

RESUMEN GRADE DEL ENSAYO CLÍNICO:

Comparación de la aceptación, efectividad y eficacia entre 4 programas de incentivos económicos y los cuidados habituales para el abandono del tabaco.

Halpern SD, French B, Small DS, et al. Randomized trial of four financial-incentive programs for smoking cessation. *N Engl J Med*. 2015 May 28;372(22):2108-17

Abreviaturas: DE: desviación estándar; IC 95%: intervalo de confianza al 95%; IQR: rango intercuartílico entre los percentiles 25 y 75; ITT: análisis por intención de tratar; NNT: número necesario a tratar para evitar 1 evento; NND: número necesario a tratar para dañar a 1 participante más que con el control; PP: análisis por protocolo; RR: riesgo relativo; RAR: reducción absoluta del riesgo; TRN: terapia de reemplazo de nicotina.

NOTA SOBRE NUESTROS CÁLCULOS: Para las variables dicotómicas, nosotros calculamos e informamos los beneficios y riesgos hasta RAR y NNT, con sus intervalos de confianza al 95% (IC 95%), tanto por “incidencias crudas acumuladas” como a partir de los HR o RR que proporcionan los investigadores. Para las variables continuas, estimamos las diferencias de las medias entre grupos independientes, afectándolas de sus correspondientes IC al 95% en función de la homo o heterocedasticidad, cuando es posible su aplicación por tratarse de pruebas paramétricas. Las calculadoras están disponibles en: <https://evalmed.es/2020/04/28/01-calculadora-variables-dicotomicas/> y <https://evalmed.es/2020/04/27/02-calculadora-variables-continuas/>

I. INTRODUCCIÓN.

El hábito tabáquico es la primera causa evitable de mortalidad en el mundo desarrollado y es, precisamente, su condición de ser prevenible la que anima a su control. Además es una condición adictiva y sabemos que la intervención sobre el tabaquismo es considerada más eficiente que otras actividades preventivas y asistenciales. En efecto, más del 75% de los fumadores actuales de EE. UU. desean dejarlo. El 45% lo deja al menos un día al año, y las políticas antitabaco, nuevos fármacos, y programas de modificación de la conducta ofrecen promesas para ayudarlos. Sin embargo, sólo el 2-3% de los fumadores alcanzan una prolongada abstinencia anualmente¹. Por tanto, probar experimentalmente nuevos programas de salud que mejoren las actuales tasas de efectividad para dejar el tabaco, constituye una actividad de primera magnitud sanitaria.

Los programas de salud basados en incentivos económicos promueven muchas conductas saludables, pero la forma correcta de llevarlos a cabo es incierta. Cada vez son más utilizados para motivar a la población, y su diseño tradicional está basado, generalmente, en el supuesto de que cuanto mayor es el incentivo mayor será la efectividad, pero también dependerá del tipo de diseño, ya que pueden ser recompensas directas o recuperación del dinero tras un depósito previo, tanto de forma individual o colectiva en ambos casos. Los contratos de depósito previo consisten en que los participantes arriesgan parte de su propio dinero y lo recuperan sólo si logran cambiar su comportamiento.

Se parte de la hipótesis de que los programas basados arriesgar un depósito previo dan mejores resultados que los de recompensa directa, debido a que las personas están más motivadas para evitar la pérdida que para buscar ganancias, aunque *a priori* pueden aceptar menos la participación en los segundos que en los primeros. Además, se esperaría que arriesgar en depósitos grupales competitivos (en los que todo lo apostado sólo se reparte entre los que dejan de fumar) debería arrojar mejores resultados por la competitividad y la empatía natural del ser humano.

Aunque estos supuestos están basados en estudios realizados con uno u otro diseño, no se ha llegado a comparar la efectividad de las cuatro posibilidades que se obtienen por una combinación de ambos, porque son varias las teorías que confluyen² y modificadores del efecto³ los que interaccionan como se muestra en el siguiente esquema. Y para saber más sobre la

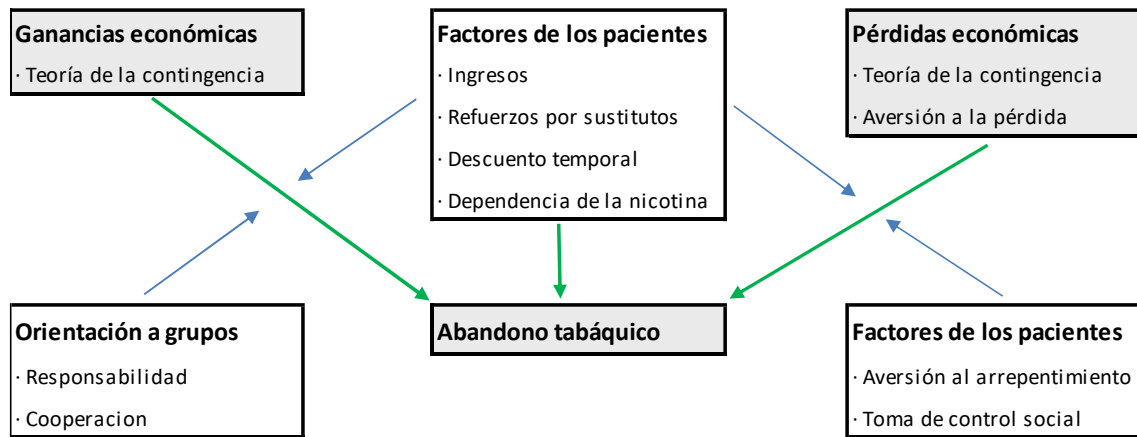
¹ Supplement to: Halpern SD, French B, Small DS, et al. Randomized trial of four financial-incentive programs for smoking cessation. *N Engl J Med* 2015;372:2108-17.

² Teoría de la contingencia, aversión a la pérdida, teoría de la perspectiva, descuento temporal o desinterés por una recompensa en un plazo largo, aversión al arrepentimiento.

³ Recompensa directa individual o grupal cooperativa, Depósito previo individual o grupal competitivo.

estructura de los incentivos económicos los autores diseñaron e implementaron el presente estudio.

Marco conceptual para la eficacia de estructuras de incentivos para abandono tabáquico. Líneas verdes = se asumen como efectos principales; Líneas azules: se asumen como modificaciones del efecto.



II. LO PROYECTADO.

A) OBJETIVO: Comparar la proporción de abandono tabáquico entre el cuidado habitual y 4 programas de incentivos económicos: a) recompensa individual; b) recompensa grupal cooperativa; c) recuperación de un depósito previo individual; y d) recuperación de un depósito previo grupal competitivo.

Duración programada: 6 meses de seguimiento.

B) TIPO DE ESTUDIO.

Estudio aleatorizado y controlado de cinco grupos. Se acepta un error alfa del 5% para descartar la hipótesis nula, y un error beta del 20% (= potencia 80%) para descartar la hipótesis alternativa. Con estos requisitos, esperando en el grupo de control una abstinencia sostenida a los 6 meses del 14,7%, y suponiendo un 7,5% de mejoría absoluta en la abstinencia, se obtiene un tamaño de muestra de 420 participantes por grupo.

Cálculo del tamaño necesario de la muestra			
Abreviaturas: RA: Riesgo Absoluto; Error alfa: significación estadística; Potencia estadística = 1 - Error beta; n: número de pacientes necesario de cada uno de los grupos			
CÁLCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA PARA UNA DIFERENCIA DE DOS PROPORCIONES			
% RA control	14,7%	qA	0,853
% RA intervención	22,2%	qB	0,778
pM (=proporción Media)	0,185	qM	0,816
Para un error alfa	5%	=> z $\alpha/2$ =	1,960
Para un error beta	20%	=> z β =	0,842
Numerador	2,36		
Denominador	0,01		
n (cada grupo) =	420		
2n (total) =	840		
Si espero pérdidas del	0,0%	=> Total =	420 por grupo

Mediante un modelo de regresión logística, tomando como variable la intervención y como covariables de ajuste las dos variables de estratificación (ingresos económicos por familia mayor o menor a 60.000 dólares anuales, y tener o no seguro de salud con CVS), los autores midieron y compararon: a) la proporción de aceptación de los 4 programas entre los inicialmente aleatorizados; b) la proporción de los que mantienen la abstinencia en cada punto de tiempo de los inicialmente aleatorizados (intención de tratar); y c) la proporción de los que mantienen la abstinencia en cada punto de tiempo sólo de los que aceptaron participar en su programa (por protocolo).

C) POBLACIÓN ESTUDIADA Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

1º Criterios de inclusión: Tener 18 años o más, ser fumador de al menos 5 cigarrillos al día, tener acceso a internet y mostrar interés por aprender las diferentes formas de deshabituación tabáquica.

2º Criterios de exclusión: No ser empleado, familiar o amigo de un empleado de CVS Caremark.

D) VARIABLES DE MEDIDA (ENDPOINT).

1º Variables primarias: Abstinencia mantenida a los 6 meses, determinada por el test de cotinina salivar (o anabasina en orina si eran usuarios de terapia de reemplazo de nicotina).

2º Variables secundarias: Tasa de abandono inicial a los 14 días, abstinencia mantenida durante 30 días y abstinencia mantenida a los 6 meses.

III. LO CONSEGUIDO.

A) ASIGNACIÓN DE LOS SUJETOS A LOS GRUPOS.

1º ¿Se efectuó la aleatorización?: Sí, estratificada por: a) ingresos de la familia (más o menos de 60.000 dólares anuales); y b) tener o no aseguramiento con CVS Caremark.

2º ¿Se mantuvo oculta la asignación de los grupos para los reclutadores?: Sí, pues el aspirante estaba en un listado estratificado desde la aleatorización.

3º Participantes que fueron aleatorizados a los grupos intervención y de control.

- a) Grupo de recompensa individual: 498
- b) Grupo de recompensa grupal cooperativa: 519, en subgrupos de 6 miembros
- c) Grupo de depósito previo individual: 582
- d) Grupo de depósito previo grupal competitivo: 471, en subgrupos de 6 miembros
- e) Grupo de cuidado habitual (que sirve como control): 468

3º ¿Resultaron similares en el inicio los grupos de intervención y control con respecto a los factores pronósticos conocidos?: Sí, según se resume a continuación: Edad: 33 años (IQR, 25 a 48); Mujeres 68,2%; Años de educación 13 (IQR, 12 a 15); Con ingreso anual en el hogar > 60.000 dólares: 73,4%; Empleados de CVS Caremark CON seguro de salud: 34,8%; Empleados de CVS Caremark SIN seguro de salud: 29,6%; Familiares de empleados de CVS Caremark CON seguro de salud: 6,3%; Familiares de empleados de CVS Caremark SIN seguro de salud: 29,2%. **HISTORIA DE HÁBITO TABÁQUICO:** Cigarrillos por día: 15 (IQR, 9 a 20); Mediana de tiempo desde que fuma: 16,6 años (IQR, 6 a 26); Edad con la que comenzó a fumar: 17 años (IQR, 15 a 19); **Con nivel de dependencia de nicotina:** bajo 21,6%, bajo a moderado 25,8%, moderado 43,3%, alto 4,4%; Estadio en el que se encuentra para el cambio: Preparación 63,9%, Contemplación 36,0%; Consiguió en el pasado dejar el tabaco al menos 24 horas: 62,6%; Alguna vez usó preparados de nicotina o recibió asistencia profesional para dejar de fumar: 74,0%; Actualmente usa algún método para dejar de fumar: 29,2%.

4º ¿Se mantuvo oculta la asignación de los grupos para los participantes y los investigadores que hacen el seguimiento?: No y no. **¿Y para los investigadores que asignan los eventos?:** Consideramos que sí, porque en el protocolo dice que el conjunto de datos estará cegado de toda la información de identificación personal cuando se exporte para su análisis, cuyo resultado constituye la asignación del evento.

B) SEGUIMIENTO, ABANDONOS Y PÉRDIDAS.

1º Pauta de tratamientos y cuidados: A los participantes de los 5 grupos se les practicaron análisis de cotinina en saliva a los 14 días, a los 30 días y a los 6 meses, como indicador de abandono tabáquico, o test en orina de anabasina, si estaban con terapia de reemplazo de nicotina.

A todos los participantes se les ofreció la atención habitual, que consiste en información sobre la cesación de fumar, guías de cesación del hábito tabáquico de la Sociedad Americana del Cáncer y para el 41% de los participantes que recibían beneficios de salud a través de CVS Caremark, acceso gratuito a un programa de modificación del comportamiento y terapia de reemplazo con nicotina.

Cada participante era censurado si fumaba después de comenzar el estudio. Una vez censurado, ya no podía recibir incentivos.

Los participantes asignados al grupo de **recompensa individual** recibían 200 dólares si se confirmaba mediante análisis bioquímicos la abstinencia a los 14 días, 30 días y 6 meses. Además, los participantes obtendrían un bono adicional de 200 dólares si cumplían con los 6 meses de abstinencia mantenida. Los participantes asignados al grupo de **depósito previo individual** tenían que ingresar 150 dólares al depósito antes de comenzar. A partir de aquí recibían la misma similar incentivación que los del grupo anterior, además de los 150 dólares depositados, sólo si cumplían con los 6 meses de abstinencia.

En el grupo de **recompensa grupal cooperativa**, se distribuyeron en subgrupos de 6 participantes. Los pagos a los miembros exitosos en cada punto de tiempo aumentaron a medida que tenían éxito los demás del subgrupo, de modo que cada miembro exitoso recibía 100 dólares por su éxito, y 100 dólares adicionales por cada compañero del subgrupo con éxito, pudiendo llegar en cada punto de tiempo hasta los $100 + 500 = 600$ dólares, si los seis tenían éxito. En esta intervención buscó fomentar la cooperación entre los participantes con el uso de una sala de chat basada en la Web a través de la cual se pudieron comunicar a lo largo del estudio.

En el grupo de **depósito previo grupal competitivo**, se distribuyeron en subgrupos de 6 participantes. Cada uno de los seis participantes depositó 150 dólares antes de comenzar. A estos $150 \times 6 = 900$ dólares, los investigadores añadieron 450 dólares más por participantes, es decir $450 \times 6 = 2700$ dólares. En total había 3600 dólares para repartir 1200 dólares mutuamente en cada uno de los tres períodos, es decir que se repartían todos los 1200 dólares entre los participantes con éxito, quedando censurados los restantes. Si en un punto del tiempo ninguno de los participantes había tenido éxito, ninguno puede continuar en adelante y el fondo restante no se reparte. En este grupo los participantes recibían descripciones precisas pero anónimas de sus competidores para resaltar la posibilidad de que unos podrían beneficiarse a costa del fracaso de los otros.

2º Tiempo de seguimiento conseguido: 6 meses, aunque también se realizó el test de cotinina en saliva a los 12 meses, 6 meses después del cese de los incentivos económicos.

3º ¿Se detuvo el estudio antes de lo proyectado?: No.

4º Abandonos del tratamiento, discontinuación temporal, y pérdidas del seguimiento: No procede, para este diseño.

5º ¿Se efectuó análisis por intención de tratar y/o por protocolo para las comparaciones?: Por intención de tratar (denominador todos los aleatorizados), por protocolo (denominador sólo los que aceptan), y un análisis mixto que introduce el efecto como una variable instrumental, que

ajusta por aceptación.

C) RESULTADOS.

1º Proporción de aceptación de los 4 programas entre los inicialmente aleatorizados: Es significativamente mayor para los dos programas de recompensa directa (95%) frente a los dos de depósito previo (14%). En detalle fue así:

- a) Grupo de recompensa individual: 472 /498 (95%)
- b) Grupo de recompensa grupal cooperativa: 442 /519 (82%)
- c) Grupo de depósito previo individual: 75 /582 (13%)
- d) Grupo de depósito previo grupal competitivo: 71 /471 (15%)

2º Proporción de los que mantienen la abstinencia en cada punto de tiempo de los inicialmente aleatorizados (análisis por intención de tratar):

1. Los 4 programas de incentivos tuvieron significativamente mayores tasas de mantenimiento de la abstinencia a los 6 meses frente a los cuidados habituales. En una extensión hasta los 12 meses, es decir 6 meses después de haber terminado la intervención y de haber entregado los incentivos, las tasas se redujeron aproximadamente a la mitad en todos los grupos a los que inicialmente fueron asignados, manteniéndose aún la superioridad de todos, salvo el depósito individual, frente al cuidado habitual.

2. Individuales vs grupales: Tomados en conjunto, fue **similar** la efectividad de los dos programas de incentivos individuales que los grupales a los 6 meses. En la extensión hasta los 12 meses, aunque se reduce a la mitad, se mantiene la efectividad de los programas de incentivos grupales, pero se pierde la de los dos programas de incentivos individuales.

3. Recompensas vs depósitos: Tomados en conjunto, hay una diferencia estadísticamente significativa a favor de la **recompensa** frente al depósito a los 6 meses, explicada por el 95% de aceptación del de las recompensas frente al 14% de aceptación de los depósitos.

Al final, en la **tabla 1**, mostramos los resultados en detalle.

3º Proporción de los que mantienen la abstinencia en cada punto de tiempo sólo de los que aceptaron participar en su programa (análisis por protocolo):

1. Los 4 programas de incentivos tuvieron significativamente mayores tasas de éxito a los 6 meses frente a los cuidados habituales, siendo la eficacia de los depósitos individuales 3 veces mayor que las recompensas individuales, y también 3 veces mayor la eficacia de los depósitos grupales competitivos frente a las recompensas grupales cooperativas.

2. Individuales vs grupales: Tomados en conjunto, fue **similar** la eficacia dos programas de incentivos individuales que los de incentivos grupales a los 6 meses.

3. Recompensas vs depósitos: A los 6 meses, el 53,4% de eficacia de los depósitos previos, es 3 veces superior al 17,1% de eficacia de las recompensas, cuando se consigue un 6% con los cuidados habituales. En la extensión hasta los 12 meses, hay una declinación en todos, pero el 18,5% de los depósitos previos, es 2 veces superior al 8,8% de las recompensas, cuando hay un 3,4% con los cuidados habituales.

Al final, en la **tabla 2**, mostramos los resultados en detalle

4º Costes de los incentivos:

Todos los participantes que mantuvieron la abstinencia durante 6 meses recibieron una mediana de 800 dólares, salvo los de depósito previo grupal competitivo, que recibieron 900 dólares.

IV. CONFLICTOS DE INTERESES Y VALIDEZ DE LA EVIDENCIA.

A) CONFLICTOS DE INTERESES: El estudio fue financiado por una beca del Instituto Nacional del Cáncer, una beca Instituto Nacional sobre el de Envejecimiento (pertenecientes a los Institutos

Nacionales de Salud) y por la entidad de seguros CVS Caremark.

El investigador principal y otros seis investigadores declararon no haber recibido pagos de entidades de seguros ni laboratorios farmacéuticos. Tres investigadores habían recibido pagos de alguna entidad de seguros, uno de los cuales (Voolp) también había recibido pagos de tres laboratorios farmacéuticos.

B) VALIDEZ DE LA EVIDENCIA.

¿Pregunta clara, precisa, con identificación de la población, intervención, control y resultados que van a medirse?: **Sí**

¿Se efectuó una aleatorización correcta?: **Sí**. ¿Se mantuvo oculta la asignación de los grupos para los que hacen el reclutamiento?: **Sí**

¿Factores pronósticos equilibrados en el inicio y la implementación?: **Sí**

¿Se mantuvo oculta la secuencia de aleatorización para participantes y los médicos que hacen el seguimiento?: **No y no**. ¿Y para los que asignan los eventos, y para los que obtienen los datos de laboratorio?: **Sí**

¿Fue completo el seguimiento, cumpliendo con no detenerlo antes de lo previsto?: **Sí**

¿Se tienen en cuenta los abandonos y/o pérdidas para análisis de sensibilidad?: **No procede para este diseño**

¿Se hacen los cálculos por intención de tratar (ITT), y/o por protocolo (PP)?: **Por ITT y PP**

¿Los resultados son consistentes después de los análisis de sensibilidad?: **Sí**

Sistema GRADE: Calidad de la evidencia **Moderada**. Justificamos la rebaja porque: **1)** No se mantuvo oculta la asignación de los grupos para los participantes y para los investigadores que hacen el seguimiento (si bien no hubiera podido ser de otra forma en virtud del diseño del estudio). **2)** La muestra ha sido pequeña, sobre todo después de eliminar los que no aceptaron la intervención para el análisis por protocolo, sin que proporcionen datos para verificar que el subgrupo que acepta es una muestra representativa de su grupo original (lo cual dificulta además la traslación de su representatividad a otras poblaciones). **3)** El tiempo de seguimiento es corto para una reducción de daños asociados a dejar de fumar, y para predecir la probabilidad de mantenimiento y recaída.

V. COMENTARIOS (DISCUSIÓN Y OPINIÓN DE LAS EVALUADORAS).

Los científicos del comportamiento han demostrado que las personas tienen “aversión a la pérdida”; tienden a disgustarse por las pérdidas más de lo que les gustan las ganancias equivalentes. Es probable que un impuesto de 5 céntimos sobre el uso de una bolsa de supermercado tenga un efecto mucho mayor que un bono de 5 céntimos por traer su propia bolsa. Los seres humanos también sufren un “sesgo del presente o *presentismo*”, y a veces ven el futuro como un tipo de país extranjero y se ven en el futuro como extraños. La mayoría tiende a ser optimista de manera irreal, al menos sobre sus propios propósitos o perspectivas, manteniéndose convencidos pero equivocados, lo cual puede tener repercusiones cuando la toma de decisiones afecta a terceros sobre los que se ejerce una autoridad⁴. Sin embargo, las personas a veces se hacen conscientes de algunos de sus propios sesgos, y esto puede impulsarlas a comprometerse previamente con cursos de acción para contrarrestarlos.

Estos y otros hallazgos de la psicología social ayudan a explicar los problemas de salud prevenibles y también sugieren una amplia gama de intervenciones potencialmente prometedoras. Algunas de esas intervenciones implican incentivos económicos, en forma de subsidios y sanciones. Otros implican “empujoncitos (nudges)”, en la forma de intervenciones que preservan las elecciones porque no imponen ningún tipo de incentivos; información, advertencias,

⁴ Paul Gilovich. Convencidos pero equivocados (Del original: How we know isn't so. The fallibility of human reason in everyday life, 1991). Jesús Ortiz Pérez de Molino (trad.). Barcelona. Ed Milrazones. 1ª edic 2009.

recordatorios y reglas predeterminadas son ejemplos de empujoncitos (nudges)⁵. Otras intervenciones combinan los dos, como con los empujoncitos (nudges) diseñados para alentar a las personas a ingresar en programas basados en incentivos económicos, como es el caso del presente ensayo de Halpern y col, que pretenden averiguar por primera vez el comportamiento resultante tras una combinación factorial de estructuras de incentivos.

El ensayo mostró que los depósitos previos fueron mucho menos atractivos pero mucho más efectivos. Solo el 14% de los participantes asignados al programa de depósito aceptaron inscribirse en él, mientras que el 95% de los asignados al programa de recompensa eligieron inscribirse. Por el contrario, el 52,4% de los que eligieron el programa de depósito mantuvo la abstinencia durante 6 meses, en comparación con sólo el 17,1% de los que eligieron el programa de recompensa. Es tentador cuestionar el segundo hallazgo sobre la base de que aquellos que están dispuestos a inscribirse en un programa de depósito están especialmente decididos a renunciar, y de ser así, no es sorprendente que muestren tasas de abstinencia más altas.

Según Cass Sunstein, en su artículo editorial, existen implicaciones tanto para la investigación futura como para la política pública. Con respecto a la investigación, sería valioso saber si un depósito más pequeño podría aumentar la participación sin reducir la eficacia. Con respecto a la política pública, los programas de depósito, que estimulan la aversión a las pérdidas, son la mejor manera de ayudar a las personas a dejar de fumar (y tal vez alterar muchos tipos de comportamiento relacionados con la salud). El desafío es encontrar una manera de dar un empujoncito (nudge) a las personas para inscribirse en dichos programas. Si ese desafío no se puede cumplir, los programas de recompensa son opciones mucho mejores⁶.

De acuerdo con la 14ª Guía GRADE, dado el singular contexto económico, laboral, social y de cobertura de aseguramiento sanitario de los participantes, nos parece prudente por el momento no hacer recomendaciones⁷, aunque, especialmente después de nuestros cálculos, sí podemos extraer conclusiones.

VI. CONCLUSIONES DEL ENSAYO CLÍNICO.

Con una calidad de evidencia moderada, para personas de EE. UU. de 25 a 48 años, que en un 35% tienen un seguro de salud y en un 75% tiene ingresos familiares > 60.000 dólares, que vienen fumando 15 cigarrillos diarios hace 17 años, que se les ofrece participar en uno de los cuatro programas de incentivos económicos para mantenerse sin fumar durante 6 meses:

1) Con independencia de si eligen aceptar o no la participación en su programa, el 15,6% de efectividad de las recompensas directas, es 1,5 veces superior al 10,3% de efectividad, de los depósitos previos, cuando se consigue un 6% con los cuidados habituales (que sirve de control porque también cuentan con ellos los anteriores).

2) Sólo entre los que eligen aceptar su programa, el 53,4% de eficacia de los depósitos previos, es 3 veces superior al 17,1% de eficacia de las recompensas, cuando se consigue un 6% con los cuidados habituales. En la extensión hasta los 12 meses (es decir, 6 meses después de haber entregado los incentivos), hay una declinación en todos, pero el 18,5% de los depósitos previos, es 2 veces superior al 8,8% de las recompensas, cuando hay un 3,4% con los cuidados habituales.

⁵ Richard Thaler y Cass Sunstein. Nudge, un pequeño empujón. (Del original: Nudge. Improving decisions about health, wealth and happiness, 2008). Belén Urrutia (trad.). Tarragona. Ed Santilla, colección Taurus. 1ª edic 2009.

⁶ Sunstein CR. Nudging smokers. N Engl J Med. 2015 May 28;372(22):2150-1.

⁷ Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. J Clin Epidemiol. 2013 Jul;66(7):719-25.

Tabla 1: Proporción de los que mantienen la abstinencia de los inicialmente aleatorizados (análisis por intención de tratar).						
A los 6 y a los 12 meses	Nº participantes (%), Cuidado habitual	Nº participantes (%), Intervención según la línea	Cálculos por incidencias acumuladas a los 6 y 12 meses, sin ajustar			
			RR (IC 95%)	RAR (IC 95%)	NNT (IC 95%)	Potencia
Mantienen el abandono de tabaco durante 6 meses						
Recompensa individual	28/468 (5,98%)	76/498 (15,26%)	0,39 (0,26-0,59)	9,28% (5,41% a 13,12%)	11 (8 a 19)	99,56%
Recompensa grupal cooperativa	28/468 (5,98%)	83/519 (15,99%)	0,37 (0,25-0,56)	10,01% (6,16% a 13,86%)	10 (7 a 16)	99,81%
Depósito previo individual	28/468 (5,98%)	56/582 (9,62%)	0,62 (0,4-0,96)	3,64% (0,41% a 6,95%)	27 (14 a 241)	53,66%
Depósito previo grupal competitivo	28/468 (5,98%)	54/571 (9,46%)	0,63 (0,41-0,98)	3,47% (0,24% a 6,78%)	29 (15 a 415)	50,45%
Mantienen el abandono de tabaco durante 12 meses; es decir, 6 meses más de la entrega de los incentivo						
Recompensa individual	16/468 (3,42%)	37/498 (7,43%)	0,46 (0,26-0,82)	4,01% (1,06% a 6,88%)	25 (15 a 94)	76,86%
Recompensa grupal cooperativa	16/468 (3,42%)	45/519 (8,67%)	0,39 (0,23-0,69)	5,25% (2,22% a 8,21%)	19 (12 a 45)	91,56%
Depósito previo individual	16/468 (3,42%)	21/582 (3,61%)	0,95 (0,5-1,79)	0,19% (-2,07% a 2,59%)	528 (39 a -48)	3,57%
Depósito previo grupal competitivo	16/468 (3,42%)	29/571 (5,08%)	0,67 (0,37-1,22)	1,66% (-0,83% a 4,22%)	60 (24 a -121)	23,81%
Mantienen el abandono de tabaco durante 6 meses						
Basados en incentivos individuales	28/468 (5,98%)	132/1080 (12,22%)	0,49 (0,33-0,73)	6,24% (3,47% a 9,35%)	16 (11 a 29)	88%
Basados en incentivos grupales	28/468 (5,98%)	135/990 (13,64%)	0,44 (0,3-0,65)	7,65% (4,74% a 10,88%)	13 (9 a 21)	96,04%
Mantienen el abandono de tabaco durante 12 meses; es decir, 6 meses más de la entrega de los incentivo						
Basados en incentivos individuales	16/468 (3,42%)	58/1080 (5,37%)	0,64 (0,37-1,1)	1,95% (-0,04% a 4,33%)	51 (23 a -2327)	28,75%
Basados en incentivos grupales	16/468 (3,42%)	74/990 (7,47%)	0,46 (0,27-0,78)	4,06% (1,83% a 6,59%)	25 (15 a 55)	73,17%
Mantienen el abandono de tabaco durante 6 meses						
Basados en recompensa individual o grupal	28/468 (5,98%)	159/1017 (15,63%)	0,38 (0,26-0,56)	9,65% (6,68% a 12,94%)	10 (8 a 15)	99,36%
Basados en depósito individual o grupal	28/468 (5,98%)	108/1053 (10,26%)	0,58 (0,39-0,87)	4,27% (1,59% a 7,31%)	23 (14 a 63)	62,97%
Mantienen el abandono de tabaco durante 12 meses; es decir, 6 meses más de la entrega de los incentivo						
Basados en recompensa individual o grupal	16/468 (3,42%)	82/1017 (8,06%)	0,42 (0,25-0,72)	4,64% (2,39% a 7,21%)	22 (14 a 42)	81,63%
Basados en depósito individual o grupal	16/468 (3,42%)	50/1053 (4,75%)	0,72 (0,41-1,25)	1,33% (-0,63% a 3,68%)	75 (27 a -160)	16,81%

Tabla 2: Proporción de los que mantienen la abstinencia sólo de los que aceptaron participar en el programa en el que habían sido aleatorizados (análisis por protocolo).						
A los 6 y a los 12 meses	Nº participantes (%), Cuidado habitual	Nº participantes (%), Intervención según la línea	Cálculos por incidencias acumuladas a los 6 y 12 meses, sin ajustar			
			RR (IC 95%)	RAR (IC 95%)	NNT (IC 95%)	Potencia
Mantienen el abandono de tabaco durante 6 meses						
Recompensa individual	28/468 (5,98%)	76/472 (16,1%)	0,37 (0,25-0,56)	10,12% (6,1% a 14,07%)	10 (7 a 16)	99,85%
Recompensa grupal cooperativa	28/468 (5,98%)	80/442 (18,1%)	0,33 (0,22-0,5)	12,12% (7,85% a 16,28%)	8 (6 a 13)	99,99%
Depósito previo individual	28/468 (5,98%)	39/75 (52%)	0,12 (0,08-0,18)	46,02% (34,94% a 57,43%)	2 (2 a 3)	100%
Depósito previo grupal competitivo	28/468 (5,98%)	39/71 (54,93%)	0,11 (0,07-0,17)	48,95% (37,78% a 60,75%)	2 (2 a 3)	100%
Mantienen el abandono de tabaco durante 12 meses; es decir, 6 meses más de la entrega de los incentivo						
Recompensa individual	16/468 (3,42%)	No informan				
Recompensa grupal cooperativa	16/468 (3,42%)	No informan				
Depósito previo individual	16/468 (3,42%)	No informan				
Depósito previo grupal competitivo	16/468 (3,42%)	No informan				
Mantienen el abandono de tabaco durante 6 meses						
Basados en incentivos individuales	28/468 (5,98%)	115/547 (21,02%)	0,28 (0,19-0,42)	15,04% (11% a 19,12%)	7 (5 a 9)	100%
Basados en incentivos grupales	28/468 (5,98%)	119/513 (23,2%)	0,26 (0,17-0,38)	17,21% (12,96% a 21,49%)	6 (5 a 8)	100%
Mantienen el abandono de tabaco durante 12 meses; es decir, 6 meses más de la entrega de los incentivo						
Basados en incentivos individuales	16/468 (3,42%)	No informan				
Basados en incentivos grupales	16/468 (3,42%)	No informan				
Mantienen el abandono de tabaco durante 6 meses						
Basados en recompensa individual o grupal	28/468 (5,98%)	156/914 (17,07%)	0,35 (0,24-0,52)	11,08% (7,94% a 14,5%)	9 (7 a 13)	99,88%
Basados en depósito individual o grupal	28/468 (5,98%)	78/146 (53,42%)	0,11 (0,08-0,17)	47,44% (39,34% a 55,9%)	2 (2 a 3)	100%
Mantienen el abandono de tabaco durante 12 meses; es decir, 6 meses más de la entrega de los incentivo						
Basados en recompensa individual o grupal	16/468 (3,42%)	80/914 (8,75%)	0,39 (0,23-0,66)	5,33% (2,94% a 7,98%)	19 (13 a 34)	89,42%
Basados en depósito individual o grupal	16/468 (3,42%)	27/146 (18,49%)	0,18 (0,1-0,33)	15,07% (7,88% a 20,91%)	7 (5 a 13)	100%