



Intervenciones de autoayuda para el abandono del hábito de fumar

Lancaster T, Stead LF

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.....	3
DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS.....	4
CALIDAD METODOLÓGICA.....	7
RESULTADOS.....	8
DISCUSIÓN.....	10
CONCLUSIONES DE LOS AUTORES.....	12
AGRADECIMIENTOS.....	12
POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS.....	12
FUENTES DE FINANCIACIÓN.....	12
REFERENCIAS.....	13
TABLAS.....	19
Characteristics of included studies.....	19
Characteristics of excluded studies.....	43
Characteristics of ongoing studies.....	44
CARÁTULA.....	45
RESUMEN DEL METANÁLISIS.....	46
GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS.....	48
01 Self-help vs no self-help, pooled by amount of contact.....	48
01 Ningún grupo tuvo contacto presencial (abstinencia a largo plazo).....	48
02 Ambos grupos tuvieron contacto presencial (abstinencia a largo plazo).....	49
03 Ambos grupos tuvieron contacto presencial con asesoramiento (abstinencia a largo plazo).....	49
02 Autoayuda versus no autoayuda, agrupamiento de todos los estudios.....	50
01 Abstinencia a largo plazo.....	50
03 Autoayuda más TRN versus TRN solo.....	51
01 Abstinencia a largo plazo.....	51
04 Materiales de autoayuda adaptados.....	52
01 Abstinencia a largo plazo.....	52
05 Otras mejoras/complementos de los materiales de autoayuda.....	53
01 Abstinencia a largo plazo.....	53
99 Análisis de sensibilidad.....	54
01 Estudios de Prochaska y cols., comparación de las suposiciones.....	54
02 Comparación 4.1 con la exclusión de los abandonos de los estudios Prochaska/Velicer.....	55

Intervenciones de autoayuda para el abandono del hábito de fumar

Lancaster T, Stead LF

Esta revisión debería citarse como:

Lancaster T, Stead LF. Intervenciones de autoayuda 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: 28 de abril de 2005

Fecha de la modificación significativa más reciente: 28 de abril de 2005

RESUMEN

Antecedentes

Muchos fumadores dejan de fumar por sí mismos, pero los materiales que proporcionan asesoramiento e información pueden ayudarlos y aumentar el número de los que abandonan el hábito con éxito.

Objetivos

Los objetivos de esta revisión fueron determinar la efectividad de diferentes materiales de autoayuda comparados con ningún tratamiento y con otras estrategias de contacto mínimo; la efectividad de los complementos de autoayuda, como la retroalimentación (feedback) generada por ordenador, las líneas telefónicas directas y el tratamiento farmacológico; y la efectividad de los enfoques adaptados al individuo comparados con materiales no adaptados.

Estrategia de búsqueda

Se realizaron búsquedas en el registro de ensayos del Grupo Cochrane de Adicción al Tabaco (Cochrane Tobacco Addiction Group) mediante los términos "self-help", "manual*" o "booklet*". Fecha de la búsqueda más reciente: abril 2005.

Criterios de selección

Se incluyeron ensayos aleatorios de abandono del hábito de fumar con seguimiento de al menos seis meses, donde al menos un brazo probara una intervención de autoayuda. Se definió la autoayuda como un programa estructurado para fumadores que trataban de abandonar el hábito sin establecer un contacto intensivo con un terapeuta.

Recopilación y análisis de datos

Se extrajeron por duplicado los datos sobre los participantes, naturaleza de los materiales de autoayuda, cantidad de contactos presenciales con los sujetos de la intervención y del control, las medidas de resultado, método de asignación aleatoria y compleción del seguimiento.

La medida de resultado principal fue la abstinencia del hábito de fumar después de al menos seis meses de seguimiento en 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. En los casos apropiados, se realizó el metanálisis mediante un modelo de efectos fijos.

Resultados principales

Se identificaron 60 ensayos. Treinta y tres compararon materiales de autoayuda con ninguna intervención o probaron el uso de materiales además de asesoramiento. En 11 ensayos en los que la autoayuda se comparó con ninguna intervención hubo un efecto combinado que alcanzó una significación estadística límite ($N = 13\,733$; odds-ratio [OR] 1,24; intervalo de confianza [IC] del 95%: 1,07 a 1,45). Este análisis excluyó dos ensayos con resultados muy positivos que introdujeron heterogeneidad significativa. Cuatro ensayos adicionales, en los que el grupo control recibió materiales escritos alternativos, no mostraron pruebas del efecto de los materiales de autoayuda para el hábito de fumar. No fue posible encontrar pruebas de beneficios al agregar materiales de autoayuda al asesoramiento presencial o al tratamiento de reemplazo de nicotina. Hubo 17 ensayos que utilizaron materiales adaptados a las características de los fumadores individuales, donde el metanálisis apoyó un pequeño beneficio de los materiales adaptados ($N = 20\,414$; OR 1,42; IC del 95%: 1,26 a 1,61). Las pruebas son más sólidas para los materiales adaptados comparados con ninguna intervención, pero también indican que los materiales adaptados son más útiles que los materiales estándar. Parte de este efecto podría deberse al contacto o evaluación adicional requeridos para obtener datos individuales. Un reducido número

de ensayos no logró detectar beneficios de agregar materiales adicionales o materiales dirigidos, o hallar diferencias entre los distintos programas de autoayuda.

Conclusiones de los autores

Los materiales estándar de autoayuda pueden aumentar las tasas de abandono cuando se comparan con ninguna intervención, pero es probable que el efecto sea pequeño. No fue posible encontrar pruebas de que éstos tengan un beneficio adicional cuando se utilizan junto con otras intervenciones como el asesoramiento de un profesional de la atención sanitaria, o el tratamiento de reemplazo de nicotina. Existen pruebas de que los materiales que se adaptan para los fumadores individuales son eficaces, y son más eficaces que los materiales no adaptados, aunque el tamaño absoluto del efecto todavía es pequeño.



RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Proporcionar a los fumadores materiales que apoyen los intentos de abandono tiene un beneficio limitado, a menos que los materiales consideren las características individuales de cada fumador

El asesoramiento y la orientación conductual pueden ayudar a los fumadores a abandonar el hábito. No se ha encontrado que el mismo tipo de apoyo a través de materiales escritos u otros medios sea muy útil, aunque es probable que existan pequeños beneficios para personas que no tienen otro apoyo. La adaptación de los materiales para brindar un apoyo individualizado es más efectiva. En general, las comparaciones entre diferentes tipos de materiales estándar no han logrado mostrar diferencias entre ellos.



ANTECEDENTES

Las estrategias conductuales para ayudar a abandonar el hábito de fumar varían desde intervenciones muy breves, como el asesoramiento de un médico, hasta programas intensivos de componentes múltiples. Existen pruebas convincentes de la efectividad de las intervenciones breves a cargo de terapeutas, como el asesoramiento médico (Lancaster 2004), y del efecto adicional de intervenciones conductuales más intensivas, como el tratamiento grupal (Stead 2005), el asesoramiento individual (Lancaster 2005) y el asesoramiento telefónico (Stead 2003). Sin embargo, una limitación importante de las intervenciones conductuales administradas por el terapeuta es que sólo llegan a una pequeña proporción de fumadores. Los que abandonan el hábito con más éxito lo hacen por sí mismos (Fiore 1990). Por lo tanto, los métodos para apoyar los intentos de abandono que de otra manera no contarían con ayuda tienen el potencial de ayudar a una proporción mucho mayor de la población de fumadores.

Generalmente los materiales de autoayuda adoptan la forma de materiales escritos, pero pueden incluir medios en otros formatos como vídeos o cintas de audio. El objetivo de las intervenciones de autoayuda es brindar algunos de los beneficios de las intervenciones conductuales intensivas sin necesidad de asistir a sesiones de tratamiento. Tales materiales pueden diseminarse y usarse en una escala mucho más amplia que el tratamiento administrado por un terapeuta. Por lo tanto, representan un puente entre el enfoque clínico del abandono

del hábito de fumar orientado a individuos y los enfoques de salud pública que se dirigen a poblaciones (Curry 1993).

Revisiones previas han encontrado pruebas limitadas de que las intervenciones de autoayuda, en particular los materiales escritos, tienen un efecto significativo sobre las tasas de abandono (Curry 1993). Sin embargo, nuevos conceptos han llevado a continuar el interés y las investigaciones en este campo. El modelo transteórico o de estadios de cambio (Prochaska 1997), estimuló un interés en el concepto de adaptar las intervenciones a las características individuales, en particular la disposición al cambio. En este modelo, se caracteriza a los fumadores como en las etapas de precontemplación, contemplación o acción. El modelo formula la hipótesis de que es improbable que los materiales orientados a la acción sean efectivos para aquellos que se encuentren en las etapas de precontemplación o contemplación y que la adaptación de los materiales para la disposición individual al cambio puede ser más efectiva. El desarrollo de nuevas tecnologías, incluido el vídeo y el ordenador, que ofrecen un método para la personalización adicional de los materiales de autoayuda, ha estimulado más interés en esta área (Curry 1995; Strecher 1999).

El objetivo de esta revisión es resumir las pruebas existentes sobre las formas más antiguas y más modernas de intervenciones de autoayuda en la promoción del abandono del hábito de fumar.

OBJETIVOS

Es de interés abordar las siguientes hipótesis:

1. Las intervenciones de autoayuda son mejores que ningún tratamiento para promover el abandono del hábito de fumar.
2. Diferentes formas de autoayuda (materiales escritos, audio y vídeo) tienen efectos equivalentes.
3. Los enfoques adaptados al individuo son más efectivos que los materiales no adaptados.

CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISIÓN

Tipos de estudios

Ensayos controlados aleatorios con un seguimiento mínimo de seis meses, donde al menos un brazo consistía en una intervención de autoayuda sin contactos presenciales repetidos con el terapeuta. Se incluyeron ensayos donde la asignación al tratamiento se hizo mediante un método cuasialeatorio, pero, de ser apropiado, se utilizó un análisis de sensibilidad para determinar si su inclusión alteró los resultados.

Tipos de participantes

Cualquier fumador, excepto fumadoras embarazadas y fumadores adolescentes. Las intervenciones en las fumadoras embarazadas se han evaluado en otra revisión Cochrane (Lumley 2004). Las intervenciones en fumadores adolescentes se estudiarán en una futura revisión Cochrane (Grimshaw 2005).

Tipos de intervención

Las intervenciones de autoayuda se definen como cualquier manual o programa utilizado por los individuos como ayuda para abandonar el hábito, sin la ayuda de los profesionales de la salud, asesores o apoyo de grupo. Incluyen materiales escritos y programas de audio, vídeo u ordenador. Los materiales pueden estar dirigidos a fumadores en general, a poblaciones particulares de fumadores, por ejemplo, diferentes grupos etarios o étnicos, o pueden adaptarse de forma interactiva a las características del fumador individual. No se incluyeron los folletos breves sobre el efecto del hábito de fumar sobre la salud, pues éstos se consideraron como intervención control en caso de que se compararan con un manual más amplio. Las intervenciones con un contacto presencial mínimo para brindar los materiales del programa de autoayuda se consideraron como de autoayuda solamente. Cuando una reunión presencial incluyó la discusión de los contenidos del programa, ésta se clasificó como asesoramiento breve, además de materiales de autoayuda. Se excluyeron las intervenciones que brindaron sesiones repetidas de asesoramiento además de los materiales de autoayuda. Actualmente el asesoramiento telefónico o las líneas directas como complementos de los materiales de autoayuda se abordan en otra revisión Cochrane (Stead 2003).

Tipos de medidas de resultado

De estar disponibles, se utilizaron la abstinencia sostenida o la prevalencia de dos puntos. Se incluyeron los estudios que utilizaron el autoinforme de abandono solo o el abandono validado bioquímicamente.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS

Se identificaron ensayos incluidos en revisiones y metanálisis previos y se buscó en el registro especializado de ensayos controlados del Grupo Cochrane de Revisión de Adicción al Tabaco para estudios adicionales, mediante los términos "self-help", "manual*" o "booklet*" en el título o el resumen o como palabra clave. La búsqueda en el registro se realizó en abril de 2005 e incluyó registros indizados en PUBMED el 15/04/05.

MÉTODOS DE LA REVISIÓN

Ambos autores extrajeron los datos. La información extraída incluyó detalles de la intervención, población reclutada, método de asignación aleatoria, compleción del seguimiento, forma en que se definió el abandono del hábito de fumar y si se validó el abandono autoinformado.

Los ensayos se clasificaron de acuerdo con la cantidad de contactos presenciales brindados a los grupos intervención y control y de acuerdo a si se entregaron o no materiales escritos al grupo de comparación.

De ser apropiado se realizó un metanálisis mediante un método de efectos fijos de Mantel-Haenszel para estimar un odds-ratio combinado, con sus intervalos de confianza del 95% (Greenland 1985). Esto reemplaza el método de Peto para la combinación de datos utilizado 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% indican heterogeneidad moderada y los valores mayores al 75% como alta. Las tablas de comparación abordaron las hipótesis señaladas e incluyeron:

- Materiales de autoayuda versus ningún tratamiento o sólo un volante, sin contacto presencial
- Materiales de autoayuda versus ningún tratamiento o sólo un volante, con contacto presencial
- Materiales de autoayuda y asesoramiento breve versus asesoramiento breve solo

(No se identificaron ensayos que compararan el asesoramiento breve con la autoayuda sola)

Los ensayos que compararon la autoayuda con el asesoramiento individual se abordaron en una revisión Cochrane de asesoramiento individual. (Lancaster 2005)

La autoayuda versus el asesoramiento grupal se abordó en la revisión Cochrane de terapia de grupo para el abandono del hábito de fumar. (Stead 2005)

- Autoayuda como complemento del tratamiento farmacológico:
- Autoayuda más tratamiento de reemplazo de nicotina (TRN) versus TRN solo

(La autoayuda más el TRN versus autoayuda sola es una prueba de la eficacia del TRN y se aborda en la revisión Cochrane del TRN (Silagy 2004)

Mejorías y complementos de la autoayuda:

- Programas de autoayuda adaptados versus programas no adaptados o ninguna intervención control
- Materiales dirigidos versus materiales estándar
- Provisión de materiales adicionales
- Diferentes programas de autoayuda o medios en diferentes formatos (cintas de audio, vídeo) comparados unos con otros

Se definen como materiales adaptados aquellos que utilizan las características de los participantes para proporcionar programas individualizados. También se incluyen en esta categoría las intervenciones que proporcionan retroalimentación (feedback) individual escrita, además de los materiales estándar. Se definen como materiales dirigidos aquellos adaptados para una categoría de fumador ampliamente definida, por ejemplo, mujeres con niños pequeños, fumadores más viejos o fumadores en un estadio particular de cambio (Kreuter 2000)

El uso de asesoramiento telefónico proactivo o la provisión de líneas telefónicas directas como complemento de los materiales de autoayuda ahora se evalúa en otra revisión Cochrane (Stead 2003), de modo que los ensayos que sólo comparan estas intervenciones ya no se incluyen en la presente revisión.

DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS

Se identificaron 60 ensayos de métodos de autoayuda. Treinta y tres compararon materiales estándar de autoayuda con ninguna intervención o proporcionaron materiales estándar como complemento del asesoramiento. Los otros ensayos compararon métodos de autoayuda dirigidos o adaptados, o compararon otras variantes de programas. Algunos ensayos utilizaron intervenciones múltiples que probaron el efecto de diferentes tipos de información o el efecto de aumentar la cantidad de material. Los ensayos de materiales de autoayuda se realizaron en varios ámbitos. En algunos, los materiales se proporcionaron sin contactos presenciales u otra estrategia motivadora adicional. Algunos estudios probaron el uso de materiales para las personas que habían llamado a líneas de ayuda para abandonar el hábito de fumar; los materiales de autoayuda fueron la principal forma de apoyo ofrecido o se evaluaron como complemento del asesoramiento. En los contextos de asistencia sanitaria, los materiales de autoayuda se usaron con mayor frecuencia como complemento del asesoramiento breve para el abandono del hábito de fumar. Algunos estudios descritos como pruebas de materiales de autoayuda incluyeron niveles relativamente altos de apoyo presencial, aunque en menor medida que en los programas de asesoramiento formal. Los fumadores reclutados en los ensayos incluyen desde aquellos que ya han abandonado con éxito el hábito de fumar durante 48 horas (Killen 1990), a aquellos sin interés en hacerlo (Dijkstra 1999), pero en la

mayoría de los casos el interés en abandonar el hábito no fue un criterio de selección.

El contenido y el formato de los programas de autoayuda fueron variados. El enfoque que se utilizó con más frecuencia fue el manual de abandono de la American Lung Association (ALA) 'Freedom from smoking in 20 days' ('Libre de tabaco en 20 días'), y como manual de mantenimiento 'A lifetime of Freedom from Smoking' ('Una vida libre de tabaco'). La mayoría de los otros programas no se nombraron o no se describieron completamente. Los materiales tienden a hacerse más complejos con el transcurso del tiempo y a incorporar más técnicas de enfoques de tratamientos conductuales. Las investigaciones recientes se han centrado en el potencial de utilizar sistemas expertos digitales para proporcionar materiales adaptados que se consideren pertinentes según las características de cada fumador, sobre la base de los datos iniciales. Se especificó que los materiales debían contener un programa estructurado para el abandono del hábito de fumar. Cuando no estuvo claro si los materiales proporcionados cumplían estos criterios, se realizó un análisis de sensibilidad para determinar el efecto de incluir o excluir estos ensayos.

La medida de resultado abandono varió entre los estudios. El período máximo de seguimiento después del suministro de los materiales varió desde seis meses hasta 24 meses. Los ensayos utilizaron diversas definiciones de abstinencia. Los ensayos que utilizaron criterios estrictos para la abstinencia sostenida autoinformada, con validación en uno o más puntos de seguimiento, tendieron a informar menores tasas de abandono para las intervenciones experimental y de comparación. A menudo se informó que obtener muestras de saliva para la validación bioquímica fue un problema en los programas de contacto mínimo. Los participantes pueden haber rehusado proporcionar muestras por razones no relacionadas con su estado de fumador. Por lo tanto, las tasas de abandono validadas pueden ser particularmente bajas y es probable que las tasas de éxito se hayan subestimado si todos aquellos de los que no se obtuvieron muestras se clasificaron como fumadores. Las medidas que utilizaron la abstinencia desde primer seguimiento pueden subestimar el efecto a largo plazo del acceso a los materiales de autoayuda, que pueden estimular el intento de abandonar algún tiempo después de que se suministran. Los ensayos con un seguimiento largo que sólo utilizan tasas de abstinencia de prevalencia puntual pueden mostrar una tendencia hacia mayores tasas de abandono, ya que con el transcurso del tiempo hay más intentos. Veintitrés ensayos usaron el autoinforme de abstinencia de 30 días o menos (con o sin validación bioquímica) sólo en un punto del seguimiento como la única medida de abandono del hábito de fumar (Ahluwalia 1999; Becona 2001b; Burling 1989; Burling 2000; Clark 2004; Cuckle 1984; Davies 1992; Davis 1992; Dijkstra 1999; Fortmann 1995; Glasgow 1981; Humerfelt 1998; Janz 1987; Killen 1990; Kottke 1989; Lando 1988; Lando 1991; Lennox 2001; Omenn 1988; Prue 1983; Resnicow 1997; Rice 1994; Sykes 2001).

Materiales de autoayuda comparados con ninguna intervención

Materiales de autoayuda sin contacto presencial

Se identificaron 17 ensayos en los que se enviaron materiales de autoayuda a los fumadores sin ningún contacto personal. En cuatro de ellos, los fumadores del grupo control de comparación recibieron un folleto breve (Cummings 1988; Davis 1984; Lichtenstein 2000; Orleans 1991), mientras que en los otros no se les envió material alguno (Becona 2001a; Becona 2001b; Cuckle 1984; Curry 1995; Dijkstra 1998a; Dijkstra 1999; Gritz 1992; Humerfelt 1998; Lando 1991; Ledwith 1984; Lennox 2001; Pallonen 1994; Schofield 1999). En 11 ensayos, los participantes respondieron a la promoción de programas de abandono del hábito de fumar o se ofrecieron como voluntarios para un ensayo. Uno de estos sólo reclutó fumadores que no se proponían dejar el hábito en los próximos seis meses (Dijkstra 1999). Dos estudios enviaron materiales a fumadores de las Health Maintenance Organisations sin que estos los solicitaran (Curry 1995; Gritz 1992). Uno envió cartas adaptadas y no adaptadas de un médico a pacientes de médicos generales que habían respondido a un cuestionario acerca de la conducta sobre el tabaquismo (Lennox 2001); en esta estrategia se compara la carta estándar con un control de ninguna intervención. Un estudio envió un folleto y una carta dirigida personalmente de un consultor a los fumadores o exconsumidores recientes dados de alta del hospital (Schofield 1999). Dos estudios se dirigieron a factores que podían motivar el interés de abandonar. Uno de ellos utilizó una encuesta en la comunidad para identificar fumadores masculinos jóvenes (entre 30 años y 45 años) con reducción del VEF1 o exposición al asbesto. La intervención consistió en materiales de autoayuda acompañados de una carta de un neumólogo que resaltaba el mayor riesgo individual de los fumadores de presentar enfermedades del pulmón y recomendaba el abandono del tabaco (Humerfelt 1998). El segundo reclutó familias mediante una carta adjunta a las facturas de servicios que ofrecía pruebas de radón, y brindó un volante que remarcaba la repercusión sinérgica del radón y el hábito de fumar y aconsejaba abandonar el hábito o no fumar en interiores. El grupo comparación recibió un volante estándar acerca de los riesgos del radón que no hizo énfasis en el abandono (Lichtenstein 2000). Todos los estudios utilizaron un único envío de materiales, excepto Becona 2001a y un brazo de Becona 2001b, que realizó seis envíos semanales, y Pallonen 1994, que envió manuales adaptados a los estadios de cambio con intervalos de seis meses.

Materiales de autoayuda con encuentro breve

Se identificaron cinco ensayos en los que se entregaron materiales de autoayuda personalmente a los participantes, pero fuera del contexto de asesoramiento formal para dejar de fumar. En un estudio el grupo control recibió materiales de educación sanitaria, sin énfasis específico en el consumo de tabaco, y se intentó que el grupo intervención recibiera una única llamada telefónica (Resnicow 1997). En los otros estudios los controles no recibieron intervención alguna (Betson 1998; Campbell

1986; Fortmann 1995; Prue 1983). Tres estudios reclutaron pacientes en consultorios de atención ambulatoria (Betson 1998, Campbell 1986; Prue 1983); el último probablemente incluyó algún contacto telefónico para el grupo de autoayuda, aunque el alcance es incierto. En un ensayo (Fortmann 1995) los voluntarios se reclutaron entre quienes habían dejado de fumar durante las 24 horas previas a la asignación aleatoria, en un diseño factorial con una condición de chicle de nicotina/ningún chicle. Debido a que no hubo interacción entre el chicle y las condiciones de autoayuda, los brazos de nicotina se unieron para su introducción en el análisis. A todos los participantes se les ofreció un incentivo de 100 dólares americanos durante seis meses para dejar de fumar.

Materiales de autoayuda y asesoramiento versus asesoramiento solo

Once ensayos evaluaron materiales de autoayuda como complemento del asesoramiento breve acerca de dejar de fumar, brindado por un trabajador de asistencia sanitaria. En tres de estos ensayos se le brindaron algunos materiales escritos al grupo control. En un estudio (Lando 1988) ambos brazos también recibieron chicles de nicotina e instrucciones con respecto a su uso. En seis estudios el asesoramiento lo brindó un médico solo, y en cuatro, un médico, enfermera o ambos. En un estudio los estudiantes de enfermería asesoraron a dos fumadores, uno antes y otro después del entrenamiento para administrar un manual de autoayuda (Davies 1992). En un ensayo (Hollis 1993) los fumadores de autoayuda recibieron asesoramiento adicional de una enfermera, así como un mensaje de un médico. En un estudio de asesoramiento médico (Thompson 1988) que utilizó un diseño factorial completo, algunos fumadores recibieron asesoramiento estructurado con o sin materiales y algunos recibieron un breve asesoramiento (se combinaron los dos niveles de asesoramiento). Kottke 1989 asignó de forma aleatoria a los médicos a un taller con o sin suministro de materiales de autoayuda para los pacientes. Un estudio (Lipkus 1999) utilizó un complemento adaptado para el asesoramiento y se incluyó más adelante en la sección de adaptación.

No se identificaron ensayos que compararan directamente autoayuda con asesoramiento breve.

Autoayuda más tratamiento de reemplazo de nicotina (TRN) versus TRN solo

Dos estudios evaluaron materiales estándar de autoayuda como complemento del reemplazo de nicotina (Fortmann 1995; Lando 1988). Ambos se incluyeron en el subgrupo pertinente de las comparaciones anteriores, pero también se comparan aquí de forma directa. Ambos estudios utilizaron chicles de nicotina. Se excluyó un estudio adicional de esta comparación porque ambos grupos recibieron materiales escritos que se clasificaron como autoayuda (ICRF 1994). Un estudio, publicado como resumen (Orleans 2000), usó una guía dirigida para fumadores más viejos y siete adaptaron envíos generados por ordenador como complemento del parche de nicotina. El grupo control

recibió una hoja informativa sobre el abandono del hábito de fumar con la ayuda de un parche.

Mejorías a los materiales de autoayuda

Materiales adaptados

Diecisiete ensayos usaron materiales adaptados según las características de los fumadores individuales. Sólo uno ofreció algún contacto presencial como parte de la intervención inicial. Dos reclutaron a personas que habían llamado a una línea para abandonar el hábito de fumar. En Borland 2003 sólo se reclutó a aquellos que llamaron en busca de materiales escritos sin asesoramiento. En Borland 2004 algunos recibieron un asesoramiento breve antes del reclutamiento. La mayoría de los estudios incluyeron a voluntarios con probabilidad de haber estado buscando ayuda para abandonar el hábito de fumar. Siete reclutaron a una mezcla de personas, algunas de las cuales no estaban interesadas en intentos de abandono inmediatos (Aveyard 2003; Curry 1995; Etter 2004; Lennox 2001; Prochaska 2001a; Prochaska 2001b; Velicer 1999) y un ensayo reclutó específicamente a personas no interesadas en abandonar (Dijkstra 1999).

Tres estudios compararon materiales adaptados con ninguna intervención (Etter 2004; Prochaska 2001a; Prochaska 2001b). Algunos de los 14 ensayos que probaron el efecto creciente de los materiales adaptados sobre los materiales estándar confundieron la adaptación con el contacto adicional, de modo que los ensayos fueron agrupados de acuerdo a si el número de envíos estaba pareado o no. Cinco ensayos proporcionaron contactos pareados (Becona 2001a; Burling 1989; Lennox 2001; Owen 1989; Velicer 1999). De los ensayos con contacto adicional, algunos proporcionaron inicialmente los mismos materiales, pero luego agregaron materiales adaptados adicionales al grupo de intervención, por lo que se distinguió entre cinco en los que todos los materiales fueron adaptados (Aveyard 2003; Borland 2003; Curry 1991; Curry 1995; Prochaska 1993) y tres en los que los materiales fueron adaptados sólo parcialmente (Borland 2004; Dijkstra 1999; Ledwith 1984). Un estudio utilizó materiales adaptados como complemento del asesoramiento (Lipkus 1999).

El método empleado para obtener información, la base teórica para adaptar los materiales y el número de contactos variaron. Owen y cols. utilizaron un microordenador para personalizar un curso por correo de cuatro partes sobre la base de los cuestionarios iniciales de los participantes (Owen 1989). Curry y cols. utilizaron retroalimentación (feedback) generada por ordenador, que se basó en una encuesta inicial dirigida a mejorar la autoeficacia (Curry 1995). Prochaska y cols. complementaron los materiales pareados para el estadio de cambio con tres informes adicionales por ordenador, sobre la base de las respuestas de los individuos a los cuestionarios al comienzo del tratamiento y, al primero y al sexto mes. Todos los participantes recibieron el primer informe, pero sólo los que devolvieron los cuestionarios recibieron los otros dos (Prochaska 1993). El mismo grupo de investigación ha informado repeticiones en

una población más grande, para controlar el efecto del número de contactos (Velicer 1999b), y comparar la intervención adaptada con la evaluación sin retroalimentación (feedback) o materiales de cualquier clase (Prochaska 2001a; Prochaska 2001b). En el estudio de dosis respuesta (Velicer 1999) no se mostró un efecto significativo del número de contactos, de manera que estos brazos se unieron para este análisis y no se incluyó el brazo de tres contactos con el sistema experto porque el mismo grupo es un brazo del ensayo informado en Prochaska 2001a. Dijkstra y cols. compararon cartas y manuales adaptados individualmente con los materiales estándar solos. En esta comparación se combinaron las condiciones únicas y múltiples de la carta (Dijkstra 1999). Un ensayo en España comparó dos informes de retroalimentación (feedback) generada por ordenador como complemento de seis folletos estándar (Becona 2001a). Un estudio escocés comparó una única carta adaptada de cuatro páginas de un médico de familia con una carta no adaptada (Lennox 2001). Un estudio realizado en una población suiza comparó hasta tres cartas adaptadas personalmente y volantes pareados por estadio con ninguna intervención. Cerca de la mitad de los participantes no reenviaron los cuestionarios posteriores y por lo tanto sólo recibieron una única carta (Etter 2004). Dos estudios australianos proporcionaron a aquellos que llamaron a las líneas de ayuda un paquete con materiales escritos estándar o cartas adaptadas de asesoramiento. En el primero hubo sólo tres cartas (Borland 2003) mientras que en el segundo hubo más cartas y el objetivo era brindar más apoyo en torno a una fecha para el abandono (Borland 2004). Cerca de la mitad los participantes recibieron cinco cartas o más. Un estudio en consultorios de medicina familiar del Reino Unido reclutó a fumadores no seleccionados por correo; el grupo de intervención adaptada recibió el mismo manual basado en el estadio de cambio y una carta adaptada a un sistema experto. Se utilizaron dos cuestionarios adicionales a intervalos de tres meses para generar otras cartas. Cerca de la mitad de los participantes recibieron las cartas adicionales. Un estudio (Lipkus 1999) estimuló a los prestadores de atención sanitaria a intervenir mediante el modelo de las 4A y al grupo intervención se le envió un boletín informativo adaptado basado en las respuestas a una encuesta telefónica inicial. En dos ensayos los fumadores en el grupo intervención no recibieron necesariamente materiales personalizados, ya que primero tenían que devolver un cuestionario. Uno comparó autoayuda sola con retroalimentación (feedback) basada en los informes de progreso, con o sin incentivos de premio para promover el uso de los materiales (Curry 1991). El otro utilizó cartas personalizadas basadas en las respuestas a un cuestionario enviado junto con los materiales de autoayuda (Ledwith 1984). Un estudio (Burling 1989) proporcionó un plan individualizado de abandono de nicotina basado en los datos que los participantes introdujeron diariamente en un ordenador, como complemento de unos folletos, una línea de ayuda y un sorteo.

Materiales escritos adicionales

Cuatro estudios analizaron el efecto de envíos adicionales de materiales no adaptados. En uno, a los fumadores que habían

tenido éxito en el abandono durante 48 horas se les entregó un folleto del módulo inicial "Cómo enfrentar la urgencia de fumar sin fumar" (Killen 1990). El grupo control no recibió intervención adicional. El grupo de autoselección eligió posteriormente siete módulos adicionales sobre cómo evitar el tabaco en situaciones específicas de alto riesgo. El grupo final recibió una selección aleatoria de módulos a intervalos semanales. Estos factores se cruzaron con una condición de chicle de nicotina o placebo. Debido a que no se describieron interacciones, se unieron las condiciones de chicle y se combinaron los grupos de autoselección y módulos aleatorios. Otro ensayo comparó un equipo de abandono con un plan de cinco días de abandono versus un curso por correspondencia en etapas (Owen 1989). En el tercero, el manual de la American Lung Association (ALA) "Libre de tabaco en 20 días", utilizado de manera conjunta con un programa de televisión y boletines de mantenimiento adicionales, se compararon con un manual y un programa solo (McFall 1993). En un ensayo los materiales se enviaron seis meses después del equipo de abandono del hábito de fumar (Cuckle 1984).

Vídeo adicional

Un ensayo (Killen 1997) probó un vídeo como componente adicional. El diseño factorial también probó el efecto de los parches de nicotina y debido a que hubo pruebas de una interacción entre el TRN y la condición de autoayuda, los datos de los brazos de parche y placebo se introdujeron por separado.

Materiales dirigidos a poblaciones específicas de fumadores

Cuatro ensayos compararon un manual estándar con uno dirigido a una población particular. Davis y cols. compararon un programa concebido para las madres con niños pequeños con materiales del ALA o del National Cancer Institute (NCI) (Davis 1992). Orleans y cols. compararon una guía enfocada a las necesidades de abandono y las barreras de los fumadores afroamericanos con una guía estándar, enviada a los fumadores que llamaban al Servicio de Información del Cáncer del NCI (Orleans 1998). Prochaska y cols. proporcionaron manuales adaptados al estadio de cambio del fumador comparados con materiales estándar (Prochaska 1993). Otro ensayo de manuales adaptados para los fumadores más viejos se excluyó porque no informó un seguimiento a largo plazo (Rimer 1994). Ahluwalia 1999 comparó materiales culturalmente adecuados con materiales estándar para fumadores afroamericanos que también recibieron parches de nicotina y dos llamadas telefónicas.

Comparaciones entre diferentes tipos de material de autoayuda

Se identificaron diez ensayos que compararon diferentes tipos de materiales de autoayuda que no se adaptaron ni personalizaron o se entregaron en períodos de tiempo diferente (Becona 2001b; Berman 1995; Burling 2000; Clark 2004; Curry 1988; Glasgow 1981; ICRF 1994; Omenn 1988; Smith 2004; Sykes 2001). En dos de ellos, se compararon tres grupos diferentes de materiales (Glasgow 1981; Omenn 1988). Uno comparó un programa experimental con énfasis en las técnicas de prevención de recaídas con un enfoque más tradicional con énfasis en la abstinencia (Curry 1988). Otro comparó un folleto

estándar de 16 páginas con un manual más grande que contenía más información acerca del abandono, con la utilización de un parche de nicotina (ICRF 1994). Berman 1995 comparó dos tipos de materiales para fumadores que se ofrecían como voluntarios para el cribaje de salud cardíaca y el abandono. El grupo de intervención recibió una carta y un mensaje mínimamente adaptados, pero no hasta después del seguimiento de tres meses, de manera que no se han considerado como adaptados. Becona 2001b comparó un manual con un envío semanal de seis folletos, ambos basados en el mismo enfoque conductual cognitivo. Sykes 2001 comparó un programa cognitivo-conductual que consistió en un manual, tarjetas de reducción, un gráfico de progreso y una cinta de audio que resumió el programa y aportó música de relajación, con un volante desarrollado por la Health Education Authority del Reino Unido, ambos utilizados como complemento de una única sesión introductoria en un formato de grupo. Clark 2004 comparó un folleto con una lista de sitios de Internet que proporcionaban recursos útiles con materiales estándar de autoayuda. Smith 2004 comparó materiales producidos por la Canadian Cancer Society; un folleto de 44 páginas o un folleto de asesoramiento de una sola página. Los materiales se probaron en un diseño factorial, junto con dos grados diferentes de asesoramiento telefónico (unidos para esta revisión). Un estudio piloto no publicado comparó un programa interactivo basado en Internet y un dispositivo para ayudar al abandono de nicotina, con los manuales de la American Lung Association (Burling 2000).

CALIDAD METODOLÓGICA

En sólo siete estudios se brindaron descripciones detalladas de un método adecuado de asignación aleatoria y ocultamiento de la asignación (Aveyard 2003; Borland 2004; Betson 1998; BTS 1983; ICRF 1994; Lennox 2001; Schofield 1999). En dos estudios (Campbell 1986; Pederson 1983) se empleó un método de asignación cuasialeatorio por el día de asistencia. Un estudio asignó al azar a los médicos a los grupos de intervención (Kottke 1989) y uno asignó al azar a las familias (Lichtenstein 2000). Un estudio asignó al azar "tirando una moneda al aire", por sitio de reclutamiento y escuelas (Berman 1995). La exclusión de los estudios con un método inadecuado de ocultamiento de la asignación no altera las conclusiones de ningún metanálisis

En 22 estudios estuvo disponible la validación bioquímica de todos los autoinformes de abandono o hubo datos suficientes para ajustar las tasas de abandono de acuerdo al nivel de informe inadecuado en una muestra. (BTS 1983; Burling 1989; Burling 2000; Campbell 1986; Clark 2004; Cuckle 1984; Curry 1988; Curry 1991; Davies 1992; Fortmann 1995; Glasgow 1981; Harackiewicz 1988; Hollis 1993; Humerfelt 1998; ICRF 1994; Killen 1997; Kottke 1989; Lennox 2001; Omenn 1988; Orleans 1991; Schofield 1999; Sykes 2001). Entre los estudios que no informaron totalmente las tasas de abandono con comprobación bioquímica, 11 (Ahluwalia 1999; Dijkstra 1999; Janz 1987;

Lando 1991; Lipkus 1999; Orleans 1998; Owen 1989; Pederson 1983; Prue 1983; Resnicow 1997; Thompson 1988) utilizaron tasas basadas en el autoinforme de abandono en un único punto de seguimiento. En dos casos, un acompañante confirmó el abandono (Cummings 1988; Davis 1992). En los otros estudios los participantes clasificados como no fumadores también habían informado la abstinencia sostenida o abstinencia en uno o más puntos previos al seguimiento final.

Algunos informes brindan tasas de abandono basadas sólo en las personas con las que se estableció contacto durante el seguimiento. En los estudios basados en poblaciones, se ha argumentado que clasificar todos los abandonos como fumadores que no abandonaron puede ser pesimista e introducir sesgo en caso de que haya datos faltantes de forma aleatoria (Velicer 1999). En esta revisión se ha seguido el método del Grupo Cochrane de Revisión de Adicción al Tabaco para el informe del análisis basado en el número total de asignados de forma aleatoria, donde, de ser posible, los abandonos y los participantes perdidos durante el seguimiento se clasifican como fumadores. Se realizó un análisis de sensibilidad para evaluar si las diferentes presunciones con respecto a los abandonos pudiesen afectar las conclusiones.

RESULTADOS

Los ensayos variaron en cuanto a la cantidad de asesoramiento u orientación presencial brindada a las intervenciones experimental y control, y a si se brindaron o no materiales de control a los fumadores del grupo comparación. Al considerar los efectos de la autoayuda, los ensayos se agruparon según estas categorías. En la Comparación 1 se calculó un odds-ratio combinado por separado para cada nivel de contacto personal con subgrupos según el tipo de control. En la Comparación 2 se utilizaron los mismos datos del ensayo y se calculó un odds-ratio combinado general para todos los ensayos que compararon la autoayuda con ninguna autoayuda.

Materiales de autoayuda comparados con ninguna intervención

Materiales de autoayuda sin encuentro personal

Hubo 13 ensayos, con un total de más de 14 500 participantes, en los que se enviaron por correo manuales o materiales estándar de autoayuda no adaptados, y los grupos control no recibieron materiales. Se observó heterogeneidad significativa debido a la inclusión de dos ensayos realizados en España (Becona 2001a; Becona 2001b) que mostraron efectos muy importantes. Ambos ensayos reclutaron fumadores que buscaban tratamiento y el grupo control sabía que se les ofrecería tratamiento al final de seis meses, lo que posiblemente desalentó a intentar el abandono sin ayuda. Las tasas de abandono también fueron muy altas en los grupos de intervención (16% y 25%). Por consiguiente, estos estudios se han excluido de este metanálisis y se ha calculado un efecto estimado combinado para los otros 11 ensayos entre los que no había pruebas de heterogeneidad.

Entre estos ensayos la tasa de abandono del control varió del 1% al 11%, con un promedio de 5%, y la tasa de abandono del grupo intervención, del 2% al 10%. El odds-ratio combinado favoreció a la intervención de autoayuda, aunque los intervalos de confianza (IC) excluyeron por poco margen el 1.0 (N = 13 773; OR 1,24, IC del 95%: 1,07 a 1,45). Cuatro ensayos en los que los controles recibieron alguna forma de material escrito no mostraron tendencias hacia un beneficio de los materiales más estructurados y el odds-ratio combinado para este subgrupo fue menor que 1.0 (N = 4807; OR 0,87; IC del 95%: 0,68 a 1,12). Si estos dos subgrupos se combinan, las pruebas de cualquier beneficio de los materiales por sí mismos es marginal, (OR 1,13; IC del 95%: 0,99 a 1,29). (Nota: el gráfico 01.01.01 muestra los datos con inclusión de los estudios de Becona; el gráfico 02.01.01 muestra el subgrupo que los excluye).

Materiales de autoayuda con encuentro breve

En el grupo de cinco ensayos en los que se entregaron los materiales en persona, en lugar de a través del correo, hubo casi 4000 participantes y una tasa promedio de abandono del grupo control de 9%. No fue posible encontrar pruebas de un efecto significativo de los materiales de autoayuda suministrados mediante encuentros presenciales si los controles recibieron o no algún material escrito (OR 1,20; IC del 95%: 0,96; 1,49).

Materiales de autoayuda y asesoramiento versus asesoramiento solo

Hubo 11 ensayos con un total de más de 5000 participantes en los que los materiales de autoayuda se probaron como complemento del asesoramiento presencial de un prestador de asistencia sanitaria. No se encontraron pruebas de que los materiales adicionales de autoayuda aumentaran significativamente las tasas de abandono si los controles recibieron algunos materiales (N = 1784; OR 1,15; IC del 95%: 0,77 a 1,72) o no los recibieron (N = 3525; OR 0,91; IC del 95%: 0,70 a 1,17). Las tasas de abandono del grupo control variaron del 2% al 25%, con un promedio de 7%. Como sería de esperar, éstas son mayores que las tasas de los grupos control que no recibieron intervención.

Cuando se combinaron todos los ensayos de materiales de autoayuda comparados con ninguna autoayuda, de forma independiente del nivel de contacto (Comparación 2), no hubo pruebas de efecto y poca heterogeneidad al excluir los dos ensayos de Becona y cols. (N = 27 755; I^2 = 26%, OR 1,11; IC del 95%: 1,00 a 1,22).

Materiales de autoayuda más tratamiento de reemplazo de nicotina (TRN) comparados con TRN solo

Los tres ensayos que analizaron específicamente los materiales de autoayuda además del TRN no mostraron pruebas de un beneficio adicional de los materiales con respecto a las tasas relativamente altas de abandono alcanzadas mediante el TRN (N = 1250; OR 1,00, IC del 95%: 0,77 a 1,29). La tasa de abandono del grupo control fue de más del 20% en los tres estudios. No hubo diferencias en los resultados entre los dos ensayos que utilizaron materiales estándar y el ensayo que

comparó materiales adaptados con una hoja de información estándar. Se excluyó un estudio relevante en esta categoría porque el seguimiento fue demasiado corto (Strecher 2005). Este estudio comparó un programa adaptado basado en Internet con material no adaptado basado en Internet para los fumadores que habían adquirido un parche de nicotina y se habían registrado para usar el programa de apoyo conductual. En este estudio amplio, la diferencia entre las tasas de abstinencia continua fue significativa después de 12 semanas (23% versus 18%). No se sabe si esta ventaja se habría mantenido de haber habido un seguimiento más prolongado.

Mejorías a los materiales de autoayuda

Materiales adaptados

Según tres estudios, los materiales de autoayuda adaptados fueron mejores que la falta de material (N = 7790, OR 1,38; IC del 95%: 1,15 a 1,66).

En otros ensayos los grupos control recibieron materiales estándar de autoayuda. El subgrupo de cinco ensayos en los que el grupo intervención y control se parearon en cuanto al número de contactos mostró pruebas de heterogeneidad ($I^2 = 67\%$). Dos ensayos aportaron la mayoría de los datos. Velicer 1999, con 2882 participantes asignados al azar, aportó el 50% de la ponderación y mostró un aumento significativo marginal con un odds-ratio de cerca del 1,4. La exclusión de los abandonos de los denominadores aumentó un poco el efecto estimado porque más personas se perdieron de los grupos de intervención de sistemas especializados. El resultado no se modificó por el uso de diferentes definiciones de abandono (12 meses en lugar de 18 meses de seguimiento y siete días o 30 días en lugar de seis meses de abstinencia sostenida). Este ensayo también probó números diferentes de envíos adaptados versus no adaptados, pero no detectó un efecto consistente de dosis-respuesta (datos no mostrados). El segundo ensayo más amplio, Lennox 2001, con 1739 participantes, no mostró un efecto de los materiales adaptados, con un odds-ratio de 0,8 a favor del control. La razón de la falta de efecto ha sido analizada (Reiter 2003); el componente adaptado constituyó sólo dos páginas de un folleto de tamaño A5 de cuatro páginas y no suministró mucha información acerca del abandono del hábito de fumar. Los tres ensayos restantes de este subgrupo son pequeños.

Entre los cinco estudios en los que los materiales adaptados se compararon con un control no adaptado, pero donde hubo una potencial confusión en el efecto por el mayor contacto, los resultados fueron muy consistentes. Aunque ninguno de estos estudios tuvo individualmente resultados estadísticamente significativos, la estimación combinada indicó un beneficio pequeño de la intervención (N = 4682; OR 1,50; IC del 95%: 1,12 a 2,02). En el grupo de tres estudios donde sólo se adaptaron los materiales adicionales, también hubo pruebas de beneficio (N = 1787, OR = 1,81; IC del 95%: 1,27 a 2,57). El estudio que envió cartas adaptadas, además de asesoramiento

estimulante por parte de los médicos, mostró beneficio de los materiales (Lipkus 1999 OR 3,20; IC del 95%: 1,21 a 8,47).

Si se considera que las diferencias en los detalles de la adaptación y la cantidad de contacto tienen una importancia limitada, y se combinan los 17 estudios, la heterogeneidad estadística sólo es limitada y existen pruebas de un beneficio general de los materiales adaptados (N = 20 414; $I^2 = 28\%$; OR 1,42; IC del 95%: 1,26 a 1,61). La estimación permanece casi sin cambios si se excluye el subgrupo de ensayos con un control sin intervención (N = 12 624; OR = 1,46; IC del 95%: 1,24 a 1,71). Esto apoya la conclusión de que los materiales adaptados aumentan el número de abandonos y de que lo hacen en mayor medida que los materiales estándar.

Materiales escritos adicionales

La combinación de cuatro ensayos de materiales escritos adicionales no logró detectar un beneficio significativo (OR 1,02; IC del 95%: 0,85 a 1,22). Uno de los ensayos (Cuckle 1984) no envió materiales adicionales hasta seis meses después del "equipo de abandono" inicial, pero su exclusión no afecta el resultado.

Vídeo adicional

El ensayo que utilizó un vídeo como complemento de los materiales escritos (Killen 1997) no detectó un beneficio general significativo. Hubo una tasa de abandono menor, aunque no de manera significativa, en el grupo activo de parche de nicotina entre los que recibieron el vídeo y los materiales escritos.

Materiales dirigidos a poblaciones específicas de fumadores

Cuatro ensayos de materiales dirigidos a poblaciones específicas no mostraron pruebas de un beneficio significativo cuando se compararon con materiales estándar (N = 3101; OR 1,10; IC del 95%: 0,87 a 1,40). En dos de los estudios, las personas que llamaron a las líneas de ayuda recibieron asesoramiento telefónico antes de que se les enviaran los materiales (Davis 1992; Orleans 1998 (en los que el asesoramiento también estaba adaptado), y en uno, todos los participantes recibieron tratamiento de reemplazo de nicotina (Ahluwalia 1999). Estos componentes comunes pueden haber contribuido al éxito del abandono en todos los grupos y limitado la posibilidad de detectar efectos de diferencias pequeñas de los materiales complementarios.

Comparaciones entre diferentes tipos de material de autoayuda

No se realizó el metanálisis de este grupo heterogéneo de ensayos. Dos ensayos compararon tres variantes de materiales cada uno (Glasgow 1981; Omenn 1988) y uno comparó materiales sin una predicción fuerte de la dirección de la diferencia entre ellos (Curry 1988). Estos tres ensayos incluyeron un total de 375 pacientes en los brazos relevantes y no encontraron diferencias estadísticas en las tasas de abandono entre cualquiera de las condiciones. Un ensayo de 1686 participantes tampoco halló diferencias significativas en el resultado entre aquellos que recibieron un folleto más largo o más corto cuando se utilizaron en conjunto con un parche de nicotina o placebo y apoyo de enfermeras (ICRF 1994). Berman

1995 comparó dos tipos de materiales para fumadores que se ofrecían como voluntarios para el cribaje de salud cardíaca y el abandono. No hubo diferencias significativas en ninguna de las medidas de abandono. Clark 2004 no detectó el beneficio hipotético de una lista de recursos de Internet sobre el material estándar. Los resultados favorecieron a los materiales estándar pero con intervalos de confianza amplios (OR 0,44; IC del 95%: 0,14 a 1,37). Un estudio que comparó envíos semanales con un único manual no detectó diferencia significativa a seis meses o 12 meses (Becona 2001b). No hubo pruebas de diferencias entre un cuadernillo de 44 páginas o un folleto cuando se utilizaron como complementos para exfumadores motivados que recibieron una sesión prolongada de asesoramiento telefónico y uno de dos grados de asesoramiento en el seguimiento (Smith 2004). Un estudio piloto pequeño no logró detectar diferencias significativas en las tasas de abandono entre el programa de ALA y un programa basado en Internet (Burling 2000). Un ensayo (Sykes 2001) mostró un efecto estadísticamente significativo después de seis meses con un aumento de más de tres veces en la odds de abandono con el uso de un programa conductual cognitivo comparado con un volante estándar, ambos utilizados como complemento de una sesión única introductoria en un formato de grupo. El efecto no se mantuvo en el seguimiento a 12 meses (Marks 2002).

DISCUSIÓN

En esta revisión, se definieron los materiales de autoayuda como aquellos que proporcionaron enfoques estructurados para el abandono del hábito de fumar. Con esta definición, hubo pocas pruebas de que tales materiales, utilizados por sí mismos, aumentaran el número de personas que podían abandonar el tabaco.

En los ensayos en los que los materiales enviados se compararon con un control sin intervención, las probabilidades de abandono aumentaron el 20%. Este resultado apenas alcanzó significación estadística, ya que los intervalos de confianza alrededor de esta estimación excluyeron por poco margen la unidad. Los resultados de la mayoría de estos ensayos fueron razonablemente coherentes, pero se excluyeron dos ensayos del mismo autor de la estimación combinada porque tenían resultados muy superiores y eran fuente de heterogeneidad significativa. Ninguno de los otros ensayos tuvo resultados significativos para la medida de resultado utilizada en esta revisión. Aunque es probable que hubiera un efecto pequeño de los materiales comparados con ningún tratamiento, esto corresponde a una diferencia absoluta en las tasas de abandono de cerca de 1%, en el mejor de los casos (Número necesario a tratar = 100).

No hubo pruebas de efecto significativo cuando los materiales se distribuyeron con el contacto presencial pero sin asesoramiento acerca del abandono del hábito de fumar. En esta comparación hubo cuatro ensayos sin materiales para el grupo control y uno con materiales. El ensayo que contribuyó

con el peso mayor (Fortmann 1995) sólo incluyó fumadores que habían dejado el hábito con éxito durante 24 horas y donde algunos fumadores recibieron además chicles de nicotina; la exclusión de los grupos de chicle no afectó el resultado resumen. Sin embargo, este diseño de ensayo estaba probando la efectividad de los materiales de autoayuda para prevenir la recaída y no la motivación de intentar el abandono o ayudar al éxito inmediato.

Otra revisión sistemática Cochrane ha mostrado que el asesoramiento de los médicos aumenta el abandono del hábito de fumar, comparado con ningún asesoramiento o la atención habitual (Lancaster 2004). Esta revisión sugiere que la provisión de materiales adicionales de autoayuda además del asesoramiento de un profesional de la asistencia sanitaria no mejora el resultado. Este conjunto de comparaciones incluye 11 ensayos con más de 5000 participantes. El límite superior del intervalo de confianza del 95% para la estimación combinada de un efecto es un odds-ratio de 1,22, pero cuando se calcula como diferencia absoluta, el aumento en las tasas de abandono no sería de más del 1%. El estudio extensamente citado de Russell de los efectos del asesoramiento médico en la atención primaria (Russell 1979), indicó que agregar un folleto junto con una advertencia de seguimiento producía un beneficio gradual. Este efecto no se repitió sistemáticamente en los estudios posteriores. El ensayo de Russell no se incluyó en esta revisión, ya que el folleto de información no pareció ser lo suficientemente importante para clasificarse como autoayuda. Sin embargo su inclusión en un análisis de sensibilidad no alteró las conclusiones.

De modo similar, hay pocas pruebas de efecto de los materiales de autoayuda utilizados en conjunto con el tratamiento de reemplazo de nicotina (TRN). Ensayos recientes utilizan materiales adaptados de forma individualizada en lugar de materiales estándar combinados con chicle o parches de nicotina (Shiffman 2000; Shiffman 2001; Strecher 2005). Estos ensayos informan solamente de un seguimiento corto, por lo que no se incluyen en esta revisión, pero la combinación de los materiales adaptados con el TRN puede ser un campo promisorio para investigaciones adicionales.

Una explicación de que puede ser difícil mostrar la eficacia de los programas estándar de autoayuda es el nivel de "contaminación". Los materiales que estimulan a los fumadores a que dejen el hábito y que dan consejos ya están ampliamente diseminados, de manera que los fumadores de un brazo control que están motivados e intentan abandonar pueden perfectamente haber tenido acceso a los mismos tipos de materiales que se les brindó a los fumadores del grupo experimental. Por otro lado, puede haber razones más fundamentales de por qué las intervenciones conductuales son más eficaces cuando se administran mediante contactos presenciales. Killen ha sugerido, por ejemplo, que las aptitudes de autorreglamentación necesarias para resistir el deseo de fumar pueden aprenderse, ensayarse y mantenerse mejor bajo supervisión directa de un terapeuta, que a través de un modelo simple ofrecido por materiales de

autoayuda (Killen 1997). Strecher ha sugerido que el tamaño de los manuales y panfletos de autoayuda genérica puede desalentar el uso efectivo de los materiales (Strecher 1994). Meade 1989 sugirió que los materiales de autoayuda pueden ser demasiado avanzados para muchos lectores y que la comprensión se puede mejorar mediante el ajuste del nivel del grado de lectura. Los materiales adaptados pueden tener potencial para abordar estos temas.

Mejoría de los programas de autoayuda

Una de las críticas principales a los materiales de autoayuda tradicionales es que no tienen en cuenta las características y los problemas individuales al tratar el abandono del hábito de fumar. Esto podría dar cuenta del fracaso de los materiales de autoayuda para igualar el efecto del asesoramiento brindado individualmente o en grupos. La adaptación de los materiales a los hábitos y a las motivaciones de los individuos es un enfoque teórico atractivo para mejorar la eficacia de tales materiales. En esta revisión, los materiales adaptados individualmente parecieron ser eficaces, y más eficaces que los materiales estándar. Por el contrario, dirigir los materiales a las necesidades percibidas de un grupo ampliamente definido de fumadores no demostró que aumentara la eficacia de tales materiales. Una limitación de las conclusiones sobre el beneficio de la adaptación comparada con los materiales estándar es que en varios estudios la adaptación se confunde con el contacto adicional. El reducido número de estudios donde se parearon los contactos tuvo resultados heterogéneos. Uno de estos estudios evaluó diferentes números de contactos sin detectar un efecto dosis-respuesta, pero los materiales adaptados tendieron a superar a los estándar cualquiera haya sido el número de contactos. El criterio propuesto es que es improbable que la evaluación o el contacto solos contribuyan con mucho a la repercusión de la adaptación, y deben ser parte del proceso de adaptación. Bajo esta presuposición, se justifica realizar la combinación de todos los estudios de materiales adaptados, y las pruebas indican no sólo que son más eficaces que ninguna intervención, sino también que son más eficaces que los materiales estándar. Sin embargo, debe observarse que incluso los estudios individuales grandes en su mayoría no han logrado detectar efectos a largo plazo estadísticamente significativos y que el aumento absoluto de las tasas de abandono atribuible al uso de materiales adaptados aún es pequeño. Dos autores de los estudios incluidos en este metanálisis son cautos acerca de los efectos de algunos tipos de adaptación. Aveyard se muestra escéptico en cuanto al beneficio de la adaptación del sistema experto basada en el modelo transteórico (MTT) ("estadios de cambio") como se implementó en su ensayo en fumadores no seleccionados (Aveyard 2003). Borland (Borland 2003) también llegó a la conclusión de que la adaptación con el MTT no mejoró las tasas de abandono para los fumadores que llamaban a una línea de ayuda para abandonar el hábito de fumar. No obstante, en un segundo ensayo que utilizó un sistema mejorado de adaptación, este grupo sí detectó una mejoría sobre los materiales estándar (Borland 2004).

Hasta ahora las pruebas no son suficientes para determinar qué elementos de la personalización de la información a los fumadores individuales pueden ser importantes y qué teorías deben informar la adaptación de los materiales (Skinner 1999; Strecher 1999). Los autores de un estudio reciente que empleó la personalización como un placebo para la adaptación individualizada mientras se controlaban las expectativas sugieren que los efectos no específicos de la adaptación pueden ser relevantes (Webb 2005). Aunque tres de los estudios más amplios han sido realizados por Prochaska y cols., otros grupos también han mostrado tamaños similares del efecto. En un estudio en el que la adaptación no parecía beneficiosa, los materiales de intervención fueron muy breves y no suministraron mucha información acerca del abandono. Los autores han analizado varias explicaciones para este resultado negativo (Reiter 2003). Al considerar si se adaptarán los materiales, y cómo hacerlo, parece importante tener en cuenta las características generales de la población a la que se dirigirán. Es probable que aquellos que llaman a una línea de ayuda requieran asesoramiento orientado a que su intento de abandono sea exitoso, en lugar de elementos motivacionales que pueden ser apropiados para una intervención basada en una población más amplia. Los aumentos absolutos de las tasas de abandono dependen, hasta cierto punto, de la población reclutada para la intervención. En uno de los estudios más amplios (Velicer 1999), que reclutó al 85% de los fumadores identificados en una organización para el mantenimiento de la salud, hubo un aumento del 1,5% al 3% en la abstinencia sostenida de seis meses, comparado con los materiales estándar a los 18 meses, lo que depende de presuposiciones con respecto al estado del hábito en los fumadores que se pierden durante el seguimiento. Esto es similar al aumento absoluto promedio de la tasa de abandono del 1% al 3% cuando se combinan todos los ensayos considerados.

Probablemente las intervenciones de autoayuda se utilicen como intervención para fumadores que no han establecido contacto con un sistema de asistencia sanitaria, pero las intervenciones adaptadas dependen de la capacidad para obtener algunos datos iniciales. Es posible reclutar de manera proactiva números considerables de fumadores, incluidos aquellos que no se proponen actualmente abandonarlo en un futuro próximo. En un estudio suizo grande que utilizó reclutamiento a través del correo, el 74% de los reclutados eran 'precontempladores' y el 60% no informó un intento de abandono en el año previo (Etter 2004). Prochaska y cols. utilizaron el teléfono para reclutar un grupo de los fumadores y el 42% de ellos eran 'precontempladores' (Prochaska 2001b).

Las conclusiones de la revisión acerca del efecto de los materiales de autoayuda se basan en un análisis por intención de tratar en el que se incluye a todos los participantes asignados al azar, de forma independiente de si recibieron o no la intervención. Varios estudios aportaron análisis de subgrupos que muestran que las tasas de abandono fueron mayores de manera significativa entre los que utilizaron este programa. Sin

embargo, no se puede suponer que ésta es una relación causal, ya que puede suceder que aquellos que están preparados para leer un manual fueran los más motivados y equipados para abandonar con éxito. Los materiales adaptados pueden producir un beneficio porque son más atractivos y legibles, de manera que pueden utilizarlos más personas.

Al utilizar un análisis del tipo intención de tratar también se presupone que los participantes que no se pudieron seguir o que rechazaron la participación todavía son fumadores. Se ha sostenido que en los estudios de contacto mínimo basados en poblaciones los participantes pueden ser inalcanzables por razones no relacionadas con su estado de fumador y que suponer que todos son fumadores lleva a tasas de abandono innecesariamente conservadoras (Hall 2001; Prochaska 2001a). Prochaska, Velicer y cols. distinguen entre los perdidos durante el seguimiento y los que se retiran del ensayo. En el análisis principal se utilizaron los datos de los participantes aleatorizados, pero se realizó un análisis de sensibilidad del efecto con el número de participantes seguidos colocado como denominador. Por supuesto, este hecho aumenta las tasas promedio de abandono en los grupos intervención y control, pero como las tasas de abandono son habitualmente bastante similares a través de los brazos de los estudios, sólo tiene un impacto pequeño sobre la estimación del efecto relativo. No produce efectos sobre las conclusiones acerca de la adaptación.

Es bien reconocido que la mayoría de los ex fumadores declara que han abandonado sin la ayuda de un programa formal de abandono. Según han señalado Fisher y cols. (Fisher 1993) "han abandonado el hábito entre una imponente variedad de mensajes educativos sanitarios, la estimulación de los profesionales de la salud ... el cambio de las normas relacionadas con el tabaco ... y la experiencia ganada de sus propios intentos previos de abandono". La información es una parte importante de la participación individual en todas las formas de asistencia sanitaria y la provisión de información escrita y de otras formas de información a los fumadores tiene una validez importante. Sin embargo, en el mejor de los casos los efectos de proporcionar materiales estandarizados de autoayuda son moderados. Es probable que los fumadores que buscan ayuda se beneficien más del asesoramiento breve o la orientación, o de los materiales adaptados. Aún no se han publicado evaluaciones extensas de los sistemas basados en internet que ofrecen apoyo adaptado, pero pueden ser una poderosa forma de brindar a los fumadores acceso a recursos individualizados.

CONCLUSIONES DE LOS AUTORES

Implicaciones para la práctica

El acceso a la información, en formatos comprensibles, es importante para los individuos que fuman, como lo es para aquellos con otro tipo de problema médico. Esta revisión analizó el efecto específico de los materiales que se dirigieron a proporcionar un enfoque estructurado para el abandono del hábito de fumar, más allá de una simple información. Tales materiales pueden proporcionar un aumento muy pequeño del abandono, comparados con ninguna intervención. No se encontraron pruebas de que los materiales de autoayuda aumenten los beneficios con respecto a otras intervenciones mínimas como el asesoramiento de un profesional de la asistencia sanitaria o el tratamiento de reemplazo de nicotina. Existen pruebas crecientes de que los materiales adaptados para los fumadores individuales son más eficaces que la falta de intervención, y más eficaces que los materiales no adaptados, aunque el aumento absoluto de las tasas de abandono aún es pequeño.

Implicaciones para la investigación

Es probable que las investigaciones futuras en este campo se centren en otras formas de individualización de los materiales de autoayuda, administrados en una variedad de formatos.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece a Sue Curry, Paul McDonald y Saul Shiffman por sus comentarios, y a Ann Varady, Joe Rossi, Christine Edwards, Neal Boyd, Virginia Rice y Tracy Orleans por brindar datos adicionales de los ensayos publicados o inéditos.

POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno conocido.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Recursos externos

- NHS Research & Development Programme UK

Recursos internos

- Department of Primary Health Care, University of Oxford UK



REFERENCIAS

Referencias de los estudios incluidos en esta revisión

Ahluwalia 1999 {published data only}

*Ahluwalia JS, Richter KP, Mayo MS, Resnicow K. Quit for Life: A randomized trial of culturally sensitive materials for smoking cessation in African Americans. *Journal of General Internal Medicine* 1999;**14** Suppl 2:6.

Catley D, Ahluwalia JS, Resnicow K, Nazir N. Depressive symptoms and smoking cessation among inner-city African Americans using the nicotine patch. *Nicotine & Tobacco Research* 2003;**5**(1):61-8.

Aveyard 2003 {published data only}

Aveyard P, Griffin C, Lawrence T, Cheng KK. A controlled trial of an expert system and self-help manual intervention based on the stages of change versus standard self-help materials in smoking cessation. *Addiction* 2003;**98**(3):345-54.

Becona 2001a {published data only}

Becona E, Vazquez FL. Effectiveness of personalized written feedback through a mail intervention for smoking cessation: a randomized-controlled trial in Spanish smokers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001;**69**(1):33-40.

Becona 2001b {published data only}

Becona E, Vasquez FL. Comparison of the efficacy of a self-help smoking cessation by mail with a manual in one-time intervention or weekly intervention. *Psiquis* 2001;**22**:41-50.

Berman 1995 {published data only}

Berman BA, Gritz ER, Braxton Owens H, Nisenbaum R. Targeting adult smokers through a multi-ethnic public school system. *Journal of Cancer Education* 1995;**10**:91-101.

Betson 1998 {published and unpublished data}

Betson CL, Lam TH, Chung TWH, Chung SF. A randomized controlled trial of smoking cessation in Government out-patient clinics in Hong Kong (Abstract OS 321). *Proceedings of the 10th World Conference on Tobacco or Health; Aug 24-28; Beijing, China*. 1997:113.

Borland 2003 {published data only}

Borland R, Balmford J, Segan C, Livingston P, Owen N. The effectiveness of personalized smoking cessation strategies for callers to a Quitline service. *Addiction* 2003;**98**(6):837-46.

Borland 2004 {published data only}

Borland R, Balmford J, Hunt D. The effectiveness of personally tailored computer-generated advice letters for smoking cessation. *Addiction* 2004;**99**(3):369-77.

BTS 1983 {published data only}

British Thoracic Society. Comparison of four methods of smoking withdrawal in patients with smoking related diseases. Report by a subcommittee of the Research Committee of the British Thoracic Society. *BMJ* 1983;**286**:595-7. 83128388.

Burling 1989 {published data only}

Burling TA, Marotta J, Gonzalez R, Moltzen JO, Eng AM, Schmidt GA et al. Computerized smoking cessation program for the worksite: treatment outcome and feasibility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989;**57**:619-22. 90009587.

Burling 2000 {published data only}

Burling AS, Burling TA. A work in progress: Effectiveness of a comprehensive internet-delivered interactive multimedia stop smoking program. Presented at the 34th Annual Convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA, November 2000.

Campbell 1986 {published data only}

Campbell IA, Hansford M, Prescott RJ. Effect of a "stop smoking" booklet on smokers attending for chest radiography: a controlled study. *Thorax* 1986;**41**:369-71. 1986316586.

Clark 2004 {published data only}

Clark MM, Cox LS, Jett JR, Patten CA, Schroeder DR, Nirelli LM et al. Effectiveness of smoking cessation self-help materials in a lung cancer screening population. *Lung Cancer* 2004;**44**(1):13-21.

Cuckle 1984 {published data only}

Cuckle HS, van Vunakis H. The effectiveness of a postal smoking cessation 'kit'. *Community Medicine* 1984;**6**:210-5. 85002665.

Cummings 1988 {published data only}

Cummings KM, Emont SL, Jaen C, Sciandra R. Format and quitting instructions as factors influencing the impact of a self-administered quit smoking program. *Health Education Quarterly* 1988;**15**:199-216. 88243489.

Curry 1988 {published data only}

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

Curry 1991 {published data only}

Curry SJ, Wagner EH, Grothaus LC. Evaluation of intrinsic and extrinsic motivation interventions with a self-help smoking cessation program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991;**59**:318-24. 91231573.

Curry 1995 {published data only}

Curry SJ, McBride C, Grothaus LC, Louie D, Wagner EH. A randomized trial of self-help materials, personalized feedback, and telephone counselling with nonvolunteer smokers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1995;**63**:1005-114. 96116569.

Davies 1992 {published data only}

Davies BL, Matte Lewis L, O'Connor AM, Dulberg CS, Drake ER. Evaluation of the "Time to Quit" self-help smoking cessation program. *Canadian Journal of Public Health* 1992;**83**:19-23. 92240528.

Davis 1984 {published data only}

Davis AL, Faust R, Ordentlich M. Self-help smoking cessation and maintenance programs: a comparative study with 12-month follow-up by the American Lung Association. *American Journal of Public Health* 1984;**74**:1212-7. 85044445.

Davis 1992 {published data only}

Davis SW, Cummings KM, Rimer BK, Sciandra R. The impact of tailored self-help smoking cessation guides on young mothers. *Health Education Quarterly* 1992;**19**:495-504. 93084499.

Dijkstra 1998a {published data only}

*Dijkstra A, Devries H, Roijackers J. Long-term effectiveness of computer-generated tailored feedback in smoking cessation. *Health Education Research* 1998;**13**:207-14.

Dijkstra A, Devries H, Roijackers J, van Breukelen G. Individualized interventions in smoking cessation: A field experimental trial. *Gedrag and Gezondheid Tijdschrift voor Psychologie and Gezondheid* 1996;**24**:314-22.

Dijkstra A, de Vries H, Roijackers J, Van Breukelen G. Tailored interventions to communicate stage-matched information to smokers in different motivational stages. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998;**66**(3):549-57. 98306864.

Dijkstra 1999 {published data only}

*Dijkstra A, Devries H, Roijackers J. Targeting smokers with low readiness to change with tailored and nontailored self-help materials. *Preventive Medicine* 1999;**28**:203-11.

Etter 2004 {published data only}

Etter JF, Perneger TV. Effectiveness of a computer-tailored smoking cessation program: a randomized trial. *Archives of Internal Medicine* 2001;**161**(21):2596-601.

Etter JF, Perneger TV. Effectiveness of a computer-tailored smoking cessation program. 11th World Conference on Tobacco or Health 6-11 August Chicago Abstract book. Chicago, Illinois, USA: 2000;**1**:159.

- *Etter JF, Perneger TV. Post-intervention effect of a computer tailored smoking cessation programme. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2004;**58**:849-51.
- Fortmann 1995** {published and unpublished data}
Fortmann SP, Killen JD. Nicotine gum and self-help behavioral treatment for smoking relapse prevention - results from a trial using population-based recruitment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1995;**63**:460-8. 95332518.
- Glasgow 1981** {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**:659-67. 82031418.
- Gritz 1992** {published data only}
*Gritz ER, Berman BA, Bastani R, Wu M. A randomized trial of a self-help smoking cessation intervention in a nonvolunteer female population: testing the limits of the public health model. *Health Psychology* 1992;**11**:280-9. 93049139.
Hudmon KS, Gritz ER, Clayton S, Nisenbaum R. Eating orientation, postcessation weight gain, and continued abstinence among female smokers receiving an unsolicited smoking cessation intervention. *Health Psychology* 1999;**18**:29-36.
- Harackiewicz 1988** {published data only}
*Harackiewicz JM, Blair LW, Sansone C, Epstein JA, Stuchell RN. Nicotine gum and self-help manuals in smoking cessation: an evaluation in a medical context. *Addictive Behaviors* 1988;**13**:319-30. 89190055.
Harackiewicz JM, Sansone C, Blair LW, Epstein JA, Manderlink G. Attributional processes in behavior change and maintenance: smoking cessation and continued abstinence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1987;**55**:372-8. 87251644.
- 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**:521-5. 93182891.
- Humerfelt 1998** {published data only}
*Humerfelt S, Eide GE, Kvale G, Aaro LE, Gulsvik A. Effectiveness of postal smoking cessation advice: a randomized controlled trial in young men with reduced FEV1 and asbestos exposure. *European Respiratory Journal* 1998;**11**:284-90. 98211450.
Humerfelt S, Eide GE, Kvale G, Aaro LE, Gulsvik A. Predictors of stopping smoking in a community of young adults [abstract]. *European Respiratory Journal* 1995;**8 Suppl** 19:115.
Humerfelt S, Eide GE, Kvale G, Aaro LE, Gulsvik A. Smoking cessation after a doctor's postal advice to quit smoking among high risk male smokers in a community [abstract]. *European Respiratory Journal* 1995;**8 Suppl** 19:112S.
Humerfelt S, Kvale G, Aaro LE, Gulsvik A. Success rates of smoking cessation after a doctor's postal advice to quit smoking in a randomized trial among men with asbestos exposure and reduced FEV1 from a population survey [abstract]. *European Respiratory Journal* 1994;**7 Suppl** 18:255s.
- ICRF 1994** {published data only}
Imperial Cancer Research Fund General Practice Research Group. Randomised trial of nicotine patches in general practice: results at one year. *BMJ* 1994;**308**:1476-7. 94290169.
*Imperial Cancer Research Fund General Practice Research Group. Effectiveness of a nicotine patch in helping people stop smoking: results of a randomised trial in general practice. *BMJ* 1993;**306**:1304-8. 93299146.
- Janz 1987** {published data only}
Janz NK, Becker MH, Kirscht JP, Eraker SA, Billi JE, Woolliscroft JO. Evaluation of a minimal-contact smoking cessation intervention in an outpatient setting. *American Journal of Public Health* 1987;**77**:805-9. 87239065.
- Killen 1990** {published data only}
Fortmann SP, Killen JD, Telch MJ, Newman B. Minimal contact treatment for smoking cessation. A placebo controlled trial of nicotine polacrilex and self-directed relapse prevention: initial results of the Stanford Stop Smoking Project. *JAMA* 1988;**260**:1575-80. 1988317171.
*Killen JD, Fortmann SP, Newman B, Varady A. Evaluation of a treatment approach combining nicotine gum with self-guided behavioral treatments for smoking relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1990;**58**:85-92. 90203397.
- Killen 1997** {published data only}
Killen JD, Fortmann SP, Davis L, Varady A. Nicotine patch and self-help video for cigarette smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997;**65**:663-72. 97400683.
- Killen 1997 +NP** {published data only}
*Killen JD, Fortmann SP, Davis L, Varady A. Nicotine patch and self-help video for cigarette smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997;**65**:663-72. 97400683.
- Kottke 1989** {published data only}
Kottke TE, Brekke ML, Solberg LI, Hughes JR. A randomized trial to increase smoking intervention by physicians. Doctors Helping Smokers, Round I. *JAMA* 1989;**261**:2101-6. 89178992.
- Lando 1988** {published data only}
Lando HA, Kalb EA, McGovern PG. Behavioral self-help materials as an adjunct to nicotine gum. *Addictive Behaviors* 1988;**13**:181-4. 88220106.
- Lando 1991** {published data only}
Lando HA, Pirie PL, McGovern PG, Pechacek TF, Swim J, Loken B. A comparison of self-help approaches to smoking cessation. *Addictive Behaviors* 1991;**16**:183-93. 92133396.
- Ledwith 1984** {published data only}
*Ledwith F. Immediate and delayed effects of postal advice on stopping smoking. *Health Bulletin* 1984;**42**:332-44. 85079230.
Ledwith F. Immediate and delayed effects of postal advice on stopping smoking. *Proceedings of the 5th World Conference on Smoking and Health, July 10-15 1983, Winnipeg*. Ottawa: Canadian Council on Smoking and Health, 1984;**1**:383-7.
- Lennox 2001** {published data only}
*Lennox AS, Osman LM, Reiter E, Robertson R, Friend J, McCann I et al. Cost effectiveness of computer tailored and non-tailored smoking cessation letters in general practice: randomised controlled trial. *BMJ* 2001;**322(7299)**:1396.
Reiter E, Robertson R, Osman LM. Lessons from a failure: Generating tailored smoking cessation letters. *Artificial Intelligence* 2003;**144**:41-58.
- Lichtenstein 2000** {published data only}
Lee ME, Lichtenstein E, Andrews JA, Glasgow RE, Hampson SE. Radon-smoking synergy: A population-based behavioral risk reduction approach. *Preventive Medicine* 1999;**29**:222-7.
*Lichtenstein E, Andrews JA, Lee ME, Glasgow RE, Hampson SE. Using radon risk to motivate smoking reduction: evaluation of written materials and brief telephone counselling. *Tobacco Control* 2000;**9**:320-6.
- Lipkus 1999** {published data only}
*Lipkus IM, Lyna PR, Rimer BK. Using tailored interventions to enhance smoking cessation among African-Americans at a community health center. *Nicotine & Tobacco Research* 1999;**1(1)**:77-85.

McFall 1993 {published data only}

McFall SL, Michener A, Rubin D, Flay BR, Mermelstein RJ, Burton D et al. The effects and use of maintenance newsletters in a smoking cessation intervention. *Addictive Behaviors* 1993;**18**:151-8. 93282320.

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.

Thompson B, Omenn G, Sexton M, Breitenstein B, Hessol N, Curry S et al. Worksite smoking cessation: a test of two programs. *Progress in Clinical and Biological Research* 1987;**248**:93-100.

Orleans 1991 {published data only}

*Orleans CT, Schoenbach VJ, Wagner EH, Quade D, Salmon MA, Pearson DC et al. Self-help quit smoking interventions: effects of self-help materials, social support instructions, and telephone counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991;**59**:439-48. 91302578.

Schoenbach VJ, Orleans CT, Wagner EH, Quade D, Salmon MAP, Porter CQ. Characteristics of smokers who enroll and quit in self-help programs. *Health Education Research* 1992;**7**:369-80.

Orleans 1998 {published data only}

Orleans CT, Boyd NR, Bingle R, Sutton C, Fairclough D, Heller D et al. A self-help intervention for African American smokers: tailoring Cancer Information Service counseling for a special population. *Preventive Medicine* 1998;**27**:S61-S70. 99030559.

Orleans 2000 {published data only}

Orleans CT, Boyd NR, Noll E, Crosette L, Glassman B. Computer tailored intervention for older smokers using transdermal nicotine. *Tobacco Control* 2000;**9** Suppl 1:153.

Owen 1989 {published data only}

Owen N, Ewins AL, Lee C. Smoking cessation by mail: a comparison of standard and personalized correspondence course formats. *Addictive Behaviors* 1989;**14**:355-63. 89390036.

Pallonen 1994 {published data only}

Pallonen UE, Leskinen L, Prochaska JO, Willey CJ, Kaariainen R, Salonen JT. A 2-year self-help smoking cessation manual intervention among middle-aged Finnish men: an application of the transtheoretical model. *Preventive Medicine* 1994;**23**:507-14. 95062062.

Pederson 1983 {published data only}

Pederson LL, Wood T, Lefcoe NM. Use of a self-help smoking cessation manual as an adjunct to advice from a respiratory specialist. *International Journal of the Addictions* 1983;**18**:777-82. 84031175.

Prochaska 1993 {published and unpublished data}

Prochaska JO, Di Clemente CC, Velicer WF, Rossi JS. Standardized, individualized, interactive, and personalized self-help programs for smoking cessation. *Health Psychology* 1993;**12**:399-405. 94038821.

Prochaska 2001a {published data only}

Prochaska JO, Velicer WF, Fava JL, Ruggiero L, Laforge RG, Rossi JS et al. Counselor and stimulus control enhancements of a stage-matched expert system intervention for smokers in a managed care setting. *Preventive Medicine* 2001;**32**:23-32.

Prochaska 2001b {published data only}

Prochaska JO, Velicer WF, Fava JL, Rossi JS, Tsoh JY. Evaluating a population-based recruitment approach and a stage-based expert system intervention for smoking cessation. *Addictive Behaviors* 2001;**26**:583-602.

Prue 1983 {published data only}

Prue DM, Davis CJ, Martin JE, Moss RA. An investigation of a minimal contact brand fading program for smoking treatment. *Addictive Behaviors* 1983;**8**:307-10. 84124504.

Resnicow 1997 {published data only}

Resnicow K, Royce J, Vaughan R, Orlandi MA, Smith M. Analysis of a multicomponent smoking cessation project: What worked and why. *Preventive Medicine* 1997;**26**:373-81.

*Resnicow K, Vaughan R, Futterman R, Weston RE, Royce J, Parns C et al. A self-help smoking cessation program for inner-city African Americans: Results from the Harlem health connection project. *Health Education & Behavior* 1997;**24**:201-17. 97233468.

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.

Schofield 1999 {published data only}

Schofield PE, Hill DJ, Johnston CI, Streeton JA. The effectiveness of a directly mailed smoking cessation intervention to Australian discharged hospital patients. *Preventive Medicine* 1999;**29**(6 Pt 1):527-34.

Smith 2004 {published data only}

Smith PM, Cameron R, McDonald PW, Kawash B, Madill C, Brown KS. Telephone counseling for population-based smoking cessation. *American Journal of Health Behavior* 2004;**28**(3):231-41.

Sykes 2001 {published data only}

*Marks DF, Sykes CM. Randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy for smokers living in a deprived area of London: Outcome at one-year follow-up. *Psychology, Health and Medicine* 2002;**7**:17-24.

Sykes CM, Marks DF. Effectiveness of a cognitive behaviour therapy self-help programme for smokers in London, UK. *Health Promotion International* 2001;**16**:255-60.

Thompson 1988 {published data only}

Thompson RS, Michnich 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.

Velicer 1999 {published data only}

Velicer WF, Prochaska JO. An expert system intervention for smoking cessation. *Patient Education & Counseling* 1999;**36**:119-29.

*Velicer WF, Prochaska JO, Fava JL, Laforge RG, Rossi JS. Interactive versus noninteractive interventions and dose-response relationships for stage-matched smoking cessation programs in a managed care setting. *Health Psychology* 1999;**18**(1):21-8. 99122430.

Referencias de los estudios excluidos de esta revisión**Balanda 1999**

Balanda KP, Lowe JB, O'Connor Fleming ML. Comparison of two self-help smoking cessation booklets. *Tobacco Control* 1999;**8**:57-61.

Brandon 2000

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

Brandon 2004

Brandon TH, Meade CD, Herzog TA, Chirikos TN, Webb MS, Cantor AB. Efficacy and cost-effectiveness of a minimal intervention to prevent smoking relapse: Dismantling the effects of amount of content versus contact. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2004;**72**(5):797-808.

Brown 1992

Brown S, Hunt G, Owen N. The effect of adding telephone contact to self-instructional smoking-cessation materials. *Behavior Change* 1992;**9**:216-22.

Conway 2004

Conway TL, Woodruff SI, Edwards CC, Elder JP, Hurtado SL, Hervig LK. Operation Stay Quit: evaluation of two smoking relapse prevention strategies for women after involuntary cessation during US Navy recruit training. *Military Medicine* 2004;**169**(3):236-42.

Dijkstra 1998b

*Dijkstra A, de Vries H, Roijackers J, Van Breukelen G. Tailoring information to enhance quitting in smokers with low motivation to quit: Three basic efficacy questions. *Health Psychology* 1998;**17**:513-9. 1999063547.

Dijkstra 2001

Dijkstra A, de Vries H. Do self-help interventions in health education lead to cognitive changes, and do cognitive changes lead to behavioural change?. *British Journal of Health Psychology* 2001;**6**:121-34.

Edwards 1999

Edwards CC, Woodruff SI, Conway TL. Operation Stay Quit: Preventing smoking relapse among US Navy women. *American Journal of Health Behavior* 1999;**23**:353-5.

Garcia 2000

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.

Gritz 1988

Gritz ER, Marcus AC, Berman BA, Read LL, Kanim LEA, Reeder SJ. Evaluation of a worksite self-help smoking cessation program for registered nurses. *American Journal of Health Promotion* 1988;**3**(2):26-35.

Hall 2003

*Hall S, Bishop AJ, Marteau TM. Increasing readiness to stop smoking in women undergoing cervical screening: evaluation of two leaflets. *Nicotine & Tobacco Research* 2003;**5**(6):821-6.

Marteau TM, Hall S. Motivating smoking cessation in women undergoing cervical screening: evaluation of two leaflets. *International Journal of Cancer* 2002;**Suppl 13**:469.

Jeffery 1982

Jeffery RW, Danaher BG, Killen J, Farquhar JW, Kinnier R. Self-administered programs for health behavior change: smoking cessation and weight reduction by mail. *Addictive Behaviors* 1982;**7**:57-63. 1982202603.

Jeffery 1990

Jeffery RW, Hellerstedt WL, Schmid TL. Correspondence programs for smoking cessation and weight control: a comparison of two strategies in the Minnesota Heart Health Program. *Health Psychology* 1990;**9**:585-98. 1991031378.

Johs 2003

Johs Artisensi JL. The effect of web-based support as an adjunct to a self-help smoking cessation program. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2003;**63**(9-B):4138.

Jordan 1999

Jordan JC, Reynolds RV, Myers DL, Tobin TL, Jones JR, Hall LK et al. Comparison of internet delivered and printed self-help smoking cessation programs with hospital employees. *Society for Research on Nicotine and Tobacco Fifth Annual Meeting March 5-7 San Diego CA*. 1999.

Kreuter 1996

Kreuter MW, Strecher VJ. Do tailored behavior change messages enhance the effectiveness of health risk appraisal? Results from a randomized trial. *Health Education Research* 1996;**11**:97-105.

Lenert 2004

Lenert L, Munoz RF, Perez JE, Bansod A. Automated e-mail messaging as a tool for improving quit rates in an internet smoking cessation intervention. *Journal of the American Medical Informatics Association* 2004;**11**(4):235-40.

Lipkus 2004

Lipkus IM, McBride CM, Pollak KI, Schwartz-Bloom RD, Tilson E, Bloom PN. A randomized trial comparing the effects of self-help materials and proactive telephone counseling on teen smoking cessation. *Health Psychology* 2004;**23**(4):397-406.

McBride 1999

*McBride CM, Scholes D, Grothaus LC, Curry SJ, Ludman E, Albright J. Evaluation of a minimal self-help smoking cessation intervention following cervical cancer screening. *Preventive Medicine* 1999;**29**(2):133-8.

McMahon 2000

McMahon SD, Jason LA. Social support in a worksite smoking intervention. A test of theoretical models. *Behavior Modification* 2000;**24**:184-201.

Meade 1989

Meade CD, Byrd JC, Lee M. Improving patient comprehension of literature on smoking. *American Journal of Public Health* 1989;**79**(10):1411-2.

Moore 2002

Moore L, Campbell R, Whelan A, Mills N, Lupton P, Misselbrook E et al. Self help smoking cessation in pregnancy: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2002;**325**(7377):1383.

O'Hara 1993

O'Hara P, Gerace TA, Elliott LL. Effectiveness of self-help smoking cessation guides for firefighters. *Journal of Occupational Medicine* 1993;**35**:795-9. 1994046050.

Ossip-Klein 1991

Ossip Klein DJ, Giovino GA, Megahed N, Black PM, Emont SL, Stiggins J et al. Effects of a smoker's hotline: results of a 10-county self-help trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991;**59**:325-32. 1991231574.

Ossip-Klein 1997

Ossip Klein DJ, Carosella AM, Krusch DA. Self-help interventions for older smokers. *Tobacco Control* 1997;**6**(3):188-93. 1998057889.

Pallonen 1998

*Pallonen UE, Velicer WF, Prochaska JO, Rossi JS, Bellis JM, Tsoh JY et al. Computer-based smoking cessation interventions in adolescents: Description, feasibility, and six-month follow-up findings. *Substance Use and Misuse* 1998;**33**(4):935-65. 98208412.

Pederson 1981

Pederson LL, Baldwin N, Lefcoe NM. Utility of behavioral self-help manuals in a minimal-contact smoking cessation program. *International Journal of Addiction* 1981;**16**:1233-9. 1982119153.

Rimer 1994

Rimer BK, Orleans CT. Tailoring smoking cessation for older adults. *Cancer* 1994;**74**(7 Suppl):2051-4. 1994373734.

*Rimer BK, Orleans CT, Fleisher L, Cristinzio S. Does tailoring matter? The impact of a tailored guide on ratings and short-term smoking-related outcomes for older smokers. *Health Education Research* 1994;**9**:69-84.

Russell 1979

Russell MAH, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioners' advice against smoking. *British Medical Journal* 1979;**2**:231-5. 1980001100.

Sallis 1986

Sallis JF, Hill RD, Killen JD, Telch MJ, Flora JA, Girard J et al. Efficacy of self-help behavior modification materials in smoking cessation. *American Journal of Preventive Medicine* 1986;**2**:342-4. 1988269341.

Shiffman 2000

Shiffman S, Gitchell J, Strecher V et al. Real-world efficacy of computer-tailored smoking cessation material as a supplement to nicotine replacement [Abstract]. *10th World Congress on Smoking or Health, Beijing, China, August*. 1997.

*Shiffman S, Paty JA, Rohay JM, Dimarino ME, Gitchell J. The efficacy of computer-tailored smoking cessation material as a supplement to nicotine polacrilex gum therapy. *Archives of Internal Medicine* 2000;**160**:1675-81.

Shiffman 2001

Shiffman S, Paty J, Rohay J, di Marino M, Strecher V. The efficacy of computer-tailored smoking cessation material as a supplement to nicotine patch therapy. *Society for Research on Nicotine and Tobacco*; 1998 August; Copenhagen, Denmark

*Shiffman S, Paty JA, Rohay JM, Di Marino ME, Gitchell JG. The efficacy of computer-tailored smoking cessation material as a supplement to nicotine patch therapy. *Drug & Alcohol Dependence* 2001;**64**(1):35-46.

Strecher 1994

Strecher VJ, Kreuter M, den Boer DJ, Kobrin S, Hospers HJ, Skinner CS. The effects of computer-tailored smoking cessation messages in family practice settings. *Journal of Family Practice* 1994;**39**:262-70.

Strecher 2000

Strecher VJ, Bishop KR, Bernhardt J, Thorp JM, Cheuvront B, Potts P. Quit for keeps: tailored smoking cessation guides for pregnancy and beyond. *Tobacco Control* 2000;**9** Suppl 3III:78-9.

Strecher 2005

*Strecher VJ, Shiffman S, West R. Randomized controlled trial of a web-based computer-tailored smoking cessation program as a supplement to nicotine patch therapy. *Addiction* 2005;**100**:682-8.

Travis 2004

Travis HE, Lawrance K. Effectiveness of self-help smoking cessation interventions for college smokers: a randomized controlled trial (POS2-032). *Society for Research on Nicotine and Tobacco 10th Annual Meeting February 18-21, Phoenix, Arizona*. 2004.

Webb 2005

Webb MS, Simmons VN, Brandon TH. Tailored interventions for motivating smoking cessation: using placebo tailoring to examine the influence of expectancies and personalization. *Health Psychology* 2005;**24**(2):179-88.

Weissfeld 1991

Weissfeld JL, Holloway JL. Treatment for cigarette smoking in a department of Veterans Affairs outpatient clinic. *Archives of Internal Medicine* 1991;**151**:973-7. 1991221915.

Willemsen 1995

Willemsen MC, de Vries H. Evaluation of a smoking cessation intervention for Dutch employees consisting of self help methods and a group programme. *Tobacco Control* 1995;**4**:351-64.

Windsor 1989

Windsor RA, Lowe JB. Behavioral impact and cost analysis of a worksite self-help smoking cessation program. *Progress in Clinical and Biological Research* 1989;**293**:231-42.

Zhu 1996

Zhu SH, Stretch V, Balabanis M, Rosbrook BP, Sadler G, Pierce JP. Telephone counseling for smoking cessation - effects of single-session and multiple-session interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996;**64**:202-11. 1997063232.

Referencias de los estudios en espera de evaluación

Gilbert 2004

*Gilbert H, Sutton S. Does adding tailored feedback to telephone counselling improve quit rates? (POS1-033). *Society for Research on Nicotine and Tobacco 10th Annual Meeting February 18-21, Phoenix, Arizona*. 2004.

Gilljam 2001

Gilljam H. Office based sequential computer tailoring as an aid for smoking cessation (PO3 74). 2001.

McDonald 2003

McDonald PW, Jessup L, Stephen Brown K, Ahmed R, Filsinger S. Are cessation interventions based on stage of change really more effective? (POS4-27). *Society for Research on Nicotine and Tobacco 9th Annual Meeting February 19-22 New Orleans, Louisiana*. 2003.

Referencias de los estudios en marcha

Lichtenstein 2002

edl@ori.org. Ongoing study Starting date of trial not provided. Contact author for more information.

Lichtenstein E, Lee ME, Boles SM, Foster L, Hampson SE. Using radon risk to motivate smoking reduction: replication and extension (PO3 21). *Society for Research on Nicotine and Tobacco 8th Annual Meeting February 20-23 Savannah, Georgia*. 2002.

Referencias adicionales

Curry 1993

Curry SJ. Self-help interventions for smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993;**61**:790-803.

Fiore 1990

Fiore MC, Novotny TE, Pierce JP, Giovino GA, Hatziaandreu EJ, Newcomb PA et al. Methods used to quit smoking in the United States. Do cessation programs help?. *JAMA* 1990;**263**:2760-5.

Fisher 1993

Fisher EB Jr, Lichtenstein E, Haire-Joshu D, Morgan GD, Rehberg HR. Methods, successes, and failures of smoking cessation programs. *Annual Review of Medicine* 1993;**44**:481-513.

Greenland 1985

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

Grimshaw 2005

Grimshaw G, Stanton A, Lancaster T. Tobacco cessation interventions for young people. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 2005. CD003289.

Hall 2001

Hall SM, Delucchi KL, Velicer WF, Kahler CW, Ranger-Moore J, Hedeker D et al. Statistical analysis of randomized trials in tobacco treatment: longitudinal designs with dichotomous outcome. *Nicotine & Tobacco Research* 2001;**3**:193-202.

Higgins 2003

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

Kreuter 2000

Kreuter MW, Skinner CS. Tailoring: what's in a name?. *Health Education Research* 2000;**15**:1-4.

Lancaster 2004

Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking cessation. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 2004. CD000165.

Lancaster 2005

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

Lumley 2004

Lumley J, Oliver S, Waters E. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 2004. CD001055.

Marks 2002

Marks DF, Sykes CM. Randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy for smokers living in a deprived area of London: Outcome at one-year follow-up. *Psychology, Health and Medicine* 2002;**7**:17-24.

Prochaska 1997

Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion* 1997;**12**:38-48.

Reiter 2003

Reiter E, Robertson R, Osman LM. Lessons from a failure: Generating tailored smoking cessation letters. *Artificial Intelligence* 2003;**144**:41-58.

Silagy 2004

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

Skinner 1999

Skinner CS, Campbell MK, Rimer BK, Curry S, Prochaska JO. How effective is tailored print communication?. *Annals of Behavioral Medicine* 1999;**21**:290-8.

Stead 2003

Stead LF, Lancaster T, Perera R. Telephone counselling for smoking cessation. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, 2003. CD002850.

Stead 2005

Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 2005. CD001007.

Strecher 1999

Strecher VJ. Computer-tailored smoking cessation materials: A review and discussion. *Patient Education and Counseling* 1999;**36**:107-17.

Velicer 1999b

Velicer WF, Prochaska JO. An expert system intervention for smoking cessation. *Patient Education and Counseling* 1999;**36**:119-29.

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 Disease* 1985;**27**:335-71.

Referencias de otras versiones de esta revisión

Lancaster 1998

Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 1998. CD001118.

Lancaster 2000

Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 2000. CD001118.

Lancaster 2002

Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 2002. CD001118.

* El asterisco señala los documentos más importantes para este estudio

TABLAS

Characteristics of included studies

Study	Ahluwalia 1999
Methods	Setting: hospital, USA Recruitment: smokers visiting hospital, interested in quitting in next 6m Randomization: method not stated
Participants	500 African-American smokers 60% F, av. age 43, av. cpd 20
Interventions	All participants received 8w nicotine patch and 2 phone calls 1. Standard materials; ALA FFS + video 2. Culturally sensitive guide and video targeted for African Americans
Outcomes	Abstinence at 6m (30 day PP) Validation: none
Notes	New for 2005 update. Comparison targeted and untargeted materials
Allocation concealment	B
Study	Aveyard 2003
Methods	Setting: 65 general practices, UK Recruitment: volunteers from random selection of smoking patients, not selected for motivation Randomization: minimization to balance SoC, addiction and socio-economic status
Participants	2471 smokers, 1373 in relevant arms, >80% in precontemplation or contemplation, 10-14% in preparation. 54% F, av. age 41, av. cpd 20
Interventions	1. Standard S-H materials, single mailing 2. S-H manual based on Transtheoretical (SoC) model, expert system letter tailored on baseline questionnaire. Further questionnaires at 3m & 6m for additional letters (approx 50% received 3 letters). No face-to-face contact.
Outcomes	Abstinence at 12m, sustained for 6m Validation: saliva cotinine < 14.2 ng/ml
Notes	New for 2005 update 2 vs 1, tailored S-H vs standard S-H
Allocation concealment	A
Study	BTS 1983
Methods	Setting: Hospital chest clinics and inpatient wards, UK Recruitment: Patients with smoking-related conditions Randomization: numbered envelope
Participants	748 smokers (in relevant arms) Av. age 49, av. cpd 24
Interventions	1. Brief advice to quit from a physician 2. Advice and S-H booklet containing information and advice 3. Same as 2. plus placebo chewing gum 4. Same as 2. plus nicotine gum

Characteristics of included studies

Outcomes	Sustained abstinence 6-12m (2 PP) Validation: venous carboxyhaemoglobin and thiocyanate
Notes	2. vs 1, S-H vs control.
Allocation concealment	A
Study	Becona 2001a
Methods	Setting: community, Spain Recruitment: community volunteers, mainly in contemplation or preparation SoC Randomization: method not stated
Participants	300 smokers 48% F, Av. age 37, av. cpd 26
Interventions	1. No intervention. Treatment offered after 6m follow up 2. Standard S-H pamphlets, 6 mailed weekly with personalized letter 3. As 2 with individual feedback based on weekly reports + 2 additional 1 page reports.
Outcomes	Abstinence at 6m or 12m, sustained since initial quit. Validation: CO < 9ppm
Notes	2 vs 1 excluded from meta-analysis due to heterogeneity. Quit rates 16% vs 0% at 6m, OR 8.70 (95% CI 3.14 to 24.10) 3 vs 2, 12m outcome, tailored materials
Allocation concealment	B
Study	Becona 2001b
Methods	Setting: community, Spain Recruitment: smokers interested in quitting within 6m Randomization: method not stated
Participants	724 smokers 42% F, av. age 37, av. cpd 26
Interventions	1. Waiting List control (only followed for 6m) 2. S-H Manual 3. S-H brochures sent weekly
Outcomes	Abstinence at 12m (30 day) or 6m (7 day) Validation: CO at 12 m
Notes	New for 2005 update 3+2 vs 1, S-H vs control, 6 m follow-up 2 vs 3 comparison between materials, not included in meta-analysis
Allocation concealment	B
Study	Berman 1995
Methods	Setting: multi-ethnic community, USA Recruitment: via schools, smokers interested in health screening and cessation Randomization: by school, coin toss
Participants	348 smokers 51% F, av.age 37

Characteristics of included studies

Interventions	All participants received cardiovascular health screening and educational materials. 1. Freedom from Smoking for you and Your Family or Spanish equivalent. Minimally tailored message at completion of 3m telephone follow up and tailored letter (Group class offered after 6m follow up) 2. How to Double your Quitting Power and Spanish equivalent.
Outcomes	Abstinence at 6m, continuous (other outcomes also reported, no differences in findings) Validation: attempted unsuccessfully at 12m
Notes	Added for 2005 update No non-S-H control. Denominators not given for groups. No differences at any time point or definition of abstinence.
Allocation concealment	C
Study	Betson 1998
Methods	Setting: government outpatient clinic, Hong Kong Recruitment: smokers < 65 Randomization: Sequentially numbered envelopes containing computer-generated random intervention allocation
Participants	865 smokers 92% M 49% smoking >10/day
Interventions	1. No intervention 2. S-H materials (Chinese translation of American Cancer Society booklet) 3. Physician advice (1min, based on 4As) 4. Physician advice and S-H booklet
Outcomes	Abstinence at 1 year (sustained from 3m) Validation: poor response to request for urine specimen so data based on self report
Notes	2 vs 1, S-H with face-to-face contact 4 vs 3, S-H as adjunct to advice Full paper provided by Professor Lam.
Allocation concealment	A
Study	Borland 2003
Methods	Setting: Quitline, Australia Recruitment: smokers seeking materials or counselling Randomization: by shuffling questionnaires, states that biases could not arise
Participants	1578 smokers, 1050 in relevant arms 54% F, modal age 30-49, av. cpd 23
Interventions	1. Standard S-H Quit pack based around SoC 2. Additional tailored letters at baseline, and at 3m and 6m based on mailed assessments 3. Additional proactive TC (not incl in this review) Some participants in all groups received brief reactive counselling before enrollment
Outcomes	Abstinence at 1 year (sustained for 9m) Validation: none
Notes	New for 2005 update 2 vs 1, tailored S-H vs standard.
Allocation concealment	C

Characteristics of included studies

Study	Borland 2004
Methods	Setting: Quitline, Australia Recruitment: Callers wanting written S-H materials Randomization: Computer-generated random numbers
Participants	772 baseline smokers (baseline quitters not included in this review) 54% F (all participants:), approx 47% < 30, av cpd 19
Interventions	1. Standard S-H quit pack 2. Additional tailored letters, based on assessment phone calls. Average number 5.7 (SD 4.6)
Outcomes	Abstinence at 12m (sustained for 6m) Validation: none
Notes	New for 2005 update. 2 vs 1, tailored S-H vs standard S-H. No control for effect of multiple contact
Allocation concealment	A
Study	Burling 1989
Methods	Setting: Veterans Administration Medical Centre, USA Recruitment: VA employees Randomization: no details
Participants	58 smokers Av. age 44, av. cpd 27
Interventions	1. American Cancer Society and ALA pamphlets about smoking, a telephone hotline, and a stop smoking contest which gave vouchers for a draw, for each day when expired CO < 8ppm. 2. As 1 + use of a computer to enter data on smoking behaviour and smoke a cigarette through a filter attached to the computer; this produced an individualized nicotine fading programme, explained in an accompanying manual.
Outcomes	Abstinence at 6m Validation: CO < 8ppm
Notes	2 vs 1, individually tailored materials
Allocation concealment	B
Study	Burling 2000
Methods	Setting: Community, USA Recruitment: Worksite volunteers Randomization: no details
Participants	87 smokers 36% F Av. age 38, av. cpd 15
Interventions	1. The Last Draw (c) internet-based interactive programme to aid preparation, quitting & relapse prevention + FadeAid aid to nicotine fading 2. ALA FfS, 2 manuals + audio relaxation tape
Outcomes	Abstinence at 6m (7day PP) Validation: CO

Characteristics of included studies

Notes	Comparison of internet to printed materials. Not in meta-analysis. 6/45 vs 5/42 quit. There was more evidence of effect for those who used the programmes
Allocation concealment	B
Study	Campbell 1986
Methods	Setting: Two chest clinics in Scotland, UK Recruitment: Smokers attending outpatient clinic (unselected) Randomization: Quasi-random (interventions alternated fortnightly)
Participants	1206 smokers referred for chest radiography 44% aged > 50
Interventions	1. S-H. 13 page booklet. 2. No treatment control
Outcomes	Abstinence at 1 year (self report of no smoking for 6m) Validation: expired CO < 10ppm, non-attenders classified as smokers.
Notes	
Allocation concealment	C
Study	Clark 2004
Methods	Setting: Lung cancer screening centre, USA Recruitment: smokers enrolled in a screening study 1 y previously Randomization: method not stated
Participants	171 smokers, 21% in precontemplation 29% F, av age 57, 46% smoked 11-20 cpd
Interventions	1. List of internet cessation resources, 10 sites with brief descriptions. 2. S-H manuals Clearing the Air and Quit Smoking Action Plan
Outcomes	Abstinence at 12m (7 day PP) Validation: CO
Notes	New for 2005 update Comparison between S-H interventions. Not in meta-analysis. Authors' hypothesis was that 1. would be superior. OR 0.44, 95% CI 0.12 to 1.43
Allocation concealment	B
Study	Cuckle 1984
Methods	Setting: Community exposed to a 15min tv programme with offer of a smoking quit kit, UK Recruitment: Random sample of individuals requesting a kit Randomization: method not stated
Participants	4492 smokers randomized. Results based on 2117 (47%) who replied to a baseline and follow-up questionnaire.
Interventions	1. Control - letter apologising for shortage of kits 2. Quit Kit 3. Quit Kit and additional material 6m later.
Outcomes	Abstinence at 12m Saliva cotinine from 66% of quitters. Quit rates corrected by the disconfirmation rate found for each group

Characteristics of included studies

Notes	
Allocation concealment	B
Study	Cummings 1988
Methods	Setting: Stop smoking hotline, USA Recruitment: Callers who accepted offer of a stop smoking booklet and who agreed to follow up Randomization: method not stated
Participants	1895 smokers, 65% F, av. age 42, av. cpd 28 89% had made at least one prior quit attempt
Interventions	First 4 groups received similar length (+/- 50 pages) and format booklets, differing in precise instructions 1. High structure (day by day plan) recommending cold turkey quitting 2. High structure recommending gradual reduction 3. Low structure (menu of exercises), gradual reduction 4. Low structure, cold turkey 5. Control booklet, 15 pages stressing health effects of smoking
Outcomes	Abstinence from 1m-6m, self report by telephone interview with blinded assessors. No biochemical validation, confirmation by a significant other used
Notes	Analyses based on participants reached at 1m and 6m follow up, 89% of those randomized. Drop out rates similar in all groups.
Allocation concealment	B
Study	Curry 1988
Methods	Setting: Community, USA Recruitment: media advertising Randomisation: Part by coin toss and part random number table.
Participants	139 smokers
Interventions	Two different S-H programmes compared, with or without group meetings. Only S-H format considered in this review 1. Relapse prevention - 8 workbook units 2. Absolute Abstinence - 8 units.
Outcomes	Abstinence from 9m to 12m Validation: saliva thiocyanate and two collateral verifiers at 12m
Notes	1. vs 2. in comparison between S-H materials. The experimental hypothesis was that the relapse prevention approach would lead to better long term quit rates.
Allocation concealment	C
Study	Curry 1991
Methods	Setting: Health Maintenance Organisation, USA Recruitment: Advertisement for study in HMO magazine Randomization: no details of method, stratified by gender and cpd
Participants	1217 smokers Av. age 44, av. cpd 25

Characteristics of included studies

Interventions	Factorial design 1. S-H programme, 'Breaking Away' 2. S-H and up to 3 sets of personalized feedback based on baseline questionnaire and progress reports (intrinsic motivation) 3. S-H and incentives including a prize draw for returning progress reports (extrinsic motivation) 4. S-H and intrinsic and extrinsic motivation
Outcomes	Sustained abstinence at 12m (7-day at 3m and 12m) Validation: Saliva cotinine ≤ 10 ng/ml at 12m for abstainers in locality. Correcting for non-confirmation rates did not affect sustained abstinence numbers.
Notes	4&2 vs 3&1 for effect of personalized feedback. Extrinsic motivation did not increase quit rates. Aim was to increase use of materials.
Allocation concealment	B
Study	Curry 1995
Methods	Setting: Health Maintenance Organization, USA Recruitment: Smokers identified via a telephone survey of health behaviour in a random sample of HMO members (unselected). Randomization: method not stated
Participants	1137 smokers Av. age 41, av. cpd 17
Interventions	No face-to-face contact 1. Control - no materials 2. S-H booklet (Breaking Away) with units to complete, relevant to all stages of readiness to quit. 3. As 2 plus feedback based on computer analysis of initial survey. Included a hand-written form, and a list of relevant parts of booklet. 4. As 3 plus up to 3 counsellor-initiated phone calls (not included in this review)
Outcomes	Sustained abstinence 3m-12m Validation: saliva cotinine requested but not obtained for all participants. Disconfirmation rates not significantly different between groups.
Notes	12m rather than 21m follow up used for comparability with other studies. 2 vs 1 in S-H vs control, 3 vs 2 in effect of tailoring
Allocation concealment	B
Study	Davies 1992
Methods	Setting: Community, Ottawa, Canada Recruitment: Each of 156 nursing students recruited 2 non-hospitalized smokers (selected). Randomization: method not stated
Participants	307 smokers Av. age 36, av. cpd 20
Interventions	1. List of community resources, delivered during a home visit by a nursing student 2. Time to Quit (TTQ) S-H booklet + list of community resources, delivered by a nursing student following training in the TTQ programme.
Outcomes	Abstinence at 9m Validation: saliva cotinine <100 ng/ml

Characteristics of included studies

Notes	It is unclear what advice was given to the control group
Allocation concealment	B
Study	Davis 1984
Methods	Setting: Local communities with Lung Associations, USA Recruitment: Media advertisements for American Lung Association (ALA) S-H materials Randomization: method not stated
Participants	1237 smokers who completed a questionnaire and paid a refundable deposit.
Interventions	1. ALA leaflets (8 leaflets including 2 brief cessation brochures 'Me Quit Smoking? Why?' and 'Me Quit Smoking? How?') 2. Leaflets and maintenance manual 'A Lifetime of Freedom from Smoking' 3. Cessation manual 'Freedom from Smoking in 20 days'. 4. Cessation and maintenance manuals
Outcomes	Sustained abstinence at 12m (PP at all 5 follow-up points). Self report in telephone interview Validation: none
Notes	2+3+4 vs 1, S-H vs leaflet only
Allocation concealment	B
Study	Davis 1992
Methods	Setting: Community, USA Recruitment: Advertisements for the Cancer Information Service hotline. Randomization: preassigned list randomized by day of week
Participants	Women smokers with children under 6 calling hotline. Results based on 630/873 (72%) of those recruited who were followed up at 6m.
Interventions	1. Quitting Times, a S-H guide developed to meet the special needs of women smokers with young children. 65 pages in magazine format 2. ALA 'Freedom from Smoking for You and Your Family' 3. National Cancer Institute 'Clearing the Air'
Outcomes	Abstinence at 6m (7-day PP) Validation: no biochemical validation. Confirmation by surrogate. Those refusing to give a surrogate were classified as smokers
Notes	1 vs 2&3, impact of tailoring All 3 guides covered similar topics, no significant differences were found between any of them.
Allocation concealment	C
Study	Dijkstra 1998a
Methods	Setting: Community, Netherlands Recruitment: Newspaper adverts, not selected by level of motivation to quit Randomization: method not stated
Participants	1546 smokers Av. age 40, av cpd 20.3 59% F

Characteristics of included studies

Interventions	1. Letter with information on positive outcomes of quitting (OC) 2. Letter with information on skills for quitting (SE) 3. Letter with outcomes and skills information (BO) All letters were computer-generated, 4-7 page reports, personalized and tailored from baseline questionnaire 4. No information (CO)
Outcomes	12m sustained abstinence at 14m Validation: None, participants were told that a sample would be tested for CO levels
Notes	64% responded at 14m. Attrition predicted by perceived pros of quitting and intention to quit but did not differ between groups. Denominator in meta-analysis based on all randomized. 1&2&3 vs 4 in S-H vs control Results are sensitive to the outcome used, PP do not differ
Allocation concealment	B
Study	Dijkstra 1999
Methods	Setting: Community, Netherlands Recruitment: Newspaper adverts for smokers not planning to quit in next 6m (unmotivated volunteers) Randomization: method not stated
Participants	843 smokers not planning to quit Av. age 42, av cpd 22 63% F
Interventions	1. Three tailored letters (MT) 2. Single tailored letter (ST) 3. S-H manual, 48 page colour (SHG) 4. No intervention (CO)
Outcomes	Abstinence at 6m (7-day PP), self report by postal questionnaire Validation: none Primary outcome for trial was SoC and intention to quit
Notes	89% responded at 6m. Attrition predicted by years smoking and group. Denominator used in meta-analysis includes all randomized 3 vs 4 in S-H vs control. 1&2 vs 3 in effect of tailoring
Allocation concealment	B
Study	Etter 2004
Methods	Setting: Community, Switzerland Recruitment: Mailing to population registers (not selected) Randomization: 'list of random numbers'
Participants	2934 smokers aged 15+, 74% precontemplators, 40% tried to quit in previous year. 51%F, Av. age 36, av. cpd 20
Interventions	1. Tailored 8 page letter + SoC-matched booklets. At 2m, 4m, 12m repeat questionnaire to initiate further letter. 2. No intervention
Outcomes	Abstinence at 24m (in maintenance stage, quit for > 6m). 4w and 7-day abstinence also reported. Validation: none

Characteristics of included studies

Notes	All non-responders counted as smokers. Approx half of group 1. recvd 1 letter only. Effect at 6m (Etter Arch Int Med 2001) not sustained at 24m. Relative difference smaller if shorter term abstinence used.
Allocation concealment	B
Study	Fortmann 1995
Methods	Setting: Community, USA Recruitment: Smokers identified via a random telephone survey, (volunteers) Randomization: method not stated
Participants	1044 smokers able to quit for 24 hours Av. age 40, av cpd 20
Interventions	All participants were offered an incentive of US\$100 for quitting for 6m 1. Nicotine gum 2mg (NG) 2. S-H materials 3. NG and S-H materials 4. Monetary incentive only
Outcomes	Abstinence at 12m (PP) Validation: CO < 9ppm, salivary cotinine < 20ng/ml
Notes	1&3 vs 2&4 in S-H vs control. 1 vs 2 for effect of S-H materials added to gum
Allocation concealment	B
Study	Glasgow 1981
Methods	Setting: Community, USA Recruitment: media advertisements Randomization: method not stated
Participants	88 smokers (40 in S-H conditions)
Interventions	Factorial trial of 3 different S-H materials, with or without additional group support 1. Danaher & Lichtenstein manual 2. Pomerleau & Pomerleau manual 3. I Quit Kit
Outcomes	Abstinence at 6m Validation: CO < 15ppm
Notes	3 different S-H conditions and no strong hypothesis about direction of treatment difference between D&L and P&P so not used in the meta-analysis of different programmes. No statistical difference between quit rates. Also included in group therapy review.
Allocation concealment	B
Study	Gritz 1992
Methods	Setting: Health Maintenance Organization, USA Recruitment: Members of HMO agreeing to participate in a Preventive Health Behavior Study and completing a baseline survey (unselected - not informed that focus of study was on smoking) Randomization: method not described
Participants	1,396 F smokers Av. age 38, 42% smoked 15-24 cpd

Characteristics of included studies

Interventions	No face-to-face contact, 5 follow-up interviews in 2 years 1. S-H programme mailed in 6 weekly instalments. Manuals were tailored to the concerns of female smokers and addressed weight gain, social support, stress and coping mechanisms. 2. Control - no materials - same schedule of follow-up phone calls
Outcomes	Sustained abstinence at 1m, 6m, 12m & 18m. Validation: saliva cotinine < 15ng/ml, but due to low success in obtaining samples, unadjusted rates used. No difference in disconfirmation rates between intervention and control groups.
Notes	The strictest measure of abstinence extracted gives the lowest P value for the difference between the groups; all other measures give a smaller difference in quit rates.
Allocation concealment	B
Study	Harackiewicz 1988
Methods	Setting: University campus health centre/medical centre, USA Recruitment: Smokers applying for free cessation programme. Randomization: method not described
Participants	98 smokers in relevant arms Av. age 35, av. cpd 27 for all trial participants
Interventions	All received advice from a doctor or nurse to quit by using the written materials, which were different for each group 1. S-H manual employing intrinsic motivation approach (Stopping smoking on your own with Nicorette), and nicotine gum 2. S-H manual employing extrinsic motivation approach (The Doctor's program for stopping smoking with Nicorette), and nicotine gum 3. Intrinsic motivation S-H manual only 4. Control - short booklet only, with no motivational element
Outcomes	Sustained abstinence at 12m, (3m-12m) Validation CO < 8ppm at each visit, saliva thiocyanate < 10mg/dl at 3m & 6m. 2 subjects reclassified as smokers.
Notes	3 vs 4 for S-H compared to control. 1 & 2 not used.
Allocation concealment	B
Study	Hollis 1993
Methods	Setting - Health Maintenance Organisation, USA Recruitment - Smokers visiting primary care physicians (unselected) Randomization: Pseudo-randomization (last two digits of health record) of smokers receiving provider advice. Providers were blind to assignment.
Participants	2707 smokers who received provider advice Av. age 40, av. cpd 18
Interventions	All subjects received 30-second quit smoking advice from physician. 1. Self-quit training from a nurse or health counsellor who showed a video, gave a choice of S-H manuals + quit kit. One follow-up phone call. 2. Group referral 3. Choice of group referral or a S-H kit. 4. Control - provider advice and 2-page pamphlet from nurse.
Outcomes	Abstinence at 12m (3m & 12m PP) Validation: Saliva cotinine. Subjects not providing samples counted as smokers.

Characteristics of included studies

Notes	1 vs 4, comparison of S-H with control
Allocation concealment	C
Study	Humerfelt 1998
Methods	Setting: Community, Norway Recruitment: From participants in a community survey of men aged 30-45 who had increased risk of obstructive lung disease or lung cancer Randomization: no details
Participants	2610 M with reduced FEV1 and/or occupational asbestos exposure. Av. age 37, av cpd 16
Interventions	1. Mailed S-H pamphlet, 15 pages, emphasizing behavioural modification techniques in smoking cessation and recommending an early quit date, accompanied by a letter from a respiratory physician advising of the high risk status established by the survey. 2. No intervention
Outcomes	Abstinence at 15m (PP) Validation: subjects in one geographical area invited for CO measurement (CO < 10ppm)
Notes	For the meta-analysis number of quitters has been adjusted for the validated rate found in the sample who were tested (63% in expt/67% in control). Subjects who stopped smoking prior to receiving materials were included. The authors give 12m sustained abstinence rates of 5.6% vs 3.5% but these rates are based on self report by responders. The authors note that the probability of responding to the follow-up questionnaire was inversely related to the baseline cpd consumption in the intervention but not in the control group.
Allocation concealment	B
Study	ICRF 1994
Methods	Setting: Primary care, UK Recruitment: Patients registered with practice invited to join Randomization: random allocation of study numbers to intervention groups, sequential allocation of study numbers and precoded packages
Participants	1686 smokers (over 15 cpd)
Interventions	2x2 factorial design: 1. Nicotine patch and 16 page Health Education Authority (HEA) pamphlet 2. Placebo patch and HEA pamphlet 3. Nicotine patch and 46 page booklet with more detailed information on cessation with the use of patches All participants seen once by a doctor and x4 by a nurse.
Outcomes	Sustained abstinence at 12m Validation: salivary cotinine or expired CO
Notes	Comparison between different S-H materials. Not used in a meta-analysis. No clinical or statistically significant difference between the materials in either patch condition.
Allocation concealment	A

Characteristics of included studies

Study	Janz 1987
Methods	Setting: Two outpatient medical clinics, USA Recruitment: All smokers attending and giving informed consent for a study of health practices (unselected) Randomization: Pseudo-random assignment of half day clinic sessions to expt or control. Within expt clinics participants randomized to manual or no manual condition.
Participants	250 smokers Av. age 46, av. cpd 24
Interventions	1. Control - no intervention - clinic physicians not aware of study 2. Advice from physician and brief consultation from a nurse 3. As 2 and the Step-by-Step Quit Kit.
Outcomes	Abstinence at 6m (ascertainment by telephone by independent interviewer) Validation: none
Notes	The graphed percentages are based on numbers followed up. It has not been possible to obtain data from the authors.
Allocation concealment	C
Study	Killen 1990
Methods	Setting: Community, USA (Stanford Stop Smoking Project) Recruitment: Media advertisements for volunteers for S-H relapse prevention research programme (selected). To be eligible for randomization had to have quit for 48 hours unaided. (Quit validated by CO < 9ppm) Randomization: method not stated, fully crossed factorial design
Participants	1218 smokers who had quit for 48 hours Av. age 43, av. cpd 25
Interventions	4x3 factorial design crossing gum and S-H conditions: Nicotine gum (2mg) conditions: Adlib schedule, whenever strong need to smoke Fixed schedule (1 piece per hour for at least 12h/day) Placebo gum No gum S-H intervention was based on 16 specially written modules. All participants were given the first 'How to cope with the urge to smoke without smoking' booklet. Then randomized to: - Self selected - chose 7 more to receive in weekly mailings - Random - sent 7 modules at random - No modules - no further contact
Outcomes	Abstinence at 12m (no smoking in 7 days prior to follow up) Validation: By saliva cotinine, except for participants who had moved away.
Notes	'No module' condition received booklet judged to be S-H, so only used for effect of additional materials. Uncollapsed data sought. Reported that no difference by module condition.
Allocation concealment	B
Study	Killen 1997
Methods	Setting: community, USA Recruitment: advertisements Randomization: method not stated

Characteristics of included studies

Participants	424 smokers Av. age 42-47, av.cpd 24
Interventions	2x2 factorial design. All participants received S-H materials designed to help develop self control skills 1. S-H and placebo patch 2. S-H and nicotine patch (21mg) 3. As 1. and video, watched during initial office visit, and for use at home 3. As 2. and video
Outcomes	Sustained abstinence (6m and 12m) Validation: Saliva cotinine < 20ng/ml
Notes	Since there was evidence of an interaction between nicotine and video conditions, the nicotine arms are entered separately using a dummy study
Allocation concealment	B
Study	Killen 1997 +NP
Methods	Dummy study to enter results of Killen 1997 arms with nicotine patch
Participants	
Interventions	
Outcomes	
Notes	
Allocation concealment	B
Study	Kottke 1989
Methods	Setting: Family practices, USA Recruitment: Physicians recruited for trial. Target population all patients seen during month (unselected) Randomization: by physician not smoker
Participants	66 physicians, 1653 smoking patients
Interventions	1. Physicians attended 6 hour workshop 2. Physicians attended workshop and given copies of 'Quit and Win' for their patients 3. Physicians received no support, but were asked to advise patients during the study period
Outcomes	Abstinence at 1 year Validation: Serum cotinine
Notes	2 vs 1, effect of self-help in addition to advice from a trained physician. Including 3. in control group does not affect results. (OR for trial becomes 1.02 rather than 0.99)
Allocation concealment	B
Study	Lando 1988
Methods	Setting: Family practice or pulmonary specialists, USA Recruitment: Physicians' patients wishing to use nicotine gum as a cessation aid. Randomization: No details. Physicians blind to subject condition
Participants	304 smokers Av. age 42, av. cpd 31

Characteristics of included studies

Interventions	1. Nicotine gum (NG) and expt S-H materials emphasizing behavioural strategies, as well as correct use of gum 2. NG and control pamphlet 'Danger: the facts about smoking' (American Cancer Society).
Outcomes	Abstinence at 12m Validation: proportion asked to provide saliva for thiocyanate, but no mention of any reclassifications
Notes	In both main comparison with advice and leaflet for control, and comparison of NG+SH vs NG alone
Allocation concealment	B
Study	Lando 1991
Methods	Setting: Community cardiovascular risk factor screening programme, USA Recruitment: Smokers identified from screening programme who agreed to take part. Randomization: method not described
Participants	570 smokers Av. age 42, av. cpd 20
Interventions	No face-to-face contact. 1. S-H Quit for Good materials (NCI) 2. S-H Quit and Win materials - a more extensive and structured programme 3. Wait-list control
Outcomes	Abstinence 7m after randomization (but only 3-4 months after receipt of materials) Validation: none
Notes	Both 1 and 2 treated as S-H programmes. There was no difference in results between them. Both expt and control subjects likely to have been exposed to simultaneous community Quit and Win contests. Author notes that a number of participants quit between randomization and receipt of materials. This study is also included in the Quit and Win review.
Allocation concealment	B
Study	Ledwith 1984
Methods	Setting: Community, Scotland UK Recruitment: Newspaper advertisements for a smoker's advice centre. Randomization: method not stated
Participants	1839 smokers responding to offers of advice on stopping smoking
Interventions	1. No advice control 2. S-H leaflet with standard letter 3. S-H leaflet and offer of individual advice by returning a questionnaire
Outcomes	Abstinence at 12m (for 10m or more - based on self report) Validation: attempt to obtain saliva for thiocyanate but not complete, data based on self report only.
Notes	2 vs 1, S-H. 3 vs 2, effect of tailored advice. Only 34% returned baseline questionnaire initiate advice component. No information about contents of leaflet. Borderline whether this counts as a structured S-H programme.
Allocation concealment	B

Characteristics of included studies

Study	Lennox 2001
Methods	Setting: General practice, Scotland UK Recruitment: smokers in general practices who returned questionnaires Randomization: computer-generated random numbers
Participants	2610 smokers no demographic details
Interventions	1. Tailored letter from physician. 4 pages, based on SoC, decisional balance and other indicators from questionnaire. 2. Untailored letter from physician. Same format, included specific behavioural advice on quitting 3. Control, letter acknowledging questionnaire
Outcomes	Abstinence at 12m. (24m data reported but PP so does not represent a more conservative measure) Validation: saliva cotinine
Notes	2 vs 3 , S-H no contact 1 vs 2, tailoring
Allocation concealment	A
Study	Lichtenstein 2000
Methods	Setting: Community, USA Recruitment: via electric utility mailing to identify households with smokers and low radon concentrations Randomization: by household, method not stated.
Participants	1006 smokers in 714 households Av. cpd 20
Interventions	1. Standard Environmental Protection Agency leaflet on risks of radon 2. Pamphlet highlighting risk of smoking in low concentrations of radon, with tips for quitting, or not smoking indoors 3. as 2. + up to 2 brief proactive telephone calls. All groups got standard letter with radon results.
Outcomes	Sustained abstinence at 3m and 12m Validation: none
Notes	2 vs 1, S-H vs other control. 3 assessed in TC review Cluster randomization, 54% of smokers lived with another smoker. Intraclass correlation for sustained abstinence was .010. Analyses did not correct for this.
Allocation concealment	B
Study	Lipkus 1999
Methods	Setting: Health centre, USA Recruitment: from telephone survey of patients Randomization: method not stated
Participants	266 randomized, 160 followed up Low income African-American smokers, unselected by motivation 52% F 49% aged > 50

Characteristics of included studies

Interventions	1. Physician prompts attached to chart (included other screening tests). Providers trained to use 4As (Ask/ Advise/ Assist/ Arrange follow up) model 2. As 1 +mailing of tailored print communication around birthday 3. As 2, + TC
Outcomes	Abstinence 16m after last intervention, 30 day quit Validation: none
Notes	2 vs 1, S-H adjunct. 3 vs 2 in TC review Reported rates based on numbers followed up, not randomized. No differential loss. Provider compliance reported to be 48%
Allocation concealment	B
Study	McFall 1993
Methods	Setting: community, USA Recruitment: during a tv cessation programme Randomization: method not stated
Participants	Smokers who registered and received the manual or reported viewing at least 1 part of programme
Interventions	1. tv programme and ALA FfS 2. As 1. and 10 newsletters over following 6m
Outcomes	Abstinence at 12m. (24m data reported but PP so does not represent a more conservative measure) Validation: none
Notes	2 vs 1. effect of additional materials
Allocation concealment	B
Study	Omenn 1988
Methods	Setting: Single worksite (13,000 workers, 9 employers), USA Recruitment: worksite volunteers Randomization: randomized assignment lists
Participants	243 with preference for a S-H programme
Interventions	(Only S-H format conditions considered in this review) 1. Multiple component programme 2. Relapse prevention programme 3. Minimal treatment programme (American Cancer Society's Quitter's Guide, 7-day plan)
Outcomes	Abstinence at 12m Validation: saliva cotinine <= 35 ng/ml
Notes	Comparison between S-H materials; not in meta-analysis. No clinical or statistically significant differences between quit rates in the 3 groups.
Allocation concealment	B
Study	Orleans 1991
Methods	Setting: Health Maintenance Organisation, USA Recruitment: Largely through publicity in HMO magazine Randomization: method not stated, stratified by living alone/not, advice to quit in last 12m/not and nicotine content of cig.brand

Characteristics of included studies

Participants	2021 smokers, 63% F Av. age 44, av. cpd 26
Interventions	1. Free & Clear, 28 page guide incorporating nicotine fading and standard behavioural abstinence and relapse prevention techniques. Also a Quit Kit and ALA 'A Lifetime a Freedom from Smoking' 2. Same materials as 1. plus 2 copies of a social support guide to be given to 'allies'. 3. As 2. + TC +quitline 4. Control - Referral guide describing available S-H guides and local resources, plus NCI 'Clearing the Air'
Outcomes	Abstinence at 16m for over 6m, by blinded telephone interview. Validation: Saliva cotinine < 10ng/ml, or thiocyanate < 2,400 umol/l for gum users.
Notes	1+2 vs 4, effect of S-H alone. (3 assessed in TC review) By 16m, 59% of participants in the control group reported that they had used an additional treatment method.
Allocation concealment	B
Study	Orleans 1998
Methods	Setting: Community, USA Recruitment: African-American smokers calling a Cancer Information Service telephone counselling line in response to targeted campaign Randomization: by last digit of caller's contact phone number
Participants	1422 African-American smokers Av. age not stated, 62% in 20-39 age group Median cpd 20
Interventions	1. Tailored 36 page 'Pathways to Freedom' guide and tailored TC. Guide used African-American models and addressed specific obstacles 2. Standard guide 'Clearing the Air' and standard NCI TC
Outcomes	Abstinence at 6m, 7-day PP. Telephone questionnaire Validation: none (12m abstinence also assessed in sample of 445 smokers)
Notes	The counselling was also different for the two groups. 63% followed up. No differential drop out, results based on all randomized. At 12m there were significant differences (15.0% vs 8.8% for sample selected for follow up)
Allocation concealment	C
Study	Orleans 2000
Methods	Setting: community, USA Recruitment: smokers aged > 65 using nicotine patch Randomization: method not stated
Participants	720 smokers 'mostly F', av. age 72, av. cpd 22
Interventions	All participant had filled a prescription for nicotine patch 1. Clear Horizons guide for older smokers + 7 personalized tailored computer-generated mailings over 6m. 2. Fact sheet on patch-assisted quitting

Characteristics of included studies

Outcomes	Abstinence at 12m, ?7-day PP Validation: ?none (Limited information in abstract)
Notes	Added for 2005. No additional data available from author. Considered with other studies using pharmacotherapy, not with other tailored studies.
Allocation concealment	B
Study	Owen 1989
Methods	Setting: community, Australia Recruitment: advertisements for smokers wishing to quit Randomization: method not stated
Participants	208 smokers Av. age 42, av. cpd 28
Interventions	1. 'Quit Kit' along with apology that course full. Kit included a 5-day cessation plan 2. S-H programme in 4 mailed parts 3. As 2. but personalized with additional text, based on registration form. Option to send for additional materials
Outcomes	Abstinence at 9m Validation: some cotinine assays, but no correction for a possible 15% misreport level.
Notes	Intervention 1 meets criteria for basic S-H, so 2 vs 1 for effect of additional materials and 3 vs 2 for effect of personalized materials.
Allocation concealment	B
Study	Pallonen 1994
Methods	Setting: Community cardiovascular risk factor study, Finland Recruitment: Male smokers identified via survey Randomization: method not described
Participants	165 M smokers who were classified as precontemplators or contemplators according to the SoC model Av. age 52, av. cpd 19
Interventions	1. SH. Five 10-20 page S-H manuals matched to SoC, mailed after each 6m assessment. 2. Usual care and annual telephone assessment
Outcomes	Sustained abstinence at 2 yrs (2 PP) Validation: none
Notes	Ns are those smokers for whom complete follow-up data was available
Allocation concealment	B
Study	Pederson 1983
Methods	Setting: Respiratory specialist outpatient clinic, USA Recruitment: All smokers attending (unselected) Randomization: Quasi-random - by week of attendance
Participants	75 smokers Av. age 52, av. cpd 25 Therapists: 2 respiratory specialists

Characteristics of included studies

Interventions	1. Advice to quit, and effects of smoking on present health 2. Advice and S-H manual, 'Break the Smoking Habit: A behavioral program for giving up cigarettes' (Pomerleau & Pomerleau)
Outcomes	Abstinence at 6m, (self report of no smoking for 3m via telephone interview) Validation: none
Notes	Due to quasi-random allocation a sensitivity analysis of the effect of excluding this study is reported in the discussion.
Allocation concealment	C
Study	Prochaska 1993
Methods	Setting: Community, USA Recruitment: Advertisements for volunteers to test S-H materials Randomization: method not stated, stratified by SoC
Participants	756 smokers (93 precontemplation, 435 contemplation, 228 preparation) (569 in relevant arms) Av. age 43, av. cpd 27
Interventions	1. Standard S-H. ALA FfS, A Lifetime of Freedom from Smoking', '50 most often asked questions ...' 2. Targeted manuals - 5 covering precontemplation, contemplation, action, maintenance, relapse. Participants sent manual for their SoC and subsequent ones, except for relapse which was sent following an assessment at which relapse occurred. 3. Tailored Interactive - in addition to manuals, sent personalized reports in response to questionnaires 4. Counsellor telephone calls - same as 3. with short calls at 0,1,3,6m (not included in this review)
Outcomes	Sustained abstinence at 18m (12m and 18m) Validation: none. Participants asked for names of significant others but these not contacted
Notes	2 vs 1 targeting, 3 vs 2 tailoring Ns randomized and quit rates as shown in graphs obtained from authors.
Allocation concealment	B
Study	Prochaska 2001a
Methods	Setting: Managed care organisation, USA Recruitment: Smokers identified by survey of members. 85% recruited to a study Randomization: method not stated
Participants	1447 smokers (967 at 18m follow up) 56% F, av. age 38, av. cpd 20
Interventions	1. Assessment only (completed questionnaires on 4 occasions) 2. Expert System. Tailored 2-3 page report at 0,3,6m, and SoC matched manual 3. As 2+ TC 4. As 3 + computer for scheduled cig reduction.
Outcomes	Abstinence at 18m, sustained for 6m Validation: None (Other measures of abstinence also reported)

Characteristics of included studies

Notes	2 vs 1 tailoring 3 used in TC review. 4 not included Denominators include losses to follow up and refusals. Author analysis suggests ITT analysis is biased. A sensitivity analysis (comparison 99) tests impact on outcome Arm 2 is also evaluated in Velicer 1999 results
Allocation concealment	B
Study	Prochaska 2001b
Methods	Setting: Community, USA Recruitment: random digit dialing. 80% of smokers reached recruited Randomization: method not stated
Participants	4144 smokers (2571 at 24m follow up) 55% F, av. age 41, av. cpd 20
Interventions	1. Assessment only (questioned at 6m intervals) 2. Expert System. See Prochaska 2001a
Outcomes	Abstinence at 24m, sustained for 6m Validation: none (Other measures of abstinence also reported)
Notes	2 vs 1 tailoring
Allocation concealment	B
Study	Prue 1983
Methods	Setting: Veterans Administration Medical Centre outpatients clinic, USA Recruitment: Smokers referred to smoking treatment programme who could not attend clinic sessions (selected) Randomization: no details of method, but not balanced group size
Participants	40 smokers (likely to be predominantly M) Av. age 45, av. cpd 32
Interventions	1. S-H programme (Pomerleau & Pomerleau) preceded by brand fading schedule. There were also telephone calls from psychologists. 2. Wait list control
Outcomes	PP abstinence at 6m follow up (wait list treated after 6m) Validation: none
Notes	This is a minimal contact programme rather than a strict S-H one.
Allocation concealment	B
Study	Resnicow 1997
Methods	Setting: Predominantly African-American community in USA Recruitment: In healthcare, church and public housing settings. Presented as 'health promotion' not smoking cessation. Randomization: cluster randomization stratified by type of site, prior to recruitment.
Participants	650 smokers recruited in treatment channels and 504 in control channels who completed follow-up interviews. (Attrition similar between groups) Av. age 45, av. cpd 16

Characteristics of included studies

Interventions	1. S-H kit including 'Kick It' guide, video and aids. Bimonthly mailings and single booster telephone call 2. Health education materials not exclusively addressing smoking, and a cholesterol education video
Outcomes	PP abstinence at 6m Validation: none
Notes	Less than a third of intervention group received telephone call. A post hoc analysis reported significantly higher quit rates amongst call than no call group. Multivariate analysis controlling for intracluster correlation gives OR of quitting in treatment group as 1.36, 95% CI 0.87 to 2.11.
Allocation concealment	C
Study	Rice 1994
Methods	Setting: hospital clinic, USA Recruitment: By health professional and self referral Randomization: method not stated. Stratified by sex, smoking history and history of cardiovascular incident.
Participants	406 smokers with a cardiovascular health problem
Interventions	1. S-H materials 'Smokeless' 6 booklet programme and individual nurse counselling 2. S-H materials and group meetings 3. S-H alone. Prompted to open envelope containing booklets on same schedule as other groups met 4. Advice to quit from nurse only
Outcomes	Abstinence at 12m Validation; saliva thiocyanate tested but rates not corrected for misreport
Notes	34% dropped after randomization and prior to treatment. Ns randomized supplied by first author.
Allocation concealment	B
Study	Schofield 1999
Methods	Setting: hospital, Australia Recruitment: Smokers discharged from hospital, (unselected) Randomization: alternately allocated by computer
Participants	2465 smokers or recent quitters. Excludes 1693 randomized but lost at 12m follow up. No differential drop out, 59% followed up in each arm. No demographic data
Interventions	1. S-H 31 page SoC-based booklet + personally addressed letter from consultant stating health risks and urging to quit 2. Usual care
Outcomes	Abstinence at 12m, and at 6m Validation: urine cotinine $\leq 50\text{ng/ml}$ or CO $\leq 8\text{ppm}$ for sample. Refusers reclassified.
Notes	S-H, no contact Meta-analysis uses as denominator N reached at 12m. Authors report benefit for subgroup for whom quitting highly relevant for diagnosis
Allocation concealment	A

Characteristics of included studies

Study	Smith 2004
Methods	Setting: 10 communities, Canada Recruitment: Volunteers intending to quit Randomization: centralized, stratified by community, sequential envelope, random sequence
Participants	632 smokers (423 in relevant arms) 61% F, av. age 42, 61% had prior use of NRT
Interventions	Factorial design comparing two intensities of TC and two types of print materials: 1. Booklet (Canadian Cancer Society [CCS] 'One step at a Time', 44 pages) 2. Pamphlet (CCS How to Quit Smoking, single page) TC conditions collapsed, booklet-only control group not used in review
Outcomes	Abstinence at 12m, sustained at 3m & 6m follow ups Validation: none
Notes	New for 2005 update No non-S-H control, comparison between materials. Results not reported by group; 'no significant interactions or main effects'.
Allocation concealment	A
Study	Sykes 2001
Methods	Setting: cessation clinic, UK Recruitment: community volunteers interested in quitting Randomization: by orientation group attended
Participants	260 smokers, high proportion low SES 64% F, av. age not stated; av. cpd 25
Interventions	1. Quit for Life. Cognitive behavioural manual, audiotape. Gradual reduction pre-quit day, stresses psychological addiction. 2. Stopping Smoking Made Easier. leaflet, SoC-based, abrupt quit
Outcomes	Abstinence at 12m (Sykes 2001 reports 6m) Validation: CO < 9ppm
Notes	Comparison between S-H materials. Not used in meta-analysis. 1 year data from Marks 2002.
Allocation concealment	C
Study	Thompson 1988
Methods	Setting: Health Maintenance Organization, USA Recruitment: consecutive attenders (unselected) Randomization: by random folder allocation
Participants	379 smokers (in relevant arms) av. cpd not stated, 68% smoked > 15 cpd
Interventions	Complete factorial design of 3 interventions: A - Physician advice - structured and interactive, 3-5 mins B - S-H materials (NCI 'Calling it Quits' and 'Why do you Smoke', and a personalized follow-up letter. C - referral to group cessation classes Control - brief advice only

Characteristics of included studies

Outcomes	Abstinence at 8-9m by telephone survey Validation: none
Notes	A+B & B vs A & Control in S-H + advice vs advice only
Allocation concealment	B
Study	Velicer 1999
Methods	Setting: Managed care organisation, USA Recruitment: Smokers identified by survey of members. 85% recruited to study Randomisation: method not stated
Participants	2882 smokers in a managed care organisation Av. age 38, av. cpd 20
Interventions	1. Interactive expert system, generated 2-4 page reports based on transtheoretical (SoC) model, and stage-based manuals. 4 Different levels of contact - 1,2,3 or 4 occasions at 3m intervals 2. Stage-based manuals only same 4 levels of contact
Outcomes	Abstinence at 18m, sustained for 6m Validation: None (Other measures of abstinence also reported)
Notes	1 vs 2, tailoring There was no evidence of a dose response to the number of contacts in either condition, and expert system conditions were better than stage-based at each contact level so these are collapsed in meta-analysis. The size and significance of the results is sensitive to whether or not those lost to follow up or refusing to respond are included in the denominator as continued smokers.
Allocation concealment	B

Notas:

ALA FfS: American Lung Association Freedom from Smoking programme

av: average (mean)

CI: confidence interval

CO: carbon monoxide

cpd: cigarettes per day

expt: experimental

F: female

HMO: Health Maintenance Organization

ITT: intention to treat

m: month(s)

M: male

min: minute(s)

NCI: National Cancer Institute

NRT: nicotine replacement therapy

OR: odds ratio

PP: point prevalence abstinence

ppm: parts per million

SES: socio-economic status

S-H: self-help

SoC: Stage of Change

TC: telephone counselling

w: week(s)

Characteristics of excluded studies

Study	Reason for exclusion
Balanda 1999	Follow up only 1 month after provision of one of two self-help guides to quitline callers. No differences between groups found.
Brandon 2000	Only recent quitters recruited. Included in Cochrane review of relapse prevention.
Brandon 2004	Only recent quitters recruited. Included in Cochrane review of relapse prevention.
Brown 1992	Both arms received self-help materials. Test of telephone counselling, included in Cochrane review of Telephone Counselling.
Conway 2004	Intervention targeted at relapse prevention.
Dijkstra 1998b	Follow up only 4 months (6 weeks from last contact for multiple tailored letters condition). The study compared combinations of tailored letters and a self-help guide for a population of smokers not planning to quit.
Dijkstra 2001	Follow up only 3 months. Compares different types of information in self-help materials.
Edwards 1999	The intervention was directed at relapse prevention in female naval recruits required to quit smoking during basic training. Included in review of relapse prevention interventions.
Garcia 2000	Trial of group therapy-based interventions. Self-help manuals provided in addition to group therapy in order to test effect of therapist contact. Included in Cochrane Group therapy review.
Gritz 1988	No control group.
Hall 2003	Smoking cessation was not an outcome.
Jeffery 1982	No long-term follow up. The control was a group programme.
Jeffery 1990	Compared the offer of a self-help programme at a nominal cost with the same programme for a US\$60 payment, refundable if successful. There was a very low recruitment rate to the incentive programme (9 participants, 0.09% of households randomly assigned to receive the incentive option).
Johs 2003	No long-term follow up.
Jordan 1999	Only 3 month follow up planned. Compared an internet-based programme with an ALA printed manuals, 54 participants.
Kreuter 1996	Intervention provided single page of cessation information for participants who were smokers (22%) and interested in quitting. Not a self-help intervention by the criteria for this review. (Neither standard nor enhanced feedback increased quit rates over control)
Lenert 2004	Not randomised; used consecutive series of participants.
Lipkus 2004	Self-help was the control condition.
McBride 1999	The intervention included 3 proactive telephone calls in addition to provision of self-help materials. No effect of the intervention was found.
McMahon 2000	Tested incentives and social support as adjuncts to self-help. Included in Cochrane review of support (Park et al)
Meade 1989	Compared smokers' ability to understand materials written at different grade levels. Cessation was not an outcome.
Moore 2002	Participants were pregnant women.
O'Hara 1993	Follow up only 3 weeks after receipt of materials

Characteristics of excluded studies

Ossip-Klein 1991	Both arms received self-help materials. Test of hotline availability, included in Cochrane review of Telephone Counselling.
Ossip-Klein 1997	Both arms received self-help materials. Test of telephone counselling, included in Cochrane review of Telephone Counselling.
Pallonen 1998	Intervention targeted for adolescents. Two self-help computer-based interventions were compared. Will be included in a Cochrane review of cessation interventions for adolescents and young people.
Pederson 1981	Although this is described as a trial of behavioural self-help manuals, the treatment conditions included an introductory and 2 further group meetings.
Rimer 1994	No long-term follow-up data reported in full.
Russell 1979	The leaflet used as an adjunct to physician advice did not meet study criteria for a structured self-help intervention. Smokers given the leaflet were also warned that they would be followed up. The study found a non-significant increase in the quit rate amongst patients who were given the leaflet in addition to advice, but including it would not alter the results of the meta-analysis, which found no effect of materials as an adjunct to advice.
Sallis 1986	Only 2 month follow up then wait list control offered treatment.
Shiffman 2000	Only 6 week follow up. Tested materials tailored to individual smokers, in addition to nicotine gum, compared to gum and standard written materials.
Shiffman 2001	Only 6 week follow up. Tested materials tailored to individual smokers, in addition to nicotine patches, compared to patches and standard written materials.
Strecher 1994	Did not meet review criteria for self-help materials. Compared health letters tailored to individual recipient's smoking behaviour with no intervention (Study 2) or a standardised health letter from a physician (an adaptation of NCI 'Quit for Good' pamphlet addressing general benefits of and barriers to quitting smoking) (Study 1). Study 1 had less than 6 months follow up.
Strecher 2000	Participants were pregnant women.
Strecher 2005	Short follow up
Travis 2004	Short follow up; self help was an adjunct to telephone counselling.
Webb 2005	Smoking status was not a measured outcome.
Weissfeld 1991	'Self-help' condition received several individual counselling sessions.
Willemsen 1995	Not a randomized trial.
Windsor 1989	All groups received the same self-help intervention, differed on additional support or incentives.
Zhu 1996	All arms received self-help materials. Test of telephone counselling, included in Cochrane review of Telephone Counselling.

Notas:

ALA: American Lung Association

NCI: National Cancer Institute

Characteristics of ongoing studies

Study	Lichtenstein 2002
Trial name or title	
Participants	

Characteristics of ongoing studies

Interventions	
Outcomes	
Starting date	
Contact information	edl@ori.org
Notes	

CARÁTULA

Titulo	Intervenciones de autoayuda para el abandono del hábito de fumar
Autor(es)	Lancaster T, Stead LF
Contribución de los autores	TL y LS realizaron en conjunto la extracción de datos y la redacción de la revisión. LS realizó las búsquedas de ensayos.
Número de protocolo publicado inicialmente	1998/2
Número de revisión publicada inicialmente	1998/4
Fecha de la modificación más reciente"	28 abril 2005
"Fecha de la modificación SIGNIFICATIVA más reciente	28 abril 2005
Cambios más recientes	Nueve nuevos estudios se agregaron a la revisión para el número 3,2005. La mayoría utilizó intervenciones adaptadas y reforzó las pruebas de que los materiales adaptados son más útiles que los materiales estándar.
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	28 abril 2005
Fecha de modificación de la sección conclusiones de los autores	28 abril 2005

Dirección de contacto Dr Tim Lancaster
 Department of Primary Health Care
 Oxford University
 Old Road Campus
 Headington
 Oxford
 OX3 7LF
 UK
 Teléfono: +44 1865 226977
 E-mail: tim.lancaster@dphpc.ox.ac.uk
 Facsimile: +44 1865 227036

Número de la Cochrane Library CD001118-ES

Grupo editorial Cochrane Tobacco Addiction Group

Código del grupo editorial HM-TOBACCO

RESUMEN DEL METANÁLISIS

01 Self-help vs no self-help, pooled by amount of contact

Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Ningún grupo tuvo contacto presencial (abstinencia a largo plazo)	17	19504	Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	1.33 [1.18, 1.51]
02 Ambos grupos tuvieron contacto presencial (abstinencia a largo plazo)	5	3866	Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	1.20 [0.96, 1.49]
03 Ambos grupos tuvieron contacto presencial con asesoramiento (abstinencia a largo plazo)	11	5309	Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	0.97 [0.78, 1.21]

02 Autoayuda versus no autoayuda, agrupamiento de todos los estudios

Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Abstinencia a largo plazo	31	27755	Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	1.11 [1.00, 1.22]

03 Autoayuda más TRN versus TRN solo

Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Abstinencia a largo plazo	3	1260	Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	1.00 [0.77, 1.29]

04 Materiales de autoayuda adaptados				
Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Abstinencia a largo plazo	17	20414	Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	1.42 [1.26, 1.61]

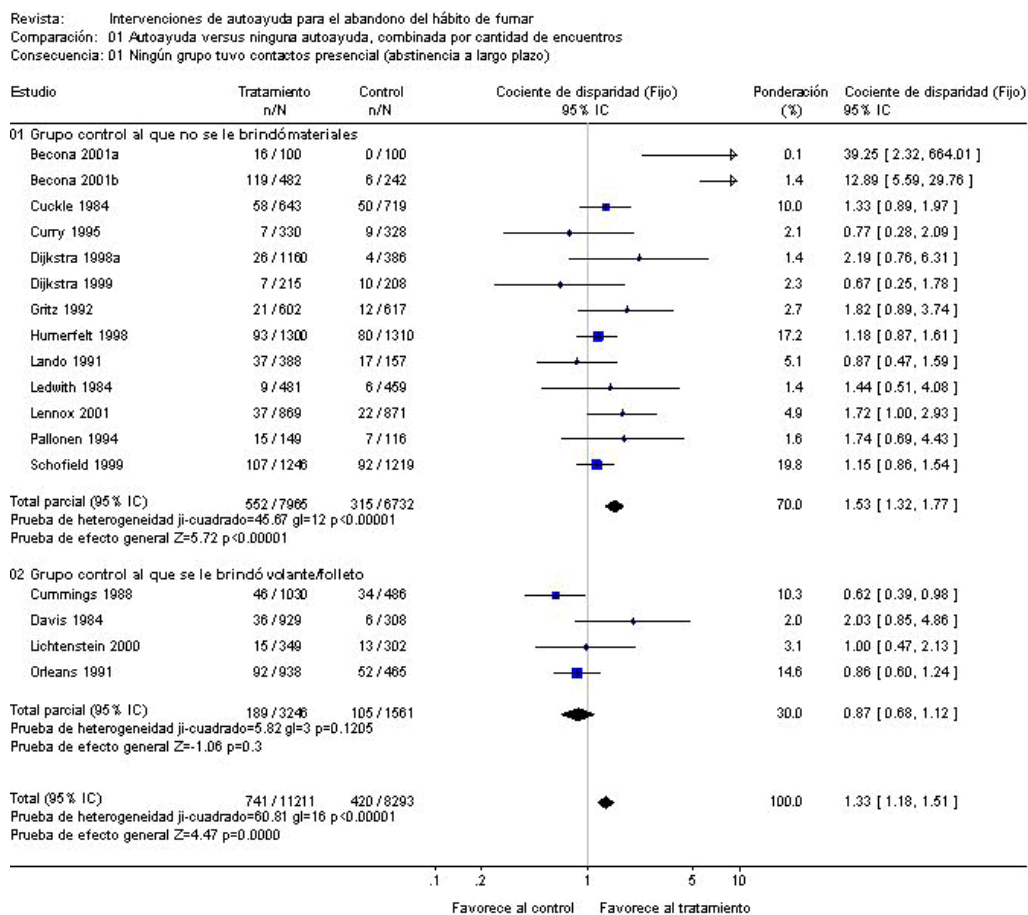
05 Otras mejoras/complementos de los materiales de autoayuda				
Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Abstinencia a largo plazo			Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	Subtotales únicamente

99 Análisis de sensibilidad				
Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Estudios de Prochaska y cols., comparación de las suposiciones			Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	Subtotales únicamente
02 Comparación 4.1 con la exclusión de los abandonos de los estudios Prochaska/Velicer			Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	Subtotales únicamente

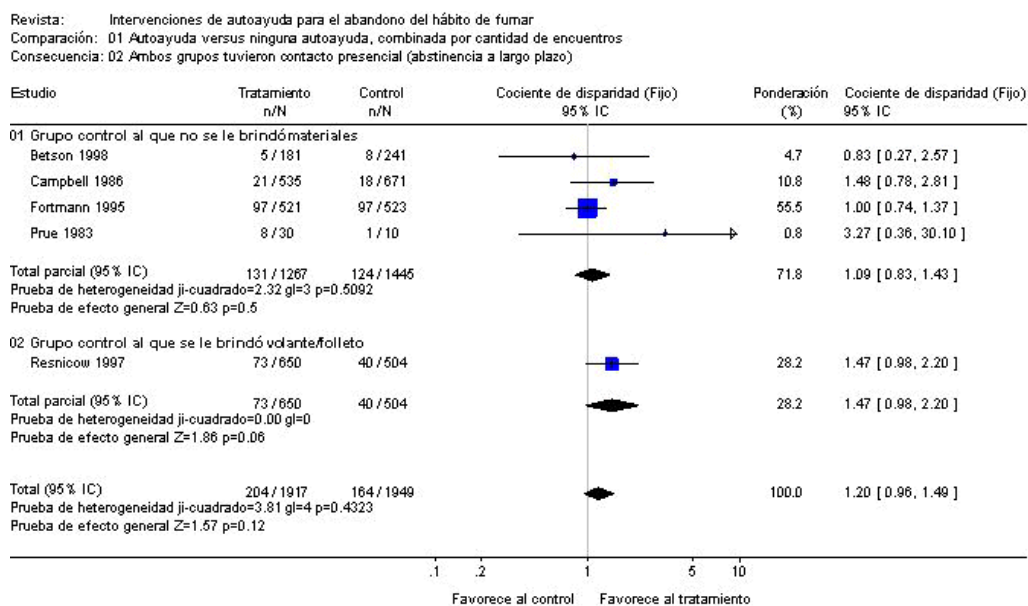
GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS

Fig. 01 Self-help vs no self-help, pooled by amount of contact

01.01 Ningún grupo tuvo contacto presencial (abstinencia a largo plazo)



01.02 Ambos grupos tuvieron contacto presencial (abstinencia a largo plazo)



01.03 Ambos grupos tuvieron contacto presencial con asesoramiento (abstinencia a largo plazo)

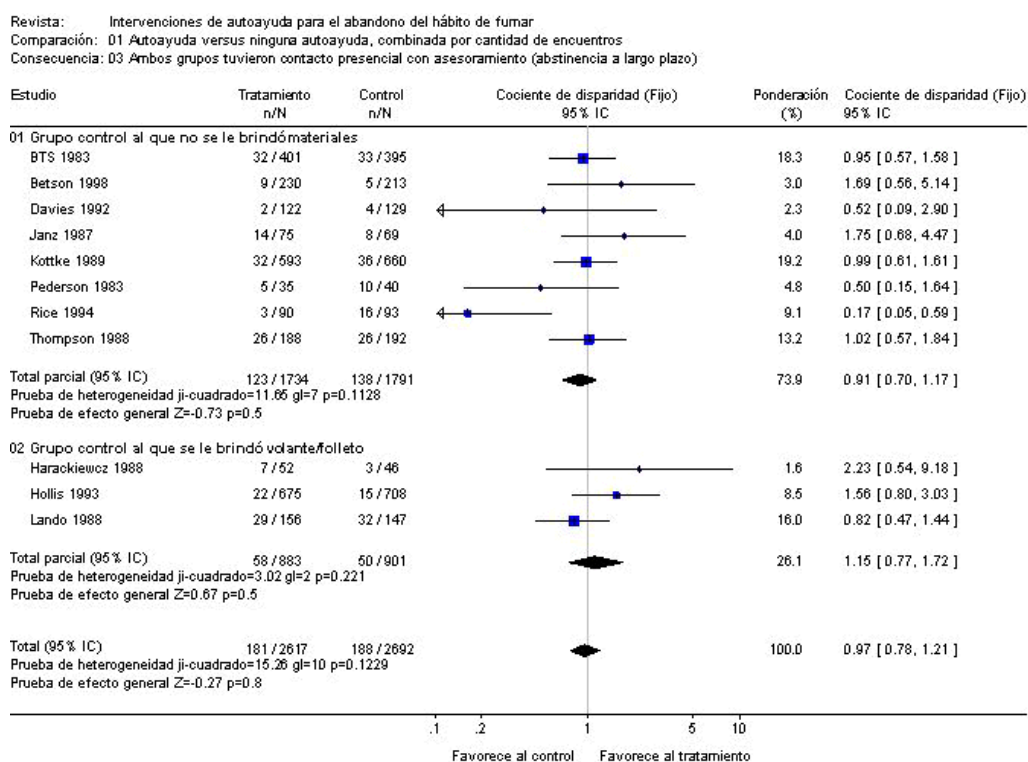


Fig. 02 Autoayuda versus no autoayuda, agrupamiento de todos los estudios

02.01 Abstinencia a largo plazo

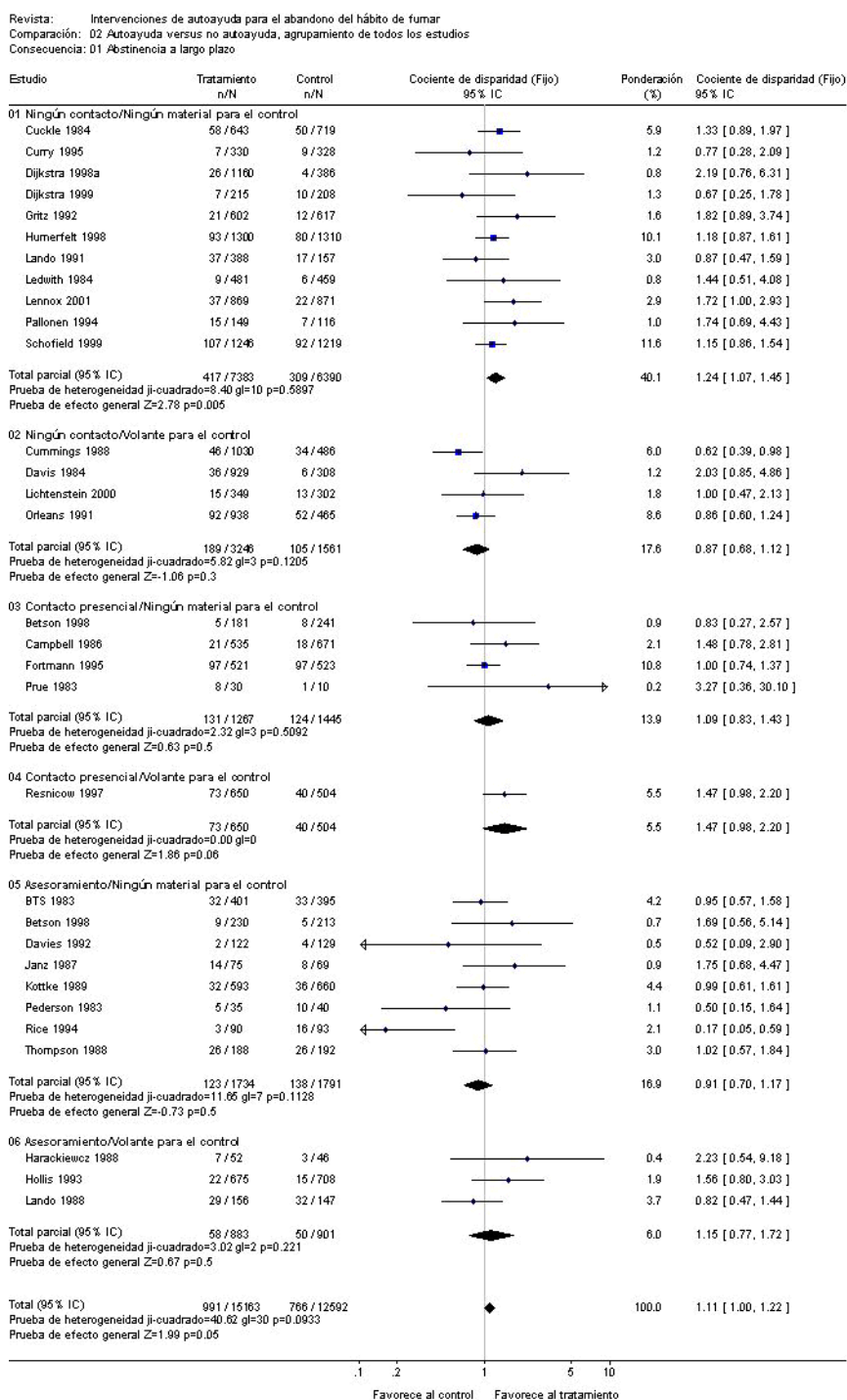


Fig. 03 Autoayuda más TRN versus TRN solo

03.01 Abstinencia a largo plazo

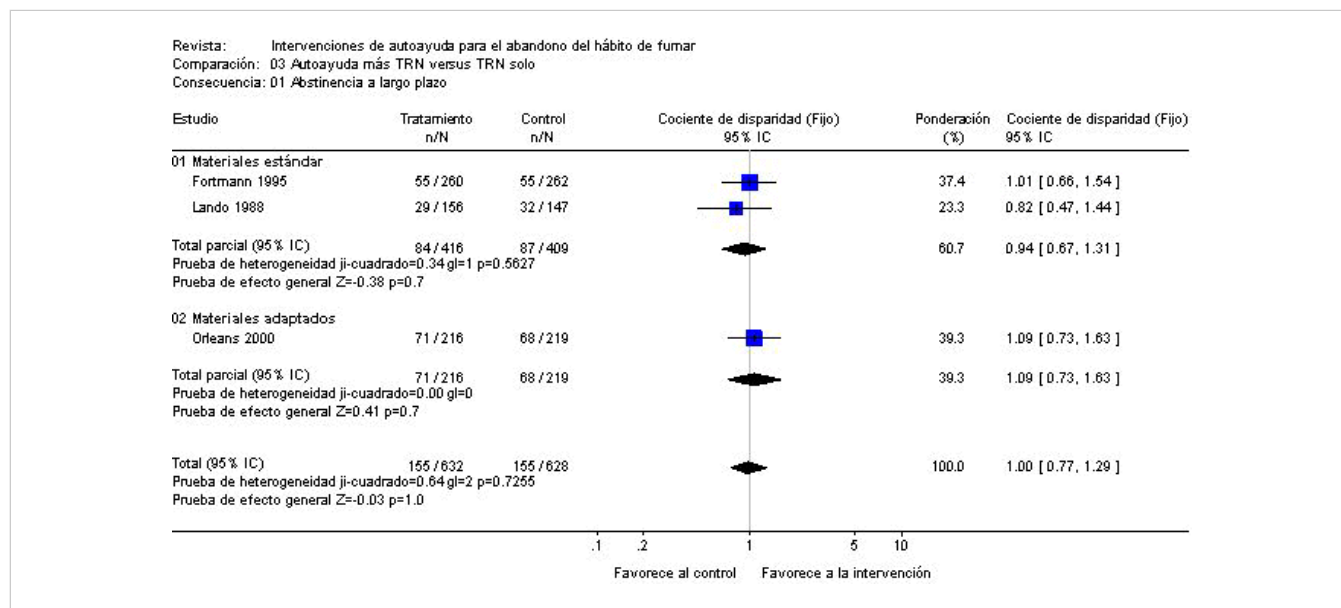


Fig. 04 Materiales de autoayuda adaptados

04.01 Abstinencia a largo plazo

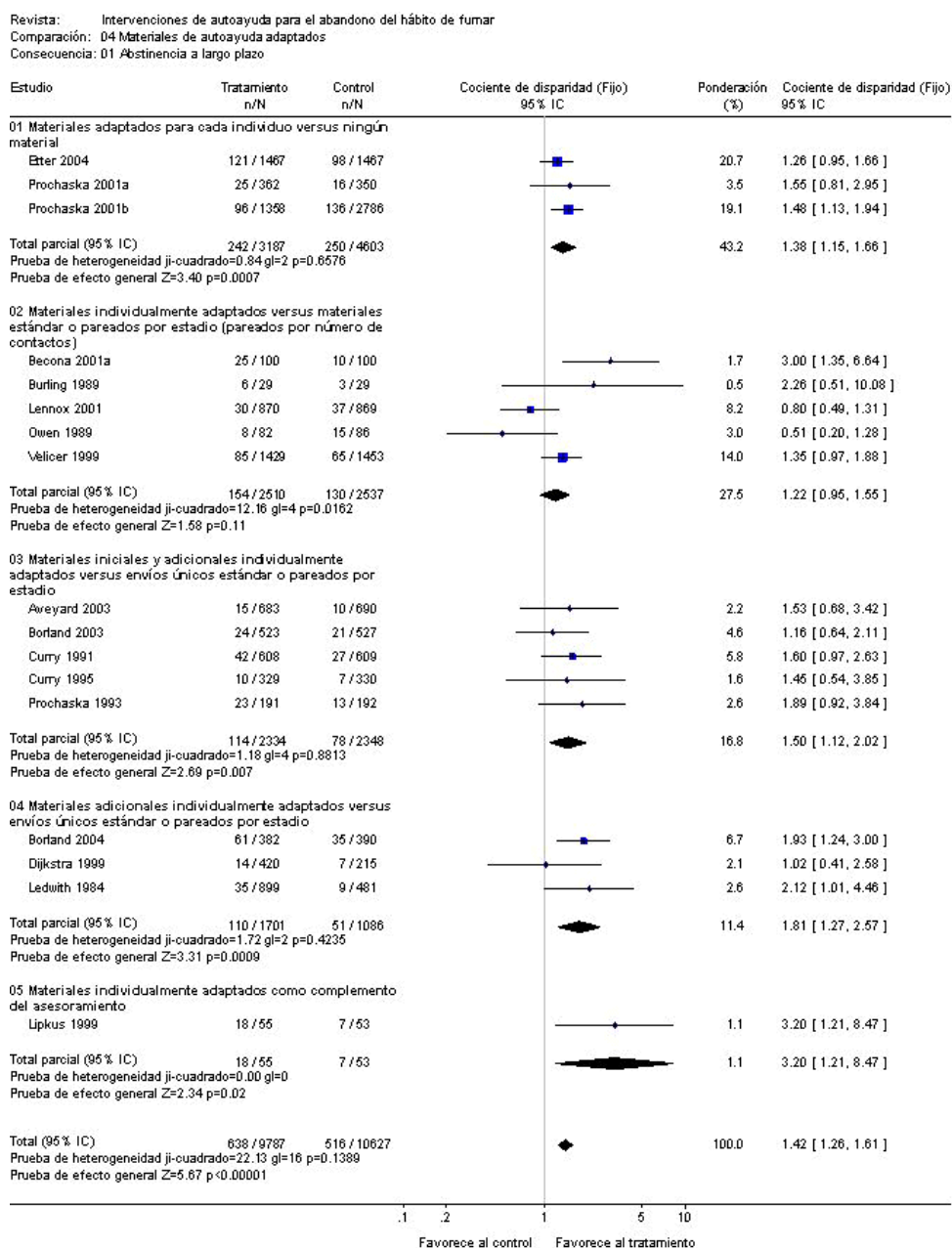


Fig. 05 Otras mejoras/complementos de los materiales de autoayuda

05.01 Abstinencia a largo plazo

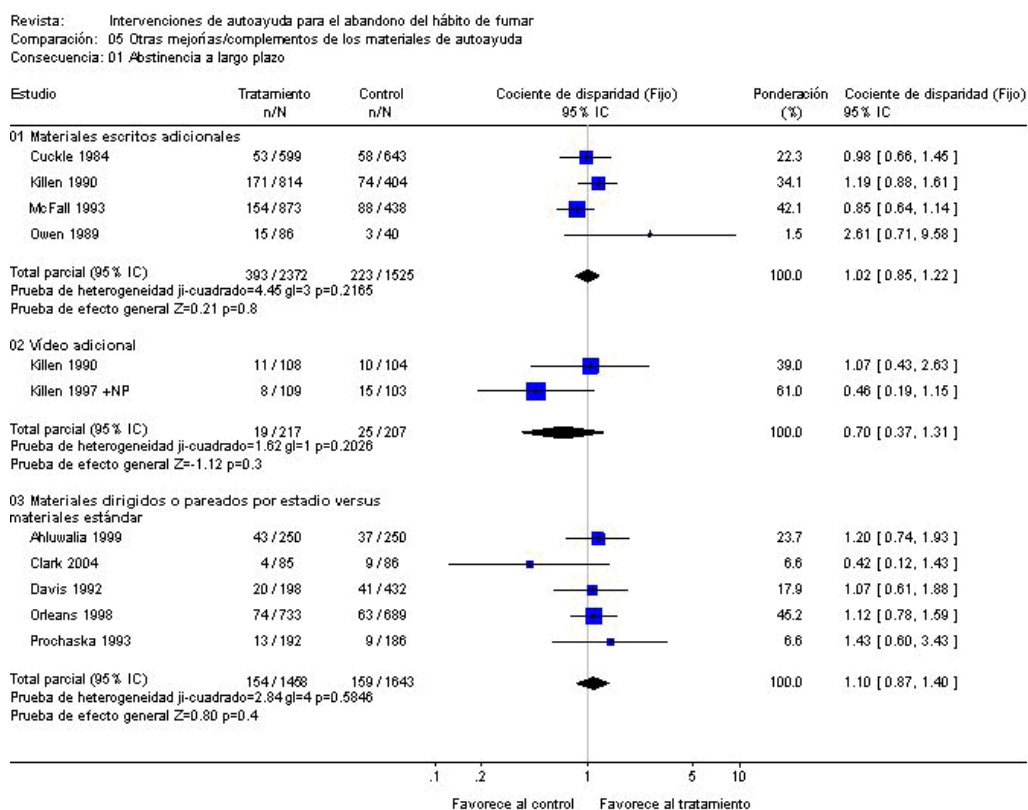
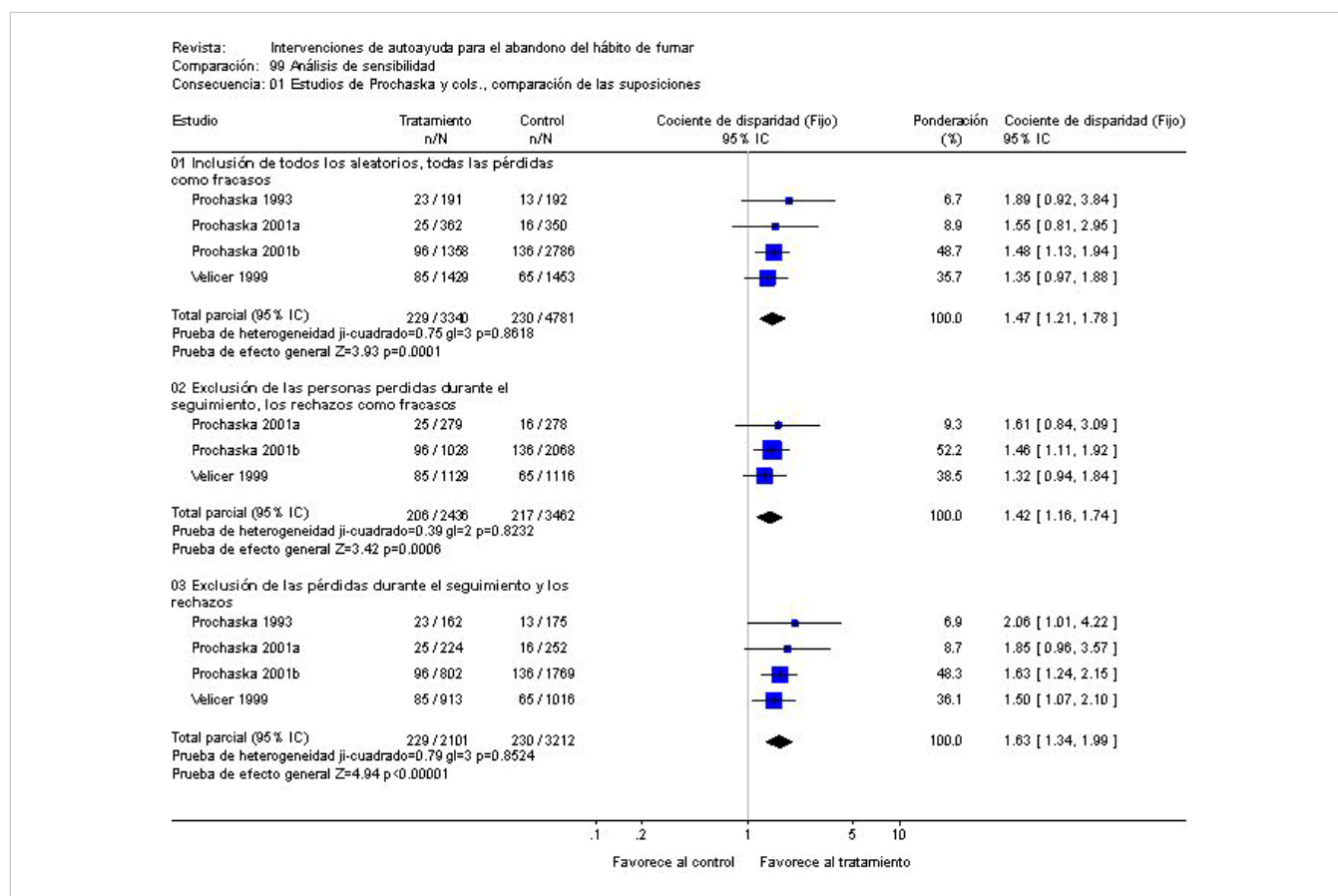


Fig. 99 Análisis de sensibilidad

99.01 Estudios de Prochaska y cols., comparación de las suposiciones



99.02 Comparación 4.1 con la exclusión de los abandonos de los estudios Prochaska/Velicer

