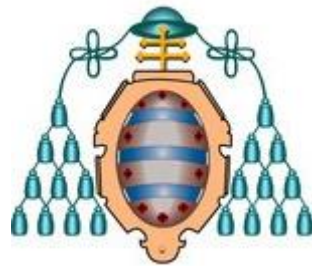


UNIVERSIDAD DE OVIEDO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



GRADO EN PSICOLOGÍA

2020/2021

**EFFECTO DE LA ABSTINENCIA TABÁQUICA SOBRE LA RECAÍDA DE OTRAS
SUSTANCIAS**

Personalidad, evaluación y tratamiento psicológico

Trabajo empírico

María Hernández García

Oviedo

Junio de 2021

RESUMEN

Antecedentes. A pesar de que la prevalencia del tabaquismo entre las personas con trastorno por uso de sustancias (TUS) es sorprendentemente alta, apenas es abordado en los centros de tratamiento. Hecho supeditado a la creencia de que la cesación tabáquica provoca la recaída en las sustancias de referencia. El objetivo del trabajo fue estudiar el efecto de la abstinencia tabáquica sobre la recaída de otras sustancias.

Método. La muestra consistió en 42 fumadores con TUS, abstinentes de otras sustancias, que fueron asignados a un tratamiento para dejar de fumar. El estatus de consumo tabáquico y de otras sustancias fue verificado bioquímicamente. Se examinó la recaída en las sustancias de referencia hasta seis meses postratamiento.

Resultados. La abstinencia tabáquica no se asoció con recaer en algún momento en el consumo de otras sustancias ($\chi^2=0,105$; $p=0,746$). Un 23,52% de los abstinentes al tabaco recayeron en sus sustancias de referencia, mientras que un 28% de los fumadores recayeron en las mismas.

Conclusiones. Dejar de fumar no se relaciona con una mayor recaída en el consumo de sustancias. El que más participantes abstinentes al tabaco mantuvieran la abstinencia de sus sustancias de referencia respalda la necesidad de trabajar en esta población el consumo tabáquico.

Palabras clave: Tratamiento para dejar de fumar; Abstinencia tabáquica; Trastorno por uso de sustancias; Recaída.

ABSTRACT

Background. Although the prevalence of smoking among individuals with substance use disorder (SUD) is striking high, it is hardly addressed in substance use treatment facilities. One of the most widespread reasons is the belief that smoking cessation causes relapse to the primary substances. The study aim was to examine the effect of smoking cessation on relapse to other substances.

Method. The sample consisted of 42 smokers with SUD, abstinent from other substances, who were assigned to a smoking cessation treatment. Smoking and other substance use status was biochemically verified. Relapse to baseline substances was examined up to six months post-treatment.

Results. Tobacco abstinence was not associated with ever having relapsed to other substance use ($\chi^2=0.105$; $p=0.746$). A total of 23.52% of tobacco abstainers relapsed to their baseline substance, while 28% of smokers relapsed in their primary and/or secondary substance.

Conclusions. Smoking cessation is not associated with increased substance use relapse. The fact that a greater number of abstinent participants maintained sustained abstinence supports the need to address tobacco use in this population.

Key words: Smoking Cessation Treatment; Tobacco abstinence; Substance Use Disorder; Relapse.

ÍNDICE

Introducción	5
Método	7
Participantes y procedimiento.....	7
Instrumentos de medida.....	9
Tratamientos para dejar de fumar.....	10
Diseño.....	11
Análisis de datos.....	11
Resultados	12
Descripción de la muestra.....	12
Análisis de asociación entre las variables.....	14
Discusión	14
Conclusión	16
Referencias	16

Introducción

Según declara la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019a), el tabaquismo es considerado la primera causa de morbilidad prevenible en el mundo, provocando más de ocho millones de muertes cada año. En este sentido, está ampliamente documentado que el tabaco incrementa el riesgo de aparición de un elevado número de enfermedades y que reduce la esperanza de vida (Banegas et al., 2011; Courtney, 2015).

Los esfuerzos realizados en materia de salud pública en las dos últimas décadas han provocado una reducción del consumo diario de tabaco entre la población general a nivel mundial (OMS, 2019b). No obstante, en España los datos indican lo contrario, ya que se ha producido un incremento del consumo diario en los últimos años, pasando de 30,8% en 2015 al 34,0% en 2017 (Plan Nacional sobre Drogas [PNSD], 2017). Actualmente, el 36,8% de la población adulta española ha fumado en el último mes y el 32,3% refiere fumar diariamente (PNSD, 2019).

Si bien, hay subpoblaciones en las que el consumo de tabaco es sorprendentemente alto, como por ejemplo entre las personas con otros trastornos por uso de sustancias (TUS). La prevalencia de tabaquismo en este colectivo es entre dos a cuatro veces superior que en la población general (Compton et al., 2007; Kalman et al., 2005), por lo que entre el 74% y el 88% de las personas con TUS fuman tabaco (Guydish et al., 2020; Ingram et al., 2017). Además, los fumadores con otros TUS presentan una mayor dependencia a la nicotina (Weinberger et al., 2016) y más dificultades para lograr la abstinencia tabáquica (Prochaska et al., 2004). Además, entre los fumadores con TUS, la tasa de mortalidad es cuatro veces mayor que entre los no fumadores (Hser et al., 1994), causando más muertes el tabaquismo que el propio consumo de alcohol (Baca & Yahne, 2009; Hurt, 1996).

A pesar de estos datos preocupantes, los centros de tratamientos de sustancias no han incluido la intervención del tabaquismo en sus servicios (Friedmann et al., 2008; Knudsen et al., 2010). La probabilidad de que se aborde el consumo de nicotina en estos contextos se ve reducida por diversos factores, tales como: la escasez de recursos (e.g., falta de medios económicos, temporales y falta de formación específica), factores de tipo organizativo (e.g., ausencia de restricciones en el número de cigarrillos por día o falta de búsqueda de la abstinencia tabáquica como parte del plan terapéutico)

(González-Roz et al., 2019) y factores del personal (e.g., consideración tanto por parte de los usuarios de estas intervenciones como de los terapeutas de que el consumo de nicotina es menos prioritario y perjudicial en comparación con la/s sustancia/s por la que se inicia el tratamiento) (Brown et al., 2009; de Dios et al., 2009; González-Roz et al., 2019; Piper et al., 2013). Además, una de las barreras más extendidas es la creencia generalizada entre los terapeutas y los usuarios de que la cesación tabáquica podría ocasionar la recaída en las sustancias principales por las que se encuentran a tratamiento (González-Roz et al., 2019; Myers et al., 2007). En suma, todos estos factores justifican que se permita, e incluso promueva, el consumo de tabaco como fuente de fraternización entre compañeros, lo que en definitiva aumenta la dependencia a la nicotina; perpetuándose así los problemas de salud relacionados con el tabaquismo entre esta población (Caldwell & Cutter, 1998; Laudet et al., 2006).

La evidencia científica ha mostrado resultados mixtos con relación al impacto de la cesación tabáquica sobre la abstinencia de otras sustancias (McKelvey et al., 2017). Aunque algunas investigaciones muestren que dejar de fumar aumenta la probabilidad de recaer en las sustancias de referencia (Fu et al., 2008), la mayoría de los estudios indican que la cesación tabáquica no tiene ningún efecto sobre la abstinencia de otras sustancias (Alessi y Petry, 2014; Callaghan et al., 2007; Kahler et al., 2010), o que tiene un impacto positivo, es decir, que dejar de fumar aumenta significativamente la probabilidad de mantenerse abstinentes de otras sustancias (Kalman et al., 2010; Myers et al., 2007; Prochaska et al., 2004).

Hay varias explicaciones de por qué la cesación tabáquica aumenta la probabilidad de mantenerse abstinentes de otras sustancias. Los estudios han señalado a: la ampliación del tiempo de contacto en la intervención, la reducción de los estímulos asociados con el consumo de sustancias, la práctica de habilidades de prevención de recaídas, el aumento de la sensación de dominio y el cambio general positivo en el estilo de vida (Prochaska et al., 2004).

El presente estudio tiene como objetivo dilucidar esta controversia analizando el impacto que tiene la cesación tabáquica sobre la abstinencia a otras sustancias en una muestra de fumadores que concurrentemente están realizando un tratamiento ambulatorio por el consumo de sustancias.

Método

Participantes y procedimiento

Esta investigación constituye un análisis secundario de datos previamente recogidos por la Unidad Clínica de Conductas Adictivas de la Universidad de Oviedo. Los participantes fueron reclutados a través de sus centros de referencia de tratamiento de TUS y también a través de anuncios locales (radio, televisión, medios de comunicación, carteles y folletos). Todos los usuarios dieron su consentimiento informado y el comité de ética de Asturias aprobó el protocolo (No 114/16).

Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de edad, fumar al menos 10 cigarrillos al día durante el último año y estar recibiendo tratamiento ambulatorio para el TUS. Los criterios de exclusión fueron tener un trastorno mental grave (e.g., ideación o tentativa suicida, o trastorno psicótico activo), consumir cannabis de forma habitual y estar recibiendo otro tratamiento para dejar de fumar, ya sea psicológico o farmacológico.

Los participantes interesados fueron citados para una entrevista inicial. De los 101 que realizaron la entrevista, 86 cumplieron criterios de inclusión, 54 comenzaron el tratamiento, y un total de 42 lo finalizaron.

La muestra del presente estudio está conformada por los 42 fumadores que finalizan el tratamiento. A continuación, en la Tabla 1, se presentan las características de la línea base de los participantes.

Tabla 1*Características de la línea base de los participantes*

	Análisis descriptivo (N = 42)
Edad ^a	45,86 (9,49)
Sexo (mujer)	12 (28,6%)
Nivel educativo (<educación secundaria)	21 (50%)
Estado civil (casado)	11 (26,2%)
Situación Laboral (trabajando)	17 (40,4%)
Ingresos mensuales (€) ^a	1.555,98 (1.585,169)
Características del consumo de tabaco	
Número de cigarrillos al día ^a	20,40 (8,302)
Años de consumo tabáquico regular ^a	32,54 (31,33)
CO (ppm) ^a	23,12 (16,28)
COT (ng/ml) ^a	1.888,71 (1.606,84)
FTND ^a	6,10 (2,04)
Intentos de dejar de fumar ^a	1,48 (1,50)
Características del uso de sustancias	
Sustancia principal	
Cocaína/estimulantes	13 (31,0%)
Alcohol	19 (45,2%)
Heroína/opioides	8 (19,0%)
Otros	2 (4,8%)
Edad inicio de consumo ^a	18,88 (6,43)
Años de consumo regular ^a	17,33 (11,23)
Intentos de abandono ^a	2,07 (2,73)
Sustancia secundaria	
Ninguna	25 (59,5%)
Cocaína/estimulantes	5 (11,9%)
Alcohol	5 (11,9%)
Heroína/opioides	1 (2,4%)
Cannabis	5 (11,9%)
Benzodiacepinas fuera de prescripción	1 (2,4%)
Edad inicio de consumo ^a	20,63 (9,56)
Años de consumo regular ^a	16,68 (9,68)
Intentos de abandono ^a	1,38 (2,50)
Días de abstinencia de sustancias distintas a la nicotina ^a	334,21 (502,68)
Días a tratamiento por TUS ^a	420,62 (811,65)

Nota. ^aMedia (desviación estándar); CO (ppm) = monóxido de carbono (partes por millón); COT (ng/ml) = cotinina (nanogramos por mililitro); FTND = Test de Fagerström para la Dependencia de la Nicotina; TUS = Trastorno por Uso de Sustancias.

Instrumentos de medida

Durante la sesión inicial de evaluación, de una hora de duración aproximada, se combinaron estrategias de entrevista semiestructurada con cuestionarios validados empíricamente. Se recogieron varias medidas en los participantes, a saber: datos de carácter sociodemográfico, sobre su consumo de tabaco y relacionado con el consumo de sustancias.

Las características sociodemográficas a evaluar incluían: el sexo, la edad, los ingresos mensuales, el estado civil, el nivel educativo y la situación laboral.

Las variables relacionadas con el consumo de tabaco fueron: número de cigarrillos al día, años de consumo regular, y los intentos previos de dejar de fumar durante al menos 24 horas. La dependencia de la nicotina se midió con el Test de Fagerström para la Dependencia de la Nicotina (FTND; Heatherton et al., 1991). Este test consta de seis ítems y realiza una categorización en cinco niveles considerando: dependencia muy baja (puntuaciones entre 0-2), dependencia baja (puntuaciones entre 3-4), dependencia media (puntuación de 5), dependencia alta (puntuaciones entre 6-7) y dependencia muy alta (puntuaciones entre 8-10) (Fagerström et al., 1990). Esta prueba ha sido validada en castellano, con una fiabilidad que oscila entre 0,56 y 0,64 (Becoña y Vázquez, 1998).

Las características relacionadas con las sustancias fueron: la sustancia principal y la secundaria por la que estaban a tratamiento (i.e., cocaína, heroína, alcohol, cannabis), la edad de inicio de consumo, los intentos previos de abandono, los días de abstinencia de sustancias distintas a la nicotina, y los días que llevaba a tratamiento por el consumo de sustancias.

El estatus de consumo de sustancias fue verificado bioquímicamente. Para el tabaco, se analizó el monóxido de carbono (CO) en aire espirado y la cotinina en orina, a través de un cooxímetro y una máquina de análisis bioquímicos, respectivamente. Para el consumo de sustancias, se evaluó el alcohol en el aire espirado, y el consumo de cocaína, opioides, cannabis, anfetaminas y metanfetaminas mediante pruebas de detección de drogas rápidas.

Tratamientos para dejar de fumar

Los participantes fueron aleatoriamente asignados a dos tratamientos para dejar de fumar: tratamiento cognitivo-conductual (TCC), o a un TCC con un componente de manejo de contingencias (MC).

El protocolo de TCC a seguir se basó en el trabajo de Becoña (2007), pero adaptado a la población con TUS (ver Aonso-Diego et al., 2021). El tratamiento consistió en ocho sesiones en formato grupal con un máximo de cuatro personas. Los participantes debían acudir a la clínica dos veces por semana: una para la sesión de terapia (sesión A) y otra sesión para proporcionar muestras de CO en aire espirado y de la cotinina en orina (sesión B). Las sesiones de terapia duraban unos 120 minutos, mientras que las sesiones de análisis bioquímicos tenían una duración aproximada de 30 minutos. En total, los participantes tuvieron que acudir a la clínica 15 veces ya que en la semana ocho acudieron exclusivamente a una sesión de postratamiento (sesión A).

Los componentes incluidos en la TCC eran: la psicoeducación sobre el consumo de tabaco, los mitos sobre la relación entre el tabaco y el consumo de sustancias, la monitorización de las variables bioquímicas, el control de los estímulos, las habilidades de resolución de problemas, la relajación para la ansiedad y las estrategias de prevención de recaídas.

El componente principal del tratamiento fue el desvanecimiento de la nicotina, que consistía en reducir el consumo de tabaco de los participantes en un 20% cada semana (mediante reducciones semanales del número de cigarrillos diarios y cambios en las marcas de tabaco con niveles inferiores de nicotina). Por lo tanto, el día para dejar de fumar se fijó en 48 horas antes de la sexta sesión.

Los participantes del grupo con un componente de MC recibían el mismo tratamiento previamente indicado, añadiendo incentivos monetarios contingentes a la verificación del estatus de abstinencia tabáquica. Al final del tratamiento, los participantes podían ganar hasta 170 puntos en incentivos, equivalentes a 170€.

Diseño

Se optó por un diseño experimental como procedimiento a seguir en la investigación. Se estableció la abstinencia tabáquica como variable independiente para poder medir su efecto sobre la recaída de otras sustancias (variable dependiente).

Se utilizó una estrategia longitudinal, llevando a cabo comparaciones de tipo intra-sujeto, registrando la misma respuesta a lo largo de una serie de puntos en el tiempo. Se recoge estadísticamente si han recaído o no en su sustancia de referencia a partir de una serie de observaciones fijas y espaciadas temporalmente (i.e., postratamiento, seguimiento de un mes, dos, tres, y seis meses)

Análisis de datos

Se consideró a un participante como abstinentes del tabaco si cumple los siguientes tres criterios: 1) abstinencia autoinformada de al menos 24 horas; 2) niveles de CO en aire espirado menor o igual a 4 ppm; y 3) niveles de cotinina en orina menor o igual a 80 ng/ml.

Se considera que un participante recayó en la sustancia principal y/o secundaria si cumple al menos uno de los tres criterios siguientes: 1) una caída autoinformada (i.e., consumo puntual); 2) una recaída autoinformada (i.e., consumo regular); y 3) análisis bioquímicos positivos.

Se llevaron a cabo análisis descriptivos y de frecuencias de las características basales de los participantes. Las variables cualitativas se presentan según frecuencia y las variables cuantitativas según media y desviación estándar. Se estudiarán las comparaciones entre las medias con las pruebas no paramétricas: U Mann Whitney en las muestras independientes o Wilcoxon en las muestras dependientes.

A su vez, los resultados de la prueba de asociación (el coeficiente de Chi-cuadrado) permitirán establecer la relación entre la abstinencia tabáquica y la recaída en otras sustancias.

El nivel de confianza fue del 95%. Todos los análisis estadísticos se llevaron a cabo con el software estadístico IBM Statistics SPSS, versión 24.

Resultados

Los resultados de este estudio han sido organizados en dos bloques: 1) donde se presentarán los estadísticos descriptivos de los participantes que recaen y de los que se mantienen abstinentes en sus sustancias de referencia, en todas las observaciones de seguimiento, a lo largo de las distintas variables relacionadas con el tabaco; y 2) donde se expondrán los análisis de asociación entre la abstinencia tabáquica y la recaída en otras sustancias enunciándose a su vez de forma descriptiva los datos relacionados con las mismas.

Descripción de la muestra

Se observa a nivel descriptivo que las personas abstinentes de sus sustancias principales y/o secundarias tuvieron un mayor número total de días de abstinencia tabáquica tanto continuada ($14,45 \pm 37,41$ vs. $9,36 \pm 32,26$, $p = 0,808$) como abstinencia total ($28,77 \pm 44,69$ vs. $23,70 \pm 36,06$, $p = 0,005$).

Estos datos van acordes con los análisis bioquímicos donde, aunque no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, los participantes que recayeron en su sustancia principal y/o secundaria en algún punto de las observaciones tienden a presentar mayores niveles de CO en aire espirado ($19,93 \pm 28,04$ vs. $16,95 \pm 19,41$, $p = 0,133$) y cotinina en orina ($1280,89 \pm 1087,60$ vs. $1277,62 \pm 1333,49$, $p = 0,49$).

A continuación, en la Tabla 2, se presentan los estadísticos descriptivos en función del estatus de consumo de las sustancias de referencia, en las diferentes observaciones temporales (i.e., postratamiento, seguimiento de 1 mes, 2 meses, 3 meses y 6 meses).

Tabla 2*Estadísticos descriptivos en función del estatus de consumo de las sustancias de referencia*

	Postratamiento			1 mes			2 meses			3 meses			6 meses		
	Recayó (n = 8)	No recayó (n = 33)	p	Recayó (n = 2)	No recayó (n = 38)	p	Recayó (n = 4)	No recayó (n = 37)	p	Recayó (n = 1)	No recayó (n = 25)	p	Recayó (n = 4)	No recayó (n = 17)	p
Días de abstinencia continuada ^a	3,00 (7,34)	9,03 (12,41)	,198	0,00 (0,00)	9,37 (18,94)	,422	0,00 (0,00)	11,85 (28,74)	,542	0,00 (0,00)	18,12 (39,68)	,628	49,00 (98,00)	5,29 (21,82)	,219
Días de abstinencia total ^a	6,13 (9,51)	11,85 (12,99)	,228	10,00 (11,31)	16,40 (21,02)	,756	17,50 (24,51)	23,38 (31,11)	,734	0,00 (0,00)	31,48 (43,22)	,247	69,25 (88,55)	34,56 (50,16)	,420
CO (ppm) ^a	13,25 (16,16)	10,12 (11,36)	,446	8,00 (5,66)	17,03 (18,32)	,596	23,50 (23,17)	17,12 (17,53)	,463	21,00 (0,00)	26,08 (38,15)	,548	16,25 (16,32)	25,81 (22,15)	,394
COT (ng/ml) ^a	1009,45 (945,32)	758,77 (969,15)	,369	950,10 (173,09)	1234,49 (1145,25)	,872	1361,12 (1091,11)	1353,0 (1219,62)	,714	1259,60 (0,00)	1770,55 (1503,91)	,640	1185,70 (1112,51)	1767,94 (1671,67)	,671
Estatus			,292			,402			,339			,619			,241
Abstinente	3 (60%)	14 (37,8%)		0 (0%)	10 (26,3%)		0 (0%)	7 (18,9%)		0 (0%)	5 (20%)		1 (25%)	1 (5,9%)	
Fumador	2 (40%)	23 (62,2%)		2 (100%)	28 (73,7%)		4 (100%)	30 (81,1%)		1 (100%)	20 (80%)		3 (75%)	16 (94,1%)	

Nota. ^a Media (desviación estándar); CO (ppm) = monóxido de carbono (partes por millón); COT (ng/ml) = cotinina (nanogramos por mililitro); p = significación asintótica (bilateral).

Análisis de asociación entre las variables

Los resultados indican que no existe relación entre haber dejado de fumar en alguna ocasión y la recaída de otras sustancias en ningún punto temporal de las observaciones de seguimiento (ver Tabla 3). Tampoco se encuentra asociación entre haber dejado de fumar en algún momento y haber recaído en su sustancia principal y/o secundaria en algún punto de los seguimientos ($\chi^2 = 0,105$; $p = 0,746$).

Tabla 3

Relación entre haber dejado de fumar alguna vez y recaer en cada punto temporal

Estatus de consumo de sustancias (recayó)	χ^2	p
Postratamiento	1,110	0,292
1 mes	1,263	0,261
2 meses	0,366	0,545
3 meses	0,551	0,458
6 meses	0,297	0,586

Nota. χ^2 = Chi-cuadrado de Pearson; p = significación asintótica (bilateral).

Desde un punto de vista descriptivo, los resultados indican que un 23,52% (4/17) de los participantes abstinentes al tabaco recayeron en su sustancia principal y/o secundaria de consumo. Este dato es inferior al porcentaje de las personas que continuaron fumando, el cual fue un 28% (7/25) el que recayó en su sustancia de referencia. Siendo el valor de la comparación entre ambas no significativo ($p = 0,746$).

Se observa a nivel descriptivo que los participantes cuya sustancia principal era el alcohol recayeron en mayor porcentaje (31,6%, 6/19), seguidos de los consumidores de heroína (25,0%, 2/8), siendo los usuarios de cocaína/estimulantes aquellos con menor porcentaje, con un 15,4% (2/13).

Discusión

Este estudio tuvo como objetivo principal analizar si existe relación entre la abstinencia tabáquica y la recaída de otras sustancias en una muestra de fumadores que concurrentemente están realizando un tratamiento ambulatorio por el consumo de

sustancias. El resultado principal de este estudio es que dejar de fumar no se asocia con una mayor probabilidad de recaída en otras sustancias.

A pesar de que en la literatura hay hallazgos mixtos (ver e.g., Alessi y Petry, 2014; Callaghan et al., 2007; Fu et al., 2008; Kahler et al., 2010; Magee & Winhusen, 2016), otros estudios han encontrado resultados en la misma línea cuando investigaron el efecto del abandono del tabaquismo (Kalman et al., 2010; Myers et al., 2007; Prochaska et al., 2004). Específicamente, varios artículos no han encontrado diferencias en el consumo de alcohol (Kahler et al., 2010; Rohsenow et al., 2015) y otras drogas (Alessi y Petry, 2014; Rohsenow et al., 2015) entre los que dejan de fumar en comparación con los que no lo hacen. En lo referente a los resultados de tratamientos por TUS, otros estudios no hallaron diferencias entre los participantes fumadores y los abstinentes en cuanto a la finalización de la intervención (Callaghan et al., 2007), ni tampoco en la asistencia y a la adherencia al tratamiento (Alessi y Petry, 2014).

A pesar de que no hubo una relación significativa entre las variables de abstinencia tabáquica y recaída en otras sustancias, a nivel descriptivo se encontraron indicadores de que la cesación tabáquica podría favorecer la abstinencia en las sustancias de referencia. Cabe destacar que, aunque no hubo diferencias, se encontró una tendencia entre los participantes que no recayeron en su sustancia de referencia a tener una mayor media total de días en abstinencia tabáquica, tanto continuada como total. A su vez, menos porcentaje de participantes abstinentes al tabaco recayeron en su sustancia principal y/o secundaria. Concretamente, hay investigaciones previas que observan una disminución de la probabilidad de recaída en otras sustancias entre participantes abstinentes que entre fumadores (Dawson et al., 2013; de Dios et al., 2009; Satre et al., 2007; Tsoh et al., 2011). Más específicamente, otros estudios refieren un mayor porcentaje de abstinencia continuada al alcohol (Cavazos-Rehg et al., 2014; Metrik et al., 2011; Myers et al., 2007) y otras sustancias (Winhusen et al., 2014) entre personas sin consumo tabáquico activo.

Algunas limitaciones de esta investigación requieren mención. El pequeño tamaño de muestra ($N = 42$) hace posible que los resultados nulos se deban a la escasa potencia para detectar un efecto. A su vez, hay datos perdidos de participantes que no acudieron a las evaluaciones de seguimiento, por lo que no se obtuvieron sus muestras de CO en aire espirado y de cotinina en orina, lo que podría haber afectado a los

resultados obtenidos. Además, el estudio fue restringido al Principado de Asturias, lo que limita la generalización de los hallazgos del estudio. Por último, el tratamiento residencial de TUS fue excluido, y por tanto los resultados no se pueden extrapolar a este contexto.

Del presente estudio se derivan importantes implicaciones clínicas, ya que estos hallazgos tienen un valor pragmático para el futuro desarrollo de enfoques de tratamiento en personas con TUS. Es importante destacar que existen evidencias que afirman que el tratamiento por TUS no se ve afectado ni con intervenciones de políticas de regulación ambiental (políticas antitabaco) ni en función del tipo de tratamiento para dejar de fumar (e.g. asesoramiento breve para dejar de fumar, entrevista motivacional y ofrecer o no ofrecer reemplazo de nicotina) (McKelvey et al., 2017), por lo que los resultados de este estudio apoyan la idea de que los centros de tratamiento de TUS deben ofrecer atención psicológica especializada para aquellas personas que quieran dejar de fumar, así como promover la motivación para el cambio entre aquellos que, a priori, no busquen tratamiento para la cesación tabáquica.

En suma, el presente estudio pone de manifiesto la necesidad de apoyar las intervenciones intensivas para dejar de fumar que empleen técnicas basadas en la evidencia (ver Fiore et al., 2008) en personas con otros TUS.

Conclusión

En general, y a pesar de las limitaciones planteadas previamente, este estudio ha investigado el efecto de la abstinencia tabáquica sobre la recaída de otras sustancias. Los resultados obtenidos han respaldado que no existe asociación entre mantenerse abstinente del tabaco y recaer en las sustancias de referencia. No obstante, existen indicadores de que la abstinencia tabáquica podría favorecer la abstinencia de otras sustancias. Este hecho tiene implicaciones clínicas y refleja la necesidad de diseñar intervenciones específicas para la cesación tabáquica en esta población.

Referencias

Alessi, S. y Petry, N., (2014). Smoking reductions and increased self-efficacy in a randomized controlled trial of smoking abstinence–contingent incentives in residential substance abuse treatment patients. *Nicotine & Tobacco Research*, 16(11), 1436-1445. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntu095>

- Aonso-Diego, G., González-Roz, A., Martínez-Loredo, V., Krotter, A., y Secades-Villa, R. (2021). Episodic future thinking for smoking cessation in individuals with substance use disorder: Treatment feasibility and acceptability. *Journal Of Substance Abuse Treatment*, *123*, 108259. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108259>
- Baca, C., & Yahne, C. (2009). Smoking cessation during substance abuse treatment: What you need to know. *Journal Of Substance Abuse Treatment*, *36*(2), 205-219. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.06.003>
- Banegas, J., Díez-Gañán, L., Bañuelos-Marco, B., González-Enríquez, J., Villar-Álvarez, F., y Martín-Moreno, J. et al. (2011). Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006. *Medicina Clínica*, *136*(3), 97-102. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.03.039>
- Becoña, E., Cortés Tomás, M., y Pedrero Pérez, E. (2007). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Socidrogalcohol.
- Becoña, E., y Vázquez, F. L. (1998). The Fagerström test for nicotine dependence in a spanish sample. *PsycholRep*, *83*(3 Pt 2), 1455-1458. <https://doi.org/10.2466/pr0.1998.83.3f.1455>
- Brown, R., Strong, D., Abrantes, A., Myers, M., Ramsey, S., & Kahler, C. (2009). Effects on substance use outcomes in adolescents receiving motivational interviewing for smoking cessation during psychiatric hospitalization. *Addictive Behaviors*, *34*(10), 887-891. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.03.003>
- Caldwell, P., & Cutter, H. (1998). Alcoholics anonymous affiliation during early recovery. *Journal Of Substance Abuse Treatment*, *15*(3), 221-228. [https://doi.org/10.1016/s0740-5472\(97\)00191-8](https://doi.org/10.1016/s0740-5472(97)00191-8)
- Callaghan, R., Brewster, J., Johnson, J., Taylor, L., Beach, G., & Lentz, T. (2007). Do total smoking bans affect the recruitment and retention of adolescents in inpatient substance abuse treatment programs? *Journal Of Substance Abuse Treatment*, *33*(3), 279-285. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.12.008>

- Cavazos-Rehg, P., Breslau, N., Hatsukami, D., Krauss, M., Spitznagel, E., & Grucza, R. et al. (2014). Smoking cessation is associated with lower rates of mood/anxiety and alcohol use disorders. *Psychological Medicine*, *44*(12), 2523-2535.
<https://doi.org/10.1017/s0033291713003206>
- Compton, W., Thomas, Y., Stinson, F., & Grant, B. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States. *Archives of general psychiatry*, *64*(5), 566.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.566>
- Courtney, R. (2015). The health consequences of smoking-50 years of progress: a report of the surgeon general, 2014US department of health and human services Atlanta, Georgia: department of health and human services, centers for disease control and prevention. *Drug And Alcohol Review*, *34*(6), 694-695.
<https://doi.org/10.1111/dar.12309>
- Dawson, D., Goldstein, R., & Grant, B. (2013). Prospective correlates of drinking cessation: variation across the life-course. *Addiction*, *108*(4), 712-722.
<https://doi.org/10.1111/add.12079>
- de Dios, M., Vaughan, E., Stanton, C., & Niaura, R. (2009). Adolescent tobacco use and substance abuse treatment outcomes. *Journal Of Substance Abuse Treatment*, *37*(1), 17-24. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.09.006>
- Fagerström, K. O., Heatherton, T. F., & Kozlowski, L. T. (1990). Nicotine addiction and its assessment. *Ear, nose, & throat journal*, *69*(11), 763–765. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2276350/>
- Fiore, M., Jaen, C. R. & Baker, T. (2008). Treating tobacco use and dependence: update. *Evidence Based Practices for Substance Use Disorders*. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>
- Friedmann, P., Jiang, L., & Richter, K. (2008). Cigarette smoking cessation services in outpatient substance abuse treatment programs in the United States. *Journal Of Substance Abuse Treatment*, *34*(2), 165-172.
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.02.006>

- Fu, S., Kodl, M., Willenbring, M., Nelson, D., Nugent, S., Gravely, A., & Joseph, A. (2008). Ethnic differences in alcohol treatment outcomes and the effect of concurrent smoking cessation treatment. *Drug And Alcohol Dependence*, 92(1-3), 61-68. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.06.014>
- González-Roz, A., Ruano, L., Aonso-Diego, G., García-Pérez, Á., Weidberg, S., y Secades-Villa, R. (2019). Abordaje del tabaquismo en centros de tratamiento de drogodependencias: implicaciones clínicas y recomendaciones para su implementación. *Adicciones*, 31(4), 327. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1270>
- Guydish, J., Kapiteni, K., Le, T., Campbell, B., Pinsker, E., & Delucchi, K. (2020). Tobacco use and tobacco services in California substance use treatment programs. *Drug And Alcohol Dependence*, 214, 108173. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108173>
- Heatherston, T., Kozlowski, L., Frecker, R., & Fagerstrom, K. (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Addiction*, 86(9), 1119-1127. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x>
- Hser, Y., Mccarthy, W., & Anglin, M. (1994). Tobacco use as a distal predictor of mortality among long-term narcotics addicts. *Preventive Medicine*, 23(1), 61-69. <https://doi.org/10.1006/pmed.1994.1009>
- Hurt, R. (1996). Mortality following inpatient addictions treatment. *JAMA*, 275(14), 1097. <https://doi.org/10.1001/jama.1996.03530380039029>
- Ingram, I., Kelly, P., Deane, F., Baker, A., Lyons, G., & Blackman, R. (2017). An exploration of smoking among people attending residential substance abuse treatment: prevalence and outcomes at three months post-discharge. *Journal Of Dual Diagnosis*, 13(1), 67-72. <https://doi.org/10.1080/15504263.2017.1287456>
- Kahler, C., Borland, R., Hyland, A., McKee, S., O'Connor, R., Fong, G., & Cummings, K. (2010). Quitting smoking and change in alcohol consumption in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Drug And Alcohol*

Dependence, 110(1-2), 101-107.

<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.02.008>

Kalman, D., Kim, S., DiGirolamo, G., Smelson, D. & Ziedonis, D. (2010). Addressing tobacco use disorder in smokers in early remission from alcohol dependence: The case for integrating smoking cessation services in substance use disorder treatment programs. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 12-24.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.009>

Kalman, D., Morissette, S., & George, T. (2005). Co-morbidity of smoking in patients with psychiatric and substance use disorders. *American Journal On Addictions*, 14(2), 106-123. <https://doi.org/10.1080/10550490590924728>

Knudsen, H., Studts, J., Boyd, S., & Roman, P. (2010). Structural and cultural barriers to the adoption of smoking cessation services in addiction treatment organizations. *Journal Of Addictive Diseases*, 29(3), 294-305.

<https://doi.org/10.1080/10550887.2010.489446>

Laudet, A., Morgen, K., & White, W. (2006). The role of social supports, spirituality, religiousness, life meaning and affiliation with 12-step fellowships in quality of life satisfaction among individuals in recovery from alcohol and drug problems. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 24(1-2), 33-73.

https://doi.org/10.1300/j020v24n01_04

Magee, J., & Winhusen, T. (2016). The coupling of nicotine and stimulant craving during treatment for stimulant dependence. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 84(3), 230-237. <https://doi.org/10.1037/ccp0000054>

McKelvey, K., Thrul, J., & Ramo, D. (2017). Impact of quitting smoking and smoking cessation treatment on substance use outcomes: An updated and narrative review. *Addictive Behaviors*, 65, 161-170.

<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.10.012>

Metrik, J., Spillane, N., Leventhal, A., & Kahler, C. (2011). Marijuana use and tobacco smoking cessation among heavy alcohol drinkers. *Drug And Alcohol Dependence*, 119(3), 194-200. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.06.004>

- Myers, M., Doran, N., & Brown, S. (2007). Is cigarette smoking related to alcohol use during the 8 years following treatment for adolescent alcohol and other drug abuse? *Alcohol And Alcoholism*, 42 (3), 226-233.
<https://doi.org/10.1093/alcalc/agm025>
- Organización Mundial de la Salud. (2019a). *Tabaco*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Organización Mundial de la Salud. (2019b). *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo*. Recuperado de:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326072/WHO-NMH-PND-2019.5-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Piper, M., Rodock, M., Cook, J., Schlam, T., Fiore, M., & Baker, T. (2013). Psychiatric diagnoses among quitters versus continuing smokers 3 years after their quit day. *Drug And Alcohol Dependence*, 128(1-2), 148-154.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.08.023>
- Plan Nacional sobre Drogas (2017). Encuesta sobre alcohol, drogas y otras adicciones en España (EDADES), 1995-2017. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio de Sanidad. Recuperado de:
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019_Informe_EDADES.pdf
- Plan Nacional sobre Drogas (2019). Encuesta sobre alcohol, drogas y otras adicciones en España (EDADES), 1995-2019/2020. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio de Sanidad. Recuperado de:
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-20_Informe_EDADES.pdf
- Prochaska, J., Delucchi, K., & Hall, S. (2004). A meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance abuse treatment or recovery. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 72(6), 1144-1156.
<https://doi.org/10.1037/0022-006x.72.6.1144>
- Rohsenow, D., Tidey, J., Martin, R., Colby, S., Sirota, A., Swift, R., & Monti, P. (2015). Contingent vouchers and motivational interviewing for cigarette smokers

in residential substance abuse treatment. *Journal Of Substance Abuse Treatment*, 55, 29-38. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.02.010>

Satre, D., Kohn, C., & Weisner, C. (2007). Cigarette smoking and long-term alcohol and drug treatment outcomes: a telephone follow-up at five years. *American Journal On Addictions*, 16(1), 32-37.
<https://doi.org/10.1080/10550490601077825>

Tsoh, J., Chi, F., Mertens, J., & Weisner, C. (2010). Stopping smoking during first year of substance use treatment predicted 9-year alcohol and drug treatment outcomes. *Drug And Alcohol Dependence*, 114, 110-118.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.09.008>

Weinberger, A., Funk, A., & Goodwin, R. (2016). A review of epidemiologic research on smoking behavior among persons with alcohol and illicit substance use disorders. *Preventive Medicine*, 92, 148-159.
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.05.011>

Winhusen, T., Kropp, F., Theobald, J., & Lewis, D. (2014). Achieving smoking abstinence is associated with decreased cocaine use in cocaine-dependent patients receiving smoking-cessation treatment. *Drug And Alcohol Dependence*, 134, 391-395. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.09.019>