (Jenkins 1997). La comunidad de comparación para ambos proyectos eran los hombres vietnamitas estadounidenses que vivían en Houston, Texas. La intervención por los medios de comunicación incluyó artículos publicados en los periódicos, una transmisión de vídeo en la televisión y materiales de educación sanitaria, todo en idioma vietnamita, incluido un calendario, etiquetas adhesivas para automóviles, botones de solapa, carteles, folletos y un estuche para dejar de fumar. Se realizó una campaña publicitaria contra el tabaquismo por medio de carteleras, anuncios en el periódico y anuncios pagados en la televisión. También se organizaron actividades contra el tabaquismo para los estudiantes que asistían a las escuelas 'sabatinas' vietnamitas. Se hicieron presentaciones en las actividades de la comunidad y se brindó un curso de educación médica continua sobre métodos para asesorar el abandono del hábito de fumar para médicos vietnamitas.

En San Francisco y los condados de Alameda, hubo una campaña piloto de 15 meses por los medios de comunicación contra el tabaquismo que precedió inmediatamente la intervención, que duró otros 24 meses. Al terminar la intervención, la probabilidad de ser un fumador fue menor y la probabilidad de ser un exfumador en los dos años anteriores fue mayor en San Francisco y en los condados de Alameda, que en Houston.

En Santa Clara County, después de 24 meses de actividades de la intervención, la prevalencia de tabaquismo permaneció invariable, como lo fue en Houston.

Variables intervintentes: En el Proyecto I (Santa Clara County) las actitudes, las normas, los intentos para abandonar el hábito de fumar y la presión social para dejar de fumar se evaluaron al inicio del estudio y después de la intervención. La motivación se evaluó de acuerdo con la variable "cuánto desea dejar de fumar", la autoeficacia para dejar de fumar como "cuán difícil es dejarlo", los intentos para abandonar el hábito de fumar como "alguna vez ha tratado de dejar de fumar" y si la respuesta es positiva, cuántas veces ha tratado, las normas sociales con respecto al tabaquismo como "cuántos amigos son fumadores" y "si los miembros de la vivienda fuman" y la presión para dejar de fumar para los fumadores y los exfumadores como "su familia o amigos le han aconsejado a usted dejar de fumar". La motivación, autoeficacia, haber tratado alguna vez de dejar y el número de intentos fueron significativamente mayores en Santa Clara County al inicio del estudio que en el área de comparación. La motivación, haber tratado alguna vez de dejar el hábito y el número de intentos aumentaron significativamente en ambas áreas durante la intervención, pero no fueron diferentes en la encuesta de seguimiento. No hubo cambios

significativos en la autoeficacia. El número de amigos y de convivientes fumadores no era diferente al inicio del estudio. El número de amigos que no fumaban aumentó significativamente en ambas áreas y el número de miembros de la familia que fumaban disminuyó significativamente pero no hubo diferencia entre las áreas en el seguimiento. La presión para dejar el hábito aumentó significativamente en ambas áreas y tampoco fueron diferentes en el seguimiento.

Evaluación de procesos: La exposición a las actividades del programa se evaluó durante las encuestas de evaluación de resumen del seguimiento. También se evaluó la calidad de los materiales didácticos. Aunque se brindan detalles limitados, el 96,4% de los médicos en una prueba final informaron que los materiales de educación sanitaria del programa habían sido útiles.

Evidencia en relación con la exposición: Se recopiló información detallada sobre el alcance y la exposición a los programas. La encuesta de seguimiento aplicada en una muestra de cada área preguntó sobre el conocimiento de las actividades del proyecto que utilizaron los siguientes medios: los periódicos (artículos y anuncios), la televisión, carteleras y charlas públicas. Significativamente, más entrevistados estaban enterados de las actividades de intervención a través de todos los medios excepto los artículos en el periódico y las charlas públicas, en el área de intervención en contraposición con la de control. Tanto los fumadores como los no fumadores en el área de intervención informaron significativamente más exposición a las actividades de la intervención que los del área de control. En el área de intervención significativamente más médicos informaron usar los folletos contra el tabaquismo en idioma vietnamita, proporcionaron estuches de autoayuda y remitieron a los pacientes a un programa de abandono del hábito de fumar, en el seguimiento comparado con el inicio del estudio.

Dosis-respuesta: No se presentó evidencia directa que relacionara la dosis con los resultados.

Mantenimiento: No se encontró ninguna evidencia.

Evaluación económica: No se encontró ninguna evidencia.

Variables intervintentes: En el Proyecto II (San Francisco y los condados de Alameda): Al inicio del estudio y después de la intervención se evaluó la motivación para dejar el hábito de fumar, la confianza de dejarlo (autoeficacia en el Proyecto I), si alguna vez ha tratado y el número de intentos para abandonarlo. No hubo diferencias en estas medidas al inicio del estudio. Después de la intervención, los cambios fueron similares a los informados en el Proyecto I: La motivación, los que alguna vez han tratado de dejar de fumar y el número de intentos aumentaron significativamente en ambas áreas, pero no fue diferente después de la intervención. No hubo cambios significativos de la confianza.

Evaluación de procesos: La exposición a las actividades del programa se evaluó durante las encuestas de evaluación de

resumen del seguimiento. No se encontraron detalles metodológicos adicionales.

Evidencia en relación con la exposición: Se recopiló información detallada sobre el alcance y la exposición al programa. Los artículos en los periódicos dieron lugar a 465 000 exposiciones al impreso, se distribuyeron 15 000 folletos y 4 600 copias del estuche para dejar de fumar y la campaña por los medios de comunicación dio lugar a 2,8 millones de exposiciones. Los anuncios de televisión dieron lugar a 100 minutos de emisión, 25 presentaciones tuvieron lugar en los eventos de la comunidad, 68 médicos generales participaron en el adiestramiento y 400 estudiantes participaron en las actividades escolares de los sábados. Los resultados indicaron que la intervención logró penetración amplia en la comunidad destinataria, especialmente en los fumadores. La encuesta de seguimiento a una muestra de cada área preguntó sobre el conocimiento de las actividades del proyecto por los siguientes medios: artículos de periódicos y anuncios, televisión, carteles y charlas públicas. Con la excepción de los artículos en los periódicos, el recuerdo de cada uno de estos cinco ítems fue significativamente mayor que en las áreas de control. El porcentaje de fumadores actuales y de ex fumadores que recibieron consejos para que dejaran de fumar por un médico general ascendió significativamente y en la misma medida en las áreas de intervención y en las de control.

Dosis-respuesta: No se presentó evidencia directa que relacionara la dosis con los resultados.

Mantenimiento: No se encontró ninguna evidencia.

Evaluación económica: No se encontró ninguna evidencia.

El Bootheel Project (Brownson 1996), que se propuso reducir los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares incluido fumar, se realizó en seis condados en el sur de Missouri, EE.UU. y comenzó en 1990. Se usó un diseño cuasiexperimental, con seis condados seleccionados para participar en la intervención debido a su alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares. No hubo ninguna comunidad de comparación, pero los datos de los seis condados se compararon con los datos del Missouri Behavioural Risk Factor Surveillance System (Sistema de vigilancia de factores de riesgo conductuales de Missouri) para los condados rurales, al inicio del estudio y en la encuesta final. La intervención usó los principios de organización comunitaria. Se formaron coaliciones y subcoaliciones en cada condado. Aunque la intervención usó voluntarios, iglesias, escuelas, organismos de la comunidad, al gobierno local, actividades públicas, periódicos y carteles, ninguna de las coaliciones estaba dirigida contra el tabaquismo.

Después de cuatro años, la prevalencia de tabaquismo descendió en los seis condados y en el resto del área rural de Missouri, pero no hubo diferencias entre ellos.

No se hallaron informes en relación a las variables intervenientes.

Evaluación de procesos: Se le solicitó a cada coalición que mantuviera registros detallados de las actividades del proyecto. Se realizó una "evaluación cualitativa integral" que incluía el análisis en grupos focales con los miembros y los líderes de las coaliciones y el análisis del nivel de esfuerzos de las coaliciones. Sin embargo, sólo se encontraron algunos resultados seleccionados de estos análisis. Se realizó un estudio de casos que incluyó grupos focales de los miembros de las coaliciones 'exitosas' y 'no exitosas' en un intento de identificar las características asociadas con el logro de los resultados intermedios. Se encontraron diferencias entre el caso positivo y el negativo en la toma de decisiones para las actividades de promoción de la salud, la visión de los problemas de salud abordados y las poblaciones a las que se dirigieron, los métodos para estimular la participación comunitaria, los beneficios y los costos de la afiliación y el enfoque de la institucionalización de las coaliciones. También se realizó el análisis del contenido de los medios.

Evidencia en relación con la exposición: Se compiló la información en relación con la dosis y el conocimiento de las actividades del programa. Los resultados se examinaron por separado para los que estaban enterados del programa y los que no lo estaban.

Dosis-respuesta: La prevalencia de tabaquismo no se redujo significativamente en el grupo de los que estaban enterados del programa en comparación con los que no lo estaban, ni en las comunidades con coaliciones en comparación con las que no las tenían. Esto puede deberse en parte a que las actividades del programa se centraban en la inactividad física, la obesidad y la hipertensión, pero no en el tabaquismo. Los registros del proceso indicaron que los eventos relacionados con el tabaquismo no se encontraban entre los realizados con mayor frecuencia y por consiguiente que la dosis con relación al tabaquismo fue baja. No se encontró evidencia que comparara la dosis en las áreas de intervención y de control.

Mantenimiento: No se encontró ninguna evidencia.

Evaluación económica: No se encontró ninguna evidencia.

El Healthy Bergeyk Project (Van Assema 1994) se realizó en Holanda y comenzó en 1990. El objetivo principal del proyecto fue reducir la prevalencia de los comportamientos de riesgo relacionados con el cáncer, especialmente el tabaquismo y el consumo alto en grasa. El municipio de Bergeyk fue seleccionado al azar entre seis municipios con posibilidades de ser la comunidad de intervención y el municipio de comparación se seleccionó de tres de los otros ubicados en el área de un mercado de los medios de comunicación distinto del de Bergeyk. La intervención usó los principios de organización comunitaria e incluyó voluntarios, el sector de salud, centros de trabajo, negocios, restaurantes, asociaciones y organismos de la comunidad, el gobierno local, actividades públicas, periódicos, carteles, folletos, envíos por correo, manuales de autoayuda para dejar de fumar y los grupos de abandono del hábito de fumar.

Después de 18 meses de actividades del programa de intervención, la prevalencia de tabaquismo cayó 3,3% en la cohorte seguida en Bergeyk en comparación con 0,4% en la comunidad de comparación.

Variables intervinientes: Se evaluaron las actitudes, las influencias sociales, la autoeficacia y la intención de modificar el riesgo de cada uno de los comportamientos tratados (tabaquismo, nutrición, consumo de alcohol y uso del solarium), pero no se encontraron los resultados pertinentes a estas variables de las encuestas realizadas al inicio del estudio o en el seguimiento pertinente a estas variables.

Evaluación de procesos: El objetivo principal fue evaluar lo que se hizo y cómo esto se recibió por los participantes, los líderes de grupos y por toda la comunidad. Se produjo una extensa documentación sobre la puesta en práctica del programa incluida la exposición de la repercusión y el impacto a corto plazo. Se recogieron datos lo largo del período de ejecución mediante las actas de las reuniones, los informes del proceso, los formularios de registro de actividades, las entrevistas telefónicas preestructuradas, los cuestionarios escritos y las entrevistas semiestructuradas. Los resultados también se utilizaron con fines formativos. El conocimiento y la participación en el programa también se determinaron en las encuestas de evaluación de resumen. También estaba también documentado la sustentabilidad de las actividades en la comunidad después de la terminación formal del programa.

Evidencia en relación con la exposición: Se recopiló información detallada sobre la exposición al programa. En una prueba posterior (en el área de intervención) 82,4% de encuestados conocían el proyecto, 80,3% informó que habían leído sobre el proyecto en los periódicos, 42% conocía el centro de información y 37% había tratado sobre el proyecto con otra persona. Sin embargo, el número de habitantes que participaron en las actividades de grupo ($n = 40$) o solicitaron manuales de autoayuda ($n = 37$) fue limitado, en parte por los límites de incorporación originados por la corta duración del proyecto. Los que estaban expuestos al programa tenían mayor probabilidad de ser del sexo femenino, casados y con más educación que los no expuestos.

Dosis-respuesta: Hubo una tendencia hacia que una mayor proporción de los fumadores que dejaron el consumo de tabaco estaban enterados del programa. No se encontró evidencia que comparara la dosis en las áreas de intervención y de control.

Mantenimiento: Después de una interrupción (marzo a agosto de 1991) el programa continuó con una subvención del gobierno local. La continuación del proyecto después del primer año no procedió fácilmente; los miembros del grupo de planificación no querían invertir tanto tiempo como en el año previo y la continuación sin el coordinador del programa no era factible. El puesto de coordinador fue financiado por un período adicional de dos años con la intención de integrar plenamente el programa con las estructuras de la comunidad. No se encontró evidencia directa.

Evaluación económica: No se encontró ninguna evidencia.

La Alliance of Black Churches Project(Schorling 1997), que se realizó en Virginia, EE.UU., comenzó en 1991, y su propósito fue aumentar la tasa de abandono del hábito de fumar en los afroamericanos del área rural. El proyecto usó un diseño cuasiexperimental, con Buckingham County asignado para recibir la intervención, y Louisa County para actuar como el condado de comparación. La intervención incluyó organización comunitaria, la formación de coaliciones entre las iglesias negras, entrenamiento de voluntarios como consejeros del abandono del hábito de fumar de cada iglesia para proporcionar asesoramiento y apoyo individual, un manual de autoayuda, folletos devocionales para el abandono del hábito de fumar, celebración en todo el condado de noches evangélicas para dejar de fumar (Gospel Quit Nights), concursos anuales para el abandono del hábito de fumar y concursos de carteles y ensayo en las escuelas. En Louisa County, se siguió un enfoque similar, pero el principal tema de salud abordado era la hipertensión, con entrenamiento de los voluntarios en orientación dietética y de ejercicios. En el diseño, no se abordó el tabaquismo en este condado.

Después de 18 meses, la tasa de abandono en ese período fue 9,6% en Buckingham County y 5,6% en Louisa County.

Variables intervinientes: Los datos obtenidos en el estudio inicial incluían las creencias (el tabaquismo ha afectado la salud, el abandono del hábito mejorará la salud, pros y contras del tabaquismo), la confianza de ser un exfumador en un año, intentos anteriores para abandonar el hábito de fumar, el ambiente de tabaquismo (cónyuges o compañeros fumadores, amigos fumadores), si la familia ayudaría a dejar de fumar, si los amigos ayudarían a dejar de fumar y si la mayoría de las personas piensan que el entrevistado debería dejar el hábito. Los fumadores se clasificaron por su situación en el proceso de cambio: preconsideración, consideración, preparación y al seguimiento, la acción y el mantenimiento. Las anteriores variables evaluadas al inicio del estudio se usaron en un análisis multivariado de los factores asociados con las etapas del cambio. En el seguimiento, se comparó el progreso a lo largo de las etapas del cambio entre las áreas. Hubo una tendencia hacia la progresión a través de las etapas del cambio en Buckingham County al seguimiento, y un cambio significativo desde el inicio del estudio comparado con Louisa County. Aparte de los resultados relativos a las etapas del cambio, no se informaron los resultados del seguimiento de las otras variables evaluadas al inicio del estudio.

Evaluación de procesos: El conocimiento del programa y el contacto con los componentes o las actividades particulares se evaluó mediante las encuestas de seguimiento de resumen en el área de intervención y en las de control. Sin embargo, no se encontraron detalles adicionales en relación con los métodos del proceso.

Evidencia en relación con la exposición: Una proporción significativamente mayor de los entrevistados durante el

seguimiento, en la comunidad de intervención en comparación con la comunidad de control, había oído del programa de abandono del hábito de fumar e informaron que algún miembro de su iglesia le había hablado sobre el tema. No se presentaron cifras específicas con relación a la dosis.

Dosis-respuesta: No se presentó evidencia directa que relacionara la dosis con los resultados.

Mantenimiento: Las coaliciones estaban todavía activas 12 meses después de la terminación formal del proyecto.

Evaluación económica: No se encontró ninguna evidencia.

El 'Coeur en Sante St-Henri' Project (O'Loughlin 1999) se realizó en dos vecindarios urbanos desfavorecidos, St-Henri y Centre-Sud, en Montreal, Canadá. El objetivo principal del proyecto, que comenzó en 1992, era reducir los factores de riesgo cardiovascular, tabaquismo, régimen dietético alto en grasa, hipertensión, ausencia de actividad física y el peso. Se usó un diseño cuasiexperimental, y se designó al vecindario de St-Henri como la comunidad de intervención. La intervención, que se proyectó especialmente hacia las mujeres, se desarrolló con el aporte de los miembros de la comunidad. Participaron voluntarios, profesionales de la salud, el departamento de salud local, los organismos de la comunidad, ferias de salud, cribaje (screening), concursos para dejar de fumar, medios masivos de comunicación (periódico y televisión de cable), estuches de autoayuda, un vídeo de abandono del hábito de fumar, grupos de abandono del hábito de fumar y grupos de apoyo para los que habían dejado.

Se realizaron análisis del seguimiento transversal y de seguimiento de cohortes. Después de cuatro años, no se encontró diferencia de la prevalencia de tabaquismo entre St-Henri y Centro-Sud. Los análisis del proceso indicaron que aunque el conocimiento del programa alcanzó un 37,4%, las tasas de participación fueron bajas, cerca de 2% a 3%.

Variables intervinientes: Los datos recopilados al inicio del estudio incluían medidas específicas relativas al comportamiento de: actitudes, percepción de autoeficacia, conocimiento de los recursos de la comunidad, apoyo social para el cambio a comportamientos positivos y la intención de cambiar el comportamiento. No se encontraron resultados de estos datos. Entre los entrevistados en el seguimiento de las cohortes, los intentos de dejar el hábito en el año anterior se evaluaron al inicio del estudio (1992) y durante el seguimiento (1997). La proporción de fumadores que intentaron dejar el hábito en el año anterior fue similar al inicio del estudio en St. Henri y en Centre-Sud. Después de cinco años, las proporciones habían descendido en ambas comunidades y no hubo ningún efecto neto de la intervención.

Evaluación de procesos: La recopilación de los datos del proceso se logró a través de tres tipos principales de actividades de evaluación: la evaluación formativa, la evaluación de la ejecución y la evaluación de impacto. Cada componente individual del programa se evaluó de cada una de estas maneras.

La evaluación formativa incluyó un estudio piloto de los materiales de promoción de la salud y de las actividades en una escala pequeña para evaluar su relevancia, comprensión y aceptabilidad por el público destinatario. La evaluación de la ejecución se realizó para determinar los recursos requeridos y las barreras y los facilitadores de la ejecución. Se realizaron encuestas repetidas en el curso del estudio sobre el nivel de conocimiento y de participación para medir la penetración y el cumplimiento de los objetivos. Se emplearon diversos métodos para alcanzar estos objetivos que incluían consultas con el comité de dirección y con los principales informantes, entrevistas personales y en grupos focales y el mantenimiento de diarios por los agentes de la intervención y cuestionarios postales. Se les solicitó a los participantes en las actividades que se registraran en el programa para poder llevar la cuenta de la exposición. Además, se vigilaron los esfuerzos locales fuera del programa de promoción de la salud relativa al corazón en las áreas de intervención y en las de control, mediante entrevistas regulares con contactos clave en los centros de salud y en los servicios sociales locales. No se realizó la evaluación sistemática del cambio ambiental p.ej. el acceso a las áreas sin humo.

Evidencia en relación con la exposición: Se recopiló información detallada sobre la exposición a los programas. Sin embargo, los resultados publicados sobre esto fueron limitados. De 39 intervenciones se desarrolladas, ocho estaban específicamente relacionadas con el tabaquismo y 14 fueron multifactoriales. El conocimiento del programa llegó a un 37,4% de la población destinataria pero la participación fue baja, en un 2% a 3%.

Dosis-respuesta: No se presentó evidencia directa que relacionara la dosis con los resultados. No se encontró evidencia que comparara la dosis en las áreas de intervención y de control. Sin embargo, al discutir esta ausencia de efecto, O'Loughlin y cols. sugieren que aunque los componentes de la intervención fueran muy efectivos, participaron tan pocas personas que no se podían producir grandes cambios cuantificables a nivel de la comunidad .

Mantenimiento: Al inicio del proyecto se consideró la necesidad de maximizar la posibilidad de institucionalización. Algunas actividades, incluidas las dirigidas al abandono del hábito de fumar se integraron en los programas en curso de organizaciones ya existentes y por consiguiente sobrevivieron a la terminación formal del estudio. Sin embargo, no se encontraron detalles adicionales.

Evaluación económica: No se encontró ninguna evidencia.

El Cancer Action in Rural Towns Project (CART) (Hancock 2001), que comenzó en 1992, se realizó en diez pares de localidades rurales en Nueva Gales del Sur, Australia. El objetivo primario de este proyecto era evaluar la efectividad de un programa de acción comunitaria para aumentar las tasas de comportamientos preventivos y de cribaje (screening) de la comunidad relativos al cáncer de mama, cervical, de piel y los

relacionados con el tabaquismo, en localidades rurales de Australia. Se usó un diseño aleatorio con diez pares de pueblos pareados por sus variables demográficas, de infraestructura y geográficas. Un pueblo de cada par fue asignado al azar como área experimental o de comparación. Las intervenciones relacionadas con el tabaquismo usaron tanto la educación sanitaria como las estrategias de cambio de políticas ante el tabaquismo, con hincapié en seis puntos de acceso: las escuelas, los centros de trabajo, los minoristas, las organizaciones comunitarias, los prestadores de atención sanitaria y los medios de comunicación. Se usó un proceso de organización comunitaria, se formaron comités de la comunidad y se identificaron los miembros de la comunidad para asumir la responsabilidad de las actividades de cada uno de los puntos de acceso. Se desarrollaron sistemas de estrategia y conjuntos de recursos antes de la ejecución, para ayudar a la puesta en práctica de programas los que fueron modificados por la retroalimentación de la comunidad durante el curso de la intervención. Se promovieron políticas de no fumar en las organizaciones deportivas, los centros de trabajo, los clubes y las organizaciones comunitarias. Se distribuyeron estuches para dejar de fumar, carteles y folletos en los centros de trabajo. Se usó ampliamente el periódico para cubrir las actividades de intervención y se emplearon también diversas actividades públicas. En un pueblo se impartieron clases para dejar de fumar. No pudo usarse la televisión ni la radio porque no era posible la separación de los medios de radiodifusión de los pueblos de intervención y los de comparación.

Se realizó un análisis del seguimiento de cohortes, el que incluyó a fumadores y no fumadores. Después de 3 a 3,5 años de actividad de intervención, hubo una significativamente mayor tasa de abandono en los hombres, pero no en las mujeres, de los pueblos de intervención comparado con los de comparación. Las tasas de iniciación en el tabaquismo no fueron significativamente diferentes entre las mujeres y los hombres.

Variables intervinientes: Al inicio del estudio se recopilaron datos detallados sobre los conocimientos de todos los participantes acerca de las maneras de reducir el riesgo de cáncer pulmonar y de cáncer de la piel, y los cambios que se buscan para detectar el cáncer de la piel. También se obtuvieron datos al inicio del estudio sobre los conocimientos de las mujeres de como reducir el riesgo de cáncer cervicouterino, cuándo empezar a realizarse pruebas de Papanicolaou y cuándo dejar de hacerlo, qué hacer para ayudar a detectar precozmente el cáncer de mama y cuando una mujer sana debe empezar a hacerse mamografías y cuando dejar de hacerlas. Se presentaron análisis detallados de las respuestas a estas preguntas de conocimiento, pero no se encontraron datos de seguimiento posteriores.

Evaluación de procesos: La vigilancia de todas las actividades permitió una descripción exacta de la intervención dada. Estaba documentado el conocimiento y el alcance del programa y se obtuvo una medida de la aceptación del programa por la comunidad. Se compilaron las actas de las reuniones del comité

y las hojas de resumen de las actividades ordinarias que registraron su número y tipo y los recursos usados en los pueblos y las respuestas de la comunidad a las actividades. En todas las localidades del estudio se monitorizó, por medio de encuestas postales y telefónicas, el cambio de las políticas y prácticas relativas al tabaquismo en las escuelas y en las organizaciones gubernamentales locales y se evaluó el número y la calidad de todas las publicaciones pertinentes de los medios de comunicación (incluido el análisis del contenido de los periódicos). También se evaluó la exposición y el conocimiento de las actividades pertinentes durante las encuestas de evaluación de resumen del seguimiento en los pueblos de intervención y de control. No se encontró información sobre los resultados del análisis del proceso, aunque fue descrito en detalle.

Evidencia en relación con la exposición: Se recopiló información detallada sobre la exposición a los programas. Sin embargo, la información descriptiva presentada con relación al alcance fue limitada. Se informó el número de pueblos de intervención que realizaron tipos específicos de actividades relacionadas con el tabaquismo y el seguimiento de las mismas indicó que no hubo ninguna variación notable en la actividad general entre los pueblos de intervención.

Dosis-respuesta: No se encontraron pruebas directas que relacionaran la dosis con los resultados, o que compararan la dosis en las áreas de intervención y en las de control, para los adultos.

Mantenimiento: No se encontró evidencia directa. Sin embargo, la mayoría de los pueblos indicaron que estaban preparados para seguir adelante con el proyecto, al término acordado del programa.

Evaluación económica: Una evaluación económica integral mediante tres métodos (análisis de costo-efectividad, el método de viaje-gasto y una técnica de la evaluación contingente) estaba incluida en el diseño general de evaluación. Sin embargo, no se encontraron los resultados de estos tres enfoques.

Resumen de los resultados conductuales relativos al tabaquismo
 Para este resumen, se define un resultado favorable como una diferencia significativa en el comportamiento de los fumadores, o una prevalencia inferior, o un consumo de cigarrillos per cápita inferior o mayor tasa de abandono, en las mujeres o en los hombres o en ambos, en el área de intervención comparada con la de comparación, tal como se informó por los investigadores. En términos generales, en 21 estudios (66%) los investigadores informaron al menos un resultado favorable relativo al tabaquismo y en 11 (34%) no.

En seis estudios la comunidad era tanto la unidad de la asignación como la unidad del análisis, y en otro estudio, los errores estándar de los promedios estaban ajustados para representar apropiadamente el componente de la varianza del conglomerado de las variables dependientes. Entre estos siete estudios, al menos se informó un efecto conductual significativo

contra el tabaquismo en cinco (71%) y ninguno en dos (29%), mientras que en los restantes 25 estudios, en los que el individuo fue la unidad de análisis y en consecuencia los niveles de significación estaban desinflados, se informó al menos un efecto de intervención favorable en 16 (64%) y ninguno en 11 (36%).

Dos estudios con las comunidades de comparación tratadas Comentarios sobre otros dos proyectos comunitarios. Estos proyectos no cumplieron los criterios de inclusión porque cada uno comparó una intervención comunitaria más intensa con una menos intensa, sin una comunidad de comparación no tratada.

El Heart, Body and Soul Project (Stillman 1993) tuvo lugar en East Baltimore, Maryland, EE.UU., y empezó en los años noventa. El estudio usó un diseño experimental con 22 iglesias asignadas al azar para recibir una intervención intensiva de abandono del hábito de fumar culturalmente específica para afroamericanos o una intervención mínima de abandono del hábito de fumar basada en la autoayuda. Ambas intervenciones incluían organización comunitaria, funcionarios de la comunidad y grupos de planificación, y una feria de salud inicial, en la cual los fumadores se reclutaron para participar en las intervenciones y dieron muestras para determinar los niveles de monóxido de carbono espirados. La intervención intensiva incluyó sermones sobre el tabaquismo, testimonio de los individuos en el proceso de dejar de fumar, adiestramiento de voluntarios como consejeros legos para el abandono del hábito de fumar y el apoyo individual y de grupos complementado con cintas de audio espirituales que contenían música evangélica y un folleto para dejar de fumar basado en textos bíblicos. La intervención mínima constaba de la distribución del folleto de la American Lung Association "No deje que sus sueños se conviertan en humo" (Don't let your dreams go up in smoke), diseñado para los afroamericanos, distribuido a los fumadores en la feria de salud inicial.

Después de un año de actividades de intervención, la tasa de abandono autonotificada en la cohorte de los fumadores que participaban en la intervención intensiva ($n = 199$) era un 27,1% (19,6% bioquímicamente validado), y en la cohorte de los fumadores que participaban en la intervención mínima ($n = 93$), 21,5% (15,1% bioquímicamente validado). Ni las tasas de abandono autonotificadas, ni las tasas de abandono validadas difirieron significativamente. Ambas tasas de abandono fueron diferentes significativamente de la tasa de abandono espontánea informada por los feligreses en la comunidad de referencia (2,9%), la que tiene una prevalencia de tabaquismo marcadamente diferente (35,5%) de la de los feligreses identificados en las ferias de salud (22%).

El Four Cities Project (Darity 1997), que comenzó en 1988, se realizó en cuatro ciudades en EE.UU.: Hartford, Connecticut, Springfield, Massachusetts, Durham, Carolina del Norte y Columbia, Carolina del Sur y usó un diseño cuasiexperimental. Dos áreas de medianos ingresos y dos áreas de bajos ingresos de poblaciones predominantemente afroamericanas se

identificaron en cada ciudad y una de cada par fue asignada a una intervención pasiva o la misma intervención pasiva más una intervención activa. La intervención pasiva constaba de los medios masivos de comunicación, incluidos los anuncios de servicios públicos de radio complementados con anuncios pagados sobre la salud y las ventajas sociales de no fumar con el uso de modelos locales a imitar; los anuncios de servicio público de la televisión y un espacio publicitario ocasional producido por el proyecto; periódicos locales y autóctonos con comunicados de prensa, cartas, columnas de invitados y artículos especiales; reportaje en una revista local y un logotipo.

La intervención activa incluyó la organización comunitaria, formación de consejos asesores, comités de salud y tabaquismo, los coordinadores locales, educadores de salud y la incorporación de las iglesias, las organizaciones fraternales y las asociaciones de vecinos. Además se realizaron encuestas domiciliarias, con retroalimentación sobre los niveles de monóxido de carbono, materiales didácticos (hoja informativa, estuche de autoayuda, lista de consejos útiles), boletines informativos, una línea telefónica especial con conmutación instantánea atendida por un educador de salud, representantes del vecindario, entrenados para responder las solicitudes de información de los residentes y para hacer remisiones, noches para dejar de fumar (quit nights), actividades de la Semana nacional sin humo (National Smokeout Week), los clubes de exfumadores y una campaña en favor de una comunidad sin humo.

Aunque las intervenciones se planificaron para durar tres años, los resultados finales se presentaron después de 18 meses de actividad de intervención. El seguimiento de una cohorte de fumadores identificados en las encuestas domiciliarias iniciales se hizo por teléfono ($n = 1344$). La tasa de no fumadores en las áreas de intervención activa era un 16,7%, versus un 11,8% en las áreas de intervención pasiva, una diferencia de 4,9%. Se informaron otros tres resultados conductuales relativos al tabaquismo: al menos un intento previo de dejar el hábito en los seis meses anteriores (33,8% en los de la intervención activa versus 26,2%, una diferencia de 7,6%), días sin fumar en los seis meses anteriores (intervención activa 28,1 días versus 19,4 días, diferencia 8,7 días) y reducción del número de cigarrillos por día en fumadores (intervención activa 2,0 cigarrillos versus 0,4 cigarrillos, diferencia 1,6 cigarrillos). Todas estas diferencias fueron estadísticamente significativas al nivel de $p < 0,05$.

DISCUSIÓN

La marcada heterogeneidad de estos estudios impide realizar cualquier comparación estadística formal o metanálisis estadísticos. Parte de esta heterogeneidad se debe a los diferentes enfoques usados en estas intervenciones comunitarias, pero otra parte también se relaciona con el método de información. Por lo tanto, estas observaciones son, en general, de una naturaleza cualitativa. Se observaron los aspectos del diseño y del análisis que comprometen la validez de las

conclusiones de estos estudios. También se discute la relación de los componentes individuales de las intervenciones con los resultados relativos al tabaquismo, pero no se puede sugerir cuales son más efectivos que los otros, solos o en combinación.

Aspectos del diseño: La asignación no aleatoria de los grupos de intervención y de control en casi todos estos estudios, aun cuando se hicieron intentos de seleccionar comunidades pareadas por criterios demográficos, requirió realizar análisis que hicieran ajustes para las diferencias entre las comunidades al inicio del estudio. En algunos estudios se usaron sólo unas pocas variables, como la edad y el sexo, para estos ajustes. Otras diferencias no medidas pudieran haber confundido los resultados.

Dos estudios se destacan por su validez debido a su diseño aleatorio y poder adecuado. COMMIT, que también tenía características iniciales equivalentes entre las comunidades de intervención y de comparación, no encontró efecto de la intervención en los cambios de la prevalencia de tabaquismo en el seguimiento transversal, o en las muestras independientes. El aumento significativo de la tasa de abandono vista en el seguimiento de la cohorte de fumadores moderados y ligeros, y también en la estimación ponderada de la tasa de abandono en todos los fumadores (derivado de los datos de fumadores ligeros-moderados y grandes fumadores), indica algún éxito de las intervenciones de COMMIT entre los individuos, pero no al nivel de la comunidad, donde no se encontró efecto de la intervención sobre la prevalencia de tabaquismo. El estudio CART reveló una significativamente mayor tasa de abandono entre los hombres, pero no entre las mujeres, lo que también indica algún éxito a nivel individual, pero no se encontraron cambios de la prevalencia a nivel de la comunidad.

Unidad del análisis: Quizás de mayor importancia fue el uso frecuente del individuo como la unidad del análisis, cuando la unidad de la asignación era la comunidad. Se han descrito estos estudios, pero se nota que sus niveles informados de significación, que se muestran en las comparaciones y en las tablas de datos, tienen probabilidad de confundir, porque si no se ajustan los valores de p para las correlaciones intraclasses dentro de cada comunidad, estos se desinflan artificialmente. Varios estudios examinaron las correlaciones intraclasses dentro de las comunidades, y las encontraron pequeñas y a menudo insignificantes, y las ignoraron para conservar poder. Pero, como Murray y otros han señalado, para alcanzar conclusiones válidas, la unidad de análisis debe armonizar con la del diseño (Donner 1996; Murray 1998). Los estudios de sólo dos comunidades son particularmente difíciles de interpretar ya que ninguna evaluación estadística es posible si se analizan a nivel de conglomerado.

Tamaño de las muestras y cálculos de poder estadístico: En la mayoría de estos estudios, no se informó el cálculo del poder, lo que dificulta interpretar los resultados negativos. Sin embargo, con el problema adicional de que estos estudios usaron

al individuo como unidad de análisis, es improbable que estos resultados sean falsamente negativos.

Tendencias seculares de la prevalencia de tabaquismo: Otra circunstancia de confusión importante es la tendencia secular de la prevalencia de tabaquismo, antes de las intervenciones y especialmente durante ellas. En todos menos tres estudios (Stanford Five-City Project, Minnesota Heart Health Project, and Pawtucket Heart Health Project), no se incluyeron medidas de las tendencias seculares previas. Es interesante observar que es probable que las tendencias seculares oscurecieran los efectos del programa COMMIT (Bauman y Murray, 1999).

Factores de riesgo abordados: No hubo ninguna influencia clara del número de factores de riesgo abordados en los resultados conductuales en los fumadores. Los proyectos que abordaron el tabaquismo sólo (6/9, 67%) fueron apenas más efectivos que aquellos en que el tabaquismo fue abordado como parte de la reducción del riesgo cardiovascular o de la reducción del riesgo de cáncer (14/23, 61%).

Sitio del proyecto: De los 14 proyectos realizados en Norteamérica, nueve (64%) informaron al menos un resultado conductual favorable en los fumadores, en comparación con 8/14 (57%) de los realizados en Europa. Los cuatro realizados en otro sitio, dos en Australia (1978 y 2001) y uno cada uno en Sudáfrica (1979) y la India (1986) informaron al menos un resultado favorable. El contexto de las intervenciones, si se realizaron en pueblos o las ciudades, condados, o distritos de salud, no tuvo ningún efecto claro sobre los resultados conductuales en los fumadores, ni lo tuvo si era un contexto urbano en comparación con uno rural.

Duración de la intervención: Los cuatro proyectos que duraron menos de dos años no tuvieron ningún efecto demostrable, pero entre los que duraron de dos a cinco años o más de cinco años, hubo poca diferencia en la proporción de estudios que informaron al menos un resultado favorable [14/19 (74%) versus 7/9 (78%) respectivamente].

Base teórica de las intervenciones: No hubo ninguna influencia clara de cualquiera de los modelos teóricos en los resultados de estas intervenciones, individualmente o en combinación.

Incorporación de los miembros de la comunidad: El uso de la organización comunitaria, los funcionarios de la comunidad, las coaliciones de grupos de planificación o los grupos de tareas no estuvieron relacionados claramente con los resultados conductuales en los fumadores.

Canales para la prestación de las intervenciones: Se examinó el uso de cada uno de los diferentes canales para la prestación de las intervenciones con los resultados de cada estudio. La prestación de intervenciones por medio de voluntarios, o profesionales de la salud o educadores, no pareció estar relacionada con un resultado favorable. Ni estuvieron relacionados con el éxito los diferentes tipos de organizaciones involucradas con la aplicación de las intervenciones, como los centros de trabajo, las iglesias, las escuelas, los organismos de

la comunidad, los departamentos de salud locales, los hospitales o el gobierno local. Tampoco estuvo relacionado con los resultados conductuales relativos al tabaquismo el uso de los medios masivos de comunicación en general, ni el periódico, la radio o la televisión individualmente.

Intervenciones específicas contra el tabaquismo: El uso de intervenciones específicas contra el tabaquismo, como las líneas telefónicas para dejar de fumar, los concursos, los estuches de autoayuda, los vídeos, las diapositivas o las películas, las clases de cesación, la orientación individual o en grupos tampoco parecen haber estado relacionados con el resultado; ni tampoco la promoción de la causa para restringir el acto de fumar en los edificios públicos, los centros de trabajo o las escuelas.

Variables interviniéntes y resultados intermedios

Se observó una escasez notable de datos sobre estas variables interviniéntes, con resultados publicados relacionados con los efectos de la intervención para uno o más resultados intermedios en 17 estudios. En menos de un tercio de los estudios se evaluó el efecto de las variables interviniéntes específicas sobre los efectos de la intervención. Además, hubo variabilidad apreciable en las medidas usadas para variables interviniéntes conceptualmente similares, de manera que cualquier comparación se hace difícil y llena de incertidumbre.

Entre los 17 estudios con resultados disponibles para al menos un resultado intermedio, nueve (53%) usaron datos de las encuestas de seguimiento transversal, cuatro (24%) usaron datos de las encuestas de seguimiento de cohortes y cuatro (24%) usaron datos de ambos tipos de encuestas de seguimiento. En estos últimos cuatro estudios, los resultados del seguimiento transversal y el análisis del seguimiento de cohortes fueron generalmente similares. Once de estos 17 estudios (65%) tenían al menos un resultado de cambio conductual positivo en los fumadores, una tasa similar a la de todos los estudios en esta revisión, lo que sugiere que el éxito de la intervención no fue un factor para la notificación de los resultados intermedios.

El número pequeño de observaciones de cualquiera de estos resultados intermedios, y la variabilidad de las medidas usadas para las variables interviniéntes excluyen cualquier conclusión firme. Se observa, sin embargo, como se muestra en la tabla uno, que entre los estudios que informan resultados relativos al conocimiento (seis), las actitudes (ocho) o los intentos de dejar de fumar (nueve), no hubo relación evidente entre los efectos netos de la intervención de estos factores predisponentes y favorables y el cambio conductual en los fumadores. En la mayoría de estos estudios se vieron cambios similares atribuibles a las tendencias seculares en el grupo de comparación. Menos se puede afirmar contando con un menor número de estudios que informaron las influencias sociales (cuatro), las normas (dos), y el ambiente de tabaquismo (dos).

Se concluye que los resultados intermedios publicados de las variables interviniéntes de estas intervenciones comunitarias contribuyen poco a la comprensión de por qué algunas

intervenciones fueron más efectivas que otras. Esto se debe en parte a que hubo pocos efectos netos de la intervención para cualquiera de estas variables interviniéntes y también porque, en la mayoría de los estudios, no se contó con datos de los resultados intermedios. Por estas mismas razones, estas observaciones no ayudan a enfocar las actividades de las intervenciones futuras para abordar estos factores conceptualmente importantes que intervienen en el cambio del comportamiento de los fumadores.

La ausencia de datos publicados de los resultados obtenidos después de la intervención en los estudios comunitarios en los que se evaluaron las variables interviniéntes al inicio del mismo, puede reflejar un sesgo de publicación, ya que parece probable por los resultados de esta revisión, que muchos de estos estudios también pudieran haber tenido resultados negativos.

Evaluación de procesos

Del mismo modo que con las observaciones sobre las variables interviniéntes y los resultados intermedios, la diversidad del tipo y el alcance de las evaluaciones del proceso informados y la ausencia de estandarización entre ellos, impide alcanzar conclusiones firmes. Se observa que en los diez estudios que realizaron investigaciones formativas y pruebas piloto de los componentes de la intervención, seis (60%) tuvieron al menos un resultado conductual favorable en los fumadores y en los ocho que usaron la evaluación en curso y retroalimentación durante la intervención, cinco (63%) tuvo al menos un resultado conductual favorable. Estos porcentajes de resultado favorable son similares al de la totalidad de los estudios de esta revisión. El hecho de que varios estudios que usaron la investigación formativa, las pruebas piloto y la retroalimentación en curso no fueron exitosos, no es un argumento en contra del uso de estos métodos durante el desarrollo y la ejecución de intervenciones, sino que señala la necesidad de conocer cuáles son los otros factores relacionados con la ejecución de los programas que pudieran explicar su falta de éxito.

Participación y resultados conductuales en los fumadores: En diez estudios (31%), hubo alguna medida del grado de participación en las actividades de intervención, aunque éstas no necesariamente se ocuparon del tabaquismo. Entre estos diez estudios, cuatro de cinco con tasas de participación en el programas de un 30% o más (Stanford five-city project 33%, Minnesota Heart Health programme 30%, A Su Salud 58%, Heart to Heart 57%) tenían al menos un resultado conductual exitoso en los fumadores. El quinto fue Pawtucket (59%), donde las tendencias seculares de descenso de la prevalencia de tabaquismo en la comunidad de comparación excedieron la caída en Pawtucket. En los otros cuatro estudios, la Alliance of Black Churches Project tuvo una tasa de participación de un 29% para el índice 'un miembro de la iglesia le habló sobre el tabaquismo', pero la tasa de participación en el condado de comparación para la misma actividad fue 20%, con una diferencia de 9%. Los otros tres estudios tenían tasas de participación en el programa bajas, alrededor de 10% o menos

y ninguno de ellos tuvo un resultado conductual exitoso en los fumadores (Dutch Community Study, Danish Municipality Project (Osler 1993), Coeur en Sante St-Henri).

En el estudio Northcoast Quit for Life el número de estuches para dejar de fumar, de hojas informativas y del conjunto de consejos útiles distribuidos y los mensajes telefónicos en la línea para dejar de fumar, sugiere que una proporción apreciable de los fumadores participaron, aunque no se encontró ninguna estimación de la tasa de participación. En el estudio Vietnamese-American Men-2, la intervención se describió que tenía 'amplia penetración', pero no se aportaron detalles. En COMMIT, la medida de participación en el programa, los índices de recepción, no permitieron realizar una estimación de las tasas reales de participación, pero las diferencias de los índices de recepción entre las comunidades de intervención y de comparación, aunque significativas, se informaron como pequeñas. Cada uno de estos estudios tenía al menos un resultado conductual exitoso en los fumadores.

Conocimiento del programa y resultados conductuales en los fumadores: En 12 estudios (Tessin Cantonal Prevention programme (Domenighetti 1991), Norsjo Project (Weinehall 1999), Kilkenny Project (Shelley 1995), Dutch Community Study (Mudde 1995), Breathe Easy (Secker-Walker 2000), Danish Municipality Project (Osler 1993), Neighbors for a Smoke-free Northside (Fisher 1998), Vietnamese-American Men-1 (McPhee 1995), Bootheel Project (Brownson 1996), Healthy Bergeyk (Van Assema 1994), Alliance of Black Churches (Schorling 1997), Coeur en Sante St-Henri (O'Loughlin 1999)) los niveles de conocimiento del programa en las comunidades de intervención, que se encontraban en el rango entre 24% a 93%, no estaban asociados con resultados conductuales favorables en los fumadores. Sólo tres de estos estudios (Tessin Project 80%, Breathe Easy 68%, Neighbors for a Smoke-free Northside 59%) tenían resultados conductuales favorables en los fumadores. En seis de estos estudios, los niveles de conocimiento del programa también se evaluaron en las comunidades de comparación: En el Dutch Community Study, la Intervención (I) 85%, la Comparación de (C) 84%, 1% de diferencia; Breathe Easy I 68% C 22%, diferencia 46%; Danish Municipality Project I 82% C 67%, diferencia 15%; Neighbors for a Smoke-free Northside I 59% C 6%, diferencia 53%; Vietnamese-American Men-1 I 60% C 32%, diferencia 28%; Alliance of Black Churches I 43% C 40%, diferencia 3%. Los dos estudios con diferencias medidas del conocimiento del programa mayores de 30% (Breathe Easy and Neighbors for a Smoke-free Northside) tuvieron resultados conductuales favorables en los fumadores.

Se sugiere, en forma algo especulativa, que varias observaciones derivadas de las evaluaciones del proceso de esta revisión pueden ayudar a la comprensión de por qué algunos proyectos tuvieron éxitos, juzgado por tener al menos un resultado conductual favorable en los fumadores, y otros no lo fueron. Se observa que los niveles significativamente más altos de la exposición a los programas o el conocimiento del programa en

las comunidades de intervención que en las de comparación iban acompañados de un resultado conductual exitoso en los fumadores en ocho de los diez proyectos en los que estos datos se obtuvieron. Las tasa de participación en las actividades del programa de un 30% o más tienden a asociarse con un resultado conductual favorable en los fumadores, mientras que no se vieron resultados favorables cuando las tasas de participación eran de cerca de 10% o menos. También se vieron resultados conductuales favorables en los fumadores cuando los niveles de conocimiento del programa eran de 30% o mayores en las comunidades de intervención en comparación con las comunidades de comparación. Aunque las pruebas son aún más tenues, mientras mayor es la dosis de intervención, mayor es el cambio conductual observado en los fumadores.

Se ha examinado cómo algunas de estas medidas del proceso pueden explicar la ausencia de éxito en los 11 estudios en esta revisión que no tuvieron un efecto neto significativo sobre el comportamiento de los fumadores. Las tendencias seculares del tabaquismo en las comunidades de comparación siguieron el mismo ritmo o excedieron los de las comunidades de intervención en tres estudios (Pawtucket, Heartbeat Wales, Kilkenny). En Heartbeat Wales, hubo pruebas convincentes de la difusión de los componentes de la intervención a otras partes del Reino Unido, incluidas las áreas de comparación, mientras la intervención estaba en curso. En dos estudios (Norsjo Project, Bootheel Project), hubo niveles muy bajos de exposición al programa con relación al tabaquismo, porque estas intervenciones hicieron poco o ningún hincapié en la reducción del hábito de fumar. En cuatro de los cinco estudios con tasas bajas de participación (Dutch Study, Danish Municipality Project, Health Bergeyk, Alliance of Black Churches Project) el tiempo de ejecución de la intervención fue 18 meses o menos, que no daba tiempo suficiente a las personas para tomar parte en las actividades de la intervención. En dos de estos (Dutch Study, Danish Municipality Project), hubo también dificultad para comprometer a las organizaciones locales en los proyectos. El estudio holandés fue también comprometido severamente por un programa nacional contra el tabaquismo por los medios de comunicación que se inició durante el curso de la intervención, lo que produjo un alto nivel de conocimiento del programa en la comunidad de comparación. El quinto proyecto con una tasa baja de participación (Coeur en Sante St-Henri, 2% a 3%) duró cuatro años y empleó componentes de intervención que se sabía que eran efectivos. Las razones de una tasa tan baja de participación no estaban claras, ya que el conocimiento del programa fue mucho mayor de un 37%, pero la tasa baja de participación explica la ausencia de efecto. El restante estudio sin efecto neto sobre el comportamiento de los fumadores, el Vietnamese-American Men-1 study, tenía un relativamente bajo nivel de conocimiento del programa y puede haber tenido menos penetración que el similar pero exitoso Vietnamese-American Men-2 study (Jenkins 1997). Este estudio fue precedido por una campaña piloto contra el tabaquismo por los medios de comunicación de 15 meses, y también buscó incluir a los estudiantes y sus familias, así que el importante

componente de los medios de comunicación de esa intervención duró más tiempo y fue más intensivo al nivel de la comunidad.

En cuanto a la sustentabilidad del programa, se observa que entre los 17 estudios con algunas información sobre el mantenimiento de las actividades del programa después de la terminación planificada de la intervención, 15 (88%) (10 de reducción de riesgo cardiovascular, tres de reducción del tabaquismo y dos de reducción del cáncer) continuaron alguna actividad del programa más allá de ese tiempo. Once (73%) de estos 15 tenían al menos un resultado conductual favorable en los fumadores. De los dos estudios que no pudieron mantener sus intervenciones, uno (reducción de tabaquismo) tuvo un resultado conductual favorable en los fumadores y el otro (reducción de riesgo cardiovascular) no. Sin embargo, todas las observaciones acerca de variables interviniéntes deben colocarse en el contexto de la efectividad muy limitada vista en los estudios más grandes y mejor diseñados, el COMMIT y CART.

Otras revisiones:

Varias revisiones anteriores y editoriales han considerado las intervenciones comunitarias (Shea 1990a; Shea 1990b; Fincham 1992; Fisher 1995; Susser 1995; Pyorala 1995; Sorensen 1998). La mayoría ha evitado, como en esta, el metanálisis formal debido a la heterogeneidad entre los estudios disponibles. Se conoce que sólo una revisión ha usado un enfoque metanalítico para determinar qué aspectos del diseño del estudio, contexto e intervención estaban significativamente relacionados con el resultado (Sellers 1997).

Seller y colaboradores examinaron 29 programas de salud comunitarios relacionados con las EC, pero solamente pudieron incluir siete de ellos en sus metanálisis, para el que se requería que tuvieran un grupo de referencia y resultados de seguimiento transversal independientes. En ese análisis, para los cambios de la prevalencia de tabaquismo, el contexto, la ciudad versus pueblo rural o pequeño, no tuvo ningún efecto; hubo un efecto más pequeño en las mujeres y también un efecto más pequeño en los últimos estudios. En cuanto a los componentes de la intervención, un criterio poblacional más uno de alto riesgo no fue más efectivo que un criterio poblacional sólo; los impresos más los medios de radiodifusión no fueron más efectivos que los impresos solamente; la incorporación de los miembros de la comunidad en el desarrollo de las intervenciones fue más efectiva que ninguna incorporación; y, la inclusión de algún cambio ambiental (política de tabaquismo o cambio físico) como parte de la intervención fue más efectiva que ninguna inclusión.

Con relación a las características metodológicas, el número de unidades involucradas en un estudio, si las comunidades estaban pareadas o no, la duración del seguimiento y la tasa de respuesta a las encuestas no tuvieron efecto sobre los resultados. En los estudios que hicieron ajustes para las covariables el tamaño del efecto fue más pequeño que en aquellos sin ajuste.

Varios documentos han realizado observaciones sobre los métodos usados para evaluar las intervenciones comunitarias (Shea 1990a; Fincham 1992; Mittelmark 1993; Smith 1997; Murray 1998; Glasgow 1999). Un componente importante de la evaluación de los estudios comunitarios y que ha recibido menos prominencia en la bibliografía, es la evaluación del proceso. Glasgow y colegas han propuesto un marco útil, el RE-AIM, para la evaluación de estas intervenciones de salud pública (Glasgow 1999). Este marco, que, además de evaluar la eficacia, también evalúa el alcance, la adopción, la ejecución y el mantenimiento de la intervención (Reach, Efficacy, Adoption, Implementation, Maintenance). Según propone Glasgow y los colegas, los valores numéricos para cada componente del RE-AIM se multiplican para dar una puntuación que puede usarse para clasificar las intervenciones de salud pública. El uso de este marco puede ayudar a comprender la importancia de los resultados de las intervenciones comunitarias, al vincular los detalles de lo que ocurrió con los resultados conductuales. También puede dar una indicación de los beneficios futuros probables a partir de en que medida la intervención se mantiene en la comunidad.

Los estudios en esta revisión se finalizaron antes de que se publicara el marco del RE-AIM. Se observa que de los cinco componentes, siete estudios (22%) abordaron dos componentes, nueve (28%) abordaron tres, 12 (38%) abordaron cuatro, y cuatro (12%) abordaron los cinco. Sin embargo, salvo la eficacia, abordada adecuadamente por todos menos un estudio (Tessin), rara vez se encontraron los detalles numéricos requeridos de los otros cuatro componentes.

CONCLUSIONES DE LOS AUTORES

Implicaciones para la práctica

Es desalentador que los estudios de mayor tamaño y mejor diseño hayan sido incapaces de detectar un efecto sobre la prevalencia de tabaquismo. Si bien el enfoque comunitario constituye una parte importante de las actividades de promoción de la salud, el diseño de programas futuros deberá considerar este limitado efecto en la determinación de la escala de los proyectos y los recursos dedicados a los mismos.

Si se emprenden iniciativas comunitarias, es importante organizar la comunidad, evaluar su capacidad e identificar en el periodo de su desarrollo, los individuos y las organizaciones interesadas en apoyar los objetivos del proyecto relacionados con el tabaquismo. El tabaquismo necesita ser reconocido por la comunidad como un tema importante. Se recomienda fuertemente reclutar miembros de la comunidad con aptitudes para el trabajo con grupos diversos y para la educación sanitaria, como personal de las coaliciones y de los grupos de tareas y para supervisar la puesta en práctica de los programas.

Integrar las coaliciones demora varios meses y un año o más para que lleguen a ser agentes de cambio efectivos en su comunidad. Las intervenciones para reducir el tabaquismo entre

los adultos necesitan ser mantenidas por varios años, por lo que los recursos para el abandono del hábito de fumar y para el apoyo para permanecer sin fumar deben estar fácilmente disponibles en toda la comunidad y se deben desarrollar estos servicios si fuera necesario. El uso de los medios masivos de comunicación (impresos, radio y televisión) es especialmente útil para modelar el cambio de comportamientos, y para cambiar las normas de la comunidad en cuanto a fumar. Es también importante incluir, adiestrar y prestar servicios de remisión para el abandono del hábito de fumar y recursos a los profesionales de la salud. El suministro del tratamiento de reemplazo de nicotina u otro fármaco eficaz para ayudar a los fumadores a que dejen de fumar, a poco o ningún costo, está tornándose cada vez más importante.

Implicaciones para la investigación

Se observan varios temas principales de investigación para ser abordados en los estudios comunitarios futuros para reducir el tabaquismo en los adultos. El primero de éstos se relaciona con el diseño. Debe calcularse el tamaño de la muestra y el poder, los que deben tener en cuenta las correlaciones intraclases asociadas con el diseño en grupos. La comunidad debe ser la unidad de análisis.

Las encuestas de seguimiento transversal independientes reflejan mejor la efectividad de la intervención al nivel de la comunidad y son el método preferido para ello. Los estudios de seguimiento de cohortes indican la efectividad de la intervención al nivel individual. Además de evaluar los cambios de la prevalencia de tabaquismo y las tasas de abandono mientras la intervención está en curso, también deben considerarse las tasas de iniciación en el hábito de fumar.

Otro tema se relaciona con las tendencias seculares del tabaquismo. Deben tenerse en cuenta antes del comienzo de las intervenciones, y deben evaluarse nuevamente después de terminar el ensayo, o después que los programas de la intervención han sido adoptados por la comunidad.

Aunque las determinaciones bioquímicas para detectar el consumo de tabaco no son esenciales, una evaluación de las tasas de engaño en una submuestra de los entrevistados puede ser tranquilizante, especialmente en el futuro cuando el fumar sea algo poco aceptable socialmente y sea más probable que la respuesta esté sesgada.

Se recomienda que las medidas para evaluar las variables interviniéntes estén estandarizadas y también que se

proporcionen los resultados de los estudios intermedios de las intervenciones comunitarias en curso y futuras, en las publicaciones oficiales o en Internet.

También se recomienda que las medidas del proceso deben obtenerse e informarse, especialmente las descripciones de la organización comunitaria y la gestión de los proyectos, la ejecución de las intervenciones incluidos los detalles de las organizaciones y de los servicios, la exposición y el alcance de los programas, la participación de los miembros de la comunidad y de los grupos destinatarios en las actividades de intervención y los niveles de conocimiento del programa. También deben describirse las medidas adoptadas para mantener o institucionalizar los componentes del programa.

Finalmente, se recomienda que se desarrolle un formato uniforme e integral para presentar los resultados de las intervenciones comunitarias, para que las revisiones de los futuros ensayos puedan usar un enfoque cuantitativo, en lugar de uno cualitativo.

AGRADECIMIENTOS

Lindsay Stead hizo la búsqueda bibliográfica inicial y el cribaje (screening) de los proyectos para la inclusión en esta revisión. También preparó las tablas en el formato de revisión Cochrane y proporcionó asistencia editorial. Kate Hey aportó asistencia editorial.

Farouk T. Abdul-Wahid y Emma E. Strahs comprobaron los resúmenes de datos

Deiter W. Gump tradujo los documentos del Schleiz Project

POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno conocido

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Recursos externos

- La información sobre los recursos de apoyo no está disponible

Recursos internos

- La información sobre los recursos de apoyo no está disponible

REFERENCIAS

Referencias de los estudios incluidos en esta revisión

Anantha 1995 (*published data only*)

*Anantha N, Nandakumar A, Vishwanath N, Venkatesh T, Pallad YG, Manjunath P, Kumar DR, Murthy SGC, Shivashankariah, Dayananda CS. Efficacy of an anti-tobacco community education program in India. *Cancer Causes and Control* 1995;6:119-129.

Baxter 1997 (*published data only*)

Baxter AP, Milner PC, Hawkins S, Leaf M, Simpson C, Wilson KV, Owen T, Higginbottom G, Nicholl J, Cooper N. The impact of heart health promotion on coronary heart disease lifestyle risk factors in schoolchildren: Lessons learnt from a community-based project. *Public Health* 1997;111:231-7.

*Baxter T, Milner P, Wilson K, Leaf M, Nichol J, Freeman J, Cooper N, Nicholl J. A cost effective, community based heart health promotion project in England: Prospective comparative study. *BMJ* 1997;315(7108):582-5.

Brownson 1996 (*published data only*)

Brownson RC, Smith CA, Jorge NE, Deprima LT, Dean CG, Cates RW. The role of data-driven planning and coalition development in preventing cardiovascular disease. *Public Health Reports* 1992;107:32-37.

*Brownson RC, Smith CA, Pratt M, Mack NE, Jackson Thompson J, Dean CG, Dabney S, Wilkerson JC. Preventing cardiovascular disease through community-based risk reduction: the Bootheel Heart Health Project. *Am J Public Health* 1996;86(2):206-13.

Carleton 1995 (*published data only*)

Assaf AR, Bansbach SW, Lasater TM, McKinlay SM, Carleton RA. The Pawtucket Heart Health Program: II Evaluation strategies RI. *Med J* 1987;70(12):541-6.

Carleton RA, Lasater TM, Assaf A, Lefebvre RC, McKinlay SM. The Pawtucket Heart Health Program: I An experiment in population-based disease prevention. *RI Med J* 1987;70(12):533-8.

Carleton RA, Lasater TM, Assaf AR, Feldman HA, McKinlay S. The Pawtucket Heart Health Program: community changes in cardiovascular risk factors and projected disease risk. *Am J Public Health* 1995;85(6):777-85.

*Carleton RA, Lasater TM, Assaf AR, Feldman HA, McKinlay S, et al. The Pawtucket Heart Health Program: Community changes in cardiovascular risk factors and projected disease risk. *Am J Public Health* 1995;85:777-785.

Elder JP, McGraw SA, Abrams DB, Ferreira A, Lasater TM, Longpre H, Peterson GS, Schwertfeger R, Carleton RA. Organizational and community approaches to community-wide prevention of heart disease: the first two years of the Pawtucket Heart Health Program. *Prev Med* 1986;15(2):107-17.

Elder JP, McGraw SA, Rodrigues A, et al. Evaluation of two community-wide smoking cessation contests. *Prev Med* 1987;16:221-34.

Gans KM, Bain SL, Plotkin B, Lasater TM, Carleton RA. Implementation and institutionalisation of Heart Health Programming in schools: the Pawtucket Heart Health Program experience. *J Health Educ* 1994;25(2):89-98.

Lasater TM, Carleton RA, Lefebvre RC. The Pawtucket Heart Health Program: V. Utilizing community resources for primary prevention. *RI Med J* 1988;71:63-67.

Lasater TM, Lefebvre RC, Carleton RA. The Pawtucket Heart Health Program: IV Community level programming for heart health. *RI Med J* 1988;71:31-34.

Lefebvre RC, Harden EA, Zompa B. The Pawtucket Heart Health Program. III. Social marketing to promote community health. *RI Med J* 1988;71(1):27-30.

Lefebvre RC, Lasater TM, Carleton RA, Peterson G. Theory and delivery of Health Programming in the community: The Pawtucket Heart Health Program. *Prev Med* 1987;16:80-95.

COMMIT 1995 (*published data only*)

Bauman KE, Suchindran CM, Murray DM. The paucity of effects in community trials: Is secular trend the culprit? *Prev Med* 1999;28:426-429.

Corbett K, Thompson B, White N, Taylor M. Process evaluation in the community intervention trial for smoking cessation (COMMIT). *Int'l Quarterly of Community Health Education* 1990-91;11:291-309.

Fisher EB. Editorial: The results of the COMMIT trial. *Am J Public Health* 1995;85:159-160.

Glasgow RE, Sorenson G, Giffen C, Shipley RH, Corbett K, Lynn W. Promoting worksite smoking control policies and actions: the Community Intervention Trial for Smoking Cessation (COMMIT) experience The COMMIT Research Group. *Prev Med* 1996;25(2):186-94.

Lichtenstein E, Corbett K, Nettekoven L, Thompson B. Durability of tobacco control activities in 11 North American communities: life after the community intervention trial for smoking cessation (COMMIT). *Health Educ Res* 1996;11(4):527-34.

Lindsay EA, Ockene JK, Hymowitz N, Giffen C, Berger L, Pomrehn P. Physicians and smoking cessation: A survey of office procedures and practices in the community intervention trial for smoking cessation. *Arch Fam Med* 1994;3:341-348.

Ockene JK, Lindsay EA, Hymowitz N, Giffen C, Purcell T, Pomrehn P, Pechacek T. Tobacco control activities of primary-care physicians in the Community Intervention Trial for Smoking Cessation COMMIT Research Group. *Tob Control* 1997;6 Suppl 2:S49-56.

Pomrehn P, Sciandra R, Shipley R, Lynn W, Lando H. Enhancing resources for smoking cessation through community intervention: COMMIT as a prototype. *Int'l Quarterly of Community Health Education* 1990-91;11:259-269.

Royce JM, Corbett K, Sorensen G, Ockene J. Gender, social pressure, and smoking cessations: The community intervention trial for smoking cessation (COMMIT) at baseline. *Soc Sci Med* 1997;44:359-370.

Shipley RH, Hartwell TD, Austin WD, Clayton AC, Stanley LC. Community stop-smoking contests in the COMMIT trial: Relationship of participation to costs. *Prev Med* 1995;24:286-292.

Sorensen G, Glasgow RE, Corbett K. Promoting smoking control through worksites in the community intervention trial for smoking cessation (COMMIT). *Int'l Quarterly of Community Health Education* 1990-91;11:239-257.

Sorensen G, Glasgow RE, Topor M, Corbett K. Worksite characteristics and changes in worksite tobacco-control initiatives - Results from the COMMIT study. *J Occup Environ Med* 1997;39(6):520-6.

Susser M. Editorial: The tribulations of trials - Intervention in communities. *Am J Public Health* 1995;85:156-158.

Taylor SM, Ross NA, Cummings KM, Glasgow RE, Goldsmith CH, Zanna MP, Corle DK. Community Intervention Trial for Smoking Cessation (COMMIT): changes in community attitudes toward cigarette smoking. *Health Educ Res* 1998;13:109-22.

Taylor SM, Ross NA, Goldsmith CH, Zanna MP, Lock M. Measuring attitudes towards smoking in the community intervention trial for smoking cessation (COMMIT). *Health Education Research, Theory and Practice* 1998;13:123-132.

*The COMMIT Research Group. Community intervention trial for smoking cessation (COMMIT): I Cohort results from a four-year community intervention. *Am J Public Health* 1995;85:183-192.

- The COMMIT Research Group. Community intervention trial for smoking cessation (COMMIT): II Changes in adult cigarette smoking prevalence. *Am J Public Health* 1995;85:193-200.
- The COMMIT Research group. Community intervention trial for smoking cessation (COMMIT): Summary of design and intervention. *J Natl Cancer Inst* 1991;83:1620-1628.
- Wallack L, Sciandra R. Media advocacy and public education in the community intervention trial to reduce heavy smoking (COMMIT). *Int'l Quarterly of Community Health Education* 1990-91;11:205-222.
- Domenighetti 1991** {published data only}
- *Domenighetti G, Casabianca A, Villaret M, Wietlisbach V, Gutzwiller F, Paccaud F. Prevention des maladies cardiovasculaires premiere evaluation du programme du canton du Tessin (1984-1989). *Cahiers medico-sociaux* 1991;35:293-309.
- Egger 1983** {published data only}
- Egger G, Fitzgerald W, Fape G, Monaem A, Rubinstein P, Tyler C, McKay B. Results of large scale media antismoking campaign in Australia: North Coast 'Quit for Life' programme. *BMJ* 1983;287:1125-8.
- Fisher 1998** {published data only}
- *Fisher EB, Auslander WF, Munro JF, Arfken CL, Brownson RC, Owens NW. Neighbors for a Smoke Free North Side: Evaluation of a community organization approach to promoting smoking cessation among African Americans. *Am J Public Health* 1998;88:1685-1613.
- Fisher EB, Jr., Auslander W, Sussman L, Owens N, Jackson Thompson J. Community organization and health promotion in minority neighborhoods. *Ethn Dis* 1992;2(3):252-72.
- Fortmann 1993** {published data only}
- Barr Taylor C, Fortmann SP, Flora J, Kayman S, Barrett DC, Jatulis D, Farquhar JW. Effect of long-term community health education on Body Mass Index. *Am J Epidemiol* 1991;134:235-249.
- Farquhar JW, Fortmann SP, Flora JA, Taylor CB, Haskell WL, Williams PT, Maccoby N, Wood PD. Effects of community wide education on cardiovascular disease risk factors: The Stanford Five-City Project. *JAMA* 1990;264(3):359-65.
- Farquhar JW, Fortmann SP, Maccoby N, Haskell WL, Williams PT, Flora JA, Taylor CB, Brown BW, Solomon DS, Hulley SB. The Stanford five-city project: design and methods. *Am J Epidemiol* 1985;122(2):323-34.
- Fortmann SP, Flora JA, Winkleby MA, Schooler C, Taylor CB, Farquhar JW. Community intervention trials: reflections on the Stanford Five-City Project Experience. *Am J Epidemiol* 1995;142(6):576-86.
- Fortmann SP, Sallis JF, Magnus PM, Farquhar JW. Attitudes and practices of physicians regarding hypertension and smoking: The Stanford Five City Project. *Prev Med* 1985;14:70-80.
- *Fortmann SP, Taylor CB, Flora JA, Jatulis D. Changes in adult cigarette smoking prevalence after 5 years of community health education: The Stanford Five-City Project. *Am J Epidemiol* 1993;137:82-96.
- Fortmann SP, Winkleby MA, Flora JA, Haskell WL, Barr Taylor C. Effect of long-term community health education on blood pressure and hypertension control: The Stanford Five City Project. *Am J Epidemiol* 1990;132:629-646.
- Sallis JF, Flora JA, Fortmann SP, Barr Taylor C, Maccoby N. Mediated smoking cessation programs in the Stanford Five City Project. *Addictive Behaviours* 1985;10:441-443.
- Winkleby MA, Flora JA, Kraemer HC. A community-based heart disease intervention: Predictors of change. *Am J Public Health* 1994;84:767-772.
- Winkleby MA, Fortmann SP, Rockhill B. Cigarette smoking trends in adolescents and young adults: the Stanford Five-City Project. *Prev Med* 1993;22(3):325-34.
- Winkleby MA, Taylor CB, Jatulis D, Fortmann SP. The long-term effects of a cardiovascular disease prevention trial: The Stanford Five-City Project. *Am J Public Health* 1996;86:1773-9.
- Giampaoli 1997** {published data only}
- *Giampaoli S, Poce A, Sciarra F, Lo Noce C, Dima F, Minoprio A, Santaquilani A, Caiola de Sanctis P, Volpe R, Menditto A, et al. Change in cardiovascular risk factors during a 10-year community intervention program. *Acta Cardiol* 1997;52(5):411-22.
- Giampaoli S, Urbinati GC, Menotti A, Ricci G. Short term changes in cardiovascular risk factors in the Di S Co Intervention Project: Research Group of the DI S Co Project. *Eur J Epidemiol* 1991;7(4):372-9.
- Goodman 1995** {published data only}
- *Goodman RM, Wheeler FC, Lee PR. Evaluation of the Heart to Heart Project: Lessons from a community-based chronic disease prevention project. *Am J Health Promotion* 1995;9:443-55.
- Heath GW, Temple SP, Fuchs R, Wheeler FC, Croft JB. Changes in blood cholesterol awareness: Final results from the South Carolina cardiovascular disease prevention project. *Am J Prev Med* 1995;11:190-196.
- Smith NL, Croft JB, Heath GW, Cokkinides V. Changes in cardiovascular disease knowledge and behavior in a low-education population of African-American and white adults. *Ethn Dis* 1996;6(3-4):244-54.
- Wheeler FC, Lackland DT, Mace ML, Reddick A, Hogelin G, Remington PL. Evaluating South Carolina's community cardiovascular disease prevention project. *Public Health Reports* 1991;106:536-543.
- Gutzwiller 1985** {published data only}
- Gutzwiller F, Junod B. Methodes et strategies d'evaluation du programme national Suisse de recherche sur la prevention des maladies cardio-vasculaires. *Rev Epidemiol Sante Publ* 1981;29:315-325.
- *Gutzwiller F, Nater B, Martin J. Community-based primary prevention of cardiovascular disease in Switzerland: methods and results of the National Research Program (NRP 1A). *Prev Med* 1985;14(4):482-91.
- Nater B, Gutzwiller F, Abelin T, Degiampietro P, Junod B, et al. Changes in tobacco consumption during a community oriented primary prevention program in Switzerland. *Rev Epidemiol Sante Publ* 1985;33:80-9.
- Hancock 2001** {published data only}
- *Hancock L, Sanson-Fisher R, Perkins J, McClintock A, Howley P, Gibberd R. The effect of a community action program on adult quit smoking rates in rural Australian towns: The CART Project. *Preventive Medicine* 2001;32:118-127. 21107547.
- Hancock L, Sanson-Fisher R, Redman S, Burton R, Burton L, Butler J, Gibberd R, Girgis A, Hensley M, McClintock A, et al. Community action for cancer prevention: Overview of the cancer action in rural towns (CART) project, Australia. *Health Promotion International* 1996;11:277-90.
- Hancock L, Sanson-Fisher R, Redman S, Reid A, Tripodi T. Knowledge of cancer risk reduction practices in rural towns in New South Wales. *Aust NZ J Public Health* 1996;29:529-537.
- Hancock L, Sanson-Fisher RW, Redman S, Burton R, Burton L, Butlar J, Girgis A, Gibberd R, Hensley M, McClintock A, Reid A, Schofield M, Tripodi T, Walsh R. Community action for health promotion: A review of methods and outcomes 1990-1995. *Am J Prev Med* 1997;13:229-239.
- Sanson-Fishes R, Redman S, Hancock L, Halpin S, Clarke P, Schofield M, Burton R, Hensley M, Gibberd R, Reid A, Walsh R. Developing methodologies for evaluating community-wide health promotion. *Health Promotion International* 1996;11:227-236.
- Heinemann 1986** {published data only}
- Eckstein M, Heinemann L, Heine H, Muller U, Marchlowitz E. First survey of distribution of cardiovascular risk factors in the population of Schleiz. *Z Arztl Fortbild* 1981;75(6):256-8.

- *Heinemann E, Heine H, Eckstein M, Hellmund W. Projekt Schleiz - nationales Demonstrations projekt bevolkerungsweiter Pravention bei Herz-Kreislauf ind anderen nichtübertragbaren Krankheiten. *Zeitschrift fur Klinische Medizin* 1986;41:536-9.
- Heinemann L, Klemm P, Linb G, Wick G, Bothig. Abschatzung des stichprobenumfangs epidemiologischer untersuchungen - ein problem zwischen "verallgemeinerbar" und "praktikabel". *Z Arztl Fortbild* 1970;64:1077-1082.
- Hoffmeister 1996** *{published data only}*
- Greiser E, Hoeltz J, Hoffmeister H, Hullemann KD, Kreuter H, Laaser U, Nussel E, V Troschke J. The German Cardiovascular Prevention Study (GCP): Design and methods. *Eur Heart J* 1988;9:1058-66.
- Greiser E, Hoffmeister H, Hoeltz J, Hullemann KD, Kreuter H, Laaser U, et al. Final risk factor change after 7 years of a multicenter community intervention program - The German Cardiovascular Prevention Study (GCP). *Circulation* 1994;89:933.
- Greiser EM. Risk factor trends and cardiovascular mortality risk after 3.5 years of community-based intervention in the German Cardiovascular Prevention Study. *Ann Epidemiol* 1993;3(Suppl 5):S13-S27.
- Helmert U, Herman B, Joeckel KH, Greiser E, Madans J. Social class and risk factors for coronary heart disease in the Federal Republic of Germany Results of the baseline survey of the German Cardiovascular Prevention Study (GCP). *J Epidemiol Community Health* 1989;43:37-42.
- Helmert U, Shea S, Greiser E, Maschewsky Schneider U. Effects of 3.5 years of community intervention on social class gradients for cardiovascular disease risk factors in the German Cardiovascular Prevention Study. *Ann Epidemiol* 1993;3:S36-S43.
- *Hoffmeister H, Mensink GB, Stolzenberg H, Hoeltz J, Kreuter H, Laaser U, Nussel E, Hullemann KD, Troschke JV. Reduction of coronary heart disease risk factors in the German cardiovascular prevention study. *Prev Med* 1996;25(2):135-45.
- Maschewsky Schneider U, Greiser E. Primary prevention of coronary heart disease versus health promotion--a contradiction?. *Ann Med* 1989;21(3):215-8.
- Maschewsky Schneider U, Heinemann E, Mager A, Lang P, Lusebrink K, Scheuermann W, Wendt G. Process evaluation measures and blood pressure results in the German Cardiovascular Prevention Study. *Ann Epidemiol* 1993;3:S44-S50.
- Jenkins 1997** *{published data only}*
- *Jenkins CN, McPhee SJ, Le A, Pham GQ, Ha NT, Stewart S. The effectiveness of a media-led intervention to reduce smoking among Vietnamese-American men. *Am J Public Health* 1997;87(6):1031-4.
- Lando 1995** *{published data only}*
- Bostick RM, Luepker RV, Kofron PM, Pirie PL. Changes in physician practice for the prevention of cardiovascular disease. *Arch Intern Med* 1991;151:478-484.
- Finnegan JR, Murray DM, Kurth C, McCarthy P. Measuring and tracking education program implementation: The Minnesota Heart Health Program experience. *Health Education Quarterly* 1989;16:77-90.
- Jacobs DR, Luepker RV, Mittelmark MB, Folsom AR, Pirie PL, Mascioli SR, et al. Community-wide prevention strategies: Evaluation design of the Minnesota Heart Health Program. *J Chron Dis* 1986;39:775-788.
- *Lando HA, Pechacek TF, Pirie PL, Murray DM, Mittelmark MB, Lichtenstein E, et al. Changes in adult cigarette smoking in Minnesota Heart Health Program. *Am J Public Health* 1995;85:201-208.
- Lichtenstein E, Lando HA, Nothwehr F. Readiness to quit as a predictor of smoking changes in the Minnesota Heart Health Program. *Health Psychology* 1994;13:393-396.
- Luepker RV. An update and review of the Minnesota Heart Health Program. *Ann Epidemiol* 1993;3:S8-S12.
- Luepker RV, Murray DM, Jacobs DR Jr, Mittelmark MB, Bracht N, Carlaw R, et al. Community education for cardiovascular disease prevention: risk factor changes in the Minnesota Heart Health Program. *Am J Public Health* 1994;84:1383-93.
- Mittelmark MB, Luepker RV, Grimm R Jr, Kottke TE, Blackburn H. The role of physicians in a community-wide program for prevention of cardiovascular disease: the Minnesota Heart Health Program. *Public Health Rep* 1988;103:360-5.
- Mittelmark MB, Luepker RV, Jacobs DR, Bracht NF, Carlaw RW, Crow RS, et al. Community-wide prevention of cardiovascular disease: Education strategies of the Minnesota Heart Health Program. *Prev Med* 1986;15:1-17.
- Murray DM. Design and analysis of community trials: lessons from the Minnesota Heart Health Program. *Am J Epidemiol* 1995;142:569-75.
- Perry CL, Kelder SH, Murray DM, Klepp K-I. Communitywide smoking prevention: Long-term outcomes of the Minnesota Heart Health Program and the class of 1989 study. *Am J Public Health* 1992;82:1210-1216.
- Weisbrod R, Pirie PL, Bracht NF. Impact of a community health promotion program on existing organizations: The Minnesota Heart Health Program. *Soc Sci Med* 1992;34:639-48.
- Maccoby 1977** *{published data only}*
- Farquhar JW, Maccoby N, Wood PD, Alexander JK, Breitrose H, Brown BW, Haskell WL, McAlister AL, Meyer AJ, Nash JD, Stern MP. Community education for cardiovascular health. *Lancet* 1977;1:1192-1195.
- Fortmann SP, Williams PT, Hulley SB, Haskell WL, Farquhar JW. Effect of health education on dietary behavior: the Stanford Three Community Study. *Am J Clin Nutr* 1981;34:2030-2038.
- *Maccoby N, Farquhar JW, Wood PD, Alexander J. Reducing the risk of cardiovascular disease: effects of a community-based campaign on knowledge and behaviour. *J Community Health* 1977;3(2):100-14.
- Williams PT, Fortmann SP, Farquhar JW, Varady A, Mellen S. A comparison of statistical methods for evaluating risk factor changes in community-based studies: An example from the Stanford Three-community study. *J Chron Dis* 1981;34:565-571.
- McAlister 1992** *{published data only}*
- *McAlister AL, Ramirez AG, Amezcua C, Pulley LV, Stern MP, Mercado S. Smoking cessation in Texas-Mexico border communities: A quasi-experimental panel study. *Am J Health Promot* 1992;6:274-9.
- Ramirez AG, McAlister AL. Mass media campaign - A Su Salud. *Prev Med* 1988;17(5):608-21.
- McPhee 1995** *{published data only}*
- *McPhee SJ, Jenkins CNH, Wong C, Fordham D, et al. Smoking cessation intervention among Vietnamese Americans: a controlled trial. *Tob Control* 1985;4(Suppl 1):S16-S24.
- Mudde 1995** *{published data only}*
- *Mudde AN, de Vries H, Dolders MGT. Evaluation of a Dutch community-based smoking cessation intervention. *Prev Med* 1995;24:61-70.
- Nussel 1985** *{published data only}*
- Nussel E. Federal Republic of Germany The Eberbach-Wiesloch Project. In: Puska P, editor(s). *Comprehensive cardiovascular community control programmes in Europe, EURO Reports and Studies 106*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1985:44-48.
- *Nussel E, Hofmann H, editors. Community-based prevention: The Eberbach-Wiesloch Study. *Primary and Secondary Prevention of Coronary Heart Disease*. Springer-Verlag: Berlin Heidelberg, 1985:50-9.

O'Loughlin 1999 [published data only]

O'Loughlin J, Paradis G, Kishchuk N, Gray-Donald K, Renaud L, Fines P, Barnett T. Coeur en sante St-Henri - a heart health promotion programme in Montreal, Canada: design and methods for evaluation. *J Epidemiol Community Health* 1995;49:495-502.

O'Loughlin J, Paradis G, Renaud L, Meshefedjian G, Barnett T. The "Yes, I Quit" smoking cessation course: Does it help women in a low income community quit?. *Community Health* 1997;22:451-468.

O'Loughlin J, Paradis G, Meshefedjian G. Evaluation of two strategies for heart health promotion by direct mail in a low-income urban community. *Prev Med* 1997;26:745-753.

O'Loughlin J, Renaud L, Richard L, Gomez LS, Paradis G. Correlates of the sustainability of community - based heart health promotion interventions. *Prev Med* 1998;27(5 Pt 1):702-12.

*O'Loughlin JL, Paradis G, Gray-Donald K, Renaud L. The impact of a community-based heart disease prevention program in a low-income, inner-city neighbourhood. *Am J Public Health* 1999;89:1819-1826.

Paradis G, O'Loughlin J, Elliott M, Masson P, Renaud L, Sacks Silver G, Lampron G. Coeur en sante St-Henri--a heart health promotion programme in a low income, low education neighbourhood in Montreal, Canada: theoretical model and early field experience. *J EpidemiolCommunity Health* 1995;49(5):503-12.

Renaud L, Oloughlin J, Lampron G, Bonney D, Silver G, Paradis G. Can a contest encourage smokers from low-income neighborhoods to stop smoking for 6 weeks?. *Can J Public Health* 1995;86(3):170-5.

Osler 1993 [published data only]

*Osler M, Jespersen NB. The effect of a community-based cardiovascular disease prevention project in a Danish municipality. *Dan Med Bull* 1993;40(4):485-9.

Osler M, Lous J, Rasmussen NK. Knowledge, attitudes and cardiovascular risk factors in Danish adults. *Scand J Soc Med* 1992;20:151-7.

Puska 1985 [published data only]

Korhonen T, Uutela A, Korhonen H, Urjanheimo E-V, Puska P. Smoking cessation advice from health professionals: process evaluation of a community-based program. *Patient Education and Counseling* 1999;36:13-21.

McAlister A, Puska P, Salonen JT, Tuomilehto J, Koskela K. Theory and action for health promotion illustrations from the North Karelia Project. *Am J Public Health* 1982;72(1):43-50.

Neitaanmaki L, Koskela K, Puska P, McAlister AL. The role of lay workers in community health education: experiences of the North Karelia project. *Scand.J.Soc.Med* 1980;8(1):1-7.

Puska P, McAlister A, Pekkola J, Koskela K. Television in health promotion: evaluation of a national programme in Finland. *Int J Health Educ* 1981;24:238-250.

Puska P, Neitaanmaki L, Tuomilehto J. A survey of local health personnel and decision makers concerning the North Karelia project: a community program for control of cardiovascular diseases. *Prev Med* 1981;10(5):564-76.

*Puska P, Nissinen A, Tuomilehto J, Salonen JT, Koskela K, McAlister A, Kottke TE, MacCoby N, Farquhar JW. The community-based strategy to prevent coronary heart disease: conclusions from the ten years of the North Karelia project. *Annu Rev Public Health* 1985;6:147-93.

Puska P, NissinenA, Salonen JT, Toulehto J. Ten years of the North Karelia Project: Results with community-based prevention of coronary heart disease. *Scand J Soc Med* 1983;11:65-68.

Puska P, Salonen JT, Nissinen A, Tuomilehto J, Vartiainen E, Korhonen H, Tanskanen A, Ronnqvist P, Koskela K, Huttunen J. Change in risk factors for coronary heart disease during 10 years of a community programme (North Karelia project). *BMJ* 1983;287:1840-1844.

Puska P, Tuomilehto J, Nissinen A, Salonen JT, Vartiainen E, Pietinen P, Koskela K, Korhonen HJ. The North Karelia Project: 15 Years of community-based prevention of coronary heart diseases. *Ann Med* 1989;21:169-73.

Puska P, Tuomilehto J, Salonen J, Neittaankoski L, Maki J, Virtamo J, Nissinen A, Koskela K, Takalo T. Changes in coronary risk factors during comprehensive five-year community programme to control cardiovascular disease (North Karelia project). *BMJ* 1979;2:1173-1178.

Salonen JT. Did the North Karelia Project reduce coronary mortality?. *Letter to the Editor, BMJ* 1987;2:269.

Salonen JT, Hamynen H, Heinonen OP. Impact of a health education program and other factors on stopping smoking after heart attack. *Scand J Soc Med* 1985;13:103-108.

Salonen JT, Puska P, Kottke TE, Tuomilehto J. Changes in smoking, serum cholesterol and blood pressure levels during a community-based cardiovascular disease prevention program - the North Karelia Project. *Am J Epidemiol* 1981;114:81-94.

Vartiainen E, Korhonen HJ, Koskela K, Puska P. Twenty year smoking trends in a community-based cardiovascular diseases prevention programme - results from the North Karelia project. *European Journal of Public Health* 1998;8:154-9.

Vartiainen E, Puska P, Koskela K, Nissinen A. Ten-year results of a community-based anti-smoking program (as part of the North Karelia Project in Finland). *Health Ed Res* 1986;1(3):175-84.

Vartiainen E, Puska P, Pekkanen J, Tuomilehto J, Jousilahti P. Changes in riskfactors explain changes in mortality from ischaemic heart disease in Finland. *BMJ* 1994;309:23-27.

Vartiainen E, Paavola M, McAlister A, Puska P. Fifteen-year follow-up of smoking prevention effects in the North Karelia Youth Project. *Am J Public Health* 1998;88:81-85.

Roussow 1993 [published data only]

Jooste PL, Yach D, Steenkamp HJ, Botha JL, Rossouw JE. Drop-out and newcomer bias in a community cardiovascular follow- up study. *Int J Epidemiol* 1990;19(2):284-9.

Rossouw JE, Du Plessis JP, Benade AJ, Jordaan PC, Kotze JP, Jooste PL, Ferreira JJ. Coronary risk factor screening in three rural communities: The CORIS baseline study. *S Afr Med J* 1983;64(12):430-6.

*Rossouw JE, Jooste PL, Chalton DO, Jordaan ER, Langenhoven ML, Jordaan PCJ et al. Community-based intervention: The coronary risk factor study (CORIS). *Int J Epidemiol* 1993;22:428-38.

Rossouw JE, Jooste PL, Kotze JP, Jordaan PC. The control of hypertension in 2 communities: An interim evaluation. *S Afr Med J* 1981;60(5):208-12.

Steyn K, Steyn M, Swanepoel AS, Jordaan PCJ, Jooste PL, Fourie JM, Rossouw JE. Twelve-year results of the Coronary Risk Factor Study (CORIS). *Int J Epidemiol* 1997;26:964-71.

Schorling 1997 [published data only]

Schorling JB. The stages of change of rural African-American smokers. *Am J Prev Med* 1995;11:170-177.

*Schorling JB, Roach J, Siegel M, Baturka N, Hunt DE, Guterbock TM, Stewart HL. A trial of church-based smoking cessation interventions for rural African Americans. *Prev Med* 1997;26:92-101.

Secker-Walker 2000 [published data only]

Flynn BS. Measuring community leaders' perceived ownership of health education programs: initial tests of reliability and validity. *Health Education Research: Theory and Practice* 1995;10:27-36.

Flynn BS, Gurdon MA, Secker-Walker RH. Cigarette smoking control strategies of firms with small workforces in two Northeastern states. *American Journal of Health Promotion* 1995;9:202-209.

Secker-Walker RH, Dana GS, Solomon LJ, Flynn BS. The role of health professionals in a community-based program to help women quit smoking. *Preventive Medicine* 2000;30:126-137.

*Secker-Walker RH, Flynn BS, Solomon LJ, Skelly JM, Dorwaldt AL, Ashikaga T. Helping Women Quit Smoking: Results of a Community Intervention Program. *American Journal of Public Health* 2000;90:940-946.

Secker-Walker RH, Flynn BS, Solomon LJ, Vacek PM, Dorwaldt AL, Geller BM, Worden JK, Skelly JM. Helping women quit smoking: baseline observations for a community health education program. *American Journal of Preventive Medicine* 1996;12:367-377.

Secker-Walker RH, Solomon LJ, Flynn BS, Dana GS. Comparisons of the smoking cessation counseling activities of six types of health professionals. *Preventive Medicine* 1994;23:800-808.

Secker-Walker RH, Solomon LJ, Geller BM, Flynn BS, Worden JK, Skelly JM, Mead PB. Modeling smoking cessation: exploring the use of a videotape to help pregnant women quit smoking. *Women & Health* 1997;25:23-35.

Solomon LJ, Secker-Walker RH, Flynn BS, Christ S, Dana GS, Dorwaldt AL. Proactive Peer Support by Telephone to Help Women Quit Smoking. *Health Education Research: Theory and Practice* 1996;11:377-381.

Shelley 1995 (published data only)

Collins C, Daly L, Shelley E. Penetration of the Kilkenny Health Project Education Programme. *Hygie* 1993;12(1):11-4.

Shelley E, Collins C, Daly L. Trends in smoking prevalence: the Kilkenny Health Project Population Surveys 1985 to 1991. *Ir Med J* 1996;89(5):182-5.

*Shelley E, Daly L, Collins C, Christie M, Conroy R, Gibney M et al. Cardiovascular risk factor changes in the Kilkenny Health Project: A community health promotion programme. *Eur Heart J* 1995;16(6):752-60.

Shelley E, Daly L, Graham I, Beirne A, Conroy R, Gibney M et al. The Kilkenny Health Project: a community research and demonstration cardiovascular health programme. *Ir J Med Sci* 1991;160 Suppl 9:10-6.

Tudor-Smith 1998 (published data only)

Catford J, Nutbeam D. *Heartbeat Wales The Community Prevention of Coronary Heart Disease University of Birmingham*. London: HMSO, 1992.

Clarkson J, Nutbeam D. Introducing healthy catering practice into hospitals: A case study from Wales. *Nutrition and Health* 1991;7:101-110.

Nutbeam D, Catford J. The Welsh Heart Programme evaluation strategy: Progress, plans and possibilities. *Health Promotion* 1987;2:5-18.

Nutbeam D, Smith C, Murphy S, Catford J. Maintaining evaluation designs in long term community based health promotion programmes: Heartbeat Wales case study. *J Epidemiol Community Health* 1993;47:127-33.

Phillips CJ, Prowle MJ. Economics of a reduction in smoking: A case study from Heartbeat Wales. *J Epidemiol Community Health* 1993;47:215-223.

Pullen E, Nutbeam D, Moore L. Demographic characteristics and health behaviours of consenters to medical examination: Results from the Welsh Heart Health Survey. *J Epidemiol Community Health* 1992;46:455-459.

Roberts C, Smith C, Catford J. Quit and Win Wales: An evaluation of the 1990 pilot contest. *Tobacco Control* 1993;2:114-119.

Smail S, Parish R. Heartbeat Wales - a community programme. *Practitioner* 1989;233:343-7.

Smith C, Moore L, Roberts C, Catford J. Health-related behaviours in Wales, 1985-1990. *Health Trends* 1994;26:18-21.

Smith C, Nutbeam D, Moore L, Roberts C, Catford J. Current changes in smoking attitudes and behaviours among adolescents in Wales, 1986-1992. *J Public Health Medicine* 1994;16:165-171.

*Tudor Smith C, Nutbeam D, Moore L, Catford J. Effects of the Heartbeat Wales programme over five years on behavioural risks for cardiovascular disease: quasi-experimental comparison of results from Wales and a matched reference area. *BMJ* 1998;316(7134):818-22.

Van Assema 1994 (published data only)

van Assema P, Steenbakkers M, Erikson M, Kok G. The process evaluation of a Dutch community health project. *Community Health Education* 1994;15(2):187-207.

*van Assema P, Steenbakkers M, Kok G, Eriksen M, de Vries H. Results of the Dutch community project "Healthy Bergeyk". *Prev Med* 1994;23(3):394-401.

Weinehall 1999 (published data only)

Brannstrom I, Persson LA, Wall S. Gender and social patterning of health: the Norsjo cardiovascular preventive programme in northern Sweden 1985-1990. *Scand J Prim Health Care* 1994;12(3):155-61.

Brannstrom I, Rosen M, Wall S, Weinehall L. Local health planning and intervention - the case of a Swedish municipality. *Scand J Prim Health Care* 1988;Suppl 1:57-64.

Brannstrom I, Weinehall L, Persson LA, Wester PO, Wall S. Changing social patterns of risk factors for cardiovascular disease in a Swedish community intervention programme. *Int J Epidemiol* 1993;22(6):1026-37.

*Weinehall L, Westman G, Hellsten G, Boman K, Hallmans G, Pearson TA, Wall S. Shifting the distribution of risk: results of a community intervention in a Swedish programme for the prevention of cardiovascular disease. *J Epidemiol Community Health* 1999;53:243-50.

Referencias de los estudios excluidos de esta revisión

Abramson 1981

Abramson JH, Gofin J, Hopp C, Schein MH, Naveh P. The CHAD program for the control of cardiovascular risk factors in a Jerusalem community: a 24-year retrospect. *Isr J Med Sci* 1994;30(1):108-119.

*Abramson JH, Gofin R, Hopp C, Gofin J, Donchin M, Habib J. Evaluation of a community program for the control of cardiovascular risk factors: the CHAD program in Jerusalem. *Isr J Med Sci* 1981;17(2-3):201-212.

Abramson JH, Hopp C, Gofin J, Gofin R, Makler A, Habib J, Ronen I. A community program for the control of cardiovascular risk factors: a preliminary evaluation of the effectiveness of the CHAD program in Jerusalem. *J Community Health* 1979;5(1):3-21.

Gofin J, Gofin R, Abramson JH, Ban R. Ten-year evaluation of hypertension, overweight, cholesterol, and smoking control: the CHAD program in Jerusalem. *Community Syndrome of Hypertension, Atherosclerosis and Diabetes*. *Prev Med* 1986;15(3):304-312.

Hopp C. A community program in primary care for control of cardiovascular risk factors: steps in program development. *Isr J Med Sci* 1983;19(8):748-751.

Brownson 1997

Brownson RC, Mayer JP, Dusseault PM, Dabney S, Wright KS, Jackson-Thompson J et al. Developing and evaluating a cardiovascular risk reduction project. *Am J Health Behav* 1997;21:333-344.

Darity 1997

Darity WA, Cernada GP, Chen TTL, Pastides H, Stanek E, Tuthill R et al. Cancer prevention (smoking) in the black population: A community research/intervention model. In: Jones L, editor(s). *Minorities and Cancer*. New York: Springer/Verlag, 1989:121-126.

*Darity WA, Tuthill RW, Winder AE, Cernada GP, Chen TTL, Buchanan DR et al. A multi-city community based smoking research intervention project in the African-American population. *International Quarterly of Community Health Education* 1997;17:117-130.

Feruglio 1983

Feruglio GA, Vanuzzo D, Di Muro G, et al. The Martignacco project: A community study. Outlines and preliminary results after four years. *G Arterioscler* 1983;8:207-17.

Gyarfas 1981

*Gyarfas I. Comprehensive cardiovascular control programme in a district of Budapest. *Pneumonologia Hungarica* 1981;34:451.

Makara P, Gyarfas I. Cardiovascular diseases, society, prevention. *Tarsadalomkutatas (social research)* 1984;1:56.

Puska P et al. *Comprehensive cardiovascular community control programmes in Europe. Euro Reports and Studies 106*. Copenhagen: World Health Organisation Regional Office for Europe, 1988.

Holm 1989

*Holm LE, Callmer E, Eriksson CG, Haglund BJ, Kanstrom L, Tillgren P. Community-based strategies for cancer prevention in an urban area: the Stockholm Cancer Prevention Program. *J Nat Cancer Inst* 1989;81:103-106.

Tillgren P, Haglund BJ, Gilljam H, Holm LE. A tobacco quit and win model in the Stockholm cancer prevention programme. *Eur J Cancer Prev* 1992;1:361-6.

Wilhelmsen L, Berglund G, Elmfeldt D, et al. The multifactor primary prevention trial in Goteborg, Sweden. Comparison with a previously untreated population sample. *Drugs* 1986;31:47-51.

Kornitzer 1980

De Backer G, Kornitzer M, Dramaix M, Thilly C, Graffar M, Vuylsteek K. The Belgian heart disease prevention project: 10-year mortality follow-up. *Eur Heart J* 1988;9:238-242.

Kornitzer M, De Backer G, Dramaix M, Kittel F, Thilly C, Graffar M, Vuylsteek K. Belgian heart disease prevention project: incidence and mortality results. *Lancet* 14-5-1983;1(8333):1066-1070.

Kornitzer M, De Backer G, Dramaix M, Thilly C. The Belgian heart disease prevention project. Modification of the coronary risk profile in an industrial population. *Circulation* 1980;61(1):18-25.

*Kornitzer M, Dramaix M, Kittel F, De Backer G. The Belgian heart disease prevention project: changes in smoking habits after two years of intervention. *Prev Med* 1980;9(4):496-503.

Marin 1994

Marin BV, Perez-Stable P, Marin G, Hauck WW. Effects of a community intervention to change smoking behavior among Hispanics. *Am J Prev Med* 1994;10:340-347.

Muntoni 1999

Muntoni S, Stabilini L, Stabilini M, Muntoni S. Results of a five-year community-based programme for cardiovascular disease prevention: The ATS-Sardegna Campaign. *Eur Journal Epidemiol* 1999;15:29-34.

Oganov 1985

Oganov RG, Glasunov IS, Chazova LV, Zhukovsky GS, Baubiniene AV. Preventing cardiovascular disease in the USSR. *World Health Forum* 1985;6:243-5.

Pierce 1986

Pierce JP, Macaskill P, Hill D. Long-term effectiveness of mass media led antismoking campaigns in Australia. *Am J Public Health* 1990;80:565-9.

Rhomberg 1991

Rhomberg HP. Ten years' experience in a cardiovascular disease prevention community programme in Austria. *Cor Vasa* 1991;33:103-106.

Schechter 1982

Cohen RY, Stunkard A, Felix MR. Measuring community change in disease prevention and health promotion. *Prev Med* 1986;15(4):411-421.

Norman SA, Greenberg R, Marconi K, Novelli W, Felix M, Schechter C, Stolley P, Stunkard A. A process evaluation of a two-year community cardiovascular risk reduction program: what was done and who knew about it?. *Health Educ Res* 1990;5(1):87-97.

*Schechter C, Stunkard AJ, Stolley P. The Pennsylvania county health improvement program. *Pa Med* 1982;85(4):18-20.

Shea 1992

*Shea S, Basch CE, Lantigua R, Wechsler H. The Washington Heights-Inwood Healthy Heart Program: A third generation community-based cardiovascular disease prevention program in a disadvantaged urban setting. *Prev Med* 1992;21:203-217.

Shea S, Basch CE, Wechsler H, Lantigua R. The Washington Heights-Inwood Healthy Heart Program: a 6-year report from a disadvantaged urban setting. *Am J Public Health* 1996;86(2):166-171.

Stillman 1993

Levine DM, Becker DM, Bone LR, Stillman FA, Tuggle MB, Prentice M et al. A partnership with minority populations: A community model of effectiveness research. *Ethnicity and Disease* 1992;2:296-305.

*Stillman FA, Bone LR, Rand C, Levine DM, Becker DM. Heart, body, and soul: a church-based smoking-cessation program for Urban African Americans. *Prev Med* 1993;22(3):335-349.

Voorhees CC, Stillman FA, Swank RT, Heagarty PJ, Levine DM, Becker DM. Heart, body, and soul: impact of church-based smoking cessation interventions on readiness to quit. *Prev Med* 1996;25:277-285.

Tretli 1985

Tretli S, Bjartveit K, Foss OP, et al. Intervention on cardiovascular disease risk factors in Finnmark county: Changes after a period of three years. *Scand J Soc Med* 1985;13:1-13.

Referencias adicionales**Abbott 1998**

Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J, Ernst E. Hypnotherapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 1, 1999. Oxford: Update Software. CD001008.

Carleton 1995

Carleton RA, Lasater TM, Assaf AR, Feldman HA, McKinlay S, et al. The Pawtucket Heart Health Program: Community changes in cardiovascular risk factors and projected disease risk. *Am J Public Health* 1995;85:777-785.

Donner 1996

Donner A, Klar N. Statistical considerations in the design and analysis of community intervention trials. *Journal of Clinical Epidemiology* 1996;49(4):435-439.

Dwyer 1986

Dwyer T, Pierce JP, Hannam CD, Burke N. Evaluation of the Sydney "Quit for Life" anti-smoking campaign. *Med J Aust* 1986;144:344-347.

Eriksen 1998

Eriksen MP, Gottlieb NH. A review of the health impact of smoking control at the workplace. *Am J Health Promotion* 1998;13:83-104.

Fincham 1992

Fincham S. Community health promotion programs. *Social Science and Medicine* 1992;35(3):239-249.

Fisher 1995

Fisher EB, Jr. The results of the COMMIT trial. Community Intervention Trial for Smoking Cessation [editorial;comment]. *American Journal of Public Health* 1995;85(2):159-160.

Fisher 1998

Fisher EB, Auslander WF, Munro JF, Arfken CL, Brownson RC, Owens NW. Neighbors for a Smoke Free North Side: Evaluation of a community organization approach to promoting smoking cessation among African Americans. *Am J Public Health* 1998;88:1685-1693.

Glasgow 1999

Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American Journal of Public Health* 1999;89:1322-1327.

Goodman 1995

Goodman RM, Wheeler FC, Lee PR. Evaluation of the Heart to Heart Project: Lessons from a community-based chronic disease prevention project. *Am J Health Promotion* 1995;9:443-55.

Green 1991

Green LW, Kreuter M. *Health Promotion Planning: An educational and environmental approach*. Mountain View: Mayfield, 1991.

Gutzwiller 1985

Gutzwiller F, Nater B, Martin J. Community-based primary prevention of cardiovascular disease in Switzerland: Methods and results of the National Research Program (NRP 1A). *Prev Med* 1985;14:482-491.

Hughes 2002

Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 3, 2002. Oxford: Update Software. CD000031.

Lancaster 2002

Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 3, 2002. Oxford: Update Software. CD001292.

Lewit 1994

Lewit EM, Kerrebroek N, Cummings M. The impact of taxes and regulation on the use of tobacco products by teenagers. In: Slama K, editor(s). *Tobacco and Health. Proceedings of the 9th World Conference on Tobacco and Health 1994*. New York: Plenum Press, 1995:217-220.

Maccoby 1977

Maccoby N, Farquhar JW, Wood PD, Alexander J. Reducing the risk of cardiovascular disease: Effects of a community-based campaign on knowledge and behavior. *J Community Health* 1977;3:100-114.

Mittelmark 1993

Mittelmark MB, Hunt MK, Heath GW, Schmid TL. Realistic outcomes: lessons from community-based research and demonstration programs for the prevention of cardiovascular disease. *Journal of Public Health Policy* 1993;14(4):437-462.

MMWR 1998a

Anonymous. Incidence of initiation of cigarette smoking - United States, 1965-1996. *MMWR* 1998;47(39):837-40.

MMWR 1998b

Anonymous. Response to increases in cigarette prices by race/ethnicity, income, and age groups - United States, 1976-1993. *MMWR* 1998;47(29):605-9.

Mudde 1995

Mudde AN, de Vries H, Dolders MGT. Evaluation of a Dutch community-based smoking cessation intervention. *Prev Med* 1995;24:61-70.

Murray 1998

Murray DM. *Design and Analysis of Group-Randomized Trials*. New York: OUP, 1998.

Ockene 1992

Ockene JK. Are we pushing the limits of public health interventions for smoking cessation?. *Health Psychol* 1992;11:277-279.

Patrick 1994

Patrick DL, Cheadle A, Thompson DC, Diehr P, Koepsell T, Kinne S. The validity of self-reported smoking: a review and meta-analysis. *Am J Public Health* 1994;84(7):1086-93.

Pierce 1998

Pierce JP, Gilpin EA, Farkas AJ. Can strategies used by statewide tobacco control programs help smokers make progress in quitting?. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1998;7:459-64.

Puska 1985

Puska P, Nissinen A, Tuomilehto J, Salonen JT, Koskela K, McAlister A, et al. The community-based strategy to prevent coronary heart disease: Conclusions from the ten years of the North Karelia Project. *Ann Rev Public Health* 1985;6:147-193.

Pyorala 1995

Pyorala K. Community programmes for cardiovascular disease prevention in changing societies. *European Heart Journal* 1995;16:723-726.

Sellers 1997

Sellers DE, Crawford SL, Bullock K, McKinlay JB. Understanding the variability in the effectiveness of community health programs: a meta-analysis. *Social Science and Medicine* 1997;44:1325-1339.

Shea 1990a

Shea S, Basch CE. A review of five major community-based cardiovascular disease prevention programs. Part 1: Rationale, design, and theoretical framework. *American Journal of Health Promotion* 1990;4:203-213.

Shea 1990b

Shea S, Basch CE. A review of five major community-based cardiovascular prevention programs. Part II: Intervention strategies, evaluation methods and results. *American Journal of Health Promotion* 1990;4(4):279-287.

Silagy 2001

Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. In: *The Cochrane Library*, 3, 2001. Oxford: Update Software. CD000146.

Smith 1994

Smith C, Moore L, Trickey H. *Community-based cardiovascular disease prevention - A review of the effectiveness of health education and health promotion*. Utrecht: Landelick Centrum GVO, 1994.

Smith 1997

Smith PJ, Moffatt MEK, Gelskey SC, Hudson S, Kaita K. Are community health interventions evaluated appropriately? A review of six journals. *Journal of Clinical Epidemiology* 1997;50:137-146.

Sorensen 1998

Sorensen G, Emmons K, Hunt MK, Johnston D. Implications of the results of community intervention trials. *Annual Review of Public Health* 1998;19:379-416.

Sowden 2000

Sowden A, Arblaster L. Community interventions for preventing smoking in young people (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 1, 2000. Oxford: Update Software. CD001291.

Stead 2002

Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 3, 2002. Oxford: Update Software. CD001007.

Susser 1995

Susser M. The tribulations of trials - Intervention in communities. *Am J Public Health* 1995;85:156-158.

Townsend 1994

Townsend J, Roderick P, Cooper J. Cigarette smoking by socioeconomic group, sex, and age: effects of price, income, and health publicity. *BMJ* 1994;309(6959):923-927.

Velicer 1992

Velicer W, Prochaska J, Rossi J, Snow M. Assessing outcome in smoking cessation studies. *Psychol Bull* 1992;111:23-41.

White 2002

White AR, Ramps H, Ernst E. Acupuncture for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 3, 2002. Oxford: Update Software. CD000009.

WHO 1988

Puska P et al. *Comprehensive cardiovascular community control programmes in Europe. Euro Reports and Studies 106*. Copenhagen: World Health Organisation Regional Office for Europe, 1988.

* El asterisco señala los documentos más importantes para este estudio

TABLAS**Characteristics of included studies**

| Study | Anantha 1995 |
|------------------------|--|
| Methods | <p>Country: India Objective: To reduce tobacco consumption. Study Sites: Villages in Dibbur, Malur and Gudibanda in Kolar District in Karnataka State. Programme name: Anti-tobacco community education program. Design: Quasi-experimental, in villages in three Primary Health Centers: Dibbur with 177 villages was assigned to receive the intervention, and Malur with 136 villages and Gudibanda with 120 villages were assigned as the reference or comparison communities. Analysis: Cohort and cross-sectional analyses, t-tests, chi-square, individual as the unit of analysis. Power estimates (beta) not found.</p> |
| Participants | <p>Population of study sites: Dibbur - 66,447, Malur - 64,202, Gudibanda - 46,878 Age: all ages. Sex: female and male Ethnicity: Indian</p> |
| Interventions | <p>Theoretical basis: none mentioned. Components: The health education intervention made use of 25 junior health workers who visited the villages weekly, and 3 senior health workers who visited the villages monthly, discussing the dangers of tobacco use, illustrated with pictures of tobacco-related illnesses, especially of the mouth. Posters and booklets were used, and group and individual health education discussions were held regularly in each of the intervention villages. Year started: 1986 Duration: 6 years</p> |
| Outcomes | <p>Questionnaire: in-person interview at home Biochemical measure of tobacco use: none Baseline: 1986, immediately preceding the intervention Outcome: 1988 and 1991, 2 and 5 years after the intervention began. Further follow-up: not reported.</p> |
| Notes | No reports concerning mediating variables were found. |
| Allocation concealment | D |
| Study | Baxter 1997 |
| Methods | <p>Country: United Kingdom. Objective: To modify the following cardiovascular risk factors: smoking, diet, high blood pressure and physical activity. Study Sites: Maltby, and Swinton and Wath. Programme name: Action Heart. Design: Quasi-experimental, with two adjacent communities, Swinton and Wath, assigned to receive the intervention and another community, Maltby, selected as the reference or comparison community. Analysis: Cross-sectional analyses, logistic regression, two-sided p-values, individual as the unit of analysis. The sample size was sufficient to detect a 2% difference in smoking prevalence, but the value for b was not reported.</p> |

Characteristics of included studies

| | |
|------------------------|---|
| Participants | Population of study sites: Not reported. Age: 18-64 years Sex: female and male Ethnicity: |
| Interventions | Theoretical basis: none specified. Components: The health education intervention used general principles of community health promotion, and included health professionals, smoking cessation groups, information leaflets and library resources, an Action Heart Club, check-ups and a nicotine patch scheme. Year started: 1991 Duration: 4 years |
| Outcomes | Questionnaire: administered by mail. Biochemical measure of smoking: none. Baseline: 1991, immediately preceding the intervention Outcome: 1995, 4 years after the intervention began. Further follow-up: none reported. |
| Notes | Past quit attempts, 'would like to give up smoking', and passive smoking (2 items: I live with a smoker, I often spend my day where people smoke) were assessed. |
| Allocation concealment | D |
| Study | Brownson 1996 |
| Methods | Country: USA Objective: To reduce cardiovascular disease risk factors, including smoking. Study Sites: The Bootheel, a six county area in southeastern Missouri (Dunklin, New Madrid, Stoddard, Mississippi, Scott and Pemiscot counties), and other rural parts of Missouri. Programme name: The Bootheel Project Design: Quasi-experimental, with the six counties in southeastern Missouri selected to take part in the intervention because of their high prevalence of cardiovascular disease. Data from these counties were compared with data from other rural counties in Missouri, using the Missouri Behavioral Risk Factor Surveillance System. Analysis: Cross-sectional analyses, t-tests, SUDAAN, ANCOVA, individual as the units of analysis. |
| Participants | Population of study sites: Not stated Age: 18 years and over Sex: female and male Ethnicity: African-American - 11.4% |
| Interventions | Theoretical basis: social cognitive theory, diffusion of innovation theory, community participation. Components: The intervention used community organization principles. Coalitions and sub-coalitions were formed in each county. Although the intervention made use of volunteers, churches, schools, community agencies, local government, public events, newspapers and posters, none of the coalitions targeted smoking. Year started: 1990 Duration: 4 years |

Characteristics of included studies

| | |
|-------------------------------|---|
| Outcomes | Questionnaire: administered by telephone Biochemical measure of smoking: none. Baseline: 1990, immediately preceding the intervention Outcome: 1994, 4 years after the intervention began. Further follow-up: none found. |
| Notes | No reports concerning mediating variables were found. |
| Allocation concealment | D |
| Study | COMMIT 1995 |
| Methods | <p>Country: USA and Canada</p> <p>Objective: To reduce the prevalence of smoking among heavy smokers, that is men and women smoking 25 or more cigarettes per day.</p> <p>Study Sites: Eleven pairs of communities, 10 pairs in the United States and one pair in Canada. The U.S. sites, with the intervention communities named first for each pair, were: Vallejo and Hayward, California; Cedar Rapids and Davenport, Iowa; Fitchburg/Leominster and Lowell, Massachusetts; Paterson and Trenton, New Jersey; Santa Fe and Las Cruces, New Mexico; Yonkers and New Rochelle, New York; Utica and Binghamton/Johnson City, New York; Raleigh and Greensboro, North Carolina; Medford/Ashland and Albany/Corvallis, Oregon; Bellingham and Longview/Kelso, Washington. The Canadian sites were Brantford and Peterborough, Ontario.</p> <p>Programme name: Community Intervention Trial for Smoking Cessation (COMMIT).</p> <p>Design: a randomized controlled design, one of each matched pair of communities being randomly assigned to receive the intervention, and the other acting as the comparison or reference community.</p> <p>Analysis: Cross-sectional and cohort analyses, SUDAAN and logistic regression, one-sided p-values, communities as the unit of analysis. For the cohort analyses, unknown outcomes were analysed as if missing at random (a complex stratification system was used to impute the missing outcomes), and also as if missing completely at random by omitting those with missing data in 1993. For the independent samples, $b=0.10$, or 90% power to detect a 6.4 percentage point difference in smoking prevalence; for the cohort samples, there was 90% power to detect a 10% difference in quit rates.</p> |
| Participants | <p>Population of study sites:</p> <p>Intervention communities - 1,028,925, average population/community, 93,539</p> <p>Comparison communities - 1,009,954, average population/community, 91,814</p> <p>Age: 18-64 years</p> <p>Sex: female and male</p> <p>Ethnicity: White - 73.6%</p> |
| Interventions | <p>Theoretical basis: community organization and community participation.</p> <p>Components: The intervention included community organization, community boards and staff, and task forces in each of the 11 intervention communities. Each community formed four task forces, public education, health care providers, work sites, and cessation resources, each with a set of key mandated activities. Intervention channels included volunteers, health professionals, teachers, worksites, churches, business, schools, public events, mass media (news and stories in newspapers, and on radio and television), posters and billboards, mailings, quit contests, self-help materials, and smoking cessation resource guides. Smoke-free policies were advocated.</p> <p>Year started: 1988</p> <p>Duration: 5 years</p> |

Characteristics of included studies

| | |
|------------------------|--|
| Outcomes | Questionnaire: administered by telephone interview Biochemical measure of smoking: taken, but only used for subanalyses of deception rates among heavy and light smokers in the intervention and comparison communities. Baseline: 1988, immediately preceding the intervention Outcome: 1993, 5 years after the intervention began. Further follow-up: not reported. |
| Notes | In the cohort analyses, time to first cigarette, desire to quit, quit attempts in the past year and the presence of another smoker in the household were assessed at baseline, but no post-intervention results for these were found. 'Smoking unacceptability' was assessed. Two attitudinal indices were devised, one addressing smoking as a public health problem (smoking control in public places, legislative control, smoking control in health settings and smoking control in schools), and the other norms and values concerning smoking (belief in the harmfulness of smoking, social actions concerning smoking and risks of second-hand smoke). Social pressure to quit smoking, based on two items, one assessing pressure to quit from children, family, friends, physicians and co-workers, and the other whether a smoker would light up in a public place where smoking was not restricted, were measured at baseline, but post-intervention results were found. |
| Allocation concealment | D |
| Study | Carleton 1995 |
| Methods | Country: USA Objective: To reduce cardiovascular mortality and morbidity through a comprehensive community intervention to reduce smoking, high cholesterol, high blood pressure, obesity and physical inactivity. Study Sites: Pawtucket, in Rhode Island, and an unnamed comparison city. Programme name: Pawtucket Heart Health Program Design: Quasi-experimental, with Pawtucket chosen as the intervention city and an unnamed southeastern New England city as the comparison city. Analysis: Cohort and cross-sectional analyses, ANOVA, logistic regression, individual as the unit of analysis, but standard errors were appropriately inflated to account for the batch-related component of variance, two-tailed p-values. Power estimates (beta) not found. |
| Participants | Population of study sites: Pawtucket - 71,204, Comparison city - 98,478. Age: 18-64 years Sex: female and male Ethnicity: Mixed. |
| Interventions | Theoretical basis: social cognitive theory, diffusion of innovation theory, communication theory, behaviour change theory, community behavioural psychology, and community participation. Components: Grass-roots community-wide intervention which included community organization and coalition formation and involved schools, most religious and social organizations, large work sites, supermarkets, grocery stores, and city government. Extensive use was made of newspaper articles and stories, as well as newsletters, church bulletins and worksite publications. Radio and television carried news items about the programme. Trained volunteers played a prominent part in programme delivery. Physicians and teachers were also involved. Activities to reduce smoking included a quit-line, quit contests, quit kits and smoking cessation groups. Year started: 1981 Duration: 7 years of intervention programming, 1984-1991 |

Characteristics of included studies

| | |
|------------------------|---|
| Outcomes | Questionnaire: in-person interview at home, in English, Portuguese, or Spanish Biochemical measure of smoking: serum cotinine. Baseline: 1981-1982 and 1983-1984, preceding the intervention Outcome: 1987-1989 and 1990-1991, for peak intervention effects, and 1992-1993, post intervention. Further follow-up: not reported. |
| Notes | Knowledge concerning cardiovascular disease risk was assessed at baseline, but no data related to baseline values or follow-up were found. |
| Allocation concealment | D |
| Study | Domenighetti 1991 |
| Methods | Country: Switzerland Objective: To prevent cardiovascular disease through a canton-wide prevention programme designed to reduce hypertension, smoking, and sedentary lifestyle, to improve nutrition, and also reduce the time between symptoms of myocardial infarction and hospitalization. Programme name: Programme du Canton du Tessin Design: Quasi-experimental, with the Canton of Tessin receiving the community interventions and two other Cantons, Vaud and Fribourg, acting as comparison communities. Analysis: Cross-sectional analyses, individual as the unit of analysis. Power estimates (beta) not found. |
| Participants | Populations of the three Cantons not reported Age: not specified. Sex: female and male Ethnicity: |
| Interventions | Theoretical basis: none stated. Components: The intervention program targeted smoking, high cholesterol, high blood pressure and physical activity, and included a comprehensive community intervention with participation from many organizations within the Canton, as well as health professionals and schools. Mass media (newspapers, radio, television and cinemas), direct mailing, public events, stickers, posters, brochures, leaflets and T-shirts were all used. Year started: 1984 Duration: 6 years |
| Outcomes | Questionnaire: in-person interview Biochemical measure of smoking: not reported Baseline: MONICA I, 1984-1985 in the Vaud-Friburg region, and 1985-1986 in Canton du Tessin. Outcome: MONICA II, 1988-1989 in both intervention and comparison cantons. Further follow-up: not reported. |
| Notes | Knowledge of risk factors increased in the Canton of Tessin between 1987 and 1988/89, but no comparison with the Cantons of Vaud and Fribourg was found. |
| Allocation concealment | D |

Characteristics of included studies

| Study | Egger 1983 |
|------------------------|--|
| Methods | <p>Country: Australia Objective: To reduce cigarette-smoking over a two year period. Study Sites: Lismore, Coffs Harbour and Tamworth in Queensland. Programme name: North Coast Quit for Life programme. Design: Quasi-experimental, with two intervention towns, Lismore receiving the mass media programme combined with a community programme, Coffs Harbour receiving the same mass media programme alone, and Tamworth acting as the comparison town. Analysis: Cross-sectional analyses, logistic regression, chi-square, individual as the unit of analysis. Power estimates (beta) not found.</p> |
| Participants | <p>Population of study sites: Lismore 22,083, Coffs Harbour 12,197, and Tamworth 27,280. Age: 18 years and older Sex: female and male Ethnicity: White</p> |
| Interventions | <p>Theoretical basis: communication theory combined with social marketing. Components: The mass media intervention made use of newspapers, radio and television, with news stories, testimonials, and specially designed paid advertisements. Stickers, posters, T-shirts, balloons, and self-help quit kits were also part of the mass media intervention. The community intervention involved health professionals, kits handed out by doctors, quit fact sheets, quitter tips packs, a quitline telephone message, a variety of smoking cessation groups, and public events such as fun runs. Year started: 1978 Duration: 2 years</p> |
| Outcomes | <p>Questionnaire: in-person interview at a central screening centre, or at home. Biochemical measure of smoking: Plasma thiocyanate in years 2 and 3 on a randomly selected 5% sub-sample. Baseline: 1978, immediately preceding the intervention Outcome: 1980 and 1981, 1 and 2 years after the intervention began. Further follow-up: none reported.</p> |
| Notes | Knowledge of the effects of smoking and attitudes to smoking were each assessed by 6 questions. Social pressure to quit was also assessed. |
| Allocation concealment | D |
| Study | Fisher 1998 |
| Methods | <p>Country: USA Objective: To reduce the prevalence of smoking, with particular emphasis on African Americans. Study Sites: St. Louis and Kansas cities, Missouri. Programme name: Neighbors for a Smoke-Free Northside. Design: Quasi-experimental, with three neighbourhoods in St. Louis assigned to receive the intervention program. Four demographically similar zip code areas in Kansas City served as comparison. Analysis: Cross-sectional analyses, chi-square and logistic regression, two-sided p-values, individual as the unit of analysis. Power estimates (beta) not found.</p> |

Characteristics of included studies

| | |
|------------------------|--|
| Participants | Population of study sites: St. Louis neighbourhoods: Grace Hill - 8,149, Water Tower - 14,162, West End - 15,495; Kansas City zip code areas: 13,769; 22,583; 18,249; 30,330. Age: 18 years and over. Sex: female and male Ethnicity: predominantly African American (57%-98%) |
| Interventions | Theoretical basis: community participation. Components: Volunteer steering committees were formed in each neighbourhood, staffed by part-time community workers. Central planning was carried out by a 'Nuts and Bolts' committee, and there was also a city-wide advisory committee. Volunteers were recruited and trained to implement programme activities. These included self-help manuals and smoking cessation classes modified for low-income African Americans, door-to-door campaigns, wellness fairs, parades, a 'gospelfest', presentations, billboards, newspaper and television coverage and radio interviews. Year started: 1990 Duration: 2 years |
| Outcomes | Questionnaire: administered by telephone Biochemical measure of smoking: none. Baseline: 1990, immediately preceding the intervention Outcome: 1992, two years after the intervention began. Further follow-up: none reported. |
| Notes | The baseline assessment included questions concerning knowledge of tobacco-related health risks, social and community support, and respondents' estimates of community attitudes about these issues. No details about responses to these questions were found. |
| Allocation concealment | D |
| Study | Fortmann 1993 |
| Methods | Country: USA Objective: To reduce cardiovascular mortality and morbidity through a comprehensive community and mass media intervention to reduce smoking, high serum cholesterol, high blood pressure, sedentary lifestyles and weight. Study Sites: Monterey, Salinas, Modesto, San Luis Obispo and Santa Maria, California. Programme name: Stanford Five-City Project Design: Quasi-experimental, with Monterey and Salinas chosen as the intervention cities, and Modesto and San Luis Obispo as the comparison cities. Santa Maria was used to monitor cardiovascular mortality and morbidity data. Analysis: Cross-sectional and cohort analyses, t-tests, chi-square, repeated measures ANOVA, logistic regression, one-sided and two-sided p-values, individual and community as the units of analysis. For the independent samples, beta=0.10, or 90% power to detect an 8 percentage point difference in smoking prevalence; for the cohort samples, there was 90% power to detect a 4.72 percentage point difference. |
| Participants | Population of study sites: Monterey 40600, Salinas 82200, Modesto 161,600, San Luis Obispo 35900. Age: 25-74 years Sex: female and male Ethnicity: Mixed |

Characteristics of included studies

| | |
|------------------------|--|
| Interventions | Theoretical basis: social cognitive theory, communication theory, social marketing and community organization. Components: Television-based smoking cessation programme, public service announcements on television, a radio smoking cessation series, newspaper articles and booklets about smoking, worksite smoking cessation efforts, group smoking cessation programs, a self-help quit kit, smoking cessation contests, and a school-based smoking prevention curriculum. Smoking cessation seminars and smoking cessation materials for health professionals. Year started: 1980 Duration: 6 years, followed by 4 years education maintenance activity. |
| Outcomes | Questionnaire: in-person interview at survey centres in each city. Biochemical measure of smoking: expired-air carbon monoxide and plasma thiocyanate. Baseline: 1979-1980, preceding the intervention Outcome: Independent sample 1981-1982, 1983-1984, and 1985-1986. Cohort sample 1980-1981, 1982-1983, and 1984-1985. Further follow-up: 6 additional years of surveillance, through 1992. |
| Notes | At baseline, knowledge, attitudes to smoking and past quit attempts were assessed. |
| Allocation concealment | D |
| Study | Giampaoli 1997 |
| Methods | Country: Italy Objective: To reduce cardiovascular risk factors through a community intervention directed toward modifying levels of risk factors for chronic disease in the general population, identifying and treating high risk subjects and re-orienting health services toward prevention. Study Sites: The Sezze Health District, which included the municipalities of Sezze, Roccagorga and Bassiano, and the municipality of Priverno, all in the province of Latina. Programme name: Di.S.Co. Project (Sezze District Community Control) Design: Quasi-experimental, with the Sezze Health District, including the municipalities of Sezze, Roccagorga and Bassiano, chosen as the intervention communities and the municipality of Priverno as the comparison community. Analysis: Cohort and cross-sectional analyses, t-tests, ANCOVA, individual as the unit of analysis. Power estimates (beta) not found. |
| Participants | Population of study sites: Sezze Health District - 25,706, municipality of Priverno - 12,655. Age: 20-69 years Sex: female and male Ethnicity: |
| Interventions | Theoretical basis: none specified. Components: The health education intervention addressed smoking, diet, high blood pressure, physical activity, and weight, and included anti-smoking propaganda, the preparation and distribution of printed materials, setting up consulting rooms, lectures and exhibitions, and theoretical and practical courses for health professionals and teachers. Special attention was paid to worksites and schools. Year started: 1983 Duration: 10 years |
| Outcomes | Questionnaire: in-person interview at screening centres. Biochemical measure of smoking: none Baseline: 1983, immediately preceding the intervention Outcome: 1986 and 1993, 3 and 10 years after the intervention began. Further follow-up: not reported. |

Characteristics of included studies

| | |
|------------------------|--|
| Notes | No reports concerning mediating variables were found. |
| Allocation concealment | D |
| Study | Goodman 1995 |
| Methods | <p>Country: USA Objective: To reduce cardiovascular risk factors through community-based programs Study Sites: Florence and Anderson, South Carolina. Programme name: Heart to Heart Project Design: Quasi-experimental, with one city, Florence, designated as the intervention community and Anderson as the comparison community. Analysis: Cohort analyses, ANCOVA, one-sided p-values, individual as the unit of analysis. Greater than 99% power for serum cholesterol and blood pressure changes, but no estimate for smoking behaviour change.</p> |
| Participants | <p>Population of study sites: Florence - 56,240, Anderson - 51,014 Age: 18 years and over Sex: female and male Ethnicity: White and African American</p> |
| Interventions | <p>Theoretical basis: social cognitive theory, communication theory, and community organization and participation. Components: The health education intervention included community organization, community staff members, a coalition, volunteers, churches, restaurants and retailers, a speakers bureau, local health fairs, quit contests, mass media (newspapers, radio and television), posters, billboards, and self-help kits for smoking cessation. Presentations concerning guidelines for cardiovascular conditions were made to health professionals and a health promotion resource directory was distributed to worksites. Year started: 1986 Duration: 5 years</p> |
| Outcomes | <p>Questionnaire: in-person interview at home and physical assessment at clinic. Biochemical measure of smoking: not done. Baseline: 1987, immediately preceding the intervention Outcome: 1991, 4 years after the intervention began. Further follow-up: not reported.</p> |
| Notes | Knowledge that smoking increased a person's chance of heart disease was high among both African Americans and Whites with less than 12 years of education in Florence, the intervention town, and did not change appreciably during the course of the 4-year intervention. No comparison with the reference town, Anderson, were found. |
| Allocation concealment | D |
| Study | Gutzwiler 1985 |
| Methods | <p>Country: Switzerland Objective: To reduce cardiovascular morbidity and mortality through reductions in smoking, cholesterol, high blood pressure and sedentary lifestyles. Study Sites: Aarau, Nyon, Solothurn and Vevey Programme name: National Research Program (NRP 1A) Design: Quasi-experimental, with Aarau and Nyon chosen as the intervention towns and Solothurn and Vevey as the comparison towns. Analysis: Cohort analyses, t-tests, chi-square, Mantel-Haenzel and McNemar tests, individual as the unit of analysis. Sample size and power calculations were reported for changes in serum cholesterol, with beta=0.01, or a power of 90%.</p> |

Characteristics of included studies

| | |
|------------------------|---|
| Participants | Population of study sites: Aarau - 16,000, Nyon - 12,000, Solothurn - 16,000, Vevey - 12,000 Age: 16 years and over Sex: female and male Ethnicity: White |
| Interventions | Theoretical basis: None reported, but the intervention was a community-oriented lifestyle intervention programme. Components: community organization, local action committees and coordinators, health professionals, teachers, community and business associations, sports clubs, health agencies, local government, newspaper articles, public discussions, posters, slide shows, and smoking cessation groups. Year started: 1977/78 Duration: 3 years |
| Outcomes | Questionnaire: in-person interview at home Biochemical measure of smoking: serum thiocyanate Baseline: 1977/78, immediately preceding the intervention Outcome: 1980/81, after 3 years of intervention. Further follow-up: not reported. |
| Notes | No reports concerning mediating variables were found. |
| Allocation concealment | D |
| Study | Hancock 2001 |
| Methods | Country: Australia Objective: to decrease community adult smoking rates in rural towns in Australia. Study Sites: 10 pairs of rural towns in New South Wales. Programme name: Cancer Action in Rural Towns (CART) project. Design: Randomized design with 10 pairs of rural towns, matched on demographic, geographic and infrastructure variables, randomly assigned to intervention or comparison groups Analysis: Cohort analyses, logistic regression, communities used as the unit of analysis. Sample size estimates for $b=0.10$, or 90% power to detect a reduction in smoking from 25% to 20%. |
| Participants | Population of study towns ranged from 5,000 - 15,000 Age: 18-70 years Sex: female and male Ethnicity: |
| Interventions | Theoretical basis: community action. Components: The intervention used community organization, community committees, and miembros de la comunidad with responsibility for the activities of each of six access points: schools, workplaces, retailers, community organizations, health care providers and media. Standard strategy packages and resource packages were used to assist with programme implementation, and modified through community feedback during the interventions. Non-smoking policies were encouraged in sporting organizations, workplaces, clubs and community organizations, and quit kits, posters, and brochures were distributed in workplaces. Newsprint was used extensively to cover intervention activities, and public events were also used. Quit smoking classes were held in one town. Year started: 1992 Duration: 5 years. |

Characteristics of included studies

| | |
|------------------------|---|
| Outcomes | Questionnaire: administered by telephone interview. Biochemical measure of smoking: none Baseline: 1992, immediately preceding the intervention Outcome: 1997, 5 years after the intervention began. Further follow-up: none reported. |
| Notes | Detailed data concerning knowledge of ways to reduce risk of lung cancer and skin cancer, and what changes to look for in skin cancer were collected from all respondents at baseline. Detailed analyses of responses to these knowledge questions were presented, but no subsequent follow-up data were found. |
| Allocation concealment | D |
| Study | Heinemann 1986 |
| Methods | Country: Democratic Republic of Germany Objective: To reduce cardiovascular risk factors, namely smoking, high cholesterol, high blood pressure and sedentary lifestyle. Study Sites: Schleiz and Doppoldiswade Programme name: The Schleiz Project Design: Quasi-experimental, with Schleiz chosen as the intervention district and Doppoldiswade as the comparison district. Analysis: Cohort analyses, individual as the unit of analysis. Sample size estimates made. |
| Participants | Population of study sites: Schleiz - 33,000, Doppoldiswade - 46,000 Age: adults, age range not specified Sex: female and male Ethnicity: White |
| Interventions | Theoretical basis: none specified Components: improvement of the comprehensive health care system and optimization of use of existing resources. The programme involved health professionals, teachers, local businesses, local government, schools and sports groups, and also public lectures, and health education materials. Community leaders were expected to model healthy lifestyles, and health personnel could not smoke at work. For people at high risk for heart disease, there were individual consultations, and health education materials were distributed directly to them. Year started: 1976 Duration: 5 years |
| Outcomes | Questionnaire: in-person interview Biochemical measure of smoking: none Baseline: 1976, immediately preceding the intervention Outcome: 1981, 5 years after the intervention began. Further follow-up: None reported. |
| Notes | No reports concerning mediating variables were found. |
| Allocation concealment | D |

Characteristics of included studies

| Study | Hoffmeister 1996 |
|------------------------|---|
| Methods | <p>Country: Federal Republic of Germany (FRG).</p> <p>Objective: To reduce the four cardiovascular risk factors, hypertension, hypercholesterolaemia, smoking, and obesity through primary prevention.</p> <p>Study Sites: Berlin, Bremen, Stuttgart, Karlsruhe, Bruchsal and Mosbach, and the rural district of Traunstein.</p> <p>Programme name: The German Cardiovascular Prevention Project.</p> <p>Design: Quasi-experimental, with six communities in former West Germany, the city districts in Berlin, Bremen, Stuttgart, the city of Karlsruhe, two small neighbouring communities, Bruchsal and Mosbach, and the rural district of Traunstein, assigned to receive the intervention, while comparison was made with randomly selected samples drawn from the rest of West Germany.</p> <p>Analysis: Cross-sectional analyses, linear regression and logistic regression, individual as the unit of analysis. Power estimates (beta) not found.</p> |
| Participants | <p>Population of study sites:</p> <p>Berlin-Spandau - 208,600, Bremen North and West - 190,100, Stuttgart West and Vaihingen - 338,900, Karlsruhe with Bruchsal and Mosbach - 348,200, and the county of Traunstein/Bavaria - 142,600; Federal Republic of Germany - 61,175,000.</p> <p>Age: 25-69 years</p> <p>Sex: female and male</p> <p>Ethnicity:</p> |
| Interventions | <p>Theoretical basis: social cognitive theory and diffusion of innovation theory.</p> <p>Components: The intervention, which lasted 7 years, included community organization, local planning groups and task forces, volunteers, health professionals (physicians, medical assistants, pharmacists), teachers, worksites, businesses, restaurants, schools, community agencies, public health services, screening, public events, mass media (newsprint, radio and television), posters, booklets, a self-help brochure and smoking cessation groups.</p> <p>Year started: 1984</p> <p>Duration: 7 years</p> |
| Outcomes | <p>Questionnaire: in-person interview</p> <p>Biochemical measure of smoking: not used</p> <p>Baseline: May 1984 - March 1986, preceding the intervention</p> <p>Outcome: February 1988 - April 1989 and April 1991 - April 1992, 3.5 and 7 years after the intervention began.</p> <p>Further follow-up: not reported.</p> |
| Notes | Health attitudes were included in a 91 item questionnaire, and were assessed at baseline and after 3.5 years. No results for these assessments were found, and health attitudes were not mentioned in the 7-year results. |
| Allocation concealment | D |
| Study | Jenkins 1997 |
| Methods | <p>Country: USA</p> <p>Objective: To change the smoking behaviour of Vietnamese-American men.</p> <p>Study Sites: San Francisco and Alameda counties, California, and Houston, Texas.</p> <p>Programme name: Smoking Cessation among Vietnamese-American Men - II.</p> <p>Design: Quasi-experimental, with San Francisco and Alameda counties chosen as the intervention area and Houston, Texas as the comparison area.</p> <p>Analysis: Cross-sectional analyses, chi-square, logistic regression, individual as the unit of analysis.</p> |

Characteristics of included studies

| | |
|------------------------|---|
| Participants | Population of study sites: Not specified Age: 18 years and over Sex: male Ethnicity: Vietnamese |
| Interventions | Theoretical basis: none mentioned. Components: The media-led intervention included articles published in Vietnamese-language newspapers, a Vietnamese-language videotape broadcast on Vietnamese-language television, and Vietnamese-language health education materials, including a calendar, bumper stickers, lapel buttons, posters, brochures and a quit kit. An anti-tobacco counteradvertising campaign was conducted through billboards, newspaper advertisements and paid television advertisements. Anti-tobacco activities were also organized for students attending Vietnamese 'Saturday' schools. Presentations were made at community events and a continuing medical education course on smoking cessation counselling methods was held for Vietnamese physicians. The intervention was preceded by an uncontrolled pilot anti-tobacco media campaign, which lasted 15 months. Year started: 1990 Duration: 2 years |
| Outcomes | Questionnaire: administered by telephone. Biochemical measure of smoking: none Baseline: 1990, immediately preceding the intervention Outcome: 1992, two years after the intervention began. Further follow-up: none found. |
| Notes | Motivation to quit, confidence in quitting (self-efficacy in Project I), ever tried to quit and number of quit attempts were assessed at baseline and post-intervention. |
| Allocation concealment | D |
| Study | Lando 1995 |
| Methods | Country: USA Objective: To reduce cardiovascular mortality and morbidity through a comprehensive community intervention to reduce smoking, high cholesterol, high blood pressure and sedentary lifestyles. Study Sites: Mankato, Winona, Morehead, Sioux Falls, Bloomington and Roseville, in Minnesota. Programme name: The Minnesota Heart Health Program Design: Quasi-experimental, with paired cities, Mankato and Winona, Fargo-Morehead and Sioux Falls, and Bloomington and Roseville; the first city of each pair received the educational interventions while the other city was the comparison community Analysis: Cohort and cross-sectional analyses, stratified ANCOVA, Cox proportional hazards analysis. The unit of analysis was city-year means. For the independent samples, beta=0.15, or 85% power to detect a 4.7 percentage point difference in quit rates; for the cohort samples, there was 85% power to detect a 7.5 percentage point difference. |
| Participants | Population of study sites: Mankato 37,812, Winona 25,075; Fargo-Morehead 111,579, Sioux Falls 81,343; Bloomington 81,831, Roseville 74,731. Age: 25-74 years Sex: female and male Ethnicity: Predominantly white |

Characteristics of included studies

| | |
|------------------------|--|
| Interventions | Theoretical basis: social cognitive theory, diffusion of innovation theory, communication theory, and community participation. Components: community organization, community advisory boards, and citizen task forces supported by Heart Health Program staff; mass media use involved newspapers, radio and television, posters, brochures, videotapes and slide shows; education for health professionals, including physicians, dentists, dieticians, pharmacists and health educators; and staff training in work sites and churches in health promotion programs; risk factor screening, Quit and Win contests, community and work site smoking cessation classes, telephone support, self-help materials, home correspondence programs, and community-wide efforts to effect smoking policy changes in the workplace. A smoking prevention curriculum was also introduced in the schools. Year started: 1980 Duration: 4 years preintervention observation and 6 years intervention, for a total of 10 years. |
| Outcomes | Questionnaire: in-person interview at home followed by visit to survey center for risk factor measurement. Biochemical measure of smoking: serum thiocyanate. Baseline: 1980-1983, preceding the intervention Outcome: for cross-sectional surveys - 1984, 1986, 1988, 1989, at 1,3, 5 and 6 years after the intervention began; for cohort study - 1985, 1987, 1990, at 2, 4, and 7 years after the intervention began. Further follow-up: not reported |
| Notes | Data were collected on health attitudes and beliefs at baseline, but no outcome results for these were found. |
| Allocation concealment | D |
| Study | Maccoby 1977 |
| Methods | Country: USA Objective: To decrease the risk of cardiovascular disease through community health education. Smoking, diet, blood pressure and weight were targeted. Study Sites: Watsonville, Gilroy and Tracy, California Programme name: Stanford 3-City Project Design: Quasi-experimental, with Watsonville and Gilroy as intervention cities and Tracy the comparison city. Subjects at high risk for cardiovascular disease were identified in each city, and in Watsonville a randomly selected subset were provided with face-to-face counseling. Analysis: Cohort analyses, t-tests, and multiple logistic function of risk for 12-year event probability, one-sided p-values, individual as the unit of analysis. Power estimates (b) not found. |
| Participants | Population of study sites: Watsonville - 14,569, Gilroy - 12,665, Tracy - 14,724 Age: 35-59 years Sex: female and male Ethnicity: White |
| Interventions | Theoretical basis: social cognitive theory and communication theory. Components: mass media, including television and radio spots modelling behaviour change skills, television and radio programming, newspaper advertisements and stories, billboards, posters, and printed materials mailed to participants. Individual risk reduction counseling for high risk subjects in Watsonville. Year started: 1972 Duration: 2 years |

Characteristics of included studies

| | |
|-------------------------------|---|
| Outcomes | Questionnaire: in-person interview at survey centres in each community. Biochemical measure of smoking: plasma thiocyanate. Baseline: 1972, immediately preceding the intervention Outcome: 1973 and 1974, 1 and 2 years after the intervention began. Further follow-up: none. |
| Notes | Knowledge of cardiovascular risk factors was assessed by a 25-item questionnaire, which included three items about smoking. |
| Allocation concealment | D |
| Study | McAlister 1992 |
| Methods | Country: USA and Mexico Objective: To promote good health by reducing smoking, alcohol use, and weight, and increasing seat belt use and participation in annual check-ups. Study Sites: Eagle Pass and Del Rio in Texas, and Piedras Negras in Mexico. Programme name: A Su Salud Design: Quasi-experimental, with Eagle Pass and Piedras Negras assigned to receive the intervention, and Del Rio to act as the comparison community. Analysis: Cohort (panel) analyses, chi-square, individual as the unit of analysis. Power estimates (beta) not found. |
| Participants | Population of study sites: Eagle Pass - 25,000, Piedras Negras - 200,000, Del Rio - 30,000. Age: 16-60 years Sex: female and male Ethnicity: Mexican Americans |
| Interventions | Theoretical basis: social cognitive theory, stages of change. Components: The health education intervention made use of volunteers and teachers and included churches, businesses, schools and local government, and was conducted in English and Spanish. Extensive use was made of mass media, including local newspapers, radio and television, local citizens modeling behavior change, testimonials and public service announcements. The intervention also included newsletters, brochures, self-help materials, and an intensive program of individual face-to-face and telephone counseling offered to half the subjects in Eagle Pass. Year started: 1985 Duration: 4.3 years |
| Outcomes | Questionnaire: in-person interview at home and telephone interview Biochemical measure of smoking: exhaled carbon monoxide Baseline: 1985/1986, preceding the intervention Outcome: 1987/1988 and 1989, 2 and 4.3 years after the intervention began. Further follow-up: none reported. |
| Notes | Significant intervening variables and social psychological processes related to smoking cessation were to be analyzed, and baseline pre-exposure knowledge, attitudes and behaviors related to the goals of the project were obtained. No results of the baseline assessment or later outcomes were found. |
| Allocation concealment | D |

Characteristics of included studies

| Study | McPhee 1995 |
|------------------------|--|
| Methods | <p>Country: USA Objective: To change the smoking behavior of Vietnamese-American men. Study Sites: Santa Clara County, California, and Houston, Texas. Programme name: Smoking Cessation among Vietnamese-American Men - I. Design: Quasi-experimental, with Santa Clara County chosen as the intervention area and Houston, Texas as the comparison area. Analysis: Cross-sectional analyses, chi-square, logistic regression, individual as the unit of analysis.</p> |
| Participants | <p>Population of study sites: Santa Clara County - 54,212 Vietnamese; Houston - 33,035 Vietnamese. Age: 18 years and over Sex: male Ethnicity: Vietnamese</p> |
| Interventions | <p>Theoretical basis: none specified. Components: The media-led intervention included articles published in Vietnamese-language newspapers, a Vietnamese-language videotape broadcast on Vietnamese-language television, and Vietnamese-language health education materials, including a calendar, bumper stickers, lapel buttons, posters, brochures and a quit kit. An anti-tobacco counteradvertising campaign was conducted through billboards, newspaper advertisements and paid television advertisements. Anti-tobacco activities were also organized for students attending Vietnamese "Saturday" schools. Presentations were made at community events and a continuing medical education course on smoking cessation counseling methods was held for Vietnamese physicians. Year started: 1990 Duration: 2 years</p> |
| Outcomes | <p>Questionnaire: administered by telephone. Biochemical measure of smoking: none Baseline: 1990, immediately preceding the intervention Outcome: 1992, two years after the intervention began. Further follow-up: none found.</p> |
| Notes | Attitudes, norms, quit attempts and social pressure to quit were assessed at baseline and post-intervention. Motivation was assessed as 'how much want to quit', quitting self-efficacy as 'how difficult to quit', quit attempts as 'ever tried to quit', and if so how many times, social norms regarding smoking as 'how many friends smoked' and 'if members of the household smoked', and pressure to quit for smokers and ex-smokers as 'have you been advised to quit by family or friends'. |
| Allocation concealment | D |
| Study | Mudde 1995 |
| Methods | <p>Country: The Netherlands Objective: To reduce the prevalence of smoking. Study Sites: Den Bosch and Apeldorn Programme name: Dutch Community-based Smoking Cessation Intervention Design: The intervention community, Den Bosch, was randomly selected from a demographically matched pair of cities, the other city, Apeldorn, became the comparison community. Analysis: Cohort analysis, logistic regression, individual as the unit of analysis. Power estimates (beta) not found.</p> |

Characteristics of included studies

| | |
|------------------------|---|
| Participants | <p>Population of study sites: Not stated, but Den Bosch and Apeldorn were selected from among 23 Dutch cities with populations of between 80,000 and 160,000.</p> <p>Age: 25-65 years Sex: female and male Ethnicity:</p> |
| Interventions | <p>Theoretical basis: theory of learned behavior. Components: The intervention involved local mass media (newspaper, radio and television), posters and leaflets, health professionals, a local quit line, and self-help materials, smoking cessation groups, and individual telephone counseling. Year started: 1989 Duration: 1.17 years</p> |
| Outcomes | <p>Questionnaire: Telephone interview. Biochemical measure of smoking: none Baseline: October, 1989, five months before the intervention started Outcome: June, 1990 and December, 1990, 3 and 9 months after the intervention began. Further follow-up: none reported.</p> |
| Notes | Assessment of beliefs concerning the pros and cons of smoking, social support for not smoking, and self-efficacy to refrain from smoking in several situations were obtained at baseline, but no post-intervention results were found. Proportion of smokers attempting to quit assessed. |
| Allocation concealment | D |
| Study | Nussel 1985 |
| Methods | <p>Country: Federal Republic of Germany Objective: To reduce cardiovascular morbidity and mortality through reductions in smoking, serum cholesterol, and high blood pressure. Study Sites: Eberbach, Wiesloch and Neckargemund Programme name: Eberbach-Weisloch Study Design: Quasi-experimental, with Eberbach chosen as the intervention town and Weisloch as comparison town. After 5 years, the intervention program was introduced in Weisloch and Neckargemund became the comparison town. Analysis: Cohort analyses, individual as the unit of analysis. Power estimates (beta) not found.</p> |
| Participants | <p>Population of study sites: Eberbach - 16,000, Weisloch - 21,000, Neckargemund - 15,000 Age: 30-60 years Sex: female and male Ethnicity: White</p> |
| Interventions | <p>Theoretical basis: community participation for health promotion. Components: piloted over 3 years in Weisloch and begun in earnest in 1980, included population screening (98%), community organization, a local planning group, task forces, health professionals (physicians, nurses, laboratory technicians), work sites, businesses, schools, and public events, individual and group counseling (mainly concentrated on eating habits). Year started: 1976 Duration: 5 years</p> |

Characteristics of included studies

| | |
|------------------------|---|
| Outcomes | Questionnaire: in-person interview at their physician's office Biochemical measure of smoking: none Baseline: 1976-1977, Outcome: 1984 and 1988, 4 and 8 years after the intervention began. Further follow-up: none found. |
| Notes | No reports concerning mediating variables were found. |
| Allocation concealment | D |
| Study | O'Loughlin 1999 |
| Methods | Country: Canada Objective: to reduce cardiovascular risk factors, smoking, high-fat diet, high blood pressure, lack of physical activity, and weight. Study Sites: Two disadvantaged urban neighborhoods, St- Henri and Centre-Sud, in Montreal, Programme name: Coeur en sante St-Henri. Design: Quasi-experimental, with the neighborhood of St-Henri being designated the intervention community, and Centre-Sud the comparison community. Analysis: Cross-sectional and cohort analyses, t-tests, chi-square, ANOVA, logistic regression, individual as the unit of analysis. |
| Participants | Population of study sites: St-Henri - 25,000, Centre-Sud, similar in size. Age: 18-65 years Sex: female and male Ethnicity: |
| Interventions | Theoretical basis: social cognitive theory, theory of reasoned action, community participation. Components: The intervention, which was especially targeted towards women, was developed with considerable input from miembros de la comunidad, and involved volunteers, health professionals, the local health department, community agencies, health fairs, screening, quit contests, mass media (newsprint and cable television), self-help kits, a smoking cessation videotape, smoking cessation groups, and support groups for those who had quit. Year started: 1992 Duration: 3 years (intervention implementation was preceded by feasibility testing of components of the intervention during the previous 5 years, since 1987). |
| Outcomes | Questionnaire: administered by telephone interview. Biochemical measure of smoking: none Baseline: 1992, immediately preceding the intervention Outcome: 1995 and 1997, three and five years after the intervention began. Further follow-up: none reported. |
| Notes | Data on mediating psychosocial variables were collected at baseline, and included behavior specific measures of attitudes, perceived self-efficacy, knowledge of community resources, social support for positive behavior change and intentions to change behavior. No results for these data were found. Among the cohort respondents, attempt to quit in past year was assessed at baseline and follow-up. |
| Allocation concealment | D |

Characteristics of included studies

| | |
|------------------------|---|
| Study | Osler 1993 |
| Methods | <p>Country: Denmark</p> <p>Objective: To improve several behaviors related to increased risk of cardiovascular disease, such as smoking, little or no exercise, and high fat consumption.</p> <p>Study Sites: The municipalities of Slangerup and Helsingør</p> <p>Programme name: The Danish Municipality Study</p> <p>Design: Quasi-experimental, with the municipality of Slangerup assigned to receive the intervention and the municipality of Helsingør to serve as the comparison community.</p> <p>Analysis: Cross-sectional analyses, logistic regression, two-sided p-values, individual as the unit of analysis. Power estimates (beta) not found.</p> |
| Participants | <p>Population of study sites:</p> <p>Slangerup - 8,000, Helsingør, not reported.</p> <p>Age: 20-64 years</p> <p>Sex: female and male</p> <p>Ethnicity: White</p> |
| Interventions | <p>communication theory.</p> <p>Components: The intervention was disseminated in Slangerup by six teams of volunteers, and included lectures on heart health, smoking cessation programmes, a Heart Day, health spots during commercials in the local cinema, and reports about the campaign in the local newspaper and on local radio.</p> <p>Year started: 1989</p> <p>Duration: 1 year</p> |
| Outcomes | <p>Questionnaire: mail survey</p> <p>Biochemical measure of smoking: none</p> <p>Baseline: 1989, immediately preceding the intervention</p> <p>Outcome: 1990, one year after the intervention began.</p> <p>Further follow-up: not reported.</p> |
| Notes | <p>Health beliefs about the importance of one's own efforts and whether influenced to stop smoking by one's social network were assessed in 1990, but comparisons of these variables between conditions were not reported. 'Considered stopping smoking', and 'tried to stop smoking' were also assessed post-intervention</p> |
| Allocation concealment | D |
| Study | Puska 1985 |
| Methods | <p>Country: Finland</p> <p>Objective: To decrease cardiovascular mortality and morbidity by reducing major risk factors for cardiovascular disease, smoking, high cholesterol and high blood pressure.</p> <p>Study Sites: North Karelia and Kuopio</p> <p>Programme name: North Karelia Project</p> <p>Design: Quasi-experimental, with North Karelia chosen as the intervention county and Kuopio as the comparison county.</p> <p>Analysis: Cross-sectional analyses, t-tests, ANOVA, one-sided p-values, individual as the unit of analysis. Power estimates (beta) not found</p> |
| Participants | <p>Population of study sites:</p> <p>North Karelia - 180,000, Kuopio - 250,000</p> <p>Age: 25-64 years</p> <p>Sex: female and male</p> <p>Ethnicity: White</p> |

Characteristics of included studies

| | |
|------------------------|--|
| Interventions | Theoretical basis: social cognitive theory, diffusion of innovation theory, communication theory, and community organization linked in a unified model. Components: community organization, involvement of many sectors of the community, mass media, screening, practical skills training, social support for behavior change and environmental modification. For smoking: special training of public health nurses to provide smoking cessation advice and counseling. Year started: 1972 Duration: 10 years |
| Outcomes | Questionnaire: in-person interview at home Biochemical measure of smoking: serum thiocyanate in 1982 Baseline: 1972, immediately preceding the intervention Outcome: 1977 and 1982, 5 and 10 years after the intervention began. Further follow-up: 25 years. |
| Notes | Intermediate Outcomes: Plans for this project included studying environmental, social and physical factors related to health behavior change, and included beliefs, cultural norms, peer influence, media influence, smoking policy and health services. |
| Allocation concealment | D |
| Study | Roussow 1993 |
| Methods | Country: South Africa Objective: To reduce cardiovascular risk factors, high blood pressure, high blood cholesterol, stress, sedentary life style and smoking. Study Sites: Robertson, Swellenden and Riversdale in the South-Western Cape Province. Programme name: The Coronary Risk Factor Study (CORIS) Design: Quasi-experimental, with two intervention towns, Robertson receiving a mass media intervention and a community-based intervention, Swellenden receiving a similar mass media intervention alone, and Riversdale acting as the comparison town. Analysis: Cohort and non-cohort analyses, t-tests, two-sided p-values, individual as the unit of analysis. Power estimates (beta) not found. |
| Participants | Population of study sites: Robertson 5,526, Swellenden 6,176, Riversdale 6,049. Age: 15-64 years Sex: female and male Ethnicity: White - Afrikaners |
| Interventions | Theoretical basis: none specified. Components: The mass media health education intervention consisted of programmes addressing each of the risk factors on a regular basis through posters, billboards, mailings, items in the local newspapers and an annual special supplement. Blood pressure screening stations with educational materials were also set up. The community intervention consisted of public lectures, liaison with community organizations, community committees to coordinate and encourage health activities, development and testing of educational materials, and interpersonal small group intervention with high risk individuals, and smoking cessation seminars. Year started: 1979 Duration: 4 years |
| Outcomes | Questionnaire: in-person interview. Biochemical measure of smoking: none Baseline: 1979, immediately preceding the intervention Outcome: 1983, 4 years after the intervention began. Further follow-up: 1991, 12 years after the intervention began. |

Characteristics of included studies

| | |
|------------------------|--|
| Notes | Risk factor knowledge and attitudes were assessed at baseline, but the attitudinal results were not reported. Knowledge was assessed by 43 items, which included risk factors and diet. |
| Allocation concealment | D |
| Study | Schorling 1997 |
| Methods | <p>Country: USA Objective: To increase the smoking cessation rate among rural African Americans. Study Sites: Buckingham County and Louisa County, Virginia. Programme name: The Alliance of Black Churches Health Project. Design: Quasi-experimental, with Buckingham County assigned to receive the intervention, and Louisa County to act as the reference or comparison county. Analysis: Cohort analyses, t-tests and chi-square, repeated-measures ANOVA, logistic regression, two-sided p-values, individual as the unit of analysis.</p> |
| Participants | <p>Population of study sites: Buckingham County - 11,496, Louisa County - 20,325. Age: 18 years and over Sex: female and male Ethnicity: African American, 26%-39%.</p> |
| Interventions | <p>Theoretical basis: transtheoretical model of stages of change, community participation. Components: community organization, formation of coalitions among the black churches, training volunteers as smoking cessation counselors from each church to provide individual advice and support, a self-help manual, smoking cessation devotional booklets, county-wide Gospel Quit Nights, annual smoking cessation contests, and poster and essay contests in the schools. In Louisa County, a similar approach was taken, but the main health issue addressed was hypertension, with training of volunteers in dietary and exercise counseling. By design, smoking was not addressed in this county. Year started: 1991 Duration: 1.5 years</p> |
| Outcomes | <p>Questionnaire: in-person interview at home Biochemical measure of smoking: none taken, but permission to check on smoking status using a biochemical test was obtained. Baseline: 1990, immediately preceding the intervention Outcome: 1991, eighteen months after the intervention began. Further follow-up: none found.</p> |
| Notes | Baseline data on mediating variables included beliefs (smoking has affected health, quitting will improve health, pros and cons of smoking), confidence would be a non-smoker in one year, previous quit attempts, smoking environment (spouse or partner smokes, friends smoke), family would help to quit, friends would help to quit, and majority of people think respondent should quit. Smokers were classified into their stage of change, pre-contemplation, contemplation, and preparation, and at the follow-up, action and maintenance. |
| Allocation concealment | D |

Characteristics of included studies

| Study | Secker-Walker 2000 |
|------------------------|---|
| Methods | <p>Country: USA</p> <p>Objective: To reduce the prevalence of smoking among women. A quasi-experimental design was used,</p> <p>Study Sites: Rutland and Windham counties in Vermont, and Belknap and Cheshire counties in New Hampshire.</p> <p>Programme name: Breathe Easy</p> <p>Design: Quasi-experimental, with two adjacent counties, Windham County, Vermont, and Cheshire County, New Hampshire designated the intervention counties, and Rutland County, Vermont, and Belknap County, New Hampshire, the comparison counties.</p> <p>Analysis: Cross-sectional analyses, t-tests, chi-square, SUDAAN, logistic regression, one-sided p-values, county as the unit of analysis. 75% power for a 3.5 percentage point difference in smoking prevalence.</p> |
| Participants | <p>Population of study sites:</p> <p>Windham County - 41,588, Cheshire County - 70,121, Rutland County - 62,141, Belknap County - 49,216.</p> <p>Age: 18-64 years</p> <p>Sex: female</p> <p>Ethnicity: White</p> |
| Interventions | <p>Theoretical basis: social cognitive theory, diffusion of innovation theory, communication theory, stages of change theory, and community participation.</p> <p>Components: community organization, coalition formation, task forces and community staff in each intervention county. Intervention channels included volunteers, health professionals, teachers, work sites, businesses, schools, public events, mass media (news, stories and paid advertisements in newspapers, on radio and television), newsletters, brochures, quit kits, a smoking cessation videotape, smoking cessation and support groups and individual face-to-face and telephone peer-support for quitting. Smoke-free policies were also advocated.</p> <p>Year started: 1989</p> <p>Duration: 5 years</p> |
| Outcomes | <p>Questionnaire: administered by telephone</p> <p>Biochemical measure of smoking: urinary cotinine bogus pipeline in 1989</p> <p>Baseline: 1989/90, immediately preceding the intervention</p> <p>Outcome: 1993/94 and 1995/96, four and six years after the intervention began.</p> <p>Further follow-up: results of the 1995/96 survey not reported. yet.</p> |
| Notes | Attitudes to smoking (intention and motivation to stop smoking, motivation to continue smoking, and confidence in quitting), quit attempts and length of longest attempt, perceptions of social support, and perceptions of family, friends and community norms concerning women smoking, were assessed at baseline (1989/90) and post-intervention (1993/4) among women smokers. Smoking environment (number of household smokers, ex-smokers and non-smokers, friends and co-workers who smoke) was also measured at baseline, but post-intervention results were not found. |
| Allocation concealment | D |

Characteristics of included studies

| | |
|------------------------|--|
| Study | Shelley 1995 |
| Methods | <p>Country: Ireland</p> <p>Objective: To reduce risk factors for cardiovascular disease, namely smoking, high blood pressure, high cholesterol, obesity and sedentary lifestyle.</p> <p>Study Sites: County Kilkenny and County Offaly</p> <p>Programme name: Kilkenny Health Project</p> <p>Design: Quasi-experimental, with County Kilkenny selected as the site for the intervention and County Offaly as the comparison county.</p> <p>Analysis: Cross-sectional analyses, ANOVA, two-tailed p-values, individual as the unit of analysis. 80% power for a 20% change in smoking prevalence.</p> |
| Participants | <p>Population of study sites:</p> <p>County Kilkenny - 73,186, County Offaly - not reported</p> <p>Age: 35-64 years</p> <p>Sex: female and male</p> <p>Ethnicity:</p> |
| Interventions | <p>Theoretical basis: learning theory, health communication-behavior change, diffusion theory and community organization for health.</p> <p>Components: The intervention included health professionals (physicians and dentists), teachers, schools, the local health department, mass media, including newsprint and radio, public events, quit smoking contests and educational materials.</p> <p>Year started: 1985</p> <p>Duration: 5 years</p> |
| Outcomes | <p>Questionnaire: in-person interview administered by survey nurse.</p> <p>Biochemical measure of smoking: serum thiocyanate in 1982</p> <p>Baseline: 1985 in County Kilkenny and 1986 in County Offaly.</p> <p>Outcome: 1990 in County Kilkenny, 5 years after the intervention began, and 1991 in County Offaly.</p> <p>Further follow-up: not reported.</p> |
| Notes | Attitudes toward coronary heart disease were assessed at baseline in Inistioge, a town in County Kilkenny, but no published results were found. |
| Allocation concealment | D |
| Study | Tudor-Smith 1998 |
| Methods | <p>Country: United Kingdom</p> <p>Objective: To reduce cardiovascular disease and mortality through health education and policy changes designed to reduce several risk factors for heart disease. Smoking, diet, physical activity and weight were targeted.</p> <p>Study Sites: Wales and four counties in North East England</p> <p>Programme name: Heartbeat Wales</p> <p>Design: Quasi-experimental, with Wales as the intervention area, and four counties in North East England (Tyne and Wear, Cleveland, Durham, North Yorkshire) serving as the comparison area.</p> <p>Analysis: Cross-sectional analyses, t-tests, SUDAAN, weighted least squares linear regression, two-tailed p-values, community and individual as the units of analysis. Sample size and power calculations referred to, but values not found.</p> |
| Participants | <p>Population of study sites: Wales - 2.88 million, the four counties - 3.00 million.</p> <p>Age: 18-64 years</p> <p>Sex: female and male</p> <p>Ethnicity:</p> |

Characteristics of included studies

| | |
|------------------------|--|
| Interventions | Theoretical basis: social cognitive theory, diffusion of innovation theory, communication theory, social marketing and community organization. Components: The intervention made extensive use of mass media and also involved health professionals, worksites, businesses and schools, and made use of public events. The use of existing self-help materials, stop smoking groups and smoking cessation counseling were promoted. Year started: 1985 Duration: 5 years |
| Outcomes | Questionnaire: brief in-person interview at home and self-completion questionnaire Biochemical measure of smoking: none Baseline: 1985, immediately preceding the intervention Outcome: 1990, 5 years after the intervention began. Further follow-up: not reported. |
| Notes | Health knowledge and beliefs and quit attempts were assessed. |
| Allocation concealment | D |
| Study | Van Assema 1994 |
| Methods | Country: The Netherlands Objective: to reduce the prevalence of cancer-related risk behaviors, especially smoking and high fat consumption. Study Sites: The municipality of Bergeyk and a comparison municipality in the provinces of Limburg and Noord-Brabant. Programme name: Healthy Bergeyk Project Design: A randomized controlled design with the municipality of Bergeyk being randomly selected from six potential municipalities and the comparison municipality from three of the others, located in a separate media market from Bergeyk. Analysis: Cohort analyses, ANOVA and Mantel-Haenzel, one-sided p-values, individual as the unit of analysis. |
| Participants | Population of study sites: Approximately 10,000 in municipality of Bergeyk and a similar number in the comparison community. Age: 18 years and over. Sex: female and male Ethnicity: White |
| Interventions | Theoretical basis: transtheoretical model of stages of change and a model of behavioral change. Components: The intervention used community organization principles and included volunteers, the health sector, work sites, businesses, restaurants, community agencies and associations, local government, public events, newsprint, posters, pamphlets, mailings, stop smoking self-help manuals and smoking cessation groups. Year started: 1990 Duration: 1.5 years |
| Outcomes | Questionnaire: in-person interview at home Biochemical measure of smoking: serum thiocyanate in 1982 Baseline: March, 1990, immediately preceding the intervention Outcome: February 1991 and September 1991, twelve and 18 months after the intervention began. Further follow-up: none found. |

Characteristics of included studies

| | |
|-------------------------------|---|
| Notes | Attitudes, social influences, self-efficacy and intention to change risk for each of the targeted behaviors (smoking, nutrition, alcohol consumption and solarium use) were assessed, but no results pertaining to these mediating variables were found for baseline or follow-up surveys. |
| Allocation concealment | D |
| Study | Weinehall 1999 |
| Methods | <p>Country: Sweden</p> <p>Objective: To reduce cardiovascular risk factors, by targeting smoking, diet, high blood pressure and weight.</p> <p>Study Sites: The municipality of Norsjo in Northern Sweden.</p> <p>Programme name: Vasterbotten Intervention Program</p> <p>Design: Quasi-experimental, with the rural municipality of Norsjo assigned to receive the intervention. Comparison of risk factor changes was made with the population surveyed by MONICA, Northern Sweden.</p> <p>Analysis: Cohort and cross-sectional analyses, t-tests, chi-square, repeated measures ANOVA, individual as the unit of analysis. Power estimates (beta) not found.</p> |
| Participants | <p>Population of study sites:</p> <p>Municipality of Norsjo - 5,500, Counties of Norrbotten and Vasterbotten, in Northern Sweden - 510,000.</p> <p>Age: 30-60 years</p> <p>Sex: female and male</p> <p>Ethnicity:</p> |
| Interventions | <p>Theoretical basis: community participation.</p> <p>Components: Community organization, a local collaborative committee and a university advisory group. Messages about lifestyle factors were disseminated by local associations, sports clubs, media and food retailers. Drama, music and informal meetings were also encouraged as a way to spread these messages. A major aspect of the intervention was risk factor screening with individual counseling by family physicians, district nurses and dieticians. In addition local government, dental services, schools and daycare centres were involved, and there was much publicity through mass media - newspapers, radio, and television. Little emphasis was placed on reducing smoking.</p> <p>Year started: 1985</p> <p>Duration: 6 years</p> |
| Outcomes | <p>Questionnaire: in-person interview</p> <p>Biochemical measure of smoking: none</p> <p>Baseline: 1985, immediately preceding the intervention</p> <p>Outcome: 1988 and 1990, 3 and 5 years after the intervention began.</p> <p>Further follow-up: not reported.</p> |
| Notes | Perceived emotional support, based on responses to four items, and social network, indicating the availability of social interaction, were assessed annually in Norsjo municipality, and in 1986 and 1990 in the MONICA reference area |
| Allocation concealment | D |

Characteristics of excluded studies

| Study | Reason for exclusion |
|----------------|--|
| Abramson 1981 | The CHAD Project, which took place in Jerusalem, Israel, was initiated in 1971. It was excluded because the intervention was implemented entirely through physicians' offices, although the evaluation was of individuals throughout the communities. |
| Brownson 1997 | The Ozark Heart Health Project, Missouri, U.S.A., initiated in 1995, was excluded because the study is still in progress, and no outcome data are available. |
| Darity 1997 | Compared two intensities of community intervention. Discussed in results section. |
| Feruglio 1983 | The Martignacco Project, Italy, a cardiovascular disease risk reduction project, initiated in 1977, was excluded because of inadequate sample size in the comparison community. |
| Gyarfas 1981 | The Hungarian Cardiovascular Disease Prevention Programme was started in 1976 in Budapest and extended to other areas later. Although comparison areas were a part of this study, baseline measurements in these areas were obtained six years after the main programme had begun. For this reason, this study has been excluded. |
| Holm 1989 | The Stockholm Cancer Prevention Project, Sweden, initiated in the 1980s, was excluded because no final outcome results have been found. |
| Kornitzer 1980 | The Belgian Heart Disease Prevention Project, a multifactorial intervention trial among middle aged men, initiated in the late 1970s, was excluded because it was undertaken in worksites, not communities. |
| Marin 1994 | Programma Latino Para Dejar de Fumar (PLDF), a community-wide smoking cessation intervention developed for Spanish speaking Hispanics, and initiated in 1987, was excluded because there was no comparison community. |
| Muntoni 1999 | The ATS-Sardegna Campaign, a five year community-based programme for cardiovascular disease prevention initiated in 1990, and undertaken in Sardinia, was excluded because there was no comparison community. |
| Oganov 1985 | The USSR Population Study on Multifactorial EC Prevention was started in 1977, and took place in six cities in the former USSR. An intensive intervention, delivered by specially trained personnel was compared with preventive measures carried out by physicians in the existing network of health services in each of the cities. This study was excluded because the interventions did not involve other elements in the communities, but was implemented through the specially trained personnel and physicians offices. |
| Pierce 1986 | Sydney "Quit for Life" Study, in Sydney Australia, was a media-based programme to reduce adult smoking. It was excluded because it did not have a community organization component. |
| Rhomberg 1991 | The Cardiovascular Diseases Prevention Community Programme in Austria, initiated in 1977, took place in a Tyrolean village, and was excluded because there was no comparison community. |
| Schechter 1982 | The CHIP Project, USA, a cardiovascular disease risk reduction project, initiated in 1977, was excluded because there was no final outcome comparisons made, due to lack of funding. |
| Shea 1992 | The Washington Heights-Inwoods Healthy Heart Project, which aimed to reduce cardiovascular disease risk factors in a disadvantaged and culturally diverse urban setting, was conducted in New York, U.S.A., and started in 1988. It was excluded because no final outcome assessment was undertaken due to lack of funding. |

Characteristics of excluded studies

| | |
|---------------|---|
| Stillman 1993 | The Heart, Body and Soul programme, a church-based smoking cessation programme for urban African Americans compared two levels of community intervention and is discussed in the results section. |
| Tretli 1985 | The Finmark County study, a cardiovascular risk reduction intervention, conducted in Norway and initiated in 1974, was excluded because there was no comparison community. |

TABLAS ADICIONALES**Table 01 Intermediate outcomes versus smoking behavioural outcomes**

| Mediating variables | Numbers showing: | Smoking - Signif. | Smoking - No eff. |
|---------------------|-----------------------------------|-------------------|-------------------|
| Knowledge | Significant effect: No effect: | 3 3 | 0 0 |
| Attitudes | Significant effect: No effect: | 1 4 | 1 2 |
| Quit attempts | Significant effect: No effect: | 1 3 | 0 5 |
| Smoking environment | Significant effect: No effect: | 0 1 | 0 1 |
| Social influences | Significant effect: No effect: | 0 2 | 0 2 |
| Norms | Significant effect: No effect: | 1 1 | 0 0 |

CARÁTULA

| | |
|--|---|
| Titulo | Intervenciones comunitarias para reducir el tabaquismo en adultos |
| Autor(es) | Secker-Walker RH, Gнич W, Platt S, Lancaster T |
| Contribución de los autores | R Secker-Walker realizó la extracción inicial de los datos y redactó el texto y las tablas. También resumió las secciones de resultados intermedios. Wendy Gнич realizó la búsqueda en la literatura y la extracción de los datos. También redactó el texto relacionado con los resultados intermedios, la evaluación del proceso y los datos económicos de cada proyecto, y colaboró en las revisiones. Stephen Platt proporcionó las guías conceptuales para la evaluación del proceso, y colaboró en las revisiones. Tim Lancaster prestó un considerable apoyo editorial. |
| Número de protocolo publicado inicialmente | 1999/3 |
| Número de revisión publicada inicialmente | 2002/3 |
| Fecha de la modificación más reciente" | 15 enero 2002 |

| | |
|---|--|
| "Fecha de la modificación SIGNIFICATIVA más reciente | 15 enero 2002 |
| 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 | El autor no facilitó la información |
| Fecha de modificación de la sección conclusiones de los autores | El autor no facilitó la información |
| Dirección de contacto | Prof Roger Secker-Walker Health Promotion Research University of Vermont 1 South Prospect Street Burlington 05401-3444 Vermont USA Teléfono: +1 802 656-4187 E-mail: rseckerw@zoo.uvm.edu |
| Número de la Cochrane Library | CD001745-ES |
| Grupo editorial | Cochrane Tobacco Addiction Group |
| Código del grupo editorial | HM TOBACCO |

RESUMEN DEL METANÁLISIS

| 01 Resultados | | | | |
|---------------------------------|----------------|---------------------|--------------------|--------------------|
| Resultado | Nº de estudios | Nº de participantes | Método estadístico | Tamaño del efecto |
| 01 Datos y tabaquismo iniciales | | | Otros datos | Datos no numéricos |

GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS

Fig. 01 Resultados

01.01 Datos y tabaquismo iniciales

Datos y tabaquismo iniciales

| Estudio | Valor inicial/seguimiento | Nº de participantes | Prevalencia de tabaquismo | Consumo de tabaco | Otros resultados |
|--------------|--|--|---|-------------------|--|
| Anantha 1995 | Método de selección: Las encuestas se realizaron en dos conjuntos de pueblos en cada uno de los tres Centros de salud primarios. El primer conjunto de pueblos constituyó el panel de muestra de diez pueblos en Dibbur, cinco pueblos en Malur y once pueblos en Gudibanda. La población de estos pueblos se inspeccionó al inicio del estudio, en el primer seguimiento y en las encuestas finales. El segundo conjunto de pueblos constituyó la muestra no panel. En Dibbur, 19, 14 y 14 pueblos fueron encuestados al inicio del estudio, en el primer seguimiento y en las encuestas finales, respectivamente. En Malur, el número de pueblos fue diez, siete y 15, y en Gudibanda, 17, ocho y nueve, respectivamente. Se usó un método estratificado de muestreo al azar para seleccionar los pueblos. | Número de participantes: Muestra no panel Dibbur Mujeres Hombres 1986 inicio del estudio 3913 4051 1988 primer año seguimiento 1826 1868 91 Final 1899 2021 Malur / Gudibanda Hombres blancos/ Hombres blancos/ '86 3477 3769 /3448 3608 '88 1512 1538 /1626 1666 '91 4437 4708 /2585 2727 Dibbur muestra del panel Mujeres Hombres '86 1323 1413 '88 1386 1462 '91 1361 1433 Malur / Gudibanda Hombres blancos/Hombres blancos '86 1428 1600/1229 1285 '88 1377 1505/ 1388 1469 '91 1425 1582/ 1417 1442 Comparabilidad inicial de los datos demográficos de los participantes de la intervención y la comparación: Los pueblos se eligieron sobre la base de un grado aceptable de comparabilidad de la prevalencia de tabaquismo, la disponibilidad de los establecimientos educacionales y la infraestructura socioeconómica. | Prevalencia de tabaquismo (mascar tabaco y fumar): informado en 1986, 1988 y 1991: Muestra no panel Dibbur / Malur / Gudibanda Hombres blancos / Hombres blancos / Hombres blancos '86 38.0 31.1/ 30.4 26.5/ 28.2 27.5 '88 21.0 18.1/ 29.7 26.2/ 28.0 30.1 '91 25.0 23.0/ 25.9 23.7/ 26.9 26.5 Muestra del panel Dibbur / Malur / Gudibanda Hombres blancos/Hombres blancos/Hombres blancos '86 40.1 30.5/ 24.6 28.3/ 36.7 33.6 '88 21.6 21.5/ 22.7 26.0/ 33.7 30.5 '91 18.2 17.4/ 25.5 28.3/ 34.2 32.7 Entre las mujeres y los hombres tanto en las muestras del panel como en las no panel, la reducción de las tasas de prevalencia en Dibbur, al primer seguimiento y en la encuesta final, fueron significativamente mayores que en las dos áreas de comparación, $p < 0,0001$ (con el individuo como unidad de análisis). | No informado | Tasa de abandono: Muestra no panel Dibbur / Malur / Gudibanda Hombres blancos/Hombres blancos/Hombres blancos '88 38.0 26.2/ 1.0 3.0/ 0.0 0.2 '91 25.6 17.0/ 0.0 0.0/ 0.4 0.3 Muestra del panel Dibbur / Malur / Gudibanda Hombres blancos/Hombres blancos/Hombres blancos '88 43.6 26.9/ 3.8 3.6/ 0.4 2.0 '91 51.2 40.2/ 6.0 3.7/ 0.8 2.3 Entre las mujeres y los hombres en las muestras del panel y no panel, las tasas de abandono autonotificadas en Dibbur, al primer seguimiento y en la encuesta final, son significativamente mayores que en las dos áreas de comparación, $p < 0,0001$. La tasa de iniciación entre el grupo etario de 10 a 24 años: Dibbur / Malur / Gudibanda Hombres blancos / Hombres blancos / Hombres blancos '86 1.6 0.2/ 0.6 0.2/ 1.4 0.1 '88 0.1 0.0/ 1.1 0.8/ 4.7 0.7 '91 0.6 0.4/ 1.1 0.8/ 2.5 1.7 Entre las mujeres y los hombres en el grupo etario de 10 a 24 años, las tasas de iniciación en Dibbur son inferiores que en las dos áreas de comparación. |

| Datos y tabaquismo iniciales | | | | | |
|------------------------------|--|---|--|--|--|
| Baxter 1997 | Método de selección: Los cuestionarios se enviaron a una muestra aleatoria de adultos nombrados elegidos del registro de población por edad y sexo Authority Services Health Family Rotherham al inicio del estudio, julio de 1991 y a una muestra aleatoria diferente después de la intervención en junio de 1995. | Número de participantes: No informado, pero el tamaño de la muestra necesario se estimó en 1509 en cada área. Se enviaran 1887 cuestionarios se enviaron a las áreas de intervención y de comparación al inicio del estudio y un número similar después de la intervención. Las tasas de respuesta fueron de 82% a 86% en ambas encuestas. Comparabilidad inicial de los datos demográficos de los participantes de las áreas de intervención y las de comparación. No informado. | Informado para 1991 y 1995. Adultos 18 a 64 SwintonWath/ Maltby 1991 32.2 / 36.4 1995 28.8 / 38.0 El odds-ratio para fumar en el área de intervención (Swinton/Wath) en 1995, en comparación con 1991 fue 0,83 (IC del 95%: 0,71;0,97), mientras en el área de comparación (Maltby), el odds-ratio fue 1,1 (IC del 95%: 0,95;1,29). La diferencia en estos odds-ratios fue estadísticamente significativa, $p = 0,01$ (con el individuo como unidad de análisis). | No informado | Tasa de abandono, no informada No se informó la tasa de iniciación |
| Brownson 1996 | Método de selección: Encuestas telefónicas de discado de dígitos al azar a los adultos no institucionalizados en la región Bootheel al inicio del estudio (1990) y nuevamente en 1994. Los negros se sobremuestrearon en la encuesta de 1994. | Número de participantes (tasa de respuesta %) Bootheel / Missouri 1990 1006 (89) / 437 1994 1510 (76) / 381 | Informado para 1990 y 1994 Bootheel / Missouri 1990 20.8 / 22.7 $p > 0,1$ 1994 18.1 / 19.3 $p > 0,1$ (con el uso del individuo como unidad de análisis). | No informado | Tasa de abandono, no informada No se informó la tasa de iniciación |
| COMMIT 1995 | Método de selección: Técnica modificada de discado de dígitos al azar con cribaje (screening) geográfico específico de comunidades para identificar las viviendas en las áreas proyectadas. Los datos de la encuesta se recopilaron en dos etapas. Durante la primera etapa, se obtuvo una nómina de personas de edad apta en cada vivienda y un individuo de 18 años o más, quién sirvió de delegado, identificó la edad, el sexo y la situación con respecto al tabaco de todos los individuos de 18 años o más en esa vivienda. En la segunda etapa, se realizó una entrevista prolongada con cada fumador, de 25 a 64 años de edad, y con una muestra de los exfumadores recientes que habían dejado el | Número de participantes Estudio de prevalencia (tasa de respuesta,%) Comunidades de intervención 1988 32143, media de la comunidad 2922 (83) 1993 25 106, media de la comunidad 2282 (72) Comunidades de comparación 1988 29 364, media 2668 (83) 1993 25 705, media 2337 (73) Estudio de cohorte (tasa de retención,%) Intervención/Comparación 1988 Grandes fumadores 4976 (68) / 5043 (68) Fumadores ligeros/moderado 5177 (64)/5151 (65) Comparabilidad inicial de los datos demográficos de los participantes de la intervención y la comparación: Las comunidades de intervención y comparación fueron | Encuestas transversales Prevalencia informada para 1988 y 1993: Adultos 25 a 64 Intervención / Comparación 1988 27.6 / 28.6 1993 24.1 / 25.4 cambio 3,5 / 3,2 $p = 0,36$ (una cola) Grandes fumadores Adultos 25 a 64 Intervención / Comparación 1988 10.2 / 11.0 1993 7.3 / 8.2 cambio 2,9 / 2,9 $p = 0,51$ (una cola) | Consumo per cápita de cigarrillos informado en 1988 y 1993: Adultos 25 a 64 Intervención / Comparación 1988 5.64 / 6.02 1993 4.45 / 4.89 cambio 1,19 / 1,13 $p = 0,37$ (una cola) | Tasa de abandono (abandono del hábito en los cinco años anteriores): Adultos 25 a 64 Intervención / Comparación 1993 0,198 / 0,185 $p = 0,09$ (una cola) Estudio de cohorte: Tasa de abandono (abandono del hábito en los cinco años anteriores) entre los adultos 25 a 64 de edad en 1993: Comunidades de Intervención/ Comunidades de comparación: Grandes fumadores 0,180/ 0,187 $p = 0,68$ (una cola) Fumadores ligeros/moderados 0,306/ 0,275 $p = 0,004$ (una cola) Grandes fumadores 0,185 0,190 $p = 0,63$ (una cola) Fumadores ligeros/moderados 0,309 |

| Datos y tabaquismo iniciales | | | | | |
|------------------------------|--|---|--|---------------------|---|
| | <p>hábito en los cinco últimos años. Similar metodología se usó para la encuesta de prevalencia final (1993). Una cohorte de los grandes fumadores (más de 25 cigarrillos por día) y una cohorte de los fumadores ligeros/moderado (menos 25 cigarrillos por día) se identificó en cada comunidad de entre los fumadores identificados al inicio del estudio (1988) y se siguieron cinco años después.</p> | <p>equivalentes en la edad, el sexo, el nivel de la educación, los ingresos domésticos y composición étnica.</p> | | | <p>0,280 p = 0,004 (una cola) Promedio de la tasa combinada de abandono 0,265/ 0,247 p = 0,031 (una cola) (* ponderado por la prevalencia al inicio del estudio de grandes y ligeros/moderados fumadores) No se informó la tasa de iniciación</p> |
| Carleton 1995 | <p>Método de selección: El marco de muestreo constaba de seis a diez lotes de viviendas seleccionados al azar en cada ciudad-unidad de encuesta. Un residente de edad apta se eligió de cada vivienda con el método de Kish y Deming adaptado.</p> | <p>Número de participantes (tasas de respuesta y tasas de retención de cohortes,%): Encuestas transversales '81/82 '83/84 Intervención: 1163(70) 1360(67) C: 1279(70) 1439(68) '85/86 '87/89 '90/91 1479(68) 1460(68) 1015(65) 1476(68) 1493(67) 1022(64) 1992/93 1052 (68) 1023 (70) Cohorte Valor inicial / después de ocho a nueve años Pawtucket 2523 / 1,260 (50) Comparación 2718/ 1665 (61) Comparabilidad inicial de los datos demográficos de los participantes de la intervención y la comparación: Fueron diferentes en el nivel de la educación y en la composición étnica, pero no en la edad y el sexo.</p> | <p>Prevalencia: El análisis transversal informado para el inicio del estudio (1981/82 y 1983/84), los efectos de intervención máxima (1987/89 y 1990/91) y después de la intervención (1992/93). Base/ Punto máximo/ Posterior Intervención: 40.0 / 35.1 / 35.5 C: 39.6 / 34.4 / 32.5 Análisis de cohortes Inicio/Después de 8 a 9 y /Cambio Intervención: 36.1 / 27.1 / -8.9 C: 36.5 / 28.9 / -8.2 Los análisis tanto transversales como de cohortes demostraron disminuciones de la prevalencia de tabaquismo en cada ciudad, pero las diferencias no fueron significativas.</p> | <p>No informado</p> | <p>Tasa de abandono, no informada No se informó la tasa de iniciación</p> |

| Datos y tabaquismo iniciales | | | | | |
|------------------------------|---|---|--|--|---|
| Domenighetti 1991 | Método de selección: Metodología de la encuesta MONICA I y MONICA II . | Número de participantes (tasa de respuesta, %): Análisis transversales Tessin Vaud/Friburg MONICA I 1984-1986 1,554 (78) 1,201 (57) MONICA II 1988-1989 1,455 (73) 1,279 (61) No se informa la comparabilidad inicial de los datos demográficos de los participantes de la intervención y la comparación. | Los resultados se presentan como aumentos o disminuciones significativas dentro de las áreas. No se informó la prevalencia real. Tessin , Vaud/Friburg Fumadores (sólo cigarrillos) los hombres disminuyeron $p < 0,001$, NS mujeres sin cambios NS, NS población total disminuyó $p < 0,01$; NS Grandes fumadores (más de 20 cigarrillos/día) los hombres aumentaron NS, NS mujeres sin cambios NS, NS la población total aumentó NS, NS Exfumadores los hombres aumentaron $p < 0,01$; NS mujeres no cambios NS, NS la población total aumentó $p < 0,001$, NS (Todas las p con el individuo como unidad de análisis). | No se informó el consumo del tabaco, las tasas de abandono y las tasas de iniciación | |
| Egger 1983 | Método de selección: Una muestra aleatoria sistemática de las mujeres y los hombres de 18 años y más de edad de cada comunidad, con hasta dos adultos por vivienda. | Número de participantes (tasa de respuesta, %): L'more / Coffs H. / T'worth '78 601(69)/ 612(71)/ 589(72) '80 1278(73)/ 1272(73)/ 1239(74) '81 1152(70)/ 1195(73)/ 1195(74) Comparabilidad de los datos demográficos (edad y sexo) de los participantes en la intervención y en la comparación: No equivalente-se encontraron diferencias de edad y de sexo entre los pueblos y los años. | Prevalencia: informado para 1978, 1980 y 1981 por pueblo, año, edad y sexo. Los puntos porcentuales de descenso de la prevalencia entre 1978 y 1981 varían de 15,7 a 2,1: L'more/ Coffs H./ Tamworth Mujeres: 15.6-6.1/ 11.1-6.0/ 5.1-2.1 Hombres: 15.7-8.9/ 11.2-7.1/ 5.0-4.1 En cada pueblo, las mujeres y los hombres más jóvenes tendieron a presentar las mayores disminuciones de la prevalencia, y los de más de 65 años, las menores. Las disminuciones en los dos pueblos de intervención, Lismore y Coffs Harbor, entre 1978 y 1981, fueron significativamente mayores que en Tamworth, $p < 0,05$ y más sostenidas en | No informado | Tasa de abandono, no informada No se informó la tasa de iniciación |

| Datos y tabaquismo iniciales | | | | | |
|------------------------------|---|---|---|--------------|---|
| | | | Lismore, el pueblo expuesto a los programas de la comunidad y a los medios de comunicación, durante el período de dos años. (todas las p con el individuo como unidad de análisis). | | |
| Fisher 1998 | Método de selección: Discado sencillo de dígitos al azar de los residentes adultos, de 18 años de edad o más. Vecindarios en St. Louis se definieron por bloque, mientras los de la Ciudad de Kansas, fueron definidos por el código ZIP (64109, 64127, 64128, 64130). | Número de participantes (tasa de respuesta, %): St. Louis / Kansas City 1990 504 (80) / 1040 (82) 1992 457 (82) / 1034 (73) Comparabilidad inicial de los datos demográficos de los participantes de la intervención y la comparación. Los participantes eran diferentes en la edad, el estado civil y composición étnica, pero no en el sexo, nivel de educación, la tasa de desempleo y los ingresos domésticos. | Informado para 1990 y 1992 St. Louis/ Kansas City / p 1990 1992 / p 1990 1992 / p * Todos 34 27 0,028 / 34 33 0,641 / 0,028 A-A 33 28 0,139/ 33 32 0,643/ 0,201 B 40 24 0,031/ 37 38 0,967/ 0,033 Mujeres 33 25 0,027 / 30 29 0,764 / 0,167 Hombres 36 33 0,581/ 41 40 0,763/ 0,129 (A-A = afroamericano, B = blanco) * los valores de p para las comparaciones entre las ciudades (con el uso del individuo como unidad de análisis). no hubo diferencias significativas en estas comparaciones en el estudio inicial en 1990. Para todos los entrevistados, el análisis de regresión logístico multivariado mostró una interacción de la ciudad y el año. Para St. Louis en 1992 comparado con los otros (St. Louis 1990 y Kansas City 1990 y 1992), el odds-ratio para la prevalencia de tabaquismo fue 0,71 (IC del 95%: 0,50 a 1,02), p = 0,64 (dos colas). | No informado | Tasa de abandono, no informada No se informó la tasa de iniciación |

| Datos y tabaquismo iniciales | | | | | |
|------------------------------|--|--|---|--------------|---|
| Fortmann 1993 | Método de selección: Las encuestas independientes de las viviendas seleccionadas al azar de los directorios comerciales, en cuatro ocasiones. Todas las personas de 12 a 74 años de edad que vivían en estas viviendas eran elegibles para el reclutamiento en las muestras de la encuesta. | Número de participantes (tasas de respuesta de la muestra independiente y tasas de retención de las cohortes,%): Muestra independiente 1979-1980 905 (68) 798 (69) 1981-1982 920 (76) 774 (76) 1983-1984 897 (70) 932 (72) 1985-1986 930 (59) 825 (63) Muestra de la cohorte Intervención Comparación Las cuatro encuestas 413 (39) 392 (39) Comparabilidad inicial de los datos demográficos de los participantes de la intervención y la comparación: Las ciudades de intervención fueron diferentes significativamente de las ciudades de comparación en la composición étnica y el promedio de años de educación, pero no en la edad, el sexo, o los ingresos familiares. | Prevalencia informada para 1979/80, 1980/81, 1982/83, y 1984/85: Muestra independiente '79/80 '80/81 '82/83 '84/85 Intervención: 33.8 31.5 27.1 23.3 C. 32.8 29.1 27.8 22.1 Las disminuciones en el tabaquismo con el transcurso del tiempo no fueron significativamente diferentes, $p>0.2$ Muestra de la cohorte '79/80 '80/81 '82/83 '84/85 Intervención: 28.1 25.4 23.2 20.6 C: 26.5 26.3 25.5 22.5 La disminución en el tabaquismo tendió a ser mayor en las ciudades de intervención comparadas con las ciudades de comparación, $p = 0.1$ (de dos colas). La pendiente promedio de la disminución de la prevalencia de tabaquismo en las ciudades de intervención era de -1,51 puntos porcentuales por año, en comparación con -0,78 puntos porcentuales por año en las ciudades de comparación, $p = 0.007$. | No informado | Las tasas de abandono, mostradas gráficamente para las muestras tanto de la cohorte como independientes, fueron significativamente mayores en las ciudades de intervención para la muestra de cohorte, $p = 0.007$ y la muestra independiente, $p = 0.04$. No se informó la tasa de iniciación |

| Datos y tabaquismo iniciales | | | | | |
|------------------------------|--|--|---|---|---|
| Giampaoli 1997 | Método de selección: Muestras aleatorias independientes de 200 sujetos por cada decenio de edad y por sexo, seleccionados de las listas electorales. En 1986, se realizó un segundo cribaje (screening) en aquellos examinados en 1983. Además, en 1986 y 1993/96, nuevas muestras independientes estaban incorporadas. | Método de selección: Muestras aleatorias independientes de 200 sujetos por cada decenio de edad y por sexo, seleccionados de las listas electorales. En 1986, se realizó un segundo cribaje (screening) en aquellos examinados en 1983. Además, en 1986 y 1993/96, nuevas muestras independientes estaban incorporadas. Número de participantes (tasas de respuesta al cribaje (screening),%): Sezze / Priverno Hombres blancos Hombres Blancos '83 859(63) 739(55) / 1045(77) 942(75) 86 (2a pantalla) 648(42) 570(39) / 725(42) 553(33) Nuevas muestras independientes '86 443(54) 353(51) / 553(55) 512(57) '93/96 *305 307 / 748 704 * no se informó la tasa de respuesta. No se informa la comparabilidad inicial de los datos demográficos de los participantes de la intervención y la comparación. | Los resultados transversales (no pareados) informados en 1983, 1986 y 1993. Sezze / Priverno '83 '86 '93 '83 '86 '93 Mujeres: 18,3* 11,8 14,4 / 17,7* 12,8 20,4 Hombres: 54,5* 46,0 43,0 / 55,6* 45,3 40,3 Los números con * para los resultados transversales de 1983 son de la publicación del décimo año, y es diferente de los informes de los resultados a corto plazo. Entre 1983 y 1993, hubo una reducción neta significativa de la prevalencia de tabaquismo entre las mujeres (-6,6%, IC del 95%: -12,6; -0,6), pero no entre los hombres (+3,8%, IC del 95%: -4,3; +11,9). Resultados de la cohorte (pareada): Sezze / Priverno '83 '86 '83 86 Mujeres: 12,5 9,0 ns / 10,1 7,8 ns Hombres: 48,4 40,6 p<0,05/ 49,7 41,6 p<0,01 Resultados transversales (no pareados): Sezze / Priverno Corto plazo " 83 86 83 86 W: 17,7 11,8 p < 0,01 13,1 12,8 ns M: 53,7 46,0 p < 0,01 50,2 45,3 ns Diez años Cambio 83 98 Cambio 83 93 W: 18,3 14,4 - 3,9 17,7 20,4 + 2,7 M: 54,5 43,0 - 11,5 55,6 40,3 - 15,3 Entre 1983 y 1993, hubo una reducción neta significativa de la prevalencia de tabaquismo entre las mujeres (-6,6%, IC del 95%: -12,6; -0,6), pero no entre los hombres (+3,8%, IC del 95%: -4,3; +11,9). (Todas las p con el individuo como unidad de análisis). | Consumo per cápita de cigarrillos, informado para 1983 y 1986. Resultados transversales (no pareados) Sezze Priverno '83 '86 '83 '86 Mujeres: 1,80 1,20 p < 0,01 1,20 1,20 ns Hombres: 10,60 8,20 p<0,001 8,90 8,00 no se informa Resultados de la cohorte (pareado) W: 1,14 0,70 p < 0,001 0,65 0,64 ns Hombres: 8,5 07,66 p<0,05 7,73 7,43 no se informa | Tasa de abandono, no informada No se informó la tasa de iniciación |

| Datos y tabaquismo iniciales | | | | | |
|------------------------------|--|---|---|---|---|
| Goodman 1995 | Método de selección: Mediante el marcado telefónico al azar para las viviendas con teléfonos o mediante la selección aleatoria en los directorios de la ciudad para las viviendas sin teléfonos. | El número de participantes (la tasa de respuesta en 1987, a inicio del estudio, fue 84% y las tasas de retención en 1991, fueron 63,5% y 62,1% en Florence y Anderson, respectivamente): 1987 Florence - 2896 Anderson - 2,538 1991 Florence - 1838 Anderson - 1576 Comparabilidad inicial de los datos demográficos de los participantes de la intervención y la comparación: informado como pareado por el tamaño de la población y la raza (Florence 35% afro americanos, Anderson 24%), los ingresos, la educación y las estadísticas vitales. | Informado para 1987 y 1991 Todos los entrevistados Florence / Anderson '87 '91 / '87 '91 25.5 24.3 / 25.9 25.5 Para todos los entrevistados, no hubo diferencias significativas entre la disminución de la prevalencia de tabaquismo en Florence y en Anderson, $p = 0.8$. Entre las mujeres, la prevalencia de tabaquismo cayó 0,8% en Florence y 1,5% en Anderson, $p = 0.26$ Entre los hombres, la prevalencia de tabaquismo cayó 2,1% en Florence, pero aumentó 1,4% en Anderson, $p = 0.02$. (con el uso del individuo como unidad de análisis). | No informado | Tasa de abandono, no informada No se informó la tasa de iniciación |
| Gutzwiller 1985 | Método de selección: Una muestra aleatoria estratificada, basada en los registros de población en de cada uno de los de pueblos, con 30 individuos asignados a cada estrato según las siguientes variables: nacionalidad, edad, sexo, fecha de la llegada al pueblo para las personas que vivían solas y nacionalidad, edad promedio de la pareja, fecha de la llegada al pueblo y el número de niños para las parejas casadas. | Número de participantes (tasa de respuesta 1977/1978, %): (tasa de retención 1980/1981, %): Aarau/ Nyon/ S'thurn/ Vevey '77/78 921(53)/ 823(49)/ 1245(69)/ 937(47) '80/81 500(33)/ 348(22)/ 875(54)/ 483(26) No está disponible la comparabilidad inicial de los datos demográficos de los participantes de la intervención y la comparación. | Informado para 1977/78 y 1980/81 Prevalencia en los adultos de 16 a 69 años de edad. Aarau/Nyon S'thurn/Vevey '77/78 32.8 37.1 '80/81 27.4 35.3 $p < 0.05$ (con el uso del individuo como unidad de análisis). | Cigarrillos, pipas y puros, como gramos de tabaco por día Aarau/Nyon S'thurn/Vevey '77/78 5.0 6.7 '80/81 4.2 6.3 ns | Tasa de abandono: Aarau/Nyon S'thurn/Vevey '80/81 26.2 18.1 Tasa de iniciación: '80/81 4.7 7.8. La proporción de los fumadores y no fumadores que cambiaron de categoría entre 1977/78 y 1980/81 fue significativo en Aarau/Nyon, $p < 0.001$, pero no en Solothurn/Vevey. |

| Datos y tabaquismo iniciales | | | | | |
|------------------------------|---|--|---|---|---|
| Hancock 2001 | Método de selección: Selección al azar de las viviendas en cada pueblo. En las viviendas aptas, el adulto con el cumpleaños más próximo fue seleccionado para la entrevista. | Valor inicial 1992 Pueblos de intervención/Comparación. Pueblos Fumadores 1280/ 1103 No fumadores 3984 / 3528 Seguimiento 1997 Fumadores 876 (68%) 760 (69%) (tasa de retención) No fumadores *1751 (44%) 1706 (48%) | Prevalencia: informado al inicio del estudio 1992 Intervención / Comparación Adultos (18 a 70) 24,3 / 23,8 Mujeres 23,1 / 22,1 Hombres 26,2 / 26,9 Tasa de abandono en el seguimiento de 1997 Diferencia Intervención Comparación (IC del 95%) Adultos 20,4 16,9 3,5 (-0,3; +7,2) Mujeres 20,0 18,7 1,3 (-3,3, +5,9) Hombres 21,0 14,0 7,1 (+0,6; +13,5) Tasa de iniciación en el seguimiento de 1997 Diferencia Intervención comparación (IC del 95%) Adultos 3,8 4,2 0,3 (-2,2; +1,6) Mujeres 4,3 4,5 -0,3 (-2,4, +1,8) Hombres 3,1 3,4 -0,3 (-2,4; +1,9) | | |
| Heinemann 1986 | Método de selección: Muestra inicial, 5300 mujeres y hombres seleccionados sin referencia de edad, que ascendió al 20% de toda la población durante la fase de intervención. | Número de participantes (participación específica entre 63% y 90%): Seguimiento: 1981 Schleiz - 337, Doppoldiswade - 336 Comparabilidad de los datos demográficos (edad y sexo) para los participantes de la intervención y la comparación. | Hubo una reducción neta de un 7%. | Cigarrillos por día entre los fumadores, incrementó 11% | Tasa de abandono, no informada No se informó la tasa de iniciación |
| Hoffmeister 1996 | Método de selección: El muestreo aleatorio simple de los residentes individuales el FRG, de 25 a 69 años de edad, en cada una de las regiones de intervención. La muestra primaria del área de referencia de 8000 personas se eligió de 200 puntos de muestreo en el FRG, con la exclusión de las regiones de intervención. | Número de participantes (tasa de respuesta para muestras totales,%): Intervención combinada. Comunidades Total Mujeres Hombres '85 11,548(75) 6,084 5,464 '88 8,743(73) 4,575 4,168 '91 8,636(72) 4,502 4,134 Referencia nacional. Muestra Total Mujeres Hombres '85 4,790 (67) 2,373 2,417 '88 5,335 (71) 2,686 2,649 '91 5,311 (69) 2,688 2,623 Comparabilidad inicial de los datos demográficos | Prevalencia: informado para 1985, 1988 y 1991 Intervención agrupada '85 '88 '91 Todos: 35,4 34,0 32,5* Mujeres: 26,8 27,3 27,8 Hombres: 44,5 41,2 37,4* Referencia nacional '85 '88 '91 Todos: 34,0 35,3 33,5* Mujeres: 26,6 27,4 28,0 Hombres: 41,8 43,7 39,2 * Para todos los entrevistados y para los hombres, los cambios netos de la prevalencia de tabaquismo entre 1985 y 1988 y entre 1985 y 1991 fueron significativos (uso del individuo como unidad de análisis). No se vieron cambios netos | No informado | Tasa de abandono: No informado Tasa de iniciación: No informado |

| Datos y tabaquismo iniciales | | | | | |
|------------------------------|--|---|--|--|---|
| | | de los participantes de la intervención y la comparación: Porcentaje de individuos con 25 a 59 años de edad, por género y el porcentaje de desempleados fueron similares. | significativos en las mujeres. | | |
| Jenkins 1997 | Método de selección: Encuestas telefónicas de hombres vietnamitas seleccionados al azar. Los números telefónicos se eligieron al azar de los 23 apellidos vietnamitas más frecuentes, enumerados en las guías telefónicas del área. Se enumeró a todos los hombres de 18 años de edad y más de la vivienda, y un sujeto por vivienda, entre los que comprendían el idioma vietnamita, fue seleccionado para la entrevista según el procedimiento de Kish modificado. | Número de participantes (tasa de respuesta, %): SF/Alameda / Houston 1990 1133 (84) / 1581 (82) 1992 1202 (94) / 1209 (88) Comparabilidad inicial de los datos demográficos de los participantes de la intervención y la comparación. Los participantes eran diferentes de acuerdo al nivel de educación, la tasa de desempleo y los ingresos domésticos, pero no en la edad. | Informado para 1990 y 1992. Prevalencia entre hombres vietnamitas: SF+Alameda / Houston 1990 36.1 / 39.6 1992 33.9 / 40.9 Hubo un efecto significativo de la intervención, $p < = 0,01$ (uso del individuo como unidad de análisis). En 1992, la probabilidad de ser un fumador fue significativamente inferior en los condados de San Francisco/Alameda que en Houston, 0,82 (IC del 95%: 0,68 a 0,99). | Cigarrillos por día entre los fumadores SF+Alameda / Houston 1990 11.1 / 13.2 1992 10.3 / 11.9 El consumo de cigarrillos difirió significativamente al inicio del estudio, siendo mayor en Houston, y descendió significativamente en Houston, pero no en los condados de San Francisco/Alameda. En 1992, el consumo de cigarrillos fue todavía significativamente mayor en Houston. | Tasa de abandono después de dos años: SF+Alameda / Houston 1990 7.2 / 5.8 1992 10.2 / 7.4 La tasa de abandono aumentó significativamente en los condados de intervención entre 1990 y 1992, pero no en Houston, y fue significativamente mayor en los condados de San Francisco/Alameda en 1992 que en Houston, $p = 0,017$. En 1992, la probabilidad de ser un exconsumidor en los condados de San Francisco/Alameda comparados con Houston fue 1,65 (IC del 95%: 1,27 a 2,15). No se informó la tasa de iniciación |
| Lando 1995 | Método de selección: Encuestas transversales de adultos seleccionados | Número de participantes: Durante los diez años del proyecto, 20 184 adultos | Prevalencia: informado por las encuestas transversales y las encuestas de las cohortes Prevalencia transversal '80/ '81/ '82/ '83/ '84/ '86/ '88/ '89 W: Intervención: 25.3/ 31.6/ 33.3/ 28.0/ 30.5/ 23.8/ 22.8/ 22.8 Comparación: 22.1/ 31.0/ 29.3/ 27.8/ 26.7/ 23.4/ 28.3/ 26.0 M: Intervención: 38.7/ 45.2/ 34.5/ 37.9/ 34.0/ 33.7/ 30.4/ 29.4 Comparación: 34.5/ 43.8/ 36.3/ 39.5/ 32.3/ 31.6/ 27.2/ 31.1 Prevalencia de cohortes '80/ '81/ '82/ '83/ '85/ '87/ '90 W: Intervención: 23.8/ 32.9/ 30.8/ 26.7/ 24.7/ 22.9/ 19.6 Comparación: 23.2/ 28.1/ 30.5/ 27.9/ 25.0/ 24.1/ 19.6 M: Intervención: 30.8/ 39.0/ 27.0/ 32.2/ 27.5/ 26.0/ 21.4 | No informado | Tasa de abandono: El porcentaje acumulativo de exconsumidores fue cerca de 5% durante el |

| Datos y tabaquismo iniciales | | | | | |
|------------------------------|--|--|--|--|---|
| | al azar, 25 a 74 años de edad, elegidos por el método de muestreo en dos etapas de Kish. | aptos, de las seis ciudades, completaron la entrevista domiciliaria (88%), y 18 062 (79%) completaron el protocolo del centro de la encuesta. Para el estudio de cohorte, 7097 participantes fueron seleccionados al azar de las encuestas transversales realizadas antes de la intervención, y un 67,1% de estos participaron al final del estudio. Comparabilidad inicial de los datos demográficos de los participantes de la intervención y la comparación: Eran diferentes en la edad, el sexo y la educación. | Comparación: 26.6/ 36.2/ 27.7/ 34.4/ 24.7/ 26.7/ 19.6 En las mujeres, el análisis transversal demostró una disminución significativa de la prevalencia de tabaquismo en las ciudades de intervención comparadas con las de comparación; pero ningún efecto se observó en el análisis de cohortes. En los hombres, la prevalencia de tabaquismo descendió durante el curso del estudio, pero los análisis transversales y de cohortes no mostraron efectos de la intervención. | primer año y después de siete años fue algo menos de 20%. Las diferencias de la supervivencia, que es continuar como fumador, no difirieron significativamente según el análisis de riesgos proporcionales de Cox. No se informó la tasa de iniciación. | |
| Maccoby 1977 | Método de selección: Una muestra probabilística aleatoria, de múltiples etapas de adultos de 25 a 59 años de edad en cada ciudad. | Número de participantes (tasa de respuesta en 1972, %; tasa de retención en 1974, %) Watsonville Gilroy Tracy '72 605 (73) 542 (82) 532 (81) '74 423 (70) 397 (73) 384 (72) Dentro de Watsonville, sujetos de alto riesgo se asignaron al azar al inicio del estudio para recibir instrucción intensiva (Watsonville II, n = 113) o no (Watsonville RC, n = 56). También en Watsonville, se creó una muestra probabilística ponderada, con la exclusión del grupo intensivo de instrucción, con el uso de los promedios ponderados de los otros sujetos de alto riesgo y de los sujetos con menor riesgo para compensar a los excluidos (Watsonville-R). Comparabilidad de los datos demográficos (edad y sexo) de los participantes en la intervención y en la comparación: No se realizaron comparaciones estadísticas. | No informado. | Consumo per cápita de cigarrillos informado para 1972, 1973 y 1974. Adultos, de entre 35 y 59 años: W'ville W'ville-R Gilroy Tracy Valor inicial (1972) 7.2 6.8 6.8 6.9 Cambio porcentual '73 -18.9 * -6.9 -2.3 -1.1 '74 -24.1 * -13.7 * -7.3 -2.5 * significativamente diferente de Gilroy y Tracy, p < 0,05. Sujetos de alto riesgo W-II W-RC Gilroy Tracy Valor inicial (1972) 14.4 14.2 14.6 13.7 Cambio porcentual '73 -36.3 * -5.8 -9.8 -8.5 '74 -42.3 * -15.1 -13.8 -17.2 * significativamente diferente de Gilroy y Tracy, y también de Watsonville-RC, p < 0.05. (Todas las p con el individuo como unidad de análisis). | Tasa de abandono, no informada No se informó la tasa de iniciación |

| Datos y tabaquismo iniciales | | | | | |
|------------------------------|--|--|---|---|--|
| McAlister 1992 | Método de selección: Los datos del censo de los bloques se usaron para identificar las zonas geográficas en Eagle Pass, Del Rio y en Piedras Negras que se parearon según cuatro categorías de vivienda (ingresos altos, ingresos medios-a-bajos, subdivisiones y vivienda pública). Los paneles de fumadores moderados a grandes se obtuvieron de los entrevistados encuestados en estas áreas pareadas. El muestreo se realizó a una razón de 10% aproximado con bloques residenciales enteros seleccionados para reducir los costos de la encuesta. En Eagle Pass cada bloque se asignó al azar, dentro de grupos de ingresos, al área total de la comunidad o a la atención personal intensiva. Las áreas de angloamericanos de ingresos altos en Del Río se omitieron del estudio porque no hubo áreas equivalentes en Eagle Pass. | Número de participantes (las tasas de respuesta al inicio oscilaron entre 77% y 83%). 1985/1986 Eagle Pass - 1130, Del Rio - 1745, Piedras Negras - 452. Seguimiento de las cohortes (panel) de los fumadores de diez o más cigarrillos por día (se logró el seguimiento de aproximadamente dos tercios del panel original). 1987/1988 Eagle Pass - 160, Del Rio - 135, Piedras Negras - 37 Comparabilidad inicial de los datos demográficos de los participantes de la intervención y la comparación: Eagle Pass y Del Rio fueron equivalentes en la edad, el sexo, la educación y el grupo étnico y similar a Piedras Negras, salvo el nivel de la educación. | Informado para 1985/1986 para los fumadores de diez o más cigarrillos por día: Eagle Pass: 9,2 Del Rio: 11,9 Piedras Negras: 8,2 | No informado. | Tasa de abandono de la cohorte: 1987/1988 Comprobado / Autonotificado Eagle Pass 8,1 16,9 Del Rio 1,5 p = 0,02 7,4 p = 0,005 Piedras Negras - 8,0 Participantes de la cohorte (panel) en Eagle Pass Tasas comprobadas de abandono/Tasas autonotificadas 1987 1988 1989 Contacto voluntario sólo (n = 90) 7,8 7,8 17,8 Orientación personal (n = 70) 8,6 7,1 15,7 (Todas las p con el individuo como unidad de análisis). No se informó la tasa de iniciación |
| McPhee 1995 | Método de selección: Encuestas telefónicas de hombres vietnamitas seleccionados al azar. Los números telefónicos se eligieron al azar de los 23 apellidos vietnamitas más frecuentes, enumerados en las guías telefónicas del área. Se enumeró a todos los hombres de 18 años de edad y más de la vivienda, y un sujeto por vivienda, entre los que comprendían el idioma vietnamita, fue seleccionado para la entrevista según el procedimiento de Kish modificado. | Número de participantes (tasa de respuesta, %): Santa Clara County/ Houston 1990 1322 (81)/ 1581 (82) 1992 1264 (85)/ 1209 (88) Comparabilidad inicial de los datos demográficos de los participantes de la intervención y la comparación. Los participantes eran diferentes en el nivel de educación y la tasa de desempleo, pero no en la edad o los ingresos domésticos. | Informado para 1990 y 1992. Prevalencia entre hombres vietnamitas: Santa Clara/ Houston 1990 36.0/ 40.0 1992 36.0/ 41.0 La prevalencia de fumadores de cigarrillos difirió significativamente al inicio del estudio pero no hubo ningún efecto significativo de la intervención. | Consumo de tabaco: cigarrillos por día en los fumadores Santa Clara/ Houston 1990 9.9/ 13.2 1992 9.6/ 12.0 El consumo de cigarrillos difirió significativamente al inicio del estudio, y también cayó significativamente en el área de comparación (Houston), pero no hubo ningún efecto significativo de la intervención . | Tasa de abandono después de dos años: Santa Clara/ Houston 1990 8.0/ 6.0 1992 10.0/ 7.0 Las tasas de abandono difirieron significativamente al inicio del estudio pero no hubo ningún efecto significativo de la intervención. No se informó la tasa de iniciación |
| Mudde 1995 | Método de selección: Muestras aleatorias de | El número de participantes en el panel (tasas de respuesta iniciales y tasas de retención posterior,%): Den Bosch/ Apeldorn | No informado. | Consumo diario de cigarrillos informado por los fumadores al inicio del estudio: Den Bosch Apeldorn Octubre 1989 17,5 15,9 (individuo como unidad de análisis). | Tasa de abandono: informado por los miembros del panel: en |

| Datos y tabaquismo iniciales | | | | | |
|------------------------------|--|---|---|---|---|
| | números telefónicos en cada ciudad. Un panel de fumadores, de 25 a 64 años de edad, fue seleccionado de entre los entrevistados por estas llamadas. Los miembros de estos paneles se entrevistaron al inicio del estudio, a mediados y al final del período de estudio, mediante una entrevista telefónica asistida por computadora. | Octubre de 1989 inicio del estudio 924(61)/906(55) Junio de 1990 valor en la mitad del estudio 686(74)/666(74) Diciembre de 1990 valor final 547(59)/546(60) Comparabilidad inicial de los datos demográficos de los participantes de la intervención y la comparación. Los participantes en la intervención y en la comparación fueron equivalentes en la edad, pero diferentes en el sexo y el nivel de educación. | | | las encuestas al medio y al final del estudio Den Bosch / Apeldorn Junio de 1990 5 (IC del 95%: 3; 7) /10 (IC del 95%: 7; 12) Diciembre de 1990 7 (IC del 95%: 5; 10) / 9 (IC del 95%: 7; 11) No se informó la tasa de iniciación |
| Nussel 1985 | Método de selección: Todas las personas, de 30 a 59 años de edad, fueron invitadas por el alcalde de su pueblo para participar en un chequeo de salud con su médico personal. | Número de participantes: En Eberbach y Wiesloch participaron 9700 personas en el cribaje (screening) inicial, tasa de respuesta, 98%. No está disponible la comparabilidad de los datos demográficos de los participantes de la intervención y la comparación al inicio del estudio. | Prevalencia: informado para 1976/77, 1980 y 1984 E'bach / W'loch / N'mund W: '76/77 25 / 22 / - '80 34 / 34 / 17 '84 21 / - / 28 M: '76/77 47 / 50 / - '80 33 / 54 / 42 '84 38 / - / 35 | No informado | La tasa de abandono desde el inicio del estudio (1976/77), informado en 1981/82, de una muestra aleatoria del 10% de los hombres de 30 a 45 de años de edad: Eberbach 37% Wiesloch 16% Tasa de iniciación desde el inicio del estudio (1976/77), informado en 1981/82 de una muestra aleatoria de 10% de los hombres de 30 a 45 años de edad: Eberbach 41% Wiesloch 3% |
| O'Loughlin 1999 | Método de selección: Selección aleatoria de las viviendas en cada comunidad, mediante las listas de la guía telefónica de Bell Canada de los suscriptores residenciales de mayo de 1992 (1422 viviendas en St-Henri y 1454 en Centre Sud fueron seleccionadas). Un adulto de 18 a 65 años de edad en cada vivienda fue luego seleccionado al azar entre los que hablaban inglés o francés, | Número de participantes (tasa de respuesta %): Encuestas transversales: St-Henri / Centro-Sud Junio de 1992 849 (79,3) / 825 (77,8) Marzo de 1995 345 (70,6) / 229 (67,2) Seguimiento de cohortes de 1997: 423 (49,8) / 396 (48,0) (% de la tasa de retención) | Informado por las muestras transversales de 1992 y 1995 Adultos 16 a 65 St-Henri / Centro-Sud 1992 33.4 / 42.7 1995 33.9 / 46.3 No hubo diferencias significativas en los odds-ratios para la prevalencia de tabaquismo en 1995 en relación con 1992 en St-Henri en comparación con Centre-Sud, $p = 0,55$ (todas las p con el individuo como unidad de análisis). Fuma ≥ 25 cigarrillos/día 1992 44.5 / 45.1 1995 38.5 / 46.7 No hubo diferencias significativas en los odds-ratios de la prevalencia de grandes fumadores en 1995 en | El consumo de tabaco, cigarrillos por día, informado por los fumadores en la muestra de la cohorte: Adultos 16 a 65 St-Henri / Centro-Sud 1992 21.2 / 19.7 1997 19.6 / 19.2 No hubo diferencias significativas en los cambios en el consumo de cigarrillos entre las dos comunidades. | |

| Datos y tabaquismo iniciales | | | | | |
|------------------------------|---|---|--|---|--|
| | | | relación con 1992 en St-Henri comparado con Centre-Sud, $p = 0,33$. Prevalencia en la muestra de la cohorte St-Henri/ Adultos de 16 a 65 de Centre-Sud 1992 31.1 / 41.3 1997 29.8 / 38.0 El odds-ratio para la prevalencia de tabaquismo en St-Henri en 1997, comparado con Centre-Sud, controlando el tabaquismo y otras variables al inicio del estudio fue 0,9 (IC del 95%: 0,6; 1,4). Fuma \geq 25 cigarrillos/día 1992 48.5 / 43.2 1997 37.3 / 40.9 El odds-ratio para la prevalencia de grandes fumadores en St-Henri en 1997, comparado con Centre-Sud, controlando el tabaquismo y otras variables iniciales fue 0,5 (IC del 95%: 0,3; 1,1). | | |
| Osler 1993 | Método de selección: Las muestras aleatorias de los adultos de 20 a 65 años de edad, obtenidos del Local Central Person Register de cada municipio. | Número de participantes (tasa de respuesta) Total / Slangerup/ Helsinge '89 1072(51) / - / - 1990 1196 (59) / Mujeres 294 Hombres 273 / Mujeres 320 Hombres 309 Comparabilidad inicial de los datos demográficos de los participantes de la intervención y la comparación: Fueron equivalentes en la edad, el sexo, el nivel de la educación y el estado civil. | Informado para 1989 y 1990. Adultos 20 a 65: Slangerup / Helsinge 1989 39.0 / 40.0 1990 41.0 / 41.0 No se encontraron diferencias significativas entre los municipios de intervención y de comparación. | No informado | Tasa de abandono, 1990: Slangerup / Helsinge Adultos 20 a 65: 9.0 / 10.0 Mujeres: 8.0 / 10.0 Hombres: 10.0 / 11.0 No se encontraron diferencias significativas entre los municipios de intervención y de comparación. No se informó la tasa de iniciación |
| Puska 1985 | Método de selección: Para las encuestas de 1972 y las de 1977, se obtuvieron muestras aleatorias independientes del 6,6% de los habitantes de los dos condados mediante el registro de población nacional. Para la encuesta de 1982, se extrajo una muestra aleatoria independiente, estratificada por sexo y grupos etarios de diez años, para las edades de 25 a 64. | Número de participantes (tasa de respuesta, %) North Karelia Kuopio 1972 3807 (94) 5434 (91) 1977 3630 (89) 5272 (91) 1982 2535 (80) 2188 (82) Comparabilidad de los datos demográficos (edad y sexo) de los participantes en la intervención y en la comparación: No se realizaron comparaciones estadísticas. | Prevalencia: informado para 1972 y 1977 North Karelia / Kuopio W: '72: 11.7 / 13.1 1977: 8.9 / 11.1 $p < 0.01$ M: '72 52.2 / 50.9 1977 43.2 / 43.3 ns En las mujeres, el porcentaje de reducción relativo neto del consumo de tabaco diario entre 1972 y 1977 fue 8 ± 27 , y entre 1972 y 1982, 14 ± 38 , pero ninguna de esas disminuciones fue significativa. En los hombres, el porcentaje | Consumo per cápita de cigarrillos, pipas y puros informados para 1972, 1977 y 1982 North Karelia / Kuopio W: '72: 1.1 / 1.2 1977: 1.1 / 1.3 1982: 1.7 / 1.9 ns M: '72: 10.0 / 8.5 1977: 8.5 / 8.5 1982 6.6 / 7.8 $p < 0.001$ | Tasa de abandono, no informada No se informó la tasa de iniciación |

| Datos y tabaquismo iniciales | | | | | |
|------------------------------|--|---|---|---|---|
| | | | de reducción relativo neto del consumo de tabaco diario entre 1972 y 1977 fue 14 ± 10 , y entre 1972 y 1982, 28 ± 11 . Ambas reducciones netas son significativas (con el uso del individuo como unidad de análisis). Los resultados netos de la reducción fueron obtenidos en Scand J Soc Med, 11:65-68, 1983. | | |
| Roussow 1993 | Método de selección: Al inicio del estudio, a todas las mujeres y hombres blancos de 15 a 64 años de edad se les invitó a que participaran. La edad superior se extendió a 68 años en la encuesta de 1983. En el seguimiento a los 12 años en 1991, una muestra aleatoria de los participantes blancos de 15 a 64 años de edad fue seleccionada de los tres pueblos, con aproximadamente 50 personas por cada estrato por sexo y decil específico de edad. Se excluyeron los que habían vivido en la comunidad por menos de dos años | Número de participantes (% del censo de 1980) Población total 1979: R'son / Sw'den / R'dale W: 1227(71) / 1396(74) / 1208(68) M: 1051(64) / 1224(65) / 1082(60) Cohorte: W: 705(57) / 821(59) / 710(59) M: 546(52) / 710(58) / 595(55) Cohorte de alto riesgo: W: 243(34) / 234(32) / 224(32) M: 333(59) / 388(55) / 320(53) Población total 1982: W: 1126(67) / 1323(70) / 1150(64) M: 914(56) / 1171(65) / 1109(62) 1991 Muestra aleatoria *: W: 273 / 267 / 274 M: 264 / 273 / 269 * No se informó la tasa de respuesta. Comparabilidad inicial de los datos demográficos de los participantes de la intervención y la comparación: Se informó que eran muy similares la distribución de la edad y sexo de las poblaciones del estudio. | Prevalencia: informado para 1979, 1983 y 1991 Prevalencia al inicio del estudio y porcentaje de cambio a los cuatro años (1983). Población total: R'son / Sw'den / R'dale W: 20.0, -5.2 / 17.6, -3.6 / 16.1, -0.5 M: 49.1, -9.0 / 49.5, -9.1 / 45.7, -7.6 Prevalencia al inicio del estudio y cambio neto a los cuatro años. Cohorte: W: 17.4, -4.0 * 14.5, -3.0 / 14.4 M: 49.1, -3.7 / 46.5, +0.9 / 44.4 Cohorte de alto riesgo: W: 50.6, -9.0 * 50.9, -7.4 45.5 M: 80.5, -2.7 85.3, +1.3 82.5 * significativamente mayor reducción neta comparada con Riversdale. Prevalencia en 1991: Muestra aleatoria W: 12.1 12.4 12.8 M: 36.0 25.3 ** 34.2 ** significativamente inferior en Robertson y Riversdale. (Las pruebas de significación usaron al individuo como unidad de análisis). | Per cápita del consumo de tabaco, g/día, informado para 1979, 1983 y 1991 Consumo per cápita al inicio y porcentaje de cambio a los cuatro años (1983) Población total: R'son / Sw'den / R'dale W: 2.9, -0.6 / 2.6, -0.4 / 2.3, +0.1 M: 10.7, -2.9 / 11.2, -2.6 / 8.8, -1.8 Consumo per cápita al inicio del estudio y cambio neto a los cuatro años Cohorte: W: 2.6, -0.5 2.1, -0.2 2.3 M: 10.6, -1.2 11.3, -0.4 9.2 Cohorte de alto riesgo: W: 7.6, -1.1 7.5, -0.4 7.3 M: 17.4, -1.2 20.5, -0.8 17.3 Consumo per cápita en 1991: Muestra aleatoria W: 1.9 1.9 1.8 M: 6.8 * 4.8 5.8 * significativamente mayor que Swellenden Tasa de abandono: R'son / Sw'den / R'dale W: Todos los fumadores 31.4 * 28.3 * 15.5 Fumadores ligeros 52.6 44.4 28.6 Grandes fumadores 21.7 23.7 10.7 M: Todos los fumadores 22.8 16.9 20.1 Fumadores ligeros 40.5 26.5 32.6 Grandes fumadores 19.9 15.8 17.7 * significativamente mayores tasas de abandono que en Riversdale, la comunidad de comparación. | Tasa de abandono, no informada No se informó la tasa de iniciación |

| Datos y tabaquismo iniciales | | | | | |
|------------------------------|---|--|--|--|--|
| Schorling 1997 | Método de selección: Segmentos de calles (ambos lados de un tramo de camino entre intersecciones claramente identificables) seleccionados basados en la estadística de bloques de los Estados Unidos en 1990. Censo. El segmento adyacente a un bloque del censo con al menos el 50% de afroamericanos y más de diez adultos A-A que vivían ahí se seleccionó como muestra potencial. Sólo las viviendas con uno o más residentes A-A incluidos en la encuesta. La nómina de edad, sexo y la situación con respecto al tabaco de los miembros de la vivienda que se identificaron como A-A con edades mayores de 17 años obtenida de un entrevistado ($n = 3744$). Hasta dos entrevistados encuestados en cada vivienda de fumadores. El primer fumador llenó una encuesta total, si hubo un segundo fumador, o exconsumidor reciente, sólo se obtuvo su hábito de consumo de tabaco. Los fumadores entrevistados ($n = 648$, 72% de la tasa de respuesta) continuaron en su situación con respecto al tabaco 18 meses después (70% de la tasa de retención). | Número de participantes: Buckingham / Louisa Valor inicial 1990 304 / 344 | Informado para 1990 Buckingham / Louisa Mujeres 21,1 / 18,7 Hombres 34,7 / 30,5 | Cigarrillos por día, 1990 Buckingham / Louisa Mujeres + hombres 14,0 / 13,4 | Tasa de abandono en 1991, después de 18 meses de la intervención Buckingham / Louisa Todos los entrevistados 9,6/ 6,2 Asistir la iglesia menos de una vez /mes 8,8/ 6,4 Asistir la iglesia una vez o más/mes 10,5/ 5,8 Ninguna de estas tasas de abandono difirieron significativamente. No se informó la tasa de iniciación |

| Datos y tabaquismo iniciales | | | | | |
|------------------------------|---|--|---|---|--|
| Seder-Walker 2000 | Método de selección: El plan de muestreo por marcado telefónico aleatorio, estratificado por zona geográfica. | Número de participantes (tasa de respuesta, %) 1989/90 6,379 (79) 1993/94 6,436 (90) El número de entrevistas estaba dividido aproximadamente igual entre los condados de la intervención y los de comparación (~1500 por condado). Comparabilidad inicial de los datos demográficos de los participantes de la intervención y la comparación: Las áreas de intervención y de comparación eran equivalentes en el nivel de educación, los ingresos domésticos y la composición étnica, pero no en la edad, el estado civil y el porcentaje de ocupación laboral. | Informado para 1989/90 y 1993/94 Prevalencia: Mujeres Intervención / Comparación 1989/1990 26,1 / 26,6 ns 1993/94 23,8 / 25,8 p < 0,04 (unilateral) | Cigarrillos por día: Mujeres Intervención / Comparación 1989/1990 19,3 / 20,1 ns 1993/94 17,3 / 18,2 p < 0,02 (unilateral) | Tasa de abandono (abandono cinco años en los cinco años anteriores): Intervención / Comparación 1989/1990 23,5 / 23,5 ns 1993/94 25,4 / 21,4 p < 0,02 (una cola) No se informó la tasa de iniciación |
| Shelley 1995 | Método de selección: Muestra al azar independiente, agrupada geográficamente, estratificada de cada condado en cada uno de los dos períodos de tiempo. | Número de participantes (las tasas de respuesta oscilaron entre 70% y 75%): 1985 County Kilkenny - 792; 1986 County Offaly - 604 1990 County Kilkenny - 802; 1991 County Offaly - 631 Comparabilidad inicial de los datos demográficos de los participantes de la intervención y la comparación: Los datos sobre la distribución por edad de las mujeres y los hombres y de todos los entrevistados y la proporción de hombres se muestran, pero no se hicieron comparaciones estadísticas. | Informado para 1985/86, y cambio neto después de cinco años: W: C. K'enny 30,3; (-5,5); C. O'ly, 29,8 (-2,6): Cambio neto - 2,9 M: C. K'enny, 27,7 (-0,7), C. O'ly, 27,7 (-2,6): Cambio neto + 1,9 Ninguno de estos cambios de la prevalencia de tabaquismo fue significativo. | No informado | Tasa de abandono, no informada No se informó la tasa de iniciación |
| Tudor-Smith 1998 | Método de selección: Las viviendas fueron seleccionadas al azar con un diseño de muestreo por grupos polietápico, dentro de diez estratos definidos por las nueve autoridades sanitarias del distrito de Gales y el área de referencia. A cada residente de 18 a 64 años de edad se le dejó en el hogar un cuestionario autorellenable. | El número de participantes (tasa de respuesta de la vivienda y tasa de respuesta del cuestionario autorellenable,%): 1982: Gales- 18538 (88,67), Cuatro condados de referencia- 1483 (84,64) 1990: Gales- 13045 (79,61), Cuatro condados de referencia- 4534 (77,61) Comparabilidad inicial de los datos demográficos de los participantes de la intervención y la comparación: la zona de comparación se informó | Informado para 1985 y 1990 Gales / Cuatro condados '85 '90 '85 '90 Mujeres y hombres: 32.5 27.6* / 36.0 30.6 * la prevalencia en Gales, en 1990, fue significativamente inferior que en los cuatro condados, p < 0,05; pero el cambio neto no difirió significativamente. | Cigarrillos por día, informados por los fumadores para 1985 y 1990. Gales: Cuatro condados '85 '90 '85 '90 Mujeres y hombres: 17,16 17,14 17,55 17,39 | |

| Datos y tabaquismo iniciales | | | | | |
|------------------------------|---|---|---|--------------|---|
| | | como la más cercana en el perfil sociodemográfico y de salud a Gales según el censo de 1981. | | | |
| Van Assema 1994 | Método de selección: Muestra aleatoria de 1000 adultos de los registros computarizados de población de las comunidades de intervención y de comparación. Tasa de respuesta a la encuesta al inicio del estudio, Bergeyk 77,6%, el municipio de comparación 73,1% | Número de participantes en el estudio de cohortes: Bergeyk / Comparación Setiembre 1991 623 / 608 Tasa de retención, tercera encuesta, 81,8%. | Informado para febrero de 1990, febrero de 1991 y setiembre de 1991. Bergeyk / Comparación Febrero 1990 35,9 / 32,7 Febrero 1991 31,8 / 31,5 Setiembre 1991 32,6 / 32,3 La proporción de fumadores en Bergeyk y en el municipio de comparación no difirieron significativamente entre febrero de 1990 y febrero de 1991, ni entre febrero de 1990 y setiembre de 1991; $p = 0,19$ para cada prueba de ji cuadrado. (p con el individuo como unidad de análisis). | No informado | Tasa de abandono, no informada No se informó la tasa de iniciación |
| Weinehall 1999 | Método de selección: Cada año, a partir de 1985, todas las personas de 30, 40, 50 y 60 años de edad en el municipio de Norsjo fueron invitados a una encuesta por el proveedor de servicios sanitarios. Los participantes de la encuesta de 1986 fueron invitados a una reencuesta después de dos y cinco años para constituir el panel de Norsjo. Las encuestas del área de referencia, en 1986 y 1990, eran muestras independientes como parte del proyecto MONICA. | Número de participantes (tasa de respuesta a las encuestas MONICA,%): Entrevistas transversales: Norsjo 1985-1992 - 1893 en ocho muestras independientes. La tasa promedio de participación fue de 93% - rango 81% a 96%. Panel Norsjo: 1986 - 260, 1988 - 187, 1991 - 183. 154 (64%) respondieron a las tres encuestas. MONICA (entrevistas transversales) 1986 -1625 (81), 1990 -1583 (79). Comparabilidad inicial de los datos demográficos de los participantes de la intervención y la comparación: Equivalente en la edad y el sexo, pero no en el nivel educativo o la clase social. | Entrevistas transversales Norsjo '85 '86 '87 '88 '89 '90 '91 '92 Mujeres: 18 24 26 20 26 24 21 20 Hombres: 25 16 17 23 25 21 19 24 Población de referencia '86 '90 Mujeres: 26 26 Hombres: 23 23 Panel: 1986, 1988, 1991 W: 17.5 12.5 13.8 M: 16.2 16.2 13.5 | No informado | Tasa de abandono, no informada No se informó la tasa de iniciación |