



Programas de terapia conductual grupal para el abandono del hábito de fumar

Stead LF, 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
RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS.....	2
ANTECEDENTES.....	2
OBJETIVOS.....	2
CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISIÓN.....	3
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS.....	3
MÉTODOS DE LA REVISIÓN.....	4
DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS.....	4
CALIDAD METODOLÓGICA.....	8
RESULTADOS.....	9
DISCUSIÓN.....	12
CONCLUSIONES DE LOS AUTORES.....	14
AGRADECIMIENTOS.....	14
POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS.....	15
FUENTES DE FINANCIACIÓN.....	15
REFERENCIAS.....	15
TABLAS.....	20
Characteristics of included studies.....	20
Characteristics of excluded studies.....	46
CARÁTULA.....	47
RESUMEN DEL METANÁLISIS.....	49
GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS.....	50
01 Programas conductuales de formato grupal versus otro formato.....	50
01 Abandono del hábito de fumar. Programa de grupo versus programa de autoayuda.....	50
02 Abandono del hábito de fumar. Programa de grupo versus terapia individual.....	51
03 Abandono del hábito de fumar. Programa de grupo versus otro tratamiento.....	51
04 Abandono del hábito de fumar. Grupal más TRN versus TRN sola.....	52
05 Abandono del hábito de fumar. Grupal versus controles "ninguna intervención".....	52
02 Comparaciones entre diferentes programas grupales (Resultado de abandono a largo plazo para todas las comparaciones).....	53
01 Componentes de prevención de recaídas/entrenamiento de habilidades.....	53
02 Control del estado de ánimo.....	54
03 Control del estado de ánimo (subgrupo antecedentes + de TDI).....	54
04 Manipulación de las dinámicas de grupo.....	55
05 Otras comparaciones.....	55
99 Tabulación de las características del programa.....	56
01 Características del programa.....	56

Programas de terapia conductual grupal para el abandono del hábito de fumar

Stead LF, Lancaster T

Esta revisión debería citarse como:

Stead LF, Lancaster T. Programas de terapia conductual grupal para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Fecha de la modificación más reciente: 16 de febrero de 2005

Fecha de la modificación significativa más reciente: 16 de febrero de 2005

RESUMEN

Antecedentes

La terapia grupal ofrece a los individuos la oportunidad de aprender técnicas conductuales para el abandono del hábito de fumar y a proporcionarse apoyo mutuo.

Objetivos

El objetivo fue determinar los efectos de los programas para el abandono del hábito de fumar realizados con un formato grupal, comparados con materiales de autoayuda o con ninguna intervención; comparar la efectividad de la terapia grupal y el asesoramiento individual; y determinar el efecto de agregar la terapia grupal al asesoramiento de un profesional de la salud o al reemplazo de nicotina. También se intentó determinar si los componentes específicos aumentaron la efectividad de la terapia grupal. Se intentó determinar la proporción de personas que aceptaron la oferta de terapia grupal.

Estrategia de búsqueda

Se realizaron búsquedas en el registro de ensayos del Grupo Cochrane de Adicción al Tabaco (Cochrane Tobacco Addiction Group), con búsquedas adicionales en PsycINFO y MEDLINE, incluyendo los términos behavior therapy, cognitive therapy, psychotherapy or group therapy, en enero 2005.

Criterios de selección

Se consideraron los ensayos aleatorios que compararon la terapia grupal con autoayuda, asesoramiento individual, otra intervención o ninguna intervención (incluida la atención habitual o un control de lista de espera). También se consideraron los ensayos que compararon más de un programa de grupo. Se incluyeron los ensayos con un mínimo de dos reuniones de grupos y con un seguimiento del estado del hábito de fumar de al menos seis meses después del comienzo del programa. Se excluyeron los ensayos en los que se proporcionó terapia grupal a los brazos de tratamiento activo y de placebo de los ensayos de farmacoterapias, a menos que tuvieran un diseño factorial.

Recopilación y análisis de datos

Se extrajeron por duplicado los datos de los participantes, las intervenciones proporcionadas a los grupos y a los controles, incluidos la duración, la intensidad y los componentes principales del programa, las medidas de resultado, el método de asignación al azar y la compleción del seguimiento.

La medida de resultado principal fue la abstinencia de fumar después de al menos seis meses de seguimiento en los pacientes que fumaban al inicio del estudio. Se utilizó la definición más rigurosa de abstinencia para cada ensayo y, de estar disponibles, las tasas validadas bioquímicamente. Los sujetos que se perdieron durante el seguimiento se analizaron como fumadores que continuaron. De ser posible se realizó un metanálisis mediante un modelo de efectos fijos (Mantel-Haenszel).

Resultados principales

Cincuenta y cinco ensayos cumplieron los criterios de inclusión para una o más de las comparaciones de la revisión. Dieciséis estudios compararon un programa de grupo con un programa de autoayuda. Cuando se utilizó un programa grupal hubo un aumento de los abandonos ($N = 4395$; odds-ratio [OR] 2,04; intervalo de confianza [IC] del 95%: 1,60 a 2,60). Los programas grupales fueron más efectivos que los controles ninguna intervención (siete ensayos; $N = 815$; OR 2,17; IC del 95%: 1,37 a 3,45).

No hubo pruebas de que la terapia grupal fuera más efectiva que el asesoramiento individual de intensidad similar. Hubo pruebas limitadas de que agregar la terapia grupal a otras formas de tratamiento, como el asesoramiento de un profesional de la salud o el reemplazo de nicotina, produzca un beneficio adicional. Hubo variación en el grado en el que las personas a las que se les ofreció la terapia de grupo aceptaron el tratamiento. Hubo pruebas limitadas de que los programas con componentes para aumentar las habilidades cognitivas y conductuales y evitar la recaída fueran más efectivos que los programas de similar o menor duración sin estos componentes. Este análisis fue sensible a la inclusión de un estudio con múltiples condiciones. No se encontró que la manipulación de las interacciones sociales entre los participantes en un programa grupal influyera sobre el resultado.

Conclusiones de los autores

La terapia grupal es mejor que la autoayuda y otras intervenciones menos intensivas, para ayudar a las personas a que abandonen el hábito de fumar. No existen suficientes pruebas para evaluar si los grupos son más efectivos o más costo efectivos que el asesoramiento individual intensivo. No existen suficientes pruebas que apoyen la utilización de componentes sicológicos particulares en un programa, más allá del apoyo y el entrenamiento de habilidades que se incluyen habitualmente.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

La asistencia a programas de grupo de abandono del hábito de fumar ayuda a los fumadores a abandonar el hábito

Los programas grupales son más efectivos para ayudar a las personas a dejar de fumar que el aporte de materiales de autoayuda sin instrucción cara a cara o el apoyo grupal. Las probabilidades de abandonar son más del doble. No está claro si los grupos son mejores que la orientación individual u otro asesoramiento, pero son más efectivos que ningún tratamiento. No todos los fumadores que intentan abandonar desean asistir a reuniones de grupo, pero para los que lo desean, es probable que sean útiles.

ANTECEDENTES

La terapia grupal es un método frecuente de administración de intervenciones para el abandono del hábito de fumar. Se han descrito más de 100 tipos de terapias grupales en la bibliografía (Hajek 1996). Los objetivos de los programas grupales se resumen en: analizar los motivos del comportamiento de los miembros del grupo; proporcionar una oportunidad para el aprendizaje social; generar experiencias emocionales; y brindar información y enseñar nuevas habilidades (Hajek 1985; Hajek 1996). Los programas grupales pueden ser realizados por facilitadores profesionales como sicólogos clínicos, educadores de salud, enfermeras, médicos u ocasionalmente por usuarios exitosos del programa.

La puesta en práctica de los programas grupales de abandono del hábito de fumar ha sido un método popular de administración de intervenciones conductuales. Habitualmente las intervenciones conductuales incluyen métodos como el afrontamiento y el entrenamiento de habilidades sociales, tratamiento de contingencias, autocontrol e intervenciones cognitivo-conductuales. El uso de un formato de grupo para la administración de una intervención conductual parece tener dos justificaciones fundamentales. Ubicado entre los métodos de autoayuda con contacto mínimo con los terapeutas y los de terapia/asesoramiento individual intensivo, un grupo podría ofrecer mejores tasas de abandono del hábito que el primero y menores costos para el fumador que el último. Puede haber un

beneficio terapéutico específico del formato del grupo, al proporcionar a los fumadores la oportunidad de compartir los problemas y las experiencias con otros que intentan abandonar el hábito. Es posible que esto produzca un aumento de las tasas de abandono, incluso cuando se compara con los métodos individuales cara a cara.

Las investigaciones más recientes se han centrado en la identificación de los componentes que más contribuyen al éxito de la intervención. En particular, existe interés en las formas de mejorar los programas con componentes que podrían ser específicamente útiles para aquellos participantes con deficientes tasas de éxito con respecto al abandono, como es el caso de las personas con antecedentes de trastornos depresivos o abuso de sustancias. Además de evaluar el beneficio de la terapia grupal conductual genérica para el abandono del hábito de fumar, esta revisión actualizada se propone analizar las pruebas para incluir estrategias o técnicas psicológicas específicas en los programas grupales.

OBJETIVOS

Determinar el efecto de las intervenciones conductuales que se administran a grupos para lograr el abandono del hábito de fumar a largo plazo.

Se probaron las siguientes hipótesis:

1. Los programas que incluyeron reuniones grupales produjeron tasas de abandono del hábito de fumar más elevadas que los programas sin contacto grupal
 2. Los programas que incluyeron reuniones grupales produjeron tasas de abandono del hábito de fumar más elevadas que aquellos con asesoramiento individual
 3. Los programas que incluyeron reuniones grupales produjeron tasas de abandono del hábito de fumar más elevadas que aquellos con ningún tratamiento o con intervenciones mínimas
 4. Los programas grupales como complemento a la terapia de reemplazo de nicotina (TRN) produjeron tasas de abandono del hábito de fumar más elevadas que la TRN sola
 5. Los programas grupales producen tasas de abandono del hábito de fumar más elevadas si existe un aumento en la interacción grupal
 6. Los programas de terapia conductual grupal producen mayores tasas de abandono del hábito de fumar si son más prolongados o más intensivos, incluyen más componentes o incluyen componentes específicos que ayuden al abandono del hábito o a la prevención de recaídas
- La hipótesis seis se agregó cuando se actualizó la revisión en 2002. Los estudios que compararon diferentes formas de programas de grupo se listaron anteriormente como excluidos.
- Un segundo objetivo fue determinar la tasa de captación de la terapia grupal en diferentes condiciones de intervención.

CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISIÓN

Tipos de estudios

Los ensayos fueron elegibles para su inclusión si los participantes se asignaron de forma aleatoria a los grupos de tratamiento. Se incluyeron los ensayos de programas de abandono del hábito de fumar en el lugar de trabajo donde los sitios de trabajo se asignaron al azar a los diferentes programas. Se incluyeron los estudios que asignaron al azar a los terapeutas, en lugar de a los fumadores, para ofrecer terapia grupal o control, siempre que el objetivo específico del estudio fuera estudiar el efecto de la terapia grupal sobre el abandono del hábito de fumar.

Tipos de participantes

Fumadores de cualquier género, independientemente de su nivel inicial de dependencia de nicotina, reclutados en cualquier contexto, con la excepción de ensayos que reclutaron mujeres embarazadas en el ámbito del control prenatal, ya que las intervenciones para las mujeres embarazadas se analizan por separado (Lumley 2004).

Tipos de intervención

Se consideraron los estudios en los que los fumadores asistieron a reuniones programadas y recibieron alguna forma de intervención conductual como información, asesoramiento y estímulo o terapia cognitivo-conductual (TCC) administrada en al menos dos sesiones. Se excluyeron los estudios de

intervenciones donde los participantes se reunieron una vez para una sesión de orientación o información. Se excluyeron los estudios con reuniones grupales que investigaban principalmente la eficacia del hábito de fumar aversivo, la acupuntura, la hipnoterapia, el ejercicio o el apoyo del compañero, a menos que hubiera otros brazos pertinentes. Los ensayos que investigaban estos componentes específicos han sido revisados por separado por Hajek 2001, White 2002, Abbot 2005, Ussher 2005 y Park 2002 respectivamente. Se excluyeron los ensayos en los que los fumadores recibieron terapia grupal además de farmacoterapia activa o placebo, a menos que hubiera otros brazos pertinentes. El efecto de la terapia de reemplazo de nicotina se evaluó en otra revisión (Silagy 2004) pero se incluyeron los estudios en los que se probó la terapia grupal como un complemento del reemplazo de nicotina.

Tipos de medidas de resultado

El resultado principal fue la abstinencia de cigarrillos en el seguimiento durante al menos seis meses luego del comienzo del tratamiento. Se excluyeron los ensayos que sólo informaron seguimientos más cortos o no midieron el abandono del hábito de fumar.

En cada estudio se utilizaron los criterios más estrictos disponibles para definir la abstinencia. Por ejemplo, en los estudios donde se disponía de validación bioquímica del abandono del hábito, solamente se consideraron abstinentes los participantes que cumplían con los criterios para la abstinencia confirmada desde el punto de vista bioquímico. De ser posible, se utilizó una tasa sostenida de abandono del hábito, en lugar de una prevalencia puntual. Los pacientes que se perdieron durante el seguimiento se consideraron fumadores que continuaron.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS

Los ensayos se identificaron a partir del registro especializado de ensayos del Grupo Cochrane de Adicción al Tabaco (Cochrane Tobacco Addiction) (fecha de búsqueda enero de 2005). Los detalles de la estrategia general de búsqueda están en el modulo de Adicción al Tabaco. Los posibles ensayos se recuperaron con cualquiera de las palabras clave "Behaviour therapy", "Group therapy" y "Cognitive therapy" o los términos de texto libre "behav*" y "group". El registro especializado incluye ensayos derivados del Registro Cochrane de Ensayos Controlados (Cochrane Controlled Trials Register [CENTRAL]) que contiene los resultados de la búsqueda manual en las siguientes revistas sobre ciencias conductuales: *Behaviour Research and Therapy; Journal of Consulting and Clinical Psychology; Behaviour Therapy; Journal of Behavioural Medicine*. Además se realizó una búsqueda en MEDLINE (Ovid, diciembre de 2004) y PsycINFO (Silverplatter, desde 1996 hasta diciembre de 2004) mediante los términos ("smoking" OR "tobacco" OR "nicotine") y ("Behavior therapy" OR "Cognitive therapy" OR "Relaxation techniques" OR

"Bibliotherapy" OR "Psychotherapy" OR "group therapy"), sin límites para el diseño de los ensayos. También se verificaron las Public Health Service Clinical Practice Guidelines de los EE.UU. sobre el abandono del hábito de fumar (Fiore 1996; Fiore 2000) en los ensayos utilizados en los metanálisis que evaluaron la eficacia de diferentes formatos de tratamiento y los componentes de las intervenciones efectivas.

MÉTODOS DE LA REVISIÓN

LS identificó los ensayos que cumplieron con los criterios de cribaje (screening) de tener un brazo de terapia grupal y una duración suficiente del seguimiento. LS y BB analizaron de forma independiente todos los ensayos para la preparación de la revisión en 1998 y los desacuerdos se remitieron a TL. LS y BB realizaron la asignación de los brazos de tratamiento a uno o más grupos de comparación y la extracción de los datos; los desacuerdos se remitieron a TL. Para las actualizaciones posteriores, LS y TL realizaron de forma independiente la inclusión de los estudios y la extracción de los datos.

Si un ensayo presentaba un programa comparable con una intervención no grupal y un control de lista de espera o de intervención mínima, ambos se incluyeron en las comparaciones apropiadas. Si dos programas grupales diferentes se compararon con otro método o con un control, las intervenciones grupales se combinaron en comparación grupal versus métodos no grupales.

En los estudios que compararon formatos de administración alternativa de más de un programa, cada programa se consideró como otro ensayo y se introdujo por separado en el metanálisis. Éste se consideró el enfoque más conservador, ya que aunque el estudio no hubiera informado diferencias significativas entre los programas, generalmente el poder estadístico para detectar tal diferencia fue bajo. Otros diseños factoriales (p.ej. Zelman 1992, terapia conductual cruzada con una comparación de exposición a la nicotina) no se incluyeron si no se informó interacción.

Se realizaron las siguientes comparaciones:

1.1 Programas de grupos versus programas de autoayuda:

1.1.1 Terapia grupal más manuales de autoayuda versus el mismo programa de autoayuda solo

1.1.2 Terapia grupal más manuales de autoayuda versus un programa de autoayuda diferente

1.2 Terapia grupal versus sesiones de orientación individual :

1.2.1 Terapia grupal versus individual, intensidad similar, igual contenido del programa

1.2.2 Terapia grupal versus individual, intensidad similar, diferente contenido del programa

1.3 Intervención grupal versus otras intervenciones:

1.3.1 Terapia grupal versus asesoramiento por parte de médicos o enfermeras

1.3.2 Terapia grupal versus educación sanitaria

1.4 Terapia grupal más TRN versus TRN sola:

1.5 Terapia grupal versus ninguna intervención (incluida atención habitual, contacto mínimo o un control de listas de espera)

2.1 a 2.3 Programas con componentes adicionales versus programas estándar (con y sin pareamiento por intensidad y tiempo de contacto)

2.4 Terapia grupal con aumento de la interacción grupal versus terapia grupal estándar

En los ensayos en los que los detalles de la metodología no estaban claros o en los que los resultados no se expresaron en una forma que permitiera la extracción de datos clave necesarios, se estableció contacto con los investigadores para solicitarles la información necesaria.

Los resultados de los estudios individuales se resumieron como odds-ratio, el que se calculó como:

(número de exfumadores en el grupo intervención/número de fumadores que continúan en el grupo intervención)/

(número de exfumadores en el grupo control/número de fumadores que continúan en el grupo control).

De ser apropiado se realizó un metanálisis mediante un método de efectos fijos de Mantel-Haenszel para estimar un odds-ratio agrupado, con sus intervalos de confianza del 95% (Greenland 1985). Esto reemplaza el método Peto para el agrupamiento de los datos utilizados en las versiones anteriores de la revisión (Yusuf 1985), pero la estimación de los efectos no cambia de manera significativa. La heterogeneidad estadística entre los ensayos se estimó mediante la estadística I^2 (Higgins 2003). Los valores mayores de 50% se pueden considerar como heterogeneidad moderada y los valores mayores de 75% como alta.

DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS

Se incluyó un total de 55 estudios en la revisión. Veintiocho compararon un programa grupal con otro método de tratamiento para el abandono del hábito o con un control ninguna intervención (Bakkevig 2000; Batra 1994; Camarelles 2002; Cottraux 1983; Curry 1988; DePaul 1987; DePaul 1989; DePaul 1994; Garcia 1989; Garcia 2000; Ginsberg 1992; Glasgow 1981; Grant 2003; Gruder 1993; Hall 2002; Hill 1993; Hilleman 1993; Hollis 1993; Jorenby 1995; Leung 1991; McDowell 1985; Minthorn-Biggs 2000; Nevid 1997; Omenn 1988; Pederson 1981; Rice 1994; Sawicki 1993; Smith 2001). Varios de estos ensayos compararon la terapia grupal con más de una opción y se utilizaron en cada grupo de comparación pertinente. Algunos compararon más de un programa o utilizaron un diseño factorial, en el que se crearon subestudios separados de casos para el ingreso de los datos (p.ej. Curry (AA) 1988 y Curry (RP) 1988; Glasgow 1981 D+L, Glasgow 1981 IQK y Glasgow 1981 P+P; o Etringer 1984 y Etringer 1984 Fading). Los otros 27 estudios no presentaron un grupo control ninguna intervención y contribuyeron sólo en las comparaciones entre diferentes programas grupales.

La mayoría de los estudios reclutaron voluntarios de la comunidad preparados para participar en programas de grupo. Dos estudios reclutaron pacientes en ámbitos de atención primaria (Hollis 1993; McDowell 1985). Un estudio reclutó participantes con un problema de salud cardiovascular diagnosticado (Rice 1994), otro reclutó personas con diabetes (Sawicki 1993), otro, personas con esquizofrenia (George 2000), otro reclutó alcohólicos que asistían a un programa de tratamiento ambulatorio (Grant 2003). Tres estudios realizados en la DePaul University reclutaron a los empleados en lugares de trabajo que se habían asignado de forma aleatoria para proporcionar diferentes formatos de programas. Otro estudio (Omenn 1988) también reclutó en un lugar de trabajo, pero los fumadores individuales se asignaron al azar al tratamiento.

La duración, el formato y el contenido de los programas de grupo utilizados fueron variables. Para facilitar la referencia esta información se tabuló en la sección "Resultados" para los estudios con un control de terapia no grupal. La descripción en la "Tabla de estudios incluidos" cubre los métodos de los estudios y brinda detalles breves de cada intervención. Las descripciones de las intervenciones utilizadas en los estudios que comparan diferentes programas de grupo se encuentran en la tabla "Estudios incluidos".

La mayoría de los programas utilizaron entre seis y ocho sesiones, donde las primeras sesiones se dedicaron a la discusión de la motivación para el abandono, los beneficios para la salud y las estrategias para planear un intento de abandono. Los componentes específicos en este estadio pueden incluir firmar un contrato para abandonar el hábito o hacer una declaración pública y reducir la cantidad de nicotina (cambiar el tipo de cigarrillo que se fuma por una marca con menos nicotina). Los participantes también pueden mantener los registros del número de cigarrillos fumados y los factores desencadenantes para fumar (automonitorización). Parte del proceso de grupo también incluye discusión e intercambio de experiencias y problemas (apoyo social intratratamiento). Los participantes también pueden instruirse en las maneras de buscar el apoyo apropiado de los amigos, los colegas y la familia (apoyo social extra al tratamiento). También se pueden introducir otras habilidades para solucionar los problemas, que incluyen identificar las situaciones de alto riesgo para la recaída, generar soluciones y discutir o ensayar las respuestas. Algunos programas incorporan componentes más específicos concebidos para ayudar a controlar el estado de ánimo deficiente o la depresión asociada con el abandono y la abstinencia.

1.1. COMPARACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE GRUPO Y DE AUTOAYUDA

El mismo programa de autoayuda:

Cuatro estudios compararon un programa de grupo con el mismo contenido proporcionado por materiales escritos solamente. Curry 1988 probó dos enfoques, uno que enfatizó la abstinencia absoluta y otro que utilizó un enfoque de prevención de recaídas. Glasgow 1981 comparó tres programas diferentes apropiados para el uso de autoayuda. Dos fueron manuales que utilizaron

un enfoque de terapia conductual estructurada, el tercero fue un equipo de abandono con multimedia con consejos para el abandono. Todos estos programas duraron ocho semanas. Garcia 2000 comparó un programa de diez sesiones de cinco semanas, un programa de cinco sesiones y un programa de cinco sesiones más un manual de autoayuda, con el uso de un manual de autoayuda solo. Rice 1994 utilizó el programa "Smokeless" más corto. En este estudio los participantes de autoayuda recibieron cinco llamadas telefónicas durante las dos semanas del programa para recordarles que abrieran los sobres que contenían el folleto apropiado para ese día. Otros cuatro ensayos incluidos en este subgrupo utilizaron un programa grupal como complemento de un programa de televisión de abandono del hábito y materiales de autoayuda. Tres de éstos reclutaron fumadores en los lugares de trabajo que se habían asignado de forma aleatoria para proporcionar manuales o reuniones adicionales del grupo (DePaul 1987; DePaul 1989; DePaul 1994). En el cuarto, los fumadores que se habían registrado para recibir un manual de autoayuda se asignaron al azar a recibir los materiales solos o la oferta adicional de programas grupales (Gruder 1993). En este estudio se probaron dos programas de grupo diferentes, ambos de tres sesiones. Para la comparación, sus resultados se combinan con la autoayuda.

Programa de autoayuda diferente:

Cinco estudios no usaron un manual de programa idéntico para el grupo y las condiciones de autoayuda. En uno, a los participantes asignados al azar a utilizar autoayuda se les permitió que eligieran los manuales (Hollis 1993). Además, durante una única reunión con el consejero de salud se les estimuló a fijar una fecha de abandono y se acordó una llamada telefónica de seguimiento. Luego se les enviaron por correo hojas con consejos y seis boletines informativos bimestrales. A los participantes asignados al azar que no visitaron al consejero de salud para recibir los materiales se les envió el programa apropiado por correo, de manera que una proporción de los asignados a terapia grupal recibieron en realidad una intervención de autoayuda. En una tercera condición del tratamiento los participantes se asignaron al azar a elegir entre los materiales de autoayuda y la asistencia a un programa grupal, pero esto no se incluyó en una comparación formal. En un ensayo (Hilleman 1993) no hubo detalles del programa utilizado en el formato de grupo, pero el componente de autoayuda consistió en un folleto breve. En este ensayo factorial de componentes conductuales y clonidina no hubo pruebas de interacción con la farmacoterapia, de manera que se excluyeron los brazos de clonidina/placebo. En un ensayo (Omenn 1988) los participantes con una preferencia declarada por un programa grupal y los participantes sin preferencia se asignaron al azar a asistir a un programa grupal de tres u ocho semanas o utilizar una guía de autoayuda sola. Los programas de dos grupos se combinan en el análisis. Nevid 1997 comparó un programa culturalmente adaptado para fumadores hispanos con un programa de autoayuda mejorado que incluyó una reunión y contacto telefónico. Batra 1994 comparó un enfoque grupal con uno de autoayuda.

1.2 COMPARACIÓN DE TERAPIA GRUPAL Y TERAPIA INDIVIDUAL

Cinco ensayos compararon una intervención basada en el grupo con una intervención de asesoramiento individual. Dos tenían una intensidad comparable en cuanto al número de visitas; un ensayo (Rice 1994) ya nombrado en comparaciones anteriores, comparó el tratamiento grupal con una intervención individual mediante el mismo programa "Smokeless". Los participantes se reunieron con una enfermera clínica especialista en terapia según el mismo esquema de reuniones que en el formato grupal. El otro en esta categoría (Garcia 1989) comparó la terapia grupal y las sesiones individuales con un doctor; todos los participantes también recibieron chicle de nicotina. Los otros tres estudios tuvieron un número más pequeño de individuos que las sesiones grupales: Jorenby 1995 comparó un programa grupal de ocho semanas con tres sesiones breves de asesoramiento individual impartidas por una enfermera en la primera, segunda y cuarta semana. Los participantes también se asignaron al azar a recibir una o dos dosis de parches de nicotina. Smith 2001 proporcionó tres sesiones de asesoramiento breve junto con tratamiento de parche de nicotina y luego los participantes se asignaron al azar a una de las dos condiciones de la terapia grupal que comenzaron una semana después de la fecha de abandono o a ningún asesoramiento adicional. Aquí se combinan las condiciones de dos terapias grupales. Camarelles 2002 comparó un programa de terapia grupal de siete sesiones con dos sesiones individuales, donde se estimuló el uso del parche de nicotina en participantes adictos.

1.3 COMPARACIÓN DE LA TERAPIA GRUPAL CON OTROS TRATAMIENTOS

Terapia grupal comparada con asesoramiento solo brindado por el médico o la enfermera:

De los siete estudios en esta comparación, cinco realizaron el reclutamiento en un contexto de asistencia sanitaria. Dos de los estudios que compararon diferentes formatos de administración de programas también incluyeron un control de asesoramiento solo (Hollis 1993; Rice 1994). Hollis 1993 incluyó una condición en la que los participantes recibieron el mismo asesoramiento durante 30 segundos por parte del prestador de salud que los otros brazos y además un folleto breve del consejero de salud. Rice 1994 incluyó un grupo ninguna intervención, pero éste incluyó asesoramiento de una enfermera clínica especialista para abandonar el hábito de fumar debido a los problemas de salud cardiovascular de los pacientes. En otros tres ensayos el asesoramiento de los médicos fue una alternativa a un programa grupal. McDowell 1985 comparó dos programas grupales diferentes con una intervención en la que a los participantes se les solicitó que asistieran a una cita de 15 minutos con su médico para recibir asesoramiento dirigido al abandono del hábito de fumar y un folleto de autoayuda. Sawicki 1993 comparó la remisión a un programa grupal con la remisión a una sesión de asesoramiento médico de 15 minutos. Cottraux 1983 comparó un programa grupal de tres sesiones con dos reuniones de diez minutos con un doctor que prescribió un placebo. Los autores describen esto como un

control con placebo y la función del doctor fue recomendar el uso de comprimidos (que contenían lactosa) en lugar de brindar otro apoyo. Bakkevig 2000 reclutó voluntarios de la comunidad que se asignaron a asistir a un programa grupal o a solicitar ayuda a su médico. Sólo el 36% consultó a su médico generalista, mientras que el 75% asistió al menos a una sesión del programa. En un diseño factorial con voluntarios de la comunidad Hall 2002 asignó al azar a los participantes a farmacoterapia con bupropión o nortriptilina o a placebo, además del asesoramiento de un médico. La mitad de estos grupos se asignó al azar a una intervención psicológica adicional de cinco sesiones basada en el grupo.

Terapia grupal comparada con educación sanitaria

Rabkin 1984 comparó un programa de grupo con una intervención descrita como educación sanitaria, que consistió en una única reunión de grupo que incluyó una conferencia sobre las consecuencias del hábito de fumar para la salud. Los participantes decidieron uno de los métodos e hicieron un compromiso para dejar de fumar, luego tuvieron una única sesión de asesoramiento individual una semana después.

1.4 COMPARACIÓN DE TERAPIA GRUPAL MÁS TRN CON TRN SOLA

Ginsberg 1992 comparó una prescripción de chicle de nicotina más un programa conductual de cuatro semanas con el chicle de nicotina más dos sesiones grupales en las que los participantes recibieron materiales educativos. Jorenby 1995, además del asesoramiento individual utilizado en la comparación anterior, también incluyó un grupo control de contacto mínimo en el que los participantes sólo utilizaron parches de nicotina de 22 mg o 44 mg y asistieron a sesiones de evaluación semanales sin asesoramiento.

1.5 PROGRAMAS GRUPALES COMPARADOS CON CONTROLES "NINGUNA INTERVENCIÓN"

Siete ensayos incluyeron grupos control que se consideró que tenían escaso o ningún contenido específico para promover el abandono. Hill 1993 utilizó un programa de ejercicio como condición de control placebo. Sin embargo, el grupo de ejercicio recibió un folleto de autoayuda y estímulo para dejar de fumar. McDowell 1985 incluyó un grupo control de fumadores que se habían ofrecido como voluntarios para el estudio, pero sólo se les solicitó que completaran registros diarios del hábito de fumar y cuestionarios durante el seguimiento. En un estudio el grupo control tuvo acceso a los recursos estándar para el abandono del hábito de fumar en el centro de tratamiento de abuso de sustancias al que asistían (Grant 2003). Los cuatro ensayos restantes tuvieron grupos control de lista de espera (Cottraux 1983; Leung 1991; Minthorn-Biggs 2000; Pederson 1981).

COMPARACIONES ENTRE DIFERENTES TIPOS DE PROGRAMAS DE GRUPO

2.1. Prevención de recaídas/entrenamiento de habilidades

Los ensayos de prevención de recaídas y entrenamiento de habilidades se agruparon porque se encontró que las principales características adicionales en los ensayos de los componentes de prevención de recaídas eran componentes de adquisición de

habilidades, también llamados a veces tratamientos cognitivo-conductuales (TCC). Se incluyó en otro subgrupo de esta comparación un ensayo que compara dos programas de servicio público que difieren en cuanto a duración.

Los ensayos se incluyeron en esta comparación si los autores describieron que la intervención adicional pretendía prevenir la recaída o desarrollar habilidades de afrontamiento, independientemente de si los ensayos comenzaron o no con fumadores que habían dejado el hábito poco tiempo atrás. Se estableció una diferencia entre los ensayos que agregaron un componente y aquellos en los que se intentó controlar el tiempo de contacto al sustituir un componente alternativo. Se considera por separado y se describe más adelante un grupo de ensayos que se centraron específicamente en el control del estado de ánimo.

2.1 Ocho ensayos sustituyeron componentes que identificaron como particularmente pertinentes para la prevención de recaídas en un programa y se controlaron de acuerdo con la duración del programa. Becona 1997 comparó un programa de ocho semanas que incluyó la prevención de recaídas y la solución de problemas con un programa control estándar. Brown 1984 comparó un programa de siete semanas con entrenamiento específico para la prevención de recaídas con un grupo de apoyo no específico. Curry 1988 desarrolló de forma experimental dos programas contradictorios. Sus objetivos fueron exagerar la diferencia entre un programa basado en las teorías de dependencia física a la nicotina con la necesidad de abstinencia absoluta y un programa de prevención de recaídas que promoviera la adquisición gradual de habilidades para no fumar y permitiera la posibilidad de recaer en el hábito. El enfoque de prevención de recaídas (PR) se comparó con la abstinencia absoluta (AA) como control. Davis 1986 utilizó un paquete de abandono del hábito de fumar de amplio espectro (Pomerleau y Pomerleau) administrado en alrededor de seis sesiones semanales. El grupo control utilizó esto solo, un grupo control mejorado agregó la discusión de situaciones problema y el grupo experimental agregó un programa activo de entrenamiento de habilidades cognitivo-conductuales. Se comparó la condición experimental con el grupo control. Goldstein 1989 comparó dos cursos de 11 semanas; un programa conductual que incluyó el entrenamiento de habilidades para la prevención de recaídas contra un programa educacional que incluyó apoyo grupal no específico. Hall 1984 comparó un programa de prevención de recaídas que incluyó el ensayo de habilidades, contra un control de discusión en un programa de seis semanas que también comparó dos variantes de fumar rápido durante la fase de abandono. Estos brazos se excluyeron. El ensayo Stevens 1989 comenzó dentro de un programa intensivo para dejar el hábito y sólo asignó al azar a los que habían dejado de fumar por cuatro días. Se utilizaron programas de dos grupos. Aquí se utilizó como intervención el grupo en el cual los participantes ensayaron estrategias de afrontamiento y se consideró como control el grupo en el cual las estrategias de afrontamiento solo se discutieron. Zelman 1992 comparó dos semanas de entrenamiento de habilidades o asesoramiento de apoyo, cruzado

con el ofrecimiento de chicle de nicotina o un procedimiento de fumar rápido. Se excluyeron de este análisis las condiciones de exposición a la nicotina.

Seis ensayos probaron el efecto de agregar a un programa sesiones de mantenimiento o de prevención de recaídas. Powell 1981 utilizó un programa preliminar para dejar el hábito en el que los 51 participantes asistieron juntos. Los mismos se asignaron de forma aleatoria a tres condiciones de mantenimiento; 1. un grupo de apoyo de cuatro semanas, 2. un sistema de contacto telefónico entre los participantes y 3. un control con ningún contacto. Se comparó la 3 con la 1. El grupo de apoyo no parece incluir entrenamiento de habilidades, sino sólo discusión. Killen 1984 utilizó un programa similar antes de asignar al azar a los participantes a uso del chicle de nicotina solo, a un programa de entrenamiento de habilidades o al chicle y al entrenamiento de habilidades. Para controlar el efecto del chicle no se incluyeron los resultados de la condición entrenamiento de habilidades solamente. Dos estudios de Hall y colegas compararon un tratamiento conductual intensivo que incluyó el entrenamiento de habilidades para la prevención de recaídas en un curso de ocho semanas con un programa de tres semanas basado en la discusión. En Hall 1985 ambos grupos de participantes recibieron chicle de nicotina, aunque Hall 1987 usó un diseño factorial y se excluye el brazo de chicle/placebo. Minthorn-Biggs 2000 comparó un programa de 16 sesiones que enfatizó la interacción social y el afrontamiento con un programa más corto de la Lung Association. Lando 1985 agregó seis sesiones posteriores de abandono del hábito a un programa para dejar el hábito mediante la disminución de nicotina. En este subgrupo se podría haber incluido otro ensayo, Stevens 1989, que utilizó el grupo de prevención de recaídas comparado con el grupo control que sólo recibió el programa inicial para dejar el hábito. Para evitar utilizar el mismo brazo dos veces cuando se calcula una estadística agrupada, este sólo se incluyó en la comparación más específica, donde se parea el tiempo de contacto. Se realizó un análisis de sensibilidad del efecto de su inclusión aquí.

2.2 Tratamiento del estado de ánimo

Seis estudios investigan el efecto de utilizar una intervención cognitivo conductual para tratar la aparición de estados de ánimo negativos. En dos estudios (Hall 1994; Hall 1998) la intervención de tratamiento del estado de ánimo se comparó con un programa más corto. En otro ensayo por los mismos autores (Hall 1996) se pareó el tiempo de contacto y ambos programas constaron de diez sesiones en un período de ocho semanas. Dos estudios tuvieron un diseño factorial con asignación aleatoria a chicle de nicotina o placebo (Hall 1996), o a nortriptilina (Hall 1998). Estos brazos se excluyeron de este metanálisis. Un cuarto estudio (Brown 2001) comparó programas de seis semanas con y sin entrenamiento de habilidades para el control de síntomas depresivos, similar al programa que utilizaron Hall y colegas. Un quinto estudio pequeño reclutó personas con antecedentes de trastorno depresivo importante (TDI) y alcoholismo, para un programa

de 12 semanas (Patten 2002). También se repitieron los análisis de los autores para el subgrupo de participantes con antecedentes de TDI.

El sexto estudio (Smith 2001) se ubicó en un subgrupo separado de los otros ensayos porque, aunque la intervención cognitivo conductual se basó en la que utilizaron Hall y colegas y aquí se considera como la intervención activa, los autores formularon la hipótesis de que el tratamiento motivacional de apoyo sería el más efectivo para los fumadores con riesgo de recaída debido a un estado de ánimo deficiente. Además, a diferencia de los otros estudios en este grupo, no se ofreció programa alguno hasta una semana después del día estipulado para el abandono. Las dos opciones, el entrenamiento de habilidades para el tratamiento de afectos negativos o las entrevistas motivacionales, se compararon como complementos del tratamiento con parche de nicotina y el asesoramiento individual breve.

2.3. Manipulación de las dinámicas de grupo

Algunos estudios ya descritos habrán tenido diferencias en cuanto a los procesos grupales que surgen a partir del énfasis en las habilidades o en la discusión, pero tres estudios se centraron específicamente en la manipulación de las dinámicas grupales. Digiusto 1995 comparó un programa grupal que enfatizó el apoyo social con uno que enfatizó el autocontrol. La organización de los grupos difirió, el primero hizo énfasis en el contacto con otros participantes, el otro utilizó un formato didáctico y desestimuló el contacto con otros asistentes. Sin embargo, también hubo variaciones en otros componentes, por ejemplo, sólo se proporcionó instrucción del entrenamiento de habilidades en el grupo autocontrol. La hipótesis de estudio fue que los tratamientos mostrarían un efecto diferencial del tratamiento en fumadores con diferentes tipos de personalidad. Etringer 1984 y Lando 1991 manipularon el ámbito grupal de una forma menos extrema. Sus programas fueron intensivos y duraron 16 sesiones a lo largo de nueve semanas. En una intervención de "cohesión enriquecida", se introdujeron ejercicios que se centraron en la importancia de la autorrevelación y la retroalimentación (feedback) con otros miembros del grupo para facilitar la interacción positiva del grupo. Etringer y colegas también compararon un programa que incluyó un procedimiento de saciedad del hábito de fumar, con otro que utilizó la disminución de nicotina. Su hipótesis fue que la cohesión del grupo ya fue desarrollada por la rutina del hábito de fumar aversivo, de manera que la manipulación de la cohesión sería más efectiva si se combinaba con la disminución de nicotina. Por lo tanto, las dos opciones se introdujeron en el análisis por separado (Etringer 1984; Etringer 1984 Fading).

2.4. Otros:

Un número reducido de otros estudios no se incluyó en las amplias comparaciones descritas anteriormente porque compararon diferentes condiciones múltiples o porque no utilizaron intervenciones comparables a las de otros estudios. Los mismos no contribuyen de manera significativa a las

conclusiones establecidas en esta revisión. George 2000 utilizó un programa desarrollado para ayudar a los fumadores con esquizofrenia y lo comparó con un programa estándar. Dos estudios compararon diferentes procedimientos para alterar el comportamiento de los fumadores antes del día del abandono. Brown 1984 comparó un programa de siete sesiones con y sin la utilización de una estrategia de disminución de nicotina. Aunque la disminución de nicotina (mediante el cambio de marca a una con menor concentración de nicotina) es un componente relativamente frecuente de los programas, éste es el único estudio identificado que probó el procedimiento. Cinciripini 1995 comparó cuatro procedimientos diferentes de preabandono que manipulaban la cantidad de cigarrillos y el momento de fumar. McGovern 1991 comparó dos métodos diferentes de disminución de nicotina, el cambio de marcas versus el empleo de filtros graduados. Glasgow 1989 comparó dos programas de seis semanas, uno enfatizó la abstinencia total y el otro le daba a los participantes la opción de reducir el consumo de cigarrillos si el abandono era demasiado difícil. Ward 2001 agregó un componente de contracondicionamiento (CCC) a un programa de cuatro sesiones que también incluyó instrucciones para la utilización de la terapia de reemplazo de nicotina, la discusión de conceptos de autoeficacia y los estadios de cambio. En el componente CCC los participantes desarrollaron conjuntamente un esquema negativo acerca del hábito de fumar que ellos tenían que ensayar mentalmente cuando tenían un cigarrillo.

Lando 1990 comparó tres programas; el *Freshstart* de la American Cancer Society, el *Freedom from Smoking* de la American Lung Association (ALA) y un enfoque clínico derivado del laboratorio. Bushnell 1997 comparó el *Freshstart* con un enfoque de grupo pequeño más intensivo. Glasgow 1981 comparó tres programas grupales diferentes, dos se basaron en los programas de aprendizaje social desarrollados por Pomerleau y Pomerleau y Danaher y Lichtenstein y el *I Quit Kit*, dirigido a controlar los efectos no específicos de un programa grupal. Todos los grupos tuvieron el mismo esquema de ocho reuniones. En cada uno hubo pocos sujetos. Los resultados de estos dos estudios se describen en la sección de "Resultados", pero no se muestran en las tablas de metanálisis resumen. García 2000 comparó un programa de diez y cinco sesiones, cada uno con los mismos componentes.

CALIDAD METODOLÓGICA

La mayoría de los ensayos proporcionaron pocos detalles que permitieran asegurar que la asignación al azar fue efectiva y que el investigador no sabía qué tratamiento recibiría un participante antes de reclutarlo. En los casos donde se comparó más de un método grupal y el reclutamiento fue continuo, los participantes se asignaron generalmente a grupos de tratamiento sobre la base de su secuencia de llegada. Luego el grupo se asignó al azar al tratamiento. En los estudios en los que la asignación al azar fue individual se informó que, en algunos casos, los esquemas de asignación al azar se interrumpieron

para asignar familias o amigos al mismo grupo. Estas dos características señalan que las personas en un grupo particular pueden ser más similares que lo que se esperaría por azar. Esto afecta la suposición estadística utilizada para estimar la varianza, que establece que las mismas son características de la población como un todo. El mismo principio se aplica también cuando los pacientes se tratan en grupos, porque cada probabilidad de éxito de la persona puede estar influida por el grupo en el cual se encuentra. Se puede probar la posibilidad de que las tasas de éxito varíen más allá de lo esperado por el azar entre los grupos a los que se les administra el mismo tratamiento pero, en general, el poder estadístico para detectar estas diferencias será muy bajo. Es probable que todas estas características de los ensayos de terapia grupal den lugar a una estimación errónea de la varianza real y, por lo tanto, a la estimación de intervalos de confianza demasiado estrechos. En los ensayos en los que los lugares de trabajo en su totalidad se asignaron al azar a un tipo de programa, este factor es aún más pertinente.

El pequeño número de ensayos en cualquier comparación y el hecho de que los estudios del mismo tipo tienden a compartir las mismas deficiencias, significó que no fue práctico realizar análisis de sensibilidad basados en cualquier evaluación de la calidad.

Los abandonos tempranos posteriores a la asignación al azar no siempre se identificaron según el grupo de tratamiento. Cuando la información estuvo disponible, éstos se incluyeron generalmente para basar el análisis en los sujetos asignados al azar. Debido a la suposición de que los abandonos son fumadores que continuaban es la misma para cualquier grupo de tratamiento, las medidas de efecto relativo sólo se alterarán de forma considerable si existe un abandono diferencial. Si las tasas de abandonos son mayores en un grupo control de tratamiento mínimo, entonces es posible sobreestimar la efectividad relativa del grupo de tratamiento. En la "Tabla de estudios incluidos" se señaló si hubo diferencias sustanciales entre los sujetos asignados al azar y a los que se les realizó un seguimiento. En un estudio los sujetos a los que se les realizó un seguimiento fueron tan pocos con respecto a los sujetos asignados al azar, que en esta revisión se utilizaron los que se les realizó un seguimiento, pero también se informó el efecto al utilizar los sujetos asignados al azar (Gruder 1993).

Once estudios (Camarelles 2002; Cottraux 1983; DePaul 1987; Etringer 1984; Grant 2003; Gruder 1993; Leung 1991; McGovern 1991; Minthorn-Biggs 2000; Pederson 1981; Powell 1981) no informaron la utilización de validación bioquímica del abandono del hábito de fumar autoinformado. Algunos estudios utilizaron una combinación de medidas bioquímicas y verificación a través de la familia o los colegas, o sólo buscaron la verificación bioquímica en una muestra aleatoria de exfumadores o utilizaron la validación bioquímica sólo durante el período de tratamiento y no en el seguimiento a más largo plazo. Cuando sólo se verificó una muestra de exfumadores, no siempre estuvo claro si las tasas de abandono general se corrigieron para la tasa de desconfirmación en la

muestra. Un estudio (Glasgow 1981) proporcionó de forma separada las tasas de abandono autoinformadas y las tasas de abandono medidas según el monóxido de carbono (CO). En la mayoría de los brazos la tasa autoinformada fue inferior, de manera que se utilizó esa medida. En el único brazo donde la tasa validada de CO fue más conservadora, las tasas autoinformadas favorecieron a la autoayuda durante el tratamiento grupal, por lo que todavía es conservadora con respecto a la hipótesis de la revisión.

La mayoría de los estudios siguió a los participantes durante 12 meses. Un número reducido (Bushnell 1997; Camarelles 2002; Digiusto 1995; George 2000; Glasgow 1981; Glasgow 1989; Goldstein 1989; Jorenby 1995; Leung 1991; Minthorn-Biggs 2000; Pederson 1981; Rabkin 1984; Sawicki 1993) tuvieron sólo seis meses de seguimiento. De los estudios con un seguimiento de un año, 20 informaron un resultado que necesitaba un período de abandono sostenido. (DePaul 1987; DePaul 1989; DePaul 1994; Ginsberg 1992; Gruder 1993; Hall 2002; Hollis 1993; y Nevid 1997 con controles no grupales y Brown 2001; Cinciripini 1995; Hall 1994; Hall 1996; Hall 1998; Lando 1990; Lando 1991; McGovern 1991; Patten 2002; Razavi 1999; Stevens 1989; Zelman 1992 con comparaciones entre grupos). Debido a que no todos informaron el uso de validación bioquímica durante el seguimiento más largo, sólo hubo 11 estudios con tasas de abandono sostenido de un año y tasas de abandono validadas (Brown 2001; DePaul 1989; DePaul 1994; Hall 1994, Hall 1996, Hall 1998, Hall 2002; Hollis 1993; Nevid 1997; Patten 2002; Stevens 1989).

RESULTADOS

1.1. COMPARACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE GRUPO Y DE AUTOAYUDA

Esta comparación incluyó más de 4000 participantes de 13 estudios. El agrupamiento de ocho estudios que compararon un programa de terapia grupal con la provisión del mismo contenido a través de un manual de autoayuda solo, proporciona una estimación del odds-ratio (OR) para la efectividad al agregar las reuniones grupales de 2,64 (intervalo de confianza [IC] del 95%: 1,89 a 3,69). Al incluir los otros cinco estudios que utilizaron programas diferentes para el grupo y formatos de autoayuda, el OR se redujo a 1,97 (IC del 95%: 1,57 a 2,48). No hubo heterogeneidad significativa en estos resultados ($I^2 = 6\%$). Cuatro de los estudios (Gruder 1993; DePaul 1987; DePaul 1989; DePaul 1994) se realizaron durante una serie televisada de abandono del hábito de fumar en la que se estimuló a todos los participantes a que la miraran. Los tres estudios de DePaul también se realizaron en ámbitos de lugares de trabajo y los lugares de trabajo, en lugar de los individuos, se asignaron al azar a la condición. Por lo tanto, estos resultados pueden ser menos precisos desde el punto de vista estadístico. Cuando se excluyeron estos estudios, el OR para los otros estudios con un programa igual o diferente fue 1,69 (IC del 95%: 1,26 a 2,25) (no se muestran los datos). Por lo tanto, el resultado es sólido,

se hayan incluido o no los ensayos de los lugares de trabajo que utilizaron la asignación al azar por grupos o los estudios que utilizaron programas grupales como coadyuvantes para intervenciones en medios masivos de comunicación. Un análisis de sensibilidad que utilizó sujetos asignados al azar en lugar de sujetos a los que se les realizó un seguimiento en Gruder 1993 tampoco tuvo efecto sobre los resultados. La utilización exclusiva de los estudios con tasas de abandono sostenidas y validadas a los 12 meses tampoco cambió las conclusiones.

1.2. COMPARACIÓN DE TERAPIA GRUPAL Y TERAPIA INDIVIDUAL

Aunque hubo heterogeneidad clínica en los detalles precisos de las intervenciones y controles que se compararon, no existieron pruebas de heterogeneidad estadística entre los cinco ensayos en esta categoría ($I^2 = 33\%$), de manera que se calculó una estimación agrupada. Ésta no detectó pruebas de una diferencia significativa (OR 0,86; IC del 95%: 0,66 a 1,12). Los tres ensayos en los que la intervención individual incluyó menos sesiones que el programa grupal (que se podría esperar que favorezca a la condición grupal) tendieron a mostrar tasas de abandono inferiores en la condición grupal (Camarelles 2002; Jorenby 1995; Smith 2001) (OR 0,79; IC del 95%: 0,60 a 1,06). En tres de los ensayos (Garcia 1989; Jorenby 1995; Smith 2001), se les ofreció a todos los participantes la terapia de reemplazo de nicotina (TRN) y en otro (Camarelles 2002) cerca de la mitad de los participantes utilizaron TRN. Es posible que cuando se utilice la farmacoterapia, las pequeñas diferencias de tipo y cantidad de apoyo conductual no afecten el éxito a largo plazo. En un ensayo donde las tasas de abandono fueron un 4% más bajas en la condición grupal (Smith 2001), no se administró el programa grupal hasta después del día del abandono. Esto contrasta con los programas típicos que comienzan antes de que se haga el intento de abandono y que es posible que no proporcionen la mejor prueba de la intervención.

1.3. COMPARACIÓN DE LA TERAPIA GRUPAL CON OTROS TRATAMIENTOS

Asesoramiento del médico o la enfermera

Debido a que existió heterogeneidad estadística entre los resultados de los siete estudios ($I^2 = 76\%$), no se calculó el efecto agrupado. De los cinco ensayos sólo Hollis 1993 y Bakkevig 2000 hallaron una superioridad estadísticamente significativa de la inclusión de un programa grupal, comparado con el asesoramiento de un prestador de salud y un folleto; uno mostró una tendencia no significativa hacia un beneficio (Hall 2002). Un ensayo (McDowell 1985) informó una pequeña diferencia, aunque tres ensayos (Cottraux 1983; Rice 1994; Sawicki 1993) encontraron una tendencia hacia una mayor eficacia de la intervención de asesoramiento.

Educación para la salud

Rabkin 1984 halló tasas de abandono similares para un programa grupal completo comparado con una intervención con una única sesión de educación sanitaria y una sesión de asesoramiento individual.

1.4. COMPARACIÓN DE TERAPIA GRUPAL MÁS TRN CON TRN SOLA

Ni Ginsberg 1992 ni Jorenby 1995 encontraron diferencias significativas entre las tasas de abandono en un programa grupal comparado con los grupos control, cuando ambas intervenciones incluyeron la administración de TRN. En ambos estudios la intervención control incluyó otros elementos que podrían haber contribuido al éxito del abandono.

1.5. PROGRAMAS GRUPALES COMPARADOS CON CONTROLES "NINGUNA INTERVENCIÓN"

Esta comparación incluyó siete ensayos con un total de 815 participantes. Seis ensayos presentaron tasas mayores de abandono con programas grupales, comparados con ninguna intervención o un control de contacto mínimo. La heterogeneidad fue de moderada a baja ($I^2 = 42\%$) y el OR combinado fue 2,17 (IC del 95%: 1,37 a 3,45; Comparación 1.5).

COMPARACIONES ENTRE DIFERENTES FORMATOS DE PROGRAMA DE GRUPO

2.1. Prevención de recaídas/Entrenamiento de habilidades/Componentes cognitivo-conductuales (Comparación 2.1)

Ocho estudios (Becona 1997; Brown 1984; Curry (RP) 1988; Davis 1986; Goldstein 1989; Hall 1984; Stevens 1989; Zelman 1992) compararon los programas que agregaron componentes como el entrenamiento de habilidades o las terapias cognitivo-conductuales con programas control de la misma duración. Estos ensayos proporcionan pruebas de un beneficio de las intervenciones más complejas (OR 1,36; IC del 95%: 1,03 a 1,79). Es necesario interpretar esto cautelosamente. Más de 900 personas se incluyeron en el metanálisis, pero cuatro estudios eran pequeños. Cuatro tenían más de 100 participantes y el estudio realizado por Stevens y Hollis (Stevens 1989), con casi 400 participantes es el que tiene mayor repercusión. Sin este estudio los intervalos de confianza no excluirían la ausencia de beneficio (OR 1,36; IC del 95%: 0,94 a 1,98). Sólo un ensayo (Goldstein 1989) mostró un beneficio estadísticamente significativo en el seguimiento a largo plazo. No se encontraron pruebas de heterogeneidad entre los resultados de los estudios ($I^2 = 5,8\%$). La agrupación de los seis estudios (Hall 1985; Hall 1987; Killen 1984; Lando 1985; Minthorn-Biggs 2000; Powell 1981) en los que los componentes adicionales se confundieron con una mayor duración del programa, sugirió incluso menos pruebas de beneficio. (OR 1,19; IC del 95%: 0,79 a 1,79). Éstos también fueron estudios pequeños, el más grande contribuyó con 139 personas al análisis. La combinación de los catorce ensayos sugiere un posible beneficio pequeño de los programas más complejos (OR 1,30; IC del 95%: 1,04; a 1,64; no se muestra en los gráficos).

Los resultados de este metanálisis son sensibles a la manera en la que se analiza el estudio Stevens 1989 y este ensayo también es diferente de los otros en cuanto a la comparación, porque sólo los fumadores que habían dejado de fumar después de un curso grupal intensivo de cuatro días se asignaron al azar y éstos constituyeron el 79%. Esto proporciona un aumento en el poder

para detectar un efecto de las intervenciones de prevención de recaídas, pero limita la generalización a los fumadores que inicialmente no abandonan. La tasa de abandono sostenida para las personas que recibieron tres sesiones de prevención de recaída con el ensayo de habilidades para el afrontamiento fue del 41%, comparado con el 35% para los que sólo tuvieron discusión en las sesiones de prevención de recaídas y con el 33% de los que no tuvieron sesiones adicionales. Esto sugiere que los componentes específicos fueron más útiles que el contacto adicional solamente. Si se combinan y comparan en los metanálisis las intervenciones para la prevención de recaídas con el programa más corto como control, el efecto agrupado sugiere un efecto más pequeño y menos exacto de la intervención adicional.

2.2. Componentes del tratamiento del estado de ánimo(Comparación 2.2)

Ninguno de los ensayos (Hall 1994, Hall 1998, Brown 2001, Hall 1996, Patten 1998, Smith 2001) que utilizaron intervenciones específicas para ayudar a controlar el estado de ánimo mostró beneficios significativos a largo plazo. Tampoco fue posible mostrar pruebas de efecto cuando se agruparon (OR 1,06; IC del 95%: 0,81 a 1,40). La exclusión de Smith 2001, que difirió de diversas maneras, no cambió este resultado. En este estudio el tratamiento del estado de ánimo dio lugar a tasas de abandono similares a las de las entrevistas motivacionales, cuando se ofreció después que los participantes habían intentado abandonar. En los otros estudios la hipótesis de los autores fue que estas intervenciones beneficiarían de forma diferencial a las personas con antecedentes de trastorno depresivo importante (TDI), de manera que los resultados se agruparon para este subgrupo de participantes. Para aquellos con antecedentes de TDI todavía no existen pruebas de beneficio (Comparación 2.3, OR 1,35; IC del 95%: 0,78 a 2,33). Este resultado fue sensible a la inclusión de un estudio en el que todos los participantes presentaron antecedentes de TDI (Brown 2001). Un análisis de subgrupos post hoc por parte de los autores sugirió que en este caso fue el subgrupo con episodios múltiples de TDI el que más se benefició con el tratamiento mejorado. Los resultados de este ensayo también fueron sensibles al hecho de si se utilizaron las tasas de abandono de prevalencia puntual (el resultado primario para el ensayo) o de abstinencia sostenida (utilizadas aquí).

2.3. Manipulación de las dinámicas de grupo (Comparación 2.4)

No hubo pruebas a partir de tres ensayos (Digiusto 1995; Etringer 1984; Lando 1991) de que el resultado se hubiera afectado por los intentos de cambiar la interacción entre los participantes en un programa grupal (OR 1,22; IC del 95%: 0,84 a 1,77).

2.4. Otras comparaciones(Comparación 2.5)

Los ensayos mencionados brevemente aquí fueron en su mayoría pequeños y no mostraron efectos considerables a largo plazo con respecto al abandono, aunque todos presentaron intervalos de confianza amplios. George 2000 no logró mostrar

pruebas de que un programa diseñado para fumadores con esquizofrenia fuera más beneficioso que una intervención estándar (OR 1,79; IC del 95%: 0,32 a 10,06). Glasgow 1989 no encontró diferencias en las tasas de abandono a los seis meses mediante la utilización de programas que diferían en el énfasis en la abstinencia o en el hábito de fumar controlado (OR 0,93; IC del 95%: 0,25 a 3,41). Brown 1984 no mostró un beneficio significativo de la disminución de nicotina, con sólo 31 personas (OR 3,23; IC del 95%: 0,30 a 35,11). McGovern 1991 no mostró diferencias significativas entre la disminución de nicotina con filtros graduados en comparación con el cambio de marca (OR 1,22; IC del 95% : 0,40 a 3,07). Ward 2001 no demostró diferencias significativas entre los programas, aunque la dirección favoreció al que utilizó el componente de contracondicionamiento (OR 1,99; IC del 95% : 0,60 a 6,62).

Comparaciones entre los programas múltiples (no se muestran en los gráficos)

Lando 1990 encontró que el programa *Freedom from Smoking* de la American Lung Association (ALA) fue más exitoso que el programa *Freshstart* de la American Cancer Society. Las tasas de abandono sostenido al año fueron del 12%, del 19% y del 22% para los programas ACS, ALA y los derivados del consultorio, respectivamente. Éste fue un estudio grande multicéntrico y, como el tratamiento se asignó por grupos, los autores realizaron la estimación del efecto del diseño para permitir la correlación en el resultado entre las personas tratadas en conjunto. El ji cuadrado corregido para la comparación de tres vías fue significativo ($p < 0,014$) para la medida abstinencia sostenida al año. La diferencia entre el programa de la ALA y el de Lando no fue significativa al año. Bushnell 1997 comparó el *Freshstart* con un enfoque más intensivo basado en el consultorio. Este estudio no mostró diferencias significativas a largo plazo entre los programas, aunque los resultados iniciales favorecieron al enfoque intensivo. Glasgow 1981 también comparó tres programas diferentes. No encontraron diferencias significativas, pero los números asignados a cada programa fueron pequeños. En Garcia 2000 un programa de diez sesiones en cinco semanas se asoció a tasas de abandono a los 12 meses menores que las de un programa de cinco sesiones (16% versus 38,7%). Las tasas para el programa más intensivo fueron significativamente menores, comparadas con un programa de cinco sesiones combinado con un manual de autoayuda (16% versus 48%, $P < 0,05$).

TASAS DE ACEPTACIÓN PARA LOS PROGRAMAS GRUPALES.

La variación en las tasas de aceptación para la terapia grupal se determinó en parte por el método de reclutamiento y de asignación al azar. Sin embargo, incluso en los ensayos donde los fumadores elegibles estuvieron de acuerdo en asistir a las reuniones grupales antes de la asignación al azar, con frecuencia la tasa de no participación fue alta. Curry y colegas (Curry (AA) 1988; Curry (RP) 1988) reclutó participantes que asistieron a una reunión de información. Más participantes grupales (88%) que participantes de autoayuda (59%) comenzaron el tratamiento

(definido como la finalización de la primera semana de automonitorización) y completaron el tratamiento. Debido al abandono diferencial, la diferencia en las tasas de abandono es mayor cuando se utiliza un análisis por intención de tratar (*intention-to-treat analysis*) (que incluye a todos los participantes asignados al azar), que cuando sólo se incluye a aquellos que comenzaron el tratamiento. La participación en el ensayo Glasgow 1981 fue mayor y casi todos los que estaban incluidos formaron parte y estaban disponibles para un seguimiento de seis meses.

La deserción después de la asignación al azar fue alta, particularmente en Gruder 1993 que se realizó conjuntamente con un programa de televisión, porque los fumadores elegibles que se habían registrado por correo para los materiales de apoyo se asignaron al azar antes de establecer contacto con ellos. Solamente se pudo lograr un 70% y programar un 62% de las reuniones grupales. La no participación en esta etapa se debió a falta de interés o a problemas con el momento o el lugar de las reuniones. De los que se programaron, un 50% no pudo asistir a ninguna reunión.

Rice 1994 también presentó una alta tasa de no asistencia, aunque los participantes fueron voluntarios. En general, el 34% abandonó el ensayo al conocer su asignación al tratamiento. El 31% de los sujetos asignados al azar a tratamiento grupal se negó a participar, mientras que el abandono en el grupo al que sólo se le realizó seguimiento fue de 48%. Cottraux 1983 informó que poco más de la mitad de los reclutados asistió a las tres sesiones de terapia conductual. Hilleman 1993 no informó abandonos en el tratamiento grupal, pero este ensayo incluyó voluntarios para un ensayo de fármacos y es probable que no sea típico. La tasa más baja de participación se observó en Hollis 1993. Este ensayo reclutó a los fumadores durante las visitas a los centros de atención primaria. De los asignados al azar para la derivación a un programa grupal el 11% decidió asistir, mientras que a los que se les brindó una oportunidad de elegir la autoayuda o los grupos, sólo el 8% asistió a un programa grupal. Se observó una mayor tasa de aceptación en un ensayo noruego (Bakkevig 2000) que asignó voluntarios de la comunidad a un grupo de abandono del hábito de fumar al que asistió el 75% o a la visita a su médico (MG) en busca de ayuda, lo que sólo el 36% eligió hacer. En un estudio no incluido porque la intervención ofreció terapia de reemplazo de nicotina al mismo tiempo que una derivación a un programa conductual como beneficio cubierto en un plan de salud, sólo el 1,2% del grupo intervención participó en un programa conductual (Schauffler 2001).

DISCUSIÓN

Deben señalarse varios problemas al realizar una revisión sistemática de intervenciones conductuales. Primero, muchos ensayos de intervenciones conductuales utilizaron brazos de tratamiento múltiples en un intento por identificar el elemento terapéutico preciso que lleva al éxito. Esto hace difícil predefinir

grupos de comparación explícitos. Segundo, al igual que todo lo conductual y al contrario de los tratamientos farmacológicos, la elección de una condición de control apropiada presenta problemas cuando se evalúa la eficacia. No hay un equivalente obvio del fármaco placebo para controlar los efectos no específicos de un método de tratamiento. La evaluación de las terapias grupales contra un control de listas de espera no proporciona pruebas muy convincentes para el efecto específico del formato grupal. Una limitación de las investigaciones en las que los participantes se tratan en grupos es que habitualmente puede haber sólo dos o tres grupos en cada condición de tratamiento. Es casi seguro que las probabilidades de éxito de los participantes no sean completamente independientes. Puede haber variación según el grupo en el cual se trataron, debido a las características del proceso grupal. Generalmente, este aspecto se omite en los análisis de los ensayos. Tampoco se puede excluir la posibilidad de sesgo de publicación. Aunque los programas grupales se han ofrecido ampliamente para el abandono del hábito de fumar, con frecuencia bajo el auspicio de instituciones de caridad para la prevención del cáncer o para la salud pulmonar, se encontraron relativamente pocos estudios que cumplieran con los criterios de esta revisión. Es posible que no se hayan localizado otros estudios publicados o no publicados.

Los resultados del metanálisis proporcionan pruebas de que la administración de terapia grupal en lugar de materiales de autoayuda solos puede aumentar las tasas de abandono a largo plazo. Hay algunas indicaciones de que los programas grupales tienen una mayor probabilidad de mejorar las tasas de abandono, comparados con programas de autoayuda estructurados, cuando se utilizan conjuntamente con otros componentes como los medios masivos de comunicación o las iniciativas en el lugar de trabajo.

Los resultados de cinco estudios no proporcionan pruebas de que la terapia grupal sea más efectiva que el asesoramiento individual, sin importar si se pareó por el número de sesiones. Por lo tanto, no existieron pruebas de que la reunión con un grupo de otros fumadores fuera un elemento crítico en un programa intensivo de abandono del hábito de fumar. En tres de los ensayos (Garcia 1989; Jorenby 1995; Smith 2001), se les ofreció una terapia de reemplazo de nicotina (TRN) a todos los participantes y en otro (Camarelles 2002) cerca de la mitad de los participantes utilizaron TRN. El aumento general de las tasas de éxito que se le atribuye a la farmacoterapia quizás logre diferencias relativas pequeñas debido a que el tipo y la cantidad de apoyo conductual son más difíciles de detectar. En uno de estos ensayos no se halló un beneficio significativo con los dos programas de terapia grupal como complemento del asesoramiento individual breve. Una posible explicación para este resultado es que los programas no comenzaron hasta una semana después de la fecha de abandono planeada, por lo que puede haber sido demasiado tarde para beneficiar a los fumadores que no habían logrado dejar el hábito o presentaran riesgo de recaída (Smith 2001).

Aunque no se buscaron específicamente datos de costo, ninguno de estos estudios se diseñó para comparar los costos de diferentes formatos. La utilización de un formato grupal debe permitir que más personas reciban tratamiento por un terapeuta y además podría tener un mayor beneficio en relación a los costos si los resultados fueran similares, pero no hay suficientes pruebas acerca de la eficacia comparativa.

La efectividad del tratamiento grupal comparado con el asesoramiento breve se complica debido a la heterogeneidad. Un ensayo (Hollis 1993) en el que ambos grupos de fumadores recibieron asesoramiento mostró un beneficio de la derivación adicional a un grupo. Sin embargo, la tasa de abandono en el grupo tratamiento fue incluso menor del 6%, de manera que el beneficio adicional del componente grupal fue limitado. El otro ensayo (Rice 1994) en el que un grupo control también recibió asesoramiento breve de una enfermera, dio lugar a tasas de abandono mayores en ese brazo que con el tratamiento individual o grupal más intensivo. Los autores consideran que la explicación para esto fue la presencia en el grupo "ninguna intervención" de un número desproporcionado de pacientes con injerto de bypass de las arterias coronarias, que se consideró que era probable que tuvieran una mayor motivación para abandonar el hábito. De los otros dos ensayos que mostraron una tendencia a mayor eficacia del asesoramiento médico, Cottraux 1983 fue atípico, ya que la función del médico fue recomendar la utilización de comprimidos de lactosa. En este ensayo tampoco hubo validación de los que autoinformaron ser no fumadores, lo que puede haber dado lugar a tasas de abandono relativamente altas; de ahí la importancia dada al ensayo en el metanálisis.

No hubo pruebas, a partir de dos ensayos, de que la terapia grupal como complemento de la terapia de reemplazo de nicotina haya aumentado las tasas de abandono. En ambos estudios el brazo de comparación tenía algún apoyo conductual: dos reuniones y materiales en el caso de Ginsberg 1992 y ocho sesiones de evaluación semanal en el caso de Jorenby 1995. Una vez más, las pruebas son demasiado limitadas para establecer conclusiones apreciables. Como se sugirió anteriormente, la utilización de la farmacoterapia puede dificultar la detección de diferencias entre los efectos de los componentes conductuales si el aumento relativo de las tasas de abandono es pequeño. La revisión Cochrane actualizada sobre asesoramiento individual identificó problemas similares para detectar un beneficio adicional significativo del asesoramiento individual cuando se agrega al uso sistemático de la TRN (Lancaster 2005). En ambos casos, las pruebas provienen de un número pequeño de ensayos (Jorenby 1995 contribuye con datos para ambas revisiones). En ausencia de pruebas claras que evidencien lo contrario, parece razonable suponer que las intervenciones conductuales y las farmacoterapias contribuyan al abandono de forma independiente y con éxito.

La comparación de la terapia grupal con un grupo control que no ofrece intervención alguna apoya la conclusión de que los

programas grupales pueden ayudar al abandono del hábito de fumar, aunque no proporciona pruebas de un beneficio específico de la terapia grupal.

Esta revisión adoptó un enfoque amplio para los programas grupales, sin distinguir entre los tratamientos en cuanto a su enfoque teórico, los terapeutas o la intensidad. Todavía las pruebas son limitadas para identificar aquellos elementos de terapia grupal que son sumamente importantes para el éxito. En los análisis principales existen muy pocos estudios que comparen los subgrupos de estudios según el contenido, el proveedor o la duración. También es pequeño el número de estudios que comparan directamente diferentes programas, aunque ahora que la terapia grupal está bien establecida como tratamiento, los esfuerzo se centran en la optimización de las intervenciones. Los estudios recientemente publicados agregan sesiones de prevención de recaídas o comparan los programas que utilizan diferentes enfoques teóricos. Con frecuencia los estudios se diferencian en cuanto a los enfoques que hacen énfasis en la adquisición de habilidades específicas y en los que intentan aumentar la motivación y la confianza en el abandono del hábito, sin centrarse en las habilidades cognitivas y conductuales (p.ej. Brown 2001; Hall 1998; Smith 2001; Zelman 1992 para las comparaciones entre enfoques). Actualmente las pruebas que apoyan la utilización de componentes basados en habilidades adicionales son débiles, aunque esto es compatible con los metanálisis de las guías norteamericanas que se discuten a continuación. Aunque los odds-ratios agrupados indican un beneficio pequeño, los intervalos de confianza son sensibles a los estudios incluidos y a la manera en la que se clasifican las intervenciones. Un objetivo adicional de la investigación actual es identificar si los subgrupos específicos de fumadores se benefician de forma diferencial. Esto podría permitir la adaptación de las intervenciones intensivas a grupos diana específicos, por ejemplo, personas con antecedentes de depresión u otras adicciones o con problemas médicos relacionados con el hábito de fumar (Brandon 2001). Es probable que las investigaciones que aborden estas preguntas contribuyan más a las actualizaciones futuras de estas revisiones. Actualmente no hay pruebas suficientes que apoyen el uso de un tipo de programa sobre otro para los fumadores con alguna característica particular. Algunos estudios en esta categoría probaron intervenciones para la prevención de recaídas. La mayoría de estos estudios también se incluyen en una revisión Cochrane sobre la prevención de recaídas, que comprende estudios de intervenciones de prevención de recaídas en formatos no grupales y en una variedad de contextos (Hajek 2005). En esa revisión no se detectaron pruebas de enfoques que hayan sido efectivos para reducir las tasas de recaída en un seguimiento a largo plazo.

La Public Health Service Guideline de los EE.UU., *Treating Tobacco Use & Dependence* (Fiore 2000), se basa en los metanálisis que utilizan la regresión logística. Este enfoque permite la contribución de los datos de ensayos que no compararon directamente formatos diferentes. La guía incluye

estimaciones de las tasas comparativas de abandono mediante diferentes formatos de administración de intervenciones. En el análisis de la guía, el odds-ratio (OR) que se estimó para el éxito al utilizar el asesoramiento grupal comparado con ninguna intervención fue 1,3 (intervalo de confianza [IC] del 95%: 1,1 a 1,6; Tabla 17). En la versión anterior de la guía la estimación del beneficio de la terapia grupal fue algo mayor (Fiore 1996). Otro metanálisis de la guía consideró los componentes proporcionados dentro de los programas de asesoramiento grupal e individual. Éste sugirió que era probable que los elementos generales de solución de problemas (incluido el entrenamiento de habilidades, la prevención de recaídas y el tratamiento del estrés) fueran beneficiosos (OR 1,5; IC del 95%: 1,3 a 1,8; Tabla 20). También es posible que el apoyo social dentro del tratamiento (OR 1,3; IC del 95%: 1,1 a 1,6) y el apoyo social fuera del tratamiento (OR 1,5; IC del 95%: 1,1 a 2,1) sean componentes útiles. El análisis no mostró la utilidad de los ejercicios de relajación, la contratación de contingencias, la disminución de consumo de cigarrillos o los componentes de afecto negativo. Los autores de la guía insisten en que la solidez de las pruebas que apoyan las recomendaciones con respecto a la utilización de estos componentes no es del más alto nivel, debido a la correlación de los tipos de asesoramiento y las terapias conductuales con otras características del tratamiento, como la duración del programa o el tipo de terapeuta. Las conclusiones de esta revisión Cochrane son compatibles con el resultado de la guía en relación con la inclusión de componentes de solución de problemas generales y se fortalecen por el hecho de estar limitadas a comparaciones sin factores de confusión. Todavía están limitadas por el pequeño número de estudios y la heterogeneidad de los enfoques.

A partir de los estudios que no cumplieron con los criterios de inclusión de esta revisión existen pruebas adicionales de que los programas grupales son efectivos. El Lung Health Study (Kanner 1996) fue un ensayo de una intervención para el hábito de fumar y un broncodilatador en fumadores con enfermedad obstructiva pulmonar leve. El programa consistió en 12 semanas de terapia grupal con un enfoque cognitivo conductual, en el que estuvo disponible el chicle de nicotina para todos los participantes. Además, todos recibieron un fuerte mensaje de los médicos acerca del abandono del hábito, seguido de una reunión con un especialista en intervención para el hábito de fumar. También se proporcionó un programa de mantenimiento. Este estudio se excluyó del presente metanálisis porque los efectos del reemplazo de nicotina actuaron como factores de confusión para el efecto grupal. Sin embargo, la tasa de abandono lograda es mayor que la que se podría esperar con la utilización de la TRN sola y es razonable suponer que el programa grupal contribuyó a este efecto. El 22% de los participantes en la intervención logró abandonar el hábito de fumar por cinco años, en comparación con el 5% del grupo control de atención habitual. El seguimiento de nueve años de una cohorte de personas tratadas con intervenciones comunitarias de formato grupal grande sugiere una tasa de

abandono de entre un 16% y un 48%, según el grado en el que el 34% que se alcanzó en la cohorte sea representativo de los pacientes tratados (Carlson 2000). Los resultados más recientes que se basan en seguimientos más largos informan diferencias en cuanto a los resultados de salud entre los grupos de intervención (Anthonisen 2005).

El inconveniente de los programas grupales como estrategia de salud pública es su alcance limitado a la población fumadora. Las tasas de participación en algunos de los estudios considerados aquí fueron bajas. Los fumadores que participen necesitan estar suficientemente motivados no sólo a intentar dejar de fumar, sino también a comprometerse a dedicar tiempo y esfuerzo para asistir a las reuniones.

CONCLUSIONES DE LOS AUTORES

Implicaciones para la práctica

Existen pruebas razonables de que las terapias grupales son mejores que la autoayuda y otras intervenciones menos intensivas para ayudar a que las personas dejen de fumar, aunque es posible que no sean mejores que el asesoramiento de un prestador de salud. No existen pruebas suficientes para determinar cuán efectivas son estas terapias comparadas con el asesoramiento individual intensivo. Desde el punto de vista del consumidor que está motivado a intentar abandonar el hábito, pudiera ser útil que se uniera a un grupo cuando esté disponible, lo que aumentará la probabilidad de abandono. La terapia grupal también puede ser valiosa como parte de una intervención integral que incluya la terapia de reemplazo de nicotina (TRN). Desde la perspectiva de salud pública, la repercusión de los grupos sobre la prevalencia del hábito de fumar dependerá de su captación. Los proveedores necesitan emitir un juicio acerca del costo efectividad de las ganancias de la terapia grupal, comparada con otras intervenciones.

Implicaciones para la investigación

Se ha establecido la eficacia general de los programas de multicomponentes que incluyen la solución de problemas y elementos de apoyo social. La demostración de la eficacia de los componentes o procedimientos específicos requiere tamaños de muestra grandes que pueden ser difíciles de alcanzar, debido a la dificultad de atraer a los fumadores a los programas intensivos. Es posible identificar subgrupos de fumadores para los que los componentes particulares puedan ser útiles de forma diferencial, lo que podría dar lugar al desarrollo de intervenciones dirigidas.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. B. Bonevski por la ayuda con la extracción de datos. Al Prof V. Rice por los datos adicionales. A los revisores pares por las valiosas sugerencias.

POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno conocido

FUENTES DE FINANCIACIÓN**Recursos externos**

- NHS Research and Development National Cancer Programme, England UK

Recursos internos

- Department of Primary Health Care, Oxford University UK

REFERENCIAS**Referencias de los estudios incluidos en esta revisión****Bakkevig 2000** {published data only}

Bakkevig O, Steine S, von Hafenbradl K, Laerum E. Smoking cessation - A comparative, randomised study between management in general practice and the behavioural programme SmokEnders. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2000;18(4):247-51.

Batra 1994 {published data only}

*Batra A, Brömer A, Grüninger K, Schupp P, Buchkremer G. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin* 1994;15(4):364-76.

Batra A, Buchkremer G. Does length of nicotine replacement therapy predict long term abstinence in smokers?. *Sucht* 2000;46(6):414-23.

Oxley S, Batra A. Nicotine dependence and responsiveness to different standardised behavioural interventions combined with nicotine patch. *Nicotine & Tobacco Research* 1999;1(2):197.

Becona 1997 {published data only}

Becona E, Vazquez FL. Does using relapse prevention increase the efficacy of a program for smoking cessation? An empirical study. *Psychological Reports* 1997;81(1):291-6. 97438731.

Brown 1984 {published data only}

Brown RA, Lichtenstein E, McIntyre KO, Harrington-Kostur J. Effects of nicotine fading and relapse prevention on smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1984;52(2):307-8.

Brown 2001 {published data only}

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

Bushnell 1997 {published data only}

Bushnell FK, Forbes B, Goffaux J, Dietrich M, Wells N. Smoking cessation in military personnel. *Military Medicine* 1997;162(11):715-9. 98023607.

Camarelles 2002 {published data only}

Camarelles F, Asensio A, Jimenez-Ruiz C, Becerril B, Rodero D, Vidaller O. Effectiveness of a group therapy intervention to quit smoking. Randomized clinical trial [Efectividad de la intervención grupal para la deshabituación tabaquica. Ensayo clínico aleatorizado]. *Medicina Clínica (Barc)* 2002;119(2):53-7.

Cottraux 1983 {published data only}

Cottraux JA, Harf R, Boissel JP, Schibath J, Bouvard M, Gillet J. Smoking cessation with behaviour therapy or acupuncture - a controlled study. *Behaviour Research and Therapy* 1983;21(4):417-24. 1984023618.

Curry (AA) 1988 {published data only}

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

Curry (RP) 1988 {published data only}

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

Davis 1986 {published data only}

*Davis JR, Glaros AG. Relapse prevention and smoking cessation. *Addictive Behaviors* 1986;11:105-14. 86292446.

DePaul 1987 {published data only}

*Flay BR, Gruder CL, Warnecke RB, Jason LA, Peterson P. One year follow-up of the Chicago televised smoking cessation program. *American Journal of Public Health* 1989;79:1377-80. 89390780.

Jason LA, Gruder CL, Buckenberger L, Lesowitz T, Belgredan J, Flay BR et al. A 12-month follow-up of a worksite smoking cessation intervention. *Health Education Research* 1987;2:185-94.

Jason LA, Gruder CL, Martino S, Flay BR. Work site group meetings and the effectiveness of a televised smoking cessation intervention. *American Journal of Community Psychology* 1987;15:57-72. 87267430.

DePaul 1989 {published data only}

*Jason LA, Lesowitz T, Michaels M, Blitz C, Victors L, Dean L, et al. A worksite smoking cessation intervention involving the media and incentives. *American Journal of Community Psychology* 1989;17:785-99. 9261661.

Salina D, Jason LA, Hedeker D, Kaufman J, Lesondak L, McMahon SD et al. A follow-up of a media-based, worksite smoking cessation program. *American Journal of Community Psychology* 1994;22:257-71. 95067774.

DePaul 1994 {published data only}

*Jason LA, McMahon SD, Salina D, Hedeker D, Stockton M, Dunson K et al. Assessing a smoking cessation intervention involving groups, incentives, and self-help manuals. *Behavior Therapy* 1995;26:393-408.

Jason LA, Salina D, McMahon SD, Hedeker D, Stockton M. A worksite smoking intervention: A 2 year assessment of groups, incentives and self-help. *Health Education Research* 1997;12:129-38.

McMahon SD, Jason LA. Stress and coping in smoking cessation: a longitudinal examination. *Anxiety, Stress and Coping* 1998;11:327-43.

McMahon SD, Jason LA, Salina D. Stress, coping, and appraisal in a smoking cessation intervention. *Anxiety, Stress and Coping* 1994;7(2):161-71.

Digiusto 1995 {published data only}

Digiusto E, Bird KD. Matching smokers to treatment: Self-control versus social support. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1995;63(2):290-5. 95270815.

Etringer 1984 {published data only}

Etringer BD, Gregory VR, Lando HA. Influence of group cohesion on the behavioral treatment of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1984;52:1080-6. 85105716.

Etringer 1984 Fading (published data only)

*Etringer BD, Gregory VR, Lando HA. Influence of group cohesion on the behavioral treatment of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1984;52:1080-6. 85105716.

Garcia 1989 (published data only)

Quilez Garcia C, Hernando Arizaleta L, Rubio Diaz A, Estruch Riba J, Fornes Ramis MV. Smoking addiction treatment, with nicotine chewing gum, in primary care. Double-blind study [Tratamiento del tabaquismo, con chicle de nicotina, en atención primaria. Estudio a doble ciego]. *Revista Clinica Espanola* 1993;192:157-61.

*Quilez Garcia C, Hernando Arizaleta L, Rubio Diaz A, Granero Fernandez EJ, Vila Coll MA, Estruch Riba J. Double-blind study of the efficacy of nicotine chewing gum for smoking cessation in the primary care setting [Estudio doble ciego de la eficacia del chicle de nicotina en la deshabituación tabaquica dentro del ambito de la atención primaria]. *Atencion Primaria* 1989;6:719-26.

Garcia 2000 (published data only)

Garcia MP, Becona E. Evaluation of the amount of therapist contact in a smoking cessation program. *Spanish Journal of Psychology* 2000;3(1):28-36.

George 2000 (published data only)

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

Ginsberg 1992 (published data only)

Ginsberg D, Hall SM, Rosinski M. Partner support, psychological treatment, and nicotine gum in smoking treatment: an incremental study. *International Journal of the Addictions* 1992;27(5):503-14. 92290650.

Glasgow 1981 D+L (published data only)

Glasgow RE, Schafer L, O'Neill HK. Self-help books and amount of therapist contact in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1981;49(5):659-67. 82031418.

Glasgow 1981 IQK (published data only)

*Glasgow RE, Schafer L, O'Neill HK. Self-help books and amount of therapist contact in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1981;49(5):659-67. 82031418.

Glasgow 1981 P+P (published data only)

*Glasgow RE, Schafer L, O'Neill HK. Self-help books and amount of therapist contact in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1981;49(5):659-67. 82031418.

Glasgow 1989 (published data only)

Glasgow RE, Morray K, Lichtenstein E. Controlled smoking versus abstinence as a treatment goal: The hopes and fears may be unfounded. *Behavior Therapy* 1989;20:77-91.

Goldstein 1989 (published data only)

*Goldstein MG, Niaura R, Follick MJ, Abrams DB. Effects of behavioral skills training and schedule of nicotine gum administration on smoking cessation. *American Journal of Psychiatry* 1989;146:56-60. 89103669.

Grant 2003 (published data only)

Grant KM, Northrup JH, Agrawal S, Olsen DM, McIvor C, Romberger DJ. Smoking cessation in outpatient alcohol treatment. *Addictive Disorders and Their Treatment* 2003;2:41-6.

Gruder 1993 (published data only)

*Gruder CL, Mermelstein RJ, Kirkendol S, Hedecker D, Wong SC, Schreckengost J et al. Effects of social support and relapse prevention training as adjuncts to a televised smoking-cessation intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993;61(1):113-20. 93195115.

Warnecke RB, Flay BR, Kviz FJ, Gruder CL, Langenberg P, Crittenden KS et al. Characteristics of participants in a televised smoking cessation intervention. *Preventive Medicine* 1991;20:389-403. 91319672.

Hall 1984 (published data only)

Hall SM, Rugg D, Tunstall C, Jones RT. Preventing relapse to cigarette smoking by behavioral skill training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1984;52(3):372-82. 84265476.

Hall 1985 (published data only)

*Hall SM, Tunstall C, Rugg D, Jones R, Benowitz N. Nicotine gum and behavioral treatment in smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1985;53:256-8. 85208607.

Hall 1987 (published data only)

*Hall SM, Tunstall CD, Ginsberg D, Benowitz NL, Jones RT. Nicotine gum and behavioral treatment: a placebo controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1987;55(4):603-5. 87309091.

Hall 1994 (published data only)

Hall SM, Munoz RF, Reus VI. Cognitive-behavioral intervention increases abstinence rates for depressive-history smokers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1994;62(1):141-6. 94308369.

Hall 1996 (published data only)

*Hall SM, Munoz RF, Reus VI, Sees KL, Duncan C, Humfleet GL et al. Mood management and nicotine gum in smoking treatment - a therapeutic contact and placebo-controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996;64:1003-9. 97074081.

Hall 1998 (published data only)

*Hall SM, Reus VI, Munoz RF, Sees KL, Humfleet G, Hartz DT et al. Nortriptyline and cognitive-behavioral therapy in the treatment of cigarette smoking. *Archives of General Psychiatry* 1998;55:683-90. 98370874.

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

Hall 2002 (published data only)

Hall SM, Humfleet GL, Reus VI, Munoz RF, Hartz DT, Maude-Griffin R. Psychological intervention and antidepressant treatment in smoking cessation. *Archives of General Psychiatry* 2002;59:930-6.

Hill 1993 (published data only)

Hill R, Rigdon M, Johnson S. Behavioral smoking cessation treatment for older chronic smokers. *Behavior Therapy* 1993;24:321-9.

Hilleman 1993 (published data only)

Hilleman DE, Mohiuddin SM, Delcore MG, Lucas BD. Randomized, controlled trial of transdermal clonidine for smoking cessation. *The Annals of Pharmacotherapy* 1993;27(9):1025-8. 94033819.

Hollis 1993 (published data only)

Hollis JF, Lichtenstein E, Vogt TM, Stevens VJ, Biglan A. Nurse-assisted counseling for smokers in primary care. *Annals of Internal Medicine* 1993;118(7):521-5. 93182891.

Jorenby 1995 (published data only)

Jorenby DE, Smith SS, Fiore MC, Hurt RD, Offord KP, Croghan IT et al. Varying nicotine patch dose and type of smoking cessation counseling. *JAMA* 1995;274(17):1347-52. 96042060.

Killen 1984 (published data only)

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

Lando 1985 (published data only)

Lando HA, McGovern PG. Nicotine fading as a nonaversive alternative in a broad-spectrum treatment for eliminating smoking. *Addictive Behaviors* 1985;10:153-61.

Lando 1990 (published data only)

Lando HA, McGovern PG, Barrios FX, Etringer BD. Comparative evaluation of American Cancer Society and American Lung Association smoking cessation clinics. *American Journal of Public Health* 1990;80(5):554-9.

Lando 1991 {published data only}

Lando HA, McGovern PG. The influence of group cohesion on the behavioral treatment of smoking: A failure to replicate. *Addictive Behaviors* 1991;16(3-4):111-21. 91289805.

Leung 1991 {published data only}

Leung J. Smoking cessation by auricular acupuncture and behavioural therapy. *Psychologia* 1991;34:177-87.

McDowell 1985 {published data only}

*McDowell I, Mothersill KJ, Rosser WW, Hartman R. A randomized trial of three approaches to smoking cessation. *Canadian Family Physician* 1985;31:351-5.

Mothersill KJ, McDowell I, Rosser WW. Subject characteristics and long term post-program smoking cessation. *Addictive Behaviors* 1988;13(1):29-36. 88206867.

Rosser WW. The role of the family physician in smoking cessation. *Canadian Family Physician* 1984;30:160-7.

McGovern 1991 {published data only}

McGovern PG, Lando HA. Reduced nicotine exposure and abstinence outcome in two nicotine fading methods. *Addictive Behaviors* 1991;16:11-20.

Minthorn-Biggs 2000 {published data only}

Minthorn-Biggs MB. Smoking cessation using an interpersonal coping skills program. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences* 2000;60(8-A):2814.

Nevid 1997 {published data only}

Nevid JS, Javier RA. Preliminary investigation of a culturally-specific smoking cessation intervention for Hispanic smokers. *American Journal of Health Promotion* 1997;11(3):198-207.

Omenn 1988 {published data only}

Omenn GS, Thompson B, Sexton M, Hessol N, Breitenstein B, Curry S et al. A randomized comparison of worksite-sponsored smoking cessation programs. *American Journal of Preventive Medicine* 1988;4:261-7. 89134480.

Patten 2002 {published and unpublished data}

Patten CA, Drews AA, Myers MG, Martin JE, Wolter TD. Effect of depressive symptoms on smoking abstinence and treatment adherence among smokers with a history of alcohol dependence. *Psychology of Addictive Behaviors* 2002;16:135-42.

*Patten CA, Martin JE, Myers MG, Calfas KJ, Williams CD. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy for smokers with histories of alcohol dependence and depression. *Journal of Studies on Alcohol* 1998;59(3):327-35. 98258661.

Pederson 1981 {published data only}

Pederson LL, Baldwin N, Lefcoe NM. Utility of behavioral self-help manuals in a minimal-contact smoking cessation program. *International Journal of the Addictions* 1981;16:1233-9. 82119153.

Powell 1981 {published data only}

*Powell DR, McCann BS. The effects of a multiple treatment program and maintenance procedures on smoking cessation. *Preventive Medicine* 1981;10:94-104. 81199210.

Rabkin 1984 {published data only}

Rabkin SW, Boyko E, Shane F, Kaufer J. A randomized trial comparing smoking cessation programs utilizing behaviour modification, health education or hypnosis. *Addictive Behaviors* 1984;9(2):157-73. 84253195.

Rice 1994 {published and unpublished data}

Rice VH, Fox DH, Lepczyk M, Sieggreen M, Mullin M, Jarosz P et al. A comparison of nursing interventions for smoking cessation in adults with cardiovascular health problems. *Heart & Lung* 1994;23:473-86. 95155020.

Sawicki 1993 {published data only}

Sawicki PT, Didurjeit U, Muhlhauser I, Berger M. Behaviour therapy versus doctor's anti-smoking advice in diabetic patients. *Journal of Internal Medicine* 1993;234(4):407-9. 94014883.

Smith 2001 {published data only}

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

Stevens 1989 {published data only}

*Stevens VJ, Hollis JF. Preventing smoking relapse, using an individually tailored skills-training technique. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989;57:420-4. 89292292.

Ward 2001 {published data only}

Ward T. Using psychological insights to help people quit smoking. *Journal of Advanced Nursing* 2001;34(6):754-9.

Zelman 1992 {published data only}

Zelman DC, Brandon TH, Jorenby DE, Baker TB. Measures of affect and nicotine dependence predict differential response to smoking cessation treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1992;60:943-52. 93094432.

Referencias de los estudios excluidos de esta revisión

Bernstein 1970

Bernstein DA. The modification of smoking behavior: a search for effective variables. *Behaviour Research and Therapy* 1970;8(2):133-46. 70209488.

Bertera 1990

Bertera RL, Oehl LK, Telephak JM. Self-help versus group approaches to smoking cessation in the workplace: Eighteen-month follow-up and cost analysis. *American Journal of Health Promotion* 1990;4:187-92.

Campbell 1995

Campbell BK, Wander N, Stark MJ, Holbert T. Treating cigarette-smoking in drug-abusing clients. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1995;12:89-94.

Carlson 2003

Carlson LE, Taenzer P, Koopmans J, Casebeer A. Predictive value of aspects of the Transtheoretical Model on smoking cessation in a community-based, large-group cognitive behavioral program. *Addictive Behaviors* 2003;28:725-40.

Cinciripini 1994

Cinciripini PM, Lapitsky LG, Wallfisch A, Mace R, Nezami E, van Vunakis H. An evaluation of a multicomponent treatment program involving scheduled smoking and relapse prevention procedures: initial findings. *Addictive Behaviors* 1994;19:13-22. 94256242.

Cinciripini 1995

Cinciripini PM, Lapitsky LG, Seay S, Wallfisch A, Kitchens K, Vanvunakis H. The effects of smoking schedules on cessation outcome - can we improve on common methods of gradual and abrupt nicotine withdrawal?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1995;63:388-99. 95332510.

Colletti 1979

*Colletti G, Kopel S. Maintaining behavior change: An investigation of three maintenance strategies and the relationship of self-attribution to the long-term reduction of cigarette smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1979;47(3):614-7. 79089134.

Colletti G, Stern L. Two-year follow-up of a nonaversive treatment for cigarette smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1980;48:292-3. 80160681.

Colletti 1980

Colletti G, Supnick JA. Continued therapist contact as a maintenance strategy for smoking reduction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1980;48(5):665-7.

Decker 1989

Decker BD, Evans RG. Efficacy of a minimal contact version of a multimodal smoking cessation program. *Addictive Behaviors* 1989;14:487-91. 90071614.

Elliott 1978

Elliott CH, Denney DR. A multiple-component treatment approach to smoking reduction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1978;46(6):1330-9. 79089085.

Frikart 2003

Frikart M, Etienne S, Cornuz J, Zellweger JP. Five-day plan for smoking cessation using group behaviour therapy. *Swiss Medical Weekly* 2003;133:39-43.

Glasgow 1978

Glasgow RE. Effects of a self-control manual, rapid smoking, and amount of therapist contact on smoking reduction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1978;46(6):1439-47. 79089101.

Green 2003

Green A, Yancy WS, Braxton L, Westman EC. Residential smoking therapy. *Journal of General Internal Medicine* 2003;18:275-80.

Hamilton 1979

Hamilton SB, Bornstein PH. Broad-spectrum behavioral approach to smoking cessation: Effects of social support and paraprofessional training on the maintenance of treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1979;47(3):598-600. 80116292.

Hamilton 1998

Hamilton BD. Nicotine fading versus abrupt quitting: Testing educational and behavioral smoking cessation treatment strategies. *Dissertation Abstracts International* 1998;58(10-B):5644.

Hilleman 2004

Hilleman DE, Mohiuddin SM, Packard KA. Comparison of conservative and aggressive smoking cessation treatment strategies following coronary artery bypass graft surgery. *Chest* 2004;125:435-8.

Katz 1977

Katz RC, Heiman M, Gordon S. Effects of two self-management approaches on cigarette smoking. *Addictive Behaviors* 1977;2(2-3):113-9. 77263474.

Kisely 2003

Kisely SR, Wise M, Preston N, Malmgren S, Shannon P. A group intervention to reduce smoking in individuals with psychiatric disorder: brief report of a pilot study. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 2003;27:61-3.

Klesges 1999

Klesges RC, Haddock CK, Lando H, Talcott GW. Efficacy of forced smoking cessation and an adjunctive behavioral treatment on long-term smoking rates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999;67(6):952-8.

Lando 1982

Lando HA. A factorial analysis of preparation, aversion, and maintenance in the elimination of smoking. *Addictive Behaviors* 1982;7:143-54.

Larson 1999

Larson ME. Behavioral substitutes and smoking cessation: Do they make quitting easier?. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 1999;59(10-B):5579.

Lowe 1980

Lowe MR, Green L, Kurtz SMS, Ashenberg ZS, Fisher EB. Self-initiated, cue extinction, and covert sensitization procedures in smoking cessation. *Journal of Behavioral Medicine* 1980;3(4):357-72. 81194794.

Martin 1997

Martin JE, Calfas KJ, Patten CA, Polarek M, Hofstetter CR, Noto J et al. Prospective evaluation of three smoking interventions in 205 recovering alcoholics: One-year results of project SCRAP-tobacco. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997;65:190-4. 97257079.

McIntyre 1986

McIntyre KO, Lichtenstein E, Mermelstein RJ. Self-efficacy and relapse in smoking cessation: a replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983;51(4):632-3. 1984008675.

Mogielnicki 1986

Mogielnicki RP, Neslin S, Dulac J, Balestra D, Gillie E, Corson J. Tailored media can enhance the success of smoking cessation clinics. *Journal of Behavioral Medicine* 1986;9(2):141-61. 86227464.

Nyborg 1986

Nyborg KF, Nevid JS. Couples who smoke: A comparison of couples training versus individual training for smoking cessation. *Behavior Therapy* 1986;17:620-5.

Perkins 2001

Perkins KA, Marcus MD, Levine MD, D'Amico D, Miller A, Broge M et al. Cognitive-behavioral therapy to reduce weight concerns improves smoking cessation outcome in weight-concerned women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001;69(4):604-13.

Pirie 1992

Pirie PL, McBride CM, Hellerstedt WL, Jeffery RW, Hatsukami DK, Allen S et al. Smoking cessation in women concerned about weight. *American Journal of Public Health* 1992;82:1238-43. 92367829.

Razavi 1999

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

Schauffler 2001

Schauffler HH, McMenamin S, Olson K, Boyce-Smith G, Rideout JA, Kamil J. Variations in treatment benefits influence smoking cessation: results of a randomised controlled trial. *Tobacco Control* 2001;10(2):175-80.

Schwartz 1968

Schwartz JL, Dubitzky M. One-year follow-up results of a smoking cessation program. *Canadian Journal of Public Health* 1968;59:161-5.

Supnick 1984

Supnick J, Colletti G. Relapse coping and problem solving training following treatment for smoking. *Addictive Behaviors* 1984;9:401-4. 85171414.

Thompson 1988

Thompson RS, Michnick ME, Friedlander L, Gilson B, Grothaus LC, Storer B. Effectiveness of smoking cessation interventions integrated into primary care practice. *Medical Care* 1988;26:62-76. 88093015.

Tiffany 1986

Tiffany ST, Martin EM, Baker TB. Treatments for cigarette smoking: An evaluation of the contributions of aversion and counseling procedures. *Behaviour Research and Therapy* 1986;24(4):437-52. 86295445.

Vellisco 2001

Vellisco Garcia A, Alvarez Gutierrez FJ, Elias Hernandez T, Romero J, Toral Marin J, Bordoy Sanchez C et al. Results of a psychotherapeutic program for smoking after 12 months of follow up [Resultados de un programa psicoterapéutico de deshabituación tabaquica tras 12 meses de seguimiento]. *Archives of Bronconeumology* 2001;37:14-8.

Referencias adicionales

Abbot 2005

Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J. Hypnotherapy for smoking cessation. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 2005. CD001008.

Anthonisen 2005

Anthonisen NR, Skeans MA, Wise RA, Manfreda J, Kanner RE, Connell JE. The effects of a smoking cessation intervention on 14.5-year mortality: a randomized clinical trial. *Annals of Internal Medicine* 2005;142(4):233-9.

Brandon 2001

Brandon TH. Behavioral tobacco cessation treatments: yesterday's news or tomorrow's headlines?. *Journal of Clinical Oncology* 2001;19(18 Suppl):64S-68S.

Carlson 2000

Carlson LE, Taenzer P, Koopmans J, Bultz BD. Eight-year follow-up of a community-based large group behavioral smoking cessation intervention. *Addictive Behaviors* 2000;25(5):725-41.

Curry 1988

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

Fiore 1996

Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. *Smoking Cessation. Clinical Practice Guideline No 18. AHCPR Publication No. 96-0692*. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, 1996.

Fiore 2000

Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. *Treating Tobacco Use and Dependence. A Clinical Practice Guideline. AHRQ publication No. 00-0032*. Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services, 2000.

Glasgow 1981

Glasgow RE, Schafer L, O'Neill HK. Self-help books and amount of therapist contact in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1981;49(5):659-67. 82031418.

Greenland 1985

Greenland S, Robbins J. Estimation of a common effect parameter from sparse follow-up data. *Biometrics* 1985;41:55-68.

Hajek 1985

Hajek P, Belcher M, Stapleton J. Enhancing the impact of groups: An evaluation of two group formats for smokers. *British Journal of Clinical Psychology* 1985;24(4):289-94. 86078252.

Hajek 1996

Hajek P. Current issues in behavioral and pharmacological approaches to smoking cessation. *Addictive Behaviors* 1996;21:699-707.

Hajek 2001

Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 2001. CD000546.

Hajek 2005

Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005;1.

Higgins 2003

Higgins JPT, Thompson SG, Deeks JJ, Altman DG. Measuring inconsistency in meta-analysis. *BMJ* 2003;327:557-60.

Kanner 1996

Kanner RE. Early intervention in chronic obstructive pulmonary disease. A review of the Lung Health Study results. *Medical Clinics of North America* 1996;80(3):523-47.

Lancaster 2005

Lancaster TR, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 2005. CD001292.

Lumley 2004

Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, Oakley L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 2004. CD001055.

Park 2002

Park E-W, Schultz JK, Tudiver F, Campbell T, Becker L. Enhancing partner support to improve smoking cessation. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 2002. CD002928.

Silagy 2004

Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 2004. CD000146.

Ussher 2005

Ussher MH, West R, Taylor AH, McEwen A. Exercise interventions for smoking cessation. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, 2005. CD002295.

White 2002

White AR, Rampes H. Acupuncture for smoking cessation. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 2002. CD000009.

Yusuf 1985

Yusuf S, Peto R, Lewis J, Collins R, Sleight P. Beta blockade during and after myocardial infarction: an overview of the randomized trials. *Progress in Cardiovascular Diseases* 1985;27:335-71.

* El asterisco señala los documentos más importantes para este estudio

TABLAS**Characteristics of included studies**

Study	Bakkevig 2000
Methods	Country: Norway Recruitment: Community volunteers Randomization: method not described Group size: not stated
Participants	139 smokers 67% female, Av. age 44, Av. cpd 19 Therapists: ex-smokers who have previously used programme
Interventions	1. Physician (GP) advice. Participants instructed to visit their GP for support. GP told to offer NRT as appropriate and provide 1 follow-up visit. 2. Group therapy, Participants asked to attend Smokenders'. 7 weekly sessions + 1 follow up 4w later. Quit day after 5w. Multifaceted including cognitive therapies
Outcomes	Abstinence 1 yr post-quit date Validation: < 83 mmol/L thiocyanate and/or < 75 ng/mL cotinine. Only 10% of group 1 and 35% of 2 attended 1 yr follow up.
Notes	'Real world' study. Treatment allocation refusals and other non-compliers included as smokers. 36% consulted GP, 75% attended Smokenders.
Allocation concealment	B
Study	Batra 1994
Methods	Country: Germany Recruitment: Community volunteers Randomization: method not stated Group size: not stated
Participants	232 smokers 53% female, av age 41, Av cpd 25
Interventions	Both conditions received nicotine patch 1. Group therapy, 9 weekly 90 min sessions 2. Self help
Outcomes	Continuous abstinence at 12m Validation: not described
Notes	
Allocation concealment	B
Study	Becona 1997
Methods	Country: Spain Recruitment: Community volunteers Randomization: method not stated Group size: 36-40
Participants	76 smokers, >= 10/day (untreated control group of 40 not randomly selected) 51% female, av age 34, Av cpd 28 Therapists: 2 experienced therapists

Characteristics of included studies

Interventions	Both conditions received 8 weekly sessions, TQD week 4. 1. Standard programme including motivational contract, nicotine fading, stimulus control 2. Relapse prevention. As 1 + problem solving.
Outcomes	Abstinence at 12m Validation: CO < 8ppm during therapy, informants during follow up
Notes	No non-group control 2 vs 1 - effect of skills/RP
Allocation concealment	B
Study	Brown 1984
Methods	Country: USA Recruitment: Community volunteers Randomization: method not stated Group size: approx 7-8
Participants	46 smokers 48% female, Av. age 35, av. cpd 26 Therapists: 2 teams of co-counsellors, each conducted 1 group in each condition
Interventions	All conditions received 7 x 1hr weekly sessions, TQD week 4, focus on self-management strategies, group cohesion and support 1. Nicotine fading and RP components 2. Nicotine fading alone 3. RP alone
Outcomes	Abstinence at 12m Validation: none at 12m, CO only used at post-treatment
Notes	No non-group control 1 vs 3 - effect of nicotine fading 1 vs 2 - effect of skills/RP
Allocation concealment	B
Study	Brown 2001
Methods	Country: USA Recruitment: Community volunteers Randomization: stratified on gender, current depressive symptoms, FTQ, using urn method randomization Group size: not stated
Participants	179 smokers with history of MDD 60% female, Av. age 45, av. cpd 27 Therapists: 2 for each group, clinical psychologists
Interventions	1. Standard group therapy. 8 x2hrs over 6w, TQD session 5. Including nicotine fading, RP, homework 2. As 1. + CBT for depression. Same schedule + coping skills to control depressive symptoms
Outcomes	Sustained abstinence at 12m (confirmed at post-Rx, 1, 6m). (PP abstinence was main trial outcome) Validation: CO <= 10ppm + saliva cotinine <= 46ng/ml (abstinence was only verified by significant others in 6.5% of cases)

Characteristics of included studies

Notes	No non-group control 2 vs 1 - effect of mood management programme. Direction of effect opposite for sustained and PP abstinence.
Allocation concealment	A
Study	Bushnell 1997
Methods	Country: USA Recruitment: Community volunteers Randomization: method not stated, stratified by military or civilian Group size: max 50 American Cancer Society (ACS) or 15 Vanderbilt University Medical Center (VUMC)
Participants	314 military and civilian smokers Excludes 198 people, assignment NS, who did not attend any sessions after randomization 44% female, age and smoking not described Therapists: ACS- trained volunteers. VUMC- healthcare professionals
Interventions	All participants offered free NRT (in group 2 conditional on attending 75% classes) 1. ACS: 4 x1hr large group sessions, no TQD 2. VUMC: 8 x1hr sessions, RP model incl stress management, diet, exercise
Outcomes	Abstinence at 6m (PP) Validation: CO < 8ppm, salivary cotinine <= 10mg/ml
Notes	No non-group control Results not shown in graphs. No sig diff in 6m quit ,12% (17/143) for ACS vs 13% (22/171) for VUMC. Take up rate: 61% of screened population attended 1 or more classes.
Allocation concealment	B
Study	Camarelles 2002
Methods	Country: USA Recruitment: Primary care Randomization: sealed opaque envelopes Group size: 10-14
Participants	106 smokers 54% female, av. age 47, av. cpd 25 Therapists: 1 doctor, 3 nurses, trained and experienced
Interventions	72 participants eligible for nicotine patch, 53 used. 1. Group therapy, 7 x2 hrs over 3w, TQD after 3rd. 2. Individual counselling, not matched for intensity, 2 sessions over 2w, with S-H materials
Outcomes	Sustained abstinence at 6m Validation: none
Notes	New for 2005 update. Comparison between group and individual therapy Slightly higher and longer use of NRT in group condition
Allocation concealment	A

Characteristics of included studies

Study	Cottraux 1983
Methods	Country: France Recruitment: Media advertising Randomization: no details, stratified by presence of another smoker in household
Participants	558 (418 in arms of interest) community volunteers Av. cpd 31
Interventions	1. Behaviour therapy. Includes discussion, training in relaxation. Groups of 15 with two therapists (qualifications not described). 3 x3hr sessions over two weeks. Given relaxation and stress-desensitization audiotape for daily use. 2. Acupuncture 3. Placebo - lactose capsules for 2w. Met 2 x10min with a doctor. 4. 1 yr waiting list control.
Outcomes	Abstinence at 12m, assessor blind to treatment condition Validation: none
Notes	Although 3. described by authors as placebo the two meetings with a doctor make it more comparable with an advice intervention so 1 vs 3 used in Group vs physician advice.
Allocation concealment	B
Study	Curry (AA) 1988
Methods	Same study as Curry (RP) 1988 Dummy study used to enter results for comparison of 'Absolute Abstinence' Group vs self-help delivery.
Participants	
Interventions	
Outcomes	
Notes	
Allocation concealment	B
Study	Curry (RP) 1988
Methods	Country: USA Recruitment: media advertising Randomization: Part by coin toss and part random number table. More assigned to S-H than group. Friends co-randomized to same programme but not necessarily same format.
Participants	139 community volunteers Therapists: 2 teams of 2 PhD psychologists. Each team led 1 group in each programme.

Characteristics of included studies

Interventions	<p>Test of group vs S-H format, and traditional vs relapse prevention programme. Groups met for 8 x 2hr weekly meetings which included relaxation training, enlisting social support and practising alternative behaviours.</p> <p>1. Relapse prevention Group. Focused on smoking as learned behaviour. Quit day at 3rd session. Additional elements included identifying high risk situations, cognitive restructuring and role playing.</p> <p>2. Relapse Prevention Self help. 8 workbook units.</p> <p>3. 'Absolute Abstinence' (AA) Group. Focused on addictive component of smoking. Quit day at 5th session. Additional elements included focused smoking, health education and contingency contract.</p> <p>4. Absolute Abstinence Self help. 8 workbook units.</p>
Outcomes	<p>Abstinence from months 9 to 12 of follow up.</p> <p>Validation: saliva thiocyanate and 2 collateral verifiers.</p>
Notes	<p>Results include all assigned to treatment; only 69% began treatment.</p> <p>1. vs 2. and 3 vs 4. [in graph as Curry (AA)] contribute to evaluation of delivery format.</p> <p>1 vs 3 RP</p>
Allocation concealment	B
Study	Davis 1986
Methods	<p>Country: USA</p> <p>Recruitment: not specified</p> <p>Randomization: Groups randomized to treatments</p> <p>Group size 3 to 8.</p>
Participants	<p>45 smokers who completed treatment (5 who dropped out before 1st meeting, 5 who dropped out after 1 session and 1 after 2 sessions not included in the results).</p> <p>Therapists: 9 advanced clinical psychology graduate students with no previous experience. Each conducted 1 group.</p>
Interventions	<p>All conditions received 6 x weekly 1.5-2hr meetings based on Pomerleau & Pomerleau broad spectrum cessation package.</p> <p>1. 'Control' using Pomerleau & Pomerleau alone</p> <p>2. 'Enhanced control' added discussion of 11 problem situations</p> <p>3. 'Experimental' condition added active cognitive behavioral skills training focusing on same problem situations.</p>
Outcomes	<p>Abstinence (PP) at 12m follow up</p> <p>CO validation.</p>
Notes	<p>No non-group control</p> <p>3. vs 1 RP</p> <p>Condition 2 not displayed. 3/14 quit</p>
Allocation concealment	B
Study	DePaul 1987
Methods	<p>Country: USA</p> <p>Recruitment: Employees at 43 worksites, recruited prior to a 3w television smoking cessation programme.</p> <p>Randomization: Cluster randomization by worksite, matched for size</p>
Participants	233 smokers in group discussion worksites, 192 in non-group worksites

Characteristics of included studies

Interventions	All participants were given S-H manuals by company co-ordinators and instructed to view the televised segments 1. Twice weekly group meetings 2. S-H alone
Outcomes	Abstinence at 12m (multiple PP) No validation
Notes	Percentage quit rates taken from graphs and denominator assumed to be numbers followed up.
Allocation concealment	B
Study	DePaul 1989
Methods	Country: USA Recruitment: Employees at 38 worksites, recruited prior to a 3w television smoking cessation programme. Randomization: Cluster randomization by worksite
Participants	419 smokers who participated in the worksite programmes.
Interventions	1. 6 x twice-weekly group meetings to coincide with the 3w television series, then monthly meetings for 1 yr. Abstinent smokers and 5 of their family and 5 co-workers entered for a lottery at the final group meeting and 12m follow up. 2. S-H manuals only
Outcomes	Abstinence from end of programme to 12m Validation by saliva cotinine and co-worker or relative confirmation.
Notes	Data based on participants in the programmes. Attrition was defined as not attending any group meetings, not reading the manual, not being located for post-testing, refusing to be interviewed or changing jobs. The attrition rate was 17% for Group worksites and 29% for non-group worksite participants so correcting the data for attrition would increase the apparent efficacy of the group condition.
Allocation concealment	B
Study	DePaul 1994
Methods	Country: USA Recruitment: Employees in 61 worksites Randomization: Cluster randomization by company
Participants	564 smokers in relevant comparisons
Interventions	The worksite interventions were timed to coincide with a mass media intervention consisting of a week-long smoking cessation series on TV, and a complementary newspaper supplement. 1. S-H manual (ALA Freedom from Smoking in 20 days) 2. S-H manual and incentive payment of US\$1 for each day abstinent up to US\$175 3. 6 group meetings over 3w followed by 14 booster meetings over 6m. Incentive payments. Handouts from same S-H manual. Maintenance manual (ALA 'A Lifetime of Freedom from Smoking')
Outcomes	Sustained abstinence at 12m Validation: CO < 9ppm. Saliva cotinine at 6m only.
Notes	3 vs 2 in Group vs S-H. Treated as same S-H programme, since same approach used although group participants not given complete cessation manual.
Allocation concealment	B

Characteristics of included studies

Study	Digiusto 1995
Methods	Country: Australia Recruitment: newspaper articles and physician referral Randomization: no details
Participants	137 smokers Av. cpd 26, av age 44
Interventions	1. Social support. Emphasized interaction, social coping strategies. 5 treatment meetings of which 2 held after quit date 2. Self-control. Interaction discouraged. Taught cognitive-behavioral self-control strategies. 4 meetings, one 7 days after quit day
Outcomes	Abstinence for 7 days at 6m. No validation at 6m. (At 1w 5/82 claiming abstinence had cotinine > 250 nmol/L)
Notes	No non-group control Study designed to test specific effects of social support aspect of group treatments. Included in comparison of group programmes - effect of manipulating group dynamics.
Allocation concealment	B
Study	Etringer 1984
Methods	Country: USA Recruitment: advertisements Randomization: couples and friends assigned together and evenly distributed between groups.
Participants	72 community volunteers av.age 36, av cpd 25 Therapists: doctoral candidates with 2 yrs in counselling psychology
Interventions	Factorial design using 2 cessation programmes and an intervention on group cohesiveness. Not clear whether session patterns identical for each 1. Enriched cohesiveness using written commitments, exercises and video. Satiation smoking in preparation for cessation 2. Enriched cohesiveness. Nicotine fading in preparation phase 3. Standard group. Satiation smoking 4. Standard group. Nicotine fading
Outcomes	Abstinence at 1 yr Validation by randomly contacting approx half of the 3 informants nominated
Notes	No non-group control 1 vs 3 and 2 vs 4 [Etringer (fading) 1984] in comparison of group programmes - effect of manipulating group dynamics.
Allocation concealment	B
Study	Etringer 1984 Fading
Methods	Same study as Etringer 1984 Dummy study used to enter results for comparison of Nicotine Fading cessation Cohesive Group vs standard group.
Participants	
Interventions	
Outcomes	

Characteristics of included studies

Notes	
Allocation concealment	D
Study	Garcia 1989
Methods	Country: Spain Recruitment: primary care clinic volunteers Randomization: method not stated
Participants	68 smokers (in relevant arms) 41% female, av. age 34, av. cpd 25
Interventions	1. Group therapy, 7 sessions over 3m, nicotine gum 2 mg 2. Individual counselling in clinic, same schedule as groups, nicotine gum as in 1. (A 3rd arm receiving group therapy and placebo gum is not included)
Outcomes	Sustained abstinence (quit at previous follow ups) at 6m Validation: CO < 7ppm
Notes	Included 2005 update Group vs individual counselling
Allocation concealment	B
Study	Garcia 2000
Methods	Country: Spain Recruitment: community volunteers Randomization: method not stated Group size: 7-16
Participants	162 volunteers for a multi-session programme, smoking > 10 cpd 52% female, Av. age 32, Av cpd 26 Therapist: Psychologist
Interventions	1. Multicomponent programme, 10x 1hr sessions over 5w 2. Multicomponent, 5x 1hrs over 5w 3. As 2 plus S-H manual 4. S-H manual, 1 orientation session
Outcomes	PP (7 day) abstinence at 12m Validation: CO < 8ppm + confirmation by informant.
Notes	1+2+3 vs 4 for effect of any group programme. 1 vs 3, effect of more intensive programme. Drop-outs who did not attend any sessions after randomization were not included
Allocation concealment	B
Study	George 2000
Methods	Country: USA Recruitment: People with schizophrenic disorders Randomization: block randomization to therapy group Group size: 4-6
Participants	45 people with schizophrenia or schizo-affective disorder 67% male, av. age 40, av cpd 30

Characteristics of included studies

Interventions	All used 21 mg nicotine patches from quit day in week 3 1. ALA 7x 60min sessions + 3x supportive counselling 2. Special schizophrenia programme. 3x 60 min weekly sessions motivational enhancement + 7x psycho-education, social skills, RP
Outcomes	PP abstinence 6m from therapy completion Validation: CO < 10ppm
Notes	No non-group control 2 vs 1 evaluating enhanced programme in specific population
Allocation concealment	B
Study	Ginsberg 1992
Methods	Country: USA Recruitment: media, flyers and word of mouth Randomization: Groups of 3-6 randomized to treatment
Participants	99 community volunteers with an acquaintance willing to participate as a support partner. Therapists: PhD psychologist or MSc health educator
Interventions	1. Nicotine gum (NG) and educational materials, 2 sessions over 2w 2. NG and behavioural programme including skill training, 5 sessions over 4w 3. NG and behavioural programme and partner support programme, 8 sessions over 5w
Outcomes	Assessment at weeks 4,12,26, 52 Outcome used: Abstinence at 52w (not clear if abstinence required at prior points) Validation by CO < 10ppm, urine cotinine < 50ng/mL. Paper states that cotinine levels failed to confirm self report in 7 people, 3 of whom were still coded as abstinent on the balance of evidence.
Notes	Intervention 1 had only 2 brief sessions so not classified as group therapy, 2+3 vs 1 used for effect of addition of group support to NG.
Allocation concealment	B
Study	Glasgow 1981 D+L
Methods	Country: USA Recruitment: media advertisements Randomization: no details
Participants	88 community volunteers (85 included in analysis) Therapists: A clinical psychologist and 2 graduate students in behaviour therapy, crossed with treatment conditions.
Interventions	3x2 factorial design for treatment programme and delivery format Treatment programme: A. Danaher & Lichtenstein manual, B. Pomerleau & Pomerleau manual, C. I Quit Kit (minimum treatment control) Delivery format: 1. Groups of 4-6 during 8 sessions over 8w 2. Self-administered using manuals.
Outcomes	Abstinence at 6m Validation by CO < 15 ppm. At follow up self report gives lower success rates in 5/6 arms than using CO measure, so self-report data used.

Characteristics of included studies

Notes	Therapist-administered vs self-administered compared as separate studies (see GLASGOW P&P, GLASGO IQK) in comparison of group vs self-help format. The comparison between different programmes is not in comparison tables as no hypothesis as to which of D&L or P&P should be superior. Discussed in narrative
Allocation concealment	B
Study	Glasgow 1981 IQK
Methods	Same study as GLASGOW 1981 D&L Dummy study used to enter results for comparison of the American Cancer Society I Quit Kit in group and self-help formats. This programme was intended by authors to be a minimal intervention, controlling for the non-specific effects of participation
Participants	
Interventions	
Outcomes	
Notes	Using self report, 2 quit in the self-help arm and none in the group, but according to CO measurements 1 person quit in each. For consistency with the other arms where self report gave more conservative numbers we have used this measure, which is most conservative in assessing the impact of the group.
Allocation concealment	B
Study	Glasgow 1981 P+P
Methods	Same study as GLASGOW 1981 D&L Dummy study used to enter results for comparison of Pomerleau & Pomerleau programme in group and self-help formats
Participants	
Interventions	
Outcomes	
Notes	
Allocation concealment	B
Study	Glasgow 1989
Methods	Country: USA Recruitment: media advertisements Randomization: Groups of 4-8 randomized to treatment
Participants	66 smokers av. age 40, cpd 26 Therapists: 2 research assistants. Crossed with treatments.
Interventions	Both programmes had 6 weekly meetings 1. Abstinence-based condition. Quit day at 4th session. Post-quit sessions emphasize RP. 2. Cessation-Controlled Smoking. Quitting recommended but alternative of controlled smoking offered. Quit date between sessions 4 and 5.
Outcomes	Abstinence for 7 days at 6m follow up. Validation: CO <= 9ppm. 11 people disconfirmed

Characteristics of included studies

Notes	No non-group control Compares difference in emphasis on abstinence. Not shown in graphs. Quit rates 5/31 vs 6/35
Allocation concealment	B
Study	Goldstein 1989
Methods	Country: USA Recruitment: Newspaper advertisements for a clinical research study. Randomized in 2x2 factorial design 3 replications for each condition. Group size 6-13.
Participants	107 smokers Therapists: all sessions co-led by psychiatrist and clinical psychologist
Interventions	All groups met for 10 x 1hr sessions over 11w. 1. Behavioural treatment (including intensive skills training) + fixed schedule nicotine gum 2. Same as 1. but adlib schedule of gum 3. Educational group, no specific skills training, didactic presentation, non-specific group support + fixed schedule gum 4. Same as 3. + ad lib gum
Outcomes	Abstinence at 6m follow up Validation: saliva cotinine < 10ng/ml, or expired CO < 8ppm in people still using nicotine gum
Notes	No non-group control Nicotine schedule arms collapsed. 1+2 compared to 3+4 for evaluation of greater complexity of group programme. 18 Treatment drop-outs re-included in denominators.
Allocation concealment	B
Study	Grant 2003
Methods	Country: USA Recruitment: Substance abuse treatment centre volunteers Randomization: method not stated Group size: not stated
Participants	20 alcoholic smokers 93% male, av.age 44, 77% smoked 11-30 cpd
Interventions	All participants were attending an outpatient alcohol treatment programme 1. Education & group therapy, 5 weekly sessions, 8w trial of NRT offered unless contra-indicated. 2. No formal treatment, access to standard cessation resources including NRT
Outcomes	Abstinence at 12m follow up (7 day PP) Validation: no biochemical, collateral informants at 6m only
Notes	New for 2005 Use of NRT high in both conditions, 6/20 in treatment, 10/20 in control
Allocation concealment	D

Characteristics of included studies

Study	Gruder 1993
Methods	<p>Country: USA, Recruitment: Smokers registering to receive self-help materials during advance promotion of a televised cessation programme, who indicated willingness to attend group sessions and had a non-smoking buddy. Randomization: to group or no-group at time of registration. No details on method. 1205 subjects assigned to a group condition, and attempts made to contact them to schedule group meetings. Randomization between the two group conditions was by site. 26 sites offered social support condition, 24 discussion control.</p>
Participants	<p>1440 smokers completing a registration form and assigned to this study. Therapists: Mainly nurses and health educators randomly assigned and trained to lead either Social Support or Discussion meetings. Group size varied from 3-22, mean approx 11</p>
Interventions	<p>All participants sent ALA Freedom from Smoking in 20 days manual and instructed to watch TV programme.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Social Support. 3 x90min group meetings and copy of Quitters Guide for smokers, and 1 group meeting + Buddy Guide for buddies. Participants were instructed on how to get help from their buddies and others. Telephone calls to subjects and buddies at 1 and 2m 2. Discussion. Same schedule of meetings and phone calls as 1. but general information and review of self-help manual. 3. No-contact control
Outcomes	<p>Multiple PP abstinence (post-intervention, 6m and 12m). 24m rates also given but substantial loss to follow up by this time so 12m rates used here. Validation attempted but abandoned due to participant refusal to provide samples.</p>
Notes	<p>Although group participants also scheduled to receive phone calls these occurred after the first follow up so will not have differentially affected the multiple PP quit rates Quit rates for group vs self-help comparison based on numbers assigned to group treatment who were scheduled to a meeting, and includes 'no shows'.</p>
Allocation concealment	B
Study	Hall 1984
Methods	<p>Country: USA Recruitment: via media adverts and referral Randomization: randomly assigned, no details</p>
Participants	<p>135 smokers Therapists: 2 psychologists, randomly assigned to groups</p>
Interventions	<p>2X2 factorial trial, aversive smoking conditions collapsed.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Skills training, 14 x 75 min sessions. 8 sessions over 3w involved 6 sec or 30 sec aversive smoking. 6 sessions over weeks 1-6 covered relaxation, commitment and cost benefits, and RP skills with role play of risk situations. 2. Discussion control. Same aversive smoking. other 6 sessions used self-scoring tests and group discussion. Discussion of specific skills discouraged
Outcomes	<p>Abstinence at 12m (PP) Validation: CO < 10ppm, plasma TCN < 85ng/mg, and confirmation from 'significant other'.</p>

Characteristics of included studies

Notes	No non-group control 1 vs 2, RP controlling for length Author tested for therapist and cohort main effects. None significant.
Allocation concealment	B
Study	Hall 1985
Methods	Country: USA Recruitment: referred by physicians, friends or self Randomization: randomly assigned within time constraints, no details of method Groups of 5-6
Participants	Referred by physicians, friends or self Av. cpd 30.5 Therapists: 2 psychologists
Interventions	1. Intensive behavioural treatment (including RP skill training, relaxation, 30 sec aversive smoking of 3 cigarettes). 14 x 75 min sessions over 8w. 2. Same as 1. + 2 mg nicotine gum available for 6m. 3. Low-contact + nicotine gum. Met 4x in 3w, educational materials, written exercises, group discussion
Outcomes	Abstinence at 52w Validated by CO < 10ppm, TCN < 85 mg/mL, reports of significant others (biochemical measures failed to confirm self report in 3 instances)
Notes	No non-group control. 2 vs 3, RP, not matched for contact time, controlled for gum. 1 not included in meta-analysis, 10/36 quit.
Allocation concealment	B
Study	Hall 1987
Methods	Country: USA Randomization: no details given Treatment: 5-6 member groups
Participants	139 smokers Therapists: Advanced graduates in clinical psychology or health psychology
Interventions	2x2 factorial trial. Nicotine gum/placebo arms collapsed 1. Intensive behavioural treatment including 6 sec aversive smoking, RP skills training, written exercises. 14 x 75 min sessions (period not stated) 2. 'Low contact' including written exercises, educational materials, group discussions, quitting techniques. 5 x 60 min meetings.
Outcomes	Abstinence at 52w Validation by TCN < 95mm/L (unless marijuana use reported), CO < 8ppm, 'significant other'.
Notes	No non-group control. There was no reported interaction between behaviour therapy condition and gum condition so gum/no gum collapsed. 1 vs 2, RP not controlling for length
Allocation concealment	B

Characteristics of included studies

Study	Hall 1994
Methods	Country: USA Recruitment: Community volunteers or referrals Randomization: no details given
Participants	149 smokers (> 10 cpd) 48% male, Av age 41, Av cpd 25, 31% had history of MDD Therapists: physician, psychologist. Both received training
Interventions	2 mg nicotine gum was prescribed for both groups 1. Standard group therapy. 5 sessions over 8w. Information and group support for planning and implementing individual strategies. 2. Mood Management. 10 sessions over 8w. Similar to 1, plus specific cognitive-behavioural components for developing skills for coping with situations leading to poor mood. Thought stopping, rational-emotive techniques, relaxation etc
Outcomes	Continuous abstinence at 52w. (Confirmed quit at all prior assessments and no smoking in previous week.) Validation: CO <= 10ppm and urine cotinine <= 60ng/ml
Notes	No non-group control 2 vs 1, eval of additional mood management component
Allocation concealment	B
Study	Hall 1996
Methods	Country: USA Recruitment: community volunteers Randomization: After stratification by depression history and no. of cigarettes smoked. Group size
Participants	201 smokers (> 10 cpd) 48% male, Av age 40, Av cpd 24; 22% had history of MDD Therapists: not described
Interventions	2 x 2 factorial design. Nicotine gum/ placebo arms collapsed All groups had 10 sessions over 8w. Quit date at 3rd session. 1. Standard group therapy including written exercises, handouts, homework. Group discussion. 2. Cognitive behavioural Mood Management. Same programme as Hall 1994 arm 2.
Outcomes	Continuous abstinence at 52w. (Confirmed quit at all prior assessments and no smoking in previous week.) Validation: urine cotinine <= 60 ng/ml
Notes	No non-group control nicotine/placebo arms collapsed. 2 vs 1, evaluation of mood management component, controlling for contact time.
Allocation concealment	B
Study	Hall 1998
Methods	Country: USA Recruitment: community volunteers. Exclusion criteria included MDD within 3m of baseline Randomization: by computer, after stratification on history of MDD and number of cigarettes smoked

Characteristics of included studies

Participants	199 smokers of ≥ 10 cpd 55% female, av age 40, av cpd 21-25; 33% had history of MDD
Interventions	2 x 2 factorial design. Alternative pharmacological interventions were Nortriptyline titrated to therapeutic levels - usually 75-100 mg/day for 12w or placebo. Collapsed in this analysis 1. Health Education 2. Cognitive behavioural mood management (See Hall 1994 for description of each intervention)
Outcomes	Abstinence at 64w (1 yr post-treatment) Continuous abstinence rates not reported by psychological treatment group. Validation: CO < 10 ppm and cotinine < 341 nmol/L
Notes	No non-group control Nortriptyline/placebo arms collapsed, no drug X psychological treatment interaction. Same behavioral interventions compared as Hall 1994
Allocation concealment	A
Study	Hall 2002
Methods	Country: USA Recruitment: community volunteers. Exclusion criteria included current MDD Randomization: method not specified, 'double blind'
Participants	220 smokers of ≥ 10 cpd 40-47% female, av age 37-43, av cpd 20-23; 33% had history of MDD Therapists: masters level counsellors
Interventions	3 x 2 factorial design with pharmacotherapies: bupropion, nortriptyline, or placebo 1. Medical Management (MM) control: physician advice, S-H, 10-20 min 1st visit, 5 min at 2,6,11w) 2. Psychological Intervention (PI) as MM plus 5x 90 min group sessions at 4,5,5, 7,11w)
Outcomes	Prolonged abstinence at 1 yr (47w post-quit date). PP also reported Validation: CO ≤ 10 ppm, urine cotinine ≤ 60 ng/mL
Notes	1 vs 2, group versus physician advice, No significant interaction between pharmacotherapy and behaviour therapy, so pharmacotherapy arms collapsed in analysis.
Allocation concealment	B
Study	Hill 1993
Methods	Country: USA Recruitment: radio and newspaper adverts Randomization: block assignment to treatment Therapists: Each group had two instructors from a pool of six all with experience in smoking cessation and/or exercise training.
Participants	82 community volunteers aged 50+ who had smoked for over 30 yrs

Characteristics of included studies

Interventions	1. Behavioural Training (BT) adapted from Lung Health Study programme. Included quit date setting, RP training with role play of coping responses. 12 x 90 min session over 3m 2. BT + nicotine gum 3. BT + additional physical exercise 4. Exercise and S-H pamphlet. This was a placebo control matched for contact time to 3. Therapist, who was blind to study hypothesis, encouraged smokers to quit at the exercise meetings.
Outcomes	5 day abstinence at 12m. (Abstinence at previous follow ups not required) Validation: CO < 10 ppm or informant confirmation
Notes	1 vs 4 for group vs minimal intervention control. Exercise component considered in separate review (Ussher 2005)
Allocation concealment	B
Study	Hilleman 1993
Methods	Country: USA Recruitment: print advertisements Randomization: no details
Participants	150 community volunteers for a drug trial Therapists; not described
Interventions	1. Behaviour modification training, 12 x 1hr classes over 3m + transdermal clonidine 2. Same behaviour modification as 1, + placebo patches 3. S-H printed material (I Quit Kit), transdermal clonidine 4. S-H printed material, placebo patches
Outcomes	Cessation at 1 yr Partial validation by random plasma TCN monitoring
Notes	Drug arms collapsed as no evidence for a treatment group interaction reported. 1 + 2 vs 3 + 4 in comparison of group vs S-H control, although the I Quit Kit is only a brief pamphlet.
Allocation concealment	B
Study	Hollis 1993
Methods	Country; USA Recruitment: Patients visiting outpatient internal medicine and family practice offices in a group practice health maintenance organisation. Randomization: On basis of digits in health record number, but providers delivering initial message said to be blind to assignment.
Participants	2707 smokers who received provider (physician, physician assistant or nurse practitioner) advice to quit Therapists: Project nurse or health counsellor

Characteristics of included studies

Interventions	If subjects refused to see a counsellor they were mailed information appropriate to their assignment. 1. Advice - In addition to provider advice, given brief pamphlet by health counsellor 2. Self-quit - Cessation advice, CO assessment, 10 min video, stop smoking kit, and choice of S-H manuals. Encouraged to set quit date. 1 follow-up telephone call and series of mailings. 3. Group referral. Cessation advice, CO assessment. Video encouraged use of intensive (9 meetings over 2 months) group programme, and waiver of fee. Effort made to schedule attendance. 4. Combination. Participants shown video explaining both self-help and group approaches, and encouraged to choose one.
Outcomes	1 yr 2-point prevalence abstinence (7 days at 3 and 12m) Validation: Saliva cotinine at 1 yr. Most conservative outcome is used in which self-reported non-smokers who did not provide saliva samples are recorded as smokers.
Notes	3 vs 2 in group vs self-help programme. 3 vs 1 in group vs minimal intervention control.
Allocation concealment	B
Study	Jorenby 1995
Methods	Country: USA (2 sites) Recruitment: media Randomization: method not stated
Participants	504 community volunteers smoking ≥ 15 cpd Therapists: Trained smoking cessation counsellors
Interventions	Compared 22 mg vs 44 mg nicotine patch and 3 types of adjuvant treatment. Patch groups collapsed. All participants had 8 weekly assessments by research staff 1. Minimal: Given S-H pamphlet by physician during screening visit for trial entry, and instructed not to smoke whilst wearing patch. No further contact with counsellors. 2. Individual: Given S-H pamphlet at screening visit along with motivational message. Also met nurse counsellor x3 following quit date. Nurse helped generate problem-solving strategies and provided praise and encouragement. 3. Group: Given S-H pamphlet at screening visit along with motivational message. Received 8x 1hr weekly group sessions. Skills training, problem-solving skills.
Outcomes	7 day PP abstinence at 26w Validation: CO < 10 ppm.
Notes	No sig diff in dose-related outcome and no dose-counselling interaction at 26w reported, so patch arm collapsed in analysis. 3 vs 1 in group + NRT vs NRT with minimal support. 3 vs 2 in group vs individual (different programme).
Allocation concealment	B
Study	Killen 1984
Methods	Country: USA Recruitment: media advertising Randomization: Method not stated. individual randomization
Participants	64 community volunteers (44 in relevant arms) Av. age 44, av cpd 32 Therapists: 3: 2 psychologists, 1 medical social worker, assigned randomly to treatment conditions Group size 10-12

Characteristics of included studies

Interventions	All participated in cessation training (including cognitive behavioral skills training and an aversive smoke-holding procedure), 4 x 1.5hr sessions over 4 days, in groups of 10-12. 1. Nicotine Gum for 7w 2. Skills training in RP, 2 sessions in 2w then 4 weekly drop-in sessions. Included identification of high risk situations and coping strategies 3. Combined 1 and 2
Outcomes	Abstinence for 4w at 10.5m after quit date Validation: CO < 8ppm (2 people unable to attend assessment, based on self report), Serum TCN measured at 6w only
Notes	No non-group control 11 people not included: 7 didn't attend 1st session, 2 dropped out for medical reasons, 2 didn't provide physician consent. 3 vs 1 for effect of additional RP component over NRT alone. 2 not included in analysis
Allocation concealment	B
Study	Lando 1985
Methods	Country: USA Recruitment: media advertizing Randomization: method not stated Group size: 8-12
Participants	130 smokers (65 in relevant arms) 51% female, Av. age 38, av cpd 30
Interventions	All received orientation + 2 weekly + 6 consecutive sessions in week 3, then quit day 1. Included Nicotine fading + 7 maintenance (RP) sessions over 6w 2. Included nicotine fading. No post-quit maintenance 3. Incl oversmoking + RP 4. Included nicotine fading + oversmoking + RP
Outcomes	Abstinence at 12m (PP) Validation: CO and informants
Notes	No non-group control Oversmoking and smoke-holding conditions not used. 2 vs 1 for effect of maintenance/ RP sessions
Allocation concealment	B
Study	Lando 1990
Methods	Country: USA, 3 sites Recruitment: media advertizing Randomization: by group Group size av 10-11
Participants	1041 smokers 57% female, Av age 43, av cpd 29 Therapists: trained facilitators
Interventions	1. ACS FreshStart. Orientation + 4 x 1 hr sessions over 2w. No TQD set 2. ALA Freedom from Smoking. Orientation + 7 x 90-120 min sessions over 7w. TQD at 3rd session. 3. Laboratory-derived programme. 16 x 45-60 min sessions over 9w. Nicotine fading procedure and smoke-holding used during preparation phase.

Characteristics of included studies

Outcomes	Sustained abstinence (slips allowed) at 1 yr. (PP and quit attempts also reported) Validation: attempted for 43% sample. serum TCN < 80-100 ng/ml. Borderline cases required cotinine < 15 ng/ml
Notes	No non-group control Results not displayed in graphs. 1. 12% (N = 331) 2. 19% (N = 363) 3. 22% (N= 347) P = 0.014 corrected for design effect No facilitator effect found.
Allocation concealment	B
Study	Lando 1991
Methods	Country: USA Recruitment: media advertising Randomization: intake groups randomized to treatment
Participants	353 community volunteers Therapists: Trained facilitators, mainly graduates, including some who had quit through clinic programme.
Interventions	Both interventions included 16 x 45-60 min sessions over a 9w period. Nicotine fading schedule prior to quit date at 3w. 1. Enriched cohesiveness intervention: included written commitments and exercises designed to facilitate positive group interaction 2. Standard group treatment
Outcomes	1 yr sustained (relapse-free) abstinence Validation: randomly selected subsample of those claiming abstinence, but not clear whether reported data includes a correction for false reporting.
Notes	No non-group control Originally a factorial design comparing satiation and nicotine fading in addition to cohesiveness manipulation, but satiation arm abandoned. Only data for nicotine fading procedure arms reported in paper. P values reported in the paper were corrected for the design effects of clustering.
Allocation concealment	B
Study	Leung 1991
Methods	Country: Hong Kong Recruitment: media advertisements Randomization: no details
Participants	95 community volunteers (63 in relevant arms) Av. age 35-39, av cpd 25-30
Interventions	1. Behavioural programme including self monitoring, management techniques, coping skills. 10 x 1.5 hr sessions over 2w. 2. Auricular acupuncture. Same no. of sessions. 3. Waiting list control
Outcomes	Abstinence (not defined) at 6m Validation by cohabitant and work colleague report.

Characteristics of included studies

Notes	1 vs 3, group vs waiting list control.
Allocation concealment	B
Study	McDowell 1985
Methods	Country: Canada Recruitment: Volunteers visiting family practices for scheduled appointments Randomization: method not stated Groups of 10-15
Participants	366 smokers in 9 group family practices Therapists: depended on intervention
Interventions	1. Physician advice by one of 12 family physicians. 15 min counselling session with U.S. 'NCI Helping Smokers Quit Kit' and one postal follow up. 2. Operation Kick-It programme . 9 sessions. Therapists: public health nurse or health educator 3. Cognitive Behavior Modification programme. 9 sessions. Therapists: one of two M.Ed psychologists 4. Self-monitoring control followed up at 2, 6 and 12m.
Outcomes	Abstinence (over 1w diary period) at 12m Validation: participants warned that saliva TCN might be tested, but only a few sampled. No results reported.
Notes	No evidence of a difference between 2 and 3 so combined and compared with 1 in group vs physician or nurse advice/counselling, and with 4 in minimal intervention control. 3 vs 2 in skills rehearsal vs skills discussion
Allocation concealment	B
Study	McGovern 1991
Methods	Country: USA Recruitment: community volunteers Randomization: 4 clinics randomly allocated to each Group size 12-16
Participants	110 smokers 50% female, Av. age 41, av. cpd 33 Therapists: 3 trained paraprofessionals, each conducting same no. of each type
Interventions	All groups received 16 x 45-60 min sessions over 9w. Treatments differed in fading technique used during 3w pre-quit period. 1. Brand switching. Weekly switch to lower rated nicotine brand, 30-50-80% schedule. 2. Nicotine fading. Graduated filters reducing nicotine on same schedule.
Outcomes	Continuous relapse-free abstinence at 1 yr. Validation: none
Notes	No non-group control 1 yr quit rates were not sig diff. 11/57 (19%) for brand switching and 12/53 (23%) graduated filters
Allocation concealment	B

Characteristics of included studies

Study	Minthorn-Biggs 2000
Methods	Country: Canada Recruitment: Community volunteers Randomization: method not stated. Group size, not stated
Participants	75 smokers 68% female, av. age 41, av.cpd 25 Therapists: Study author or Lung Association facilitator
Interventions	1. Canadian Lung Association Countdown programme. 7 weekly sessions 2. Social interaction programme. 12 sessions over 6w + 4 weekly. Skills training 3. No-treatment control
Outcomes	Abstinence at 6m (12m rates only available for groups 1 and 2) Validation: none
Notes	1+2 vs 3 in comparison of group vs no treatment 3 vs 2 in evaluation of additional skills training. No control for therapist effects
Allocation concealment	B
Study	Nevid 1997
Methods	Country: USA Recruitment: community volunteers, via media and healthcare settings Randomization: random number table, but unclear whether concealed. stratified by sex Group size: 3-12, single-sex groups, same-sex therapists
Participants	93 Hispanic smokers (excludes 56 people, 35 Gr, 21 S-H who were randomized but did not attend any session and were not included in further analysis) 48% female, av. age 44, av. cpd 21 Therapists: bilingual Hispanic psychologists and social workers
Interventions	1. Group therapy. 8 x 2 hrs. Included videos using culturally specific components. Motivation, nicotine fading, quitting techniques, RP, 'buddy' support. TQD 5th week 2. S-H with 1 group session for motivation and instructions and telephone contact. ALA 'Freedom from Smoking in 20 days' in English & Spanish, also 'Guia para Dejar de Fumar' Both conditions received same maintenance programme; ALA S-H manual 'A Lifetime of Freedom from Smoking' and 2 telephone calls a month for 6m.
Outcomes	Abstinence at 12m (sustained from post-treatment). PP rates also reported Validation. Saliva cotinine
Notes	1 vs 2 in comparison of group vs S-H. Low take-up rates. 33% of eligible attended orientation session, only 62% of enrollees attended any further session. Using 12m PP rates would give 3/39 vs 4/54 quit.
Allocation concealment	B

Characteristics of included studies

Study	Omenn 1988
Methods	Country: USA Recruitment: Single worksite (13,000 workers, 9 employers) Randomization: by nurses at aid stations using randomized assignment lists generated by research centre, within preference for format.
Participants	159 smokers 66% male, av. age 43, av cpd 25, with preference for group programme or no preference. (Smokers with preference for S-H were not allocated to group programmes.) Led by instructors trained in both programmes.
Interventions	1. Multiple Component programme. 3 sessions over 3w 2. RP programme. 6 sessions over 6w 3. Minimal Treatment programme. S-H materials only. ACS 22-page 'Quitter's Guide' 7-day plan.
Outcomes	Abstinence at 12m (single PP) Validation: saliva cotinine <= 35ng/ml
Notes	1+2 vs 3 in comparison of group vs different S-H. No difference in outcome at 12m between 2 group programmes. Self-reported quit rates similar across all 3 conditions but more missing saliva samples in S-H so validated rates lower.
Allocation concealment	A
Study	Patten 2002
Methods	Country: USA Recruitment: Volunteers attending alcoholics anonymous Randomization: method not stated Group size approx 8
Participants	48 smokers with history of alcohol dependence but 3m of drug and alcohol abstinence av.age 42, av cpd 28 Therapists: different clinical psychologist and doctoral student pair for each condition
Interventions	1. Behavioural counselling, 12 x 2hr weekly, TQD wk 8. Includes nicotine fading, skills training, homework, discussion 2. As 1 + Cognitive Behavioural Mood Management skills training. Same length
Outcomes	Abstinence at 12m, sustained at 1, 3m. Validation: CO < 10ppm (PP rates and informant or CO-validated rates also reported)
Notes	Originally included as Patten 1998 with results for MDD+ve subgroup only. No non-group control 2 vs 1 for effect of additional mood management component
Allocation concealment	B
Study	Pederson 1981
Methods	Country: USA Recruitment: volunteers for a S-H smoking cessation programme Randomization: method not stated. Participants switched between the 2 manuals because of scheduling constraints.
Participants	40 smokers

Characteristics of included studies

Interventions	1. Pomerleau & Pomerleau manual, an introductory session, followed by 1 hr group meetings at 2 and 6w. 2. Danaher & Lichtenstein manual and same schedule of meetings as 1. 3. Waiting list control
Outcomes	Abstinence at 6m for at least 3m Validation: none
Notes	This was described by the authors as a S-H programme but the 3 meetings met criteria for a group programme.
Allocation concealment	B
Study	Powell 1981
Methods	Country: USA Recruitment: media adverts, word of mouth, participants in a health study who had expressed interest in quitting. Randomization following cessation programme. Deviations for scheduling conflict and in order to separate families and friends. Therapist: Senior author
Participants	51 participants, 34 used in analysis
Interventions	All participants received same cessation programme in a single group. Introductory meeting and 4 consecutive treatment meetings a week later, 1.5hrs. Systematic focus on skill development. Also used a novel aversive smoking exercise conducted at each session. Maintenance/RP conditions: 1. A 4w support group (no. of meetings not specified) 2. Telephone contact system allowing subjects to phone each other 3. No contact control
Outcomes	Self-reported abstinence at 1 yr follow up No validation
Notes	No non-group control 1 vs 3 for evaluation of additional RP element. (2 not included in analysis)
Allocation concealment	B
Study	Rabkin 1984
Methods	Country: Canada Recruitment: Media advertisements Randomization: no details
Participants	168 community volunteers (67 in relevant arms) Av. age 40yrs, av cpd 24
Interventions	1. Behaviour modification. Multicomponent, 5 x 45-90 min meetings over 3w. Therapist trained in group behavioural techniques, groups of approx 10. 2. Health Education. Single group meeting with didactic lectures by a health professional, film, discussion. Individual session with a therapist 1w later including a counselling element. 3. Hypnosis 4. Waiting list control, with no long term follow up
Outcomes	Self-reported abstinence via questionnaire at 6m follow up No validation at 6m.

Characteristics of included studies

Notes	1 vs 2 in comparison of group vs other method. 2 does not meet criteria of >1 group session, and includes a session of individual counselling. Drop-outs re-included.
Allocation concealment	B
Study	Rice 1994
Methods	Country: USA Recruitment: Health professional and self referral Randomization: No details. Stratified by sex, smoking history and history of cardiovascular incident.
Participants	406 smokers with a cardiovascular health problem Therapists: Clinical nurse specialist who had undergone a 1w teaching workshop for Smokeless (a multicomponent intervention in 6 booklets including elements of skills training, behavioural rehearsal, aversive puffing).
Interventions	All except control received Smokeless 1. Individual Intervention: Met with nurse for 4 x 1hr sessions in 1st week and single maintenance session in 2nd week. 2. Group Intervention: Met in groups of 5-7 on same schedule 3. Written intervention: Given Smokeless materials in labelled envelopes to open on same schedule. Prompted by call from project secretary. 4. No Intervention: Advice from nurse to quit smoking
Outcomes	PP at 1 yr Saliva TCN tested but not used to correct self report
Notes	The published data was based on 255 subjects willing to participate in the treatment allocated. Numbers randomized to treatment provided by author. 2 vs 3, group vs self help; 2 vs 1, group vs individual therapy, 2 vs 4, group vs minimal intervention.
Allocation concealment	B
Study	Sawicki 1993
Methods	Country: Germany Recruitment: From a university diabetic outpatients clinic Randomization: no details
Participants	Diabetic smokers prepared to participate in a stop-smoking programme
Interventions	1. Extensive behaviour therapy including self control. 10 x 90 min weekly sessions. Led by a psychotherapist 2. Physician advice, 15 min unstructured session. Nicotine replacement offered in the case of severe addiction.
Outcomes	Abstinence at 6m. Validation by serum cotinine <20 ng/ml
Notes	Only 25/44 participated in group programme and 31/45 received physician advice.
Allocation concealment	B
Study	Smith 2001
Methods	Country: USA Recruitment: community volunteers Randomization: method not stated. Randomized 1w after TQD, stratified by +/- smoking post-TQD

Characteristics of included studies

Participants	677 smokers (> 10 cpd) making a quit attempt using NRT 57% female, av.age 42, av cpd approx 25
Interventions	All participants had attended 3 brief (5-10 min) individual counselling sessions pre-quit, quit day & 8 days post-TQD, + nicotine patches (8w) + NCI 'Clearing The Air'. <ol style="list-style-type: none"> 1. No further intervention 2. Cognitive behavioural skills training, 6 sessions from 1w post-TQD, including managing negative affect, homework, manual. 3. Motivational interviewing (MI), supportive group counselling, x 6 from 1w post-TQD. No homework or manual.
Outcomes	Abstinence at 12m (7 day PP) Validation: CO < 10ppm
Notes	2+3 vs 1 in separate comparison of effect of group vs brief counseling alone. (Comparison 1.3.3) 2 vs 3 in separate comparison of CBT vs MI in Comparison 4.2.3. No evidence found for hypothesized differences in relative efficacy for smokers at high or low risk of relapse. High risk smokers expected to do better with MI.
Allocation concealment	B
Study	Stevens 1989
Methods	Country: USA Recruitment: Kaiser Permanente Health Maintenance Organization (HMO) members Randomization: By a predetermined random number list following confirmed 4 day abstinence after cessation programme
Participants	587 HMO member volunteers who successfully abstained from smoking for 4 days after a 4 day intensive cessation programme.
Interventions	Test of RP programmes after successful cessation. Both groups met for 3 x 2hr weekly meetings <ol style="list-style-type: none"> 1. Skills condition. Development and active rehearsal of coping strategies 2. Discussion condition. Social support meetings without rehearsal of strategies 3. No further treatment control
Outcomes	Self report at 1 yr of no tobacco use in previous 6m. Validation: Saliva TCN < 0.8mg/ml or cotinine < 5ng/ml
Notes	No non-group control 1 vs 3 for effect of additional RP. 1 vs 2 for effect of skills rehearsal vs social support
Allocation concealment	A
Study	Ward 2001
Methods	Country: Jamaica Recruitment: Community volunteers Randomization: method not stated
Participants	75 smokers (+35 assigned to a waiting list control, not included in review) 57% female, Av age approx 39 Treated in 4 groups Therapist: not described
Interventions	1. Group therapy with emphasis on self efficacy and stages of change, and use of NRT. 3 x 2 hr weekly + follow up at 7w. Chose own quit date. 2. as 1 plus cognitive counter-conditioning. Group developed negative images of smoking to be used when smoking.

Characteristics of included studies

Outcomes	Abstinence at 12m (PP). Validation: saliva cotinine. Cut off not specified.
Notes	No non-group control 2 vs 1 for effective of additional component
Allocation concealment	B
Study	Zelman 1992
Methods	Country: USA Recruitment: Community volunteers Randomization: method not stated Group size: 3-6
Participants	116 smokers (excludes 10 early drop-outs evenly divided across groups) 54% female, av age approx 50 Therapists: clinical psychologists, 2 per group
Interventions	Behavioural counselling with nicotine gum or rapid smoking conditions collapsed here 1. Coping Skills Training. 6 x 60+ min over 2w. TQD night before first session. Develop strategies, reframing, contracting, thought stopping 2. Informational and supportive counselling. Discussion, sharing of ideas and feelings. Same schedule of sessions and TQD as 1.
Outcomes	Sustained abstinence at 12m (no lapses > 3 days) Validation: Collateral report at 12m (CO used up to 3m follow up, blood cotinine at 6m)
Notes	No non-group control Authors state that inclusion of drop-outs does not affect results. 1 vs 2 in comparison of relapse prevention components
Allocation concealment	B

Notas:

ALA: American Lung Association

ACS: American Cancer Society

av: average (mean)

CBT: cognitive behavioural therapy

CO: Carbon Monoxide

cpd: cigarettes per day

FTQ: Fagerstrom Tolerance Questionnaire

hr: hour(s)

m: month(s)

MDD: Major Depressive Disorder

min: minute.

NCI: National Cancer Institute

NRT: nicotine replacement therapy

NS: statistically non-significant

PP: Point prevalence abstinence

ppm: parts per million

RP: Relapse Prevention

Rx: treatment

S-H: self-help.

sig diff: statistically significant difference

TCN: thiocyanate

TQD: Target Quit Day

vs: versus

w: week(s)

yr: year(s)

Characteristics of excluded studies

Study	Reason for exclusion
Bernstein 1970	No long-term follow-up.
Bertera 1990	Not randomized.
Campbell 1995	Not randomized.
Carlson 2003	Not controlled
Cinciripini 1994	The minimal contact self-help control condition included 8 weekly visits to the research centre to fill out questionnaires and review progress. Although participants did not receive a formal intervention they were encouraged to discuss their progress and were directed to the appropriate section of the self-help materials (I Quit Kit). Allocation to treatment alternated for successive sequences of 5 subjects.
Cinciripini 1995	All interventions received same basic group programme. 4 arms differed in pre-cessation programme of scheduled smoking.
Colletti 1979	Primary outcome was reduction in smoking rate. Quit rates not given by treatment group. 42 participants randomized to 3 maintenance strategies following same cessation programme.
Colletti 1980	Primary outcome was reduction in smoking rate. Quit rates not given at maximum follow up, reported not to be significantly different. 29 participants randomized to 2 maintenance procedures, one involving 4w additional therapist contact.
Decker 1989	Not randomized - run sequentially. Compared an identical programme delivered at group meetings or by weekly mailings.
Elliott 1978	Primarily a study of aversive smoking.
Frikart 2003	Not controlled
Glasgow 1978	No abstinence data reported at 3 or 6m follow up
Green 2003	Not controlled
Hamilton 1979	No follow up of control group at 6m. Treatment arms investigated addition of social support
Hamilton 1998	Only 3m follow up. Randomization not reported in abstract
Hilleman 2004	Not randomized; historical control
Katz 1977	Only 3m follow-up. Abstinence rates not reported by group. Compared 3 different group programmes.
Kisely 2003	Not randomized
Klesges 1999	Not group therapy: intervention was a single 50 min group session using a computer-interactive format.
Lando 1982	A small trial manipulating multiple factors.
Larson 1999	Only 35 participants split among 3 programme variants. Randomization and length of follow up not reported in abstract.
Lowe 1980	Evaluates the effect of adding covert sensitization training to a group programme. Covered by review of aversion therapy (Hajek 2001).
Martin 1997	Compared group programmes with and without an exercise component. No non-group control. Included in Cochrane review of exercise for smoking cessation (Ussher 2005)
McIntyre 1986	Compared an additional spouse support element with a basic programme. No non-group control.

Characteristics of excluded studies

Mogielnicki 1986	Assignment to a group programme or a mailed self-help programme was sequential. There appeared to be limited follow up of participants receiving mailed programmes.
Nyborg 1986	Couples were allocated to treatment and success rates were reported by couple.
Perkins 2001	Primarily a study of CBT for weight control
Pirie 1992	Compared additional weight control element with a standard programme, also effect of nicotine gum in a factorial design. No non-group control.
Razavi 1999	Primarily a study of relapse prevention, see Cochrane review of interventions for relapse prevention (Hajek et al)
Schauffler 2001	Participants were randomized to be eligible for OTC NRT and a group behavioural cessation programme as part of their HMO benefit. NRT and group therapy were therefore confounded. Cessation rates were significantly higher in intervention group; 18% vs 13% at 12m. However only 1.2% participated in a behavioural programme.
Schwartz 1968	Success was defined as a reduction in smoking of > 85%, not complete abstinence, and no period of continuous reduction was required at follow up. The study compared combinations of group vs individual vs no counselling and tranquilizer (equanil) vs placebo vs no prescription. It is included in the review of anxiolytics and antidepressants (Hughes 1997).
Supnick 1984	Compared 4 maintenance strategies after initial therapy. No. of abstainers not reported by group at 6m follow up. The differences in content and outcome for the 4 strategies were small.
Thompson 1988	A complete factorial design included combinations of physician advice, self-help materials and referral to American Health Foundation Smoking cessation classes. Not primarily a trial of group therapy. Take-up of group programme was very low.
Tiffany 1986	Primarily a trial of different forms of rapid smoking, included in aversion review (Hajek 2001). No non-group control.
Vellisco 2001	Not randomized. Patients were allocated to an information only or a psychological counselling group in order of attendance.

Notas:

CBT: cognitive behavioural therapy

HMO: Health Maintenance Organization

m: month(s)

min: minute(s)

NRT: nicotine replacement therapy

OTC: over the counter

CARÁTULA

Titulo	Programas de terapia conductual grupal para el abandono del hábito de fumar
Autor(es)	Stead LF, Lancaster T
Contribución de los autores	LS y TL concibieron conjuntamente la revisión y compartieron la extracción de los datos y la redacción.
Número de protocolo publicado inicialmente	1998/1

Número de revisión publicada inicialmente	1998/3
Fecha de la modificación más reciente"	16 febrero 2005
"Fecha de la modificación SIGNIFICATIVA más reciente	16 febrero 2005
Cambios más recientes	La actualización de la revisión, publicada en el número 2, 2005 incluye cuatro nuevos estudios. No existen cambios en las conclusiones principales.
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	16 febrero 2005
Fecha de modificación de la sección conclusiones de los autores	11 diciembre 2001
Dirección de contacto	Mrs Lindsay Stead Review Group Co-ordinator Department of Primary Health Care Oxford University Old Road Campus Headington Oxford OX3 7LF UK Teléfono: +44 1865 226977 E-mail: lindsay.stead@dphpc.ox.ac.uk Facsimile: +44 1865 227036
Número de la Cochrane Library	CD001007-ES
Grupo editorial	Cochrane Tobacco Addiction Group
Código del grupo editorial	HM-TOBACCO

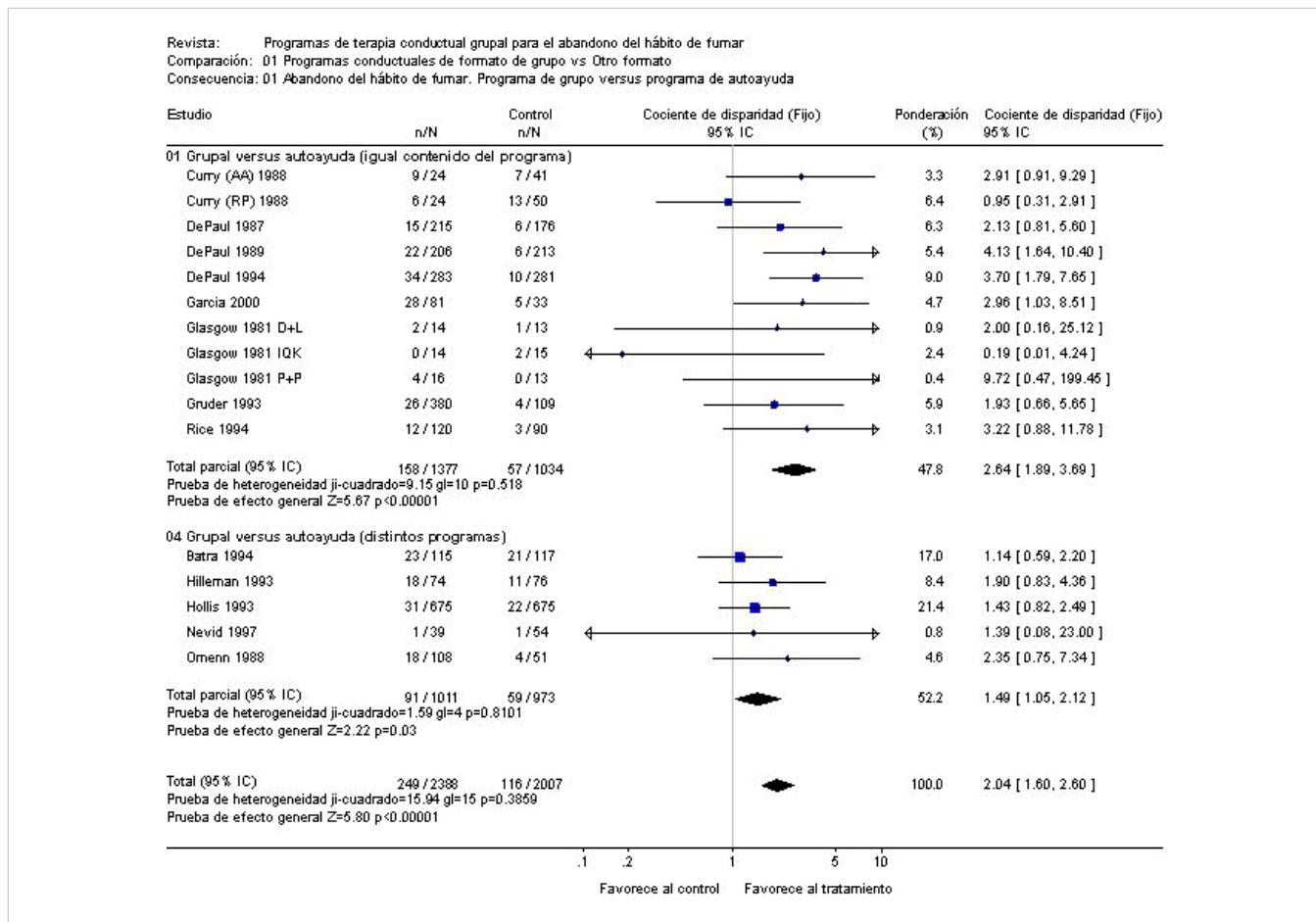
RESUMEN DEL METANÁLISIS

01 Programas conductuales de formato grupal versus otro formato				
Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Abandono del hábito de fumar. Programa de grupo versus programa de autoayuda	16	4395	Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	2.04 [1.60, 2.60]
02 Abandono del hábito de fumar. Programa de grupo versus terapia individual	5	1409	Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	0.86 [0.66, 1.12]
03 Abandono del hábito de fumar. Programa de grupo versus otro tratamiento			Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	TOTALES NO SELECCIONADOS
04 Abandono del hábito de fumar. Grupal más TRN versus TRN sola	2	454	Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	1.05 [0.69, 1.60]
05 Abandono del hábito de fumar. Grupal versus controles "ninguna intervención"	7	815	Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	2.17 [1.37, 3.45]

02 Comparaciones entre diferentes programas grupales (Resultado de abandono a largo plazo para todas las comparaciones)				
Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Componentes de prevención de recaídas/entrenamiento de habilidades	15	1738	Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	1.32 [1.08, 1.61]
02 Control del estado de ánimo	6	1230	Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	1.06 [0.81, 1.40]
03 Control del estado de ánimo (subgrupo antecedentes + de TDI)	5	363	Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	1.35 [0.78, 2.33]
04 Manipulación de las dinámicas de grupo	4	562	Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	1.22 [0.83, 1.77]
05 Otras comparaciones			Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	TOTALES NO SELECCIONADOS

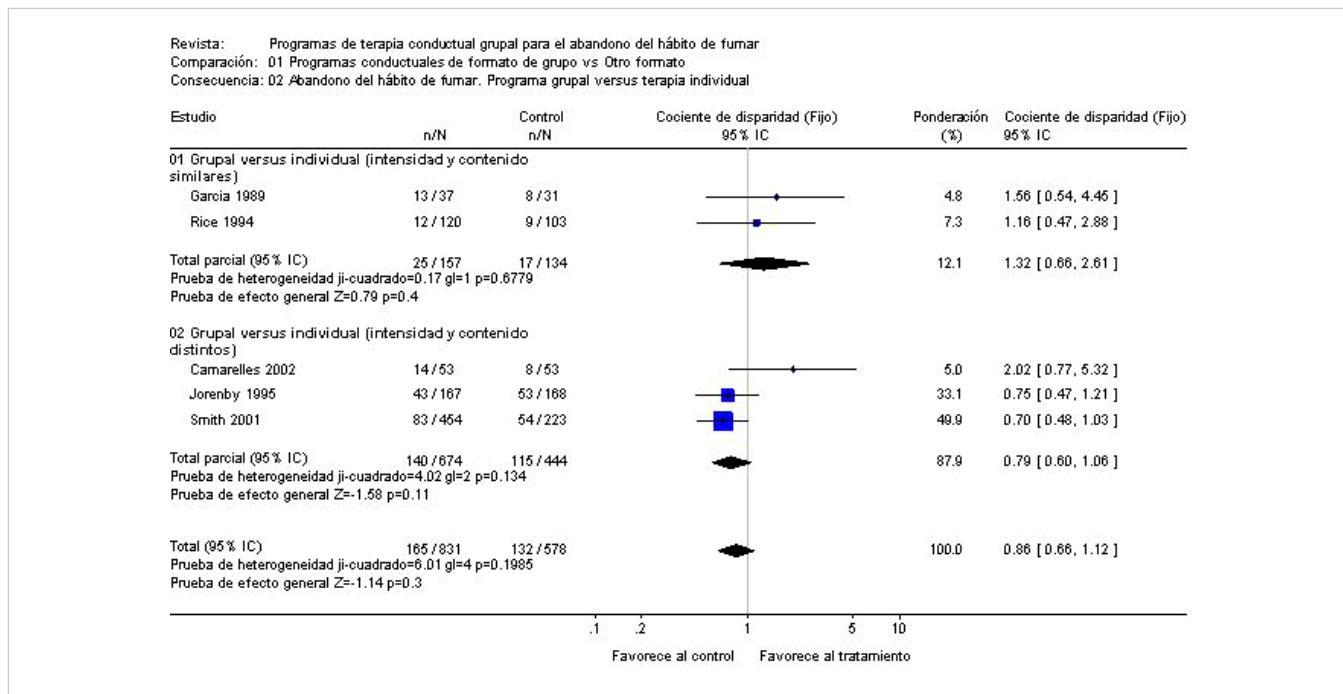
99 Tabulación de las características del programa				
Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Características del programa			Otros datos	Sin datos numéricos

GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS

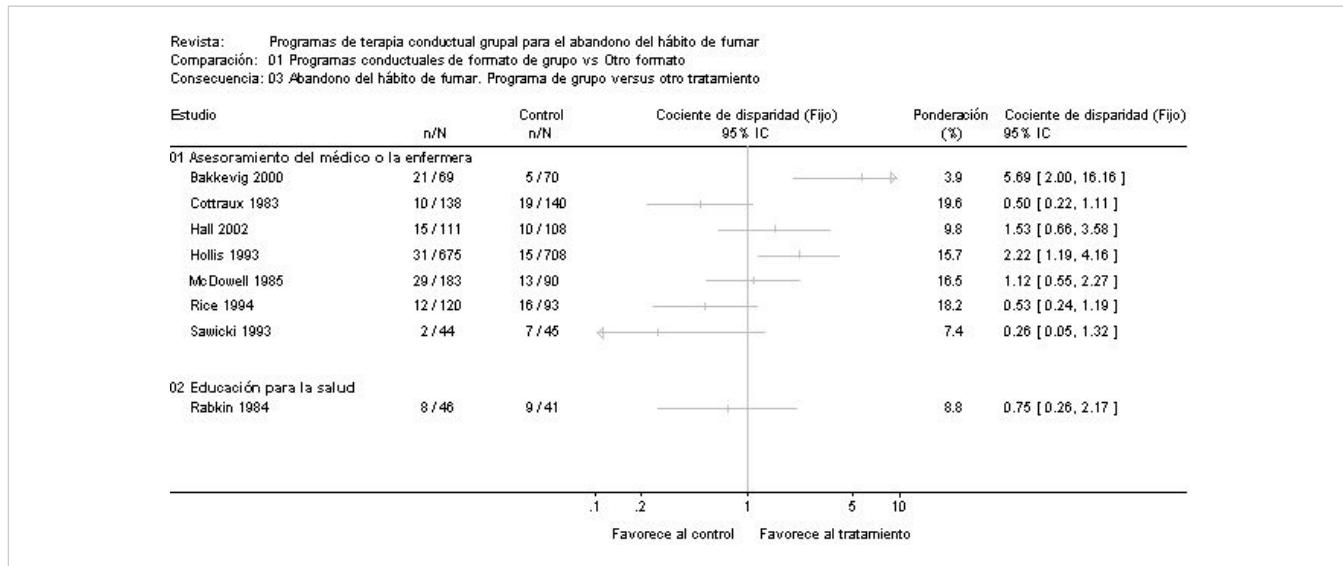
Fig. 01 Programas conductuales de formato grupal versus otro formato**01.01 Abandono del hábito de fumar. Programa de grupo versus programa de autoayuda**

Programas de terapia conductual grupal para el abandono del hábito de fumar

01.02 Abandono del hábito de fumar. Programa de grupo versus terapia individual

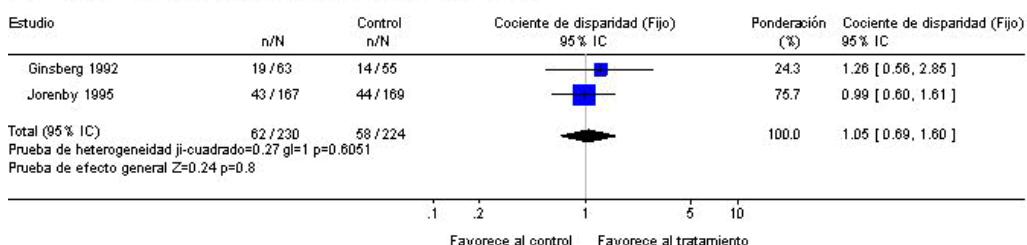


01.03 Abandono del hábito de fumar. Programa de grupo versus otro tratamiento



01.04 Abandono del hábito de fumar. Grupal más TRN versus TRN sola

Revista: Programas de terapia conductual grupal para el abandono del hábito de fumar
 Comparación: 01 Programas conductuales de formato de grupo vs Otro formato
 Consecuencia: D4 Abandono del hábito de fumar. Grupal más TRN versus TRN sola



01.05 Abandono del hábito de fumar. Grupal versus controles "ninguna intervención"

Revista: Programas de terapia conductual grupal para el abandono del hábito de fumar
 Comparación: 01 Programas conductuales de formato de grupo vs Otro formato
 Consecuencia: D5 Abandono del hábito de fumar. Grupal versus controles "ninguna intervención"

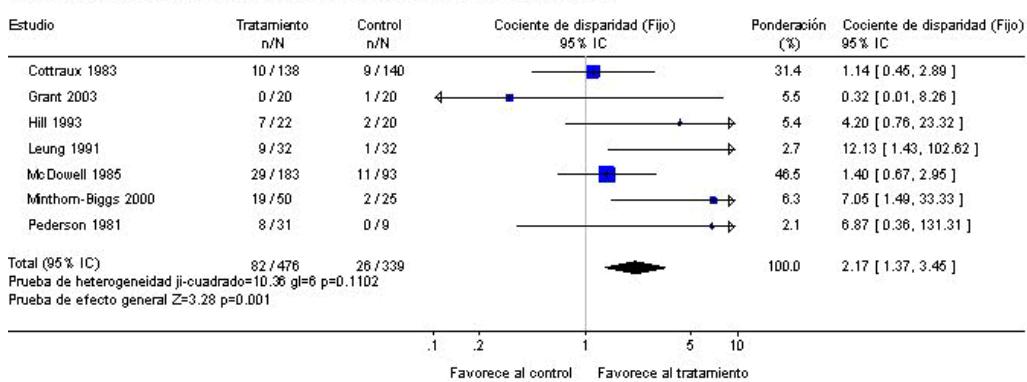
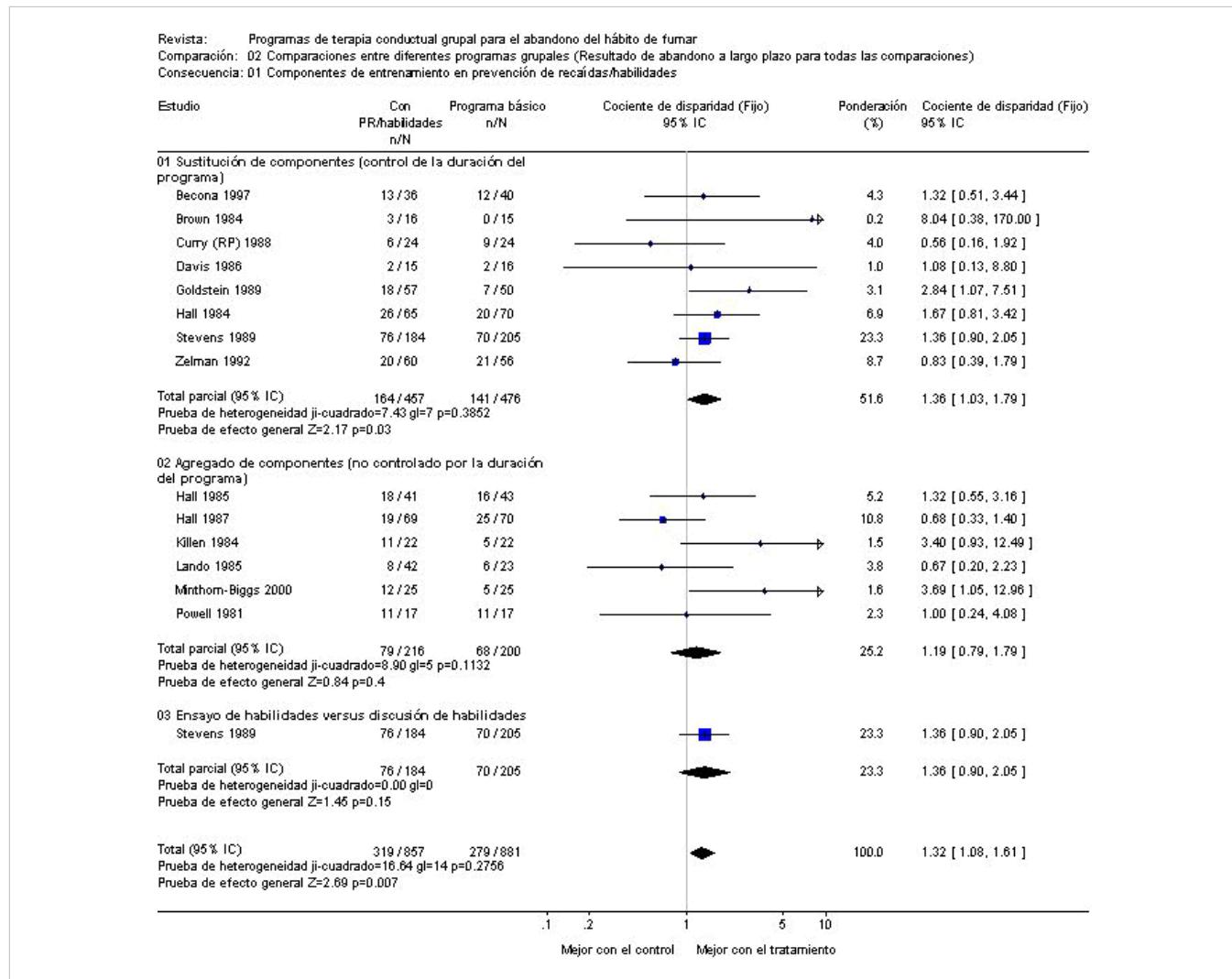
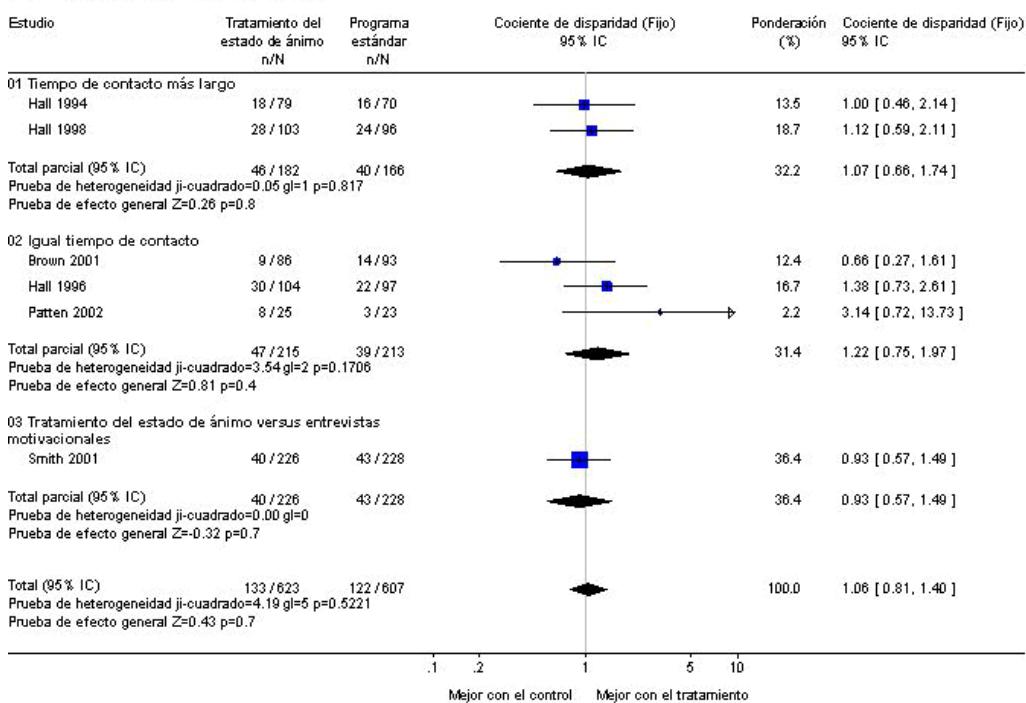


Fig. 02 Comparaciones entre diferentes programas grupales (Resultado de abandono a largo plazo para todas las comparaciones)**02.01 Componentes de prevención de recaídas/entrenamiento de habilidades**

Programas de terapia conductual grupal para el abandono del hábito de fumar

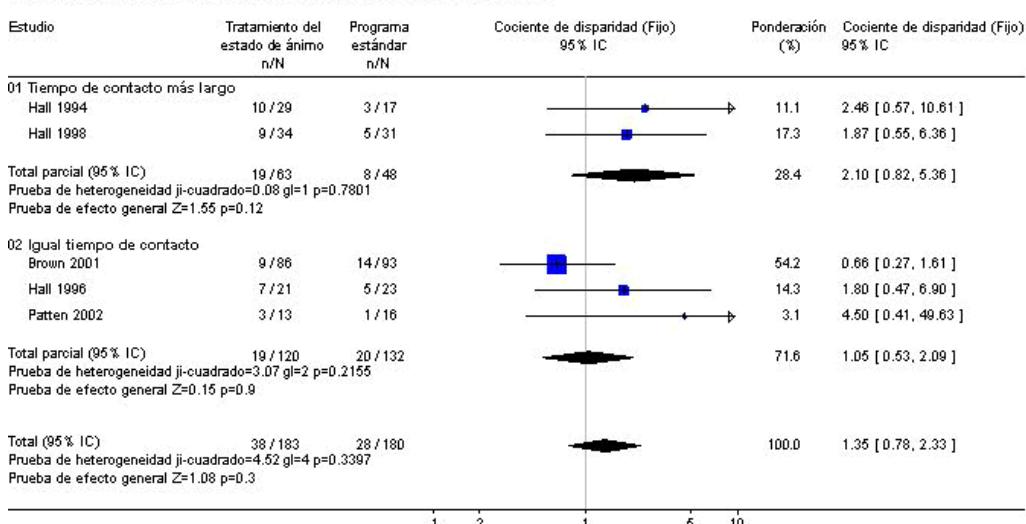
02.02 Control del estado de ánimo

Revista: Programas de terapia conductual grupal para el abandono del hábito de fumar
 Comparación: 02 Comparaciones entre diferentes programas grupales (Resultado de abandono a largo plazo para todas las comparaciones)
 Consecuencia: 02 Tratamiento del estado de ánimo



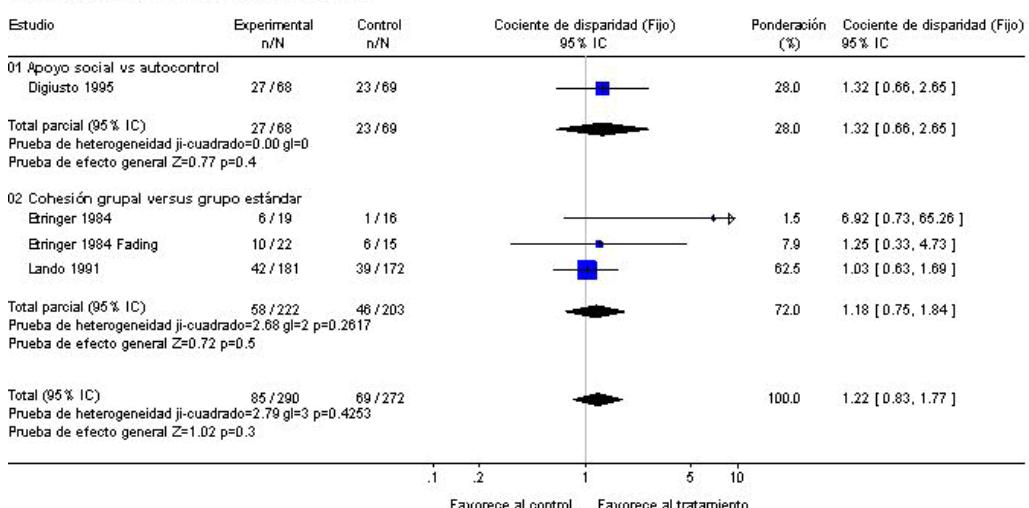
02.03 Control del estado de ánimo (subgrupo antecedentes + de TDI)

Revista: Programas de terapia conductual grupal para el abandono del hábito de fumar
 Comparación: 02 Comparaciones entre diferentes programas grupales (Resultado de abandono a largo plazo para todas las comparaciones)
 Consecuencia: 03 Tratamiento del estado de ánimo (subgrupo antecedentes + de TDI)



02.04 Manipulación de las dinámicas de grupo

Revista: Programas de terapia conductual grupal para el abandono del hábito de fumar
 Comparación: 02 Comparaciones entre diferentes programas grupales (Resultado de abandono a largo plazo para todas las comparaciones)
 Consecuencia: 04 Manipulación de las dinámicas de grupo



02.05 Otras comparaciones

Revista: Programas de terapia conductual grupal para el abandono del hábito de fumar
 Comparación: 02 Comparaciones entre diferentes programas grupales (Resultado de abandono a largo plazo para todas las comparaciones)
 Consecuencia: 05 Otras comparaciones

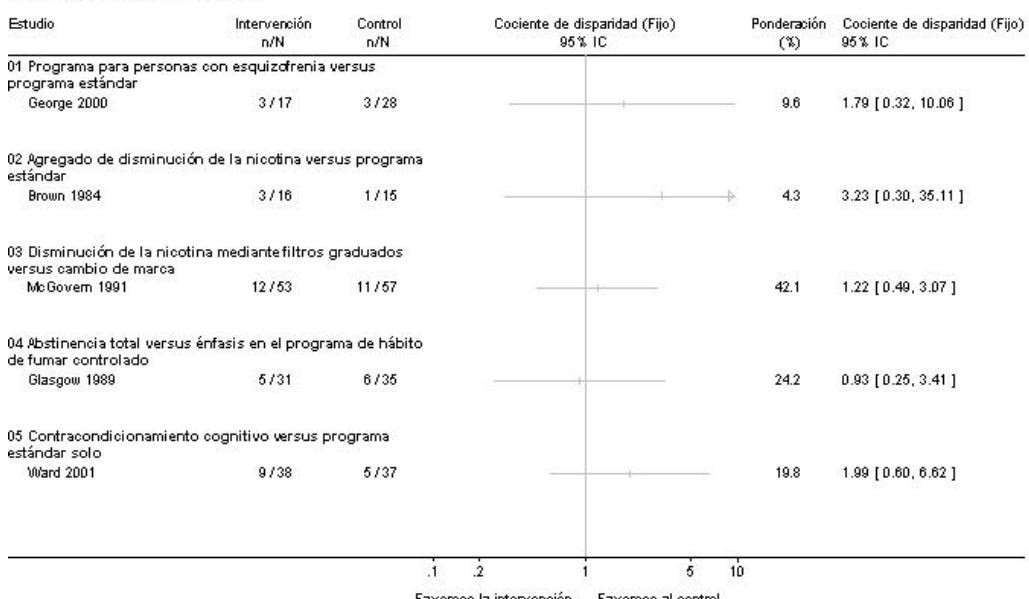


Fig. 99 Tabulación de las características del programa**99.01 Características del programa****Características del programa**

ESTUDIO	PROGRAMA	DURACIÓN	PERÍODO TOTAL	FOCO PRINCIPAL	CARACTERÍSTICAS ESPECIALES
Cottraux 1983	Ningún programa mencionado 15/ grupo con dos terapeutas	3 sesiones de 3 horas cada una 9 horas en total	2 semanas	Terapia conductual	Administración de cinta de audio para relajación y desensibilización del estrés para uso diario
Curry (AA) 1988	Programa tradicional que enfatiza la abstinencia absoluta (AA)	8 sesiones de 2 horas cada una 16 horas en total	8 semanas	Naturaleza adictiva del hábito de fumar y la necesidad de la abstinencia completa. Incluye centrarse en el hábito de fumar, la educación sanitaria y la contratación de contingencias	
Curry (RP) 1988	Programa experimental de prevención de recaídas 12/ grupo con dos terapeutas	8 sesiones de 2 horas cada una 16 horas en total	8 semanas	Hábito de fumar como conducta de mala adaptación aprendida. Énfasis en la adquisición de habilidades	
DePaul 1987	American Lung Association "Freedom from Smoking in 20 days" 5 a 9/grupo, dirigido por un empleado de la empresa que había tenido una sesión de entrenamiento de 3 horas en liderazgo grupal	6 sesiones de 45 minutos 2 veces por semana	Tres semanas	Contexto de apoyo para los fumadores que utilizaban el manual de autoayuda para compartir experiencias, obtener asesoramiento de otros fumadores y hacer preguntas.	Programas grupales concurrentes con 20 programas diarios de televisión que siguen el mismo enfoque.
DePaul 1989	American Lung Association "Freedom from Smoking in 20 days"	6 sesiones de 45 minutos 2 veces por semana, luego una sesión mensual de 1 hora durante los próximos 12 meses	12 meses	Reuniones iniciales centradas en el análisis de las técnicas discutidas en los programas de televisión y los manuales de autoayuda. Las reuniones de seguimiento recalcaron cómo los participantes podían utilizar los aspectos de apoyo de su ambiente social para ayudar a dejar el hábito o mantenerse abstinentes.	Participantes que utilizaron el manual ALA y miraron el programa de televisión concurrente. También elegible para incentivos en forma de loterías mensuales desde el final de la intervención, durante 12 meses

Programas de terapia conductual grupal para el abandono del hábito de fumar

Características del programa					
DePaul 1994	Basado en "Freedom from Smoking in 20 days" de la American Lung Association Líderes grupales provenientes de los departamentos de psicología de la universidad o que habían dirigido grupos de la Chicago Lung Association	6 sesiones en las primeras 3 semanas seguidas de 14 reuniones de refuerzo durante los siguientes 6 meses, con una frecuencia gradualmente decreciente	6 meses	Orientación cognitiva conductual. A los participantes se les dieron folletos basados en el manual de ALA y se les instruyó automonitorización, relajación, establecimiento de un sistema de compañero, generación de estrategias de afrontamiento. Las sesiones de refuerzo incluyeron fijación de metas, representación de roles y solución de problemas.	Una semana de series de abandono televisadas "Smoke-free in the 90s" y un suplemento en el diario. Los exfumadores sostenidos fueron elegibles para ganar \$1/día por cada día de abstinencia entre las 14 sesiones de refuerzo, hasta \$175 a los 6 meses.
Digiusto 1995	Dos programas diseñados para ser comparativamente efectivos y apropiados para previsión en curso.	Apoyo social: 5 reuniones y 3 correos de seguimiento Autocontrol: 4 reuniones	Poco claro. Reunión final una semana después de la fecha de abandono	Comparación del énfasis en elementos de apoyo social del grupo, con presentación didáctica e interacción limitada.	El foco del estudio estuvo en la efectividad diferencial entre los subgrupos de fumadores. No se predijo la eficacia relativa de cualquiera de los programas
Etringer 1984	Abandono mediante disminución de nicotina o procedimiento de saciedad más mantenimiento +/- y procedimiento para enriquecer la cohesión grupal	9 de 45 a 60 minutos	9 semanas, pero esquemas diferentes según el procedimiento de abandono. Día de abandono a la tercera semana	Autorrecompensa y contratos de castigo, solución de problemas.	Intento de manipular el proceso de interacción grupal. (Ver también Lando 1991)
Garcia 2000	Se basó en el manual "Programa para dejar de fumar", Becona	5 ó 10 sesiones de 1 hora	5 semanas	Programa de multicomponente, que incluye la disminución de nicotina	Cantidad manipulada de contacto con terapeutas y beneficio adicional de un manual de autoayuda
Glasgow 1981 D+L	Programa Danaher & Lichtenstein 4 a 6/grupo. Terapeutas: un psicólogo clínico o estudiantes de terapia de comportamiento.	8 sesiones, duración no especificada	Aproximadamente ocho semanas.	Relajación progresiva, estrategias de abandono alternativo incluida la opción del hábito de fumar aversivo, ideas de control.	Un manual publicado apropiado para el uso de autoayuda. En el formato grupal los terapeutas presentaron con antelación el material para la próxima reunión y dirigieron a los sujetos en las demostraciones de los procedimientos de tratamiento
Glasgow 1981 P+P	Pomerleau & Pomerleau 4 a 6/grupo	8 sesiones, duración no especificada	Aprox 8 semanas	Reducción gradual mediante la eliminación del hábito de fumar en situaciones cada vez más difíciles. Técnicas de control de estímulos y modificación de la sensibilización oculta utilizada.	Un manual publicado apropiado para el uso de autoayuda. En el formato de tratamiento grupal el terapeuta revisó y ensayó los contenidos.

Características del programa					
Gruder 1993	American Lung Association "Freedom from Smoking in 20 days" Variantes de dos grupos: discusión y apoyo social Los líderes fueron en principio enfermeras y educadores de salud	3 sesiones de 90 minutos	3 semanas	Discusión: revisión del manual de autoayuda Apoyo social: instrucciones sobre cómo obtener ayuda de compañeros y otros, discusión de escenarios específicos.	Además de un programa de televisión de abandono, se acordó que los pacientes recibirían llamadas telefónicas al mes y a los 2 meses después del final del programa. Los participantes de apoyo social también recibieron una Quitter's Guide, aunque los compañeros recibieron una Buddy Guide.
Hall 2002	"Intervención psicológica"	5 sesiones de 90 minutos	11 semanas (día de abandono en la semana 5)	Discusión, automonitorización del hábito del fumar y estados afectivos, motivación	Se centra en el tratamiento del estado de ánimo. Diseño factorial con tratamiento con bupropión/nortriptilina/placebo
Hill 1993	Adaptado del programa utilizado por el Lung Health Study comparación del efecto del programa de ejercicio adicional	12 sesiones de 90 minutos 18 horas en total	3 meses	Información sanitaria adaptada, fijación de una fecha de abandono, entrenamiento de PR incluida la identificación y el papel a jugar en situaciones de alto riesgo.	Dirigido a los fumadores de más edad
Hilleman 1993	Entrenamiento en modificación de comportamientos	12 sesiones de 1 hora 12 horas en total	12 semanas	Descrito sólo como un entrenamiento estandarizado de modificaciones del comportamiento. Estados en los que los participantes tenían que asistir a un mínimo de dos clases antes de hacer un intento de abandono	Diseño factorial con tratamiento con clonidina/placebo
Hollis 1993	Freedom from Cigarettes (Kaiser Permanente HMO)	9 reuniones, duración no especificada	8 semanas	Programa de multicomponentes	A los participantes asignados de forma aleatoria a este programa que visitaron al consejero, se les proyectó un video que los estimulaba a utilizarlo.
Jorenby 1995	Programa no especificado Consejeros entrenados en el abandono del hábito de fumar	8 sesiones de 1 hora 8 horas en total	8 semanas	Identificación de situaciones de alto riesgo, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, apoyo emocional	También recibieron chicle de nicotina
Lando 1991	El mismo programa básico de laboratorio que Lando 1990	16 sesiones de 45 a 60 minutos Aprox 14 horas en total	9 semanas	Automonitorización y desarrollo de estrategias de afrontamiento activo, disminución de nicotina. Discusión en grupo no estructurada, que hace hincapié en la solución compartida de los problemas	El ensayo manipuló la cohesión grupal al agregar ejercicios escritos para facilitar la interacción grupal positiva. Utilizó un video de modelado positivo.

Características del programa					
Leung 1991	"terapia conductual"	10 sesiones de 90 minutos 15 horas en total	2 semanas	Automonitorización, control de estímulos, entrenamiento de habilidades de afrontamiento, entrenamiento de aserciones y relajación.	
McDowell 1985	Modificación del comportamiento cognitivo conductual (MCC) u Operation Kick-It (British Columbia Lung Association)	MCC: 9 sesiones de 90 minutos OKI: 9 sesiones de 90 minutos	MCC: 10 semanas OKI: 8 semanas	MCC: Ensayo conductual, reestructuración cognitiva, procedimientos de relajación OKI: Fomentar el apoyo mutuo, discutir la información y analizar los problemas	La MCC la realizaron psicólogos M.Ed, mientras que la OKI la realizó una enfermera de salud pública o un profesor de educación especial.
Omenn 1988	Dos programas diferentes: El Componente múltiple (PCM) o la Prevención de recaídas (PPR) se compararon con el control de autoayuda.	PCM: 3 sesiones de 2 horas PPR: 8 sesiones de 2 horas	PCM: 3 semanas PPR: 8 semanas	PCM: Combinó el entrenamiento de habilidades conductuales, los estímulos aversivos, las imágenes y el tratamiento del estrés. Programa didáctico sumamente estructurado. Énfasis en el abandono inicial PPR: Hizo énfasis en la prevención de habilidades de afrontamiento para prevenir la recaída. Elección de abandono inmediato o escalonado. Formato interactivo.	
Rabkin 1984	Modificación de conductas	5 de 45 a 90 minutos	3 semanas	Automonitorización, control de estímulo y estrategias para el cambio.	
Rice 1994	Smokeless (American Institute for Preventive Medicine) 5 a 7/grupo	5 sesiones de 1 hora cada una 5 horas en total, 4 en la primera semana	2 semanas	Ofrece una variedad de habilidades que los individuos pueden elegir para desarrollar, incluidos la bocanada aversiva, el control de estímulos, el entrenamiento de relajación, la contratación de contingencia, la detención del pensamiento, comer y el tratamiento del estrés, el ejercicio y el ensayo conductual.	
Sawicki 1993	Terapia de comportamiento extensa estructurada	10 sesiones de 90 minutos	10 semanas	Disminución gradual del hábito de fumar con fecha de abandono después de la quinta sesión.	