



Asesoramiento conductual individual 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..... | 2 |
| ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS..... | 3 |
| MÉTODOS DE LA REVISIÓN..... | 3 |
| DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS..... | 3 |
| CALIDAD METODOLÓGICA..... | 4 |
| RESULTADOS..... | 5 |
| DISCUSIÓN..... | 5 |
| CONCLUSIONES DE LOS AUTORES..... | 7 |
| AGRADECIMIENTOS..... | 7 |
| POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS..... | 7 |
| FUENTES DE FINANCIACIÓN..... | 7 |
| REFERENCIAS..... | 7 |
| TABLAS..... | 10 |
| Characteristics of included studies..... | 10 |
| Characteristics of excluded studies..... | 19 |
| CARÁTULA..... | 19 |
| RESUMEN DEL METANÁLISIS..... | 20 |
| GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS..... | 21 |
| 01 Asesoramiento individual en comparación con la intervención de comparación. Abandono del hábito de fumar en el seguimiento más largo..... | 21 |
| 01 Asesoramiento versus control de contacto mínimo..... | 21 |
| 02 Asesoramiento individual en comparación con el control. Uso de la varianza inversa genérica para incluir Bobo..... | 22 |
| 03 Comparaciones entre las formas de asesoramiento..... | 22 |
| 04 Análisis de sensibilidad con Alterman 2001 en la comparación de asesoramiento intensivo versus breve..... | 23 |

Asesoramiento conductual individual para el abandono del hábito de fumar

Lancaster T, Stead LF

Esta revisión debería citarse como:

Lancaster T, Stead LF. Asesoramiento conductual individual 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: 08 de febrero de 2005

Fecha de la modificación significativa más reciente: 08 de febrero de 2005

RESUMEN

Antecedentes

El asesoramiento individual de un especialista en el abandono del hábito de fumar puede ayudar a los fumadores a intentar con éxito dejar de fumar.

Objetivos

El objetivo de la revisión es determinar los efectos del asesoramiento individual.

Estrategia de búsqueda

Se realizaron búsquedas en el registro especializado del Grupo Cochrane de Adicción al Tabaco (Cochrane Tobacco Addiction Group specialized register) de estudios que incluyeran el término *counsel** en cualquier campo. Fecha de la búsqueda más reciente: Diciembre 2004.

Criterios de selección

Ensayos aleatorios o cuasialeatorios con al menos un brazo de tratamiento que consista en el asesoramiento individual presencial a cargo de un trabajador de atención sanitaria que no participe de la atención clínica habitual. El resultado fue el abandono del hábito de fumar con un seguimiento de al menos seis meses posteriores al comienzo del asesoramiento.

Recopilación y análisis de datos

Ambos autores extrajeron datos. Se registraron los datos de la intervención y la población, el método de asignación al azar y la integridad del seguimiento.

Resultados principales

Se identificaron 21 ensayos con más de 7000 participantes. Dieciocho ensayos compararon el asesoramiento individual con una intervención conductual mínima, cuatro compararon diferentes tipos o intensidades de asesoramiento.

El asesoramiento individual fue más efectivo que el control. El odds-ratio para el éxito en el abandono del hábito de fumar fue 1,56 (intervalo de confianza del 95%: 1,32 a 1,84). En un subgrupo de tres ensayos donde todos los participantes recibieron tratamiento de reemplazo de nicotina, la estimación puntual del efecto fue más pequeña y no alcanzó significación (odds-ratio 1,34; intervalo de confianza del 95%: 0,98 a 1,83). No se detectó que el asesoramiento intensivo tuviera un efecto mayor en comparación con el asesoramiento breve (odds-ratio 0,98; intervalo de confianza del 95%: 0,61 a 1,56).

Conclusiones de los autores

El asesoramiento para el abandono del hábito de fumar puede ayudar a los fumadores a que dejen de fumar.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

El asesoramiento individual puede ayudar a los fumadores a abandonar el hábito de fumar.

El asesoramiento individual se usa frecuentemente para ayudar a las personas que están tratando de dejar fumar. La revisión consideró los ensayos de asesoramiento proporcionados por un terapeuta entrenado que suministraba una o más sesiones con contacto personal, diferentes a la atención médica. Todos los ensayos incluían sesiones de más de diez minutos y la mayoría también incluía contacto telefónico como apoyo adicional. La revisión encontró que el asesoramiento individual pudo ayudar a los fumadores a que abandonaran el hábito de fumar pero, no hubo pruebas suficientes acerca de si el asesoramiento más intensivo era mejor.

ANTECEDENTES

Las intervenciones psicológicas para ayudar a dejar de fumar incluyen materiales de autoayuda, intervenciones breves proporcionadas por un terapeuta, como el asesoramiento de un médico o una enfermera, asesoramiento intensivo proporcionado de forma individual o en grupo y combinaciones de estos enfoques. Las revisiones anteriores mostraron un efecto pequeño, aunque consistente, de las intervenciones breves proporcionadas por un terapeuta (Silagy 2001). El efecto de las intervenciones de autoayuda es menor (Lancaster 2002). La intervención más intensiva en un ámbito grupal aumenta las tasas de abandono (Stead 2002).

En esta revisión se evaluó la efectividad del asesoramiento más intensivo proporcionado por un asesor en el abandono del hábito de fumar a un paciente de forma individual. Un problema al evaluar el asesoramiento individual es el de los factores de confusión con otras intervenciones. Por ejemplo, el asesoramiento proporcionado por un médico en el contexto de un encuentro clínico, puede tener diferentes efectos a aquel proporcionado por un asesor que no es médico. Un enfoque a este problema es emplear el modelaje estadístico (regresión logística) para controlar los posibles factores de confusión, un enfoque utilizado por el Servicio de Salud Pública de los EE.UU. (US Public Health Service) en la preparación de las guías para la práctica clínica (AHCPR 1996; AHRQ 2000). Un enfoque alternativo es revisar sólo las intervenciones sin factores de confusión. Este es el enfoque que se adoptó en el Grupo Cochrane de Adicción al Tabaco (Cochrane Tobacco Addiction Review Group). Por lo tanto, en esta revisión se excluyó específicamente el asesoramiento proporcionado por médicos o enfermeras durante la atención habitual del paciente y el interés se centró en el asesoramiento para el abandono del hábito de fumar proporcionado por asesores especializados. Se empleó una definición amplia del asesoramiento basada sólo en el contacto por un tiempo mínimo con el fumador, con ningún enfoque conductual específico.

OBJETIVOS

La revisión aborda las siguientes hipótesis:

1. El asesoramiento individual es más efectivo que ningún tratamiento o el asesoramiento breve para promover el abandono del hábito de fumar.
2. El asesoramiento individual es más efectivo que el material de autoayuda para promover el abandono del hábito de fumar.
3. Una intervención de asesoramiento más intensiva es más efectiva que una intervención menos intensiva.

También se incluyen aquí los estudios que comparan diferentes enfoques de asesoramiento, si no forman parte de otras revisiones Cochrane de intervenciones específicas. Las comparaciones entre el asesoramiento individual y el tratamiento conductual proporcionado en grupos están incluidas actualmente en la revisión Cochrane de tratamiento conductual en grupos (Stead 2002)

CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISIÓN

Tipos de estudios

Ensayos aleatorios o cuasi aleatorios con un seguimiento mínimo de seis meses, donde al menos un brazo de tratamiento consistió en una intervención sin factores de confusión proporcionada por un asesor.

Tipos de participantes

Cualquier fumador, excepto mujeres embarazadas. (Las intervenciones del abandono del hábito de fumar en el embarazo se tratan en otra revisión, Lumley 2004). También se excluyeron los ensayos que reclutaban sólo niños y adolescentes.

Tipos de intervención

Se definió el asesoramiento individual como un encuentro personal entre un paciente fumador y un asesor entrenado para ayudar a abandonar el hábito de fumar. Esta revisión excluye específicamente los estudios del asesoramiento proporcionado por médicos y enfermeras como parte de la atención clínica, los que están incluidos en otras revisiones (Rice 2001; Silagy 2001). También excluye las intervenciones que tratan factores de riesgo múltiples además del hábito de fumar.

Tipos de medidas de resultado

Se utilizó la abstinencia mantenida o la prevalencia puntual múltiple, cuando estuvieron disponibles. Se incluyeron estudios que utilizaron el autoinforme, con o sin validación bioquímica del abandono del hábito de fumar, y se realizó un análisis de sensibilidad para determinar si las estimaciones difirieron significativamente en los estudios sin verificación.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS

Se realizaron búsquedas en el registro especializado del Grupo Cochrane de Adicción al Tabaco (Cochrane Tobacco Addiction Group specialized register) de estudios que incluyeran el término *counsel** en el título, el resumen o las palabras clave. También se comprobaron las revisiones anteriores y los metanálisis de los estudios pertinentes, incluidos todos los estudios en las guías de los EE.UU. (AHCPR 1996; AHRQ 2000). Fecha de la búsqueda más reciente diciembre 2004.

MÉTODOS DE LA REVISIÓN

Ambos autores extrajeron datos. El principal resultado fue las tasas de abandono del hábito de fumar. La información que se extrae incluyó información descriptiva (la población y la intervención estudiada), el método de asignación al azar y el ocultamiento de la asignación, la integridad del seguimiento y si el autoinforme del abandono del hábito de fumar fue validado. Se asumió que los participantes que se perdieron durante el seguimiento continuaban fumando.

Se resumieron los resultados de los estudios individuales como un odds-ratio, calculado como:
(número de exconsumidores en el grupo de intervención/número de fumadores actuales en el grupo de intervención)/(número de exconsumidores en el grupo control/número de fumadores actuales en el grupo control).

Cuando correspondía, se realizó el metanálisis con el método de efectos fijos de Mantel-Haenszel para estimar un odds-ratio combinado con intervalos de confianza del 95% (Greenland 1985). Esto reemplaza el método de Peto para datos agrupados usado en las versiones anteriores de la revisión (Yusuf 1985), pero no cambia los efectos estimados de manera significativa. La heterogeneidad estadística entre los ensayos se estimó con el uso de la estadística I^2 (Higgins 2003). Los valores por encima del 50% pueden considerarse como heterogeneidad moderada y los de más de 75% como alta.

Para incluir cualquier estudio, asignado al azar por conglomerados, que informó un odds-ratio ajustado por grupos se realizó un metanálisis secundario con el uso del método de la varianza inversa genérica para agrupar los odds-ratios de los estudios.

Se realizaron las siguientes comparaciones:

- Asesoramiento individual versus ningún tratamiento, asesoramiento breve o materiales de autoayuda
- Asesoramiento individual más intensivo versus menos intensivo
- Comparaciones entre los métodos de asesoramiento pareados por el tiempo de contacto

DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS

Hay 21 estudios incluidos en esta revisión, con más de 7000 participantes.

Se comparó el asesoramiento individual con una intervención conductual de nivel mínimo en 18 estudios. El apoyo que se ofreció al grupo control de comparación varió desde la atención habitual hasta diez minutos de asesoramiento, con o sin la entrega de materiales de autoayuda. Todas las intervenciones clasificadas como asesoramiento individual incluyeron más de diez minutos de contacto personal. Ocho utilizaron una única sesión (Dornelas 2000; Glasgow 2000; Molyneux 2003; Rigotti 1997, Simon 1997; Stevens 1993; Weissfeld 1991; Windsor 1988) sin embargo, todas incluyeron contacto telefónico adicional excepto Molyneux 2003 y el proceder de baja intensidad que probó Weissfeld y colegas.

En este grupo de estudios, se les proporcionó sistemáticamente tratamiento de reemplazo de nicotina a todos los participantes en tres ensayos. Fiore 2004 comparó el asesoramiento individual y el parche de nicotina con dos intervenciones menos intensivas; el parche de nicotina con o sin una sola sesión de orientación telefónica y materiales apropiados. Simon 2003 comparó el parche de nicotina y una sesión hospitalaria más cinco llamadas telefónicas de orientación con el parche de nicotina y una sola sesión hospitalaria de diez minutos. Jorenby 1995 usó dos dosis diferentes del parche de nicotina (que se combinaron en el análisis) cruzados con tres niveles de apoyo conductual (mínimo, individual o en grupo) en un diseño factorial. El grupo con asesoramiento individual se comparó con una intervención mínima de apoyo que se proporcionó con un folleto de autoayuda por un médico y que posteriormente tuvo evaluaciones semanales, pero ninguna orientación adicional.

En un ensayo (Simon 1997) a los fumadores asignados al azar para recibir asesoramiento se les prescribió el chicle de nicotina si no había contraindicaciones. Aunque un 65% en el grupo con asesoramiento utilizó el chicle en comparación con un 17% del grupo control, su uso no se asoció significativamente con el abandono del hábito de fumar.

En las intervenciones de control el suministro de materiales escritos generalmente se interpretaba como un asesoramiento breve. Ningún ensayo consideró directamente si el suministro de asesoramiento además de un programa estructurado de autoayuda aumentaba la eficacia. Por lo tanto, en el metanálisis no se hizo distinción entre el consejo breve, la atención habitual o el suministro de materiales de autoayuda como la intervención de control con la que se comparó el asesoramiento.

Efecto de la intensidad del asesoramiento

Se consideraron por separado tres estudios que compararon el asesoramiento intensivo con intervenciones menos intensivas, que también incluían más de diez minutos de contacto personal. El primero de éstos, Weissfeld 1991, comparó dos intensidades de asesoramiento con un control; ambas intensidades se combinaron versus control en el primer análisis, pero se compararon en este análisis. El segundo, Alterman 2001, comparó tres intensidades de asesoramiento como un complemento del tratamiento con parches de nicotina. La intervención de intensidad más baja, que se utilizó como control en esta comparación, incluía una sola sesión de 30 minutos con una enfermera practicante. El programa de intensidad mediana incluía una intervención de cuatro sesiones de asesoramiento y educación ofrecida por una enfermera practicante que revisaba los materiales de autoayuda y monitorizaba el uso del parche de nicotina. La intervención de alta intensidad añadió otras 12 sesiones de terapia conductual cognitiva proporcionadas por un asesor para la prevención de recaídas. El tercer estudio, Lifrak 1997, utilizó una intervención intensiva similar con 16 sesiones en comparación con un control similar al programa de intensidad mediana de Alterman 2001.

Comparaciones entre los métodos de asesoramiento

Schmitz 1999 comparó dos enfoques de asesoramiento. Ambas intervenciones utilizaron seis sesiones de una hora. El primero utilizó un modelo de habilidades para hacerle frente a las recaídas. Se comparó con un modelo de conciencia sanitaria centrado en la información sobre la salud relacionada con el hábito de fumar, la relación con la cardiopatía coronaria y los beneficios del abandono.

Poblaciones de estudio

Nueve de los estudios reclutaron pacientes hospitalizados por una enfermedad médica o quirúrgica (Dornelas 2000; Molyneux 2003; Ockene 1992; Pederson 1991; Rigotti 1997; Simon 1997; Simon 2003; Stevens 1993), o pacientes ambulatorios (Weissfeld 1991). Uno reclutó algunos pacientes hospitalizados (Schmitz 1999). Otros tres estudios reclutaron veteranos dependientes de las drogas y el alcohol, que asistían a una rehabilitación residencial (Bobo 1998; Burling 1991; Burling 2001). Los estudios restantes reclutaron fumadores en consultorios de atención primaria (Fiore 2004), atención primaria y comunidad local (Alexandre 1998), comunidad local y universidad (Alterman 2001), en un examen periódico de atención sanitaria (Bronson 1989), en un consultorio de planificación familiar (Glasgow 2000), voluntarios de la comunidad (Jorenby 1995; Lifrak 1997), y empleados que se ofrecían como voluntarios para el programa de abandono del hábito de fumar de la compañía (Windsor 1988). La falta de interés en el abandono no fue un criterio de exclusión explícito en ninguno de los estudios, pero el nivel de motivación para dejar de fumar fue en ocasiones difícil de evaluar. Un ensayo incorporó todos los fumadores que ingresaron en el hospital (Stevens 1993), mientras que uno incorporó el 90% de los fumadores a los que se les propuso (Rigotti 1997). En un estudio

amplio de atención primaria el 68% de los fumadores aceptaron participar y un 52% reunió los criterios de inclusión y se reclutaron (Fiore 2004). En otros estudios una proporción mayor de fumadores elegibles pudo haberse rehusado a la asignación aleatoria debido a la falta de interés en dejarlo.

Dos estudios reclutaron sólo mujeres: Schmitz 1999 reclutó 53 mujeres hospitalizadas con arteriopatía coronaria (AC) y 107 voluntarios con factores de riesgo de AC. Glasgow 2000 reclutó 1154 mujeres que asistían a los consultorios de planificación familiar, que no fueron seleccionadas por la motivación de dejar de fumar.

Componentes de la intervención

Las intervenciones de asesoramiento incluían habitualmente los siguientes componentes: revisión de antecedentes de tabaquismo del participante y su motivación para dejar el hábito, ayuda en la identificación de las situaciones de alto riesgo y generación de las estrategias de solución de problemas para tratar tales situaciones. Los asesores también pudieron haber proporcionado apoyo y estímulo no específicos. Algunos estudios proporcionaron componentes adicionales como materiales escritos, cintas de vídeo o cintas de audio. Los componentes principales que se utilizaron en cada estudio se muestran en la "Tabla de estudios incluidos".

Prestadores de la intervención

En general, se describió a los terapeutas que proporcionaron asesoramiento como asesores de abandono del hábito de fumar. Sus antecedentes profesionales incluían trabajo social, psicología, psiquiatría y educación sanitaria. En un estudio, el terapeuta para algunas de las sesiones era una enfermera practicante (Alterman 2001), y en otro, los terapeutas eran los médicos de la investigación o enfermeras entrenadas para asesorar.

Se excluyó un estudio que proporcionaba entrevistas motivacionales como parte de una intervención para disminuir la exposición al tabaquismo pasivo en las viviendas con niños pequeños (Emmons 2001). La cesación era un resultado secundario y no hubo diferencias significativas en las tasas de abandono, las que no se informaron para cada grupo por separado. Un análisis de sensibilidad de la inclusión de este estudio, que suponía tasas de abandono iguales, no alteró los resultados de la revisión.

En la tabla de estudios excluidos se presentan, junto con las razones para su exclusión, otros estudios que fueron identificados como potencialmente pertinentes pero que no cumplieron con todos los criterios de inclusión.

CALIDAD METODOLÓGICA

Sólo tres de los estudios describieron un método de asignación al azar que pudiera asegurar que la asignación al tratamiento fue cegada hasta después de la asignación (Simon 1997; Weissfeld 1991; Windsor 1988). En otros ensayos no se

describió el método de asignación al azar. Uno de los estudios incluidos ha sido descrito como un ensayo aleatorio (Meenan 1998). El informe primario (Stevens 1993) aclara que la intervención fue proporcionada en uno de dos hospitales, mediante un esquema de alternancia mensual durante 14 meses. Este diseño se utilizó para evitar que los pacientes de los grupos de control se enteraran de la intervención que se les proporcionaba a los otros pacientes que compartían la habitación. Todos los fumadores elegibles en el hospital donde se realizaba la intervención se consideraban como participantes, independientemente de si la intervención se les proporcionaba o no, de esta manera se evitaba el sesgo de selección, y la intervención no fue proporcionada por el personal del hospital. No hubo diferencias significativas al inicio entre los grupos con la intervención y los grupos con la atención habitual; había sin embargo un mayor número de pacientes en el grupo de atención habitual. Como parece improbable que hubiera un alto riesgo de sesgo sistemático debido a este diseño, el estudio se incluyó y se realizó un análisis de sensibilidad.

Un estudio (Bobo 1998) usó la asignación al azar de grupos de 12 centros residenciales e informó el resultado como un odds-ratio ajustado para el efecto del agrupamiento. Esto se incluyó en un análisis secundario con el uso de los odds-ratios agrupados con el método de la varianza inversa.

En 11 estudios se realizó la validación bioquímica de todos los que informaron que dejaron de fumar (Alterman 2001; Burling 2001; Fiore 2004; Glasgow 2000; Jorenby 1995, Molyneux 2003; Ockene 1992; Rigotti 1997; Simon 2003; Weissfeld 1991; Windsor 1988). El autoinforme fue confirmado por un acompañante de todas las personas que abandonaron el hábito de fumar en un estudio (Dornelas 2000) y de seis de las 29 personas que lo abandonaron en un segundo estudio (Simon 1997). En dos estudios, sólo se realizó la prueba en una muestra de los que respondieron (Pederson 1991; Schmitz 1999). Las tasas de abandono se basaron sólo en el autoinforme en cuatro estudios (Aleixandre 1998; Bronson 1989; Lifrak 1997; Stevens 1993). En un estudio no hubo personas que informaran que dejaron de fumar a largo plazo (Burling 1991).

Un estudio (Fiore 2004) excluyó los participantes asignados al azar que no recogieron los parches de nicotina suministrados gratuitamente, y en consecuencia tampoco recibieron los componentes conductuales adicionales a los cuales fueron asignados. La proporción de los excluidos fue similar en todos los grupos de intervención, de manera que se usaron los denominadores informados.

RESULTADOS

Asesoramiento versus control de contacto mínimo

El agrupamiento de 17 estudios de asesoramiento, incluido uno (Burling 1991) en el que no hubo personas que abandonaron el hábito de fumar, resultó en un odds-ratio (OR) del efecto estimado de 1,56 (intervalo de confianza [IC] del 95%: 1,32 a

1,84 modelo de efectos fijos de Mantel-Haenszel), sin pruebas de heterogeneidad significativa. La estimación sigue siendo similar si el ensayo sin asignación al azar (Stevens 1993) se excluye (OR 1,56; IC del 95%: 1,30 a 1,88). Con la inclusión de un ensayo con asignación al azar de grupos (Bobo 1998) y con el agrupamiento de los odds-ratios con el método de la varianza inversa da resultados similares (OR 1,50; IC del 95%: 1,27 a 1,77). El análisis de sensibilidad que incluyó sólo los diez ensayos con validación bioquímica completa del abandono autoinformado, también presentó resultados similares. El subgrupo de tres estudios en los que se probó el asesoramiento como un complemento del tratamiento de reemplazo de nicotina tuvo un efecto estimado más pequeño que no alcanzó significación estadística (OR 1,34; IC del 95%: 0,98 a 1,83), aunque la comparación directa no detectó una diferencia significativa entre los odds-ratios de los dos subgrupos.

Asesoramiento intensivo versus asesoramiento breve

En un análisis que combinó tres estudios, no hubo pruebas del beneficio del asesoramiento más intensivo en comparación con el asesoramiento breve, aunque los intervalos de confianza son amplios y no excluyen la posibilidad de un efecto dosis-respuesta clínicamente útil (OR 0,98; IC del 95%: 0,61 a 1,56). Esta estimación también es sensible a la manera en que están incluidos los tres brazos de intervención en un estudio (Alterman 2001). En este estudio la intervención de baja intensidad, que incluye una única sesión de asesoramiento como complemento del tratamiento del parche de nicotina, produjo una tasa de abandono a los 12 meses del 25%, mientras que la intervención de intensidad moderada con tres sesiones adicionales presentó una tasa inesperadamente baja de sólo el 11%. La intervención más intensiva, que agregó 12 sesiones conductuales cognitivas de prevención de las recaídas con un terapeuta, presentó la tasa de abandono más alta, 33%. En el análisis mostrado, se comparan las dos intervenciones intensivas con la sesión única. Si se comparan las intervenciones de alta intensidad con las de mediana intensidad, que igualan más estrechamente los dos brazos del estudio de Lifrak 1997 apoyarían de forma separada y cuando se combinan con los otros dos estudios, un beneficio significativo del contacto mayor (OR agrupado 1,94; IC del 95%: 1,15 a 3,26).

Comparación entre los enfoques de asesoramiento

Schmitz 1999, que compara un enfoque de prevención de recaídas con un modelo de conciencia sanitaria no mostró diferencia significativa, pero intervalos de confianza amplios (OR 0,93; IC del 95%: 0,39 a 2,23).

DISCUSIÓN

Hay pruebas consistentes de que el asesoramiento individual aumenta la probabilidad de abandonar el hábito de fumar en comparación con las medidas de apoyo menos intensivas. Aunque la mayoría de los ensayos se realizaron en fumadores hospitalizados, el asesoramiento también fue efectivo en el

contexto del lugar de trabajo (Windsor 1988) y entre los voluntarios de la comunidad.

Estos resultados son consistentes con las conclusiones de la revisión que se realizó para las guías de práctica actualizadas del US Public Health Service (Servicio de Salud Pública de los EE.UU.) (AHRQ 2000). Las mismas incluyeron un análisis de 58 ensayos donde las formas de tratamiento difirieron en el formato (autoayuda, asesoramiento individual con contacto personal, asesoramiento telefónico proactivo o asesoramiento en grupos) y estimaron un odds-ratio (OR) del abandono con éxito del hábito de fumar con asesoramiento individual en comparación con ninguna intervención de 1,7 (Intervalo de confianza (IC) del 95%: 1,4 a 2,0) (AHRQ 2000 Tabla 17). El asesoramiento individual en esa categorización también pudo incluir el asesoramiento de un médico. Cuando se analiza por separado el efecto de diferentes prestadores de atención sanitaria, las estimaciones sugieren que los prestadores de atención que no son médicos (una categoría que incluye psicólogos, trabajadores sociales y consejeros) son igualmente efectivos en comparación con un grupo de referencia sin prestadores (OR 1,7; IC del 95%: 1,3 a 2,1) o con prestadores médicos (OR 2,2; IC del 95%: 1,5 a 3,2) (AHRQ 2000 Tabla 15).

No hubo pruebas de heterogeneidad significativa entre los odds de abandono en los diferentes ensayos. Aunque las tasas absolutas de abandono del hábito de fumar variaron en los estudios, es probable que este hecho se relacione con la motivación de los fumadores para intentar dejar de fumar y con la manera en que se definió el abandono. Las tasas de abandono fueron generalmente más altas en los ensayos donde también se utilizó el tratamiento de reemplazo de nicotina (TRN) (Alterman 2001; Jorenby 1995; Lifrak 1997; Simon 2003) y en los pacientes con coronariopatía (Ockene 1992). Las tasas de abandono tendieron a ser inferiores en los estudios que reclutaron pacientes hospitalizados no seleccionados por su disposición a dejarlo (Rigotti 1997; Stevens 1993). Es probable que todas estas características de un ensayo afecten las tasas absolutas de abandono y constituyan factores de confusión de un posible efecto del contenido exacto de la intervención. La siguiente descripción de la intervención usada en el Coronary Artery Smoking Intervention Study (CASIS) (Ockene 1992) es ampliamente característica de las intervenciones usadas: "Las sesiones de asesoramiento individual y telefónico se basaron en un enfoque con múltiples componentes conductuales en el que los asesores utilizaron una serie de preguntas abiertas para evaluar la motivación para el abandono del hábito de fumar, las áreas de preocupación acerca del mismo, los problemas previstos y las soluciones posibles. Se discutieron y reforzaron las estrategias de autocuidado cognitivas y conductuales, presentadas en los materiales de autoayuda". Aunque no se puede excluir la posibilidad de que pequeñas diferencias de los componentes y del entrenamiento o habilidades de los terapeutas tengan un efecto sobre el resultado, no es posible detectar tales diferencias en el metanálisis.

La mayoría de las intervenciones de asesoramiento en esta revisión incluyeron contactos repetidos, pero difirieron en si utilizaban contacto personal o telefónico después de una reunión inicial. Hay muy pocos ensayos para establecer conclusiones a partir de las comparaciones indirectas sobre la eficacia relativa de las diversas estrategias de contacto. Nuevamente, la homogeneidad de los resultados indica que la manera de establecer el contacto puede no ser importante. Otra revisión Cochrane sobre asesoramiento telefónico sugiere que el apoyo puede ser efectivo sin el contacto personal (Stead 2001).

Los tres ensayos que compararon directamente diferentes intensidades del apoyo individual no mostraron pruebas sólidas acerca de un efecto de dosis-respuesta. Hubo diferencias en las tasas absolutas de abandono entre los estudios; el 6% en ambos grupos de tratamiento en el Veterans Medical Centre (Centro Médico de Veteranos) (Weissfeld 1991), en comparación con el 36% versus el 28% (Lifrak 1997) y de 11% a 33% (Alterman 2001) entre los voluntarios de la comunidad a los que se les proporcionó asesoramiento como complemento del reemplazo de nicotina. Aunque la diferencia relativa es pequeña, un aumento absoluto en las tasas de abandono a largo plazo en el orden de seis puntos porcentuales, como se observa en Lifrak 1997, implicaría un beneficio clínicamente útil si se mostrara que este tamaño del efecto es consistente en otros estudios. Es necesaria cierta cautela porque el tamaño del efecto del tratamiento se debió en parte a la muy baja tasa de abandono en la intervención moderadamente baja de Alterman 2001.

En un estudio de una población reclutada de la atención primaria dispuesta a aceptar el tratamiento sin buscarlo, se ofreció orientación individual además de un curso de ocho semanas de TRN. Esto no aumentó significativamente las tasas de abandono con el uso de la TRN sola, aunque los intervalos de confianza no excluyeron un beneficio útil. El cumplimiento del asesoramiento fue moderado, dos tercios de los sujetos asistieron al menos a una sesión, pero sólo un 41% asistió a las cuatro. La asistencia a más sesiones se asoció con tasas de abandono mayores (Fiore 2004). En otro grupo de participantes a los que se les permitió elegir el nivel del apoyo psicosocial, la proporción más grande optó por el asesoramiento. Sus tasas de abandono fueron casi idénticas a las incluidas en la revisión en que la asignación fue al azar.

La no detección de un incremento significativo del beneficio cuando el asesoramiento se proporcionaba junto con la TRN no debe interpretarse como prueba de que la orientación no es efectiva en este contexto. Sin embargo, puede indicar que el beneficio adicional relativo es más pequeño cuando las tasas de abandono en el grupo de control están aumentadas por el uso de una farmacoterapia efectiva. El promedio de las tasas de abandono en los que recibieron la intervención y en los controles en este subgrupo fueron mayores que en los grupos de intervención y de control que no recibieron la farmacoterapia y la diferencia absoluta en las tasas de abandono fue similar en los dos subgrupos. Sin embargo, como ya se ha observado, es necesario tener cuidado al hacer la comparación directa de las

tasas de abandono debido a las múltiples diferencias entre los ensayos. Es también posible que no haya diferencias ciertas entre este subgrupo de ensayos y los otros y que el efecto menor estimado y la ausencia de significación sea un resultado del azar. No se pree especificó un análisis de subgrupos basado en el uso de la farmacoterapia, y esto no contribuye a la heterogeneidad entre los resultados.

CONCLUSIONES DE LOS AUTORES

Implicaciones para la práctica

Las intervenciones de asesoramiento que se proporcionan fuera de la atención clínica habitual por asesores del abandono del hábito de fumar, que incluyen educadores de la salud y psicólogos, ayudan a los fumadores a abandonar el hábito.

Implicaciones para la investigación

El asesoramiento individual es un tratamiento establecido para el abandono del hábito de fumar. La identificación del tratamiento más efectivo y del tratamiento con la duración e intensidad más costo efectiva para diferentes poblaciones de fumadores aún es un área de investigación. Sin embargo, es probable que las diferencias en el efecto relativo sean pequeñas,

especialmente cuando el asesoramiento se utiliza junto con el tratamiento farmacológico. Los ensayos pequeños tienen poca probabilidad de proporcionar pruebas claras de la eficacia a largo plazo.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece a Peter Hajek y Roger Secker-Walker por sus observaciones útiles sobre la primera versión de esta revisión.

POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno conocido.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Recursos externos

- NHS Research and Development Programme UK

Recursos internos

- Oxford University Department of Primary Health Care UK

REFERENCIAS

Referencias de los estudios incluidos en esta revisión

Alexandre 1998 {published data only}

Alexandre i Martí E, Casanova Matutano MA, Mitjans Lafont J, Sanchez Monfort J, Sammartin Almenar A. Clinical trial of two tobacco use cessation interventions in primary care [Ensayo clínico de dos intervenciones de deshabituación tabaquica en atención primaria]. *Atención Primaria* 1998;22:424-8. 99058219.

Alterman 2001 {published data only}

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

Bobo 1998 {published data only}

*Bobo JK, McIlvain HE, Lando HA, Walker RD, Leed Kelly A. Effect of smoking cessation counseling on recovery from alcoholism: findings from a randomized community intervention trial. *Addiction* 1998;93:877-87. 98416786.

Leed Kelly A, Russell KS, Bobo JK, McIlvain H. Feasibility of smoking cessation counseling by phone with alcohol treatment center graduates. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1996;13:203-10. 97170019.

Bronson 1989 {published data only}

Bronson DL, Flynn BS, Solomon LJ, Vacek PM, Secker-Walker RH. Smoking cessation counselling during periodic health examinations. *Archives of Internal Medicine* 1989;149(7):1653-6. 89301777.

*Secker-Walker RH, Lynn BS, Solomon LJ, Vacek PM, Bronson DL. Predictors of smoking behavior change 6 and 18 months after individual counseling during periodic health examinations. *Preventive Medicine* 1990;19:675-85. 1991088490.

Burling 1991 {published data only}

Burling TA, Marshall GD, Seidner AL. Smoking cessation for substance abuse inpatients. *Journal of Substance Abuse* 1991;3:269-76. 1992330567.

Burling 2001 {published data only}

Burling TA, Burling AS, Latini D. A controlled smoking cessation trial for substance-dependent inpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001;69(2):295-304.

Dornelas 2000 {published data only}

Dornelas EA, Sampson RA, Gray JF, Waters D, Thompson PD. A randomized controlled trial of smoking cessation counseling after myocardial infarction. *Preventive Medicine* 2000;30(4):261-8.

Fiore 2004 {published data only}

Fiore MC, McCarthy DE, Jackson TC, Zehner ME, Jorenby DE, Mielke M et al. Integrating smoking cessation treatment into primary care: An effectiveness study. *Preventive Medicine* 2004;38(4):412-20.

Glasgow 2000 {published data only}

Glasgow RE, Whitlock EP, Eakin EG, Lichtenstein E. A brief smoking cessation intervention for women in low-income planned parenthood clinics. *American Journal of Public Health* 2000;90:786-9.

Jorenby 1995 {published data only}

Jorenby DE, Smith SS, Fiore MC, Hurt RD, Offord KP, Croghan IT et al. Varying nicotine patch dose and type of smoking cessation counseling. *JAMA* 1995;274:1347-52. 1996042060.

Lifrak 1997 {published data only}

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

Molyneux 2003 {published data only}

Molyneux A, Lewis S, Leivers U, Anderton A, Antoniak M, Brackenridge A et al. Clinical trial comparing nicotine replacement therapy (NRT) plus brief counselling, brief counselling alone, and minimal intervention on smoking cessation in hospital inpatients. *Thorax* 2003;58:484-8.

Ockene 1992 {published data only}

*Ockene JK, Kristeller J, Goldberg R, Ockene IS, Merriam P, Barrett S et al. Smoking cessation and severity of disease: The coronary artery smoking intervention study. *Health Psychology* 1992;11:119-26. 1992258345.

Rosal MC, Ockene JK, Ma YS, Hebert JR, Ockene IS, Merriam P et al. Coronary Artery Smoking Intervention Study (CASIS): 5-year Follow-up. *Health Psychology* 1998;17(5):476-8.

Pederson 1991 {published data only}

Pederson LL, Wanklin JM, Lefcoe NM. The effects of counseling on smoking cessation among patients hospitalized with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized clinical trial. *International Journal of the Addictions* 1991;26:107-19. 1991293892.

Rigotti 1997 {published data only}

Rigotti NA, Arnsten JH, McKool KM, WoodReid KM, Pasternak RC, Singer DE. Efficacy of a smoking cessation program for hospital patients. *Archives of Internal Medicine* 1997;157:2653-60. 1998189721.

Schmitz 1999 {published data only}

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

Simon 1997 {published data only}

Simon JA, Solkowitz SN, Carmody TP, Browner WS. Smoking cessation after surgery - A randomized trial. *Archives of Internal Medicine* 1997;157:1371-6. 1997344630.

Simon 2003 {published data only}

Simon JA, Carmody TP, Hudes ES, Snyder E, Murray J. Intensive smoking cessation counseling versus minimal counseling among hospitalized smokers treated with transdermal nicotine replacement: a randomized trial. *American Journal of Medicine* 2003;114(7):555-62.

Stevens 1993 {published data only}

Meenan RT, Stevens VJ, Hornbrook MC, LaChance PA, Glasgow RE, Hollis JF et al. Cost-effectiveness of a hospital-based smoking cessation intervention. *Medical Care* 1998;36:670-8. 1998255497.

*Stevens VJ, Glasgow RE, Hollis JF, Lichtenstein E, Vogt TM. A smoking-cessation intervention for hospital patients. *Medical Care* 1993;31:65-72. 1993108828.

Weissfeld 1991 {published data only}

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.

Windsor 1988 {published data only}

Windsor RA, Lowe JB, Bartlett EE. The effectiveness of a worksite self-help smoking cessation program: a randomized trial. *Journal of Behavioral Medicine* 1988;11:407-21. 1989178614.

Referencias de los estudios excluidos de esta revisión

Canga 2000

Canga N, De Irala J, Vara E, Duaso MJ, Ferrer A, Martinez-Gonzalez MA. Intervention study for smoking cessation in diabetic patients - A randomized controlled trial in both clinical and primary care settings. *Diabetes Care* 2000;23(10):1455-60. 20475987.

Colby 1998

Colby SM, Monti PM, Barnett NP, Rohsenow DJ, Weissman K, Spirito A et al. Brief motivational interviewing in a hospital setting for adolescent smoking: a preliminary study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998;66(3):574-8.

Emmons 2001

Emmons KM, Hammond SK, Fava JL, Velicer WF, Evans JL, Monroe AD. A randomized trial to reduce passive smoke exposure in low- income households with young children. *Pediatrics* 2001;108:18-24.

Froelicher 2004

Froelicher ESS, Miller NH, Christopherson DJ, Martin K, Parker KM, Amonette M et al. High rates of sustained smoking cessation in women hospitalized with cardiovascular disease - The Women's Initiative for Nonsmoking (WINS). *Circulation* 2004;109:587-93.

Kadowaki 2000

Kadowaki T, Watanabe M, Okayama A, Hishida K, Ueshima H. Effectiveness of smoking-cessation intervention in all of the smokers at a worksite in Japan. *Industrial Health* 2000;38(4):396-403.

Lando 1992

Lando HA, Hellerstedt WL, Pirie PL, McGovern PG. Brief supportive telephone outreach as a recruitment and intervention strategy for smoking cessation. *American Journal of Public Health* 1992;82:41-6. 1992161042.

Malchodi 2003

Malchodi CS, Oncken C, Dornelas EA, Caramanica L, Gregonis E, Curry SL. The effects of peer counseling on smoking cessation and reduction. *Obstetrics and Gynecology* 2003;101(3):504-10.

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.

Niaura 1999

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

Rabkin 1984

Kaufert JM, Rabkin SW, Syrotuik J, Boyko E, Shane F. Health beliefs as predictors of success of alternate modalities of smoking cessation: results of a controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine* 1986;9:475-89. 1987086750.

*Rabkin SW, Boyko E, Shane F, Kaufert J. A randomized trial comparing smoking cessation programs utilizing behaviour modification, health education or hypnosis. *Addictive Behaviors* 1984;9:157-73. 1984253195.

Rodriguez 2003

Rodriguez-Artalejo F, Lafuente-Urdinguio P, Guallar-Castillon P, Garteizaurreko-Dublang P, Sainz-Martinez O, Diez-Azcarate JI et al. One-year effectiveness of an individualized smoking cessation intervention at the workplace: a randomized controlled trial. *Occupational Environmental Medicine* 2003;60(5):358-63.

Schwartz 1967

Schwartz JL, Dubitzky M. Clinical reduction of smoking: a California study. *Addiction* 1967;14:35-44.

Stevens 2000

Stevens VJ, Glasgow RE, Hollis JF, Mount K. Implementation and effectiveness of a brief smoking-cessation intervention for hospital patients. *Medical Care* 2000;38:451-9.

Woodruff 2002

Woodruff SI, Talavera GA, Elder JP. Evaluation of a culturally appropriate smoking cessation intervention for Latinos. *Tobacco Control* 2002;11(4):361-7.

Referencias de los estudios en espera de evaluación

Williams 2004

Williams G, McGregor H, Minicucci DS, Deci EL. Facilitating self-determined tobacco-dependence cessation (POS3-038). *Society for Research on Nicotine and Tobacco 10th Annual Meeting February 18-21, Phoenix, Arizona*. 2004.

Williams GC, Levesque C, McGregor H, Minicucci DS, Kouides RM, Ryan RM, et al. The role of patient autonomy and competence in tobacco dependence treatment (POS4-26). *Society for Research on Nicotine and Tobacco 9th Annual Meeting February 19-22 New Orleans, Louisiana.* 2003.

Williams GC, Minicucci DS, Kouides RW, Levesque CS, Chirkov VI, Ryan RM, Deci EL. Self-determination, smoking, diet and health. *Health Education Research* 2002;17(5):512-521.

Referencias de los estudios en marcha

McCarthy 2004

Study contact information not provided. Contact author for more information. *Ongoing study* Starting date of trial not provided. Contact author for more information.

McCarthy DE, Piasecki TM, Lawrence DL, Fiore MC, Baker TB. Efficacy of bupropion SR and individual counseling among adults attempting to quit smoking (POS1-041). *Society for Research on Nicotine and Tobacco 10th Annual Meeting February 18-21, Phoenix, Arizona.* 2004.

Niaura 2004

Study contact information not provided. Contact author for more information. *Ongoing study* Starting date of trial not provided. Contact author for more information.

Niaura R, Richardson EE, Stanton C, Carton-Lopez S, Morrow K, Shadel W. Motivation and patch treatment for HIV-positive smokers: psychosocial barriers to cessation (POS1-057). *Society for Research on Nicotine and Tobacco 10th Annual Meeting February 18-21, Phoenix, Arizona.* 2004.

Sanz 2003

Study contact information not provided. Contact author for more information. *Ongoing study* Starting date of trial not provided. Contact author for more information.

Sanz Pozo B, Miguel Diaz J, Aragon Blanco M, Gonzalez Gonzalez AI, Cortes Catalan M, Vazquez I. [Effectiveness of non-pharmacological primary care methods for giving up tobacco dependency]. *Atencion Primaria* 2003;32(6):366-370.

Referencias adicionales

AHCPR 1996

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

AHRQ 2000

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

Greenland 1985

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

Higgins 2003

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

Lancaster 2002

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

Lumley 2004

Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, Oakley L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 2004. 20257318.

Meenan 1998

Meenan RT, Stevens VJ, Hornbrook MC, La Chance PA, Glasgow RE, Hollis JF et al. Cost-effectiveness of a hospital-based smoking cessation intervention. *Medical Care* 1998;36:670-8.

Rice 2001

Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 2001. 21546699.

Silagy 2001

Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 2001. 21299176.

Stead 2001

Stead LF, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 2001. 21299273.

Stead 2002

Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 2002. CD001007.

Yusuf 1985

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

* El asterisco señala los documentos más importantes para este estudio

TABLAS

Characteristics of included studies

| Study | Alexandre 1998 |
|------------------------|--|
| Methods | <p>Country: UK Recruitment: hospital Randomization: in blocks of 9, concealment not described. 274 smokers (182 in relevant arms) admitted to medical and surgical wards, smoked in last 28 days 60% M, av age 60, median cigs/day 17, 81% had previous quit attempt1. Choice of NRT products (15mg 16 hour patch/ 2mg or 4mg gum, 10mg inhalator/ 2mg sublingual tablet, 0.5mg spray), Brief (20min) bedside counselling from a research doctor or nurse. 2. Brief counselling only 3. Usual Care, no smoking advice (not used in meta-analysis) Level of support: low Continuous abstinence at 12m Validation: CO <10ppmNew 2004 update. 63% chose patch, 13% inhalator, 11% gum, 8% tablets and 1% nasal spray, 4% declined use Setting: Primary care clinic, Spain Recruitment: clinic & community volunteers Randomisation: Method not stated</p> |
| Participants | <p>54 smokers (excludes two post-randomization drop-outs, allocation NS) 65% female, av. age 36, av. cpd 24-27 Therapist: unclear, primary care clinic staff</p> |
| Interventions | <p>1. 'Advanced', 4 x30 min over 4w, video, cognitive therapy, social influences, relapse prevention 2. 'Minimal' 3 min advice immediately after randomization</p> |
| Outcomes | <p>Abstinence at 12m Validation: no biochemical validation</p> |
| Notes | |
| Allocation concealment | B |
| Study | Alterman 2001 |
| Methods | <p>Setting: cessation clinic, USA Recruitment: community volunteers Randomization: 'urn technique', allocation concealment still unclear</p> |
| Participants | <p>240 smokers of more than 1 pack/day 45-54% F, av. age 40, av. cpd 27</p> |
| Interventions | <p>All included 8w nicotine patch (21 mg with weaning) 1. Low intensity. Single session with nurse practitioner (NP). 2. Moderate intensity. 4 sessions with NP. 3. High intensity. As 2. + 12 sessions cognitive behavioural therapy with trained therapist within 15w.</p> |
| Outcomes | <p>Abstinence at 1 yr Validation: urine cotinine < 50ng/ml, CO <= 9ppm</p> |
| Notes | <p>3 vs 2+1 in intensive versus minimal intervention, but sensitivity analysis. Quit rates significantly lower in 2 than 1 or 3</p> |
| Allocation concealment | B |

Characteristics of included studies

| | |
|------------------------|---|
| Study | Bobo 1998 |
| Methods | Setting: 12 residential centres for alcohol/drug treatment, USA Recruitment: inpatient volunteers Randomisation: cluster-randomized. Matched pairs of centres allocated by coin toss |
| Participants | (50 participants in each of 12 sites) 67% male, av.age 33 50% smoked >1 pack/day Therapists: centre staff for 1st session, trained counsellors for telephone sessions |
| Interventions | 1. 4 x10-15min sessions. 1st during inpatient stay. 3 by telephone, 8, 12, 16w post-discharge. 2. No intervention. Participants were not blind to condition |
| Outcomes | Abstinence at 12m post discharge (7 day PP) Validation: saliva cotinine, but validated quit rates not reported (A primary outcome for the study was alcohol abstinence) |
| Notes | Cluster-randomized, so individual data not used in primary meta-analysis. Entered into a secondary analysis using inverse variance method , using adjusted OR 1.02 (CI 0.50 to 2.49) |
| Allocation concealment | C |
| Study | Bronson 1989 |
| Methods | Setting: internal medicine practice, USA Recruitment: attenders for periodic health examinations Randomization: method not stated |
| Participants | 155 smokers 38% male, av.age 42, av. cpd 25 Therapist: smoking cessation counsellor |
| Interventions | 1. Two 20 min counselling sessions during a periodic health examination (benefits of quitting, assessment of motivation, quit plan, high risk/problem solving) 2. Control (completed smoking behaviour questionnaire) Physicians carrying out health examinations were blind to group assignment and would have given similar advice to all participants. |
| Outcomes | Abstinence at 18m (sustained from 6-18m) Validation: no biochemical validation |
| Notes | |
| Allocation concealment | B |
| Study | Burling 1991 |
| Methods | Setting: Inpatient substance abuse treatment centre, USA Recruitment: inpatient volunteers Randomization: method not specified |
| Participants | 39 male veteran inpatients Therapist: paraprofessional counsellor (Social Work Master's candidate) |
| Interventions | 1. Smoking cessation programme; daily 15 min counselling session and computer-guided nicotine fading with contingency contract 2. Wait list control. |

Characteristics of included studies

| | |
|------------------------|--|
| Outcomes | Abstinence 6m after discharge Validation - none - no self-reported quitters at 6m |
| Notes | |
| Allocation concealment | B |
| Study | Burling 2001 |
| Methods | Setting: Inpatient Veterans rehabilitation centre, USA Recruitment: inpatient volunteers Randomization: method not specified |
| Participants | 150 veteran drug & alcohol dependent smokers. 95% male, av. age 40, av. cpd 17 Therapists: Masters/Doctoral level counsellors |
| Interventions | All participants were receiving standard substance abuse treatment, smoking banned in building. 1. Multicomponent. 9w programme; 7w daily counseling, 2w biweekly. Target quit week 5. Nicotine fading, contingency contracting, relapse prevention, coping skills practice. Nicotine patch (14 mg) 4w. 2. As 1, but skills generalized to drug & alcohol relapse prevention. 3. Usual care. Other programs & NRT available |
| Outcomes | Abstinence at 12m (sustained at 1, 3, 6m follow ups) Continuous abstinence rates taken from graph & abstract. PP rates also reported Validation: CO & cotinine |
| Notes | 1+2 vs 3 Using PP rates would give lower estimate of treatment effect. No significant difference between 1 &2, but favoured 1. |
| Allocation concealment | B |
| Study | Dornelas 2000 |
| Methods | Setting: Hospital inpatients, USA Recruitment: Acute myocardial Infarction (MI) patients (not selected for motivation to quit) Randomization: 'random numbers from an envelope' |
| Participants | 100 MI patients (98% smoked in previous week) 23% female, aged 27-83, av cpd 29 Therapist: Psychologist |
| Interventions | 1. 8 x20 min sessions, 1st during hospitalization, 7 by phone (<1, 4, 8, 12, 20 & 26w post-discharge). Stage of change model, motivational interviewing, relapse prevention. 2. Minimal care. Recommended to watch online patient education video, referral to local resources. |
| Outcomes | Sustained abstinence at 1 yr (no smoking since discharge) Validation: household member confirmation for 70%. 1 discrepancy found |
| Notes | |
| Allocation concealment | B |

Characteristics of included studies

| | |
|------------------------|---|
| Study | Fiore 2004 |
| Methods | Setting: Primary care patients, 16 clinics, USA Recruitment: Clinic attenders willing to accept treatment Randomization: method not stated |
| Participants | 961 smokers of ≥ 10 cpd. (A further 908 were allowed to select treatment. Demographic details based on 1869) 58% female, av. age 40, av. cpd 22 Therapist: Trained cessation counsellor |
| Interventions | (Self-selected group of factorial trial not included in meta-analysis) 1. Nicotine patch, 22mg, 8w incl tapering. 2. As 1 plus Committed Quitters programme, single telephone session and tailored S-H. 3. As 2 plus individual counselling, 4 x 15-25 min sessions, pre-quit, ~TQD, next 2w |
| Outcomes | Continuous abstinence at 1 yr (no relapse lasting 7 days), also PP. Validation: CO, cut-off not specified. 2 discordant |
| Notes | New 2005 update 3 versus 1&2 used in meta-analysis. More conservative than 3 versus 2. |
| Allocation concealment | B |
| Study | Glasgow 2000 |
| Methods | Setting: 4 Planned Parenthood clinics, USA Recruitment: Clinic attenders, unselected for motivation Randomization: method not stated, block size 4 |
| Participants | 1154 female smokers Av. age 24, av. cpd 12 Therapists: 4 hours training |
| Interventions | Both groups received 20 sec provider advice. 1. Video (9 min) targeted at young women. 12-15 min counselling session, personalized strategies, stage-targeted S-H materials. Offered telephone support call 2. Generic S-H materials |
| Outcomes | Abstinence at 6m (for 30 days) Validation: saliva cotinine ≤ 10 ng/ml |
| Notes | 26% did not want telephone component, 31% of remainder not reached. |
| Allocation concealment | B |
| Study | Jorenby 1995 |
| Methods | Setting: clinical research centres, USA (2 sites) Recruitment: community volunteers Randomization: double-blind for pharmacotherapy, method not stated |
| Participants | 504 smokers ≥ 15 cpd av. age 44, av. cpd 26-29 Therapists: Trained smoking cessation counsellors |

Characteristics of included studies

| | |
|------------------------|---|
| Interventions | Compared 22 mg/day vs 44 mg/day nicotine patch and 3 types of adjuvant treatment. All participants had 8 weekly assessments by research staff 1. Minimal - S-H materials from physician at screening visit for trial entry, instructed not to smoke whilst wearing patch. No further contact with counsellors. 2. Individual - S-H at screening visit + motivational message. Met nurse counsellor x3 after TQD. Counsellor helped generate problem-solving strategies and provided praise and encouragement. 3. Group - S-H + motivational message. 8x 1hr weekly group sessions. Skills training, problem-solving skills. |
| Outcomes | 7 day PP abstinence at 26w Validation: CO < 10ppm. |
| Notes | No significant difference in dose-related outcome and no dose-counselling interaction at 26w reported, so patch arm collapsed in analysis. 2 vs 1, counselling vs NRT alone, Comparison with group counselling covered in Cochrane group therapy review. |
| Allocation concealment | B |
| Study | Lifrak 1997 |
| Methods | Setting: substance abuse outpatient facility, USA Recruitment: community volunteers Randomization: method not specified |
| Participants | 69 smokers av. age 39, av.cpd 25 Therapists: nurse practitioner for 1. and 2, clinical social worker or psychiatrist experienced in addiction treatment for 2. |
| Interventions | Both interventions included use of nicotine patch (24 hr, 10w tapered dose) 1. Moderate intensity - 4 meetings with nurse who reviewed S-H materials and instructed in patch use. 2. High intensity. As 1 plus 16 weekly 45 min cognitive behavioural relapse-prevention therapy |
| Outcomes | Abstinence at 12m, 1w PP Validation: urine cotinine for some participants, but no corrections made for misreporting. |
| Notes | 12 administrative drop-outs/exclusions not included, treatment group not specified. Both interventions regarded as counselling, used in comparison of intensity. |
| Allocation concealment | B |
| Study | Molyneux 2003 |
| Methods | Country: UK Recruitment: hospital Randomization: in blocks of 9, concealment not described |
| Participants | 274 smokers (183 in relevant arms) admitted to medical and surgical wards, smoked in last 28 days 60% male, av age 60, median cpd 17, 81% had previous quit attempt Therapists: research doctor or nurse trained in cessation counselling |
| Interventions | 1. Usual Care, no smoking advice 2. Brief (20 min) bedside counselling + advice leaflet + advice on NRT 3. As 2 plus choice of NRT product (not relevant to this review) |
| Outcomes | Continuous abstinence at 12m Validation: CO < 10ppm |

Characteristics of included studies

| | |
|------------------------|--|
| Notes | New 2005 update |
| Allocation concealment | B |
| Study | Ockene 1992 |
| Methods | Setting: cardiac catheterization labs at 3 hospitals, USA Recruitment: inpatient smokers or recent quitters with coronary artery stenosis, following arteriography Randomization: method not stated |
| Participants | 267 smokers (256 surviving at 12m follow up) av. age 53, av. cpd 25 Therapists: Masters level health educators |
| Interventions | 1. Minimal intervention - 10 min advice and review of an information sheet 2. Inpatient counselling session, 30 min, outpatient visits and telephone calls. Opportunity to attend group programme |
| Outcomes | Abstinence at 12m (sustained for 6m) Validation: saliva cotinine < 20ng/ml |
| Notes | Average length of contact for intervention was 1.22 hr (20min to > 5hr) |
| Allocation concealment | B |
| Study | Pederson 1991 |
| Methods | Setting: Chest unit, USA Recruitment: Inpatients with COPD Randomization: method not stated |
| Participants | 74 cigarette smokers av. age 53, 75% smoked 20+/day Therapist: Non-specialist trained in counselling |
| Interventions | 1. Advice to quit 2. Individual counselling; between 3 & 8 15-20 min sessions on alternate days during hospitalization. S-H manual, support & encouragement. |
| Outcomes | Abstinence at 6m Sample validated by COHb |
| Notes | 8 deaths (6 in 1, 2 in 2.) excluded, 8 lost to follow up included |
| Allocation concealment | B |
| Study | Rigotti 1997 |
| Methods | Setting: hospital, USA Recruitment: Inpatients in medical or surgical services, smoking > 1 cig in month before admission Randomization: method not stated |
| Participants | 615 smokers or recent quitters (excluding 35 deaths). 37% of intervention and 32% of controls had a current smoking-related health problem. Therapist: research assistant supervised by a nurse |
| Interventions | 1. Single bedside counselling session (motivational interviewing, cognitive behavioural and relapse prevention techniques), av 15 min, S-H materials, chart prompts, 1-3 telephone calls post-discharge 2. Usual care |

Characteristics of included studies

| | |
|------------------------|--|
| Outcomes | Abstinence at 6m Validation: saliva cotinine |
| Notes | |
| Allocation concealment | B |
| Study | Schmitz 1999 |
| Methods | Setting: hospital, USA Recruitment: women with or at risk of Coronary Artery disease (CAD) Randomization: method not stated |
| Participants | Two separate samples recruited: 53 inpatients with CAD who stopped smoking during hospitalization and wanted to stay quit. 107 women volunteering for cessation treatment who had > 1 CAD risk factor Therapists: 2 smoking counsellors + 2 clinical psychology interns |
| Interventions | 1. Coping skills, relapse prevention, 6 x1 hr including stress management, homework. 2. Health Belief model, 6 x1 hr. smoking-related health information about disease state or CAD profile. Focus on benefits of stopping |
| Outcomes | Abstinence at 6m (PP) Validation: CO < 9ppm, urine cotinine < 10ng/ml Not all quitters tested, confirmation rates not reported |
| Notes | Post-randomization drop-outs who did not complete baseline and begin treatment were not included in any data. Quit rates were lower in the CAD sample than in the at-risk group |
| Allocation concealment | B |
| Study | Simon 1997 |
| Methods | Setting: Veterans Administration hospital, USA Recruitment: smokers undergoing non-cardiac surgery Randomization: random list of treatment assignments in sealed opaque envelopes |
| Participants | 299 smokers 98% male, av. age 54, av. cpd 20 Therapist: public health educator |
| Interventions | 1. Multicomponent: single counselling session (30-60 min) prior to discharge (based on social learning theory and stages of change). Video, prescription for nicotine gum if no contraindications. 5 follow-up counselling calls over 3m 2. Brief counselling (10 min) and S-H materials. |
| Outcomes | Abstinence at 12m Validation: serum or saliva cotinine < 15ng/ml. 6 self reports confirmed only by 'significant other'. |
| Notes | 65% of Group 1 and 17% of Group 2 reported using NRT, but use of NRT was not significantly associated with quitting in either group |
| Allocation concealment | A |
| Study | Simon 2003 |
| Methods | Setting: Veterans Affairs hospital, USA Recruitment: hospitalized smokers in contemplation or preparation stage of change Randomization: computerized algorithm, no details on concealment |

Characteristics of included studies

| | |
|------------------------|---|
| Participants | 209 smokers, ≥ 20 cigs in total in week before hospitalization, excludes 14 deaths during follow up 97% male, av. age 55, av cpd 23 Therapists: trained nurse or public health educator |
| Interventions | 1. Intensive counselling: single counselling session (30-60 min) prior to discharge (based on social learning theory and stages of change), 5 telephone counselling calls < 30 min, 1 & 3w, monthly for 3m + S-H. Recycling encouraged. Nicotine patches begun in hospital, dose based on pre-hospitalization smoking rates. 2m supply at discharge. 2. Nicotine patches as 1. ~10 min session on risks & benefits, S-H. |
| Outcomes | Abstinence at 12m Validation: cotinine < 15 ng/ml. |
| Notes | New 2005 update |
| Allocation concealment | B |
| Study | Stevens 1993 |
| Methods | Setting: 2 health maintenance organization hospitals, USA Recruitment: All hospitalized smokers or recent ex-smokers with stay > 36 hrs Randomization: not random; intervention team alternated between hospitals on a monthly basis. |
| Participants | 1119 smokers or recent quitters (5%) av. age 44, av. cpd 20 Therapists: Masters level cessation counsellors To reduce contamination between intervention and control periods hospital staff members were not involved in intervention |
| Interventions | 1. 20 min counselling session, 12 min video, quit kit, choice of S-H materials, 1-2 follow-up telephone calls, access to hotline, bimonthly newsletter mailings. 2. Usual care |
| Outcomes | Abstinence at 12m (2 PP, 3 & 12m) Validation: due to low success in obtaining samples for cotinine analysis, data are based on self report only. |
| Notes | A sensitivity analysis on the effect of exclusion of this non-random study is reported. There were no statistically significant baseline differences between patient characteristics in intervention and control groups, but there are no details of whether quit rates were similar amongst patients receiving the intervention in each hospital/monthly period. |
| Allocation concealment | C |
| Study | Weissfeld 1991 |
| Methods | Setting: Veterans Administration outpatient clinics, USA Recruitment: veterans attending walk-in and general medicine clinics invited to attend quit smoking programme Randomization: numbered envelopes containing treatment assignment derived from random number table. Randomization to high or low intensity occurred after delivery of low intensity session. |
| Participants | 466 male smokers av. age 55 years, av. cpd 26 Therapists: smoking cessation counsellors |

Characteristics of included studies

| | |
|------------------------|---|
| Interventions | 1. Control - pamphlet on hazards of smoking 2. Low Intensity counselling - single session 20-30 min and S-H booklet 3. High intensity counselling - same initial session, with sustained contact of 3m. One further face-to-face session, telephone calls and mailings, behavioural S-H manual. Prescription and sample of nicotine gum and instructions for use. |
| Outcomes | Abstinence for 1m at 6m (9m for high intensity group, 6m after last contact) Validation: nicotine metabolites in urine |
| Notes | Using validated quit rates there was no difference between 2 and 3, although self-reported quitting was greater in 3. 2&3 vs 1 with sensitivity analysis of 2 vs 1. 3 vs 2 in analysis of intensity |
| Allocation concealment | A |
| Study | Windsor 1988 |
| Methods | Setting: University worksite, USA Recruitment: Employees volunteering for a quit smoking programme Randomization: sealed numbered envelopes containing computer-generated assignment, prior to baseline interview. |
| Participants | 378 smokers av. age 37, av. cpd 23-27 Therapist: health educator |
| Interventions | All groups received a 10 min session of brief advice 1. + S-H manuals 2. + S-H and another session of counselling (20-30 min) with skills training, buddy selection and a contract. 3. as 1. with monetary rewards for cessation 4. as 2. with monetary rewards for cessation |
| Outcomes | Abstinence at 1 yr (sustained at 6w, 6m, 1yr) Validation: saliva thiocyanate < 100ng/ml at all follow ups. |
| Notes | There was no apparent effect of monetary incentives so this arm is collapsed. 4&2 vs 3&1. No. of quitters from graphs, checked against AHCPR data |
| Allocation concealment | A |

Notas:

av - average (mean)

CI - confidence interval

CO - carbon monoxide

COHb - carboxyhaemoglobin

COPD - chronic obstructive pulmonary disease

cpd - cigarettes per day

m - month

MA - meta-analysis

min - minute

NRT - Nicotine replacement therapy

OR - odds ratio

PP - point prevalence (abstinent at defined period)

ppm - parts per million

S-H - Self help materials

TQD - Target Quit Date

w - weeks

yr - year

Characteristics of excluded studies

| Study | Reason for exclusion |
|-----------------|--|
| Canga 2000 | Intervention provided by a nurse, included in Cochrane review of nursing interventions (Rice 2004). |
| Colby 1998 | Short follow up (three months). |
| Emmons 2001 | Data not available for intervention and control groups separately. No significant difference reported. Cessation was a secondary outcome in this trial using motivational interviewing to reduce passive smoke exposure. Participants were not selected by motivation to quit. |
| Froelicher 2004 | Intervention provided by a nurse; will be relevant for Cochrane review of nursing interventions. |
| Kadowaki 2000 | Intervention was multicomponent and included advice/counselling from a physician, nurse and a group programme. Follow up only 5 months. |
| Lando 1992 | There was no face-to-face contact with counsellors. Contact was by pro-active telephone calls. |
| Malchodi 2003 | Intervention specifically for pregnant women, see Cochrane review of smoking cessation interventions in pregnancy (Lumley 2004) |
| Marks 2002 | Intervention was provided in a self-help format. |
| Niaura 1999 | All participants received individual counselling; Included in Cochrane NRT review (Silagy 2002). |
| Rabkin 1984 | The health education arm of the trial included a group meeting with didactic lecture, film and discussion, followed by a single individual session with a therapist. It was decided that this did not meet the criteria for individual counselling. |
| Rodriguez 2003 | Intervention combined the systematic use of NRT with counselling; covered in Cochrane review of worksite interventions, 2005 update (Moher 2005) |
| Schwartz 1967 | Success was defined as reduction in smoking of over 85%, not complete abstinence. |
| Stevens 2000 | Intervention providers were respiratory therapists not counsellors. Included in Cochrane review of interventions in hospital inpatients, (Rigotti 2002). |
| Woodruff 2002 | Short follow up (three months). |

CARÁTULA

| | |
|--|--|
| Titulo | Asesoramiento conductual individual para el abandono del hábito de fumar |
| Autor(es) | Lancaster T, Stead LF |
| Contribución de los autores | TL y LS concibieron conjuntamente la revisión, desarrollaron el protocolo, extrajeron los datos, redactaron el texto y son los garantes. LS realizó las búsquedas y el cribaje (screening) preliminar de los estudios. |
| Número de protocolo publicado inicialmente | 1998/4 |
| Número de revisión publicada inicialmente | 1999/2 |

| | |
|---|---|
| Fecha de la modificación más reciente" | 08 febrero 2005 |
| "Fecha de la modificación SIGNIFICATIVA más reciente | 08 febrero 2005 |
| Cambios más recientes | En una actualización en 2005, se han incluido tres nuevos estudios. No existen cambios en las implicaciones para la práctica. |
| 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 | 14 febrero 2002 |
| Fecha de modificación de la sección conclusiones de los autores | 08 abril 2002 |
| 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 | CD001292-ES |
| Grupo editorial | Cochrane Tobacco Addiction Group |
| Código del grupo editorial | HM-TOBACCO |

RESUMEN DEL METANÁLISIS

01 Asesoramiento individual en comparación con la intervención de comparación. Abandono del hábito de fumar en el seguimiento más largo

| Resultado | Nº de estudios | Nº de participantes | Método estadístico | Tamaño del efecto |
|--|----------------|---------------------|---------------------------------------|-------------------|
| 01 Asesoramiento versus control de contacto mínimo | 17 | 6384 | Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95% | 1.56 [1.32, 1.84] |
| 02 Asesoramiento individual en comparación con el control. Uso | 17 | 34 | Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95% | 1.50 [1.27, 1.77] |

01 Asesoramiento individual en comparación con la intervención de comparación. Abandono del hábito de fumar en el seguimiento más largo

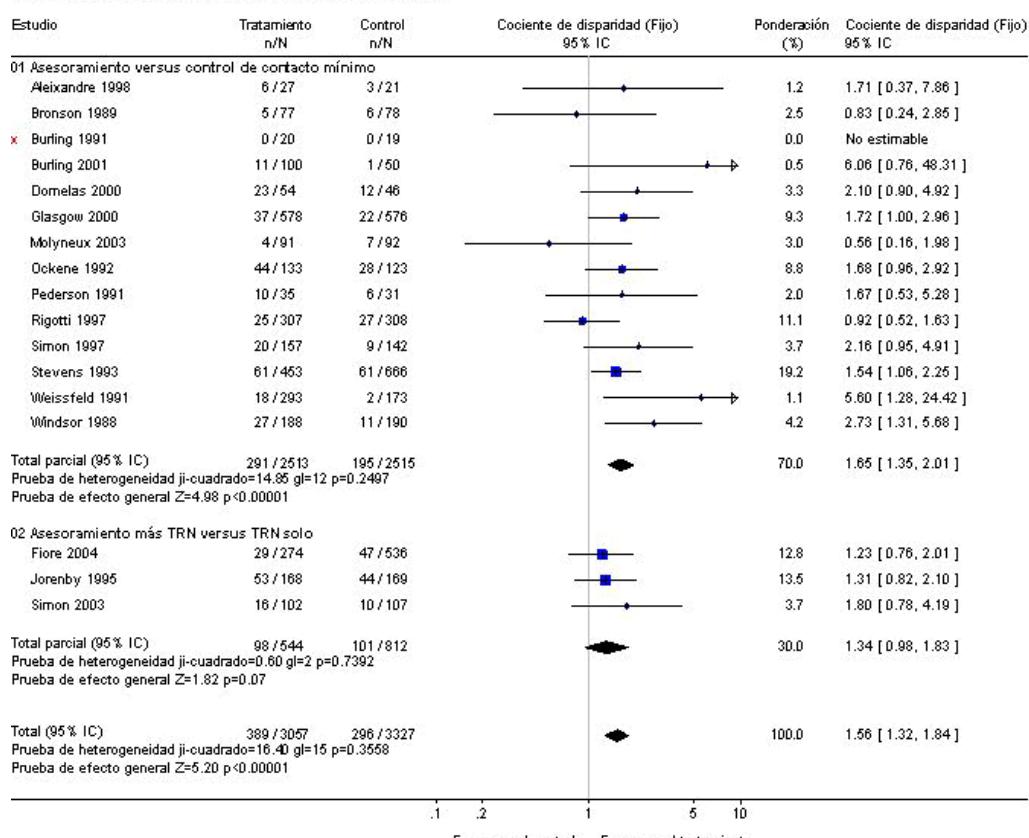
| | | | | |
|---|--|--|---------------------------------------|-----------------------|
| de la varianza inversa genérica para incluir Bobo | | | | |
| 03 Comparaciones entre las formas de asesoramiento | | | Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95% | Subtotales únicamente |
| 04 Análisis de sensibilidad con Alterman 2001 en la comparación de asesoramiento intensivo versus breve | | | Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95% | Subtotales únicamente |

GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS

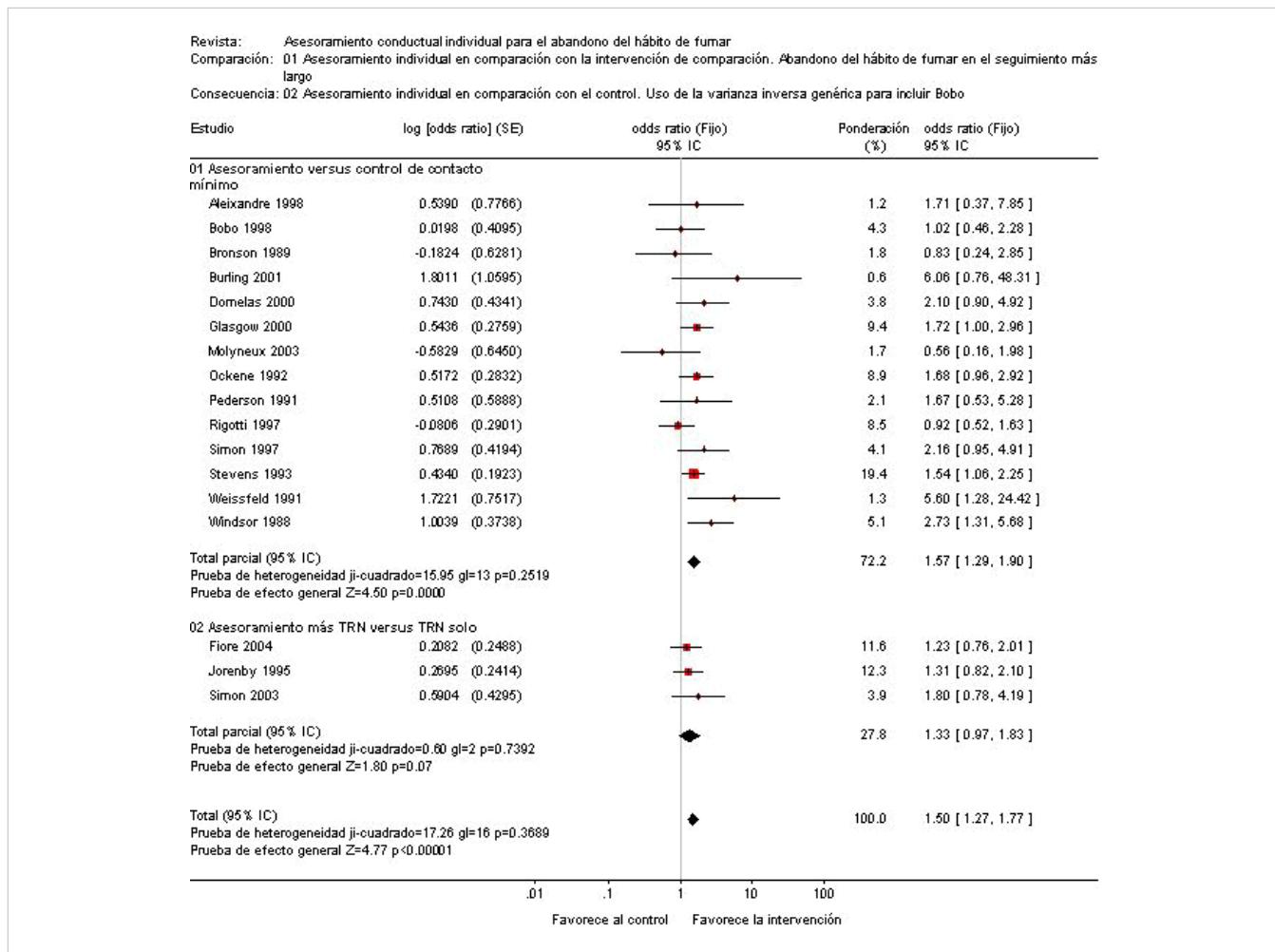
Fig. 01 Asesoramiento individual en comparación con la intervención de comparación. Abandono del hábito de fumar en el seguimiento más largo

01.01 Asesoramiento versus control de contacto mínimo

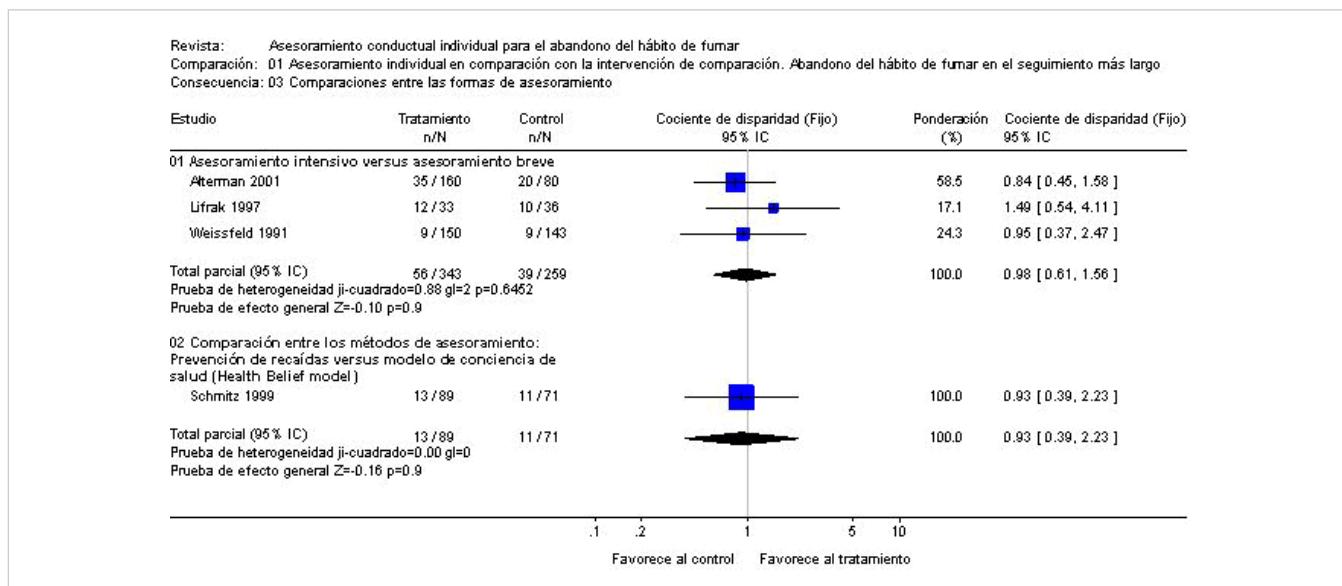
Revista: Asesoramiento conductual individual para el abandono del hábito de fumar
 Comparación: 01 Asesoramiento individual en comparación con la intervención de comparación. Abandono del hábito de fumar en el seguimiento más largo
 Consecuencia: 01 Asesoramiento versus control de contacto mínimo



01.02 Asesoramiento individual en comparación con el control. Uso de la varianza inversa genérica para incluir Bobo



01.03 Comparaciones entre las formas de asesoramiento



01.04 Análisis de sensibilidad con Alterman 2001 en la comparación de asesoramiento intensivo versus breve

Revista: Asesoramiento conductual individual para el abandono del hábito de fumar
 Comparación: 01 Asesoramiento individual en comparación con la intervención de comparación. Abandono del hábito de fumar en el seguimiento más largo
 Consecuencia: 04 Análisis de sensibilidad con Alterman 2001 en la comparación de asesoramiento intensivo versus breve

