



Asesoramiento telefónico para el abandono del hábito de fumar

Stead LF, Lancaster T, Perera R

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.....	6
DISCUSIÓN.....	7
CONCLUSIONES DE LOS AUTORES.....	10
AGRADECIMIENTOS.....	10
POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS.....	10
FUENTES DE FINANCIACIÓN.....	10
REFERENCIAS.....	11
TABLAS.....	15
Characteristics of included studies.....	15
Characteristics of excluded studies.....	26
CARÁTULA.....	27
RESUMEN DEL METANÁLISIS.....	29
GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS.....	30
01 Asesoramiento preventivo.....	30
01 Abandono del hábito a largo plazo - Asesoramiento telefónico comparado con la intervención mínima sola.....	30
02 Abandono del hábito a largo plazo - Asesoramiento telefónico como complemento de la intervención cara a cara sin farmacoterapia.....	31
03 Abandono del hábito a largo plazo - Asesoramiento telefónico como complemento de la farmacoterapia.....	32
02 Asesoramiento preventivo comparado con la intervención mínima. Análisis alternativo por medio del empleo de todos los brazos de control mínimo.....	33
01 Abandono del hábito a largo plazo - Asesoramiento telefónico versus todos los controles menos intensivos.....	33
02 Abandono del hábito a largo plazo - Asesoramiento telefónico versus todos los controles menos intensivos (solamente el subgrupo B del estudio Zhu 2002).....	33
03 Asesoramiento preventivo - Sesión múltiple versus sesión única.....	34
01 Abandono del hábito a largo plazo - Hasta seis llamadas comparadas con una única llamada y materiales de autoayuda.....	34
02 Abandono del hábito a largo plazo - Cuatro llamadas comparadas con una única llamada y la intervención hospitalaria.....	34
04 Asesoramiento reactivo - Líneas de ayuda o líneas directas.....	34

01 Abandono del hábito a largo plazo - Efectos de la disponibilidad de una línea telefónica de asistencia urgente.....	34
02 Abandono del hábito a largo plazo - Efectos del ofrecimiento de diferentes servicios a quienes llaman a una línea de ayuda.....	35

Asesoramiento telefónico para el abandono del hábito de fumar

Stead LF, Lancaster T, Perera R

Esta revisión debería citarse como:

Stead LF, Lancaster T, Perera R. Asesoramiento telefónico 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: 15 de octubre de 2002

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

RESUMEN

Antecedentes

Los servicios telefónicos pueden proporcionar información y apoyo a los fumadores. El asesoramiento puede ser proporcionado preventivamente o ser ofrecido reactivamente a quienes llaman a las líneas de ayuda para el abandono del hábito de fumar.

Objetivos

Evaluar el efecto del apoyo telefónico preventivo y reactivo para ayudar a los fumadores a abandonar el hábito.

Estrategia de búsqueda

Se realizaron búsquedas en el registro de ensayos del Grupo Cochrane de Adicción al Tabaco (Cochrane Tobacco Addiction Group) para identificar estudios que emplearan el término de texto libre "telephone*" o las palabras clave "telephone counselling", "Hotlines" o "Telephone". Fecha de la búsqueda más reciente: Septiembre 2002.

Criterios de selección

Ensayos controlados aleatorios o cuasialeatorios en los cuales se ofrecía asesoramiento telefónico preventivo o reactivo para ayudar a los fumadores o a quienes habían dejado de hacerlo recientemente a abandonar el hábito de fumar.

Recopilación y análisis de datos

Una persona identificó los ensayos y obtuvo los datos y una segunda persona los verificó. La principal medida de resultado era la abstinencia del hábito de fumar luego de al menos seis meses de seguimiento. Se utilizó la definición más rigurosa de abstinencia en cada ensayo y las tasas bioquímicamente validadas, cuando estaban disponibles. Se consideró a los participantes perdidos durante el seguimiento como fumadores regulares. Cuando los ensayos tenían más de un brazo con una intervención menos intensiva, se utilizó solamente la intervención más similar como grupo de control en el análisis primario. Si las intervenciones eran similares, se realizaba un metanálisis con un modelo de efectos fijos (el método de Peto) para obtener un odds-ratio.

Resultados principales

Veintisiete ensayos cumplieron los criterios de inclusión. Trece ensayos compararon el asesoramiento preventivo con un control de intervenciones mínimas. Había una heterogeneidad estadística, con cinco ensayos que mostraban un beneficio significativo y ocho que no presentaban diferencias importantes. Se asoció la heterogeneidad con ensayos que proporcionaban al grupo de control materiales de autoayuda adaptados. El metanálisis que utiliza todos los brazos de intervención menos intensivos como el control eliminó la heterogeneidad y sugiere que el asesoramiento telefónico comparado con la intervención menos intensiva incrementa las tasas de abandono (OR 1,56; 1,38 a 1,77).

Los cuatro ensayos que agregaron el apoyo telefónico a un control de intervención cara a cara no lograron detectar un efecto significativo sobre las tasas de abandono a largo plazo. Cuatro ensayos no lograron detectar un efecto adicional del apoyo telefónico en quienes empleaban un tratamiento de reemplazo de nicotina. Brindar el acceso a una línea directa mostró un beneficio significativo en un ensayo y ninguna diferencia importante en dos estudios. No se detectaron diferencias en cuanto a los resultados en los ensayos que comparaban diferentes tipos de asesoramiento telefónico.

Conclusiones de los autores

El asesoramiento telefónico preventivo puede resultar efectivo en comparación con una intervención sin el establecimiento de contacto personal. Las intervenciones exitosas incluyen generalmente múltiples encuentros durante el período de intento de abandono del hábito de fumar. Las pruebas disponibles ni confirman ni descartan un beneficio del asesoramiento telefónico como un complemento del asesoramiento cara a cara o la farmacoterapia. Los ensayos adicionales que asignan al azar el acceso a líneas de ayuda tienen pocas probabilidades de ser realizados, pero las pruebas indirectas sugieren que pueden ser una parte útil de un servicio para el abandono del hábito de fumar.



RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

El asesoramiento telefónico puede resultar beneficioso como parte de un programa de ayuda para personas que deseen dejar de fumar

El tabaco contribuye a muchos problemas de salud, incluidos cánceres y enfermedades pulmonares. Las personas que tratan de abandonar el hábito de fumar pueden ser ayudadas con medicación o a través del apoyo conductual como el asesoramiento de especialistas y las terapias grupales. Se ofrece apoyo, información y asesoramiento tanto cara a cara como por teléfono. El asesoramiento a través de las líneas telefónicas directas puede ser proporcionado como parte de un programa o separadamente y brinda acceso a más cantidad de personas que el formato cara a cara. La revisión de los ensayos encontró que el asesoramiento telefónico es efectivo en comparación con un programa sin establecimiento de contacto personal.



ANTECEDENTES

Las personas que fuman pueden ser ayudadas a abandonar el hábito por medio del empleo del apoyo conductual y farmacológico. Los abordajes conductuales varían desde el asesoramiento breve por parte de un médico al asesoramiento especialista intensivo (Lancaster 2002a; Silagy 2002, Stead 2002). El apoyo puede ser proporcionado en sesiones de orientación individual o en terapias grupales, en las que los clientes pueden compartir sus problemas y obtener apoyo mutuo. Hay menos pruebas de que los materiales de autoayuda estándar solos son eficaces. En el mejor de los casos poseen un pequeño efecto por medio de la ayuda en el abandono del hábito de fumar (Fiore 2000; Lancaster 2002b). Los materiales que se adaptan a las características de los fumadores individuales poseen mayores probabilidades de ser efectivos (Lancaster 2002b). El asesoramiento telefónico puede tener el potencial de complementar el apoyo cara a cara o de sustituir el encuentro cara a cara como un complemento de las intervenciones de autoayuda. El asesoramiento puede resultar útil en la planificación de un intento de abandonar el hábito de fumar y en la prevención de las recaídas durante el período inicial de abstinencia (Brandon 2000). A pesar de que la intervención cara a cara intensiva ayuda exitosamente a los fumadores a abandonar el hábito, existen dificultades en la administración de tal intervención a un número grande de personas. Muchas personas que fuman no desean asistir a los programas de grupo, y la implementación de tales programas también puede resultar inflexible. La orientación individual es más flexible pero más costoso. El asesoramiento telefónico puede ser una manera de

proporcionar orientación individual con un menor costo. Se puede fijar el tiempo del contacto telefónico con el fin de maximizar el nivel de apoyo alrededor de una fecha planificada para el abandono del hábito, y se lo puede administrar en respuesta a las necesidades del destinatario del asesoramiento.

El asesoramiento telefónico puede ser preventivo o reactivo (Lichtenstein 1996). En un abordaje preventivo, el asesor inicia una o más llamadas para suministrar apoyo durante un intento de abandono del hábito de fumar o con el objetivo de evitar una recaída. Esto puede ser ofrecido como parte de una intervención que ha incluido un asesoramiento cara a cara o ser suministrado como un complemento de un programa de autoayuda enviado por correspondencia o de una farmacoterapia. Los fumadores pueden tener acceso a esta forma de apoyo al llamar a las líneas de ayuda.

El asesoramiento reactivo puede ser suministrado a través de las líneas de ayuda o las líneas directas que toman las llamadas de los fumadores o sus amigos y familias. Estas líneas de ayuda telefónica o líneas directas pueden ofrecer información, mensajes grabados, asesoramiento personal o una mezcla de componentes. Éstas pueden prestar un servicio regional o nacional. A menudo, éstas se anuncian conjuntamente con el Día Sin Tabaco o con otras campañas de gran alcance. Las líneas de ayuda también pueden ser proporcionadas en una menor escala para un proyecto o población específica. A pesar de que en general las líneas de ayuda reactiva responden solamente a las llamadas iniciadas por los clientes, en algunos modelos los fumadores pueden solicitar llamadas de asesoramiento que se hacen desde el centro de llamadas (Zhu

1996; Zhu 2000), y entonces, en tal caso, habría algún tipo de superposición con el abordaje preventivo. Las líneas directas tienen el potencial de proporcionar acceso a información a un gran número de personas. Algunos servicios han informado alcanzar proporciones importantes de la población objetivo (Ossip-Klein 1991; Platt 1997). Estos pueden tener la posibilidad de llegar a poblaciones subatendidas como las minorías étnicas (Zhu 2000). Un desarrollo adicional de las líneas directas emplea computadoras y sistemas expertos para proporcionar un menú de respuestas automatizadas (Burke 1993; Schneider 1995; Ramelson 1999).

Los servicios de líneas de ayuda pueden ser específicos para el tabaco como, por ejemplo, California Smokers' Helpline, Quitline en Australia o Quit en el Reino Unido, o pueden encontrarse incluidos en servicios de información sanitaria más amplios como el Cancer Information Service en los EE.UU. También pueden ser proporcionados como parte de un servicio de apoyo integrado para el abandono del hábito de fumar (p.ej. Glasgow 1991). El acceso a las líneas directas o la oportunidad de registrarse para recibir llamadas de un asesor también puede ser ofrecido como parte de un programa de abandono del hábito de fumar que incluye la farmacoterapia.

Aunque las líneas de ayuda reactiva han sido ampliamente implementadas, la evaluación controlada ha sido limitada debido a una renuencia a rechazar el apoyo a quienes solicitaban ayuda. Las evaluaciones que incluían estos servicios han tenido mayores probabilidades de comparar las variantes en el servicio, que a utilizar un control sin intervenciones (p.ej. Davis 1992; Balanda 1999). Los servicios preventivos han sido evaluados más ampliamente ya que pueden ser comparados con mayor facilidad con una mínima intervención. Una evaluación reciente (Zhu 2002) utilizó un abordaje innovador para evaluar el beneficio del componente de asesoramiento, en quienes llamaban a una línea de ayuda telefónica para el abandono del hábito de fumar. Debido a que, en algunas oportunidades, el número de solicitudes de asesoramiento excedió la capacidad de la línea para el abandono del tabaco, se envió a todos cuantos llamaban un paquete de autoayuda y se los invitó a llamar nuevamente. La capacidad de asesoramiento podría ser, entonces, asignada equitativamente por medio de la asignación al azar de quienes llamaban a un grupo formado por personas que habían llamado nuevamente, mientras que el grupo de control era asesorado sólo si y en el caso de que las personas llamaran de nuevo.

OBJETIVOS

La revisión evalúa el efecto del apoyo telefónico para ayudar a los fumadores a que abandonen el hábito. El apoyo telefónico incluye asesoramiento preventivo o reactivo o el suministro de otra información a los fumadores que llaman a una línea de ayuda.

Se abordaron las siguientes preguntas:

¿Las llamadas telefónicas de un asesor incrementan las tasas de abandono en comparación con las otras intervenciones mínimas (p.ej. materiales de autoayuda solos)?

¿Las llamadas de seguimiento realizadas por un asesor incrementan las tasas de abandono en comparación con la intervención cara a cara sin un seguimiento telefónico?

¿Las llamadas telefónicas de un asesor incrementan las tasas de abandono en comparación con la farmacoterapia sola?

¿El aumento en el número de contactos telefónicos incrementa las tasas de abandono?

¿Las diferencias en el protocolo de asesoramiento relacionadas con el tipo de apoyo resultan en diferencias en las tasas de abandono?

¿Las diferencias en el protocolo de asesoramiento relacionadas con el suministro del apoyo (p.ej. planificado alrededor de una fecha de abandono) resultan en diferencias en cuanto a las tasas de abandono?

¿La disponibilidad de una línea de ayuda reactiva incrementa las tasas de abandono?

CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISIÓN

Tipos de estudios

Ensayos controlados aleatorios o cuasialeatorios con unidad de asignación de los participantes individuales, grupos, sitio de intervención o área geográfica.

Tipos de participantes

Fumadores o quienes abandonaron el hábito recientemente. La definición de quienes abandonaron el hábito de fumar recientemente era la utilizada por los protocolos de reclutamiento de los ensayos o por los mismos participantes.

Tipos de intervención

La provisión de asesoramiento telefónico preventivo o reactivo para ayudar con el abandono del hábito de fumar a cualquier población. Se excluyeron estudios si la contribución del componente telefónico no podía ser evaluada independientemente del asesoramiento cara a cara. Se incluyeron los estudios que combinaron el asesoramiento telefónico con los materiales de autoayuda ya que el efecto de dichos materiales solos es limitado.

Tipos de medidas de resultado

El abandono del hábito de fumar al menos a los seis meses luego del comienzo de la intervención.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS

Se identificaron estudios a partir del registro especializado del Grupo Cochrane de Adicción al Tabaco por medio del empleo de los términos de texto libre "telephone*", "quitline*" o "helpline*" o las palabras clave "telephone counselling",

"Hotlines" o "Telephone" con el fin de identificar estudios relevantes. Este registro incorpora los resultados de las búsquedas sistemáticas de ensayos sobre la adicción al tabaco en las bases de datos electrónicas MEDLINE, PsycINFO y Science Citation Index. Se hicieron búsquedas en las bases de datos en septiembre 2002. También se verificaron los estudios citados en las revisiones existentes (Lichtenstein 1996; McBride 1999b) con el fin de identificar los más relevantes.

MÉTODOS DE LA REVISIÓN

Un autor identificó los estudios potencialmente relevantes que presentaban un grupo de control y un brazo de intervención que incluía el establecimiento de contacto telefónico, y una segunda persona los verificó para su inclusión o exclusión. Un autor obtuvo los datos de los estudios incluidos y un segundo autor los verificó. La siguiente información se registró en la tabla de estudios incluidos:

El país y el contexto del ensayo

El método de reclutamiento para el estudio

El método de asignación al azar

Los detalles de los participantes que incluían si habían sido seleccionados de acuerdo con la motivación para abandonar el hábito de fumar, la edad, el sexo y el promedio del consumo de cigarrillos al inicio del estudio

La descripción de la intervención y el control que incluía el número, la administración y la duración de los contactos telefónicos.

La definición de la abstinencia del hábito de fumar durante el seguimiento más extenso

Utilización de una validación bioquímica o confirmación por medio de un sustituto.

Los estudios que no cumplieron con los criterios de inclusión debido a un seguimiento de corta duración o al uso de una intervención que combinó el asesoramiento telefónico y cara a cara se enumeran y describen brevemente en la "Tabla de estudios excluidos". Algunas evaluaciones no controladas de las líneas de ayuda también se describen en esta tabla.

La medida más estricta de la abstinencia durante el seguimiento más extenso se utilizó como el resultado primario. Se planificó la realización de un análisis de sensibilidad si era más apropiada una definición menos estricta del abandono del hábito de fumar, para mostrar un efecto del asesoramiento telefónico en nuevos intentos de abandono. El denominador era el número asignado al azar, con las pérdidas durante el seguimiento que se interpretaron como fumadores regulares. Cualquier excepción a esto se presentó en los detalles de los estudios.

Los resultados de los estudios se resumieron como un odds-ratio para la probabilidad de abandono durante el seguimiento más largo. Cuando los ensayos tenían más de un brazo con una intervención menos intensiva, se utilizó solamente la intervención más similar como grupo de control en el análisis primario. Se abordaron separadamente el asesoramiento

preventivo y el reactivo. Se consideró la combinación estadística de los resultados de los estudios si tanto los brazos de intervención como de control eran suficientemente similares, o sea, si eran similares los componentes comunes a las intervenciones y el control. Por consiguiente, no se combinaron a priori los estudios en los cuales el asesoramiento telefónico era el componente más intensivo de una intervención de contacto mínimo con los estudios en los que el asesoramiento telefónico se evaluó como un complemento del asesoramiento cara a cara. Se utilizó una estadística de ji cuadrado de Mantel-Haenszel con el fin de evaluar la heterogeneidad entre los estudios y el método de Peto (Yusuf 1985) para combinar los resultados de los mismos si no se detectaba heterogeneidad.

Cuando había diferencias en los resultados de los estudios, se consideraron las siguientes posibles explicaciones; la duración, la administración y la intensidad del asesoramiento, la estrategia de asesoramiento utilizada y las características de los participantes, en particular su motivación para abandonar el hábito o el estadio del cambio al inicio del estudio.

DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS

Veintisiete estudios cumplieron con los criterios de inclusión de la revisión. Veintitrés de estos eran ensayos de llamadas de asesoramiento preventivo que incluían cuatro estudios que comparaban diferentes tipos de apoyo telefónico a fumadores que habían llamado a una línea directa (Thompson 1993; Orleans 1998; Zhu 1996; Borland 2001). Tres evaluaron el impacto de ofrecer un asesoramiento reactivo por medio de brindar acceso a una línea directa (Ossip-Klein 1991; McFall 1993; Brandon 2000). Un ensayo comparó dos variantes del apoyo telefónico como parte de una intervención para pacientes hospitalizados; una intervención mínima proporcionó una única llamada posterior al alta y hasta cuatro llamadas empleó una intervención intensiva (Miller 1997).

En 15 estudios, las llamadas telefónicas preventivas de un asesor eran la única forma de establecimiento de contacto personal. En cinco de los ensayos, los fumadores se reclutaron a partir de anuncios, tres para los fumadores que planificaban abandonar el hábito (Orleans 1991; Ossip-Klein 1997; Miguez 2002) y dos para cualquier fumador independientemente del interés actual para dejar de fumar (Prochaska 1993 y Rimer 1994 quienes reclutaron fumadores mayores de 50 años de edad). Además, se realizaron cuatro ensayos entre las personas que se habían identificado a ellas mismas como fumadoras en las encuestas, los programas de cribaje (screening) para dejar de fumar o de salud, pero que no se habían ofrecido como voluntarias para un ensayo de intervención sobre el abandono del hábito de fumar (Lando 1992; Curry 1995; McBride 1999; Prochaska 2001). Un estudio reclutó a fumadores a partir de las viviendas que presentaban bajos niveles de radón (Lichtenstein 2000). De los cinco que reclutaron fumadores que habían llamado a una línea directa, uno comparó la provisión de materiales de autoayuda solos con una o seis llamadas de

extensión (Zhu 1996), uno comparó el asesoramiento breve y los materiales de autoayuda con las llamadas de extensión múltiple (Borland 2001), uno comparó hasta siete llamadas preventivas con un grupo de control en el cual los fumadores solamente recibieron asesoramiento si llamaban nuevamente para solicitarlo (Zhu 2002) y dos compararon diferentes abordajes de asesoramiento proporcionados durante la llamada inicial (Thompson 1993; Orleans 1998). Dos de los estudios de asesoramiento preventivo también proporcionaron tanto grupos de intervenciones como de control con detalles sobre una línea directa para establecer contacto con el fin de obtener apoyo (Prochaska 1993; Ossip-Klein 1997).

Un estudio realizado en los ámbitos de trabajo comparó la provisión de asesoramiento telefónico, un programa con formato de grupo o una elección de formatos (Hennrikus 2002).

En siete estudios, el asesoramiento telefónico preventivo formó parte de una intervención más intensiva. La intervención del grupo de control varió de una única sesión de información y la provisión de un manual de autoayuda (Brown 1992); un gráfico recordatorio del médico para que proporcione asesoramiento (Lipkus 1999); una única sesión, el suministro de chicles de nicotina y el acceso a una línea de ayuda (Lando 1997); un consejo, el asesoramiento o la intervención con chicles de nicotina brindados por un médico (Ockene 1991); asesoramiento por parte de un médico y parches de nicotina (Reid 1999); un consultorio de abandono del hábito intensivo (Lando 1996), o la provisión libre de parches de nicotina pero ningún contacto cara a cara (Solomon 2000). Se consideraron aquellos estudios en los cuales el asesoramiento telefónico era un complemento de la farmacoterapia (Lando 1997, Reid 1999, Solomon 2000 y dos brazos del estudio de Ockene 1991) como un grupo separado. Un estudio evaluó el efecto del incremento de la duración del seguimiento telefónico (Miller 1997).

De los tres estudios que evaluaron directamente una línea directa, uno asignó al azar a las regiones al acceso o no a la línea directa y realizó un seguimiento a los fumadores que planificaban abandonar el hábito y que se habían registrado en un proyecto de autoayuda para fumadores (Ossip-Klein 1991). Uno combinó los envíos de boletines informativos y el acceso a la línea directa en comparación con ningún apoyo brindado durante el seguimiento a los fumadores que se habían registrado para un programa televisivo de autoayuda para el abandono del hábito de fumar (McFall 1993). El tercero brindó acceso a una línea directa en un diseño factorial con envíos de cuadernillos sobre cómo mantenerse abstinentes (Stay Quit booklets) como una intervención para prevenir las recaídas (Brandon 2000).

Contenido y formato de las llamadas de asesoramiento preventivo

La intervención mínima probada era un único llamado que ofrecía un asesoramiento de acuerdo con el estadio que se extendía durante seis minutos; en este ensayo, las mujeres podían recibir dos llamadas (Lipkus 1999). La intervención más común consistía en tres llamadas realizadas generalmente

durante tres meses, con al menos una llamada dentro del primer mes (Ockene 1991; Curry 1995; McBride 1999; Reid 1999). Prochaska y colegas utilizaron un esquema más prolongado, con llamadas a los cero, tres y seis meses (Prochaska 2001). Su primer estudio proporcionó una llamada adicional a un mes (Prochaska 1993). En un estudio sobre la prevención de recaídas se realizaron llamadas a los tres, nueve y 21 meses con la posibilidad de recibir hasta tres llamadas en cada instancia (Lando 1996). La intensidad de asesoramiento más alta era de seis llamadas a lo largo de diez semanas (Brown 1992). Un estudio comparó una única sesión de extensión que duraba alrededor de 50 minutos antes de que se realizara un intento de dejar de fumar, o un posible adicional de cinco sesiones de 20 minutos administradas durante los días uno, tres, siete, 14 y 30, posteriores al intento de abandono (Zhu 1996). Zhu 2002 utilizó un protocolo intensivo similar que ofrecía hasta seis contactos posteriores dentro de un período de tres meses. En otros dos estudios se utilizó un esquema de llamadas tempranas diseñado de manera similar, pero con la administración y el número de llamadas final establecidos a través de un consenso con el paciente (Solomon 2000; Borland 2001).

El apoyo se derivó generalmente de un guión preparado y éste se encontraba elaborado de acuerdo con el abordaje de asesoramiento basado en el estadio o el motivacional. Quienes proporcionaban el apoyo variaron desde asesores capacitados profesionalmente con experiencia en el abandono del hábito de fumar hasta exfumadores quienes habían recibido siete horas de entrenamiento.

CALIDAD METODOLÓGICA

Ninguno de los ensayos describió el método de asignación al azar con detalles suficientes como para excluir la posibilidad de sesgo de asignación. En un caso, la asignación se realizó de acuerdo con los dígitos de un número de teléfono (Zhu 1996). Tres ensayos utilizaron un método de asignación al azar grupal. En uno, se brindó a los participantes acceso a una línea directa de acuerdo con la región de residencia de manera que se pudiese anunciar la disponibilidad de dicha línea en las regiones de intervención (Ossip-Klein 1991). En el segundo, las viviendas eran las unidades de asignación al azar, y alrededor del 54% de las viviendas contenían más de un fumador (Lichtenstein 2000). En este estudio se calculó la correlación intraclase y resultó lo suficientemente pequeña como para ser ignorada. El tercero asignó al azar a cuatro lugares de trabajo a cada una de las seis condiciones y no se encuentra incluido en un metanálisis, pero sus resultados se resumen en la sección de "Resultados" (Hennrikus 2002).

En once ensayos no se intentó una validación bioquímica. En dos de éstos la confirmación del abandono del hábito autonotificado se obtuvo a partir de "otros significantes". De esos ensayos que utilizaron la prueba bioquímica para algunos o todos los exfumadores notificados, no todos informaron claramente las tasas de abandono validadas, pero ninguno

presentó una información errónea o tasas de rechazo significativamente diferentes entre las condiciones de intervención y de control.

Muchos ensayos informaron ambas, la prevalencia puntual de la abstinencia a corto plazo (siete días o 24 horas) y la abstinencia sostenida en uno o más seguimientos. Se utiliza la abstinencia sostenida a largo plazo, o la abstinencia en uno o más seguimientos previos, como el resultado para todos los ensayos excepto Brandon 2000; Brown 1992; Lando 1996; McFall 1993; Ockene 1991; Orleans 1998; Ossip-Klein 1997; Reid 1999 y Rimer 1994. La duración del seguimiento más extenso varió desde seis meses (Ockene 1991; Orleans 1998 (no se informó el seguimiento a los 12 meses para toda la muestra); Ossip-Klein 1997; Solomon 2000), a 34 meses (que era 12 meses luego de la finalización de la intervención, Lando 1996).

Se incluyó un ensayo sobre la base de los datos de los 12 meses preliminares para el 75% del cohorte original (Rimer 1994).

RESULTADOS

ASESORAMIENTO TELEFÓNICO PREVENTIVO MÁS INTERVENCIÓN MÍNIMA VERSUS INTERVENCIÓN MÍNIMA SOLA (Comparación 1.1)

Había 13 ensayos en esta categoría, los cuales incluían tres que suministraban una llamada de asesoramiento posterior para los fumadores que llamaban una línea de ayuda (Borland 2001; Zhu 1996; Zhu 2002). Había una significativa heterogeneidad (χ^2 cuadrado 22,74; $p = 0,03$), de manera que no se calculó un tamaño del efecto combinado. El agrupamiento de los ensayos de acuerdo con si empleaban o no materiales de autoayuda en ambos, los grupos de intervención y de control, no dio cuenta de la heterogeneidad. En diez de los ensayos ambos grupos recibieron materiales de autoayuda. Sin embargo, cuatro de los estudios (Rimer 1994; Curry 1995; Prochaska 1993; Prochaska 2001) tuvieron más de un grupo de control o de intervención que recibían una intervención menos intensiva, y se utilizó la más intensiva de estas como la elección de control más conservadora para el análisis primario. En dos de estos ensayos, la tasa de abandono no resultó significativamente más inferior en el grupo de intervención que en el grupo de control utilizado en el metanálisis. En el primero (Prochaska 1993), el agregado del asesoramiento telefónico no incrementó las tasas de abandono sobre los materiales de autoayuda basados en el estadio y los comentarios escritos adaptados individualmente, pero sí resultó en tasas de abandono mayores que las de los materiales de autoayuda estándar. En el segundo (Rimer 1994), el agregado de dos llamadas de asesoramiento a los materiales de autoayuda adaptados no incrementó las tasas de abandono a los 12 meses, pero sí resultó en tasas mayores que las de un grupo de control que recibía solamente materiales de autoayuda estándar, y había un efecto significativo a los tres meses. Un tercer ensayo tenía tasas de abandono prácticamente idénticas

entre la autoayuda adaptada sola o con asesoramiento telefónico, pero nuevamente se habría encontrado un beneficio significativo si la comparación se hubiera realizado con los materiales de autoayuda estándar (Prochaska 2001). Dado que parecía probable que la heterogeneidad en el metanálisis primario podría haberse debido a la diversidad de los controles, se realizó un segundo análisis (Comparación 2.1). Éste utiliza todos los brazos sin asesoramiento telefónico o de intervención más intensiva como el control para cada estudio. En este análisis, no había heterogeneidad significativa y había pruebas de un beneficio importante para el agregado del componente de asesoramiento telefónico (OR 1,56; IC del 95%: 1,38 a 1,77). La exclusión del control de los brazos de autoayuda adaptados no modificó de manera significativa este resultado.

El resultado de este metanálisis es apoyado por los resultados de los estudios individuales. Cinco de los otros ensayos presentaban

tasas de abandono significativamente mayores en el grupo que recibía asesoramiento telefónico en comparación con los materiales de autoayuda estándar solos. Todos los participantes en estos ensayos eran voluntarios que estaban motivados a hacer un intento de abandonar el hábito de fumar. En el primero (Orleans 1991) la tasa aumentó del 10% en el control de autoayuda al 18% con cuatro llamadas realizadas durante un año. En el segundo (Zhu 1996) el asesoramiento proporcionado en llamadas posteriores aumentó las tasas de abandono sostenidas del 5,5% al 7,5% con una única llamada de extensión y al 9,9% con hasta seis llamadas. La condición de las seis llamadas también incrementó significativamente las tasas sobre la condición de la llamada única (Ver Comparación 3.1). En el tercero, el asesoramiento en llamadas posteriores aumentó las tasas sostenidas del 3,9% al 7,0% entre quienes llamaban a una línea telefónica para abandonar el hábito de fumar (Borland 2001). En el cuarto ensayo (Miguez 2002) seis llamadas semanales aumentaron las tasas de abandono sostenido al 27% en comparación con el 14% obtenido por medio del empleo del mismo número de envíos por correspondencia de materiales de autoayuda. En el quinto (Zhu 2002) el asesoramiento en llamadas posteriores aumentó las tasas del 6,9% al 9,1%, y este aumento se alcanzó aun con el 32% del grupo de control al que también se le suministró asesoramiento cuando lo solicitaron. Zhu y colegas realizaron un análisis adicional en el cual suponían que la proporción de las personas en el grupo de intervención que habría vuelto a llamar en cualquier caso y sus tasas de éxito habrían sido las mismas que las del subgrupo del grupo de control que llamó para solicitar asesoramiento. Por consiguiente, infieren el resultado para aquellos en el grupo de intervención que no habrían llamado nuevamente, y comparan esto con el subgrupo de controles que solamente recibió el envío postal y no estableció contacto adicional. Estimaron que la provisión del apoyo preventivo a las personas que no lo habrían buscado incrementó las tasas de abandono del 4,1% al 7,5%. Este efecto es más grande y más significativo que el resultado obtenido por medio del empleo de todos los participantes en el

ensayo, aunque el uso de estos subgrupos en el metanálisis no provoca un gran impacto en los resultados.

ASESORAMIENTO PREVENTIVO MÁS UNA INTERVENCIÓN CARA A CARA VERSUS INTERVENCIÓN CARA A CARA SOLA (COMPARACIÓN 1.2)

Hubo cuatro estudios en esta categoría. Ninguno mostró un aumento significativo del abandono a partir del agregado del seguimiento telefónico. La estimación combinada tampoco mostró un aumento estadísticamente significativo en el odds-ratio (OR 1,08; IC del 95%: 0,87 a 1,33).

Un ensayo comparó una intervención hospitalaria seguida de una única llamada con una intervención intensiva en la cual los pacientes podían recibir hasta cuatro llamadas luego del alta hospitalaria (Miller 1997) (Comparación 3.2). La intervención más intensiva aumentó la tasa de abandono continua anual del 14% al 19%, una diferencia que precisamente alcanzaba significación estadística.

ASESORAMIENTO PREVENTIVO MÁS TRATAMIENTO DE REEMPLAZO DE NICOTINA VERSUS REEMPLAZO DE NICOTINA SOLO (COMPARACIÓN 1.3)

En ninguno de los cuatro estudios se encontró un efecto estadísticamente significativo para el agregado del asesoramiento telefónico. Los intervalos de confianza alrededor de la estimación combinada (OR 1,08; IC del 95%: 0,82 a 1,43) no excluyen la posibilidad de un beneficio pequeño.

ASESORAMIENTO PREVENTIVO COMPARADO CON UN PROGRAMA DE GRUPO

Un estudio comparó el ofrecimiento del asesoramiento telefónico o programas de grupo o una opción en un contexto de trabajo (Hennrikus 2002). Los programas se ofrecieron en tres oportunidades y la evaluación primaria se realizó en todos los fumadores independientemente de su participación. No se detectaron diferencias en las tasas de abandono sostenido de los seis meses a los 24 meses de seguimiento, aunque las tasas de abandono de prevalencia puntual favorecieron la condición telefónica. Las tasas de abandono para los participantes en el programa también resultaron similares. Los incentivos aumentaron la participación pero no parecieron aumentar las tasas de abandono del hábito. (Datos no mostrados en los gráficos)

ASESORAMIENTO REACTIVO: PROVISIÓN DE LÍNEAS DE AYUDA MÁS MATERIALES DE AUTOAYUDA VERSUS MATERIALES DE AUTOAYUDA SOLOS (COMPARACIÓN 4.1)

En un ensayo, la provisión de una línea directa se asoció con un aumento en las tasas de abandono desde el 4,0% entre los fumadores a quienes se les envió materiales de autoayuda solos, al 6,6% entre los fumadores en áreas donde además de los materiales se proporcionó una línea directa anunciada. (Ossip-Klein 1991). Esta diferencia resultó estadísticamente

significativa por medio del empleo de la unidad de asignación, la región, como unidad del análisis. En un segundo ensayo, se asignó al azar a los fumadores que se habían registrado para los materiales de un programa de autoayuda con un componente televisivo a recibir boletines de seguimiento informativos y el acceso a una línea de ayuda durante seis meses. Aunque la intervención combinó una línea de ayuda y materiales escritos, las tasas de abandono resultaron más inferiores a los 24 meses que en la condición de control (McFall 1993).

Un estudio no logró mostrar un efecto al suministrar el acceso a una línea de ayuda como un componente de prevención para las recaídas (Brandon 2000). Los exfumadores que se ofrecieron para el ensayo habían permanecido generalmente abstinentes durante un período prolongado y las tasas de recaídas resultaron bajas. Mientras que los materiales escritos redujeron las recaídas, no había efectos para la línea directa.

ASESORAMIENTO REACTIVO: RESPUESTAS ADAPTADAS A LAS LLAMADAS A UNA LÍNEA DE AYUDA (COMPARACIÓN 4.2)

Dos estudios compararon diferentes tipos de apoyo para los fumadores que llamaron a una línea de ayuda. Estos no lograron detectar un beneficio incrementado significativamente a partir del asesoramiento o de los materiales adaptados para los afroamericanos (Orleans 1998) o a partir del asesoramiento basado en los estadios para los obreros (Thompson 1993). Las tasas de abandono en estos ensayos eran del 15% al 20% para las tasas de prevalencia puntual a los seis meses. En el primero de estos ensayos, el seguimiento prolongado para quienes se habían registrado de manera temprana encontró algunas pruebas de que las tasas de abandono eran mayores luego de los 12 meses en el grupo de materiales adaptados.

DISCUSIÓN

Esta revisión considera los servicios telefónicos como un método para suministrar asesoramiento conductual y apoyo tanto preventivo como reactivo. La intensidad de las intervenciones varió desde el establecimiento de un breve contacto que probablemente sólo puede motivar un intento de abandono a un apoyo más intensivo para los fumadores que ya intentaban abandonar el hábito.

Los hallazgos brindan apoyo al asesoramiento telefónico preventivo como la intervención principal (Comparaciones 1.1 y 2.2). Esta conclusión debe ser tomada con precaución debido a la heterogeneidad en los resultados. Sin embargo, nuestro análisis primario es conservador. El empleo de todos los brazos menos intensivos en los ensayos con comparaciones múltiples elimina la heterogeneidad y sugiere que el asesoramiento telefónico como la única intervención, o agregado a los materiales de autoayuda, solo aumenta los odds del abandono (OR 1,56; 1,38 a 1,77).

Los efectos de las llamadas telefónicas que proporcionan seguimiento luego de una intervención cara a cara son menos claros o consistentes (Comparación 1.2). Las normas de práctica actualizadas para el abandono del hábito de fumar de los EE.UU. (Fiore 2000) recomiendan el asesoramiento telefónico preventivo como uno de los formatos para suministrar asesoramiento conductual. Las pruebas que apoyan esto se derivan de un metanálisis que compara diferentes formatos para la intervención. Ese análisis incluye ensayos que utilizaron cualquier apoyo telefónico preventivo, aunque éste se combine con otros componentes en una intervención. En el análisis, por medio del empleo de un abordaje de regresión, el asesoramiento telefónico preventivo como un formato para la intervención se asoció con un odds-ratio para el abandono del hábito de fumar estimado en 1,2 (IC del 95%: 1,1 a 1,6). Este era un tamaño del efecto similar a un formato de autoayuda pero presentó intervalos de confianza más estrechos. Para la comparación, el efecto estimado para el formato de asesoramiento grupal era 1,3 (IC del 95%: 1,1 a 1,6) y para la orientación individual 1,7 (IC del 95%: 1,4 a 2,0).

Nuestro análisis, basado sólo en aquellos estudios que hacían evaluaciones directas del efecto del apoyo telefónico, resulta en conclusiones más cautelosas aunque no excluye un tamaño del efecto similar. Las guías de los EE.UU. también recomiendan el empleo de formatos múltiples, por ejemplo a través de proporcionar un asesoramiento inicial cara a cara y luego de un seguimiento telefónico. En esta revisión, las pruebas para un beneficio del asesoramiento resultaron más sólidas cuando éste era la intervención principal, en lugar de cuando se lo utilizaba para complementar la intervención cara a cara. La razón para la relativa falta de pruebas para el asesoramiento telefónico en este contexto puede deberse a dos características relacionadas; el máximo tamaño del efecto que podía esperarse y el poder estadístico de los estudios existentes para detectar tal efecto. En los ensayos que comparan el asesoramiento telefónico con los materiales de autoayuda solos, el impacto del componente adicional puede resultar relativamente grande, el cual puede incrementar las tasas de abandono en un 50%. Sin embargo, debido a que la tasa de abandono en el grupo de control es solamente del 5% al 8%, el aumento absoluto en las tasas de abandono se encuentra en el orden del 2% al 4%. Este aumento ha sido detectado debido a que es grande el número de ensayos y de participantes. Más de 16 000 personas participan en este metanálisis, y los ensayos que han detectado un efecto significativo generalmente tienen más de 1000 participantes. Cuando el asesoramiento telefónico se emplea como un complemento para una intervención de control intensivo, se encuentra que las tasas de abandono del grupo de control son más elevadas, con una marcada heterogeneidad pero con un promedio del 21% para el asesoramiento cara a cara y del 17% para la farmacoterapia. Parece improbable que el agregado del asesoramiento telefónico pudiese alcanzar un aumento relativo del 50% sobre este valor inicial, especialmente si consideramos que el beneficio principal tiene probabilidades de ser la reducción de las recaídas. A pesar de que sólo uno de

los ensayos en esta categoría utilizó explícitamente el asesoramiento telefónico para la prevención de las recaídas, el efecto del seguimiento telefónico luego de una intervención cara a cara es probablemente la reducción de la probabilidad de recaídas, en lugar de promover un intento de abandono del hábito en personas que no han tenido éxito en el mismo durante la fase inicial de la intervención. A pesar de que tal efecto relativo grande resulte poco realista, quizá todavía pueda esperarse algún beneficio, probablemente el mismo aumento absoluto como en los ensayos sobre el asesoramiento telefónico dentro de una intervención mínima. Un aumento de tres puntos de porcentaje se encuentra dentro de los intervalos de confianza cercanos a los resultados del ensayo en las Comparaciones 1.2 y 1.3; que expresan el efecto combinado como una diferencia de riesgos en lugar de un odds-ratio. Pero no ha habido suficientes ensayos grandes como para detectar o excluir esto con seguridad. Hasta el presente, la revisión incluye sólo 2000 personas en las comparaciones con el asesoramiento cara a cara y 1400 en las comparaciones con la farmacoterapia.

Si el seguimiento telefónico puede ayudar a las personas que experimentan recaídas a realizar otro intento de dejar de fumar o a persuadir a quienes inicialmente no pueden dejar de hacerlo a perseverar, entonces el apoyo telefónico puede resultar beneficioso. En un análisis de subgrupos Lando y colegas (Lando 1996) mostraron que aunque no había un beneficio significativo general para el asesoramiento telefónico, entre las personas que experimentaron una recaída en los seis primeros meses luego del consultorio (64% del total), había significativamente más cantidad de exfumadores en el grupo de asesoramiento telefónico en dos puntos posteriores del seguimiento. En este ensayo el objetivo principal del apoyo telefónico era la recuperación de los participantes que habían experimentado una recaída y las llamadas no comenzaron hasta casi dos meses después de la finalización de las sesiones de consultorio intensivas. Los autores sugieren que las llamadas tempranas podrían haber resultado más efectivas para la prevención de las recaídas y la recuperación de los participantes que las habían experimentado.

Los mejores resultados alcanzados por los servicios de apoyo telefónico dedicados pueden reflejar una diferencia en cuanto a las aptitudes de quienes lo brindaron, con niveles de entrenamiento y experiencia inferiores en los asesores que ofrecen una intervención coadyuvante. Una posibilidad adicional es que el establecimiento de contacto telefónico podría promover el uso de materiales de autoayuda, de manera que haya un efecto sinérgico de los dos formatos combinados. La administración también puede afectar el impacto del apoyo telefónico. Algunas intervenciones han utilizado tres o más llamadas durante meses. Esto no puede resultar apropiado si el riesgo de recaída es más alto durante las primeras semanas de un intento de dejar de fumar. En uno de los estudios en el cual el apoyo telefónico no mejoraba el resultado de un intento de abandonar el tabaco a través del uso del parche de nicotina, el 35% de los participantes había experimentado una recaída a las

dos semanas luego de la fecha de abandono, de manera que las llamadas posteriores probablemente resultaron de uso limitado (Lando 1997).

Las pruebas para el beneficio del apoyo telefónico como seguimiento de una intervención cara a cara se fortalecen si consideran un pequeño número de ensayos que comparan la intervención que combina el apoyo cara a cara más el seguimiento telefónico con la atención usual. Los estudios realizados por los investigadores en Stanford mostraron que el asesoramiento brindado por una enfermera a los fumadores hospitalizados con un seguimiento telefónico posterior al alta, resultó más exitoso que la atención usual (DeBusk 1994; Miller 1997; Stevens 1993; Taylor 1990). En un estudio (Miller 1997), una única llamada telefónica posterior al asesoramiento en el hospital no resultó significativamente mejor que la atención usual, pero las llamadas múltiples resultaron en tasas de abandono del hábito significativamente mejores. Algunos de estos estudios se encontraban incluidos en un metanálisis anterior (Lichtenstein 1996) que concluyó que el asesoramiento preventivo era beneficioso tanto como única intervención como cuando se lo combinaba con un programa iniciado en el hospital. Otra revisión sugirió por medio de comparaciones indirectas que las intervenciones hospitalarias más el seguimiento telefónico resultaban más efectivas que las intervenciones hospitalarias solas. (Rigotti 2003).

Los servicios de apoyo telefónico como parte de las intervenciones con componentes múltiples para el abandono del consumo de tabaco también han sido recientemente recomendadas como parte de la estrategia de los servicios preventivos para la comunidad en los EE.UU. (MMWR 2000). Los servicios tanto preventivos como reactivos se recomendaron enfáticamente.

La evaluación rigurosa de los servicios reactivos (líneas directas y líneas de ayuda) ha sido dificultosa debido a una renuencia a realizar ensayos aleatorios que requerirían que se les negase el apoyo a quienes llamaran solicitándolo. A pesar de reconocer que esto limita el alcance de las pruebas, esta revisión ha restringido la inclusión formal a los ensayos aleatorios. Un único ensayo grande aporta las pruebas principales de que las líneas directas resultan beneficiosas (Ossip-Klein 1991). En este estudio, el uso de la línea directa era relativamente alto: el 36% de los participantes en la intervención llamaron a la línea directa en busca de los mensajes de apoyo grabados y el 8,7% habló directamente con los asesores. La línea directa parecía más efectiva para aquellas personas que se registraron cara a cara, a pesar del hecho de que los inscritos telefónicos hicieron un mayor uso del servicio. En otros dos ensayos, los resultados apoyaron menos al asesoramiento reactivo (McFall 1993; Brandon 2000). Un estudio reciente pudo evaluar el beneficio del elemento de asesoramiento preventivo de una línea de ayuda por medio de la capitalización de las limitaciones en cuanto a la capacidad en determinados momentos (Zhu 2002)

Más allá de las pruebas de los ensayos aleatorios, existen evaluaciones publicadas que han realizado un seguimiento a quienes llamaron a las líneas directas. En Escocia, un seguimiento de una muestra al azar de quienes llamaron al servicio Smokeline entre 1992 y 1993 estimó una tasa de abandono del 23,6% luego de un año, con un 8,2% (DE 2,2%) que no había consumido tabaco durante al menos el 80% del período de intervención (Platt 1997). También estimaron que alrededor del 6% de los fumadores en el país había realizado llamadas durante el año. Un seguimiento de 378 personas que realizaron llamadas a Quit Information Line en Victoria, Australia, en 1987, encontró una tasa de abandono del 17% a los tres a cuatro meses posteriores a la llamada. (Borland 1989). También en Australia, una evaluación de una campaña que incluía una línea de ayuda (que proporcionaba materiales de autoayuda y acceso al asesoramiento) estimó la tasa de abstinencia de prevalencia puntual entre quienes llamaron en 29% a un año, con un 11% de abandono del tabaco durante al menos el 80% del año (Wakefield 1999). Se estimó que alrededor del 3,6% de los fumadores adultos llamó a la línea de abandono ("quitline") durante el año. En Inglaterra, en 1994, un seguimiento de un año realizado a quienes llamaron a la línea de abandono ("quitline") y hablaron con un asesor estimó que su tasa de abandono era del 15,6% (IC del 95%: 12,7% a 18,9%) (Owen 2000). Esta línea de abandono ("quitline") recibe aproximadamente medio millón de llamadas al año, o alrededor del 4% de la población fumadora adulta. Alrededor del 54% de quienes llaman hablan con un asesor. La evaluación se realizó luego de una campaña en los medios masivos de comunicación que incluyó componentes dirigidos a los fumadores de entre 16 y 24 años de edad. La California Smokers Helpline también informó tasas de abandono a largo plazo y niveles de uso alentadores (Zhu 2000), además de las evaluaciones al azar incluidas aquí (Zhu 1996; Zhu 2002). A pesar de que son alentadoras las estimaciones de alcanzar 4% a 6% de la población fumadora durante un año, éstas tienen probabilidades de ser los objetivos máximos, aun con la ayuda de las campañas en los medios masivos de comunicación. Los niveles de uso de 1% a 2% pueden resultar más realistas.

Las líneas de ayuda pueden ejercer una repercusión más allá de esto que puede ser medida en cuanto a las tasas de abandono entre quienes realizaron llamadas. Éstas poseen una función simbólica significativa a través de informar a los fumadores sobre la importancia del abandono del hábito de fumar. (Wakefield 2000). Con el objetivo de atraer a quienes pueden llamar, éstas necesitan ser promocionadas como parte de las campañas antitabaco en los medios masivos de comunicación. Un beneficio sugerido para las líneas de ayuda o las líneas directas es que pueden atraer las llamadas de una minoría específica o grupos subatendidos por medio del uso de una publicidad más focalizada (Cummings 1989; Cummings 1993; Owen 2000; Pierce 1992; Zhu 2000), pero las mujeres blancas y con buena educación se encuentran sobrerrepresentadas como usuarias de los servicios telefónicos para la asistencia sanitaria en general (McBride 1999). Quienes llaman a las líneas de

ayuda no necesariamente solicitan o desean asesoramiento y tales líneas pueden incrementar la población que abandona el tabaco precisamente a través de los materiales de autoayuda enviados por correspondencia, aunque el efecto de esta intervención mínima no puede ser grande (Lancaster 2002b).

Un uso de los servicios telefónicos es brindar apoyo a los usuarios de medicamentos como el parche o el chicle de nicotina o el bupropion. Ninguno de los estudios en esta revisión evaluó los servicios prestados por las compañías farmacéuticas. Un ensayo aleatorio a corto plazo (Shiffman 2000) no logró detectar un efecto de una única llamada telefónica luego de la fecha de abandono objetivo en comparación con los materiales de autoayuda adaptados, solos y enviados por correspondencia a los compradores de chicles de nicotina. No tenemos conocimiento acerca de evaluaciones publicadas sobre el uso y el impacto de este tipo de servicio. En su ensayo sobre las llamadas preventivas como un complemento del parche, Lando y colegas observaron que menos del 1% de los participantes llamaron a la línea de ayuda de la empresa. Esto también era cierto para el grupo de intervención que no recibía llamadas de extensión y el cual era específicamente alentado a utilizar el servicio. (Lando 1997). Un estudio que se encuentra en espera de publicación ha comparado el asesoramiento preventivo con los materiales de autoayuda adaptados como complemento del bupropion (Swan 2001)

Un estudio sobre las personas que llaman a la California Smokers' Helpline proporciona información útil acerca de la aceptabilidad de un servicio de referencia telefónica (Zhu 2000a). Todos los participantes en este estudio de seguimiento planificaron el empleo del TRN y tuvieron una sesión de asesoramiento previa al abandono. Aquellos que decidieron recibir un mayor asesoramiento tenían mayores probabilidades de intentar abandonar el hábito de fumar y permanecer como no fumadores durante un año. El 79% de los participantes continuó con un asesoramiento, y el 26% de estos permaneció abstinentes durante un año. Del 21% que tuvo solamente una única sesión de asesoramiento, el 16% abandonó el hábito. Más de la mitad de los fumadores habían llamado a la línea de ayuda como parte de los requisitos para obtener el TRN gratuito y la gran adopción del apoyo conductual adicional sugiere que éste era popular como un complemento de la farmacoterapia.

CONCLUSIONES DE LOS AUTORES

Implicaciones para la práctica

Como componente principal de una intervención, el asesoramiento telefónico preventivo ayuda a los fumadores a

abandonar el hábito. Una llamada de un asesor tiene probabilidades de incrementar relativamente las posibilidades de abandonar el hábito en alrededor del 50 por ciento, o totalmente en dos a cuatro puntos de porcentaje en comparación con una intervención mínima como la provisión de materiales de autoayuda estándar. No se ha evaluado de la misma manera el asesoramiento reactivo a las personas que llaman a las líneas de ayuda telefónica, pero las pruebas indirectas sugieren que quienes llaman y reciben asesoramiento a través de una línea de ayuda también presentan mayores posibilidades de abandonar el hábito de fumar con un mayor éxito. Las líneas telefónicas de abandono proporcionan a los fumadores una importante forma de acceder al apoyo, y el asesoramiento a través de llamadas posteriores mejora su utilidad. El asesoramiento telefónico como seguimiento a una intervención cara a cara puede resultar en un pequeño incremento en las tasas de éxito en comparación con la intervención cara a cara sola, pero las pruebas para este efecto son más débiles.

Implicaciones para la investigación

Puede ser de gran utilidad la realización de una investigación adicional acerca de las maneras de combinar el asesoramiento cara a cara con el seguimiento telefónico para apoyar los intentos de abandono del hábito y reducir las tasas de recaídas. La investigación sobre los servicios de líneas de ayuda reactiva que compara diferentes protocolos de asesoramiento y diferentes esquemas de sesiones de llamadas posteriores también puede provocar mejores resultados.

AGRADECIMIENTOS

Elaine Harkness ayudó con la extracción de los datos. Agradecemos las útiles sugerencias de Ed Lichtenstein y Corinne Husten.

POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno conocido

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Recursos externos

- La información sobre los recursos de apoyo no está disponible

Recursos internos

- NHS Research & Development Programme UK



REFERENCIAS

Referencias de los estudios incluidos en esta revisión

Borland 2001 {published data only}

Borland R, Segan CJ, Livingston PM, Owen N. The effectiveness of callback counselling for smoking cessation: a randomized trial. *Addiction* 2001;**96**:881-9. 21292375.

Brandon 2000 {published data only}

*Brandon TH, Collins BN, Juliano LM, Lazev AB. Preventing relapse among former smokers: A comparison of minimal interventions through telephone and mail. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000;**68**:103-113. 20176180.

Brown 1992 {published data only}

Brown S, Hunt G, Owen N. The effect of adding telephone contact to self-instructional smoking-cessation materials. *Behavior Change* 1992;**9**:216-222.

Curry 1995 {published data only}

Britt J, Curry SJ, McBride C, Grothaus LC, Louie D. Implementation and acceptance of outreach telephone counseling for smoking cessation with nonvolunteer smokers. *Health Education Quarterly* 1994;**21**:55-68.

*Curry SJ, McBride C, Grothaus LC, Louie D, Wagner EH. A randomized trial of self-help materials, personalized feedback, and telephone counselling with nonvolunteer smokers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1995;**63**:1005-1114. 96116569.

Hennrikus 2002 {published data only}

Hennrikus DJ, Jeffery RW, Lando HA, Murray DM, Brelje K, Davidann B et al. The SUCCESS Project: The Effect of Program Format and Incentives on Participation and Cessation in Worksite Smoking Cessation Programs. *American Journal of Public Health* 2002;**92**(2):274-279.

Lando 1992 {published data only}

*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**:41-46. 92161042.

Lando 1996 {published data only}

*Lando HA, Pirie PL, Roski J, McGovern PG, Schmid LA. Promoting abstinence among relapsed chronic smokers: The effect of telephone support. *American Journal of Public Health* 1996;**86**:1786-1790. 98020221.

Lando 1997 {published data only}

*Lando HA, Rolnick S, Klevan D, Roski J, Cherney L, Lauger G. Telephone support as an adjunct to transdermal nicotine in smoking cessation. *American Journal of Public Health* 1997;**87**:1670-1674. 98020221.

Rolnick SJ, Klevan D, Cherney L, Lando HA. Nicotine replacement therapy in a group model HMO. *HMO Practice* 1997;**11**:34-7.

Lichtenstein 2000 {published data only}

Lee ME, Lichtenstein E, Andrews JA, Glasgow RE, Hampson SE. Radon-smoking synergy: A population-based behavioral risk reduction approach. *Preventive Medicine* 1999;**29**:222-227. 99410624.

*Lichtenstein E, Andrews JA, Lee ME, Glasgow RE, Hampson SE. Using radon risk to motivate smoking reduction: evaluation of written materials and brief telephone counselling. *Tob Control* 2000;**9**:320-326. 20440318.

Lipkus 1999 {published data only}

*Lipkus IM, Lyna PR, Rimer BK. Using tailored interventions to enhance smoking cessation among African-Americans at a community health center. *Nicotine & Tobacco Research* 1999;**1**(1):77-85. 20524462.

McBride 1999 {published data only}

*McBride CM, Scholes D, Grothaus LC, Curry SJ, Ludman E, Albright J. Evaluation of a minimal self-help smoking cessation intervention following cervical cancer screening. *Preventive Medicine* 1999;**29**:133-138. 99377208.

McFall 1993 {published data only}

*McFall SL, Michener A, Rubin D, Flay BR, Mermelstein RJ, Burton D et al. The effects and use of maintenance newsletters in a smoking cessation intervention. *Addictive Behavior* 1993;**18**:151-158. 93282320.

Miguez 2002 {published data only}

Miguez MC, Vazquez FL, Becona E. Effectiveness of telephone contact as an adjunct to a self-help program for smoking cessation: a randomized controlled trial in Spanish smokers. *Addictive Behavior* 2002;**27**:139-144. 21658450.

Miller 1997 {published data only}

*Miller NH, Smith PM, DeBusk RF, Sobel DS, Taylor CB. Smoking cessation in hospitalized patients - Results of a randomized trial. *Archives of Internal Medicine* 1997;**157**:409-415. 97198917.

Ockene 1991 {published data only}

*Ockene JK, Kristeller J, Goldberg R, Amick TL, Pekow PS, Hosmer D et al. Increasing the efficacy of physician-delivered smoking interventions: a randomized clinical trial. *Journal of General Internal Medicine* 1991;**6**:1-8. 91154925.

Ockene JK, Kristeller J, Pbert L, Hebert JR, Luippold R, Goldberg RJ et al. The physician-delivered smoking intervention project: can short-term interventions produce long-term effects for a general outpatient population?. *Health Psychology* 1994;**13**:278-281. 94333279.

Orleans 1991 {published data only}

*Orleans CT, Schoenbach VJ, Wagner EH, Quade D, Salmon MA, Pearson DC et al. Self-help quit smoking interventions: effects of self-help materials, social support instructions, and telephone counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991;**59**:439-448. 91302578.

Orleans 1998 {published data only}

Orleans CT, Boyd NR, Bingle R, Sutton C, Fairclough D, Heller D et al. A self-help intervention for African American smokers: Tailoring Cancer Information Service counseling for a special population. *Preventive Medicine* 1998;**27**(5 Pt 2):S61-S70. 99030559.

Ossip-Klein 1991 {published data only}

*Ossip Klein DJ, Giovino GA, Megahed N, Black PM, Emont SL, Stiggins J et al. Effects of a smoker's hotline: results of a 10-county self-help trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991;**59**:325-332. 91231574.

Ossip-Klein 1997 {published data only}

Ossip Klein DJ, Carosella AM, Krusch DA. Self-help interventions for older smokers. *Tobacco Control* 1997;**6**:188-193. 98057889.

Prochaska 1993 {published and unpublished data}

*Prochaska JO, Di Clemente CC, Velicer WF, Rossi JS. Standardized, individualized, interactive, and personalized self-help programs for smoking cessation. *Health Psychology* 1993;**12**(5):399-405. 94038821.

Prochaska 2001 {published data only}

Prochaska JO, Velicer WF, Fava JL, Ruggiero L, Laforge RG, Rossi JS et al. Counselor and stimulus control enhancements of a stage-matched expert system intervention for smokers in a managed care setting. *Preventive Medicine* 2001;**32**(1):23-32. 21107533.

Reid 1999 {published data only}

*Reid RD, Pipe A, Dafoe WA. Is telephone counselling a useful addition to physician advice and nicotine replacement therapy in helping patients to stop smoking? A randomized controlled trial. *CMAJ* 1999;**160**:1577-1581. 99302229.

Rimer 1994 {published data only}

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

Solomon 2000 {published data only}

Solomon LJ, Scharoun GM, Flynn BS, Secker-Walker RH, Sepinwall D. Free nicotine patches plus proactive telephone peer support to help low-income women stop smoking. *Preventive Medicine* 2000;**31**:68-74. 20357504.

Thompson 1993 {published data only}

Kinne S, Thompson B, Wooldridge JA. Response to a telephone smoking information line. *American Journal of Health Promotion* 1991;**5**:410-413.

*Thompson B, Kinne S, Lewis FM, Wooldridge JA. Randomized telephone smoking-intervention trial initially directed at blue-collar workers. *Journal of the National Cancer Institute. Monographs* 1993;**14**:105-112. 94168818.

Zhu 1996 {published data only}

*Zhu SH, Stretch V, Balabanis M, Rosbrook BP, Sadler G, Pierce JP. Telephone counseling for smoking cessation - effects of single-session and multiple-session interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996;**64**:202-211. 97063232.

Zhu 2002 {published data only}

Zhu SH, Anderson CM, Tedeschi GJ, Rosbrook B, Johnson CE, Byrd M et al. Evidence of real-world effectiveness of a telephone quitline for smokers. *New England Journal of Medicine* 2002;**347**(14):1087-1093. 22249313.

Referencias de los estudios excluidos de esta revisión

Ahijevych 1995

*Ahijevych K, Wewers ME. Low-intensity smoking cessation intervention among African-American women cigarette smokers - a pilot study. *American Journal of Health Promotion* 1995;**9**:337-339.

Amos 1995

*Amos A, White DA, Elton RA. Is a telephone helpline of value to the workplace smoker?. *Occupational Medicine* 1995;**45**:234-238.

Balanda 1999

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

Best 1977

*Best JA, Bass F, Owen LE. Mode of service delivery in a smoking cessation program for public health. *Canadian Journal of Public Health* 1977;**68**(6):469-473.

Borland 1989

Borland R. Three-month follow-up on callers to a telephone counselling service in 1987. *Quit Evaluation Studies: Volume 3 Chapter 6* www.quit.org.au (accessed 18 July 2000).

Cummings 1988

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

Jaen CR, Cummings KM, Zielezny M, O'Shea R. Patterns and predictors of smoking cessation among users of a telephone hotline. *Public Health Reports* 1993;**108**:772-778.

Cummings 1989

*Cummings KM, Sciandra R, Davis S, Rimer B. Response to anti-smoking campaign aimed at mothers with young children. *Health Education Research* 1989;**4**:429-437.

Davis 1992

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

DeBusk 1994

*DeBusk RF, Miller NH, Superko HR, Dennis CA, Thomas RJ, Lew HT et al. A case-management system for coronary risk factor modification after acute myocardial infarction. *Annals of Internal Medicine* 1994;**120**(9):721-729.

Decker 1989

*Decker BD, Evans RG. Efficacy of a minimal contact version of a multimodal smoking cessation program. *Addictive Behaviors* 1989;**14**:487-491.

Dubren 1977

*Dubren R. Self-reinforcement by recorded telephone messages to maintain non-smoking behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1977;**45**:358-360.

Johnson 1999

*Johnson JL, Budz B, Mackay M, Miller C. Evaluation of a nurse-delivered smoking cessation intervention for hospitalized patients with cardiac disease. *Heart & Lung* 1999;**28**:55-64.

Koffman 1998

Koffman DM, Lee JW, Hopp JW, Emont SL. The impact of including incentives and competition in a workplace smoking cessation program on quit rates. *American Journal of Health Promotion* 1998;**13**:105-111.

Leed-Kelly 1996

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**:877-887.

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**:203-210.

Manfredi 1999

*Manfredi C, Crittenden KS, Warnecke R, Engler J, Cho YI, Shaligram C. Evaluation of a motivational smoking cessation intervention for women in public health clinics. *Preventive Medicine* 1999;**28**:51-60.

Ockene 1992

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**:119-126.

Owen 2000

Owen L. Impact of a telephone helpline for smokers who called during a mass media campaign. *Tobacco Control* 2000;**9**:148-154.

Platt 1997

*Platt S, Tannahill A, Watson J, Fraser E. Effectiveness of antismoking telephone helpline: Follow up survey. *BMJ* 1997;**314**:1371-1375.

Prue 1983

*Prue DM, Davis CJ, Martin JE, Moss RA. An investigation of a minimal contact brand fading program for smoking treatment. *Addictive Behaviors* 1983;**8**:307-310.

Reid 1999b

*Reid RD, Pipe AL. A telephone-based support program for over-the-counter nicotine patch users. *Canadian Journal of Public Health* 1999;**90**:397-398.

Schneider 1995

*Schneider SJ, Schwartz MD, Fast J. Computerized, telephone-based health promotion.1: Smoking cessation program. *Computers and Human Behavior* 1995;**11**:135-148.

Shiffman 2000

Shiffman S, Paty JA, Rohay JM, Dimarino ME, Gitchell J. The efficacy of computer-tailored smoking cessation material as a supplement to nicotine polacrilex gum therapy. *Archives of Internal Medicine* 2000;**160**:1675-1681.

Simon 1997

*Simon JA, Solkowitz SN, Carmody TP, Browner WS. Smoking cessation after surgery - A randomized trial. *Archives of Internal Medicine* 1997;**157**:1371-1376.

Stevens 1993

Stevens VJ, Glasgow RE, Hollis JF, Lichtenstein E, Vogt TM. A smoking-cessation intervention for hospital patients. *Medical Care* 1993;**31**(1):65-72.

Taylor 1990

Taylor CB, Houston-Miller N, Killen JD, DeBusk RF. Smoking cessation after acute myocardial infarction: effects of a nurse-managed intervention. *Annals of Internal Medicine* 1990;**113**:118-23. 1990297441.

Wadland 1999

Wadland WC, Stoffelmayr B, Berger E, Crombach A, Ives K. Enhancing smoking cessation rates in primary care. *Journal of Family Practice* 1999;**48**(9):711-718.

Wadland 2001

Wadland WC, Stoffelmayr B, Ives K. Enhancing smoking cessation of low-income smokers in managed care. *Journal of Family Practice* 2001;**50**(2):138-144.

Westman 1993

*Westman EC, Levin ED, Rose JE. The nicotine patch in smoking cessation. A randomized trial with telephone counseling. *Archives of Internal Medicine* 1993;**153**:1917-1923.

Zhu 2000a

Zhu SH, Rosbrook B, Anderson C, Tedeschi GJ, Gutierrez E, Johnson C et al. Use of nicotine patch and its effects for smokers calling a statewide telephone counseling helpline. *Nicotine & Tobacco Research* 1999;**1**(1):113-113.

Zhu SH, Tedeschi GJ, Anderson CM, Rosbrook B, Byrd M, Johnson CE et al. Telephone counseling as adjuvant treatment for nicotine replacement therapy in a "Real-World" setting. *Preventive Medicine* 2000;**31**:357-63.

Referencias de los estudios en espera de evaluación

Smith 2000

Smith PM, Cameron R, Payne B, Madill C, McDonald P, Brown S. Randomised controlled trial of a telephone smoking cessation program: effect of 3 vs 7 calls. *Abstract Book. 11th World Conference on Tobacco or Health 6-11 August 2000, Chicago, Illinois. 2000*;1.

Swan 2001

Swan GE, Jack LM, Curry S, Javitz HS, McAfee T, Dacey S et al. Bupropion SR and adjunctive behavioral counseling for smoking cessation: 3-month results from a randomized field trial in a managed-care setting (PO4 46). *Abstract Book. Society for Research on Nicotine and Tobacco 7th Annual Meeting March 23-23 2001, Seattle, Washington. 2001*:98.

Referencias adicionales

Balanda 1999

Balanda KP, Lowe JB, O'Connor Fleming ML. Comparison of two self-help smoking cessation booklets. *Tobacco Control* 1999;**8**:57-61. 99395311.

Burke 1993

Burke A. Examining the use of a fully-automated interactive voice response tobacco cessation support line. *American Journal of Health Promotion* 1993;**8**:93-94+100.

Cummings 1993

Cummings KM, Sciandra R, Davis S, Rimer BK. Results of an antismoking media campaign utilizing the Cancer Information Service. *National Cancer Institute. Monographs* 1993;**14**:113-8.

Davis 1992

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

Fiore 2000

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

Glasgow 1991

Glasgow RE, Hollis JF, McRae SG, Lando HA. Providing an integrated program of low intensity tobacco cessation services in a health maintenance organization. *Health Education Research* 1991;**6**:87-89.

Glasgow 1993

Glasgow RE, Lando H, Hollis J, McRae SG. A stop-smoking telephone help line that nobody called. *American Journal of Public Health* 1993;**83**:252-253.

Lancaster 2002a

Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 4, 2002. Oxford: Update Software. CD001292.

Lancaster 2002b

Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 4, 2002. Oxford: Update Software. CD001118.

Lichtenstein 1996

Lichtenstein E, Glasgow RE, Lando HA, Ossip Klein DJ, Boles SM. Telephone counseling for smoking cessation - rationales and metaanalytic review of evidence. *Health Education Research* 1996;**11**:243-257.

McBride 1999b

McBride CM, Rimer BK. Using the telephone to improve health behavior and health service delivery. *Patient Education and Counseling* 1999;**37**:3-18.

MMWR 2000

MMWR. Strategies for reducing exposure to environmental tobacco smoke, increasing tobacco-use cessation, and reducing initiation in communities and health-care systems. A report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *MMWR Recommendations and Reports* 2000;**49**(RR12):1-11.

Pierce 1992

Pierce JP, Anderson DM, Romano RM, Meissner HI, Odenkirchen JC. Promoting smoking cessation in the United States: Effect of public service announcements on the Cancer Information Service telephone line. *Journal of the National Cancer Institute* 1992;**84**:677-683.

Platt 1997

Platt S, Tannahill A, Watson J, Fraser E. Effectiveness of antismoking telephone helpline: Follow up survey. *BMJ* 1997;**314**:1371-1375.

Ramelson 1999

Ramelson HZ, Friedman RH, Ockene JK. An automated telephone-based smoking cessation education and counseling system. *Patient Education and Counseling* 1999;**36**:131-144.

Rigotti 2003

Rigotti NA, Munafo MR, Murphy MF, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 1, 2003. Oxford: Update Software. CD001837.

Silagy 2002

Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 4, 2002. Oxford: Update Software. CD000146.

Stead 2002

Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 4, 2002. Oxford: Update Software. CD001007.

Wakefield 1999

Wakefield M, Miller C. Evaluation of the National Quitline Service. In: Commonwealth Department of Health and Aged Care, editor(s). *Australia's National Tobacco Campaign: Evaluation Report Volume 1*. Canberra: CDHAC, Commonwealth of Australia. www.health.gov.au/pubhlth/publicat/document/metadata/tobccamp.htm, 1999:83-106.

Wakefield 2000

Wakefield M, Borland R. Saved by the bell: the role of telephone helpline services in the context of mass-media anti-smoking campaigns. *Tobacco Control* 2000;**9**:117-119.

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**(5):335-371.

Zhu 1995

Zhu S, Rosbrook B, Anderson C, Giplin E, Sadler G, Pierce J. The demographics of help-seeking for smoking cessation in California and the role of California Smokers' Helpline. *Tobacco Control* 1995;**4** (Suppl 1):S9-S15.

Zhu 2000

Zhu SH, Anderson CM, Johnson CE, Tedeschi G, Roeseler A. A centralised telephone service for tobacco cessation: the California experience. *Tobacco Control* 2000;**9** (Suppl 2):ii48-ii55.

Referencias de otras versiones de esta revisión

Stead 2001

Stead LF, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 2, 2001. Oxford: Update Software. CD002850.

* El asterisco señala los documentos más importantes para este estudio

TABLAS

Characteristics of included studies

Study	Borland 2001
Methods	Setting: Community, Australia Recruitment: Smokers calling an advertised Quitline Randomisation: method not stated
Participants	998 smokers interested in quitting, 52% F, 37% aged 15-29, 26% aged 30-39, av. cigs/day 23
Interventions	Proactive following initial call to hotline. Callback condition: Multiple calls, first pre quit, quit, then according to need. Up to 6m. Average number of calls 2.8, 67% received one or more. Mailed materials Control: Mailed materials Both groups also received the standard motivational counselling in response to their first call.
Outcomes	Abstinence at 12 months (abstinent for 9 months) Validation: none
Notes	20% refused call back or wanted to initiate the calls, further 7% did not receive any. Denominators based on Ns randomised
Allocation concealment	B
Study	Brandon 2000
Methods	Setting: Community, USA Recruitment: advertisements for ex-smokers wanting to avoid relapse Randomisation: method not stated
Participants	446 ex-smokers (abstinent >7 days at baseline). Av. age 49, median months of abstinence 6.55, mean 16
Interventions	Reactive/proactive for relapse prevention 2x2 factorial design Mailings condition: 8 Stay Quit booklets mailed at 1,2,3,5,7,9,12 months Hotline Condition: Information about Stay Quit hotline. Asked to call to register. Participants were called if they did not register within 2 weeks and at 3 months if they had not called. Minimal contact condition received first stay quit booklet.
Outcomes	Abstinence at 12 months (no smoking in past 7 days) All participants were abstinent at baseline, and relapse rates were low. Validation: CO<10ppm for participants living within 75 miles of laboratory
Notes	Of 804 randomised, results based on 446 who met inclusion criteria and returned follow-up questionnaire, so not an intention to treat analysis
Allocation concealment	B
Study	Brown 1992
Methods	Setting: Community health centre, Australia Recruitment: advertising for smokers interested in cessation Randomisation: method not stated
Participants	45 smokers attending an information evening on smoking cessation 62% F, av. age 40, av. cigs/day 23

Characteristics of included studies

Interventions	1. Self-help manual 2. Self-help manual and 6 counselling calls at 1,2,4,6,8,10 weeks which asked about use of manual, and gave additional information about any techniques or skills proving difficult
Outcomes	Abstinence at 12 months (7 day PP) Validation: Saliva samples collected but not apparently tested - 1 participant refusing to provide a sample was classified as smoking.
Notes	2 vs 1, effect of TC compared to S-H and single information session alone
Allocation concealment	B
Study	Curry 1995
Methods	Setting: Health Maintenance organization, USA Recruitment: Smokers identified via a telephone survey of health behaviour in a random sample of HMO members Randomisation: method not stated
Participants	1137 smokers, not selected by motivation to quit 52% F, av. age 41, av. cigs/day 17
Interventions	1. Control - no materials or counselling 2. Self-help booklet (Breaking Away) 3. As 2 plus feedback based on computer analysis of initial survey. 4. As 3 plus telephone counselling; up to 3 calls at 2, 6, 10 weeks
Outcomes	Abstinence at 12 months, from 3-12m Validation: saliva cotinine requested but not obtained for all self reported quitters. Disconfirmation rates (cut off >20ng/ml) not significantly different between groups.
Notes	4 vs 3, effect of TC compared to S-H and feedback alone
Allocation concealment	B
Study	Hennrikus 2002
Methods	Setting: 24 worksites, USA Recruitment: Baseline survey used to identify smokers. Randomisation: cluster randomised by company, 4/condition. method not stated
Participants	2402 smokers at baseline survey. 38-48% in precontemplation. 50-64% F, av age 36-40 (large between company variations in prevalence and smoker characteristics.
Interventions	Factorial design, 6 conditions: Incentives for participation and cessation/no incentive crossed with telephone, group or choice of programme format. Telephone counselling: 3-6 sessions + mailed ALA S-H materials. Group therapy: 13 sessions. Each programme offered 3 times over approx 18m
Outcomes	Abstinence at 24m, sustained for 6m & 7 day PP Validation: saliva cotinine from a sample. no correction for misreporting
Notes	New for 2003/1 update. Cluster randomised, and no other trial compared TC to group so not used in meta-analysis, reported narratively
Allocation concealment	B

Characteristics of included studies

Study	Lando 1992
Methods	Setting: Community, USA Recruitment: from 4 groups of previously identified smokers in Minnesota Randomisation: method not stated. A random sample of intervention and control participants were followed up.
Participants	1827 smokers, not selected by motivation to quit 50% F, av. age 47, av. cigs/day 22
Interventions	1. Telephone counselling, 2 calls over 3 weeks. Offered self- help materials 2. No intervention, contacted at follow-up only
Outcomes	Abstinence at 18 months (no puff, > 3 months and validated abstinent at 6m) Validation: Saliva cotinine <10ng/ml at 6m
Notes	1 vs 2, effect of TC vs no intervention High level of cotinine disconfirmation
Allocation concealment	B
Study	Lando 1996
Methods	Setting: Community, USA Recruitment: Adverts for a smoking cessation clinic Randomisation: method not specified
Participants	1083 smokers who attended a smoking cessation clinic 60% F, av. age 45, av. cigs/day 27
Interventions	Proactive 1. 8 week 15 session group smoking cessation clinic 2. Clinic and TC at 3, 9, 21m. At each point up to 3 calls could be made if requested
Outcomes	Abstinence at 34 months (7 day point prevalence). Also assessed at 6, 12 & 24m Validation: random half quitters validated by saliva cotinine <20ng/mL at 12m. 91% confirmed
Notes	2 vs 1, effect of adjunct TC compared to clinic alone
Allocation concealment	B
Study	Lando 1997
Methods	Setting: Health Maintenance Organisation, USA Recruitment: physician referral and HMO clinic newsletters Randomisation: method not stated. Cluster randomised by orientation session attended; participants did not know condition in advance
Participants	509 smokers of >20/day, motivated to quit 56% F, av. age 42, av. cigs/day 28
Interventions	Participants received prescriptions for free nicotine patch (Prostep), 22mg for a maximum of 6w plus 2ws 11mg. Proactive vs Reactive Attended 90 minute group orientation session describing study, use of patch, behavioural information, set quit date. Standard written materials with patch included description of a toll-free telephone help line. 1. No further support 2. Orientation session included encouragement to call toll-free number and a registration card 3. Additional telephone counselling, 4 calls (approx 1, 4, 7-9, 12 weeks from quit date). Reinforced success or negotiated a new quit date

Characteristics of included studies

Outcomes	Abstinence at 12 months (from quit date) Validation: CO at 6 months. 96% of quitters were confirmed.
Notes	3 vs 1+2, effect of proactive TC compared to contact & quitline alone. (1& 2 combined since fewer than 1% called hotline and no difference between quit rates) Participants who did not return questionnaires at 2, 5, 8, 12 weeks were called by telephone.
Allocation concealment	B
Study	Lichtenstein 2000
Methods	Setting: Community, USA Recruitment: via electric utility mailing to identify households with smokers and low radon concentrations Randomisation: by household, method not stated.
Participants	1006 smokers in 714 households Av. cigs/day 20
Interventions	Proactive 1. Standard Environmental Protection Agency leaflet on risks of radon 2. Pamphlet highlighting risk of smoking in low concentrations of radon, with tips for quitting, or not smoking indoors 3. Pamphlet as 2. and up to 2 brief proactive telephone calls
Outcomes	Abstinence at 12 months (sustained at 3, 12m) Validation: none
Notes	3 vs 2, effect of TC versus S-H alone Cluster randomisation, 54% of smokers lived with another smoker. Intraclass correlation for sustained abstinence was .010. Analyses did not correct for this.
Allocation concealment	B
Study	Lipkus 1999
Methods	Setting: Health centre, USA Recruitment: from telephone survey of patients Randomisation: method not stated
Participants	266 randomised, 160 followed up Low income African-American smokers, unselected by motivation 52% F, 49% aged over 50
Interventions	1. Physician prompts attached to chart (included other screening tests). Providers trained to use 4As (Ask/ Advise/ Assist/ Arrange f-up) model 2. As 1, and one mailing of tailored print communication around birthday 3. As 2, and telephone counselling; 1 or 2 (for women also due other screening), stage based, barriers and reasons for quitting, approx 6 min.
Outcomes	Abstinence 16m after last intervention, 30 day quit Validation: none
Notes	3 vs 2, effect of TC as adjunct to physician advice and mailing. Reported rates based on numbers followed up, not randomised. Provider compliance reported to be 48%
Allocation concealment	B

Characteristics of included studies

Study	McBride 1999
Methods	Setting: Health Maintenance Organisation, USA Recruitment: health survey of women following a cervical smear (pap) test Randomisation: method not stated, stratified on pap test result
Participants	580 female current smokers, not selected for motivation for quit Av. age 36, av. cigs/day 13
Interventions	1. Usual care - no smoking cessation intervention 2. Mailed cessation kit, letter personalised to stage of change and quit motivation, 3 counselling calls 2 weeks after mailing then monthly. Motivational & stage based.
Outcomes	Abstinence at 15m (7 day at 6 & 15m) telephone interview Validation: saliva cotinine <20ng/ml, quit rates not corrected, low level of misreport
Notes	Effect of TC and S-H materials compared to no intervention Counsellor discussed smoking and cervical cancer but not individual's pap results
Allocation concealment	B
Study	McFall 1993
Methods	Setting: Community, USA Recruitment: Registrants for a S-H TV programme who received manual or watched at least one programme Randomisation: method not stated
Participants	1745 smokers 70% female, 23% age 18-30, 40% age 31-45, 30% 45-64
Interventions	Reactive 1. TV programme and S-H manual (ALA Freedom From Smoking in 20 Days) 2. As 1. plus 10 newsletters over 6 months following programme with details of hotline with taped messages and counsellors
Outcomes	Abstinence at 24m (7 day) Validation: none
Notes	Effect of access to hotline combined with self-help materials for maintenance of cessation. Use of the hotline was low - only 7% called and spoke to a counsellor
Allocation concealment	B
Study	Miguez 2002
Methods	Setting: Spain Recruitment: Community volunteers Randomisation: method not stated
Participants	200 smokers interested in quitting 38% F av. age 35, av cigs/day 28
Interventions	Proactive 1. S-H + 6x weekly 10m calls. 4 on motivation & cessation, 2 on maintenance 2. S-H only. Personalised intro letter, manual & 6 similar mailing with self-monitoring and self-eval forms
Outcomes	Abstinence at 12m (not even a puff since quitting) Validation: CO at 12m

Characteristics of included studies

Notes	New trial 2003/1 update Effect of TC as adjunct to S-H
Allocation concealment	B
Study	Miller 1997
Methods	Setting: Hospitals, USA Recruitment: Inpatient smokers (excl those with no intention of quitting, or wishing to quit unaided) Randomisation: sealed envelopes. Study undertaken in 2 phases with minimal intervention introduced in phase 2
Participants	1942 smokers (excludes deaths) 49% F, av. age 51, av cigs/day 20
Interventions	Proactive. All groups received standardized physician advice 1. Intensive intervention: 30min nurse counselling, 4 phone calls at 48 hours post discharge, 7, 21, 90 days, optional session for relapsers 2. Minimal: 30min counselling + 1 phone call at 48 hours 3. Usual Care
Outcomes	Abstinence at 12 months (sustained at 3, 6 12m) (Paper also reports 12m point prevalence confirmed and self reported cessation rates) Validation: saliva cotinine <15ng/ml, or family member verification
Notes	1 vs 2, effect of additional telephone follow-up. Usual care group not used in meta-analysis. Intensive intervention was significantly better than usual care for confirmed point prevalence 12 m abstinence, other differences not significant
Allocation concealment	A
Study	Ockene 1991
Methods	Setting: Primary care clinics, USA Recruitment: clinic attenders Randomisation: method not stated, allocated prior to physician encounter
Participants	1223 smokers (excludes deaths and 237 who did not receive intervention) not selected for interest in quitting 57% F, av. age 35, av. cigs/day 23
Interventions	Proactive. 2x3 factorial design, physician intervention +/- follow-up AO. Physician advice only CI. Physician provided patient centered counselling, written agreement and schedule follow-up, letter. CI plus NCG. In addition informed of availability of free nicotine gum. 1. Follow-up counselling by psychologist or health educator, 3 calls (1, 2, 3m) approx 10 mins, behavioural recommendations. Letters 2. No follow-up
Outcomes	Abstinence at 6m (7 day) (3m sustained abstinence rates not given by condition) Validation: none
Notes	1 vs 2, AO and CI effect of TC in addition to physician intervention. NCG arm in pharmacotherapy adjunct, 12m abstinence rates reported in Ockene 1994 but not given by follow-up condition
Allocation concealment	B

Characteristics of included studies

Study	Orleans 1991
Methods	Setting: Health Maintenance Organisation, USA Recruitment: Largely through publicity in HMO magazine Randomisation: method not stated, stratified by living alone/not, advice to quit in last 12m/not and nicotine content of cig.brand
Participants	2021 smokers of 3 or more cigs/day, wanting to quit. 63% F, av. age 44, av. cigs/day 26
Interventions	Proactive 1. Self-help manual, Quit Kit and ALA 'Lifetime of Freedom from Smoking' 2. Same materials as 1. plus 2 copies of a social support guide. 3. Same as 2. plus 4 scheduled calls (6, 18, 34, 60 weeks) from a counsellor and invitation to call a quit line 4. Control - Referral guide
Outcomes	Abstinence at 16 months for over 6 months, by blinded telephone interview. Validation: Saliva cotinine <10ng/ml, or thiocyanate <2,400 umol/l for gum users. Self-report rates reported in analyses
Notes	3 vs 1+2, effect of telephone counselling compared to self-help materials alone. (No significant difference between 1 and 2)
Allocation concealment	B
Study	Orleans 1998
Methods	Setting: Community, USA Recruitment: African American smokers calling the National Cancer Information Service telephone counselling line in response to targeted campaign Randomisation: by last digit of caller's contact phone number
Participants	1422 African American smokers 64% F, av. age not stated, 62% in 20-39 age group, median cigs/day 20
Interventions	Reactive 1. Tailored telephone counselling and tailored 36 page 'Pathways to Freedom' guide. Guide used African American models and addressed specific obstacles. Personalised quitting plan. 2. Standard CIS telephone counselling and standard guide 'Clearing the Air'
Outcomes	Abstinence at 6 months, 7-day point prevalence. Telephone questionnaire Validation: none (12 month abstinence also assessed in sample of 445 smokers and there were significant differences 15.0% vs 8.8% using ITT.
Notes	Comparison of 2 types of counselling. Also included in Cochrane self-help review since effects of counselling and self-help materials cannot be separated. 63% followed up. No differential drop out, results based on all randomised.
Allocation concealment	C
Study	Ossip-Klein 1991
Methods	Setting: 10 counties, USA Recruitment: Media advertising, local sign ons, brochures. Randomisation: Matched pairs of counties assigned to condition in a restricted procedure to minimise media spill over.

Characteristics of included studies

Participants	1813 smokers planning to quit within 3 months Av. age 43, av. cigs/day 28 Therapists (hotline): ex-smoker counsellors
Interventions	Reactive 1. ALA self-help manuals. 2. Same S-H manuals + materials promoting 24 hr hotline with daytime access to counsellors.
Outcomes	Abstinence at 18 months, sustained from 3m. Validation: by significant other for 90% of claims, saliva cotinine for 52% of claims. Cotinine validated rates used.
Notes	The authors report a range of analyses based on alternative measures of smoking status and using logistic regression to allow for cluster randomisation. The higher quit rate in the hotline counties was consistent in all analyses.
Allocation concealment	B
Study	Ossip-Klein 1997
Methods	Setting: Community, USA Recruitment: Advertising for self-help cessation for over 60 year olds Randomisation: method not stated
Participants	177 smokers aged ≥ 60 , planning to quit in next 3 months 61% F, av. cigs/day 25
Interventions	Proactive 1. Self-help manual (Clear Horizons), access to 24h hotline, 2 letters of support and hotline reminders 2. As 1. and telephone counselling, 2 calls at 4 and 8 weeks Counsellors followed structured format to provide strategies based on stages of change.
Outcomes	Abstinence at 6 months (7 day point prevalence) Validation: no biochemical. Significant others only. Refusals and nonconfirmations classified as smokers.
Notes	Effect of telephone counselling compared to self-help materials alone 42% had called hotline and 17.5% spoken to counsellor by 6 months.
Allocation concealment	B
Study	Prochaska 1993
Methods	Setting: Community, USA Recruitment: Advertisements for volunteers to test self-help materials Randomisation: method not stated, stratified by stage
Participants	756 smokers (12% precontemplation, 58% contemplation, 30% preparation) 62% F, av. age 43, av. cigs/day 27
Interventions	Proactive 1. ALA S-H manuals 2. Tailored manuals - 5 covering precontemplation, contemplation, action, maintenance, relapse. Participants sent manual for their stage of change and subsequent ones. 3. Interactive - in addition to tailored manuals, sent personalised reports in response to questionnaires 4. Telephone counselling - short calls at 0,1,3,6m. Materials as in 3.

Characteristics of included studies

Outcomes	Sustained abstinence at 18 months (12 & 18m) Validation: none. Participants asked for names of significant others but these not contacted
Notes	4 vs 3, effect of TC compared to S-H alone. Numbers randomised to groups and quit rates as shown in graphs obtained from authors.
Allocation concealment	B
Study	Prochaska 2001
Methods	Setting: Managed care organisation, USA Recruitment: Smokers identified by survey of members. 85% recruited to a study Randomisation: method not stated
Participants	1447 smokers unselected for motivation to quit (723 in comparisons used). 38% were precontemplators. 56% F, av. age 38, av. cigs/day 20
Interventions	Proactive 1. Assessment only (completed questionnaires on 4 occasions) 2. Expert System S-H. Tailored 2-3p report at 0,3,6m and SoC matched manual 3. As 2+ TC, short calls at 0, 3, 6m. Similar to Prochaska 1993 protocol but more emphasis on alternative targets for those unwilling to set quit date. 4. As 3 + computer scheduled cig reduction.
Outcomes	Abstinence at 18 months, sustained for 6 months Validation: None (Other measures of abstinence also reported)
Notes	New 2003/1 update 3 vs 2, TC vs S-H alone. Other arms compared in Self-help review Denominators here include losses to follow-up and refusals. Author analysis suggests ITT analysis is biased.
Allocation concealment	B
Study	Reid 1999
Methods	Setting: Community, Canada Recruitment: community volunteers Randomisation: table of random numbers, stratified by sex and nicotine dependence. Physician blind to allocation
Participants	396 smokers interested in quitting within 30 days, smoking ≥ 15 cigs/day 48% F, av. age 38, av. cigs/day 23-24
Interventions	Proactive 1. Nicotine patch (15mg x8w, 10mg x2w, 5mg x2w) free, physician advice (x3 15min, 2w before, 4, 12w after quit date) 2. As 1 plus telephone counselling, nurse counsellors, stage based, 3 sessions at 2, 6, 13 weeks
Outcomes	Abstinence at 12 months (point prevalence) Validation: CO, but self reported rates reported. Only one disconfirmation
Notes	Effect of adjunct TC compared to NRT and counselling alone Similar counselling scripts to Orleans 1991
Allocation concealment	B

Characteristics of included studies

Study	Rimer 1994
Methods	Setting: Community, USA Recruitment: volunteers from American Association for Retired Persons Randomisation: method not specified
Participants	1867 smokers aged 50-75 (12 month data based on 1391) interested in finding out about quitting. 63% F, Av age 61, av cigs/day 27
Interventions	Proactive 1. Standard S-H manual (not included in meta-analysis) 2. S-H manual tailored for older smokers (Clear Horizons) 3. Tailored manual and 2 10-15min counsellor calls at 4-8 weeks and 16-20 weeks. Also access to a quitline
Outcomes	Abstinence at 12 months Validation: none
Notes	3 vs 2, effect of TC compared to S-H Preliminary 12m results used. Further data requested from author.
Allocation concealment	B
Study	Solomon 2000
Methods	Setting: Community, USA Recruitment: volunteers for free nicotine patch trial Randomisation: method not specified
Participants	214 female smokers, >4/day, intending to quit in next 2 weeks Av. age 33, av cigs/day 24
Interventions	Proactive 1. Free nicotine patch (dose based on smoking level) for up to 10w. 2. Free patch plus TC from female ex smoker, 7hrs training. Calls for up to 3m, starting pre quit, quit, day 4, average 7.
Outcomes	Abstinence at 6m (7days at 3m & 6m) Validation: CO =< 8ppm. 7-12% disconfirmation rate. Participants who did not provide samples remained classified as quitters
Notes	Intervention participants received an average of 7 calls. 95% received at least one. Participants could call Nicoderm support line, 21% of control vs 8% of intervention did so.
Allocation concealment	B
Study	Thompson 1993
Methods	Setting: Workplace and community, USA Recruitment: initially from 4 workplaces, targeting blue collar workplaces, widened to general community to meet targets. Callers gave oral consent and baseline assessment of smoking characteristics prior to randomisation Randomisation: method not specified
Participants	382 (341 smokers, 41 recent quitters). Majority in contemplation or action stage, 24% 'blue collar' 59% F, Av. age 41, av. cigs/day 18-22

Characteristics of included studies

Interventions	Reactive 1. Callers to hotline received general information based on fact sheets, and sent S-H 2. Callers were given information based on stage, and encouraged to take next step in cessation process. Script tailored to blue collar workers using focus groups
Outcomes	Abstinence at 6m (subset followed to 12m) Validation: saliva samples sought but not tested. Surrogates asked to confirm status
Notes	2 vs 1, comparison between stage based and nonspecific brief counselling The stage-model counselling was based on the approach used by the Cancer Information Service. 1991 gives data about call rates from original target worksites
Allocation concealment	B
Study	Zhu 1996
Methods	Setting: Community, USA Recruitment: From callers to an advertised helpline Randomisation: pseudo-random, according to last 2 digits of telephone number
Participants	3030 smokers who called a smokers' helpline and were ready to quit in next week 57% F, av. age 36, av. cigs/day 20
Interventions	Proactive following initial call to helpline. 1. Self-help materials only 2. S-H materials and a 50-min pre-quit session of telephone counselling 3. Self-help and pre-quit plus up to 5 further sessions of counselling at 1,3, 7, 14 and 30 days
Outcomes	Abstinence at 13 months, sustained for 12m Validation: Cotinine <10mg/nl in a convenience sample. Disconfirmation rate not used to correct data, but refusal and misreport rates similar in all groups
Notes	2 & 3 vs 1 in effect of TC compared to S-H alone. 3 vs 2 in effect of multiple sessions
Allocation concealment	C
Study	Zhu 2002
Methods	Setting: Community, USA Recruitment: From callers to an advertised helpline Randomisation: method not stated. 60/40 split. Only randomised when counselling demand exceeded capacity
Participants	3282 smokers who called quitline, were ready to quit within 1 week and wanted counselling. 56% F, Av. age 38, av. cigs/day 20
Interventions	Proactive following initial call to helpline 1. S-H pack, motivational materials, counselling provided if smoker made contact to request it. 2. S-H as 1> prequit and up to 6 post-quit calls within 3 months. Incl quitting history, motivation, self-efficacy, social support, planning, relapse prevention
Outcomes	Abstinence at 13 months, sustained for 12m Validation: none
Notes	New for 2003/1 update. 2 vs 1, effect of TC versus S-H alone. Authors also analysed subgroups of control who did and didn't seek counselling. 32% of C and 72% of T group received counselling

Characteristics of included studies

Allocation concealment B

Notas:

TC: Telephone counselling, S-H: Self-help materials

Characteristics of excluded studies

Study	Reason for exclusion
Ahijevych 1995	Pilot study with 12 weeks follow-up, after which the advice and control groups were offered the intervention. The intervention was 4 weekly mailings and telephone calls from a lay facilitator. No participants in any group (n=64) quit smoking.
Amos 1995	Not a controlled trial. Callers to a workplace helpline set up in conjunction with a non-smoking policy were followed up. 16% of smokers reported they had quit 3 months later, 28% of those who had tried to quit. It was estimated that between 3 - 3.3% of smokers in the company had called in the first 3 months.
Balanda 1999	Callers to a helpline were randomised to one of two self-help materials. No counselling was given. Follow-up only one month after receipt of materials. There was no difference in cessation rates between the booklet groups. Overall 16% of 515 respondents reported 7day abstinence at one month.
Best 1977	Allocation not stated to be random. Telephone follow-up compared to group behavioural treatment with aversive smoking only. Abstinence rates were lower for the telephone group.
Borland 1989	Not a controlled trial. Evaluation of calls to a helpline.
Cummings 1988	Callers to a helpline were randomised to one of 4 different self-help programmes or an information control. No counselling was given. There was no difference in outcome between any of the self-help booklets or the control, with sustained abstinence rates of 4-8% at 6 months.
Cummings 1989	Does not measure smoking cessation. Assess impact of a media campaign to get women smokers with young children to call a quit line. Call rates compared in media markets with and without a campaign. Campaign increased call rates 10 times compared to control markets. Proportion of calls from target group also increased. Cost per caller estimated at \$61.
Davis 1992	All participants were women with young children who called a hotline and received same stage based counselling. They were randomised to receive 3 different self-help guides. Quit rates did not differ and were approximately 10% for surrogate validated 7 day abstinence at 6 months.
DeBusk 1994	Telephone component cannot be evaluated independently of face to face counselling. The intervention included in hospital physician advice and counselling by a nurse as well as post discharge telephone contact, and was compared to usual care.
Decker 1989	Not random or pseudo random. Interventions ran sequentially. Participants receiving mailed materials had access to a hotline.
Dubren 1977	Recent quitters were randomised to access to recorded messages, not a counsellor. Short follow-up (4 weeks).
Johnson 1999	Telephone component cannot be evaluated independently of face to face counselling. The intervention included in hospital counselling by a nurse. Quasi-random design.
Koffman 1998	Three worksites allocated to different interventions. No way to distinguish variation due to worksite from effect of intervention.
Leed-Kelly 1996	The intervention included one session of face to face counselling with telephone follow-up. Results, which did not show any intervention effect, are given in Bobo 1998.

Characteristics of excluded studies

Manfredi 1999	The intervention included the opportunity of a motivational telephone call following provider advice and self-help components. Follow-up was only 5 to 8 weeks.
Ockene 1992	Telephone support could not be evaluated independently of combined intervention.
Owen 2000	Not a controlled trial. Survey of callers to UK quitline. Conservatively assuming that non-responders at one year were continuing smokers and assuming 20% of reported successes would fail biochemical validation gave an adjusted quit rate of 15.6% (95% CI 12.7% to 18.9%).
Platt 1997	Not a controlled trial. A panel sample of callers to the Scottish Smokeline was followed up for one year. 607 (71% of original sample) were reached. The quit rate was 23.6%, 8.2% reported not smoking for >80% of the previous year. It was estimated that 5.9% of the adult smokers in Scotland called during the year.
Prue 1983	The amount and timing of telephone contact is unclear. The main component was a self help programme, compared to a waiting list control. Total of 40 participants.
Reid 1999b	Not a controlled trial. Followed 258 nicotine patch purchasers who enrolled for support program of four calls from a trained nurse counsellor. 36% quit rate at 8 months.
Schneider 1995	Evaluated a telephone support system. All smokers recruited had access to the interactive programme. Random subsets were selected for access to messages about nicotine gum, sent a reminder to call, or sent a user's manual.
Shiffman 2000	Follow-up 12 weeks. At this point there was no evidence that the addition of a single proactive call 2 days after the target quit date increased cessation rates over 6 mailings of tailored materials.
Simon 1997	Telephone component cannot be evaluated independently of face to face counselling. The intervention included brief counselling and NRT.
Stevens 1993	Telephone component cannot be evaluated independently of face to face counselling. The intervention included in hospital physician advice and counselling by a nurse as well as post discharge telephone contact, and was compared to usual care.
Taylor 1990	Telephone component cannot be evaluated independently of face to face counselling. The intervention included in hospital physician advice and counselling by a nurse as well as post discharge telephone contact, and was compared to usual care.
Wadland 1999	Not randomised. The treated groups were recruited by different means and given different interventions both of which included telephone counselling by nurses or counsellors.
Wadland 2001	Only 3 months follow-up.
Westman 1993	Telephone component cannot be evaluated independently of face to face counselling.
Zhu 2000a	Not an RCT. All participants called the California Smokers' Helpline and received one session of counselling and planned to use NRT. Those who chose to receive further counselling were compared to those who did not.

CARÁTULA

Titulo	Asesoramiento telefónico para el abandono del hábito de fumar
Autor(es)	Stead LF, Lancaster T, Perera R

Contribución de los autores	LS y TL contribuyeron con el desarrollo del protocolo, la obtención de los datos y la redacción de la revisión. RP se convirtió en autor desde el número 1 de 2003 y obtuvo los datos y contribuyó con la actualización del texto.
Número de protocolo publicado inicialmente	2000/4
Número de revisión publicada inicialmente	2001/2
Fecha de la modificación más reciente"	15 octubre 2002
"Fecha de la modificación SIGNIFICATIVA más reciente	15 octubre 2002
Cambios más recientes	Actualizada para el Número 1, 2003. Cuatro nuevos ensayos, de los cuales tres contribuyen con el metanálisis. Ningún cambio importante en las conclusiones.
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	15 octubre 2002
Fecha de modificación de la sección conclusiones de los autores	15 octubre 2002
Dirección de contacto	Mrs Lindsay Stead Review Group Co-ordinator Department of Primary Health Care Institute of Health Sciences Old Road Headington Oxford OX3 7LF UK Teléfono: +44 1865 226977 E-mail: lindsay.stead@dphpc.ox.ac.uk Facsimile: +44 1865 227036
Número de la Cochrane Library	CD002850-ES
Grupo editorial	Cochrane Tobacco Addiction Group
Código del grupo editorial	HM-TOBACCO

RESUMEN DEL METANÁLISIS

01 Asesoramiento preventivo

Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Abandono del hábito a largo plazo - Asesoramiento telefónico comparado con la intervención mínima sola			Odds-Ratio de Peto IC del 95%	Totales no seleccionados
02 Abandono del hábito a largo plazo - Asesoramiento telefónico como complemento de la intervención cara a cara sin farmacoterapia	4	2078	Odds-Ratio de Peto IC del 95%	1.08 [0.87, 1.33]
03 Abandono del hábito a largo plazo - Asesoramiento telefónico como complemento de la farmacoterapia	4	1499	Odds-Ratio de Peto IC del 95%	1.08 [0.82, 1.43]

02 Asesoramiento preventivo comparado con la intervención mínima. Análisis alternativo por medio del empleo de todos los brazos de control mínimo

Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Abandono del hábito a largo plazo - Asesoramiento telefónico versus todos los controles menos intensivos	13	16462	Odds-Ratio de Peto IC del 95%	1.56 [1.38, 1.77]
02 Abandono del hábito a largo plazo - Asesoramiento telefónico versus todos los controles menos intensivos (solamente el subgrupo B del estudio Zhu 2002)	13	15301	Odds-Ratio de Peto IC del 95%	1.66 [1.46, 1.89]

03 Asesoramiento preventivo - Sesión múltiple versus sesión única

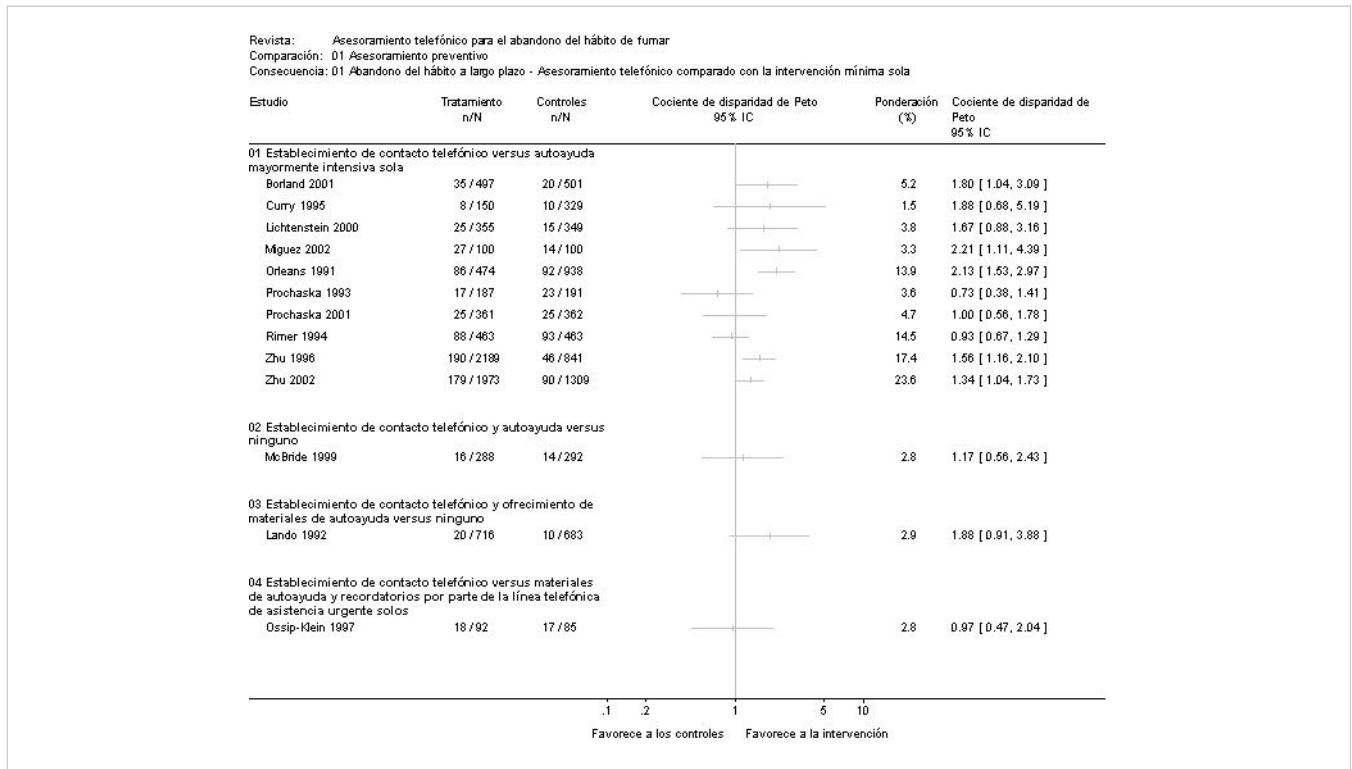
Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Abandono del hábito a largo plazo - Hasta seis llamadas comparadas con una única llamada y materiales de autoayuda	1	2189	Odds-Ratio de Peto IC del 95%	1.36 [1.01, 1.83]
02 Abandono del hábito a largo plazo - Cuatro llamadas comparadas con una única llamada y la intervención hospitalaria	1	1000	Odds-Ratio de Peto IC del 95%	1.40 [1.00, 1.96]

04 Asesoramiento reactivo - Líneas de ayuda o líneas directas				
Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Abandono del hábito a largo plazo - Efectos de la disponibilidad de una línea telefónica de asistencia urgente			Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	Totales no seleccionados
02 Abandono del hábito a largo plazo - Efectos del ofrecimiento de diferentes servicios a quienes llaman a una línea de ayuda	2	1804	Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	1.12 [0.84, 1.50]

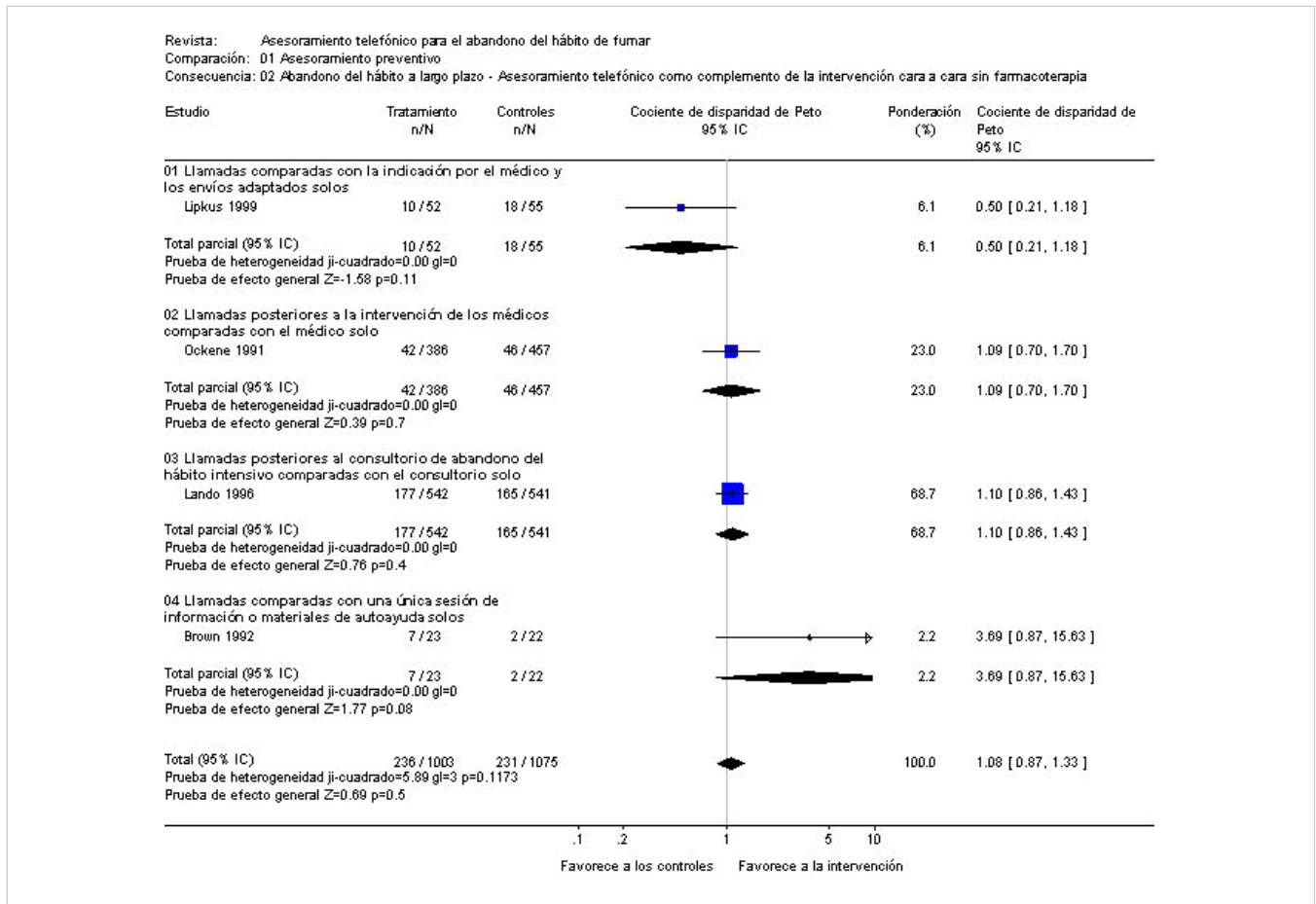
GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS

Fig. 01 Asesoramiento preventivo

01.01 Abandono del hábito a largo plazo - Asesoramiento telefónico comparado con la intervención mínima sola



01.02 Abandono del hábito a largo plazo - Asesoramiento telefónico como complemento de la intervención cara a cara sin farmacoterapia



01.03 Abandono del hábito a largo plazo - Asesoramiento telefónico como complemento de la farmacoterapia

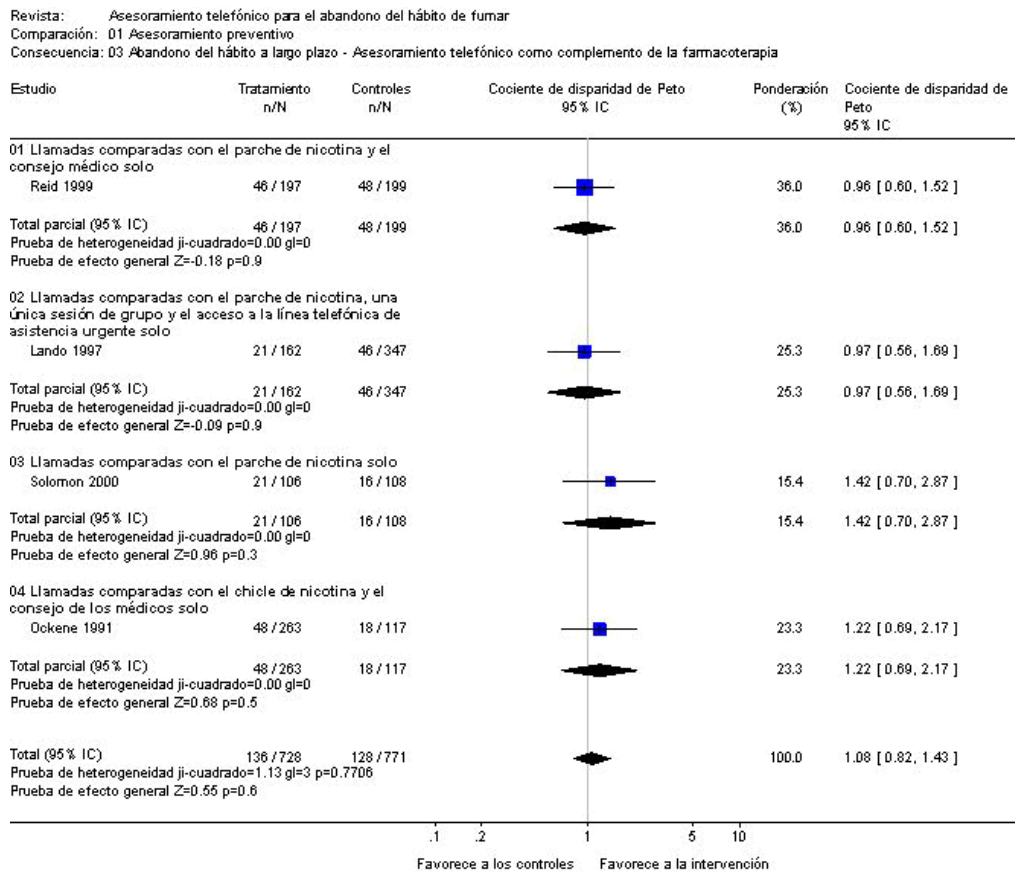
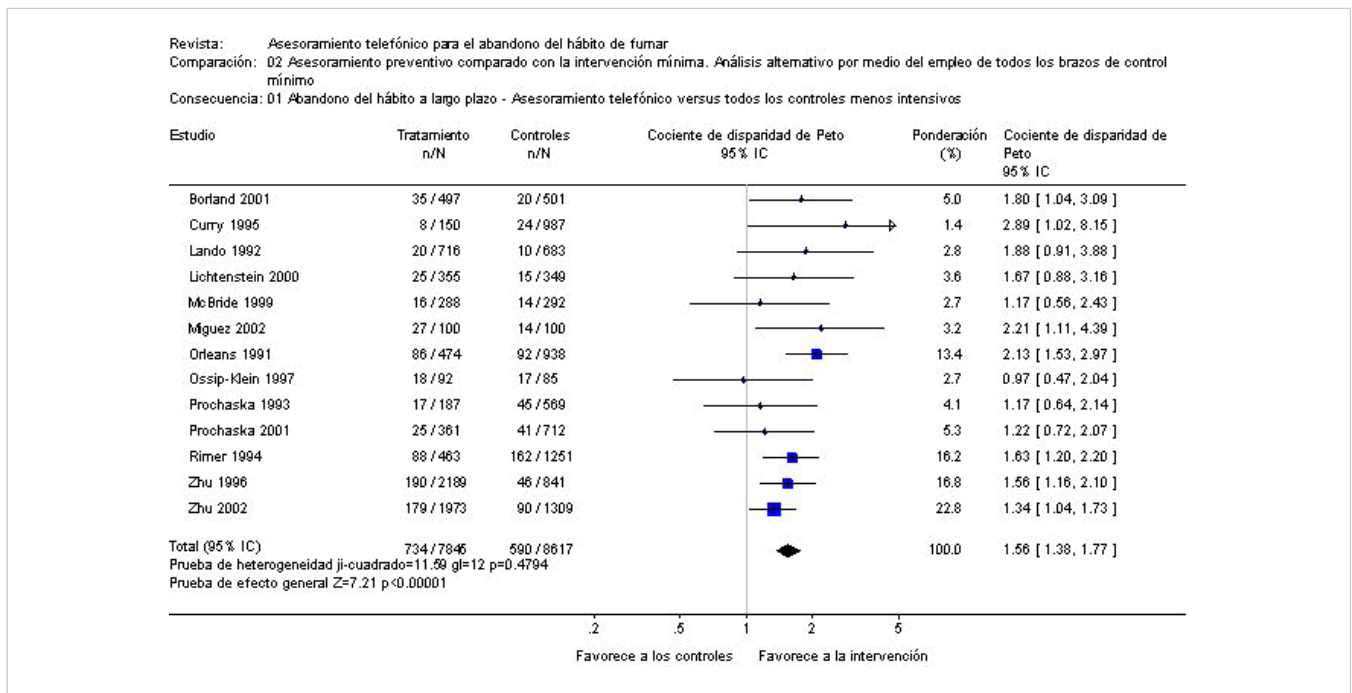


Fig. 02 Asesoramiento preventivo comparado con la intervención mínima. Análisis alternativo por medio del empleo de todos los brazos de control mínimo

02.01 Abandono del hábito a largo plazo - Asesoramiento telefónico versus todos los controles menos intensivos



02.02 Abandono del hábito a largo plazo - Asesoramiento telefónico versus todos los controles menos intensivos (solamente el subgrupo B del estudio Zhu 2002)

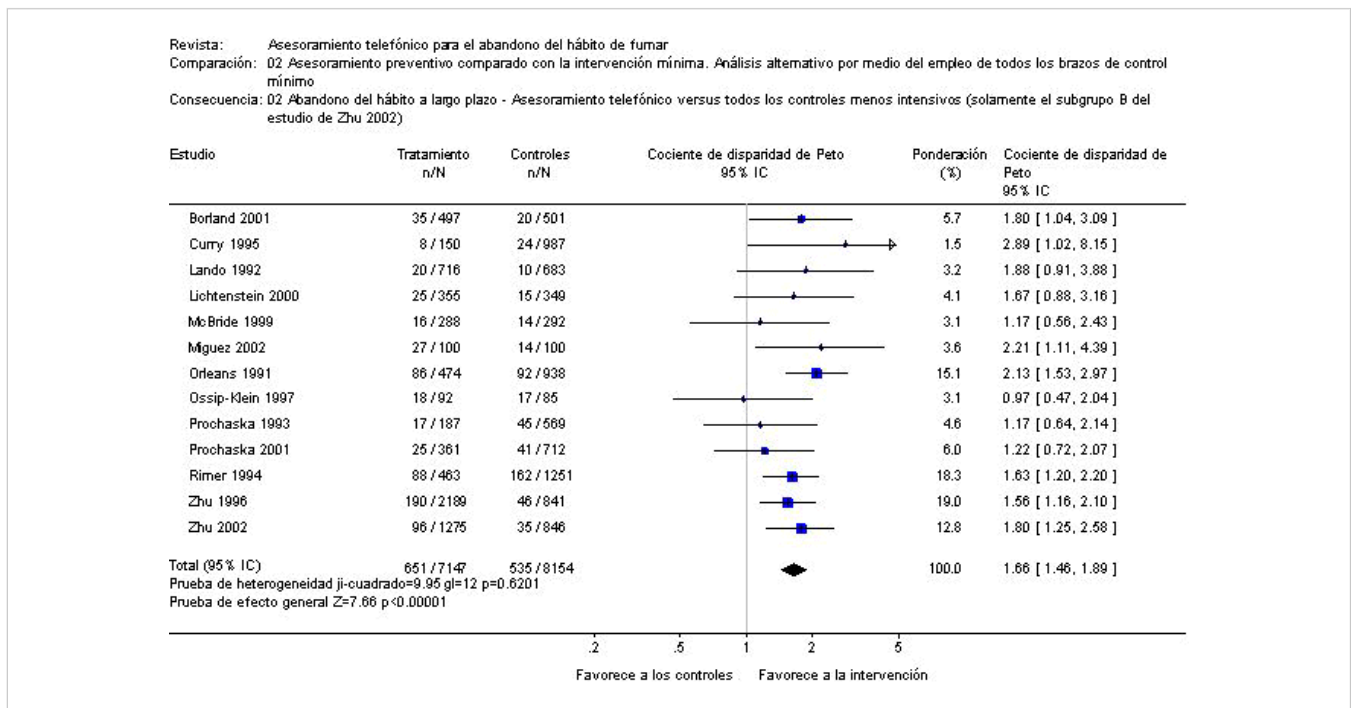
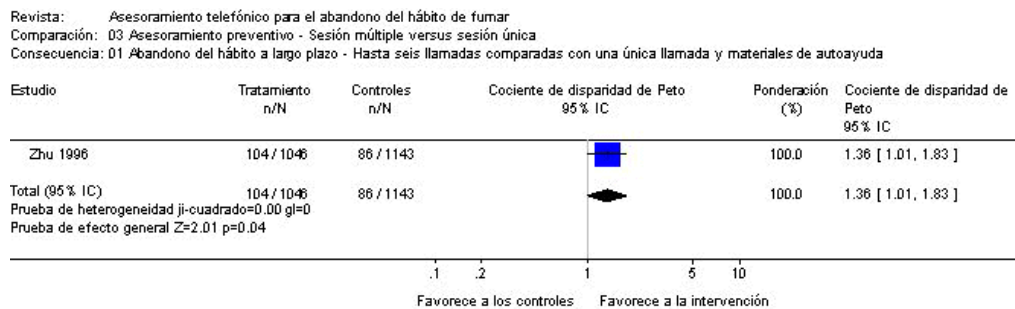


Fig. 03 Asesoramiento preventivo - Sesión múltiple versus sesión única

03.01 Abandono del hábito a largo plazo - Hasta seis llamadas comparadas con una única llamada y materiales de autoayuda



03.02 Abandono del hábito a largo plazo - Cuatro llamadas comparadas con una única llamada y la intervención hospitalaria

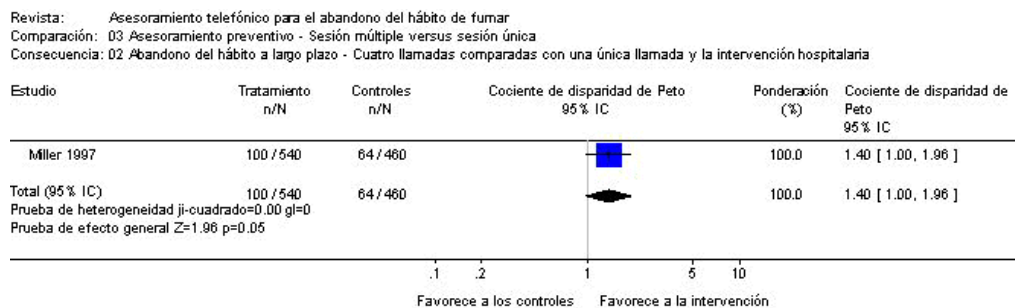
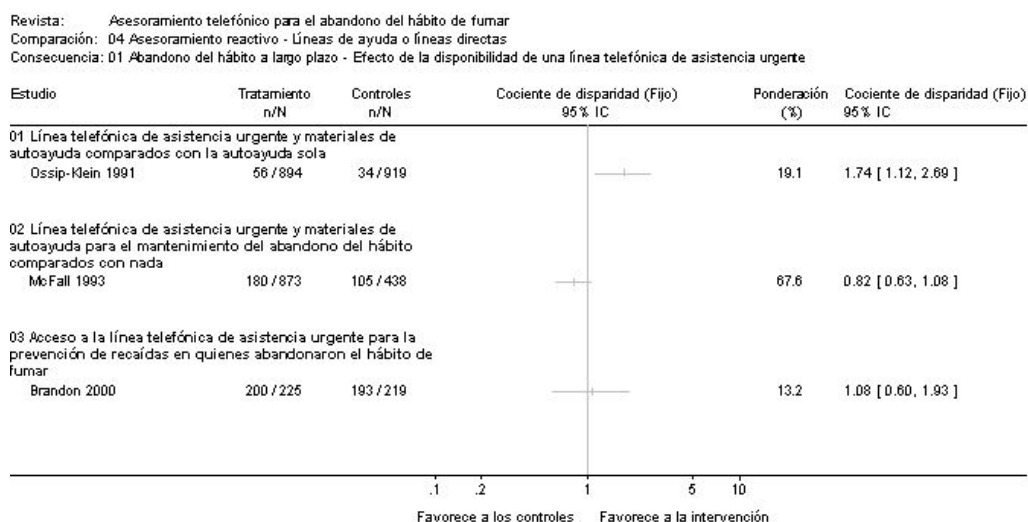


Fig. 04 Asesoramiento reactivo - Líneas de ayuda o líneas directas

04.01 Abandono del hábito a largo plazo - Efectos de la disponibilidad de una línea telefónica de asistencia urgente



04.02 Abandono del hábito a largo plazo - Efectos del ofrecimiento de diferentes servicios a quienes llaman a una línea de ayuda

