
Alcohol y tabaco

GEMMA NIEVA, ANTONI GUAL, LLUISA ORTEGA, SILVIA MONDÓN

Unitat d'Alcoholologia de la Generalitat. ICPP. Hospital Clínic. IDIBAPS. Barcelona.

Enviar correspondencia a: Gemma Nieva i Rifà. Unitat d'Alcoholologia de la Generalitat. Institut de Psiquiatria i Psicologia. Corporació Sanitària Clínic. Mejia Lequerica, s/n. 08028 Barcelona. E-mail: gemmanieva@yahoo.es.

RESUMEN

La prevalencia de fumadores entre alcohólicos es elevada. Paradójicamente, esta dependencia dual no ha sido una prioridad de estudio para la comunidad científica, por lo menos hasta el momento. Actualmente, la interacción del tabaco y el alcohol tiene en nuestra sociedad el mayor coste social y sanitario de la historia, muy por encima de los causados por otras dependencias.

Sin ninguna base científica, muchos profesionales han considerado que el tratamiento antitabáquico en alcohólicos recientemente desintoxicados provoca recaídas etílicas. Por ello, habitualmente se pospone el tratamiento para dejar de fumar hasta el momento en que la abstinencia alcohólica está más consolidada.

Sin embargo, aumentan las publicaciones de estudios que ponen entredicho esta creencia y cada vez es más cuestionada la veracidad de este postulado. Cuando el abordaje terapéutico para el alcoholismo y tabaquismo es simultáneo, los resultados son más evidentes en el caso del alcohol. Una posible explicación de los pobres resultados en relación al tabaco, podría residir en que hasta la fecha, los tratamientos antitabáquicos que se realizan en dichos estudios, son de baja intensidad.

Quedan por tanto, cuestiones sin resolver que deberían ser prioridad de nuevos estudios, como el tipo de intervención antitabáquica y el momento adecuado para abordar las dos dependencias.

Palabras clave: *alcohólicos fumadores, intervención antitabáquica, dependencia alcohólica, dependencia nicotínica, dependencia dual.*

ABSTRACT

The prevalence of smoking among alcoholics is high. Paradoxically, this dual-dependency has not been a priority for the scientific community. Nowadays, the nicotine and alcohol interaction has the highest ever seen costs on social and health issues in our society, far from those caused by other dependencies.

Without scientific evidence, a majority of health care professionals think that smoking cessation in alcoholics recently detoxified may lead to alcohol relapses. For that reason, it's common to delay treatment to quit smoking until a long alcohol abstinence is achieved.

However, a number of studies challenge this belief, and it seems this postulate should be revised. When simultaneous interventions take place, alcohol outcomes are usually better. This might be related to the fact, that only low intensity programs to quit smoking have been used.

Many questions about this matter remain unsolved and should be a major priority for research. Among them, type of tobacco dependence treatment and timing for smoking cessation in alcohol dependent patients are probably two key topics.

Key words: *smoker alcoholics, smoking cessation treatment, alcohol dependence, nicotine dependence, dual dependence.*

INTRODUCCIÓN

Alcohol y tabaco son, con gran diferencia, las drogas con el mayor número de adictos en el mundo. Son también las sustancias que comportan el mayor coste sanitario y social. Comparten legalidad y ello les permite estar omnipresentes en nuestra sociedad. A pesar de que la mayoría de fumadores siempre fuman cuando beben alcohol, o de que más de las tres cuartas partes de los alcohólicos sean también fumadores, poca ha sido la importancia que le ha dado el mundo científico al estudio de la interacción y comorbilidad de ambas sustancias. Se diría que la sociedad hace la vista gorda a las tremendas repercusiones socio-sanitarias de esta verdadera politoxicomania institucionalizada, y que la comunidad científica no es ajena a esta inhibición.

EPIDEMIOLOGÍA DEL POLICONSUMO

La prevalencia de tabaquismo en España se sitúa en el 35,1% de la población de 16 a 64 años, siendo del 40,1% para los hombres y del 30,1% para las mujeres. Por géneros, los porcentajes más altos difieren por grupos de edad, los hombres de 35 a 39 años son los más fumadores (50,6%) y en cambio, son las mujeres de 20 a 24 años las más fumadoras (41,8%). La edad media de inicio se sitúa en los 16,5 años, según los datos más recientes (1).

El 8.6% de los españoles de 15-64 años mantiene hábitos de consumo de alcohol abusivo o problemático. Por géneros, el porcentaje es de 12,4% en hombres y 4,7% en mujeres (1).

Los bebedores de riesgo presentan una mayor prevalencia de tabaquismo que los no bebedores de riesgo (62,1% vs 38,2%). No sólo eso, los bebedores de riesgo empiezan a fumar antes que los no bebedores (15,36 vs 16,5 años de edad), y consumen mayor cantidad de cigarrillos (17,1 vs 14,3 cigarrillos)(1). (Tabla 1).

En Estados Unidos la prevalencia de alcohólicos fumadores se sitúa entre el 3.4% y el 6.9% de la población de 15 a 54 años (2). Por grupos de edad, la población entre 22 y 25 años es la que presenta un mayor número de casos, siendo del 14% en hombres y entre el 8% y el 10% en mujeres. En el mismo país, más del 20% de los fumadores tienen un historial de abuso de alcohol u otras dependencias (3).

Entre el 80% y el 90% de los alcohólicos fuman (4) y más del 75% de ellos se plantearon dejar de fumar durante o después del tratamiento del alcoholismo, cuando se les preguntó al respecto en un estudio que pretendía conocer la intención de los pacientes(5).

COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

La prevalencia de tabaquismo y alcoholismo en pacientes psiquiátricos es más eleva-

Tabla 1. Consumo de tabaco en función del consumo de alcohol en población adulta española.

	Bebedores de riesgo	No bebedores de riesgo	Significación estadística
% fumadores	62.1	38.2	P<0.001
Edad media de inicio	15.36	16.5	P<0.001
Cigarrillos/día	17.1	14.3	P<0.001

Fuente: Encuesta domiciliaria sobre drogas en España, 1999. Plan Nacional sobre Drogas.

da que en la población general. Un estudio reciente de revisión concluyó que el consumo de nicotina en pacientes con trastornos mentales, hospitalizados o ambulatorios, es mayor que en la población de referencia, es más elevado en hombres y guarda una relación con el diagnóstico de consumo de sustancias y la presencia de síntomas psicóticos (esquizofrenia y trastorno bipolar) (6). Los artículos revisados concluyen que son fumadores entre el 62% y 76% de los pacientes esquizofrénicos, y entre el 51% y 57,6% de los pacientes con trastorno bipolar. La mayor prevalencia de fumadores se observa en el grupo de pacientes dependientes de otras sustancias, situándose entre el 66,9% y el 97%. En una muestra representativa de población general, el Epidemiological Catchment Area Study (7), encontró que el 33,7% de los esquizofrénicos y el 43,6% de los pacientes con trastorno bipolar, son también alcohólicos.

REPERCUSIONES PARA LA SALUD PÚBLICA

Fumar y el abuso del alcohol son factores que incrementan el riesgo de padecer enfermedades pulmonares y algunos tipos de cáncer (8), como el de estómago (9), el de esófago (10) incluso cuando el consumo es moderado, cáncer oral, etc. (11). El riesgo de padecer cáncer en los alcohólicos fumadores es mayor que la suma de los riesgos atribuidos a estas dependencias por separado (8).

El consumo de tabaco y alcohol están también relacionados con problemas cardiovasculares, como niveles anómalos de HDL-colesterol y triacylglycerol. Incluso los posibles beneficios de la dieta mediterránea son contrarrestados fuertemente por el tabaco(12).

Las enfermedades derivadas del hábito tabáquico constituyen la primera causa de muerte en los alcohólicos abstinentes (13). En España, en 1998, la mortalidad atribuible al alcohol ascendió a casi 20.000 muertes (14) y 55.613 muertes fueron debidas al tabaquismo (15). El 92,5% de estas defunciones fueron hombres, el 39,6% por causa de tumores, el 36% cardiovasculares y el 24% por enfermedades respiratorias (Tabla 2).

Datos recientes sobre una cohorte de 850 alcohólicos seguida por nosotros durante más de 10 años, añaden información adicional relevante sobre mortalidad tabaco-alcohólica. Siendo el 76,8% de los alcohólicos fumadores al inicio del tratamiento, con una edad media de 39 años en 1988, a los 10 años la mortalidad es del 15,8%. Una de las causas más habituales de estas muertes fue el cáncer (34%), siendo el de laringe el más habitual. Las muertes de origen cardiovascular representaron el 11% (Tabla 3). (16).

Según la Organización Mundial de la Salud, el tabaco y el alcohol están en primer y tercer lugar respectivamente como causas de años de vida ajustados por discapacidad en la población de los países desarrollados (Figura 1). (17)

Tabla 2. Mortalidad atribuible al tabaquismo

	Hombres	Mujeres	Total
Tumores malignos	20.932	1.108	22.040
Enfermedades cardiovasculares	18.213	1.885	20.097
Enfermedades respiratorias	12.286	1.189	13.475
Total	51.431	4.182	55.613

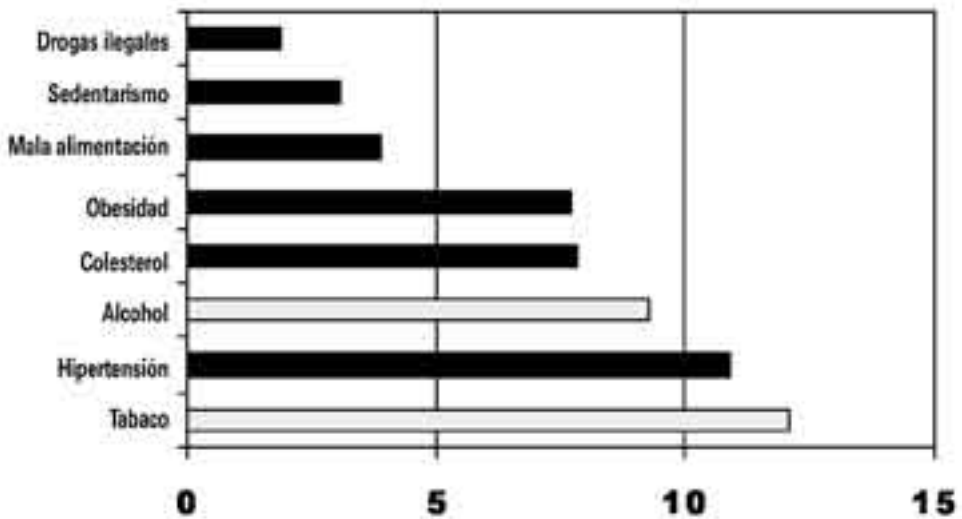
Fuente: Banegas JR et al. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España 1998.

Tabla 3. Morbimortalidad asociada al alcohol

Categorías diagnósticas	Sexo	Nº de muertes	Sexo	APVP
MORTALIDAD TOTAL	Hombres	13.635	Hombres	177.252
	Mujeres	6.331	Mujeres	47.118
	TOTAL	19.966	TOTAL	224.370
Enfermedades Metabólicas	TOTAL	448	TOTAL	909
Neoplasias Malignas	TOTAL	5.190	TOTAL	27.673
Enfermedades Mentales	TOTAL	332	TOTAL	5.611
Enfermedades Cardiovasculares	TOTAL	3.222	TOTAL	5.416
Enfermedades Respiratorias	TOTAL	561	TOTAL	1.972
Enfermedades Digestivas	TOTAL	4.405	TOTAL	34.940
Accidentes no intencionales	TOTAL	4.830	TOTAL	125.647
Accidentes intencionales	TOTAL	968	TOTAL	22.293

Fuente: Gual, A. et al. El tratamiento del alcoholismo y su impacto a largo plazo.

Figura 1. Porcentaje de años de vida ajustados por discapacidad en los países desarrollados.



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2002.

REPERCUSIONES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

En población no alcohólica, el consumo bajo o moderado de alcohol durante el proceso de dejar de fumar, reduce el porcentaje

de éxitos. Por ello se aconseja la reducción o la abstinencia durante la intervención en tabaquismo(18). Un estudio realizado para conocer el efecto del consumo de alcohol en pacientes que dejaron de fumar (n=12.586), concluyó que la ingesta más de 4 bebidas

alcohólicas al menos una vez al mes, reducían significativamente el éxito en un 42% (19).

Tradicionalmente, el tratamiento del tabaquismo en pacientes alcohólicos no se ha abordado en los programas de rehabilitación. Sin embargo, un estudio realizado con pacientes internados para desintoxicación alcohólica o de otras drogas (n=207), concluyó que una gran parte de alcohólicos fumadores piensan en dejar el tabaco, tras comprobar que el 23.7% de ellos aceptaban usar parches de nicotina para dejar de fumar durante su estancia en la clínica(20). En otro estudio más reciente, se entrevistaron 88 pacientes internos con el objetivo de evaluar el estadio en que se encontraban dentro de su proceso de cambio para dejar de fumar. El 50,7% de ellos pensaban abandonar el tabaco o ya lo habían decidido, aunque el 83,1% tenían una alta dependencia a la nicotina(21).

Paradójicamente, en los centros especializados el abordaje terapéutico del tabaquismo en pacientes alcohólicos sigue siendo la excepción, más que la norma. Probablemente existen diversos factores que explican esta situación, tales como la tendencia a minimizar la severidad de la adicción a la nicotina, la creencia de que el abandono del tabaco provoca recaídas alcohólicas y la poca confianza en la efectividad de las técnicas de cesación tabáquica. Sin embargo estas suposiciones carecen de evidencia científica y los pocos estudios realizados apoyan más bien lo contrario. Es probable que esta inhibición de los profesionales de las adicciones sea debida a la falta de formación en el tratamiento del tabaquismo(22), así como a las limitaciones de recursos (listas de espera, tiempo por paciente, etc) que obligan a priorizar la atención de los drogodependientes con conductas más disruptivas.

Existe en la actualidad evidencia suficiente, no sólo para afirmar que los alcohólicos fuman más que la población general, sino que su dependencia es también más elevada. Los estudios realizados para medir la severidad de la adicción a la nicotina en pacientes alcohólicos(23), muestran que

éstos fuman cantidades mayores de las deseadas, continúan fumando a pesar de los problemas provocados por el tabaco, y experimentan el síndrome de abstinencia característico siendo más acusado en su sintomatología. Al comparar la severidad de la dependencia tabáquica entre sujetos alcohólicos y no alcohólicos (n=357), se observó que los alcohólicos puntuaban más alto en el Test de Fagerström, fumaban más cigarrillos al día, y tenían mayores concentraciones de nicotina y cotinina en los análisis de las muestras realizadas (24).

La supuesta escasa efectividad del tratamiento antitabáquico en los alcohólicos es otro de los tópicos que deben ser revisados. Si bien es cierto que el tratamiento del tabaquismo no arroja elevados porcentajes de éxito, no es menos cierto que numerosos estudios concluyen que, tras un periodo de abstinencia etílica, los alcohólicos dejan de fumar en la misma proporción que los fumadores de la población general. En un estudio prospectivo a 12 meses, en el que participaron alcohólicos (n=205) con periodos de abstinencia variables pero siempre superiores a tres meses, los sujetos fueron asignados a diferentes grupos experimentales en los que la intervención tabáquica era distinta. Aunque no se observaron diferencias significativas en cuanto a la efectividad de las distintas intervenciones antitabáquicas, se constató que sólo un 4% de pacientes experimentaron una recaída etílica en el curso de la intervención antitabáquica. Ni el riesgo de recaída alcohólica, ni el éxito de la intervención antitabáquica mostraron relación significativa con el tiempo de abstinencia alcohólica ni con el tipo de intervención antitabáquica (25).

Los primeros intentos de tratamiento del tabaquismo en alcohólicos se realizaron a raíz de la promulgación de la prohibición de fumar en equipamientos sanitarios. Por dicho motivo, las primeras experiencias descritas se refieren a tratamientos antitabáquicos de baja intensidad. En un trabajo realizado con pacientes en 12 comunidades terapéuticas para el tratamiento del alcoholismo u otras

drogas(n=600), se comparó los resultados entre un grupo experimental, que recibió tratamiento individualizado de baja intensidad para dejar de fumar además del tratamiento estándar, y un grupo control que no recibió tratamiento antitabáquico. Paradójicamente, el grupo experimental logró una abstinencia alcohólica mayor, tanto a los 6 como a los 12 meses de seguimiento (OR=1.59 y OR=1,84, 95%CI: 1,28-2,92). Dado que no se obtuvieron diferencias significativas en la abstinencia tabáquica, los autores concluyeron que las intervenciones de baja intensidad no consiguen buenos resultados en alcohólicos fumadores(4).

Otros estudios parecen confirmar la inoquidad del tratamiento del tabaquismo en pacientes alcohólicos abstinentes, así como en otras adicciones. La intervención antitabáquica en un grupo de fumadores exalcohólicos a 6 meses de seguimiento, no provocó recaídas alcohólicas ni aumentó las ganas de beber de los mismos (26). Tampoco se encontraron efectos adversos por participar en otro programa para dejar de fumar con un grupo de pacientes dependientes y otro grupo control en el que permanecían en lista de espera (n=39)(27). Un estudio diseñado para medir el efecto de la prohibición de fumar junto a la intervención antitabáquica en pacientes alcohólicos o dependientes de otras drogas que recibían tratamiento, concluyó que la intervención para dejar de fumar no tuvo efectos en los resultados de abstinencia alcohólica o de cannabis(28). Finalmente, en centros de desintoxicación, las medidas reguladoras de zonas libres de tabaco no dificultan la rehabilitación de los alcohólicos. En un estudio con pacientes ingresados (n=54) sólo 5 rechazaron tratarse de alcoholismo habiendo disponibilidad de sustitutivos de nicotina (29).

Sin embargo, otro estudio en el que se comparaban dos grupos de fumadores (n=382), el primero formado por alcohólicos o exalcohólicos y el segundo por personas sin dependencia etílica, y donde todos los sujetos completaron un programa de tratamiento antitabáquico consistente en diferen-

tes intervenciones conductuales y parches de nicotina, concluyó que a corto plazo, los primeros tenían más dificultades para dejar de fumar que los pacientes sin otras dependencias, pero estas diferencias se disipaban a las 26 semanas de haber empezado el tratamiento (30).

Un aspecto clínico relevante para la praxis cotidiana, lo constituye la necesidad de optar por un tratamiento simultáneo o secuencial de ambas adicciones. En un estudio reciente de alcohólicos fumadores (n=115) en tratamiento simultáneo para ambas drogas, se evaluaron inicialmente, factores como la motivación para el cambio, la intención de modificar las actividades y la confianza en uno mismo para lograr la abstinencia de cada sustancia. Los resultados indicaron una mayor motivación para dejar de beber entre los participantes. La variable motivación para el cambio se midió también con la permanencia en tratamiento para cada una de las sustancias. Aquellos sujetos más motivados para dejar de beber, permanecieron más tiempo en tratamiento. En cambio, los pacientes que mostraron una alta motivación para dejar las dos dependencias, dejaron de asistir antes al programa de intervención dual. En resumen, el tratamiento simultáneo para ambas dependencias puede ser difícil para esta población (31).

Así pues, definir cuál es el momento idóneo para iniciar un tratamiento antitabáquico en pacientes alcohólicos es todavía una tarea pendiente. Existen en la actualidad dos estudios (32,33) en marcha, uno de ellos de nuestro grupo, que pretenden dar respuesta a dicha cuestión. En ambos casos se compara una intervención simultánea de alta intensidad en ambas dependencias, con una intervención diferida (a los 6 meses) para la dependencia tabáquica. Aunque todavía no se dispone de datos evolutivos, en la muestra norteamericana (32) se ha comprobado que uno de cada 4 pacientes eran elegibles para esa doble intervención.

La intervención farmacológica adecuada para ayudar a dejar de fumar a pacientes dependientes de otras sustancias es, tal y

como se ha consensuado tras la evaluación de la eficacia de los tratamientos, la misma que en otros pacientes que quieren dejar el tabaco (18). Los estudios revisados señalan los parches de nicotina, como una herramienta eficaz para este colectivo (20,24,26).

PERSPECTIVAS DE FUTURO

Por regla general, en las intervenciones en tabaquismo en población sin otras dependencias, el consumo de alcohol debe ser desaconsejado por relacionarse con un mayor índice de recaídas tabáquicas (18).

En los alcohólicos que se plantean dejar de fumar, aunque cada vez son más las evidencias científicas que demuestran que la intervención de ambas dependencias en alcohólicos fumadores no supone un mayor riesgo de recaídas étlicas, es necesaria una mayor investigación acerca de los mecanismos de interacción para mejorar los resultados obtenidos en la abstinencia de fumar.

Posiblemente la formación del personal sanitario, así como sus creencias y hábitos, son barreras que impiden mejores resultados. Es necesario por tanto, que los profesionales de la salud se planteen la cuestión como parte de su responsabilidad y asuman con coherencia el rol modélico que poseen ante la sociedad y en especial, ante sus pacientes. Se produce a menudo en este caso una importante paradoja: los especialistas en alcoholismo suelen quejarse de la poca importancia que los colegas médicos dan al consumo de bebidas alcohólicas, y ese mismo error cometen ellos con relación al tabaco.

Los programas de tratamiento del alcoholismo deberían incluir no sólo un registro sistemático del consumo de tabaco, sino también una exploración diagnóstica para averiguar en qué estadio del proceso de cambio para dejar de fumar se encuentra el paciente, proporcionando tratamiento de alta intensidad para aquellos que soliciten un apoyo terapéutico en el abandono del

tabaco. Esto significa que los equipos de profesionales que atienden a las personas dependientes de sustancias, deberían estar preparados para poder facilitar el proceso de dejar de fumar a los que estén motivados para ello, o conocer estrategias para motivar aquellos que lo necesiten.

Debido a las dimensiones epidemiológicas del problema, así como por la elevada morbi-mortalidad asociada a la doble dependencia tabaco-alcohólica, es necesario un esfuerzo por parte de los investigadores para hallar una mayor eficacia de las intervenciones clínicas en la población de alcohólicos fumadores. Las líneas prioritarias de investigación deberían priorizar dos grandes líneas: determinar el momento adecuado para la intervención del tabaquismo en pacientes alcohólicos, y definir el tipo de tratamiento antitabáquico de primera elección para dicha población. Finalmente, no es baladí recordar que la 'mentalidad de usuario' (34) de la que tanto se habla en el campo del alcoholismo, también es aplicable aquí. En otras palabras: al igual que un médico con un alcoholismo activo difícilmente abordará correctamente los problemas de alcohol de sus pacientes, un terapeuta fumador tendrá muchas dificultades para implementar correctamente un programa de tratamiento del tabaquismo.

REFERENCIAS

- (1) Delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas. Encuesta domiciliaria sobre drogas en España, 2001.
- (2) Anthony, JC., Echeagaray-Wagner, F., (2000). Epidemiologic Analysis of Alcohol and Tobacco Use. Patterns of Co-Occurring Consumption and Dependence in the United States. *Alcohol Research and Health* 24, 201-208.
- (3) Breslau, N. (1995). Psychiatric co-morbidity of smoking and nicotine dependence. *Behav Genet* 25, 95-101.
- (4) Bobo, JK., McIlvain, HE., Lando, HA., Walder RD., Leed-Kelly, A. (1998) Effect of smoking cessation counseling on recovery from alco-

- holism: findings from a randomized community intervention trial. *Addiction* 93, 877-87.
- (5) Ellingstad, TP., Sobell, LC., Sobell, MB., Cleland, PA., Agrawal, S. (1999) Alcohol abusers who want to quit smoking: implications for clinical treatment. *Drug Alcohol Depend* 54, 259-65.
 - (6) Campo, A. (2002) Prevalencia de tabaquismo en pacientes psiquiátricos: una revisión sistemática, *Medunab* 5 (13):28-33
 - (7) Epidemiological Catchment Area Study, 1990.
 - (8) Alcohol Alert, 39, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism 1998.
 - (9) De Stefani, E., Boffetta, P., Carzolio, J., Mendilaharsu, S., Deneo-Pellegrini, H. (1998) Tobacco smoking and alcohol drinking as risk factors for stomach cancer: a case-control study in Uruguay. *Cancer Causes Control* 9, 321-9.
 - (10) Castellsagué, X., Muñoz, N., De Stefani, E., Victora, CG., Quintana, MJ. Et al. (2000) Smoking and drinking cessation and risk of esophageal cancer. *Cancer Causes Control* 11, 813-8.
 - (11) Castellsagué, X., Quintana, MJ., Martínez, MC., Nieto, A., Sanchez, MJ., Juan, A. Et al. (2004) The role of type of tobacco and type of alcoholic beverage in oral carcinogenesis. *Int J Cancer* 20, 741-9.
 - (12) Schroder, H., Marrugat, J. Elosua, R. Covas, MI (2002) Tobacco and Alcohol consumption: impact on other cardiovascular and cancer risk factors in a southern European Mediterranean population. *Br J Nutr Sep* 88 (3).273-81.
 - (13) Gual, A., Lligoña, A., Colom, J. (1999) Five year outcome in alcohol dependence . A naturalistic study of 850 patients in catalonia. *Alcohol and Alcoholism* 34, 153-160.
 - (14) Portella, E., Ridao, M., Carrillo, E., Ribas, E., Ribó, C., Salvat, M. (1998). El alcohol y su abuso: impacto socioeconómico. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
 - (15) Banegas JR et al. (2001) Mortalidad atribuible al tabaquismo en España 1998. *Med Clin* 117:692-694.
 - (16) Gual, A., Lligoña, A., Costa, S., Segura, L., Colom, J. (en prensa) El tratamiento del alcoholismo y su impacto a largo plazo. Resultados a 10 años de un estudio longitudinal prospectivo de 850 alcohólicos tratados en la red pública de Cataluña. *Med Clin*.
 - (17) World Health Organisation (2002) The world health report: Reducing Risks, Promoting Healthy Life.
 - (18) Fiore, MC.,(2000) Treating tobacco use and dependence. US Department of Public Health and Human Services.
 - (19) Dawson, DA., (2000) Drinking as a risk factor for sustained smoking. *Drug Alcohol Depend* 59, 235-249.
 - (20) Saxon, AJ., McGuffin, R., Walker, RD. (1997) An open trial of transdermal nicotine replacement therapy for smoking cessation among alcohol-and drug-dependent inpatients. *J Subst Abuse Treat* 14, 333-7.
 - (21) Zullino, D., Besson, J., Schnyder, C. (2000) Stage of change of cigarette smoking in alcohol-dependent patients. *Eur Addict Res* 6, 84-90.
 - (22) Bobo, JK. (1989) Nicotine Dependence and alcoholism epidemiology and treatment. *J Psychoactive Drugs* 21, 323-9.
 - (23) Marks, JL., Hill, EM., Pomerlaeu, CS., Mudd, SA., Blow, FC. (1997) Nicotine dependence and withdrawal in alcoholic and nonalcoholic ever-smokers. *J Subst Abuse Treat* 14, 521-7.
 - (24) Hurt, RD., Dale, Lc., Offord, KP., Croghan, IT., Hays, Jr., Gomez-Dahl, L. (1995) Nicotine patch therapy for smoking cessation in recovering alcoholics. *Addiction* 90, 1541-6.
 - (25) Martin, JE., Calfas, KJ., Patten, CA., Polarek, M., Hofstetter, CR., Noto, J. et al. (1997) Prospective evaluation of three smoking interventions in 205 recovering alcoholics: one-year results of Project SCRAP-Tobacco. *J Consult Clin Psychol.* 65, 190-4.
 - (26) Hughes, JR., Novy, P., Hatsukami, DK., Jensen, J., Callas, PW. (2003) Efficacy of nicotine patch in smokers with a history of alcoholism. *Alcohol Clin Epx Res* 27, 946-54.
 - (27) Burling, TA., Marshall, GD., Seidner, AL. (1991) Smoking cessation for substance abuse inpatients. *J Subst Abuse* 3, 269-76.
 - (28) Joseph, AM., Nichol, KL., Anderson, H. (1993) Effect of treatment for nicotine dependence on alcohol and drug treatment outcomes. *Addict Behav* 18, 625-44.
 - (29) Zullino, DF., Besson, J., Favrat, B., Krenz, S., Zimmermann, G., Schyder, C. et al. (2003) Acceptance of an intended smoking ban in an alcohol dependence clinic. *Eur Psychiatry* 18, 255-257.

- (30) Hays, JT., Schroeder, DR., Offord, KP., Patten, CA., Hurt, RD., Jorenby, DE. et al. (1999) Response to nicotine dependence treatment in smokers with current and past alcohol problems. *Ann Behav Med* 21, 244-50.
- (31) Stotts, AL., Schmitz, JM. Grabowski, J. (2003) Concurrent treatment for alcohol and tobacco dependence: are patients ready to quit both? *Drug Alcohol Depend.* 24; 69(1):1-7.
- (32) Joseph, AM., Nelson DB., Nugent, SM., Willenbring, ML. (2003) Timing of alcohol and smoking cessation (TASC): smoking among substance use patients screened and enrolled in a clinical trial. *J Addict Dis* 22(4): 87-107.
- (33) Gual, A., Ortega, LI., Mondón, S., Nieva, G. Estudio sobre el tratamiento del tabaquismo en alcohólicos fumadores (TAF). Evaluación experimental de un programa antitabáquico. Estudio no publicado.
- (34) Freixa, F. (1996) *La Enfermedad Alcohólica*. Barcelona: Herder.

