



Promover el apoyo de un compañero para mejorar el abandono del hábito de fumar

Park E-W, Schultz JK, Tudiver F, Campbell T, Becker L

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.....	3
CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISIÓN.....	3
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS.....	3
MÉTODOS DE LA REVISIÓN.....	4
DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS.....	4
CALIDAD METODOLÓGICA.....	5
RESULTADOS.....	5
DISCUSIÓN.....	5
CONCLUSIONES DE LOS AUTORES.....	6
AGRADECIMIENTOS.....	6
POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS.....	6
FUENTES DE FINANCIACIÓN.....	7
REFERENCIAS.....	7
TABLAS.....	10
Characteristics of included studies.....	10
Characteristics of excluded studies.....	14
CARÁTULA.....	15
RESUMEN DEL METANÁLISIS.....	17
GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS.....	17
04 Abstinencia (de seis a nueve meses).....	17
01 Autoinforme.....	17
02 Cotinina/tiocianato en saliva.....	18
06 Abstinencia (más de 12 meses).....	18
01 Autoinforme.....	18
02 Cotinina/tiocianato en saliva.....	18

Promover el apoyo de un compañero para mejorar el abandono del hábito de fumar

Park E-W, Schultz JK, Tudiver F, Campbell T, Becker L

Esta revisión debería citarse como:

Park E-W, Schultz JK, Tudiver F, Campbell T, Becker L. Promover el apoyo de un compañero para mejorar 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: 10 de mayo de 2004

Fecha de la modificación significativa más reciente: 11 de mayo de 2004

RESUMEN

Antecedentes

Mientras que hay muchos programas disponibles para ayudar a los fumadores a abandonar el tabaquismo, la investigación sugiere que la participación de compañeros puede promover una abstinencia a largo plazo.

Objetivos

La finalidad de esta revisión fue determinar si una intervención que promueva el apoyo de un compañero ayuda al abandono del hábito de fumar, cuando se agrega como complemento de un programa de cese del tabaquismo.

Estrategia de búsqueda

La búsqueda se realizó en: El registro especializado del Grupo Cochrane de Adicción al Tabaco (Cochrane Tobacco Addiction Group) (abril de 2004), el Registro Cochrane de Ensayos Controlados (Cochrane controlled trials register) (abril de 2004), CDC y Prevention Tobacco Information and Prevention Database (julio de 2000), MEDLINE (desde 1966 hasta abril de 2004), Cancer Lit (desde 1966 hasta abril de 2004), EMBASE (desde 1974 hasta abril de 2004), CINAHL (desde 1966 hasta julio de 2000), PsycInfo (desde 1861 hasta abril de 2004), ERIC, PsycLit y Dissertation Abstracts (desde 1861 hasta diciembre de 1999), SSCI (desde 1972 hasta abril de 2004) y HealthStar (desde 1975 hasta julio de 2000). Los términos de búsqueda utilizados fueron smoking (prevention, control, therapy), smoking cessation y support (family, marriage, spouse, partner, sexual partner, buddy, friend, co-habitees, y co-worker). La búsqueda también estaba limitada al idioma inglés.

Criterios de selección

Ensayos controlados aleatorios de las intervenciones para el abandono del hábito de fumar, que compararon una intervención que incluyó el apoyo de un compañero con una intervención por lo demás idéntica e informaron un seguimiento de seis meses o más.

Recopilación y análisis de datos

Dos revisores de forma independiente identificaron los estudios incluidos y extrajeron los datos mediante un formulario estructurado. Se consultó a un tercer revisor para ayudar en la resolución de las discrepancias. La abstinencia y la evaluación bioquímica fueron las medidas de resultado primarias, y se analizaron en dos intervalos después del tratamiento: De seis a nueve meses y de más de 12 meses. También se analizaron las puntuaciones de PIQ (partner interaction questionnaire) para evaluar el apoyo del compañero. Se utilizó un modelo de efectos fijos para evaluar el efecto resumen de los estudios.

Resultados principales

Se identificó un total de 40 artículos para esta revisión. Sólo ocho artículos (nueve estudios), cumplieron los criterios de inclusión. La definición de compañero varió entre los estudios. Todos los estudios incluyeron datos sobre las tasas de abandono del hábito de fumar autoinformadas, pero hubo limitada validación bioquímica de las tasas de abstinencia. El odds-ratio para la abstinencia autoinformada entre seis y nueve meses fue 1,08 [IC del 95%: 0,81 -1,44]; y a los 12 meses después del tratamiento fue 1,0 [IC del 95%: 0,75 -1,34]. De los seis estudios que midieron el apoyo del compañero en el seguimiento, sólo dos estudios informaron un aumento significativo en el apoyo del compañero en los grupos de intervención.

Conclusiones de los autores

En esta revisión de los ensayos controlados aleatorios de intervenciones diseñadas con el fin de promover el apoyo de un compañero de los fumadores en los programas de cese del tabaquismo, no se logró detectar un aumento en las tasas de abandono. Los datos limitados de varios de los ensayos indican que estas intervenciones tampoco aumentaron el apoyo del compañero. No se pueden establecer conclusiones acerca de la repercusión del apoyo del compañero en el abandono del hábito de fumar. Se debe realizar una intervención más sistemática para modificar significativamente el compañerismo, si el apoyo del compañero formara parte de un programa existente de cese del tabaquismo.



RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Las intervenciones que ayudan a los fumadores a obtener un mejor apoyo de los compañeros y de otras personas para sus intentos de abandono del hábito de fumar no han demostrado mejorar las tasas de abandono a largo plazo.

Los fumadores que obtienen el apoyo de sus compañeros y de otras personas tienen mayor probabilidad de abandonar con éxito el hábito de fumar. Las intervenciones que intentaron mejorar el apoyo recibido no han demostrado aumentar las tasas de abandono a largo plazo, en comparación con un programa de abandono del hábito de fumar sin el apoyo de un compañero. Las intervenciones pueden no haber modificado con éxito el apoyo proporcionado.



ANTECEDENTES

A pesar de la disminución en el número de fumadores adultos en muchos países desarrollados durante los últimos 30 años, el número de fumadores en los países en vías de desarrollo está aumentando. En los EE.UU. el tabaco continúa como la causa principal de enfermedades evitables y de muerte, y provoca más de 440 000 muertes al año (MMWR 2002).

El abandono del hábito de fumar es un importante cambio del comportamiento, que puede tener efectos significativos sobre resultados de salud. A pesar de que existen intervenciones de cese efectivas, su efecto general es moderado y no llegan a muchos fumadores de alto riesgo (Fiore 1997). La iniciación, el mantenimiento y el cese del tabaquismo se encuentran fuertemente influenciados por otros miembros de la familia. Los fumadores tienen mayor probabilidad de casarse con fumadores, de fumar el mismo número de cigarrillos que su cónyuge y de abandonar el hábito al mismo tiempo (Venters 1984). Los fumadores que están casados con no fumadores o exfumadores tienen mayor probabilidad de abandonar el hábito y de mantener la abstinencia (Price 1981, Waldron 1989, Hanson 1990, McBride 1998). Además, los fumadores casados tienen tasas de abandono mayores que los que están divorciados, viudos o solteros (Waldron 1989). Varios estudios han demostrado que el apoyo del cónyuge es altamente predictivo de un abandono exitoso del hábito de fumar (Graham 1971, Ockene 1982, Gulliver 1995, Coppotelli 1985). En particular, los comportamientos de apoyo, que incluyen comportamientos cooperativos, como hablarle al fumador para que deje el tabaquismo, y de refuerzo, como expresar aprobación hacia los esfuerzos del fumador para abandonar el hábito, predicen el abandono exitoso (Mermelstein 1983, Coppotelli 1985). Los

comportamientos negativos, como molestar al fumador y quejarse del tabaquismo, predicen la recurrencia. Un estudio halló que los comportamientos de apoyo se asociaron con abandono inicial del hábito de fumar, mientras que los comportamientos negativos o críticos se asociaron con recurrencia más temprana (Roski 1996).

Dos áreas de investigación adicionales indican que la participación de compañeros puede ser una intervención eficaz para el abandono del hábito de fumar. El apoyo familiar y social ha demostrado ser una intervención efectiva para mejorar otros comportamientos de salud, como los cambios alimentarios (Anonymous 1994), la reducción de peso (Black 1990) y el cumplimiento con la medicación (Morisky 1983). En segundo lugar, los enfoques familiares han sido efectivos en el tratamiento de otras adicciones, especialmente en la dependencia al alcohol y las drogas (Edwards 1995, Liddle 1995). Las intervenciones o los programas familiares se han convertido en una parte estándar de la mayoría de los programas de cesación de abuso de sustancias. Las guías de la Agency for Healthcare Quality and Research (AHRQ) para el tratamiento del consumo y la dependencia del tabaco recomiendan intervenciones de apoyo social y familiar como componentes del cese efectivo, en la categoría de "apoyo social extra tratamiento" (Fiore 2000). Esta recomendación se realizó con una fuerza "B" de clasificación de las pruebas. Sin embargo, los ensayos iniciales de apoyo del compañero para el abandono del hábito de fumar han sido desalentadores. En la revisión de sus propios estudios de las intervenciones de apoyo social para el abandono del hábito de fumar, Lichtenstein y sus colegas declararon que sus intervenciones no mejoraron las tasas de abandono del hábito de fumar, ni fueron capaces de mejorar el nivel de apoyo del compañero (Lichtenstein 1986).

Dada la fuerte asociación entre el apoyo del compañero y el abandono exitoso del hábito de fumar, y la promesa de las intervenciones de apoyo familiar y social en las áreas relacionadas, parece prematuro establecer la conclusión de que las intervenciones de apoyo de un compañero no son un componente efectivo en los programas de cese del tabaquismo. A pesar de que el apoyo de un cónyuge ha demostrado ser sumamente predictivo del abandono exitoso del hábito de fumar (Graham 1971, Ockene 1982), la literatura en esta área es algo confusa. Ensayos clínicos publicados más recientemente (McIntyre-Kingsolver 1986, Ginsberg 1992) han demostrado que no hay efectos significativos del apoyo del compañero en el abandono del hábito de fumar. Dos revisiones sistemáticas recientes han abordado la efectividad de las intervenciones de apoyo social o del compañero sobre el abandono del hábito de fumar. Ambas han llegado a la conclusión de que estas intervenciones pueden tener algún beneficio. Una (May 2000) incluyó estudios de apoyo del compañero, con cualquier duración del seguimiento. Los autores no realizaron un metanálisis debido a la diversidad de los estudios incluidos. Una segunda revisión sistemática, realizada para la versión más reciente de las guías de la AHRQ sobre el abandono del hábito de fumar (Fiore 2000), resumió los ensayos aleatorios que evaluaban las intervenciones para "aumentar el apoyo social en el ámbito del fumador" como un tipo de terapia conductual o de orientación. La revisión de la lista de referencias indica que ninguno de los estudios de las intervenciones de apoyo del compañero identificados están incluidos en esta parte de la revisión sistemática (Fiore 2000, Tabla 20).

OBJETIVOS

El propósito de esta revisión fue determinar si una intervención que promueva el apoyo de un compañero ayuda al abandono del hábito de fumar, cuando se agrega como complemento de un programa de cese del tabaquismo y estimar el tamaño del efecto.

CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISIÓN

Tipos de estudios

Ensayos clínicos controlados aleatorios de las intervenciones para el abandono del hábito de fumar que compararon una intervención que incluyó el apoyo de un compañero con una intervención por lo demás idéntica e informaron un seguimiento de seis meses o más.

Tipos de participantes

Fumadores de ambos sexos y de cualquier edad, independientemente de su nivel inicial de dependencia a la nicotina, reclutados en cualquier contexto y que estuvieron de acuerdo en participar en un programa de abandono del hábito

de fumar. Se incluyeron fumadoras embarazadas y no embarazadas y fumadores casados y no casados.

Tipos de intervención

Los compañeros se definieron como cónyuges, amigos, colegas, compañeros u otras personas significativas que apoyaron a los fumadores, como parte del programa de cese del hábito al que fueron asignados. Una intervención de apoyo del compañero podría dirigirse al fumador, al compañero o a ambos, con la intención de ayudar al fumador a que abandone el hábito. Los ejemplos incluyeron adiestrar a los fumadores a obtener apoyo social, promover el aumento de contactos entre fumadores y compañeros de apoyo, proporcionar entrenamiento o materiales escritos a los compañeros para ayudarlos a comprometerse en comportamientos de apoyo, o intervenir en pares de fumador/compañero en el tratamiento de pareja o en grupos más grandes para fomentar las interacciones de apoyo. Algunos estudios fueron excluidos porque la intervención de apoyo del compañero no era el único componente manipulado.

Tipos de medidas de resultado

El resultado primario fue la abstinencia autoinformada por el fumador (no por el compañero) o la evaluación bioquímica (niveles de monóxido de carbono, cotinina/tiocianato en saliva) evaluada al menos seis meses después del inicio del tratamiento. Se incluyeron los estudios que informaban el estado de tabaquismo autodenunciado o validado bioquímicamente. Otros resultados considerados para esta revisión fueron el número de cigarrillos por día y los niveles de monóxido de carbono, a intervalos de seis a nueve meses y de más de 12 meses después del tratamiento. Sin embargo, estos datos no se informaron correctamente y por consiguiente no se realizaron los análisis. También se consideró el resultado intermedio de nivel de apoyo del compañero, de acuerdo con el Partner Interaction Questionnaire (PIQ) u otro método.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS

Los estudios controlados aleatorios que se refirieron al abandono del hábito de fumar con el uso del apoyo del compañero fueron identificados en las siguientes bases de datos: El registro especializado del Grupo Cochrane de Adicción al Tabaco (abril de 2004), Registro Cochrane de Ensayos Controlados (abril de 2004), CDC y Prevention-Tobacco Information and Prevention Database (marzo de 2004), MEDLINE (desde 1966 hasta abril de 2004), Cancer Lit (desde 1966 hasta abril de 2004), EMBASE (desde 1974 hasta abril de 2004), CINAHL (desde 1966 hasta julio de 2000), PsycInfo (desde 1861 hasta abril de 2004), ERIC, PsychLit y Dissertation Abstracts (desde 1861 hasta diciembre de 1999), SSCI (desde 1972 hasta abril de 2004) y HealthStar (desde 1975 hasta julio de 2000). La estrategia de búsqueda incluyó los siguientes términos:

1. smoking cessation
2. smoking/pc, th [Prevention & Control, Therapy]

3. family support/ or marriage support/ or spouse support/ or partner support/ or sexual partners support/ or buddy/ or friend/ or co-habitees /coworker.

Además, se revisaron las bibliografías de todos los artículos incluidos en busca de ensayos adicionales. Se consultó a investigadores y expertos en el campo de la cesación del hábito de fumar, para obtener fuentes adicionales publicadas e inéditas.

Se realizó una búsqueda actualizada en marzo de 2004. Bases de datos incluidas: MEDLINE (por WebSpirs), EMBASE (por WebSpirs), CINAHL (por WebSpirs), PsycINFO (ahora esta base de datos incluye a PsycLIT, DAI, CancerLit y HealthStar (por WebSpirs)), el Registro Cochrane de Ensayos Controlados (Cochrane controlled trials register) (CENTRAL), CDC Tobacco Information and Prevention Database (en línea), ERIC (por OCLC FirstSearch) y SSCI (y SCI) (por Web of Science).

MÉTODOS DE LA REVISIÓN

Dos revisores (EP, FT) extrajeron de forma independiente los datos mediante un formulario estructurado. Se consultó a un tercero (LB) para ayudar a resolver las discrepancias. La abstinencia fue el resultado primario y los odds-ratios (OR) se utilizaron como una medida del efecto resumen. También se analizaron las puntuaciones de PIQ (Partner Interaction Questionnaire) para evaluar el apoyo del compañero. Se utilizó un modelo de efectos fijos (método de Peto) para evaluar el efecto resumen de los estudios.

DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS

Fueron identificados 32 artículos en el cribaje (screening) inicial de esta revisión y se identificaron nueve artículos nuevos en la actualización de 2004. Sólo ocho artículos (que representan nueve estudios) cumplieron con los criterios de inclusión. La mayoría de los ensayos clínicos con asignación aleatoria fueron excluidos, porque además de una intervención de apoyo del compañero, el grupo de intervención recibió otras intervenciones para el abandono del hábito de fumar, que no fueron recibidas por el grupo control. Tres estudios no tuvieron un seguimiento mínimo de seis meses (Albrecht 1998, Gardner 1982, West 1998). Tres artículos fueron publicaciones duplicadas de los estudios incluidos (Mermelstein 1986, Nyborg 1985, Schoenbach 1992). Mermelstein (Mermelstein 1986) fue un duplicado de McIntyre-Kingsolver 1986 (McIntyre-Kingsolver) aunque al parecer contaba con algunos datos adicionales. McIntyre-Kingsolver 1986 (McIntyre-Kingsolver) completó un ensayo clínico que constaba de dos grupos (grupo de entrenamiento con cónyuges y grupo de entrenamiento sin cónyuges). Mermelstein (Mermelstein 1986) repitió el mismo ensayo clínico con otro grupo control de personas solteras. Luego combinaron todos los datos de los dos ensayos en sus análisis presentados en McIntyre-Kingsolver 1986).

Los nueve estudios incluidos fueron publicados entre 1981 y 1992, y representaron un total de 1757 participantes (906 intervención/ 851 control). El número de participantes por estudio osciló entre 24 y 1003. Nyborg (Nyborg 1986, Nyborg 1986B) se consideró como dos estudios independientes debido a la complejidad del método de intervención, que incluyó una "intervención de parejas administrada por un terapeuta" y una "intervención de parejas autoadministrada/con contacto mínimo". Tanto el sujeto del estudio como el compañero eran fumadores con la intención de abandonar el hábito.

La edad promedio de los fumadores entre los nueve estudios osciló entre 33 y 44. Orleans (Orleans 1991) fue el único estudio que informó que la edad mínima fue < 18 años. Los participantes informaron fumar un promedio de 20 a 29 cigarrillos por día al inicio del estudio. En total, hubo más mujeres en los estudios (rango 50% a 83% mujeres). Los compañeros fueron definidos en tres categorías principales: 1) cónyuge, amigo, pariente o colega (Ginsberg 1992, Glasgow 1986, Malott 1984, McIntyre-Kingsolver, Nyborg 1986, Nyborg 1986B, Orleans 1991); 2) Compañero (Gruder 1993); y 3) Participantes compañeros de abandono (Powell 1981). El estado del hábito de fumar de los compañeros varió, pero la mayoría eran no fumadores. El seguimiento después del tratamiento se informó desde un mínimo de cinco días a dos meses hasta un máximo de seis a 16 meses. Los métodos de comprobación de la abstinencia variaron entre los estudios. Mientras que en todos los estudios se contó con medidas autonotificadas, sólo tres realizaron análisis bioquímicos, como monóxido de carbono o la prueba de tiocianato en saliva (Glasgow 1986, Gruder 1993, McIntyre-Kingsolver 1986). Dos estudios recogieron las colillas de cigarrillo de los fumadores después del tratamiento, para determinar adicionalmente las tasas de abstinencia (Glasgow 1986, Malott 1984).

Las técnicas de cese incluyeron chicle de nicotina, psicoterapia, programas de televisión, manuales de autoayuda, reuniones de grupo o guías de abandono. Las intervenciones de apoyo de compañeros incluyeron ejercicios de empatía, cintas de video, folletos de estrategia, reuniones de grupo con manuales de apoyo, folletos de monitorización, sesiones de técnica conductual, guías de apoyo social o un sistema de contacto telefónico. La mayoría de los estudios manipularon el componente de apoyo de un compañero con métodos generales (cinta de video, folleto, manual de apoyo, guía, contacto telefónico, conferencia, demostración, ejercicio de práctica) (Ginsberg 1992, Glasgow 1986, Malott 1984, McIntyre-Kingsolver 1986, Orleans 1991, Powell 1981). En tres estudios se proporcionó entrenamiento grupal a los compañeros para la intervención (Gruder 1993, Nyborg 1986, Nyborg 1986B). En general, los grupos control se definieron como "ningún contacto" con un compañero. Sin embargo, se utilizaron sesiones de grupo con otros fumadores que intentaban abandonar el hábito (McIntyre-Kingsolver 1986) así como contacto telefónico semanal con un terapeuta (Nyborg 1986, Nyborg 1986B). De todos los estudios combinados, los grupos

control constaban de: manual/instrucción de autoayuda, chicle de nicotina, programas de televisión, reuniones de grupo semanales o contacto con un terapeuta, y psicoterapia.

CALIDAD METODOLÓGICA

A cada artículo se asignó una puntuación de calidad con el uso de la escala de Jadad de cinco puntos (Jadad 1996). Los puntos fueron asignados según 1) la presencia de la asignación al azar (de cero a uno), 2) doble cegamiento (de cero a uno) y 3) descripción de los retiros y abandonos (de cero a tres). Ninguno de los estudios fue descrito como doble ciego debido a que el apoyo del compañero es un proceso interactivo; por lo tanto, cada estudio sólo pudo recibir un máximo total de tres puntos (hay un punto extra posible por describir un método de asignación al azar apropiado). Todos los estudios se describieron como aleatorios. Seis estudios recibieron una puntuación de dos puntos (Ginsberg 1992, Gruder 1993, Malott 1984, McIntyre-Kingsolver 1986, Orleans 1991, Powell 1981), y tres estudios recibieron una puntuación de un punto, ya que no incluían una descripción de los retiros o abandonos (Glasgow 1986, Nyborg 1986, Nyborg 1986B). El ocultamiento de la asignación fue incierto para los estudios en esta revisión. Otra consideración para la calidad es la validación bioquímica del abandono. La validación bioquímica estaba concebida como un resultado primario, pero no se realizó en todos los estudios. Cuatro estudios utilizaron la determinación de cotinina/tiocianato en saliva (Ginsberg 1992, Glasgow 1986, Malott 1984, Orleans 1991); un estudio intentó la validación, pero no fue exitoso debido a influencias externas (McIntyre-Kingsolver 1986); y dos artículos (tres estudios) no intentaron realizar la validación (Nyborg 1986, Nyborg 1986B, Powell 1981).

RESULTADOS

Transcurridos de seis a nueve meses, todos los estudios informaron tasas de abstinencia: De 0% a 64,7% para los grupos de intervención y de 0% a 88,2% para los grupos control. Las tasas más altas de abandono se obtuvieron en dos estudios pequeños. Los estudios restantes tuvieron tasas de abandono menores de 20% para los grupos de intervención y los grupos control. Después de los 12 meses, sólo cinco estudios informaron las tasas de abstinencia: De 14,2% a 58,8% para los grupos de intervención y de 15,2% a 64,7% para los grupos control (Ginsberg 1992, Gruder 1993, McIntyre-Kingsolver 1986, Orleans 1991, Powell 1981).

Se utilizó el método de Peto con un modelo de efectos fijos para evaluar el efecto resumen de la intervención sobre la abstinencia en los intervalos después del tratamiento, debido a la homogeneidad de los estudios: OR de Peto de los seis a nueve meses = 1,08 [intervalo de confianza (IC) del 95%: 0,81 a 1,44]; y OR de Peto a los 12 meses = 1,0 [IC del 95%: 0,75 a 1,33]. Las estadísticas de resumen se muestran en los gráficos. Se

presentan los estimados puntuales y los intervalos de confianza del 95% (Ver cifras).

Aunque cuatro estudios informaron el número de cigarrillos por día en el valor inicial (Glasgow 1986, Malott 1984, Orleans 1991, Powell 1981), sólo Orleans y Powell informaron los datos completos. En los intervalos de un mes y seis meses, sólo se contó con datos incompletos; por lo tanto, los datos no fueron adecuados para medir el efecto resumen (Glasgow 1986, Malott 1984). Sólo dos estudios informaron los niveles de monóxido de carbono en el valor inicial antes de la intervención y al mes; sin embargo, los datos estaban incompletos (Glasgow 1986, Malott 1984).

Seis estudios evaluaron las puntuaciones de PIQ como una medida de apoyo del compañero. Dos (Ginsberg 1992, Gruder 1993) informaron que el apoyo del compañero aumentó después de la intervención; tres estudios (Malott 1984, McIntyre-Kingsolver 1986, Orleans 1991) no mencionaron diferencias entre el grupo de intervención y el grupo control; y un estudio (Glasgow 1986) no informó diferencias entre los grupos.

DISCUSIÓN

Se reconoce que el apoyo social es un determinante importante del éxito en los esfuerzos para el abandono del hábito de fumar; por lo tanto, es razonable esperar que una intervención diseñada para aumentar el apoyo de un compañero resulte en mayores tasas de abandono exitoso del hábito de fumar. En la revisión no se pudo demostrar tal efecto, o al menos demostrar alguno que se mantuviera seis meses o más. El no poder demostrar tal efecto de una manera concluyente mediante un análisis de los ensayos existentes no necesariamente significa que las intervenciones de apoyo por el compañero son inefectivas. Hay varias explicaciones posibles para el fracaso de encontrar un efecto.

Primero, los estudios que se identificaron pueden no haber tenido la potencia adecuada para detectar los efectos de una intervención de apoyo del compañero. En el metanálisis de la AHRQ (Fiore 2000) se estimó que las intervenciones de apoyo social tal vez aumenten las tasas de abandono del hábito de fumar de tres a cinco por ciento. Mientras un cambio de esta magnitud es clínicamente muy significativo debido a la importancia de los efectos adversos del tabaquismo sobre la salud, es demasiado pequeño para que pueda ser identificado de manera confiable por estudios con tamaños de muestra pequeños, como los que fueron revisados.

Aunque los tamaños del efecto resumen de este análisis no fueron estadísticamente significativos, los intervalos de confianza fueron amplios, de manera que no puede descartarse una diferencia clínicamente importante. Por ejemplo, de estos datos, el OR para la abstinencia entre los seis y nueve meses podría ser tan alto como 1,4

Una segunda posibilidad es que el apoyo del compañero resulte en abandono exitoso del hábito de fumar sólo a corto plazo, pero no a largo plazo. Algunos ensayos se excluyeron de esta revisión porque sólo proporcionaban datos sobre el seguimiento a corto plazo, a pesar de que mostraban resultados positivos dentro de ese corto plazo (West 1998, Albrecht 1998).

Una tercera posibilidad es que las intervenciones utilizadas en los estudios puede que no hayan sido efectivas para aumentar la cantidad de apoyo proporcionado por los compañeros de los sujetos. Seis de los estudios incluidos usaron el Partner Interaction Questionnaire (PIQ) para evaluar la magnitud del apoyo proporcionado por el compañero. Esta escala consta de una lista de comportamientos positivos (de apoyo) y negativos (críticos) del compañero con respecto al tabaquismo del sujeto. De los seis estudios que midieron el apoyo del compañero y el seguimiento, no hubo diferencias en las puntuaciones de PIQ en tres de los grupos (Malott 1984, McIntyre-Kingsolver 1986, Orleans 1991). Un estudio (Ginsberg 1992) demostró un aumento de la cercanía del compañero en el grupo de intervención que se asoció con mayores tasas de abstinencia. Otro (Malott 1984) halló que la crítica de interacción negativa está asociada con tasas de abstinencia más bajas, lo que es compatible con los resultados de los estudios observacionales.

Otra dificultad posible al evaluar estas publicaciones es que se han utilizado varias formas distintas de apoyo del compañero en las intervenciones. Los compañeros fueron definidos como cónyuge/pareja, amigo, familiar o colega. Tres estudios (Ginsberg 1992, Glasgow 1986, Orleans 1991) utilizaron una combinación de tipos de compañeros, lo que provocó heterogeneidad entre los estudios. Además, no siempre se informó el estado del hábito de fumar de los compañeros. Esta puede ser una variable importante en la efectividad de la intervención y podría haber estado distribuida de manera desigual a pesar de la asignación al azar. Lamentablemente, el número de estudios y sujetos incluidos fue demasiado pequeño para realizar análisis de sensibilidad sobre esta variable.

Las AHRQ Clinical Practice Guidelines (Fiore 2000) recomiendan "ayudar a los fumadores a que obtengan apoyo social fuera del tratamiento" como una terapia conductual y de orientación efectiva (fuerza de la evidencia = B). La revisión proporciona un OR estimado de 1,5 [IC del 95%: 1,1 a 2,1] para las intervenciones de abandono del hábito de fumar, con el fin de aumentar el apoyo social extra tratamiento (Fiore 2000, página 66, tabla 20). La revisión incluyó ECA con un período de seguimiento de al menos cinco meses, pero los estudios usados en el metanálisis con diversos tipos de terapias conductuales y de orientación no incluyen los estudios identificados en esta revisión, pero incluyen estudios en los que el agregado de apoyo social no fue la única diferencia entre los grupos de intervención y los grupos control.

Estos estudios indican que el apoyo del compañero y la ausencia de crítica pueden ser importantes para el abandono del hábito de fumar, pero que estos comportamientos no se cambian

fácilmente mediante las intervenciones utilizadas en estos estudios. Dado que las intervenciones usaron principalmente educación y solución de problemas, el fracaso de estas intervenciones para aumentar el abandono del hábito de fumar puede ser en parte resultado de su falta de orientación sistémica. El tabaquismo es un comportamiento complejo que está influenciado por factores biológicos (adicción a la nicotina), problemas psicológicos individuales, relaciones y presiones sociales extra-familiares, así como también por la relación matrimonial. Los comportamientos de apoyo por el cónyuge forman parte de una relación matrimonial compleja y están probablemente relacionados con la calidad y satisfacción matrimonial general. Lamentablemente, ninguno de estos estudios observacionales o experimentales del abandono del hábito de fumar ha medido alguna variable matrimonial (con excepción del apoyo conyugal), como comunicación o satisfacción matrimonial. Algunos de estos estudios sí apoyan el resultado general en la investigación matrimonial de que las interacciones conyugales negativas tienen una mayor repercusión sobre los resultados que las interacciones positivas (Rook 1984).

CONCLUSIONES DE LOS AUTORES

Implicaciones para la práctica

En esta revisión de estudios de las intervenciones que promueven el apoyo de un compañero para los fumadores en programas de cese del tabaquismo, no se pudo detectar un aumento en las tasas de abandono. Datos limitados provenientes de varios de los ECA indican que estas intervenciones tampoco aumentaron el apoyo del compañero. No se pueden establecer conclusiones acerca de la repercusión del apoyo del compañero en el abandono del hábito de fumar.

Implicaciones para la investigación

Se necesitan estudios adicionales con muestras más grandes, para explorar adecuadamente los efectos de las intervenciones de apoyo del compañero para el abandono del hábito de fumar. En estudios futuros, el apoyo del compañero se debe medir sistemáticamente como un resultado intermedio. Se debe controlar el apoyo preexistente y el estado del hábito de fumar del compañero. Las intervenciones deben prestar más atención a la calidad de la interacción con el compañero y ser más efectivas para aumentar el apoyo del compañero.

AGRADECIMIENTOS

Bette Jean Ingui, MLS. William Grant, EdD

POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno conocido

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Recursos externos

- La información sobre los recursos de apoyo no está disponible

Recursos internos

- SUNY Upstate Medical University- Department of Family Medicine USA
- Dankook University, Department of Family Medicine KOREA, SOUTH

REFERENCIAS

Referencias de los estudios incluidos en esta revisión

Ginsberg 1992 *[published data only]*

*Ginsberg D, Hall SM, Rosinski M. Partner support, psychological treatment, and nicotine gum in smoking treatment: an incremental study. *International Journal of the Addictions* 1992;**27**(5):503-514.

Glasgow 1986 *[published data only]*

*Glasgow RE, Klesges RC, O'Neill HK. Programming social support for smoking modification: an extension and replication. *Addictive Behaviors* 1986;**11**:453-457.

Gruder 1993 *[published data only]*

*Gruder CL, Mermelstein RJ, Kirkendol S, Hedeker D, Wong SC, Schreckengost J, Warnecke RB, Burzette R, Miller TQ. Effects of social support and relapse prevention training as adjuncts to a televised smoking-cessation intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993;**61**(1):113-120.

Malott 1984 *[published data only]*

*Malott JM, Glasgow RE, O'Neill HK, Klesges RC. Co-worker social support in a worksite smoking control program. *Journal of Applied Behavior Analysis* 1984;**17**(4):485-495.

McIntyre-Kingsolver *[published data only]*

*McIntyre-Kingsolver K, Lichtenstein E, Mermelstein RJ. Spouse training in a multicomponent smoking-cessation program. *Behavior Therapy* 1986;**17**:67-74.

Nyborg 1986 *[published data only]*

*Nyborg KF, Nevid JS. Couples who smoke: A comparison of couples training versus individual training for smoking cessation. *Behavior Therapy* 1986;**17**:620-625.

Nyborg 1986B *[published data only]*

*Nyborg KF, Nevid JS. Couples who smoke: A comparison of couples training versus individual training for smoking cessation. *Behavior Therapy* 1986;**17**:620-625.

Orleans 1991 *[published data only]*

*Orleans CT, Schoenbach VJ, Wagner EH, Quade D, Salmon MA, Pearson DC, Fiedler J, Porter CQ, Kaplan BH. Self-help quit smoking interventions: effects of self-help materials, social support instructions, and telephone counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991;**59**(3):439-448.

Powell 1981 *[published data only]*

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

Referencias de los estudios excluidos de esta revisión

Albrecht 1998

Albrecht S, Payne L, Stone CA, Reynolds MD. A preliminary study of the use of peer support in smoking cessation programs for pregnant adolescents. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 1998;**10**(3):119-125.

Carlson 2002

Carlson LE, Goodey E, Bennett MH, Taenzer P, Koopmans J. The addition of social support to a community-based large-group behavioral smoking cessation intervention: improved cessation rates and gender differences. *Addictive Behaviors* 2002;**27**(4):547-59.

Daniel 2004

Daniel M, Cargo MD, Lifshay J, Green LW. Cigarette smoking, mental health and social support: data from a northwestern First Nation. *Canadian Journal of Public Health. Revue Canadienne de Sante Publique* 2004;**95**(1):45-9.

Digusto 1995

Digusto E, Bird K. Matching smokers to treatment: Self-control versus social support. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1995;**63**(2):290-295.

Donatelle 2000

Donatelle RJ, Prows SL, Champeau D, Hudson D.. Randomised controlled trial using social support and financial incentives for high risk pregnant smokers: Significant Other Supporter (SOS) program. *Tobacco Control* 2000;**9**(3):iii67-iii69.

Gardner 1982

Gardner P. *An investigation of couples training in smoking cessation with implications for the televised delivery of behavioral medicine counseling*. Stanford University, 1982.

Glad 1978

Glad W. A comparison of four smoking treatment programs and a maintenance procedure on a community population. *Clinical Psychology* 1978:4578B.

Hamilton 1979

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

Janis 1970

Janis I, Hoffman D. Facilitating effects of daily contact between partners who make a decision to cut down on smoking. *Journal of Personality and Social Psychology* 1970;**17**(January):25-35.

Jason 1987

Jason L, Gruder C, Buckenberger L, Lesowitz T, Belgredan J, Flay B, Warnecke R. A 12-month follow-up of a worksite smoking cessation intervention. *Health Education and Research: Theory and Practice* 1987;**2**(3):185-194.

Kendrick 1995

Kendrick J, Zahniser S, Miller N, Salas N, Stine J, Gargiullo P et al. Integrating smoking cessation into routine public prenatal care: the Smoking Cessation in Pregnancy project. *American Journal of Public Health* 1995;**85**:217-222.

Klerman 2001

Klerman LV, Ramey SL, Goldenberg RL, Marbury S, Hou J, Cliver SP. A randomized trial of augmented prenatal care for multiple-risk, Medicaid-eligible African American women. *American Journal of Public Health* 2001;**91**(1):105-11.

Kviz 1994

Kviz F, Crittenden K, Madura K, Warnecke R. Use and effectiveness of buddy support in a self-help smoking cessation program. *American Journal of Health Promotion* 1994;**8**(3):191-201.

Lichtenstein 2002

Lichtenstein E, Andrews JA, Barckley M, Akers L, Severson HH. Women helping chewers: partner support and smokeless tobacco cessation. *Health Psychology* 2002;**21**(3):273-8.

McIntyre 1983

McIntyre KO. *Spouse involvement in a multicomponent treatment program for smokers*. Department of Psychology and the Graduate School of the University of Oregon, 1983.

McMahon 1998

McMahon SD, Jason L. Stress and coping in smoking cessation: a longitudinal examination. *Anxiety, Stress and Coping* 1998;**11**:327-343.

McMahon 2000

McMahon SD, Jason L. Social support in a worksite smoking intervention. A test of theoretical models. *Behavior Modification* 2000;**24**(2):184-201.

Mermelstein 1986

Mermelstein R, Cohen S, Lichtenstein E, Baer J, Kamarck T. Social support and smoking cessation and maintenance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1986;**54**(4):447-453.

Moller 2003

Moller AM, Pedersen T, Villebro N, Norgaard P. Impact of lifestyle on perioperative smoking cessation and postoperative complication rate. *Preventive Medicine* 2003;**36**(6):704-9.

Murray 1995

Murray R, Johnston J, Dolce J, Lee W, O'Hara P. Social support for smoking cessation and abstinence: The Lung Health Study. *Addictive Behaviors* 1995;**20**(2):159-170.

Nevid 1997

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

Nyborg 1985

Nyborg K. Partner support and type of treatment as variables in the behavioral treatment of cigarette smoking. *Dissertation Abstracts International* 1985;**46**(2-B):654.

Patten 2004

Patten, CA, Offord, KP, Hurt, RD, Cox, LS, Thomas, JL, Quigg, SM, Crogan, IT, Wolter, TD, Decker, PA. Training Support Persons to Help Smokers Quit: A Pilot Study. *In press with American Journal of Preventive Medicine* 2004.

Picardi 2002

Picardi A, Bertoldi S, Morosini P. Association between the engagement of relatives in a behavioural group intervention for smoking cessation and higher quit rates at 6-, 12- and 24-month follow-ups. *European Addiction Research* 2002;**8**(3):109-17.

Pirie 1997

Pirie P, Rooney B, Pechacek T, Lando H, Schmid L. Incorporating social support into a community-wide smoking cessation contest. *Addictive Behaviors* 1997;**22**(1):131-137.

Rohrbaugh 2001

Rohrbaugh MJ, Shoham V, Trost S, Muramoto M, Cate RM, Leischow S. Couple dynamics of change-resistant smoking: toward a family consultation model. *Family Process* 2001;**40**(1):15-31.

Salina 1994

Salina D, Jason L, Hedeker D, Kaufman J, Lesondak L, McMahon S et al. A follow-up of a media-based, worksite smoking cessation program. *American Journal of Community Psychology* 1994;**22**(2):257-271.

Schoenbach 1992

Schoenbach VJ, Orleans TC, Wagner EH, Quade D, Salmon MP, Porter CQ. Characteristics of smokers who enroll and quit in self-help programs. *Health Education Research* 1992;**7**(3):369-380.

Sheahan 1997

Sheahan S, Wilson S. Smoking cessation for pregnant women and their partners: A pilot study. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 1997;**9**(7):323-326.

Sorenson 1993

Sorenson G, Lando H, Pechacek T. Promoting smoking cessation at the workplace - results of a randomized controlled intervention study. *Journal of Occupational Medicine* 1993;**35**(2):121-126.

Wakefield 1998

Wakefield M, Jones W. Effects of a smoking cessation program for pregnant women and their partners attending a public hospital antenatal clinic. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 1998;**22**(3):313-320.

West 1998

West R, Edwards M, Hajek P. A randomized controlled trial of a "Buddy" system to improve success at giving up smoking in a general practice. *Addiction* 1998;**93**(7):1007-1011.

Westmaas 2002

Westmaas JL, Wild TC, Ferrence R. Effects of gender in social control of smoking cessation. *Health Psychology* 2002;**21**(4):368-76.

Referencias adicionales

Anonymous 1994

Anonymous. Randomised controlled trial evaluating cardiovascular screening and intervention in general practice: principal results of British family heart study. *BMJ* 1994;**308**(6924):313-20.

Black 1990

Black DR, Gleser LJ, Kooyers KJ. A meta-analytic evaluation of couples weight-loss programs. *Health Psychology* 1990;**9**(3):330-347.

Coppotelli 1985

Coppotelli HC, Orleans CT. Partner support and other determinants of smoking cessation maintenance among women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1985;**53**(4):455-460.

Edwards 1995

Edwards ME, Steinglass P. Family therapy treatment outcomes for alcoholism. *Journal of Marital & Family Therapy* 1995;**21**(4):475-509.

Fiore 1997

Fiore MC, Jorenby DE, Baker TB. Smoking cessation: principles and practice based upon the AHCPR Guideline, 1996. Agency for Health Care Policy and Research. *Annals of Behavioral Medicine* 1997;**19**(3):213-219.

Fiore 2000

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

Graham 1971

Graham S, Gibson RW. Cessation of patterned behaviour: Withdrawal from smoking. *Social Science and Medicine* 1971;**5**(4):319-337.

Gulliver 1995

Gulliver SB, Hughes JR, Solomon LJ, Dey AN. An investigation of self-efficacy, partner support and daily stresses as predictors of relapse to smoking in self-quitters. *Society for the Study of Addiction to Alcohol and other Drugs* 1995;**90**:767-772.

Hanson 1990

Hanson BS, Isacson S-O, Janzon L, Lindell S-E. Social support and quitting smoking for good: is there an association? Results from the population study, "Men born in 1914," Malmo, Sweden. *Addictive Behaviors* 1990;**15**(3):221-233.

Jadad 1996

Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavanaghan DJ, McQuay HJ. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: Is blinding necessary?. *Controlled Clinical Trials* 1996;**17**(1):1-12.

Lichtenstein 1986

Lichtenstein E, Glasgow RE, Abrams DB. Social support in smoking cessation: In search of effective interventions. *Behavior Therapy* 1986;**17**:607-619.

Liddle 1995

Liddle HA, Dakof GA. Efficacy of family therapy for drug abuse: Promising but not definitive. *Journal of Marital & Family Therapy* 1995;**21**(4):511-543.

May 2000

May S, West R. Do social support interventions ("buddy systems") aid smoking cessation? A review. *Tobacco Control* 2000;**9**(4):415-422.

McBride 1998

McBride CM, Curry SJ, Grothaus LC, Nelson JC, Lando H, Pirie PL. Partner smoking status and pregnant smoker's perceptions of support for and likelihood of smoking cessation. *Health Psychology* 1998;**17**(1):63-69.

Mermelstein 1983

Mermelstein R, Lichtenstein E, McIntyre K. Partner support and relapse in smoking-cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983;**51**(3):465-466.

MMWR 2002

Centers for Disease Control and Prevention. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life cost, and economic costs--United States, 1995-1999. *MMWR* 2002;**51**(14):300-3.

Morisky 1983

Morisky DE, Levine DM, Green LW, Shapiro S, Russell RP, Smith CR. Five-year blood pressure control and mortality following health education for hypertensive patients. *American Journal of Public Health* 1983;**73**:153-162.

Ockene 1982

Ockene JK, Benfari RC, Nuttal RL, Hurwitz I, Ockene IS. Relationship of psychosocial factors to smoking behavior change in an intervention program. *Preventive Medicine* 1982;**11**(1):13-28.

Price 1981

Price RA, Chen KH, Cavalli-Sforza LL, Feldman MW. Models of spouse influence and their applications to smoking behaviour. *Social Biology* 1981;**28**(1-2):14-29.

Rook 1984

Rook KS. The negative side of social interaction: Impact on psychological well-being. *Journal of Personality & Social Psychology* 1984;**46**(5):1097-1108.

Roski 1996

Roski J, Schmid LA, Lando HA. Long-term associations of helpful and harmful spousal behaviors with smoking cessation. *Addictive Behaviors* 1996;**21**(2):173-185.

Venters 1984

Venters MH, Jacobs DR, Luepker RV, Maiman LA, Gillum RF. Spouse concordance of smoking patterns: The Minnesota heart survey. *American Journal of Epidemiology* 1984;**120**(4):608-616.

Waldron 1989

Waldron I, Lye D. Family roles and smoking. *American Journal of Preventive Medicine* 1989;**5**(3):136-141.

* El asterisco señala los documentos más importantes para este estudio

TABLAS

Characteristics of included studies

Study	Ginsberg 1992
Methods	Random assignment. quality score: 1+0+1
Participants	#Subjects= 64 % female=54 Mean age=38.2 yrs. Mean # cigarettes smoked per day=25.6 Partner=spouses/intimate others (64%), friends (33%), relatives (3%) % Non-Smoking Partners=66
Interventions	(1) Nicotine Gum + Psychotherapy: 2 mg nicotine gum, instructions for gum use and education materials, quitting strategy selection, relapse prevention skill training, public commitment to abstinence, costs/benefits exercise, and psychoeducational materials. (4 week program) (n=33). (2) Nicotine Gum + Psychotherapy + Partner Support: 2 mg nicotine gum, instructions for gum use and education materials, quitting strategy selection, relapse prevention skill training, public commitment to abstinence, costs/benefits exercise, psychoeducational materials, partner empathy exercise, PS video tape, PS strategy booklet, personalized support strategy, and signed support agreements. (5 week program). (n=31).
Outcomes	Written questionnaire, self-report, carbon monoxide test at weeks 0,4,12,26 & 52. Biochemical analysis at weeks 26 & 52.
Notes	For purposes of this analysis, the nicotine only group (n=35) was omitted. The nicotine gum+psychotherapy group was used as the control.
Allocation concealment	B
Study	Glasgow 1986
Methods	Random group assignment. quality score: 1+0+0
Participants	#Subjects=29 % Female=69 Mean age=33.5 yrs. Mean # cigarettes smoked per day=25.5 Partner=Significant other outside of work setting (spouse, close friends) %Non-smoking partners=Not stated
Interventions	(1) Basic Program: 6 weekly group meetings (n=13). (2) Basic Program+Social Support condition:6 weekly group meetings, partner provided support during non-work hours, partners received a support manual in bi-weekly installments. (6 week program) (n=16).
Outcomes	Self reports, exam and weigh of saved cigarette butts, and 2 biochemical measures of smoking exposure, carbon monoxide and saliva thiocyanate. Also pretest, posttest and follow-up.

Characteristics of included studies

Notes	
Allocation concealment	B
Study	Gruder 1993
Methods	Random assignment. quality score: 1+0+1
Participants	#Subjects=506 %Female=62.2 Mean age=42.3 yrs. Mean # cigarettes smoked per day=28 Partner=buddy %Non-smoking partner=100%
Interventions	(1) No-contact control group: received self help manual and instructions to watch a TV program (n=235). (20 day program). (2) Social support (SS): received a Quitters guide, attend 3 weekly 90-min group meetings during 20 days and receive 2 leader-initiated phone calls 1&2 mos after program ended, and to bring a non-smoking buddy to the second group meeting. Buddies received a "buddy guide". Smokers received instruction on how to get help from buddies and neutralize unhelpful people. (n=271) (20 day program).
Outcomes	Self report abstinent rates only. Attempts were made to validate these rates by using saliva cotinine- but this was unsuccessful.
Notes	The discussion condition group (n=287) was excluded from this analyses because it did not instruct buddies on specific ways to be helpful. The SS group was used as the intervention group. The study attempted to validate quit rates by saliva cotinine, however many subjects refused due to a possible fear of that AIDS testing would also be done.
Allocation concealment	B
Study	Malott 1984
Methods	Random assignment. quality score: 1+0+1
Participants	#Subjects=24 %female=83 Mean age=34 Mean # cigarettes smoked per day=24 Partner=same sex, co-workers %Non-smoking partner=not stated
Interventions	(1) Standard controlled smoking: 6 weekly group meetings-50 minutes each. (6 week program) (n=12). (2) Controlled smoking + Partner support: 6 weekly group meetings, received "Partners Controlled Smoking Manual," and monitoring booklets were used. (6 week program) (n=12).
Outcomes	Self report , lab analysis of spent cigarette butts, carbon monoxide tests, and posttreatment questionnaire.
Notes	
Allocation concealment	B

Characteristics of included studies

Study	McIntyre-Kingsolver
Methods	Random assignment quality score: 1+0+1
Participants	#Subjects=64 %Female=58 Mean age=38.4 yrs. Mean # cigarettes smoked per day=25.6 Partner=spouse, or spouse equivalent (live-in) %Non-smoking partners=84%
Interventions	(1) Standard treatment: 6 weekly 2 hour group sessions (n=31) (6 week program). (2) Spouse training: 6 weekly 2 hour group sessions. Spouses attended each session (n=33) (6 week program).
Outcomes	Self reported smoking behavior, informants report of subjects smoking behavior (spouse support group only), expired air carbon monoxide, saliva thiocyanate, demographic and smoking history data, and partner interaction questionnaire.
Notes	
Allocation concealment	B
Study	Nyborg 1986
Methods	Random assignment. quality score: 1+0+0
Participants	#Subjects=32 %Female= 50 Mean Age=34.2 yrs. Mean #cigarettes smoked per day=>20 Partner=live-in and seeking to quit (65%married) %Non-smoking partners=0%
Interventions	Self-administered/ minimal contact: 1) Individual training: behavioral treatment manual as self-help, minimal contact via telephone by a therapist on a weekly basis. (8 week program) (n=8). 2) Couple training: behavioral treatment manual as self-help + couples received weekly therapist phone contact and therapist feedback. (n=8) (8 week program).
Outcomes	Self reported abstinence only.
Notes	Effort-only control group was not included in the study analyses-therefore there was no data to include for this group. The therapy and self-admin interventions used "individual training" as the control groups respectively.
Allocation concealment	B
Study	Nyborg 1986B
Methods	Random assignment. quality score: 1+0+0

Characteristics of included studies

Participants	#Subjects=32 %Female= 50 Mean Age=34.2 yrs. Mean #cigarettes smoked per day=>20 Partner=live-in and seeking to quit (65%married) %Non-smoking partners=0%
Interventions	Therapist-administered treatment: 1) Individual training: Couples received weekly treatment sessions on behavioral techniques. Conway manual was used. (n=8) (8 week program). 2) Couples training: Couples received additional written materials which provided instruction for mutual support and received therapist feedback in treatment sessions. (n=8) (8 week program).
Outcomes	Self reported abstinence only.
Notes	Effort-only control group was not included in the study analyses-therefore there was no data to include for this group. The therapy and self-admin interventions used "individual training" as the control groups respectively.
Allocation concealment	B
Study	Orleans 1991
Methods	Random assignment. quality score: 1+0+1
Participants	#Subjects=1003 %Female=63 Mean age=44.4 yrs. Minimum age=18 yrs. Mean #cigarettes smoked per day=26 Partner=Spouse, close friend, co-worker. %Non-smoking partner=not stated
Interventions	(1)Self-quitting only group: 28 page quitting-guide, 4-week monitored nicotine fading program, Experimental self quit guide (n=502) (4 week program). (2) Self-quitting materials+social support instruction: 28 page quitting-guide, 4-week monitored nicotine fading program, 16-page social support guide (n=501) (4 week program).
Outcomes	Follow-up assessments. Biochemical assessments.
Notes	This study had 2 intervention and 2 control groups. Only 1 of each was included. The support group that included a telephone counseling component was excluded (n=510) as well as the enhanced "usual care" control condition (n=508).
Allocation concealment	B
Study	Powell 1981
Methods	Random assignments. quality score: 1+0+1

Characteristics of included studies

Participants	#Subjects=45 %Female=64 Mean Age=36 Mean #cigarettes smoked per day=29 Partner=fellow participants in the cessation program. %Non-smoking partner= NA
Interventions	All subjects attended a 5-day pre-treatment program prior to assignment in an intervention or control group. This included an introductory meeting and 4 consecutive treatment meetings (all 1.5 hours each). lectures, demonstrations, practice exercises, aversive smoking and teaching self-control. Upon completing this subjects were given follow-up questionnaires and assigned to a maintenance program. Each subject was required to pay \$25 (non-refundable) and a \$30 refundable deposit. (1)No contact control (4 week program) (n=17). (2) Telephone contact system: allowed subjects to phone one-another, but not the experimenter (n=17) (4 week program).
Outcomes	Pretreatment questionnaire, mail-in follow-up questionnaire.
Notes	The 4-week support group (n=17) was excluded from this analyses. Telephone contact system group was used as the intervention group. Self reported abstinence only.
Allocation concealment	B

Characteristics of excluded studies

Study	Reason for exclusion
Albrecht 1998	Follow-up was less than 6 months
Carlson 2002	Not an RCT
Daniel 2004	Not an RCT
Digusto 1995	Intervention group did not receive partner support
Donatelle 2000	Control group did not receive the financial incentive intervention that was given to the treatment group participants
Gardner 1982	Follow-up was less than 6 months
Glad 1978	Support Group not defined
Hamilton 1979	Intervention group did not receive partner support intervention
Janis 1970	Control group received partner support intervention
Jason 1987	Intervention group did not receive a partner support intervention
Kendrick 1995	Control group received a partner support intervention
Klerman 2001	Control group did not receive the group sessions that was given to the intervention group.
Kviz 1994	Not an RCT
Lichtenstein 2002	Control group received partner support intervention
McIntyre 1983	Duplicate data published in McIntyre-Kingsolver 1986
McMahon 1998	Control group did not receive intervention
McMahon 2000	Control group did not receive the cognitive behavioral intervention that was given to the intervention group.

Characteristics of excluded studies

Mermelstein 1986	Duplicate data of McIntyre-Kingsolver 1986. They combined the data of McIntyre 1986 (included study) with a second study that included intervention subjects without partners.
Moller 2003	Control group received partner support intervention
Murray 1995	Not an RCT
Nevid 1997	Control group received partner support intervention
Nyborg 1985	Duplicate data of Nyborg 1986
Patten 2004	Control group received partner support intervention
Picardi 2002	Not an RCT
Pirie 1997	Not an RCT
Rohrbaugh 2001	Not an RCT
Salina 1994	No partner support intervention
Schoenbach 1992	Duplicate data of Orleans 1991
Sheahan 1997	Not an RCT (No control group)
Sorenson 1993	Not an RCT
Wakefield 1998	Not an RCT
West 1998	Follow-up less than 6 months
Westmaas 2002	Not an RCT

CARÁTULA

Titulo	Promover el apoyo de un compañero para mejorar el abandono del hábito de fumar
Autor(es)	Park E-W, Schultz JK, Tudiver F, Campbell T, Becker L
Contribución de los autores	<p>El Dr. Eal-Whan Park, como autor principal de esta revisión, creó el concepto de esta investigación. Dirigió la obtención de los datos y participó en la redacción de la revisión.</p> <p>Jennifer Schultz coordinó todos los aspectos de esta revisión. Ha mantenido todos los archivos de datos, procesado los resultados y participado en la redacción de la investigación.</p> <p>El Dr. Fred Tudiver también dirigió la obtención de datos y participó en gran parte de la redacción de la investigación.</p> <p>El Dr. Tom Campbell ha publicado anteriormente en esta área, y se solicitó su colaboración en la redacción de la introducción y la discusión.</p> <p>El Dr. Lorne A. Becker actuó como consultor del diseño de esta investigación. Ayudó a los revisores (EP, FT) a alcanzar el consenso cuando hubo discrepancia sobre los datos. Ha ayudado al análisis de los datos para esta investigación.</p>
Número de protocolo publicado inicialmente	2001/1

Número de revisión publicada inicialmente	2002/1
Fecha de la modificación más reciente"	10 mayo 2004
"Fecha de la modificación SIGNIFICATIVA más reciente	11 mayo 2004
Cambios más recientes	Las búsquedas para esta revisión se actualizaron hasta abril de 2004. Se encontró un total de nueve artículos nuevos en la búsqueda actualizada, pero ninguno incluyó ensayos con asignación aleatoria que cumplieran con los criterios de inclusión. No se han realizado cambios en el cuerpo de la revisión y las conclusiones permanecen como antes.
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	30 abril 2004
Fecha de modificación de la sección conclusiones de los autores	El autor no facilitó la información
Dirección de contacto	Eal Whan Park MD, PhD Associate professor Department of Family Medicine Medical College of Dankook University 16-5 Anseo-Dong Cheonan 330-715 Chungnam KOREA, SOUTH Teléfono: 82-41-550-3997 E-mail: ewpark@kornet.net Facsimile: 82-41-550-3905
Número de la Cochrane Library	CD002928-ES
Grupo editorial	Cochrane Tobacco Addiction Group
Código del grupo editorial	HM-TOBACCO

RESUMEN DEL METANÁLISIS

04 Abstinencia (de seis a nueve meses)

Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Autoinforme	9	1377	Odds-Ratio de Peto IC del 95%	1.08 [0.81, 1.44]
02 Cotinina/tiocianato en saliva	0	0	Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	No estimable

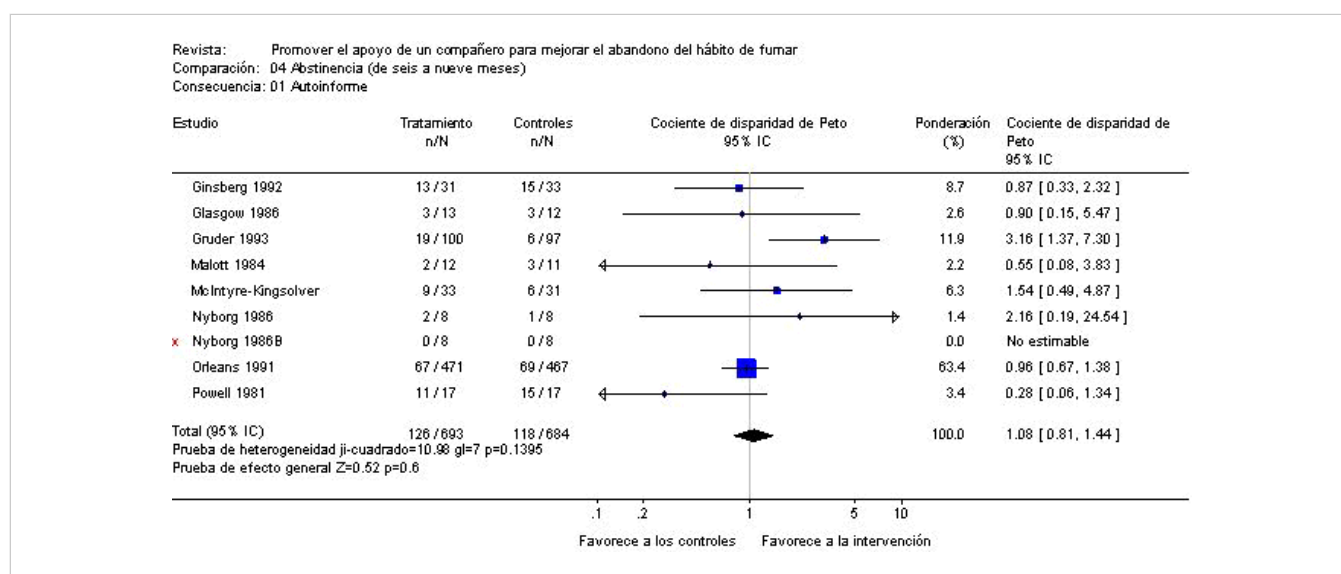
06 Abstinencia (más de 12 meses)

Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Autoinforme	5	1287	Odds-Ratio de Peto IC del 95%	1.00 [0.75, 1.33]
02 Cotinina/tiocianato en saliva	0	0	Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	No estimable

GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS

Fig. 04 Abstinencia (de seis a nueve meses)

04.01 Autoinforme



04.02 Cotinina/tiocianato en saliva

Revista: Promover el apoyo de un compañero para mejorar el abandono del hábito de fumar

Comparación: 04 Abstinencia (de seis a nueve meses)

Consecuencia: 02 Cotinina/tiocianato en saliva

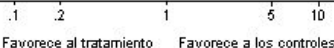
Estudio	Tratamiento n/N	Controles n/N	Cociente de disparidad (Fijo) 95 % IC	Ponderación (%)	Cociente de disparidad (Fijo) 95 % IC
Total (95 % IC)	0 / 0	0 / 0		0.0	No estimable
Prueba de heterogeneidad ji-cuadrado=0.0 g=0					
Prueba de efecto general Z=0.0 p=1.0					
					

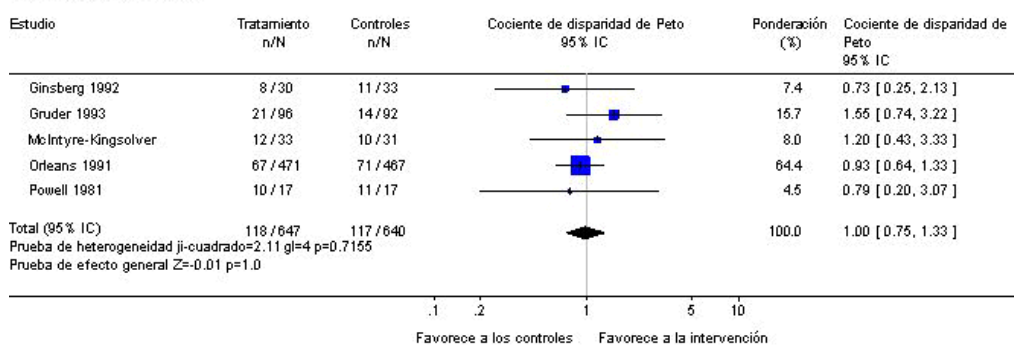
Fig. 06 Abstinencia (más de 12 meses)

06.01 Autoinforme

Revista: Promover el apoyo de un compañero para mejorar el abandono del hábito de fumar

Comparación: 06 Abstinencia (más de 12 meses)

Consecuencia: 01 Autoinforme



06.02 Cotinina/tiocianato en saliva

Revista: Promover el apoyo de un compañero para mejorar el abandono del hábito de fumar

Comparación: 06 Abstinencia (más de 12 meses)

Consecuencia: 02 Cotinina/tiocianato en saliva

Estudio	Tratamiento n/N	Controles n/N	Cociente de disparidad (Fijo) 95 % IC	Ponderación (%)	Cociente de disparidad (Fijo) 95 % IC
Total (95 % IC)	0 / 0	0 / 0		0.0	No estimable
Prueba de heterogeneidad ji-cuadrado=0.0 g=0					
Prueba de efecto general Z=0.0 p=1.0					
