



ORIGINAL

## Tabaquismo en pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona

N. Domeque Valiente<sup>a,\*</sup>, P. Prieto Andrés<sup>b</sup>, I. Nerín de la Puerta<sup>c</sup> y C. Conca Moreno<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Atención y Seguimiento de las Adicciones. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza. España.

<sup>b</sup>Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

<sup>c</sup>Unidad de Tabaquismo. Departamento de Medicina y Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza. España.

Recibido: 28-07-2010. Aceptado para su publicación: 23-08-2010

### PALABRAS CLAVE

Fumar;  
Metadona;  
Cesación;  
Prevalencia;  
Dependencia;  
Motivación

### Resumen

**Objetivos.** Conocer la prevalencia del consumo de tabaco, el grado de dependencia y la motivación para dejar de fumar, así como los intentos previos de abandono y la aceptación de intervenciones futuras para el cese del consumo de tabaco en pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona (TMM).

**Métodos.** Estudio descriptivo mediante un cuestionario administrado a 78 pacientes y cumplimentado por el médico en el momento de la consulta. Se analizan variables cualitativas y cuantitativas sobre características personales, variables relacionadas con el tabaco y variables relacionadas con el TMM.

**Resultados.** La prevalencia de fumadores en el momento del estudio fue de 84,6% (intervalo de confianza [IC] 95%: 77-93%), inferior a la observada al inicio del TMM que era de 96,2% ( $\chi^2 = 12,18$ ; gl 4;  $p = 0,16$ ). Más de la mitad de los fumadores (52%) había realizado antes algún intento para dejar de fumar, con una media de 2 intentos (desviación estándar [DE] 1,8). En su mayoría (82,9%) no habían utilizado ningún tratamiento. El 50% estaba motivado para dejar de fumar y el 59% mostró interés en recibir ayuda.

**Conclusiones.** En los pacientes en TMM, al igual que en la población general, debería evaluarse el consumo de tabaco, aconsejar el abandono y ofrecer tratamiento adecuado y específico para dejar de fumar, con el fin de disminuir la alta morbilidad y mortalidad en estos pacientes debida al tabaco.

© 2010 Elsevier España, S.L. y SET. Todos los derechos reservados.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ndomeque@salud.aragon.es (N. Domeque Valiente)

**KEYWORDS**

Smoking;  
Methadone;  
Cessation;  
Prevalence;  
Dependence;  
Motivation

**Smoking among patients on methadone maintenance treatment****Abstract**

**Objectives.** To determine the prevalence of tobacco use, the degree of dependence and motivation to quit smoking, and previous attempts to stop smoking and acceptance of future interventions for smoking cessation in patients on methadone maintenance treatment (MMT).

**Methods.** Descriptive study using a questionnaire administered to 78 patients and completed by the physician at the time of consultation. We analysed both qualitative and quantitative variables on personal characteristics, some variables related to smoking and others related to MMT.

**Results.** The prevalence of smokers at the time of the study was 84.6% (confidence interval [IC] 95%: 77-93%), lower than observed at the start of MMT which was 96.2% ( $\chi^2 = 12,18$ ; df 4,  $p = 0.16$ ). More than half of smokers (52%) had made some attempt to quit with an average of 2 attempts (standard deviation [SD] 1.8). Most of them (82.9%) did not use any treatment at all. Fifty percent were motivated to quit smoking and 59% would be interested in receiving some help.

**Conclusions.** Assessment of tobacco use, advice in smoking cessation and offering suitable and specific treatment to stop smoking in order to reduce both morbidity and mortality linked to tobacco use, should be made not only in general population, but in MMT patients, too.

© 2010 Elsevier España, S.L. and SET. All rights reserved.

**Introducción**

El tabaquismo es la principal causa de muerte evitable en el mundo. En España la mortalidad atribuida al consumo de tabaco es mucho mayor que la provocada por el consumo de drogas ilegales, sida y accidentes de tráfico juntos. Asimismo, es responsable de una pérdida media aproximada de 10 años de vida. Se relaciona con más de 25 enfermedades y causa el 30% de todos los cánceres, enfermedades respiratorias (75% de bronquitis crónica, enfisema y asma) y de un alto porcentaje de las enfermedades cardiovasculares (25% de cardiopatía isquémica)<sup>1,2</sup>.

El tabaco contiene más de 4.000 compuestos activos, la mayoría desconocidos por los usuarios y por las autoridades sanitarias, al igual que ocurre con drogas de carácter ilegal. La mayoría de los efectos adversos para la salud por fumar no provienen de la nicotina en sí misma, sino de los alquitranes y el monóxido de carbono que se liberan.

La nicotina es el componente del tabaco responsable de la dependencia. Sus efectos psicoactivos están en relación con la dosis en humanos: es psicoestimulante a dosis bajas, al mejorar la capacidad mental, sobre todo la concentración, y a dosis altas tiene un efecto sedante. Su capacidad adictiva es igual o mayor a la de otras sustancias psicoactivas<sup>3</sup>.

Todas las drogas de abuso comparten la propiedad común de producir efectos reforzantes positivos. El sustrato neuronal que explica los efectos producidos por estas sustancias está formado por el sistema mesolímbico-cortical, que comprende neuronas dopaminérgicas mesencefálicas del área tegmental ventral y sus proyecciones al núcleo accumbens y a la corteza prefrontal. Los opiáceos son agonistas de los receptores opioides  $\mu$ ,  $\delta$ ,  $\kappa$ , y la nicotina es agonista de los receptores nicotínicos de acetilcolina; ambas drogas comparten los neurotransmisores implicados en el refuerzo: dopamina y péptidos opioides.

Los tratamientos de mantenimiento con metadona (TMM) han sido objeto de controversia desde que se introdujeron en los años 60 en EE.UU. como tratamiento de la adicción a opiáceos. Esto fue debido no a las evaluaciones clínicas, sino a las diferentes concepciones ideológicas respecto a la drogodependencia en estas décadas, y a las políticas sobre drogas.

En España tuvieron gran expansión en los años 90-96 (mediante las modificaciones legislativas respectivas), más como un método para reducir la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) entre los adictos a drogas por vía parenteral, que como resultado de la evaluación de su eficacia en el tratamiento de la dependencia de opiáceos<sup>4</sup>. El tratamiento médico con metadona reduce y/o elimina el uso de heroína, disminuye los porcentajes de mortalidad así como los delitos asociados al consumo y permite al paciente mejorar su salud, su calidad de vida y situación social. También reduce la transmisión de enfermedades infecciosas como la hepatitis y el VIH<sup>5</sup>.

El perfil de pacientes que reciben TMM se caracteriza por presentar enfermedades crónicas, abuso y/o dependencia de otras drogas y mayor prevalencia de patologías mentales que la población general. La dependencia asociada más frecuente es el tabaquismo. Entre los consumidores de heroína está muy extendido el consumo de otras drogas: tabaco (100%), alcohol (99,1%), cannabis (71%), cocaína (70,8%), alucinógenos (59,6%), anfetaminas (48,5%) y éxtasis (44%)<sup>6</sup>.

Los pacientes en TMM presentan una alta prevalencia de infección por VIH, y el tratamiento antirretroviral produce efectos secundarios que incrementan el riesgo cardiovascular al que se añade el producido por el tabaquismo<sup>7</sup>.

Los motivos para el policonsumo suelen ser el deseo de aumentar la sensación de placer, contrarrestar o modificar algunos efectos (ansiedad, insomnio, etc.) o el deseo de incrementar los efectos de una droga con otra<sup>6</sup>, como refieren

los pacientes adictos a la heroína cuando consumen tabaco (que aumenta la sensación de placer, además de que, según expresan, les “coloca” más).

Por todo ello, el objetivo principal del estudio es conocer la prevalencia del consumo de tabaco, la motivación y los intentos para dejar de fumar en los pacientes en TMM estabilizados. Y como objetivo secundario nos proponemos comprobar si ha disminuido la prevalencia de fumadores y el número de cigarrillos/día desde el inicio del TMM.

## Material y método

La Unidad de Atención y Seguimiento de las Adicciones, dependiente del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza, de carácter público, inició el TMM en febrero de 1996 y atiende a pacientes de Zaragoza capital y provincia.

En un principio los pacientes debían acudir al centro diariamente para tomar la dosis de metadona prescrita bajo la supervisión del personal de Enfermería. La dispensación se ha ido modificando de acuerdo con la experiencia adquirida por los profesionales y la evolución de los pacientes.

A partir del año 2000 en la Unidad se dispone además de metadona en solución, de metadona en comprimidos (como medicamento de uso hospitalario), lo que ha permitido proporcionar al paciente la medicación para periodos de tiempo más prolongados (mensual, bimestral...) sin la necesidad de asistir al centro con tanta frecuencia como antes. Este hecho ha facilitado la normalización y adecuación del tratamiento a las necesidades del paciente que está estabilizado.

El presente trabajo está centrado en el grupo de pacientes estabilizados con metadona en comprimidos (población de estudio) que llevan más de 6 meses en TMM, y a los que se incluye prácticamente en su totalidad (78 de los 80). Los dos pacientes restantes no fueron incluidos por motivos laborales.

Se trata de un estudio descriptivo, de prevalencia, realizado entre mayo y julio de 2007.

Se diseñó un cuestionario donde se recogieron variables cualitativas y cuantitativas sobre características personales (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, situación laboral), variables relacionadas con el tabaco (consumo actual, grado de dependencia, número de cigarrillos antes del TMM, edad de inicio, años de consumo, motivos para fumar y para dejar de fumar, intentos previos para dejarlo, tratamientos utilizados, motivación para dejar de fumar), variables relacionadas con el TMM (tiempo, dosis actual de metadona, consumo en los últimos 30 días de alguna droga de abuso, tratamientos farmacológicos prescritos para patología psiquiátrica, edad de inicio de otras sustancias de abuso).

Para medir la dependencia al tabaco empleamos el índice de la dureza de fumar de Heatherton et al (1991)<sup>8</sup> que consta de dos preguntas: ¿cuántos cigarrillos fuma al día?, y ¿cuánto tarda después de despertarse en fumar su primer cigarrillo? Utilizamos una adaptación española realizada por Becoña, Vázquez y Cerqueiro<sup>9</sup> que resulta ser una buena herramienta para clasificar la dependencia de los fumadores en baja (0-2) moderada (3-4) y alta (5-6).

La motivación para dejar de fumar se ha medido con un índice elaborado por Robert West<sup>10</sup>, que en España no está adaptado hasta el momento, y que consta de tres preguntas relacionadas con la cesación del consumo de tabaco:

¿quiere dejar de fumar por su bien?, ¿está interesado en hacer un intento serio para dejarlo en un futuro próximo?, ¿está interesado en recibir ayuda para dejarlo? Si las respuestas son afirmativas en los tres casos se recomienda ofrecer apoyo psicológico y/o farmacológico para dejar de fumar.

El cuestionario fue cumplimentado por profesional médico en el momento de la consulta, mediante entrevista e historia clínica. Antes de la entrevista se explicó a los pacientes el objetivo del estudio, se les solicitó el consentimiento y se garantizó el anonimato. Todos los pacientes aceptaron participar en él.

El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa informático SPSS versión 11.5 para Windows. La descripción de las variables cuantitativas se hizo calculando la media, mediana y desviación típica; la prevalencia del consumo de tabaco actual y previa al TMM se estimó con el intervalo de confianza del 95%; en cuanto a las variables cualitativas, se obtuvieron las frecuencias absolutas y relativas/proporciones. Para la comprobación de asociación/relaciones entre variables, se utilizó la prueba de la t de Student y la prueba de la  $\chi^2$  considerando un nivel de significación con error  $\alpha$  menor del 5% ( $p < 0,05$ ). Se realizó un análisis de regresión múltiple considerando “número de cigarrillos/día en el momento del estudio” como variable dependiente, y comprobando la asociación con otras variables cuantitativas: edad, número de cigarrillos al inicio del TMM, años fumando, tiempo en TMM (años), edad de inicio en el tabaco, intentos para dejar de fumar, dosis diaria de metadona.

## Resultados

Se entrevistó a un total de 78 pacientes en TMM, 54 hombres y 24 mujeres, con una edad media en varones de 40,5 años (DE 6,9 años) y 37,6 años en mujeres (DE 9 años). Un 50% tiene estudios primarios completados y un 23% no ha finalizado la enseñanza primaria (20% hombres y 29% mujeres). La distribución del estado civil es similar entre hombres y mujeres. Las características sociodemográficas se describen en la tabla 1.

En cuanto a su situación laboral, el 62,8% están trabajando. Se observa una menor actividad laboral de las mujeres (37,5%) frente al 74% de los varones, con una asociación estadísticamente significativa ( $p = 0,002$ ).

El tiempo medio en TMM es de 6,8 años (DE 3,9 años), sin diferencias entre sexos.

En el momento en el que iniciaron el TMM, 77 pacientes eran fumadores (96,2%), el 96,3% de los hombres y el 95,8% de las mujeres.

La prevalencia de fumadores en el momento del estudio fue de 84,6% (intervalo de confianza [IC] 95%: 77-93%), en varones 83,3% y en mujeres 87,5%. Esta diferencia no es estadísticamente significativa ( $\chi^2 = 12,18$ ; gl 4;  $p = 0,16$ ).

A lo largo del TMM, 10 pacientes dejaron de fumar y solo tres de ellos utilizaron tratamiento con parches de nicotina. Igualmente se observó una disminución en el número de cigarrillos/día en el momento del estudio (16,0; desviación estándar [DE] 10,8 cigarrillos) con respecto al inicio del TMM (33,7; DE 15,4 cigarrillos), estadísticamente significativa ( $t = -10,289$ , gl = 76;  $p < 0,05$ ).

**Tabla 1** Características sociodemográficas de los pacientes en TMM incluidos en el estudio

	N.º	%
<b>Sexo</b>		
Hombre	54	69,2
Mujer	24	30,8
<b>Nivel de estudios</b>		
Primarios incompletos	18	23,1
Primarios completos	39	50,0
Medios	19	24,4
Superiores	2	2,6
<b>Estado civil</b>		
Soltero	25	32,1
Casado	13	16,7
Separado/divorciado	10	12,8
Viudo	4	5,1
En pareja	26	33,3
<b>Situación laboral</b>		
Activo	49	62,8
Parado	12	15,4
Baja laboral	4	5,1
Pensionista	10	12,8
Ayudas sociales	3	3,8
	Media aritmética	Rango
Edad (años)	39,6	(21-61)
Años en TMM	6,8	(0,6-16)
N total = 78.		
TMM: tratamiento de mantenimiento con metadona		

La dependencia, medida por el índice de la dureza de fumar de Heatherton, es baja en el 37,8% de los casos, moderada en el 45,5% y alta en el 16,7%, sin diferencias significativas por sexo (tabla 2).

La edad media de inicio en el consumo de tabaco es de 14,4 años (DE 3,3), con una edad mínima de 7 y una máxima de 32 años, sin diferencias entre ambos sexos. El tiempo medio de consumo es de 24 años (DE 8,5 años), similar en hombres y mujeres.

El motivo principal de los pacientes en TMM para seguir fumando es, de acuerdo con sus respuestas “porque lo necesitan” en un 34,8%, seguido de “para relajar” en un 25,8% y “por costumbre” un 22,7%, sin diferencias significativas entre sexos (tabla 3).

Los pacientes en su mayoría (80,5%) dejarían de fumar por motivos de salud, bien porque lo consideran perjudicial, o por presentar algún síntoma relacionado con el consumo. Las motivaciones en hombres y mujeres se observan en la tabla 4. Más de la mitad de los fumadores han realizado algún intento para dejar de fumar (52%) sobre todo las mujeres (62,5%) aunque sin diferencias significativas, con una media de dos intentos (DE 1,8). La mayoría de las veces no han utilizado ningún tratamiento (82,9%). El 68,2% está interesado en dejar de fumar.

Según el índice de West<sup>10</sup>, el 50% está motivado para dejar de fumar y sería candidato para ofrecerle apoyo. Por otra parte, el 59% estaría interesado en recibir ayuda para ello.

**Tabla 2** Grado de dependencia al tabaco según el índice de dureza de fumar de Heatherton et al

	Hombres		Mujeres		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Baja (0-2)	20	44,4	5	23,8	25	37,8
Moderada (3-4)	16	35,6	14	66,7	30	45,5
Alta (5-6)	9	20,0	2	9,5	11	16,7
Total	45	100,0	21	100,0	66	100,0

Fuente: Heatherton et al<sup>8</sup>

**Tabla 3** Motivos para seguir fumando

	Hombres		Mujeres	
	N.º	%	N.º	%
Por placer	8	17,8	3	14,3
Para relajar	10	22,2	7	33,3
Por costumbre	12	26,7	3	14,3
Porque lo necesito	15	33,3	8	38,1
Total	45	100,0	21	100,0

**Tabla 4** Motivos por los que dejaría de fumar

	Hombres		Mujeres	
	N.º	%	N.º	%
Porque es perjudicial para la salud	20	44,4	13	61,9
Por no depender	4	8,9	2	9,5
Por tener síntomas o enfermedades	17	37,8	4	19,0
Porque es caro	3	6,7	0	0,0
Por no intoxicar a los de alrededor	1	2,2	1	4,8
Otros	0	0,0	1	4,8
Total	45	100,0	21	100,0

La historia toxicológica refleja un alto consumo de otras drogas distintas del tabaco tanto en hombres como en mujeres, y la edad media de inicio oscila entre 16,1 años para el alcohol y 20 años para la heroína. En la tabla 5 se observa la distribución según el sexo.

En el último mes la mayoría (70%) había consumido al menos una droga distinta del tabaco: alcohol (46,2%), cannabis (37,2%), cocaína (12,8%) y heroína (7,7%). En la tabla 6 se refleja el consumo en hombres y mujeres. Entre los pacientes incluidos en el estudio, 25 habían tomado dos drogas y 4 pacientes tres.

De los pacientes en TMM, el 51,3% seguía tratamiento psicofarmacológico cuando se hizo el estudio. Los fármacos más utilizados son los ansiolíticos (34,6%), seguidos de los antidepresivos (32,1%), neurolépticos (8,9%) y estabilizadores del ánimo (5,2%). Hay 19 pacientes que toman dos fármacos y 4 que toman tres.

En el análisis multivariable, mediante regresión múltiple, la variable dependiente “número de cigarrillos/día en el momento del estudio” presenta asociación positiva con el

**Tabla 5** Historia de consumo de drogas y edad de inicio

	Hombres (n = 54)		Mujeres (n = 24)	
	Consumidores	Edad media de inicio en años (DE)	Consumidoras	Edad media de inicio en años (DE)
Tabaco	98,2%	14,5 (2,6)	95,8%	14,3 (4,5)
Alcohol	85,0%	16,1 (3,2)	79%	16,32 (2,3)
Cannabis	90,7%	15,9 (2,3)	100%	15,9 (2,6)
Cocaína	90,7%	20,9 (5,1)	87,5%	20,23 (4,9)
Heroína	100%	20,4 (5,2)	100%	20,08 (4,9)
Heroína y cocaína	70,4%	23,4 (7,8)	70,8%	23,52 (6,6)
Anfetaminas	66,7%	18,3 (3,5)	54,2%	18 (3,5)
Inhalantes	20,4%	15,4 (4,1)	16,7%	16 (6,6)
Benzodiacepinas	42,6%	26,0 (8,9)	37,5%	24,5 (7,9)

**Tabla 6** Consumo de drogas en el último mes

	Hombres (n = 54)	Mujeres (n = 24)
Tabaco	83,3%	87,5%
Alcohol	53,7%	33,3%
Cannabis	33,3%	45,8%
Cocaína	9,3%	8,3%
Heroína	3,7%	4,2%
Heroína y cocaína	1,9%	8,3%
Anfetaminas	1,9%	4,2%
Inhalantes	0,0%	0,0%
Benzodiacepinas	0,0%	4,2%
No consumo	27,8%	33,3%

“número de cigarrillos/día consumidos antes de iniciar el TMM”, y negativa con “años en tratamiento” y con “número de intentos para dejar de fumar”. El modelo multivariante mostró un coeficiente de correlación,  $r = 0,667$  ( $F = 9,866$ ;  $p = 0,0001$ ). En resumen, los pacientes que consumían menos cigarrillos en el momento del estudio, también fumaban menos en el momento de iniciar el TMM, habían realizado más intentos para dejar de fumar y llevaban más años en tratamiento con metadona.

## Discusión

En España existen pocas publicaciones sobre la prevalencia del tabaquismo, y sobre las actitudes relacionadas con el consumo de tabaco en los pacientes en TMM. Es una realidad diferente a la de otros países, como los Estados Unidos de América, donde estos pacientes sí han sido objeto de investigación<sup>11-13</sup>.

En nuestro estudio observamos una prevalencia de fumadores del 84,6%, similar a la de otros publicados<sup>12,13</sup>, muy superior a la de la población general española, que según la Encuesta Domiciliaria de Consumo de Alcohol y otras drogas de 2007-2008<sup>14</sup> es del 29,6%. Aunque se observa una tendencia paulatinamente descendente, la prevalencia del consumo de tabaco en España es una de las más altas de la Unión Europea<sup>15</sup>.

Los TMM disminuyen en un porcentaje considerable el consumo de otros tipos de drogas ilegales, aunque continúa sien-

do mucho más alto que en la población general. En la población estudiada, la droga más consumida en el último mes después del tabaco, es el alcohol (46,2%) aunque en menor proporción que en la población general que es del 60%<sup>15</sup>.

El Observatorio Español sobre Drogas pretende ofrecer una visión global de la situación y las tendencias de los problemas relacionados con el consumo de drogas en España con el seguimiento de una serie de indicadores. Desde 1987 utiliza uno relativo a las admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (droga principal). Hasta 1996 solo se recogían admisiones de tratamiento para opiáceos y cocaína, y es en ese momento cuando se extiende a cualquier sustancia psicoactiva, excluidos el alcohol y el tabaco. Asimismo se recogen las drogas consumidas en los 30 días previos a la admisión al tratamiento (drogas secundarias) dado lo arraigado que está el patrón del policonsumo. En ningún informe del Observatorio (editado por el PNSD<sup>16</sup>), incluido el último (2007) se hace referencia al consumo de tabaco en los últimos 30 días antes de la admisión a tratamiento a pesar de la altísima prevalencia del tabaquismo en pacientes dependientes de otras sustancias. Esto indica una infravaloración de este problema, tanto por parte de los responsables en la emisión de dichos informes como de los profesionales sanitarios de los centros especializados en drogodependencias.

Muchos de los pacientes tratados en cualquier centro de drogodependencias son consumidores de más de una droga. La combinación de estas sustancias y el tabaco aumentan el riesgo de morbimortalidad cardiovascular, pulmonar, neoplásica, infecciosa y otras. Diferentes estudios, además, demuestran que el tabaco es la causa principal de muerte en poblaciones tratadas por alcoholismo u otras drogodependencias no nicotínicas<sup>17</sup>.

Habitualmente los profesionales sanitarios minimizan las consecuencias del tabaquismo en los pacientes en tratamiento por abuso de drogas, porque creen que el abandono del consumo de tabaco supondría una recaída en la droga tratada<sup>18</sup>. Sin embargo hay evidencias de que suprimir el consumo de tabaco no interfiere en la recuperación de otra dependencia<sup>19</sup>. Consecuentemente, es preciso modificar las opiniones convencionales de que las personas con trastornos adictivos son incapaces de dejar de fumar, como ya indican autores como El-Guebaly<sup>20</sup> y Roig Cutillas<sup>7</sup>. Cuando un paciente con dependencia de una o varias sustancias es tratado de dicho trastorno y está estabilizado, su comportamiento es

muy similar a otros no dependientes. Así, en pacientes en TMM se ha comprobado una adherencia similar respecto a pacientes no consumidores de drogas en el tratamiento de infección por VIH, con indicadores equivalentes de respuesta virológica<sup>21</sup>. En nuestro estudio el 68,2% de los pacientes manifiesta que desearía dejar de fumar, porcentaje similar a la población general, que oscila entre el 60 y el 70%<sup>22</sup>. También ha disminuido el número de cigarrillos/día, con cifras muy parecidas a las de la población general, que se sitúa en torno a 14,5 cigarrillos /día<sup>23</sup>.

En España es muy irregular la oferta de tratamiento del tabaquismo en los centros de drogodependencias y alcoholismo. En un estudio realizado en 2004 a nivel nacional sobre tratamiento del tabaquismo en estos centros, en el que participaron 142 centros de 11 comunidades autónomas, resultó que el 44,4% no realizaba ningún tipo de tratamiento y en el 55,6% había diferencias importantes en el tipo de intervenciones, el personal responsable del mismo, criterio de abstinencia etc.; y en la mayoría de los centros estaban tratando pocos fumadores<sup>24</sup>.

A pesar de la altísima prevalencia del consumo de tabaco en los pacientes en TMM, en una gran mayoría de los centros no se oferta tratamiento para el abandono del tabaco y tampoco se evalúa o aconseja a los pacientes en relación con su consumo<sup>25</sup>. Esto es debido a varias causas: diferencias entre los centros (en cuanto a estructura física, ubicación, dotación de recursos humanos y asistenciales, aspectos organizativos, su integración en la red asistencial...), el hecho de que el tabaco sea una droga legal, la dependencia y actitudes de los propios profesionales y/o por la falta de formación de los mismos.

En función de todo ello, podemos concluir que los profesionales sanitarios no debemos olvidarnos del abordaje del tabaquismo en estos pacientes, máxime si consideramos la frecuencia con la que utilizan este recurso sanitario que facilita realizar intervenciones sistematizadas. Además, hay una demanda creciente para el abandono del tabaco, disponemos de tratamientos efectivos y son evidentes los beneficios obtenidos en la salud y en la calidad de vida tras el cese del consumo del tabaco.

## Agradecimientos

A los pacientes en programa de TMM, sin cuya colaboración no hubiera sido posible la realización de este estudio.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Alonso de la Iglesia B, Ortiz Marrón H, Saltó Cerezuela E, Toledo Pallarés J. Epidemiología del tabaquismo: efectos sobre la salud, prevalencia de consumo y actitudes. Estrategias de prevención y control. *Prev Tab*. 2006;8 (Supl 1):2-10.
- Montes Martínez A, Pérez Ríos M, Gestal Otero JJ. Impacto del tabaquismo sobre la mortalidad en España. *Adicciones*. 2004;16: 75-82.
- Molero Chamizo A, Muñoz Negro JE. Psicofarmacología de la nicotina y conducta adictiva. *Trastornos Adictivos*. 2005;7: 137-52.
- Fernández Miranda JJ. Efectividad de los programas de mantenimiento con metadona. Una revisión de los resultados de los estudios de evolución. *Med Clin*. 2001;116:150-4.
- Joseph H, Stancliff S, Langrod J. TMM: Revisión histórica y problemas clínicos. *Rev Toxicomanías*. 2002;30:8.
- Farré Alvadalejo M, Abanades León S. Farmacología del polibuso de drogas. En: Sociedad Española de Toxicomanías (SET). Tratado SET de Trastornos Adictivos. Tomo I. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2006. p. 10-3.
- Roig Cutillas P, Sabater Puig E, Borrás Cabacés, Sesmiolo Martínez MS, Pinet Ogué C. El tabaquismo en pacientes con otras drogodependencias. *Rev Toxicomanías*. 2005;43:29-36.
- Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *Br J Addict*. 1991;86:1119-27.
- Becoña E, Vázquez FL. The Fagerström test for nicotine dependence in a Spanish sample. *Psychol Rep*. 1998;83:1455-8.
- West R. Assessment of dependence and motivation to stop smoking. *BMJ*. 2004;328:338-9.
- Clemmey P, Brooner R, Chutuape MA, Kidorf M, Stitzer M. Smoking habits and attitudes in a methadone maintenance treatment population. *Drug Alcohol Depend*. 1997;44:123-32.
- Richter KP, Gibson CA, Ahluwalia JS, Schmelzle KH. Tobacco use and quit attempts among methadone maintenance clients. *Am J Public Health*. 2001;91:296-9.
- Stein MD, Anderson BJ, Niaura R. Smoking cessation patterns in methadone-maintained smokers. *Nicotine Tob Res*. 2007;9: 421-8.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y otras drogas (EDADES) 2007-08. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2009 [consultado el 21-3-2009]. Disponible en <http://www.pnsd.msc.es>.
- Alonso de la Iglesia B, Ortiz Marrón H, Saltó Cerezuela E, Toledo Pallarés J. Epidemiología del tabaquismo: efectos sobre la salud, prevalencia de consumo y actitudes. Estrategias de prevención y control. *Prev Tab*. 2006;8:2-10.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informes 2004 y 2007 del Observatorio Español sobre Drogas. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2008 [consultado el 21-3-2009]. Disponible en <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/oed/home.htm>.
- Hurt RD, Offord KP, Croghan IT, Gómez-Dahl L, Kottke TE, Morse RM, et al. Mortality following inpatient addictions treatment. Role of tobacco use in a community-based cohort. *JAMA*. 1996; 275:1097-103.
- Richter KP. Good and bad times for treating cigarette smoking in drug treatment. *J Psychoactive Drugs*. 2006;3:311-5.
- Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz B, Curry SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2008.
- El-Guebaly N, Cathcart J, Curie S, Brown D, Gloster S. Estrategias para dejar de fumar en personas con enfermedad mental o trastornos por adicción. *Psychiatric Serv (edición en español)*. 2003;2 8-12.
- Antela A, Casado JL, González MJ, Pérez Elías ML, Montilla P, Luzón L. Influence of a methadone maintenance programme on the improved outcome of a cohort of injecting drug users with advanced HIV disease. *AIDS*. 1997;11:1405-6.
- Córdoba R. El tabaquismo: un problema de salud pública. En: Toquero F, Zarco J, editores. Guía de buena práctica clínica en abordaje del tabaquismo. Organización Médica Colegial y Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: International Marketing & Communication; 2006. p.14-21.

23. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España. 2005. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2006 [consultado el 21-3-2009]. Disponible en <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm>.
24. Becoña E, García V, De Echave, J. Tratamiento del tabaquismo en los centros de drogodependencias y alcoholismo en España. Estado de la situación actual y perspectivas futuras. *Adicciones*. 2006;18:23-37.
25. Suelves JM. Evaluación del uso de tabaco en pacientes consumidores de alcohol y otras drogas. Comunicación al IV Congreso Nacional de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo; Barcelona 11-13 noviembre de 2004. *Prevención del Tabaquismo*. 2004;6:187.