

## **Cambios autopercibidos en profesionales de Centros de Atención y Seguimiento a las drogodependencias de Cataluña (CAS) tras recibir formación en intervención en tabaquismo**

### ***Self-perceived changes in professionals of substance misuse outpatient treatment centres in Catalonia (CAS) after receiving training on smoking intervention***

Gemma Nieva\*, Sílvia Mondon\*\*, Montse Ballbè\*\*\*, Eugeni Bruguera\*; y  
Grupo de trabajo de Tabaco de la Coordinadora de CAS de Cataluña†

\*Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebron/  
Institut de Recerca Vall d'Hebron, Barcelona. CIBERSAM

\*\*Unidad de Adicciones. Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico, Barcelona

\*\*\*Unidad de Control del Tabaco. Programa de Prevención y Control del Cáncer. Institut Català  
d'Oncologia. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

†El Grupo está formado también por: Margarita Cano Vega, Blanca Carcolé Batet, Teresa Fernández Grané,  
Àngela Martínez Picó, M<sup>a</sup> Cristina Pinet Ogué, M<sup>a</sup> Antònia Raich Soriguera, Pilar Roig Cutillas,  
Imma Serra Salvat y Jaume Serrano Jordán.

Recibido: 08/11/2017 · Aceptado: 06/07/2018

### ***Resumen***

La prevalencia de fumadores en individuos en tratamiento por Trastornos por Consumo de Sustancias es hasta cuatro veces mayor que en población general y permanece estable. La falta de formación en cómo tratar la adicción al tabaco puede explicar en parte el bajo nivel de intervención en los Centros de Atención y Seguimiento de las Drogodependencias (CAS) de Cataluña. El objetivo de este estudio es evaluar los cambios autopercibidos en conocimientos, grado de intervención y auto-eficacia a corto y medio plazo en profesionales que reciben una sesión de formación. Se administra un cuestionario antes, después y tres meses después de la formación a los asistentes (n=23). Antes de la formación uno de cada cuatro interviene en el consumo de tabaco de sus pacientes, y tres de cada cuatro tiene poca confianza en sí mismo para intervenir. La formación aumenta globalmente los conocimientos y la auto-eficacia. Aunque el grado de intervención también es mayor tras la formación, se reduce a medio plazo. Asimismo, el 71,4% de los participantes afirman haber intentado difundir parte de la formación a sus equipos, y el 63,2% refiere que su equipo ha realizado alguna acción para mejorar el abordaje del tabaquismo de los pacientes. Las autoridades sanitarias deben apostar por la formación sobre el abordaje del consumo de tabaco dirigida a profesionales de los centros de drogodependencias, para lograr que se integre en la práctica habitual.

— Correspondencia a: \_\_\_\_\_  
Gemma Nieva  
e-mail: gniewa@vhebron.net



## **Palabras Clave**

Cesación tabáquica, formación, tratamiento de drogodependencias, adicción a las drogas.

## **Abstract**

The prevalence of smoking in individuals treated for Substance Use Disorders is up to four times higher than in the general population and remains stable. The lack of training in smoking cessation may partly explain the low level of intervention in the substance misuse outpatient treatment centres (CAS) in Catalonia. The aim of this study is to evaluate changes in the short and medium term in professionals and their teams after training. A brief questionnaire is administered to attendees (n=23) before, after and three months after the training. Before training, one in four helps their patients to stop smoking, and three out of four report poor self-confidence to treat tobacco dependence. Overall, the training increases knowledge and self-efficacy. Although intervention increases after training, it drops in the medium term. 71.4% of the participants claim they had attempted to spread part of the training to their teams, and 63.2% of professionals reported that their team has taken some action to improve smoking cessation support. Health authorities should commit to offer continuing education training in smoking cessation for staff working at substance misuse treatment centres, to help integrate tobacco use interventions into routine practice.

## **Key Words**

Smoking cessation, training, drug abuse treatment, drug addiction.

## **I. INTRODUCCIÓN**

A pesar de la reducción de la prevalencia de fumadores en occidente (WHO, 2015), el consumo de tabaco permanece invariable desde los años 90 en individuos con trastornos psiquiátricos (Szatkowski y McNeill, 2015). En este grupo, destacan los individuos en tratamiento por Trastornos por Consumo de Sustancias (TCS), cuya prevalencia de fumadores es hasta cuatro veces mayor que en población general (Gudysh et ál.; 2016). El riesgo sobre la salud del consumo comórbido de tabaco y otras sustancias es mayor que cada riesgo por separado, debido a un efecto sinérgico (Bien

y Burge, 1990). Esta población tiene más probabilidad de morir por el consumo de tabaco que por otras drogas (Gual, Lligoña, Costa, Segura y Colom, 2004; Hser, Anglin y Powers, 1993; Hurt et ál.; 1996). Sin embargo, existen intervenciones eficaces que aumentan la probabilidad de cesación tabáquica sin poner en peligro la abstinencia de los otros tóxicos (Thurgood, McNeill, Clark-Carter y Brose, 2015). Es más, dejar de fumar disminuye el riesgo de recaída en el consumo de otras sustancias (Kohn, Tsoh y Weisner, 2003; Satre, Kohn y Weisner, 2007; Shoptaw et ál.; 2002; Tsoh, Chi, Mertens y Weisner, 2011; Weinberger, Platt, Jiang y Goodwin, 2015). En defini-



tiva, es especialmente relevante tratar la dependencia al tabaco en pacientes que reciben tratamiento por un TCS comórbido, y debería ser práctica habitual y sistemática (American Psychiatric Association, 2006; Rütther et ál.; 2014).

En Cataluña, algunos estudios han evaluado la implementación del tratamiento del tabaquismo en los Centros de Atención y Seguimiento de las Drogodependencias (CAS). En 2002, un estudio concluyó que el 57,1% de los CAS incluía el tratamiento del tabaquismo en su cartera de servicios (Roig, 2002). Otro estudio realizado en España en 2004 (Becoña et ál.; 2006), reveló que el 55,6% de los centros ofrecían tratamiento, siendo en Cataluña el 52,9% (Pinet, Serrano y Grup Coordinadora de Tabac dels CAS de Catalunya, 2005). Recientemente, una encuesta realizada en los CAS en 2015-2016, revela que un 46% ofrece tratamiento (datos no publicados). Por otro lado, los inicios de tratamiento por consumo de tabaco en los CAS se han reducido pasando de 1182 en 2002 (9,3% de los tratamientos iniciados por drogodependencias), a 501 en 2015 (3,6% de los tratamientos iniciados por drogodependencias; Direcció General de Drogodependències i Sida. Departament de Sanitat i Segurat Social. Generalitat de Catalunya, 2003; Subdirecció General de Drogodependències. Agència de Salut Pública. Generalitat de Catalunya, 2016). Aunque existe una oferta de tratamiento alternativa en atención primaria y hospitalaria, apostar por el abordaje del tabaquismo en los CAS es esencial si se quiere construir un modelo integrador (Christiansen et ál.; 2016; McFall et ál.; 2010; Williams, Stroup, Brunette y Raney, 2014).

Las actitudes de los profesionales junto a falsas creencias extendidas entre éstos, pueden ser responsables del bajo nivel de intervención en tabaquismo en pacientes con trastornos mentales. La falta de tiempo, formación y confianza, son los principales obstáculos percibidos por los profesionales (Becoña et ál.; 2006; Contel et ál.; 2016; Mondón, Ballbè, Contel, Fera y Fonseca, 2016; Sheals, Tombor, McNeill y Shahab, 2016).

En lo referente a la formación en tabaquismo, un meta-análisis concluye que los profesionales que son entrenados intervienen con más probabilidad sobre el consumo de tabaco de sus pacientes que los no entrenados: proponen con mayor frecuencia una fecha para dejar de fumar, realizan más visitas de seguimiento, ofrecen un mayor soporte y consejos, proveen con mayor frecuencia de material de autoayuda, y sus pacientes obtienen mayores tasas de abstinencia (Carson et ál.; 2012). Sin embargo, ninguno de los 17 estudios incluidos en dicho meta-análisis evalúa el impacto de la formación en profesionales de la salud mental. En realidad son pocos los estudios publicados en este campo. Un primer estudio publicado con profesionales que atienden pacientes en tratamiento por consumo de alcohol concluye que los pacientes cuyos terapeutas han recibido formación, son aconsejados con la misma probabilidad que los pacientes cuyos terapeutas no la han recibido. Sin embargo, el hecho de participar en el estudio, y monitorizar y registrar las prácticas clínicas de los profesionales, aumenta la intervención en tabaquismo (Bobo, Anderson y Bowman, 1997). Más recientemente, un estudio que evalúa el impacto de la forma-



ción de personal clínico y no clínico que atiende a pacientes con trastorno mental grave, concluye que no solo hay cambios en los conocimientos y actitudes, sino que aumentan el número de dispositivos que ofrecen *counseling* individual para dejar de fumar (Mandel-Ricci, Bresnahan, Sacks y Farley, 2013). Finalmente, otro estudio que evalúa las prácticas de los profesionales a través de los registros en las historias clínicas concluye que tras la formación, los profesionales registran más: la intención de dejar de fumar de sus pacientes, el consejo de abandonar el consumo, la derivación a otro servicio, el tratamiento realizado, la discusión sobre fármacos, y los intentos de cesación (Williams et ál.; 2015). Más allá de estos trabajos, no se conocen estudios que evalúen cambios en profesionales de la salud mental y/o adicciones tras recibir formación en tabaquismo, tampoco en España.

El objetivo de este estudio es la evaluación de una sesión formativa sobre el abordaje del consumo de tabaco para profesionales de los CAS. Concretamente se pretende evaluar cambios en la autopercepción de conocimientos, grado de intervención y auto-eficacia antes, inmediatamente después y tres meses después de la acción formativa. Además, se evalúan acciones realizadas que supongan una mejora en el abordaje del consumo de tabaco de los pacientes en el seno de los equipos de los profesionales (sesiones internas de formación, reuniones para mejorar el abordaje del tabaquismo de los pacientes, elaboración de un nuevo protocolo), así como la autopercepción del nivel de implicación del equipo o la coordinación en relación a este tema. Se espera que la sesión formativa se

asocie a una autopercepción de mayor conocimiento, grado de intervención y auto-eficacia para tratar el tabaquismo de los pacientes. En segundo lugar, se espera que la mayoría de los equipos de profesionales a los que pertenecen los profesionales que han recibido formación, realicen acciones para mejorar el abordaje del tabaquismo de sus pacientes.

## 2. MATERIALES Y MÉTODO

### Participantes

Los participantes son los profesionales (médicos, psicólogos, enfermeros, auxiliares, trabajadores sociales) de los CAS que asisten a una sesión formativa sobre tabaquismo realizada en diciembre de 2015 en las dependencias del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña.

### Procedimiento

A propuesta del Grupo de Tabaco de la Coordinadora de CAS de Cataluña, la Subdirecció General de Drogodependències de la Generalitat de Catalunya organiza la sesión formativa asumiendo la gestión y la financiación. La difusión se realiza a través de la misma Subdirecció General, la Coordinadora de CAS de Cataluña y el Grupo de Tabaco de la Coordinadora de CAS.

La inscripción es voluntaria. La sesión formativa tiene por objetivo sensibilizar y ofrecer los conocimientos y habilidades necesarias para que los asistentes realicen intervención breve en tabaquismo de manera sistemática en sus pacientes. Consta



de 5 horas lectivas. La primera parte se centra en la prevalencia de tabaquismo en la población con otras adicciones, mitos y realidades del tabaquismo y la salud mental, y barreras en los profesionales. La segunda parte se dedica a la evaluación y tratamiento psicológico y farmacológico del consumo de tabaco, que incluye el abordaje de los fumadores menos motivados así como interacciones farmacológicas. En la última parte se trabajan casos prácticos. El contenido de la sesión se inspiró en un curso de formación continuada realizado en New Jersey (Williams et ál.; 2009) y fue realizado por un psiquiatra y un psicólogo. La metodología incluye presentaciones didácticas interactivas, discusión en grupo y práctica de casos.

Se evalúa la percepción de conocimientos (intervención general en tabaquismo, recursos psicológicos, recursos farmacológicos, conocimiento del circuito en red asistencial), grado de intervención y auto-eficacia para intervenir a través de un cuestionario anónimo (6 ítems en total) diseñado *ad hoc*. Para evaluar el grado de intervención se pregunta la frecuencia en que el profesional aborda el consumo de tabaco de sus pacientes y para evaluar la auto-eficacia se pregunta el grado en que se siente capaz para realizar una intervención sobre el consumo de tabaco en sus pacientes. La respuesta incluye una escala de valoración tipo Likert con cinco opciones de respuesta de cantidad (nada, poco, medio, bastante, mucho) o de frecuencia (nunca, raramente, a veces, a menudo, siempre). Se recogen además variables sociodemográficas y el estatus en relación al tabaco.

Los asistentes contestan el cuestionario justo antes de la formación, al acabarla, y entre tres y cinco meses después. Éste último cuestionario es en formato online y es enviado a través de un correo electrónico. En caso de no recibir respuesta tras cuatro correos de recordatorio, los asistentes son contactados por teléfono y se les remite de nuevo el cuestionario. Esta versión online incluye además, si el participante ha intentado difundir alguna parte de la formación a sus equipos (evaluado también con una escala de valoración tipo Likert) y si éstos han realizado alguna acción de mejora para abordar el consumo de tabaco de los pacientes. Estas acciones incluyen: la realización de una sesión formativa en su CAS; la realización de una reunión para abordar el consumo de tabaco de los pacientes; y la creación de un nuevo protocolo que suponga nuevos circuitos de intervención. Adicionalmente se pregunta al asistente sobre la autopercepción de una mayor implicación de los profesionales de su equipo en este tema; la mejora de coordinación entre profesionales; y otros cambios producidos (pregunta abierta). Todas estas acciones (excepto la pregunta abierta) son evaluadas con preguntas cerradas (SI/NO).

### **Análisis estadístico**

Se utiliza estadística descriptiva (distribución de frecuencias, y medidas de tendencia central y dispersión). Para comparar las respuestas a lo largo de los tres momentos de evaluación, se utiliza estadística no paramétrica para muestras relacionadas con la prueba de McNemar. Para ello se dicotomizan las respuestas tipo Likert



asumiendo que las opciones “bastante” y “mucho” o “a menudo” y “siempre” son afirmativas y el resto, negativas. Se realizan tres comparaciones intra-sujetos: antes-después de la formación; después -tres meses después de la formación; y antes-tres meses después de la formación. Para comparar las respuestas entre grupos según si son o no fumadores, o según la profesión, se utiliza estadística no paramétrica para muestras independientes con la prueba de Kruskal-Wallis.

### 3. RESULTADOS

Se inscribieron 41 profesionales, de los cuales asistieron 24 (58,5%), y 23 (56,1%) completaron los cuestionarios antes y al acabar la formación. Un total de 21 profesionales contestaron el cuestionario de seguimiento entre tres y cinco meses después (91,3% del total).

La mayoría de los asistentes eran mujeres (69,6%), con una edad media de 42,1 (DE=9,4) años. Trabajaban en los CAS como psicólogos (43,5%), enfermeros (30,4%), médicos (17,4%), y auxiliares de enfermería (8,7%); llevando de media 10,6 (DE=9,8) años trabajando en el CAS. El 39,1% de la muestra se declaraba no fumador, 34,8% eran exfumadores, y 26,1% eran fumadores.

Antes de la formación, cuatro de cada cinco participantes conocían poco la intervención general en tabaquismo y el tratamiento farmacológico. Dos de cada tres tenían pocos conocimientos de los recursos psicológicos y motivacionales para intervenir en tabaquismo, y la mitad conocían el circuito de intervención. Uno

de cada cuatro intervenía en el consumo de tabaco de sus pacientes, y tres de cada cuatro tenía poca confianza en sí mismo para intervenir (tabla 1). No se observaron diferencias en la autopercepción de conocimientos, grado de intervención ni auto-eficacia entre profesiones. Los no fumadores tenían más auto-eficacia para intervenir comparado con los fumadores y exfumadores ( $\chi^2=7,3$ ;  $gl=2$ ;  $p<0,03$ ).

En la tabla 1 se detallan los resultados de la comparación de cada ítem en los tres momentos de la evaluación (A, B y C). No se observaron diferencias en ninguna variable entre profesiones y tampoco según su estatus en relación al tabaco tras la formación.

Referente a las acciones realizadas en el seno de los equipos, el 71,4% de los encuestados intentaron difundir alguna parte de la formación a otros profesionales del CAS, y el 63,2% afirmaron que se había producido alguna acción de mejora en su equipo acerca del abordaje del consumo de tabaco de los pacientes: un 26,3% refería haber realizado o tener previsto realizar una sesión formativa; un 5,3% refería haber propiciado una reunión de equipo; y un 5,3% haber creado un nuevo protocolo de atención al tabaquismo, un 31,6% afirmaron que la implicación de los profesionales en el consumo de tabaco de sus pacientes es mayor desde la formación y el 15,8% afirmaron que había mejorado la coordinación del equipo para tratarlo. Los comentarios recibidos en la pregunta abierta detallaban en su mayoría la acción realizada (por ej. “taller motivacional en unidad de hospitalización de adultos”) y un asistente afirmaba que llevaba 3 meses sin fumar.

**Tabla I.** Comparación de los tres momentos evaluados

Tabla I. N (%) de la muestra que contestaron “bastante” o “mucho” a las preguntas del cuestionario, antes, después y tres meses después de la formación (n=23), y significación estadística de las tres comparaciones.

	<b>Antes (A)</b>	<b>Después (B)</b>	<b>3 meses (C)<sup>2</sup></b>	<b>p* A vs. B</b>	<b>p* B vs. C</b>	<b>p* A vs. C</b>
¿Qué conocimiento cree que tiene sobre la intervención en tabaquismo?	4 (17,4)	13 (56,5)	16 (76,2)	<b>&lt;0,005</b>	0,34	<b>&lt;0,001</b>
¿Qué conocimiento cree que tiene sobre los recursos psicológicos y motivacionales?	7 (30,4)	13 (56,5)	15 (71,4)	0,07	0,73	<b>&lt;0,03</b>
¿Qué conocimiento cree que tiene sobre los recursos farmacológicos?	4 (17,4)	17 (73,9)	12 (57,1)	<b>&lt;0,001</b>	0,45	<b>&lt;0,01</b>
¿Conoce el circuito o protocolo de intervención en tabaquismo de la red asistencial?	10 (45,5) <sup>3</sup>	12 (52,2)	13 (61,9)	0,06	1	0,45
¿Con qué frecuencia interviene en el consumo de tabaco de sus pacientes fumadores? <sup>1</sup>	6 (26,1)	22 (95,7)	12 (60,0) <sup>4</sup>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,02</b>	<b>&lt;0,04</b>
¿En qué grado se siente capaz de intervenir en el consumo de tabaco de sus pacientes?	5 (22,7) <sup>3</sup>	12 (54,5) <sup>3</sup>	14 (66,7)	<b>&lt;0,04</b>	0,69	<b>&lt;0,01</b>

<sup>1</sup> N(%) que contestaron “a menudo” o “siempre”; <sup>2</sup> N=21; <sup>3</sup> N=22; <sup>4</sup> N=20;\* Se utiliza McNemar para el análisis.

## 4. DISCUSIÓN

Una sesión de cinco horas de formación aumenta, a corto y medio plazo (tres meses), la auto-percepción de conocimientos a nivel general, conocimientos de recursos farmacológicos, así como la auto-confianza de los profesionales de los CAS, especialmente en aquellos que son fumadores o exfumadores, para intervenir en el consumo de tabaco de sus pacientes. La percepción de conocimientos en recursos psicológicos y motivacionales para ayudar a dejar de fumar

también aumenta, aunque significativamente solo a medio plazo. El grado de intervención autopercebido aumenta a corto plazo y se reduce a medio plazo, aunque sigue siendo mayor que a nivel basal. En cambio, el conocimiento del circuito de atención al tabaquismo en la red asistencial resulta independiente de la formación. Sin embargo, la mitad de los asistentes valoran que ya conocen el circuito antes de la formación. Teniendo en cuenta lo anterior, se confirma lo esperado, ya que globalmente la sesión formativa se



asocia a mejoras en la autopercepción de conocimientos y auto-eficacia de los profesionales para tratar el consumo de tabaco. Sin embargo, es relevante destacar que la frecuencia autopercebida con la que los asistentes abordan el consumo de tabaco de sus pacientes no se mantiene en el tiempo.

Referente a los cambios en los equipos de profesionales, tres de cada cuatro participantes intentan difundir parte del contenido de la formación a sus equipos, y más de la mitad afirman que se ha producido alguna acción de mejora en lo que al abordaje del consumo de tabaco se refiere, en el seno de su equipo. En resumen, la formación individual de cada asistente puede haber desencadenado cambios en sus respectivos equipos, lo que resulta congruente con la teoría de la Difusión de Innovaciones (Rogers, 2003). Dicha teoría explica como ideas, prácticas u objetos que son percibidos como nuevos son adoptados produciendo cambios sociales.

Cabe comparar los resultados de este estudio con los de otros. Bobo et ál. (1997) concluyen que la formación no se asocia a una mayor intervención en pacientes. Sin embargo, algunas diferencias metodológicas podrían explicar esta discrepancia. Bobo et ál., preguntan a los pacientes y no a profesionales, y la evaluación se realiza en el periodo de un año. Es posible que el efecto de la formación en la intervención disminuya con el tiempo, como en nuestro estudio, y que a largo plazo termine por desaparecer. En realidad, algunos estudios sugieren que sesiones de formación de recordatorio que incluyen *feedback* personalizado y sesiones de supervisión o *coaching*, aumentan y consolidan el cambio en la práctica (Miller, Sorensen, Selzer y

Brigham, 2006). Por otro lado, Mandel-Ricci et ál. (2013), tienen por objetivo evaluar cambios antes y después de formar a servicios proveedores de salud mental como en este estudio, aunque el presente se centra en los profesionales de los CAS y se basa en una sesión formativa breve. En cambio, en el estudio realizado en Nueva York, la formación es más intensiva siguiendo un modelo de “formación de formadores” para equipos de tratamiento comunitario y profesionales que dan apoyo a “hogares residencia” para enfermos graves. Además, evalúan como resultado el número de dispositivos que ofrecen *counseling*. Cabe destacar que los resultados van en la misma línea, ya que en ambos estudios la formación aumenta el conocimiento y la intervención en tabaquismo. Finalmente, a pesar de que el estudio de Williams et ál. (2015) evalúa la intervención sobre el consumo de tabaco a través del registro en las historias clínicas, los resultados van en la misma dirección.

Este estudio tiene algunas fortalezas a destacar. Según la información de los autores, apenas existen estudios previos similares con la misma población de profesionales. Los profesionales de los CAS son claves para tratar la dependencia al tabaco en pacientes que reciben tratamiento por un TCS comórbido, puesto que el tabaquismo es la principal causa de morbi-mortalidad en estos pacientes. El impacto de la formación es evaluado justo después y tres meses más tarde, lo que permite comprobar si se consolidan los cambios. Aún y así, el presente trabajo también tiene algunas limitaciones, como el tamaño reducido de la muestra. Por otro lado, la inscripción a la formación fue voluntaria, y no se obtienen datos de los no inscritos, por lo que se





desconoce si ambas muestras son comparables o existe un sesgo de selección. Así, se trata de la evaluación de la autopercepción de los profesionales, no directamente de los conocimientos, ni de las conductas, por lo que se desconoce la traducción real a la práctica diaria de estos profesionales. Los cambios en las organizaciones pueden ser causados por factores ajenos a la formación, aunque no coincide con la entrada en vigor de ninguna medida legislativa o asistencial. Se evalúa una formación breve a medio plazo, por lo que se desconoce el efecto si hubiera sido una formación más intensa o una evaluación más a largo plazo.

En resumen, el estudio aporta datos para que desde las instituciones sanitarias se apueste de manera clara por la formación en tabaquismo de los profesionales que trabajan en drogodependencias, y así facilitar la integración de la intervención en su práctica habitual. También sugiere que para evitar que sea una gota en el océano, debería ofrecerse formación de forma continuada. Es necesario realizar más estudios con profesionales del ámbito de la salud mental que confirmen estos hallazgos.

## 5. RECONOCIMIENTOS

Los autores agradecen la colaboración de la Subdirecció General de Drogodependències de la Generalitat de Catalunya y de los profesionales que han participado.

## 6. CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses para este estudio.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2006). *Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders*. Washington DC.
- Becoña, E.; García, V.; de Echave, J.; Ferández, J. J.; Sánchez, M. del M.; Terán, A.; Pinet, C.; Serrano, J.; Rivera, J.C.; Pereiro, C.; Moreno, J.J.; Herrero, F.J.; Ruiz, J.; & Castillo, A. (2006). Tratamiento del tabaquismo en los centros de drogodependencias y alcoholismo en España. Estado de la situación y perspectivas futuras. *Adicciones*, 18, (1), 23–38.
- Bien, T. H.; & Burge, R. (1990). Smoking and drinking: a review of the literature. *The International Journal of the Addictions*, 25, (12), 1429–1454.
- Bobo, J. K.; Anderson, J. R.; & Bowman, A. (1997). Training chemical dependency counselors to treat nicotine dependence. *Addictive Behaviors*, 22, (1), 23–30.
- Carson, K.; Verbiest, M.; Crone, M.; Brinn, M.; Esterman, A.; Assendelft, W.; & Smith, B. (2012). Training health professionals in smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5), 1–144.
- Christiansen, B. A.; Macmaster, D. R.; Heiligenstein, E. L.; Glysch, R. L.; Riemer, D. M.; Adsit, R. T.; Hayden K.A.; Hollenback, C.P.; & Fiore, M. C. (2016). Measuring the Integration of Tobacco Policy and Treatment into the Behavioral Health Care Delivery System: How Are We Doing? *Journal of Health Care*



- for the Poor and Underserved, 27, (2), 510–526.
- Contel, M.; Mondon, S.; Fonseca, F.; Ballbè, M.; Fera, I.; & Grupo de Trabajo de “Tabaco y Salud Mental” de la Red Catalan sin Humo. (2016). Barreras y facilitadores para intervenir en tabaquismo. Estudio cualitativo en profesionales de la salud mental. En *XLIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol*. Alicante.
- Direcció General de Drogodependències i Sida. Departament de Sanitat i Seguritat Social. Generalitat de Catalunya. (2003). *Informe anual 2002. Sistema d'informació sobre drogodependències a Catalunya*.
- Gual, A.; Lligoña, A.; Costa, S.; Segura, L.; & Colom, J. (2004). Tratamiento del alcoholismo y su impacto a largo plazo. Resultados a 10 años de un estudio longitudinal prospectivo de 850 pacientes. *Medicina Clínica (Barc)*, 123, (10), 364–369.
- Guydish, J.; Passalacqua, E.; Pagano, A.; Martínez, C.; Le, T.; Chun, J.; Tajima, B.; Docto, L.; Garina, D.; & Delucchi, K. (2016). An international systematic review of smoking prevalence in addiction treatment. *Addiction*, 111, (2), 220–230.
- Hser, Y. I.; Anglin, D.; & Powers, K. (1993). A 24-year follow-up of California narcotics addicts. *Archives of General Psychiatry*, 50, (7), 577–584.
- 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: The Journal of the American Medical Association*, 275, (14), 1097–1103.
- Kohn, C. S.; Tsoh, J. Y.; & Weisner, C. M. (2003). Changes in smoking status among substance abusers: baseline characteristics and abstinence from alcohol and drugs at 12-month. *Drug and Alcohol Dependence*, 69, 61–71.
- Mandel-Ricci, J.; Bresnahan, M.; Sacks, R.; & Farley, S. M. (2013). Training Mental Health Professionals to Treat Tobacco Dependence. *Psychiatric Services*, 64, (5), 497.
- McFall, M.; Saxon, A. J.; Malte, C. A.; Chow, B.; Bailey, S.; Baker, D. G.; Beckham, J. C.; Boardman, K. D.; Carmody, T. P.; Joseph, A. M.; Smith, M. W.; Shih, M.; Lu, Y.; Holodny, M.; & Lavori, P. W. (2010). Integrating tobacco cessation into mental health care for posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 304, (22), 2485–93.
- Miller, W. R.; Sorensen, J. L.; Selzer, J. A.; & Brigham, G. S. (2006). Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: A review with suggestions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, (1), 25–39.
- Mondón, S.; Ballbè, M.; Contel, M.; Fera, I.; & Fonseca, F. (2016). Grups focals un apropament qualitatiu... o com trobar el camí per a sensibilitzar els professionals. En *IV Jornada de Tabac y Salud Mental*. Barcelona.
- Pinet, C.; Serrrano, J.; & Grup Coordinadora de Tabac dels CAS de Catalunya.



- (2005). *Centres de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències que realitzen tractaments per tabac. Document descriptiu de la situació actual*. Barcelona.
- Rogers, E. (2003). *Diffusion of innovations* (5th edition). New York: Free Press.
- Roig, P. (2002). L'abordatge del tabaquisme en els CAS. En *IV Jornada de Treball de la Coordinadora de CAS de Catalunya*. Barcelona.
- Rüther, T.; Bobes, J.; De Hert, M.; Svensson, T. H.; Mann, K.; Batra, A.; Gorwood, P.; & Möller, H. J. (2014). EPA Guidance on tobacco dependence and strategies for smoking cessation in people with mental illness. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 29, (2), 65–82.
- Satre, D. D.; Kohn, C. S.; & Weisner, C. (2007). Cigarette Smoking and Long-Term Alcohol and Drug Treatment Outcomes: A Telephone Follow-Up at Five Years. *The American Journal on Addictions*, 16, 32–37.
- Sheals, K.; Tombor, I.; McNeill, A.; & Shahab, L. (2016). A mixed-method systematic review and meta-analysis of mental health professionals' attitudes toward smoking and smoking cessation among people with mental illnesses. *Addiction*, 111, (9), 1536–1553.
- Shoptaw, S.; Rotheram-Fuller, E.; Yang, X.; Frosch, D.; Nahom, D.; Jarvik, M. E.; Rawson, R.A.; & Ling, W. (2002). Smoking cessation in methadone maintenance. *Addiction*, 97, (10), 1317–1328.
- Subdirecció General de Drogodependències. Agència de Salut Pública. Generalitat de Catalunya. (2016). *Informe anual 2015. Sistema d'informació sobre drogodependències a Catalunya*.
- Szatkowski, L.; & McNeill, a. (2015). Diverging trends in smoking behaviors according to mental health status. *Nicotine & Tobacco Research*, 17, (3), 356–360.
- Thurgood, S. L.; McNeill, A.; Clark-Carter, D.; & Brose, L. (2015). A Systematic Review of Smoking Cessation Interventions for Adults in Substance Abuse Treatment or Recovery. *Nicotine & Tobacco Research*, 18, (5), 993–1001.
- Tsoh, J. Y.; Chi, F. W.; Mertens, J. R.; & Weisner, C. M. (2011). Stopping smoking during first year of substance use treatment predicted 9-year alcohol and drug treatment outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 114, (2–3), 110–118.
- Weinberger, A. H.; Platt, J.; Jiang, B.; & Goodwin, R. D. (2015). Cigarette Smoking and Risk of Alcohol Use Relapse Among Adults in Recovery from Alcohol Use Disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39, (10), 1989–1996.
- WHO. (2015). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015*. Geneva.
- Williams, J. M.; Miskimen, T.; Minsky, S.; Cooperman, N. A.; Miller, M.; Dooley Budsock, P.; Cruz, J.; & Steinberg, M. L. (2015). Increasing Tobacco Dependence Treatment Through Continuing Education Training for Behavioral Health Professionals. *Psychiatric Services*, 66, (1), 21–26.



Williams, J. M.; Steinberg, M. L.; Zimmermann, M. H.; Gandhi, K. K.; Gonsalves, D. A.; Pearlstein, I.; McCabe, P.; Galazyn M.; & Salsberg, E. (2009). Training Psychiatrists and Advanced Practice Nurses to Treat Tobacco Dependence. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 15, (1), 50-58.

Williams, J. M.; Stroup, T. S.; Brunette, M. F.; & Raney, L. E. (2014). Integrated Care: Tobacco Use and Mental Illness: A Wake-Up Call for Psychiatrists. *Psychiatric Services*, 65, (12), 1406-1408.