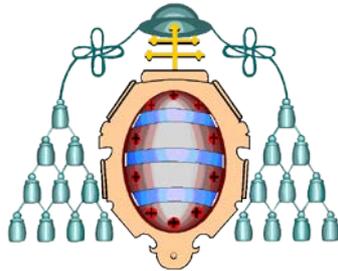


UNIVERSIDAD DE OVIEDO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Máster en Psicología General Sanitaria
Curso Académico 2017 - 2018

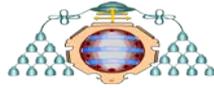
**TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA DEJAR DE FUMAR
EN PACIENTES CON HISTORIA DE ALCOHOLISMO**

Trabajo Empírico

Sofía Velat Llavona

Oviedo, Enero 2018

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA DEJAR DE FUMAR EN PACIENTES CON HISTORIA DE ALCOHOLISMO



RESUMEN

Introducción

Investigaciones previas relacionan los beneficios de un tratamiento integrado, que persiga la abstinencia del tabaquismo y del alcoholismo al mismo tiempo. Estudios relacionan el descenso en la sintomatología depresiva tras realizar un tratamiento para el abandono del tabaco. El presente estudio tiene como objetivo principal evaluar la efectividad de un tratamiento cognitivo-conductual (TCC) para dejar de fumar en pacientes ingresados en una comunidad terapéutica para el tratamiento del alcoholismo.

Método

Se lleva a cabo un TCC de 8 semanas de duración, en una muestra compuesta por 19 fumadores ingresados en una comunidad terapéutica. La dependencia a la nicotina se midió con el Test de Fagerström de Dependencia de la nicotina.

Resultados

El porcentaje de abstinencia al final de tratamiento fue del 45.45%. Se obtuvo una reducción estadísticamente significativa en el número de cigarrillos consumidos tras el tratamiento ($M = 2,82$, $DT = 4,09$), y en las puntuaciones del BDI-II ($M = 8,45$, $DT = 7,62$).

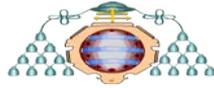
Conclusiones

Un TCC es efectivo en personas que también tienen dependencia del alcohol. La reducción de la sintomatología depresiva, en fumadores que acuden a un tratamiento de abandono de tabaco, apoya la importancia de proporcionar tratamientos para dejar de fumar a esta población.

Palabras clave

Dependencia nicotínica, alcohol, tratamiento cognitivo-conductual, depresión, comunidad terapéutica.

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA DEJAR DE FUMAR EN PACIENTES CON HISTORIA DE ALCOHOLISMO



ABSTRACT

Background

Previous research relates the benefits of an integrated treatment that pursues abstinence from smoking and alcoholism at the same time. Studies relate the decrease in depressive symptomatology after performing a treatment for smoking cessation. The main objective of this study was to evaluate the effectiveness of a Cognitive-Behavioral Treatment (CBT) in patients admitted to a therapeutic community for the treatment of alcoholism.

Method

An 8-week CBT was carried out on a sample composed of 19 smokers admitted to a therapeutic community. Nicotine dependence was measured with the Fagerström Test of Nicotine Dependence.

Results

At the end of treatment, the percentage of abstinence was 45.45%. A statistically significant reduction was obtained in the number of cigarettes consumed after treatment ($M = 2,82$, $SD = 4.09$) and in the BDI-II scores ($M = 8.45$, $SD = 7.62$).

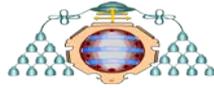
Conclusions

Providing CBT is effective in people who also have alcohol dependence. The reduction of depressive symptomatology in smokers who attend tobacco cessation treatment, supports the importance of providing this population with treatments to stop smoking.

Key words

Nicotinic dependence, alcohol, cognitive-behavioral treatment, depression, therapeutic community.

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA DEJAR DE FUMAR EN PACIENTES CON HISTORIA DE ALCOHOLISMO



Introducción

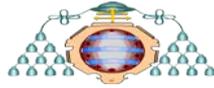
El consumo de tabaco es la principal causa de muerte prevenible en todo el mundo. Mata a más de 7 millones de personas al año, de las cuales más de 6 millones son consumidoras directas y alrededor de 890.000 son no fumadoras expuestas al humo ambiental (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Según la última encuesta epidemiológica del Plan Nacional Sobre Drogas (EDADES, 2015), el tabaco es la segunda sustancia psicoactiva más consumida entre la población española de 15 a 64 años. De acuerdo con el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, el 72,5% ha fumado tabaco alguna vez en su vida (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2013; OEDT, 2016).

El consumo de alcohol predomina entre los fumadores, de tal forma que el 85,3% de las personas que fuman, reconoce consumir también alcohol y, a su vez, un 44.1% de las personas que consumen alcohol, reconoce fumar de forma diaria. Los datos epidemiológicos han demostrado que los fumadores diarios y no diarios son más propensos al consumo de alcohol, a consumir alcohol diariamente y a consumir mayores cantidades de alcohol (Mckee y Weinberger, 2014). Los efectos del consumo conjunto de alcohol y tabaco en la salud son demoledores. El riesgo de enfermedad y defunción es mayor que la suma de ambos riesgos por separado, resultando la población alcohólica la primera víctima, a menudo sin tener la información del riesgo que conlleva el consumo conjunto de alcohol y tabaco (Nieva y Gual, 2005).

Actualmente, la evidencia indica que fumar no es una estrategia de afrontamiento eficaz para hacer frente a los síntomas de abstinencia del alcohol y proporcionar una terapia para el abandono de tabaco, no implica mayor probabilidad de recaer en el alcohol (Thurgood, McNeill, Clark-Carter, y Brose, 2015). Varios son los estudios que han mostrado tasas más altas en la abstinencia de ambas sustancias, como consecuencia de dejar de fumar a la vez, o al poco

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA DEJAR DE FUMAR EN PACIENTES CON HISTORIA DE ALCOHOLISMO



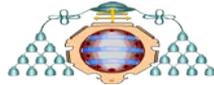
tiempo de iniciar el tratamiento para el alcohol (Cooney et al., 2017; Dermody y Donny, 2014; Patten, 1998).

Se encuentra mayor tendencia a el abandono del alcohol, en aquellos grupos en los que se realiza un programa de abandono del tabaco, frente a los que continúan fumando y no reciben ningún tratamiento para dejar de fumar. Además, se observan mejores resultados en sujetos ambulatorios frente a los hospitalizados. (Thurgood et al., 2015). Así pues, los tratamientos para el abandono del consumo del tabaco se relacionan con una mayor probabilidad de alcanzar la abstinencia del alcohol. A lo largo de estos últimos años, varias revisiones indican los efectos positivos de dejar de fumar, en el contexto del tratamiento por consumo de sustancias, incluyendo el del alcohol (Apollonio, Philipps, y Bero, 2016; Dermody y Hendershot, 2017; McKelvey, Thrul, y Ramo, 2017; Prochaska, Delucchi, y Hall, 2004; Winhusen et al., 2014).

Con respecto a la efectividad de los distintos tratamientos para dejar de fumar, diversas revisiones han encontrado que el Tratamiento Cognitivo-Conductual (TCC), el Tratamiento Sustitutivo de la Nicotina (TSN) y la combinación de ambos tienen efectos beneficiosos en el cese del tabaquismo (Thurgood et al., 2015). Además, el manejo de contingencias (MC) y la actividad física han mostrado resultados alentadores indicando que aquellos pacientes que reciben una intervención basada en el ejercicio físico o *vouchers* para reforzar la abstinencia, alcanzan tasas de abstinencia del 60% en comparación con aquellos asignados a una condición control, que es del 29% (Cooney et al., 2017).

En pacientes con sintomatología depresiva, se ha observado que los tratamientos para dejar de fumar, no solo no empeoran la sintomatología depresiva, sino que se relacionan con una mayor probabilidad de alcanzar la abstinencia y una reducción de dicha sintomatología al finalizar el tratamiento. Se ha observado que los tratamientos psicológicos para el estado de ánimo, tienen mejores resultados que el consejo breve (Kahler, Spillane, Bush y Leventhal,

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA DEJAR DE FUMAR EN PACIENTES CON HISTORIA DE ALCOHOLISMO



2011; Morozova, Rabin y George, 2015; Secades-Villa, González-Roz, García-Pérez, y Becoña, 2017).

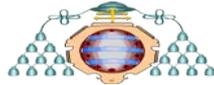
Actualmente el tratamiento de Activación Conductual (AC) es considerada una intervención prometedora por su alta eficacia a la hora de promover la abstinencia del tabaco y mejorar los síntomas depresivos entre los fumadores (Collado, Calderón, MacPherson, y Lejuez, 2016; MacPherson et al., 2010). Sin embargo, hasta la fecha, son pocos los estudios que hayan integrado este componente dentro de un programa para dejar de fumar.

A pesar que se brinda cada vez más asesoramiento para dejar de fumar (Friedmann et al., 2008), sigue siendo poco habitual ofrecer un tratamiento para dejar de fumar a personas en tratamiento por dependencia del alcohol. Las barreras a esta intervención suelen ser por falta de conocimiento y creencia de que el tratamiento para dejar de fumar provoca una recaída en el alcohol. Además fumar se ve menos dañino, es legal, está socialmente aceptado y está más disponible (Thurgood et al., 2015).

En la actualidad supone una práctica habitual no informar a los pacientes alcohólicos de los riesgos añadidos del consumo conjunto de alcohol y tabaco. Por otro lado, el tabaquismo no se considera como un objetivo prioritario en la deshabituación alcohólica y la falta de integración del mismo en los programas de actuación del abordaje del tabaquismo de los centros de drogodependencias y/o comunidades terapéuticas, es frecuente (Nieva y Gual, 2005).

Distintos estudios indican que las políticas libres de humo se relacionan con una reducción de la prevalencia de fumadores y de los cigarrillos consumidos de forma diaria (Mckee y Weinberger, 2014). Igualmente, este tipo de intervenciones se han relacionado con la prevención de enfermedades pulmonares relacionadas con el tabaquismo, al reducir el riesgo de exposición al tabaco de personas no fumadoras. Estas políticas se asociaron, además, con un consumo reducido de alcohol entre grandes bebedores y fumadores, y a una mayor remisión de trastornos por consumo de alcohol. Estos resultados apoyan la evidencia que destaca los efectos positivos de las políticas y normativas que faciliten la vida

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA DEJAR DE FUMAR EN PACIENTES CON HISTORIA DE ALCOHOLISMO



libre de tabaco, ya que la regulación sobre el tabaco (espacios libres de humo, impuestos sobre el tabaco, normativas en los centros de tratamiento de sustancias) es vital para desnormalizar el consumo de tabaco, tiene un amplio alcance poblacional y el potencial de reducir el consumo de alcohol. Los centros de drogodependencias no deben de ser una excepción.

El presente trabajo aborda esta línea de investigación al evaluar el impacto de un tratamiento psicológico para dejar de fumar en pacientes que se encuentran realizando un programa de deshabituación del alcoholismo.

El objetivo principal del estudio fue evaluar la efectividad de un tratamiento cognitivo-conductual (TCC) para dejar de fumar en pacientes ingresados en una comunidad terapéutica para el tratamiento del alcoholismo. Los objetivos específicos fueron los siguientes: analizar las tasas de abstinencia al final del tratamiento, analizar los cambios producidos en la sintomatología depresiva como resultado de la aplicación del programa de reducción de nicotina y analizar el proceso de implementación de un programa de estas características en un contexto residencial.

Método

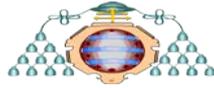
Participantes

La muestra de este estudio estuvo compuesta por 34 sujetos (30 hombres y 4 mujeres), con una media de edad de 51.39 ($DT = 7.82$), en tratamiento por consumo de alcohol en una comunidad terapéutica (CT).

Todos los participantes se encontraban en la CT en tratamiento para la dependencia del alcohol ($n = 24$) o bien se encontraban en el periodo de seguimiento de dicho tratamiento, residiendo ya en sus domicilios ($n = 10$).

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: ser mayor de 18 años, estar en tratamiento o en seguimiento tras finalizar el programa de deshabituación del alcoholismo en CT, cumplir los criterios para la dependencia de la nicotina según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4ª edición, rev.doc., DSM-IV-TR) (APA, 2000). Los participantes fueron excluidos en caso

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA DEJAR DE FUMAR EN PACIENTES CON HISTORIA DE ALCOHOLISMO



de estar recibiendo tratamiento psicológico para el bajo estado de ánimo y/o tratamiento alternativo para dejar de fumar en el momento de la evaluación.

Todos los participantes recibieron información sobre el estudio y firmaron el consentimiento informado.

Tras realizar la sesión motivacional, mostraron interés en realizar el programa 27 personas, se inició el tratamiento con 3 grupos simultáneos, atendiendo así a 12 personas. Los demás participantes quedaron en lista de espera. En ese tiempo de espera 8 personas decidieron no iniciar el tratamiento, por lo que finalmente el grupo experimental se redujo a 19 personas.

De las personas que iniciaron el tratamiento, 5 personas (26.31%) abandonaron de forma voluntaria el tratamiento antes de finalizarlo, otras 3 personas (15.78%) fueron excluidas del estudio tras ser expulsadas de la comunidad terapéutica y por fallecimiento de una de ellas. Por lo que finalizan el tratamiento 11 personas (57.9% de la muestra experimental). Las características sociodemográficas y clínicas más importantes de los participantes en la línea base se muestran en la Tabla 1.

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA DEJAR DE FUMAR EN
PACIENTES CON HISTORIA DE ALCOHOLISMO

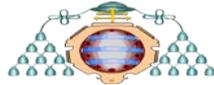


Tabla 1

Características de los participantes.

Variables	Grupo control (n=15)		Grupo experimental (n=19)		Muestra total (n=34)	
	M ± DT	Rango	M ± DT	Rango	M ± DT	Rango
Edad	53,64±7,07	32	49,53±7,13	25	51,39±7,82	32
Nº cigarrros/día	16,21±6,99	24	15,35±6,55	22	15,74±6,41	27
Años consumo tabaco	35,29±8,24	29	31,88±7,63	30	33,42±8,1	31
Nivel de estudios*	3,14± 1,51	5	2,24± 1,35	4	2,65±1,49	5
Casado/En pareja (%)	7,14	-	17,64	-	12,5	-
Residencia ciudad (%)	85,71	-	82,35	-	81,25	-
Desempleado (%)	57,14	-	58,82	-	56,25	-
Nº enfermedades	2,71± 1,9	6	5,76± 2,82	9	4,39±2,82	11
CO (ppm)	31,36±14,6	50	23,88±10,5	43	26,82±12,6	61
FTDN	4,93± 1,97	6	4,53±1,58	6	4,72±1,78	7
BDI- II	13,40±6,52	22	13±9,6	32	13,19±8,42	34

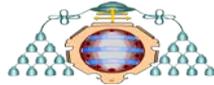
Nota. CO(ppm) = Monóxido de Carbono (partículas por millón); FTDN = Test de Fagerström de dependencia a la nicotina; BDI-II = Inventario de depresión de Beck-II *Nivel de estudios en un rango de 0-Sin estudios a 7-Estudios universitario de 3 ciclo.

Variabes e instrumentos

Se empleó una historia clínica elaborada ad-hoc para evaluar las características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil y nivel de estudios) y clínicas (depresión, ansiedad...) de los participantes en la línea base.

Se utilizó el test de Fagerström de Dependencia de la Nicotina (FTND Heatherton, et al., 1991) para evaluar la gravedad de la dependencia a la nicotina. Puntuaciones entre 0-4 indican un nivel de dependencia bajo, puntuaciones de 5 ó 6, dependencia moderada y por encima de 7 indica dependencia alta de la nicotina.

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA DEJAR DE FUMAR EN PACIENTES CON HISTORIA DE ALCOHOLISMO



El Cuestionario de Estadios del Cambio (Prochaska, Di Clemente, 1992) se utilizó para evaluar el estadio de preparación para el cambio en la sesión pre y postratamiento.

Se empleó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II; Beck, Steer, y Brown, 1996) para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva. Puntuaciones entre 0-9 indican ausencia de depresión, de 10 a 18 depresión leve, de 19 a 29 depresión moderada y por encima de 29 indica depresión grave.

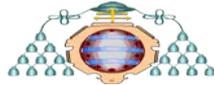
Con el propósito de obtener medidas objetivas relacionadas con el consumo de tabaco en la evaluación inicial (línea base) y al final del tratamiento (8^o semana), se utilizó un cooxímetro Micro Smokerlyzer, (Bedfont Scientific, Rochester, United Kingdom) para evaluar el monóxido de carbono (CO) en el aire espirado. Valores iguales o inferiores a 6 partículas por millón (ppm) se consideraron para confirmar el estatus de abstinencia de los pacientes.

Intervención

Para el reclutamiento de los participantes se realizó una intervención breve, consistente en una sesión motivacional incluyendo las técnicas propias de la Entrevista Motivacional (preguntas abiertas, afirmaciones, escucha reflexiva, proporcionar información y resumir) (Miller y Rollnick, 1999). Se ofreció la oportunidad de realizar el programa de deshabituación tabáquica, de forma totalmente gratuita y voluntaria. Aquellos pacientes que no quisieron participar cumplieron la batería de evaluación anteriormente mencionada y fueron asignados a un grupo control.

Se organizaron los grupos de tratamiento en función de la disponibilidad horaria de los participantes en seguimiento y de las actividades terapéuticas propias del centro. Se formaron grupos de máximo 4 participantes. El programa de deshabituación tabáquica se administró simultáneamente al tratamiento para la dependencia del alcohol, tanto en aquellos participantes que lo recibieron en la CT, como para los que se encontraban en seguimiento de dicho tratamiento.

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA DEJAR DE FUMAR EN PACIENTES CON HISTORIA DE ALCOHOLISMO



La terapeuta del tratamiento fue una estudiante del Máster de Psicología General Sanitaria, bajo la supervisión de una Psicóloga General Sanitaria. Las sesiones fueron grabadas en audio para garantizar la adherencia de las terapeutas al protocolo de tratamiento.

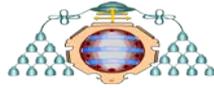
Tratamiento Cognitivo - Conductual (TCC)

Los participantes interesados en dejar de fumar recibieron un tratamiento cognitivo-conductual (TCC) para dejar de fumar, al que se añadió un componente de activación conductual (AC). Actualmente este tipo de programas multicomponentes, se consideran los más eficaces para el tratamiento del tabaquismo (Secades Villa y Fernández Hermida, 2001), así mismo, la activación conductual ha demostrado su eficacia para el tratamiento de la depresión y del tabaquismo (Collado et al. 2016; Kanter et al., 2010; MacPherson et al. 2010).

El protocolo consistió en un programa de reducción gradual de nicotina, de ocho semanas de duración. Es un programa multicomponente, estructurado en sesiones que incluyen: información sobre el tabaco, contrato conductual a través del cual los pacientes se comprometían a asistir a las sesiones, autocontrol y representación gráfica del consumo de cigarrillos, autorregistros, reducción gradual de la nicotina, (una reducción semanal del 30% de la nicotina, desde la primera a la cuarta semana, y abstinencia desde la quinta sesión en adelante), control de estímulos, estrategias para controlar los síntomas de abstinencia de la nicotina, feedback fisiológico del consumo de nicotina (medido por CO), entrenamiento en conductas alternativas a la conducta de fumar, refuerzo social de la finalización de objetivos y la abstinencia, y estrategias de prevención de recaídas.

Con el fin de mejorar el estado anímico de los participantes, se añadió un componente de activación conductual que incluía: técnicas de resolución de problemas, reforzamiento de conductas alternativas, monitorización y programación gradual de actividades potencialmente reforzantes (Barraca y Pérez, 2015; Churchill et al., 2013; Collado et al. 2016).

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA DEJAR DE FUMAR EN PACIENTES CON HISTORIA DE ALCOHOLISMO



Se realizaron dos mediciones de CO semanales; una durante la sesión de tratamiento y otra medición, programada entre sesiones. Los participantes fueron informados de su nivel de CO tras su medición.

Análisis de datos.

Se realizaron *pruebas t de Student para muestras relacionadas* con el fin de evaluar el impacto del tratamiento en las variables relacionadas con el consumo de tabaco (número de cigarrillos al día, miligramos de nicotina consumidos, CO y dependencia a la nicotina) y en la sintomatología depresiva. Para ello se compararon los miligramos de nicotina consumidos, los cigarrillos al día, el CO, las puntuaciones del Test de Fagerström para la dependencia de la Nicotina y las puntuaciones del BDI-II, en diferentes momentos temporales: pretratamiento y postratamiento.

En cuanto al tamaño del efecto, se calculó la d de Cohen y la ϕ , siguiendo las pautas de Cohen, $d \leq 0.20$, $d \leq 0.50$ y $d \leq 0.80$ que corresponden a un tamaño del efecto pequeño, medio y grande, respectivamente (Cohen, 1988).

El paquete estadístico usado es el IBM SPSS Statistics Processor versión 22.

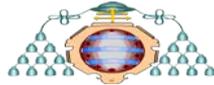
Resultados

Tasa de abstinencia y evolución intratratamiento de las medidas relacionadas con el consumo de tabaco.

De los 11 participantes que realizan el tratamiento completo, 5 personas (45.45%) consiguen la abstinencia del tabaco y 6 personas (54.55%) siguen fumando al finalizar las 8 sesiones de tratamiento.

Se encontraron diferencias en el porcentaje de abstinentes en función de la residencia o no en la comunidad terapéutica, ($\chi^2(1) = 11,000$, $p = ,001$, $\phi = -1$). El 100% de los abstinentes no residían ya en la comunidad terapéutica, si no que eran pacientes en seguimiento, por lo tanto, residían en sus domicilios.

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA DEJAR DE FUMAR EN PACIENTES CON HISTORIA DE ALCOHOLISMO



Al finalizar las ocho semanas de tratamiento se encontró una reducción estadísticamente significativa en el número de cigarrillo y miligramos de nicotina consumidos de forma diaria, en el CO en aire espirado y en la dependencia de la nicotina (Ver Tabla 2).

Tabla 2

Diferencias en las medidas relacionadas en el consumo de tabaco

	Pretratamiento	Postratamiento	<i>T</i>	<i>P</i>	<i>d</i>
Nº Cigarrillos	15,35 ± 6,55	2,82 ± 4,09	5,886	< ,001	1,77
Mg. consumidos	0,80 ± ,00	0,245 ± ,358	5,126	< ,003	1,54
CO	23,88 ± 10,5	13,09 ± 18,43	2,584	,027	,77
FTDN	4,53 ± 1,58	2 ± 1,76	2,644	,027	,83

Nota. ^a = Media ± Desviación Típica; *t* = prueba *t* de Student; *d* = Tamaño del efecto *d* de Cohen.

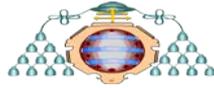
Nº cigarrillos = Número de cigarrillos consumidos por día; Mg. consumidos = Miligramos de nicotina; CO = Monóxido de Carbono (partículas por millón); FTDN = Test de Fagerström de dependencia a la nicotina;

Las diferencias encontradas en el Cuestionario de Estadios del cambio entre las puntuaciones en las medidas pretratamiento ($M = 3,73$, $DT = ,47$) y postratamiento ($M = 3,09$, $DT = 1,13$) evidencian un cambio favorable en la preparación para dejar de fumar, pero este cambio no es estadísticamente significativo, ($t(10) = 1,88$, $p = 0,089$).

Evolución de la sintomatología depresiva

La prueba *t* nos indica una reducción estadísticamente significativa entre las puntuaciones pretratamiento en el BDI-II ($M = 13$, $DT = 9,6$) y las puntuaciones postratamiento ($M = 8,45$, $DT = 7,62$), $t(10) = 2,813$, $p = 0,018$. Se observa un tamaño del efecto grande ($d = 0.85$).

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA DEJAR DE FUMAR EN PACIENTES CON HISTORIA DE ALCOHOLISMO



Discusión

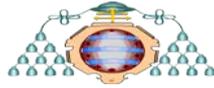
El objetivo principal de este estudio fue evaluar la efectividad de un TCC para dejar de fumar en pacientes ingresados en una comunidad terapéutica para el tratamiento del alcoholismo. En segundo lugar se trataba de analizar los cambios producidos en la sintomatología depresiva como resultado de la aplicación del programa de reducción de nicotina. Por último, se analizó el proceso de implementación de un programa de estas características en un contexto residencial.

Los hallazgos encontrados fueron los siguientes: 1) Un 45.45% de los participantes que finalizaron el TCC alcanzó la abstinencia, 2) El 100% de las personas abstinentes no residían en la comunidad terapéutica. Se trataba de pacientes en seguimiento para el tratamiento de deshabitación alcohólica que residían en sus propios domicilios y, 3) La sintomatología depresiva disminuyó de manera significativa tras el programa para dejar de fumar.

Los resultados respaldan la hipótesis de que un programa de reducción gradual de nicotina, es efectivo en pacientes con dependencia del alcohol (Cooney et al., 2017; Dermody y Donny, 2014). Estos tratamientos obtienen como resultado secundario una mejoría en la sintomatología depresiva de los pacientes en tratamiento (Sonne et al., 2010). Sin embargo, los resultados indican que aún se debe trabajar mucho en los ambientes terapéuticos residenciales, para implantar de manera efectiva tratamientos integrados de las drogodependencias (incluido el alcohol y tabaco).

La efectividad del programa de reducción gradual de nicotina queda probada con una tasa de abstinencia al finalizar el tratamiento del 45.45% en el grupo que recibió el tratamiento completo. El grupo de participantes que recibió un TCC para dejar de fumar, evidenció además una reducción significativa en los niveles de CO en aire espirado, así como en las puntuaciones en el Test de Fagerström de dependencia de la nicotina.

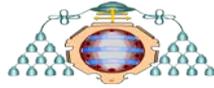
TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA DEJAR DE FUMAR EN PACIENTES CON HISTORIA DE ALCOHOLISMO



Esta tasa de abstinencia está muy por encima de los resultados hallados en un meta-análisis de 11 estudios, en el que se analizaba la efectividad del tratamiento concurrente del consumo de sustancias (incluido alcohol y tabaco), que sitúa las tasas de abstinencia en torno al 12% (Prochaska et al., 2004). Estas diferencias en la abstinencia pueden estar causadas por los componentes terapéuticos incluidos en el TCC llevado a cabo. La AC incrementa el contacto de los pacientes con un entorno saludable, incompatible con el consumo de sustancias. Los consumidores se implican en actividades relacionadas con el consumo y tienden a evitar y abandonar las actividades saludables. El hecho de incrementar el número y la variedad de actividades permite a los pacientes recuperar el gusto y disfrute por las actividades que han dejado de lado (Lejuez et al., 2001; MacPherson et al. 2010). Otro componente del TCC que puede explicar estas diferencias en las tasas de abstinencia es la reducción gradual de nicotina, ya que no precipita el síndrome de abstinencia habitual que ocurre al dejar de fumar de forma abrupta, quizá por ello tengan más confianza y motivación para dejar de fumar (Dermody y Donny, 2014). El uso de estos componentes integrados en el TCC difiere de los estudios previamente publicados.

Estudios avalan la evidencia que destaca los efectos beneficiosos de integrar un tratamiento para dejar de fumar en un programa más amplio de deshabitación del alcoholismo, que incluye como objetivos terapéuticos la abstinencia de las dos sustancias, pues mejoran las tasas de abstinencia del tabaco sin que existan diferencias en las tasas de abstinencia de otras sustancias, incluido el alcohol con respecto a los tratamientos exclusivos para uso de sustancias (Cooney et al, 2007; Dermody y Donny, 2014; Winhusen et al., 2014). Los resultados de una revisión reciente que evaluó la efectividad de los tratamientos para dejar de fumar y el impacto de éstos en el tratamiento de uso por sustancias (ocho para el tratamiento de alcohol), indicaron que se encontraban mejores tasas de abstinencia en aquellos pacientes que realizaban el tratamiento conjunto de alcohol y tabaco, frente aquellos que realizaban un tratamiento secuencial. Además, los mayores beneficios se encontraban entre aquellos pacientes que realizaban el tratamiento

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA DEJAR DE FUMAR EN PACIENTES CON HISTORIA DE ALCOHOLISMO

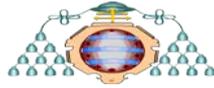


de forma ambulatoria, frente a los pacientes hospitalizados (Thurgood et al., 2015). En la misma línea, una revisión de este mismo año analizó la eficacia de los tratamientos para dejar de fumar en población policonsumidora (McKelvey et al., 2017), evidenciando tasas altas de abstinencia del tabaco en aquellos pacientes que recibían un tratamiento integrado para dejar el tabaco y el consumo de alcohol. Además se obtuvo una reducción en otras variables relacionadas con el consumo de alcohol: menos bebidas por día y semana, disminución de la probabilidad de recaída en el alcohol, aumento de la abstinencia de alcohol evaluada en el último mes y a los 12 meses, y disminución de la probabilidad de ser diagnosticado con trastorno por consumo de alcohol. Estos autores indican que no hay evidencia de que dejar de fumar incremente el consumo de sustancias, por lo que esta revisión concluye que ni dejar de fumar, ni los resultados de la intervención para dejar de fumar, tienen como consecuencia el empeoramiento de los resultados del tratamiento para dejar el consumo de otras sustancias. Por tanto, parece adecuado recomendar el tratamiento conjunto de alcohol y tabaco.

La existencia de aspectos psicológicos como la pérdida de motivación, ansiedad o impulsividad (Few, Acker, Murphy, y MacKillop, 2012) puede estar relacionado con la pérdida de ocho personas que en un primer momento se habían inscrito al programa. Es decir, mostraron interés en dejar el tabaco y debido a la espera de más de un mes de duración, su interés puede haber desaparecido. Los datos observados en los resultados del Estadio del cambio, podrían indicar la necesidad de incluir un componente motivacional o un tratamiento más intensivo. A su vez, el porcentaje de abandonos (26.31%) y las 3 personas (15.78%) que fueron excluidas, podrían indicar falta de motivación para este tipo de intervenciones.

Algunos estudios han utilizado incentivos para mejorar las conductas durante el tratamiento. Los estudios han demostrado que los procedimientos de Manejo de Contingencias (MC) mejoran tanto la reducción del consumo de tabaco en población general (López-Núñez, Martínez-Loredo, Weidberg, Pericot-Valverde, y Secades-Villa, 2016) como la abstinencia en población

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA DEJAR DE FUMAR EN PACIENTES CON HISTORIA DE ALCOHOLISMO

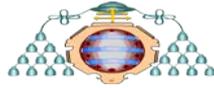


policonsumidora, siendo esta abstinencia el doble que en los tratamientos sin MC (Cooney et al., 2017; Higgins et al., 2008). Este tipo de tratamiento incrementa la motivación para el cambio al proporcionar incentivos intercambiables por bienes o servicios de forma contingente a analíticas negativas. Este tipo de intervención ha mostrado incrementar no solo la tasa de abstinencia, sino también la retención de los pacientes a los programas.

Los resultados del presente estudio son consistentes también con aquellos que observan una reducción de la sintomatología depresiva, como consecuencia de realizar un tratamiento psicológico para dejar de fumar, bien sea este un TCC, MC, combinados o integrados con un componente de AC. (Kahler, Spillane, Busch, y Leventhal, 2011; Kalman, 2005; Morozova, Rabin y George, 2015; Patten, 1998; Patten, 2002; Sonne et al., 2010). La puntuación media en el BDI en la medida pretratamiento fue de 13, lo que indica una sintomatología depresiva de tipo leve. Tras la realización del tratamiento, la puntuación media se redujo a 8.45, lo que señala una remisión de dicha sintomatología depresiva. Esto es congruente con un estudio que relaciona el impacto de un tratamiento integrado de alcohol y tabaco sobre la reducción en la sintomatología depresiva (Kodl et al., 2008). La sintomatología depresiva se puede haber reducido por varios motivos. En primer lugar la nicotina influye en varios sistemas neuroquímicos, como el de la acetilcolina y catecolaminas, pudiendo aumentar la vulnerabilidad a la depresión (Kalman, 2005; McKee y Weinberger, 2013). En segundo lugar tras el abandono del tabaco, los sujetos pueden haber experimentado un mayor sentido de la auto-eficacia y motivación, mejorando así su estado de ánimo y por último el componente de Activación Conductual introducido en el TCC (MacPherson, 2010).

Disponemos de varios datos que indican que es necesario adaptar los tratamientos de tabaco e integrarlos en el tratamiento del alcohol en las comunidades terapéuticas. En nuestra sociedad imperan multitud de creencias acerca del riesgo que entraña abandonar el consumo de tabaco simultáneamente al tratamiento de otras sustancias y creencias de cómo el tabaco actúa como una

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA DEJAR DE FUMAR EN PACIENTES CON HISTORIA DE ALCOHOLISMO

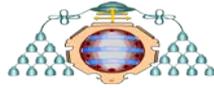


estrategia de reforzamiento para aliviar los síntomas negativos producidos en los tratamientos para el abandono de sustancias. Este tipo de creencias son sostenidas por los pacientes y en ciertas ocasiones por los profesionales sanitarios, dificultando la motivación y adherencia al tratamiento para dejar de fumar (Kalman, 2005; Lindson-Hawley, Thompson, y Begh, 2015; Patwardhan y Chewning, 2010; Thurgood et al. 2015; Winhusen et al., 2014).

Además de estos factores, existen elementos contextuales que dificultan la implementación de este tipo de programas en las comunidades terapéuticas. No consta en el centro normativa expresa acerca del consumo del tabaco, más allá de la aplicada por la legislación vigente en materia de medidas sanitarias (Ley 42/2010, de 30 de diciembre de 2010). Desde el centro en ocasiones se facilita esa compra de tabaco para aquellos usuarios que se encuentran en tratamiento residencial y no cuentan con personas de apoyo externas que le abastezcan los cigarrillos. No existe tampoco ningún tipo de control o regulación en la cantidad diaria de cigarrillos permitidos. Así pues, fumar no sólo está consentido, sino que es fomentado desde el propio centro, como tradicionalmente se venía realizando, sigue estando relegado a un segundo plano, a pesar de que los datos muestran que la mayoría de las muertes producidas en personas en tratamiento por consumo de sustancias, son consecuencia directa del tabaco (Cooney et al., 2017; Hurt et al, 1996). Finalmente, una proporción importante de los profesionales en los ámbitos del tratamiento del abuso de drogas, son fumadores, lo que sirve para perpetuar el hábito y detener la implementación de programas para dejar de fumar y políticas libres de humo en estos ambientes residenciales (Nieva y Gual, 2005). Conocidos los estudios que relacionan las políticas libres de humos y el incremento de los impuestos en el tabaco , con consumos más bajos de alcohol (Mckee, 2014), los centro residenciales deberían adoptar estas medidas a la hora de establecer la normativa del propio centro.

Este estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar el uso de una muestra pequeña limita el establecimiento de conclusiones firmes sobre la eficacia del tratamiento. El hecho de que la muestra esté integrada por fumadores y ex

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA DEJAR DE FUMAR EN PACIENTES CON HISTORIA DE ALCOHOLISMO



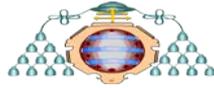
consumidores de alcohol dificulta que se generalice a otras muestras, como por ejemplo policonsumidores o fumadores con otras comorbilidades psiquiátricas. En segundo lugar, cabe mencionar la falta de aleatorización de los participantes a las condiciones de estudio. Por último, una importante limitación ha sido la falta de medidas de seguimiento. El estudio planteaba tres seguimientos mensuales, sin embargo, a pesar de haber un compromiso escrito de participación en el estudio de estas condiciones y dadas las fechas vacacionales de los seguimientos (junio, julio y agosto), no ha sido posible analizar los datos debido al escaso tamaño muestral.

Por otra parte, este estudio presenta algunas fortalezas, como la integración de técnicas de manejo del estado de ánimo en el tratamiento para dejar de fumar. Se ha realizado un diseño de tratamiento basado en guías con una fuerte evidencia de efectividad (Becoña, 2004; Fiore et al., 2008), por lo que el presente estudio representa un avance importante en el campo del tabaquismo. El mismo demuestra de modo preliminar la eficacia del programa de descenso gradual de nicotina, aplicado en el contexto del tratamiento concurrente para dependientes del alcohol. Dada la escasa evidencia de la que se dispone en el contexto internacional y considerando que este estudio supone el primer intento en nuestro contexto, supone una nueva línea de investigación, con una implicación futura de mejora, incluyendo MC para disminuir las tasas de abandono obtenidas.

En conclusión, el presente estudio respalda las hipótesis previas afirmando que proporcionar un tratamiento para dejar de fumar, de forma concurrente al tratamiento de otras sustancias, es altamente efectivo. Se observa, además, una mejoría en la sintomatología depresiva de los pacientes tras la realización de un TCC para dejar de fumar.

En vista de los resultados obtenidos, aún hay un largo recorrido a realizar en estos ambientes terapéuticos residenciales, para implantar e integrar tratamientos conjuntos de abandono del alcohol y tabaco.

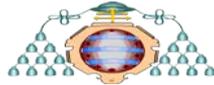
TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA DEJAR DE FUMAR EN PACIENTES CON HISTORIA DE ALCOHOLISMO



Referencias

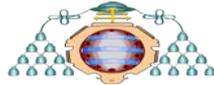
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed. revised). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Apollonio, D., Philipps, R., & Bero, L. (2016). Interventions for tobacco use cessation in people in treatment for or recovery from substance use disorders (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, 1–66.
doi:10.1002/14651858.CD010274.pub2
- Barraca Mairal, J., y Pérez Álvarez, M. (2015). *Activación Conductual para el tratamiento de la Depresión*. Madrid: Síntesis.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Becoña Iglesias, E. (2004). *Guía clínica para dejar de fumar*. Palma de Mallorca, Socidroalcohol.
- Churchill, R., Moore, T. H. M., Furukawa, T.A., Caldwell, D.M., Davies, P., Jones, H., ... Hunot, V. (2013). 'Third wave' cognitive and behavioural therapies versus treatment as usual for depression (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10. doi: 10.1002/14651858.CD008705.pub2
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Collado, A., Calderón, M., MacPherson, L., & Lejuez, C. (2016). The efficacy of behavioral activation treatment among depressed spanish-speaking latinos. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(7), 651–657.
doi:10.1037/ccp0000103.
- Cooney, J. L., Cooper, S., Grant, C., Sevarino, K., Krishnan-Sarin, S., Gutierrez, I. A., & Cooney, N. L. (2017). A randomized trial of contingency management for smoking cessation during intensive outpatient alcohol treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 72, 89–96 doi:10.1016/j.jsat.2016.07.002
- Cooney, N. L., Litt, M. D., Cooney, J. L., & Pilkey, D. T. (2007). Alcohol and tobacco cessation in alcohol dependent smokers: Analysis of Real-Time Reports. *Psychological of Addictive Behaviors*, 21(3), 277–286
doi:10.1037/0893164X.21.3.277

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA DEJAR DE FUMAR EN
PACIENTES CON HISTORIA DE ALCOHOLISMO



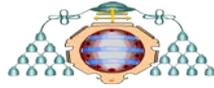
- Dermody, S. S., & Donny, E. C. (2014). The predicted impact of reducing the nicotine content in cigarettes on alcohol use. *Nicotine and Tobacco Research*, 16(8), 1033–1044. doi.org/10.1093/ntr/ntu037
- Dermody, S. S., & Hendershot, C. S. (2017). A critical review of the effects of nicotine and alcohol coadministration in human laboratory studies. alcoholism: *Clinical and Experimental Research*, 41(3), 473–486. doi:10.1111/acer.13321
- Ley 42 / 2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28 / 2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. 1–7,
- Few, L. R., Acker, J., Murphy, C., & MacKillop, J. (2012). Temporal stability of a cigarette purchase task. *Nicotine and Tobacco Research*, 14(6), 761–765. doi:10.1093/ntr/ntr222
- Fiore, M.C., Jaén, C.R., Baker, T.B., Bailey, W.C., Benowitz, N.L., & Curry, S.J. (2008). Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. *Respiratory Care*, 53 (9), 1217- 1222.
- Friedmann, P. D., Jiang, L., & Richter, K. P. (2008). Cigarette smoking cessation services in outpatient substance abuse treatment programs in the United States. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(2), 165–172. doi:10.1016/j.jsat.2007.02.006
- Heatheron, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström. Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86, 1119-27.
- Higgins, S. T., Silverman, K., & Heil, S. H. (2008). *Contingency management in substance abuse treatment*. New York, NY: The Guilford Press.
- Hurt, R. D., Offord, K. P., Croghan, I. T., Gomez-Dahl, L., Kottke, T. E., Morse, R. M., & Melton, L. J. (1996). Mortality following inpatient addictions treatment. role of tobacco use in a community-based cohort. *JAMA*, 275(14), 1097– 1103. doi:10.1001/jama.1996.03530380039029
- Kahler, C. W., Spillane, N. S., Busch, A. M., & Leventhal, A. M. (2011). Time-varying smoking abstinence predicts lower depressive symptoms following smoking

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA DEJAR DE FUMAR EN
PACIENTES CON HISTORIA DE ALCOHOLISMO



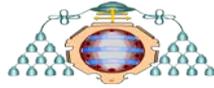
- cessation treatment. *Nicotine and Tobacco Research*, 13(2), 146–150.
doi:10.1093/ntr/ntq213
- Kalman, D., Morissette, S. B., & George, T. P. (2005). Co-morbidity of smoking in patients with psychiatric and substance use disorders. *The American Journal on Addictions*, 14(2), 106 - 123.
- Kanter, J. W., Manos, R. C., Bowe, W. M., Baruch, D. E., Bush, A. M., & Rush, L. C. (2010). What is behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 608 - 620. doi:10.1016/j.cpr.2010.04.001
- Kodl, M. M., Fu, S. S., Willenbring, M. L., Gravely, A., Nelson, D. B., & Joseph, A. M. (2008). The impact of depressive symptoms on alcohol and cigarette consumption following treatment for alcohol and nicotine dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32, 92–99.
doi:10.1111/j.1530-0277.2007.00556.x
- Lejuez, C.W., Hopko, D.R., & Hopko, S.D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression: Treatment Manual. *Behavior Modification*, 25, 255–286. doi:10.1177/0145445501252005
- Lindson-Hawley, N., Thompson, T. P., & Begh, R. (2015). Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), CD006936. doi:10.1002/14651858.CD006936.pub3
- López-Núñez, C., Martínez-Loredo, V., Weidberg, S., Pericot-Valverde, I., & Secades-Villa, R. (2016). Voucher-based contingency management and in-treatment behaviors in smoking cessation treatment. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16, 30–38. doi:10.1016/j.ijchp.2015.05.003
- MacPherson, L., Tull, M. T., Matusiewicz, A. K., Rodman, S., Strong, D. R., Kahler, C. W., ... Lejuez, C. W. (2010). Randomized controlled trial of behavioral activation smoking cessation treatment for smokers with elevated depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 55–61.
doi:10.1037/a0017939
- Mckee, S. A., & Weinberger, A. H. (2014). How can we use our knowledge of alcohol - tobacco interactions to reduce alcohol use? *Annual Reviews of Clinical Psychology*, 9, 649–674. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185549

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA DEJAR DE FUMAR EN PACIENTES CON HISTORIA DE ALCOHOLISMO



- 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. doi:10.1016/j.addbeh.2016.10.012
- Miller, W. R., y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2013). Encuesta Nacional de Salud 2011/12. Informes monográficos: Consumo de alcohol. Serie Informes Monográficos, 1, 1–46. Recuperado de: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/informesMonograficos/ENSE2011_12_MONOGRAFICO_1_ALCOHOL4.pdf
- Morozova, M., Rabin, R. A., & George, T. P. (2015). Co-morbid tobacco use disorder and depression: A re-evaluation of smoking cessation therapy in depressed smokers. *The American Journal on Addictions*, 24, 687–694. doi:10.1111/ajad.12277
- Nieva, G., y Gual, A. (2005). El tratamiento del tabaquismo en alcohólicos: ¿miopía o negligencia? *Adicciones*. 17 (3), 177-180.
- OEDT (Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías). (2016). Edades 2015-2016. Encuesta sobre alcohol y drogas en España. Recuperado de: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015_EDADES__Informe_.pdf
- OMS (2017). OMS | Tabaco. *WHO*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
- Patten, C. A., Drews, A. A., Myers, M. G., Martin, J. E., & Walter, T. D. (2002). Effect of depressive symptoms on smoking abstinence and treatment adherence with a history of alcohol dependence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(2), 135 - 142.
- Patten, C. A., Martin, J. E., Myers, M. G., Kalfas, K. J., & Williams, C. D. (1998). Effectiveness of cognitive - behavioral therapy for smokers with histories of alcohol dependence and depression. *Journal of Studies on alcohol*. 327 - 335.
- Patwardhan, P. D., & Chewing, B. A. (2010). Tobacco users' perceptions of a brief tobacco cessation intervention in community pharmacies. *Journal of the*

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA DEJAR DE FUMAR EN
PACIENTES CON HISTORIA DE ALCOHOLISMO



American Pharmacists Association, 50(5), 568–574.
doi:10.1331/JAPhA.2010.09207

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114. doi:10.1037/0003-066X.47.9.1102

Prochaska, J. J., Delucchi, K. & Hall, S. M. (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. doi:10.1037/0022-006X.72.6.1144

Secades - Villa, R., y Fernández Hermida, J. R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13(3), 365 - 380.

Secades - Villa, R., González - Roz, A., García - Pérez, Á., & Becoña, E. (2017). Psychological, pharmacological, and combined smoking cessation interventions for smokers with current depression: A systematic review and meta- analysis. *PLOS ONE*, 12(12), e0188849. doi:10.1371/journal.pone.0188849

Sonne, S. C., Nunes, E. V, Jiang, H., Tyson, C., Rotrosen, J., & Reid, M. S. (2010). The relationship between depression and smoking cessation outcomes in treatment-seeking substance abusers. *The American Journal on Addictions*, 19(2), 111–118. doi:10.1111/j.1521-0391.2009.00015.x

Thurgood, S. L., McNeill, A., Clark-Carter, D., & Brose, L. S. (2015). A systematic review of smoking cessation interventions for adults in substance abuse treatment or recovery. *Nicotine y Tobacco Research*, 18(5), 993–1001. doi:10.1093/ntr/ntv127

Winhusen, T. M., Brigham, G. S., Kropp, F., Lindblad, R., Gardin, J. G., Penn, P., ... Ghitza, U. (2014). A randomized trial of concurrent smoking-cessation and substance use disorder treatment in stimulant-dependent smokers. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75, 336–343. doi:10.4088/JCR.13m08449