

Global State of Tobacco Harm Reduction



El tabaquismo entre personas que enfrentan problemas con el consumo de drogas

**Mayo
2026**

VISITE **GSTHR.ORG** PARA MÁS PUBLICACIONES



gsthr.org



[@globalstatethr](https://twitter.com/globalstatethr)



[@gsthr](https://facebook.com/gsthr)



[@gsthr](https://youtube.com/gsthr)



[@gsthr.org](https://instagram.com/gsthr)



Creative Commons
Attribution (CC BY)

Introducción

En las últimas dos décadas, la prevalencia del consumo de tabaco entre las poblaciones adultas en general ha ido disminuyendo en muchos países, en particular en las naciones más prósperas. Sin embargo, tanto en los países de ingresos altos (HIC) como en los países de ingresos bajos y medianos (LMIC), fumar tiene un impacto significativo y, a menudo, desproporcionado en las comunidades marginadas. En este documento informativo, analizamos cómo el tabaquismo afecta a uno de estos grupos: las personas que enfrentan problemas con su consumo de drogas. **Integración de la reducción del daño del tabaco en los servicios de tratamiento por consumo de drogas y de la reducción del daño**, publicado junto con este documento informativo, ofrece ciertos conocimientos prácticos para profesionales de primera línea.

Consumo de drogas de alto riesgo: parte de un panorama complejo

El consumo de drogas de alto riesgo o la drogodependencia puede tener efectos devastadores para las personas y sus familias; además, constituye un importante problema de salud pública a escala global. Las estimaciones para 2023 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito indican que había 64 millones de personas con trastornos por consumo de drogas en el mundo, de las cuales se calcula que 14 millones se administraban drogas por vía inyectada. Solo una de cada doce recibía tratamiento.¹

La intersección entre el consumo de drogas de alto riesgo y otros factores de riesgo que deterioran la salud y la exclusión social es considerable. Los datos varían entre países, pero estimaciones promedio derivadas de diversos estudios sugieren que alrededor del 60 % de las personas que cumplen los criterios diagnósticos de ‘trastorno por consumo de sustancias’ presentan al menos otro trastorno mental grave, y que aproximadamente la mitad de las personas indigentes son dependientes de las drogas.^{2,3,4} Las personas que se inyectan drogas enfrentan un riesgo elevado de contraer infecciones transmitidas por vía sanguínea debido al uso de equipo contaminado. Un metaanálisis global encontró que el 15 % vive con VIH, el 60 % con hepatitis C viral (VHC) y el 6 % con hepatitis B viral (VHB).^{5,6} Con una prevalencia mundial estimada del 25 %, la tasa de infección por tuberculosis (TB) también es más alta entre las personas que consumen drogas (en comparación con el 5–10 % observado en la población general).⁷

La dependencia de las drogas también es frecuente entre las personas encarceladas. Los trastornos por consumo de drogas detectados al ingreso en prisión oscilaron entre el 27 % y el 68 % en datos provenientes de 13 países de ingresos bajos y medianos, mientras que estudios europeos indican que entre el 30 % y el 75 % de las personas con consumo problemático de drogas han pasado tiempo en prisión.^{8,9}

Los datos internacionales muestran de forma sistemática que las tasas de tabaquismo o de consumo de tabaco de riesgo son desproporcionadamente altas en esta población. Un metaanálisis realizado por Guydish et al. examinó 54 estudios con información sobre

las estimaciones indican que había 64 millones de personas con trastornos por consumo de drogas en el mundo, de las cuales se calcula que 14 millones se administraban drogas por vía inyectada. Solo una de cada doce recibía tratamiento

los datos internacionales muestran sistemáticamente que las tasas de tabaquismo o de consumo de tabaco de riesgo son desproporcionadamente altas en esta población

la prevalencia de tabaquismo en servicios de tratamiento por adicciones en 20 países y la comparó con la tasa de tabaquismo en la población general. Entre las personas inscritas en tratamiento por adicciones, las tasas de consumo de tabaco fueron entre dos y cuatro veces superiores a las de la población general; alcanzando un 85 %, el índice de tabaquismo promedio más alto se observó entre quienes recibían tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides (OMT).¹⁰ Un estudio reciente sobre adultos que utilizan servicios de reducción del daño en Kirguistán, encontró un consumo de nicotina prácticamente universal (98 %), con predominio del consumo diario de tabaco combustible (79 %), seguido del consumo diario de nasvay, un tipo de tabaco oral específico de la región (18 %).¹¹

La mayoría de las personas que ingresan a un tratamiento contra las drogas enfrentan, por tanto, un conjunto de desafíos complejos y superpuestos. El tabaquismo y el consumo de tabaco de riesgo se encuentran entre ellos. Sin embargo, el impacto del tabaco, y los esfuerzos para apoyar el abandono de su consumo, pueden quedar relegados en algunos entornos de tratamiento, a pesar de los daños sustanciales y bien documentados que causa a la salud. Las razones pueden ser muchas: es posible que los propios profesionales fumen, que carezcan de capacitación para dejar de fumar, o que teman que combatir el tabaquismo pueda desestabilizar la recuperación del consumo de otras sustancias. En muchos casos, por supuesto, puede que los profesionales simplemente se vean abrumados por las exigencias que recaen sobre ellos.

¿Cuál es el impacto del tabaquismo en las personas que también tienen problemas de consumo de drogas?

En todas las poblaciones, fumar es una de las principales causas de enfermedad prevenible, responsable de cáncer de pulmón y numerosos otros tipos de cáncer, así como de enfermedad cardiovascular, accidente cerebrovascular y enfermedades respiratorias, en particular EPOC. Incrementa el riesgo de diabetes tipo II y se asocia con un sistema inmunitario debilitado. Hasta la mitad de las personas que fuman morirán de manera prematura a causa de una enfermedad relacionada con el tabaco.

Todas las personas que fuman enfrentan estos riesgos para la salud. Sin embargo, la evidencia muestra que las personas que enfrentan problemas debido al consumo de drogas tienen un riesgo sustancialmente mayor de morir prematuramente a causa de enfermedades relacionadas con el tabaquismo en comparación con otras personas.

Un análisis reciente de datos de mortalidad correspondiente a 106,789 personas que consumían heroína en Inglaterra reveló que el 63 % moriría antes de los 70 años, en comparación con solo el 16 % de la población general. Fundamentalmente, un número similar de las muertes prematuras entre los consumidores de heroína fue causado por el consumo de tabaco (24 %) y el de drogas ilegales (28 %).¹² Además, en un estudio realizado



en Estados Unidos, la tasa de mortalidad atribuible al tabaco en la población general fue del 31 %, mientras que alcanzó el 54 % entre las personas que recibían tratamiento por problemas de consumo de sustancias. También quienes estaban en tratamiento por consumo de drogas tenían más probabilidades de morir por una causa relacionada con el tabaco a una edad más temprana que el resto de la población.¹³

Estas disparidades tienen causas e interrelaciones complejas. El consumo de drogas de alto riesgo a largo plazo puede generar impactos significativos en la salud, dependiendo de los tipos de sustancias consumidas y de las vías de administración más frecuentes. Como se señaló anteriormente, inyectarse drogas incrementa de forma considerable el riesgo de contraer virus transmitidos por la sangre. El tabaquismo complica aún más el panorama. El VIH parece ser un factor de riesgo independiente para los cánceres asociados al consumo de tabaco; un estudio reciente encontró que una de cada cuatro muertes de personas que viven con VIH en Estados Unidos podría atribuirse al consumo de cigarrillos.^{14,15} El tabaquismo se asocia con peores resultados hepáticos en personas con VHC y VHB, así como con una progresión más grave de la tuberculosis.^{16,17}

Las personas que fuman sustancias como crack, metanfetamina u opiáceos, además de tabaco, suelen tener una salud respiratoria deficiente; el consumo más regular y prolongado de drogas fumadas se asocia con un diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).¹⁸ Se estima que hasta la mitad de quienes fuman heroína cumplen los criterios diagnósticos de EPOC (en comparación con una de cada cinco personas que se inyectan); la EPOC probablemente incrementa el riesgo de sobredosis por opiáceos debido a la depresión respiratoria, puesto que la capacidad respiratoria de estas personas ya está comprometida.^{19,20}

¿Por qué son tan altas las tasas de tabaquismo entre las personas que consumen drogas?

Independientemente del consumo de otras sustancias, las personas que fuman lo hacen por una gran variedad de razones. Es importante reconocer que esto puede incluir placer o gozo. También puede deberse a que las personas sienten que la nicotina les ayuda a sobrellevar la tristeza, el aburrimiento o el estrés. El consumo repetido de nicotina puede generar dependencia.

Como se ha señalado, las tasas de tabaquismo entre las personas que consumen drogas son sustancialmente elevadas en comparación con la población general. Entre los factores específicos que pueden influir en ello se encuentran:

- » El consumo de nicotina para manejar el síndrome de abstinencia o los efectos secundarios desagradables del consumo de sustancias

La nicotina proporciona un alivio temporal del estrés, la ansiedad y los síntomas de abstinencia —como el bajón posterior al consumo de estimulantes. La investigación sugiere, y las personas que consumen drogas informan, que el consumo de nicotina ayuda a manejar la abstinencia de los opioides.²¹

un análisis reciente de datos de mortalidad correspondiente a 106,789 personas que consumían heroína en Inglaterra reveló que un número similar de las muertes prematuras fue causado por el consumo de tabaco (24 %) y el de drogas ilegales (28 %)

cuando se combina con otras drogas, la evidencia muestra que la nicotina tiene la capacidad de aumentar la absorción de una o ambas sustancias por el organismo

» El consumo de nicotina para potenciar los efectos de las drogas

La evidencia ha demostrado que, cuando la nicotina se combina con otras drogas, por ejemplo, estimulantes (cocaína, anfetaminas), opioides (heroína), tetrahidrocannabinol (THC, consumido en cannabis u otras sustancias) y alcohol, aumenta la absorción corporal de una o ambas sustancias, de un modo que probablemente intensifica la experiencia subjetiva del consumidor.²² Es probable que esto también se aplique a los compuestos psicoactivos novedosos, como los cannabinoides sintéticos o las catinonas.

» El consumo de nicotina como parte de un ritual de consumo de drogas

Las personas suelen fumar cigarrillos antes o después de consumir otras drogas como parte de su rutina. Por lo tanto, fumar puede convertirse en parte del ritual de consumo de otras drogas, reforzando ambos hábitos.²³

» El consumo de nicotina para automedicarse contra enfermedades mentales o efectos secundarios de medicamentos

Como se ha señalado, las tasas de tabaquismo entre las personas con problemas de salud mental también son elevadas.²⁴ La evidencia sugiere que algunas personas asocian el consumo de nicotina con la reducción de síntomas específicos, por ejemplo, en el trastorno de estrés postraumático (TEPT) o el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). En el caso de las personas con esquizofrenia, el consumo de nicotina puede funcionar como una forma de automedicación, que perciben como útil para aliviar síntomas cognitivos o reducir los efectos secundarios de los medicamentos psiquiátricos.²⁵

» El consumo de nicotina en respuesta a entornos sociales y ambientales

Como se ha señalado, las personas con problemas relacionados con el consumo de drogas suelen enfrentarse a una multiplicidad de desafíos complejos y superpuestos. Pueden pasar tiempo en entornos y círculos sociales donde fumar es común, está normalizado o forma parte de las dinámicas sociales. Esto puede incluir periodos viviendo en la calle, en albergues o alojamientos para indigentes, en prisión, en hospitales psiquiátricos o en los propios servicios de tratamiento de drogas. Compartir cigarrillos puede ayudar a las personas a establecer vínculos en momentos en que pueden encontrarse aisladas socialmente o distanciadas de familiares y amistades.



¿Cuántas personas pueden acceder a apoyo para el tratamiento de drogas y para dejar de fumar en todo el mundo?

El acceso a un tratamiento integral y accesible para los problemas relacionados con las drogas es limitado en muchos países. Como se señaló anteriormente, se estima que solo una de cada doce personas con trastornos por consumo de drogas a nivel mundial estaba en tratamiento en 2023.²⁶ Una revisión reciente encontró que, aunque 90 países estaban

implementando tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides (OMT) y 94 países contaban con programas de intercambio de agujas y jeringas, únicamente cinco ofrecían una alta cobertura de ambos servicios, lo que representa tan solo el dos por ciento de la población mundial de personas que consumen drogas.²⁷

En algunos países de ingresos altos, como Canadá, Alemania, los Países Bajos y el Reino Unido, las personas con problemas de consumo de drogas pueden acceder a atención primaria para el consumo de drogas, financiada por su gobierno. Sin embargo, incluso entre los países de ingresos altos, esto sigue siendo poco común. No obstante, en países de todos los niveles de ingresos que carecen de tratamiento oficial para el consumo de drogas financiado por el gobierno, operan organizaciones comunitarias —en ocasiones de base religiosa o benéficas— que ofrecen apoyo a las personas que lo necesitan.

‘Ofrecer ayuda para dejar el consumo de tabaco’ es una de las seis medidas ‘MPOWER’ de control del tabaco presentadas por la OMS en 2008. El objetivo de esta medida era que los países implementaran sistemas nacionales para el abandono del tabaco y pusieran a disposición de la población ayudas para dejar de fumar.

En 2024, la OMS publicó su primera guía clínica para el abandono del tabaco en adultos, formalizando de manera efectiva lo que deben ofrecer estos servicios. La guía recomienda una combinación de “apoyo conductual proporcionado por profesionales de la salud, intervenciones digitales para dejar de fumar y tratamientos farmacológicos”. Las intervenciones farmacológicas recomendadas en la guía son vareniclina, terapia de reemplazo de nicotina (NRT), bupropión y citisina. La guía de la OMS cita un total de 11 revisiones sistemáticas Cochrane de investigaciones en salud sobre intervenciones para el abandono del tabaco.²⁸ Las revisiones Cochrane se consideran la regla de oro en medicina basada en la evidencia.

Por lo tanto, es lamentable que la guía de la OMS no cite la revisión sistemática Cochrane sobre ‘Cigarrillos electrónicos para el abandono del tabaco’. Esta revisión sistemática viva, que se actualiza regularmente desde 2012, ha encontrado de manera constante que el vapeo ayuda a las personas a dejar de fumar. En su actualización de noviembre de 2025 concluyó: “los cigarrillos electrónicos con nicotina pueden ayudar a las personas a dejar de fumar durante al menos seis meses. La evidencia muestra que funcionan mejor que la terapia de reemplazo de nicotina y probablemente mejor que los cigarrillos electrónicos sin nicotina.”^{29,30}

Aunque ‘ofrecer ayuda para dejar el consumo de tabaco’ haya sido uno de los objetivos centrales de las medidas mundiales de control del tabaco desde 2008, en última instancia, su implementación sigue siendo deficiente. Esto no es de extrañar. Establecer y prestar servicios integrales de abandono del tabaco, o apoyar la distribución gratuita de terapia de reemplazo de nicotina, puede resultar costoso. Redactar nuevas leyes de control del tabaco e incorporarlas al ordenamiento jurídico —sin necesariamente aplicarlas— no implica el mismo gasto para los gobiernos. La propia

las revisiones sistemáticas Cochrane se consideran la regla de oro en medicina basada en la evidencia: ‘Electronic cigarettes for smoking cessation’ (Cigarrillos electrónicos para dejar de fumar), que se actualiza regularmente desde 2012, ha encontrado de manera constante que el vapeo ayuda a las personas a dejar de fumar

en 2025, la OMS informó que dos tercios de la población mundial no tiene acceso a apoyo para dejar de fumar

evaluación de la OMS en 2021 concluyó que los servicios de abandono del tabaco son “insuficientes e inexistentes en gran parte del mundo” y, en 2025, la OMS informó que dos tercios de la población mundial no tiene acceso a apoyo para dejar de fumar.^{31,32}

En muchos países, es poco probable que los profesionales que trabajan con personas que enfrentan problemas con el consumo de drogas puedan derivar a sus usuarios a servicios locales especializados en abandono del tabaco. Para algunos profesionales, aquí es donde la reducción del daño podría resultar de ayuda.

¿Qué es la reducción del daño del tabaco y cómo podría ayudar a las personas que consumen drogas y tabaco?

El principio de la reducción del daño del tabaco es el mismo que sustenta las numerosas intervenciones de reducción del daño que se ofrecen a personas que consumen drogas en todo el mundo: desde el tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides (OMT), salas de consumo supervisado, prevención y reversión de sobredosis, intercambio de agujas y jeringas, hasta la provisión de información sobre el consumo más seguro de drogas y el análisis de sustancias. El objetivo es mantener a las personas con vida, reducir el daño asociado a su consumo y, cuando es posible, ofrecer alternativas que sean más seguras.³³

La forma más peligrosa de consumir nicotina es quemar un cigarrillo e inhalar el humo. Esto se debe a que el cigarrillo es un sistema de administración de nicotina altamente contaminante. Al quemar tabaco se liberan alquitrán y gases que contienen miles de toxinas, muchas de las cuales suponen un riesgo considerable de enfermedad grave. Algunos productos de tabaco oral también liberan toxinas peligrosas cuando se consumen.

En cambio, los productos de nicotina más seguros (SNP) no son combustibles: ninguno de ellos quema tabaco y algunos ni siquiera contienen tabaco. En consecuencia, todos administran nicotina al consumidor con un riesgo mucho menor que el asociado al consumo continuado de cigarrillos. Aislada del humo del tabaco, la nicotina es una sustancia de riesgo relativamente bajo.³⁴ Los productos de nicotina más seguros incluyen los vapeadores de nicotina (cigarrillos electrónicos) las bolsas de nicotina sin tabaco, el snus de estilo sueco (tabaco oral), algunos tabacos estadounidenses sin humo (de mascar) y los productos de tabaco calentado. Muchos de estos productos solo se han desarrollado en los últimos 10 a 15 años.

Para las personas que consumen drogas y que actualmente consumen productos de tabaco de alto riesgo, como los cigarrillos y algunos tipos de tabaco oral, la reducción del daño del tabaco ofrece la posibilidad de cambiar a productos que plantean riesgos sustancialmente menores para su salud. Existe una sólida evidencia de que, cuando las personas que fuman cambian a productos de nicotina más seguros, la probabilidad de recaer en el consumo de cigarrillos es menor. Como se ha señalado, la revisión sistemática Cochrane en curso informa que los vapeadores de nicotina son más eficaces que la terapia de reemplazo de nicotina (NRT).³⁵

“
existe una sólida evidencia de que, cuando las personas que fuman cambian a productos de nicotina más seguros, la probabilidad de recaer en el consumo de cigarrillos es menor

Conclusión

Abordar el tabaquismo y el consumo de tabaco de riesgo debería ser una prioridad para los servicios que apoyan a personas con problemas de drogadicción. El tabaco mata a la mitad de los fumadores a largo plazo, y el riesgo de muerte prematura por fumar en esta población suele ser igual o mayor al que representan las drogas ilícitas. Sin embargo, con demasiada frecuencia, sigue siendo un problema que está oculto a plena vista.

Una vez que las personas han dejado de fumar o de consumir tabaco de riesgo, pueden continuar consumiendo productos de nicotina más seguros o con relativa seguridad, o reducir gradualmente su consumo de nicotina hasta dejarlo por completo. Se sabe que fumar agrava muchas de las afecciones de salud crónicas que afectan a esta población: el deterioro de la salud respiratoria y cardiovascular, así como la progresión de algunos virus transmitidos por la sangre, como se señaló anteriormente. Cambiar a productos de nicotina más seguros ofrece la posibilidad de reducir de manera drástica los daños asociados al consumo de tabaco y, con ello, mejorar la salud general de manera eficaz y viable.

Es importante destacar que, al ser consultadas, entre el 50 y el 80 % de las personas que están en contacto con servicios de tratamiento por consumo de drogas afirman estar motivadas para dejar de fumar.^{36,37} Además, es un error creer que dejar de fumar durante el tratamiento por consumo de drogas pone en riesgo la recuperación de otros problemas con las drogas. Se ha demostrado que brindar apoyo para dejar de fumar reduce las tasas de tabaquismo y tiene un efecto ya sea neutro o positivo en los resultados del tratamiento para otras drogas.^{38,39}

Al menos un tipo de producto de nicotina más seguro está legalmente disponible en 129 países, lo que cubre al 71 % de la población mundial.⁴⁰ Donde están disponibles, los profesionales que trabajan con este grupo de clientes deben ofrecer información y asesoramiento sobre productos de nicotina más seguros o, cuando sea posible, facilitar el acceso a ellos. Al no costar nada o muy poco, esta intervención podría mejorar de forma significativa la salud a corto y largo plazo de las personas que utilizan servicios de tratamiento por consumo de drogas. Mantener una separación ficticia entre la reducción del daño del tabaco y la reducción del daño para otras sustancias implica el riesgo de perder una oportunidad crucial para salvar vidas.

Se puede encontrar información sobre la situación regulatoria de todas las categorías de productos de nicotina más seguros y de los productos de terapia de reemplazo de nicotina buscando información a nivel nacional en la base de datos de GSTHR en <https://gsthr.org/countries/> La publicación complementaria, **Integración de la reducción del daño del tabaco en los servicios de tratamiento por consumo de drogas y de la reducción del daño**, ofrece algunas sugerencias sobre cómo abordar la reducción del daño del tabaco en estos entornos.



separar la reducción del daño del tabaco de la reducción del daño para otras sustancias implica el riesgo de perder una oportunidad crucial para salvar vidas

Referencias

- ¹ UN. (2025). *World Drug Report 2025—Special Points of Interest*. United Nations : Office on Drugs and Crime. [/www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2025-special-points-of-interest.html](https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2025-special-points-of-interest.html).
- ² McNeely, J., Hamilton, L. K., Whitley, S. D., Wiegand, T. J., Stancliff, S. L., Norton, B. L., Gonzalez, C. J., & Hoffman, C. J. (2024, mayo). *Table 3, DSM-5-TR Criteria for Diagnosing and Classifying Substance Use Disorders [a,b]* [Text]. Johns Hopkins University. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565474/table/table-3/>.
- ³ Alsuhaibani, R., Smith, D. C., Lowrie, R., Aljhani, S., & Paudyal, V. (2021). Scope, quality and inclusivity of international clinical guidelines on mental health and substance abuse in relation to dual diagnosis, social and community outcomes: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 21(1), 209. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03188-0>.
- ⁴ Neale, J., Parkin, S., Hermann, L., Metrebian, N., Roberts, E., Robson, D., & Strang, J. (2022). Substance use and homelessness: A longitudinal interview study conducted during COVID-19 with implications for policy and practice. *International Journal of Drug Policy*, 108, 103818. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103818>.
- ⁵ *People who inject drugs*. (2020). World Health Organization. <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/populations/people-who-inject-drugs>.
- ⁶ Rashti, R., Sharafi, H., Alavian, S. M., Moradi, Y., Mohamadi Bolbanabad, A., & Moradi, G. (2020). Systematic Review and Meta-Analysis of Global Prevalence of HBsAg and HIV and HCV Antibodies among People Who Inject Drugs and Female Sex Workers. *Pathogens*, 9(6), 432. <https://doi.org/10.3390/pathogens9060432>.
- ⁷ Ngowi, W. S., Mandizadza, O. O., Wang, M., Shao, W. T., & Ji, C. (2025). Prevalence of tuberculosis among People Who Use Drugs 2000–2024: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1635053>, pp. 2000-2024.
- ⁸ Baranyi, G., Scholl, C., Fazel, S., Patel, V., Priebe, S., & Mundt, A. P. (2019). Severe mental illness and substance use disorders in prisoners in low-income and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis of prevalence studies. *The Lancet Global Health*, 7(4), e461-e471. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30539-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30539-4).
- ⁹ Ravndal, E., & Amundsen, E. J. (2010). Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: An 8-year prospective study. *Drug and Alcohol Dependence*, 108(1-2), 65-69. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.11.008>.
- ¹⁰ 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. <https://doi.org/10.1111/add.13099>.
- ¹¹ Jerzyński, T., Mzhavanadze, G., Pikirenia, T., Stimson, G.V., Bessonov, S. (2026). High Smoking Rates and Emerging Alternatives: Nicotine Use Among People Who Use Drugs in the Kyrgyz Republic. Forthcoming, 2026.
- ¹² Lewer, D., Tattan-Birch, H., & Cox, S. (2025). Among people who use heroin, tobacco smoking and illegal drugs cause a similar number of premature deaths. *Addiction*, 120(12), 2573-2579. <https://doi.org/10.1111/add.70140>.
- ¹³ Bandiera, F. C., Anteneh, B., Le, T., Delucchi, K., & Guydish, J. (2015). Tobacco-related mortality among persons with mental health and substance abuse problems. *PloS One*, 10(3), e0120581. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0120581>.
- ¹⁴ Hessol, N. A., Barrett, B. W., Margolick, J. B., Plankey, M., Hussain, S. K., Seaberg, E. C., & Massad, L. S. (2021). Risk of smoking-related cancers among women and men living with and without HIV. *AIDS*, 35(1), 101-114. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002717>.
- ¹⁵ Asfar, T., Perez, A., Shipman, P., Carrico, A. W., Lee, D. J., Alcaide, M. L., Jones, D. L., Brewer, J., & Koru-Sengul, T. (2021). National Estimates of Prevalence, Time-Trend, and Correlates of Smoking in US People Living with HIV (NHANES 1999–2016). *Nicotine & Tobacco Research*, 23(8), 1308-1317. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntaa277>.
- ¹⁶ Rutledge, S. M., & Asgharpour, A. (2020). Smoking and Liver Disease. *Gastroenterology & Hepatology*, 16(12), 617-625.
- ¹⁷ Duarte, R., Lönnroth, K., Carvalho, C., Lima, F., Carvalho, A. C. C., Muñoz-Torrico, M., & Centis, R. (2018). Tuberculosis, social determinants and co-morbidities (including HIV). *Pulmonology*, 24(2), 115-119. <https://doi.org/10.1016/j.rppnen.2017.11.003>.
- ¹⁸ Burhan, H., Young, R., Byrne, T., Peat, R., Furlong, J., Renwick, S., Elkin, T., Oelbaum, S., & Walker, P. P. (2019). Screening Heroin Smokers Attending Community Drug Services for COPD. *Chest*, 155(2), 279-287. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2018.08.1049>.
- ¹⁹ Hulin, J., Brodie, A., Stevens, J., & Mitchell, C. (2020). Prevalence of respiratory conditions among people who use illicit opioids: A systematic review. *Addiction*, 115(5), 832-849. <https://doi.org/10.1111/add.14870>.
- ²⁰ Darke, S., Farrell, M., Duflou, J., & Lappin, J. (2024). Chronic obstructive pulmonary disease in heroin users: An underappreciated issue with clinical ramifications. *Addiction*, 119(7), 1153-1155. <https://doi.org/10.1111/add.16407>.
- ²¹ Custodio, L., Malone, S., Bardo, M. T., & Turner, J. R. (2022). Nicotine and opioid co-dependence: Findings from bench research to clinical trials. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 134, 104507. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.12.030>.
- ²² Kohut, S. J. (2017). Interactions between nicotine and drugs of abuse: A review of preclinical findings. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 43(2), 155-170. <https://doi.org/10.1080/00952990.2016.1209513>.
- ²³ Rupprecht, L. E., Smith, T. T., Schassburger, R. L., Buffalari, D. M., Sved, A. F., & Donny, E. C. (2015). Behavioral Mechanisms Underlying Nicotine Reinforcement. En D. J. K. Balfour & M. R. Munafò (Eds.), *The Neuropharmacology of Nicotine Dependence* (Vol. 24, pp. 19-53). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-13482-6_2.
- ²⁴ Alsuhaibani, Smith, Lowrie, Aljhani, & Paudyal, 2021.
- ²⁵ Winterer, G. (2010). Why do patients with schizophrenia smoke? *Current Opinion in Psychiatry*, 23(2), 112-119. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283366643>.
- ²⁶ UN, 2025.

- ²⁷ Colledge-Frisby, S., Ottaviano, S., Webb, P., Grebely, J., Wheeler, A., Cunningham, E. B., Hajarizadeh, B., Leung, J., Peacock, A., Vickerman, P., Farrell, M., Dore, G. J., Hickman, M., & Degenhardt, L. (2023). Global coverage of interventions to prevent and manage drug-related harms among people who inject drugs: A systematic review. *The Lancet Global Health*, 11(5), e673-e683. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00058-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00058-X).
- ²⁸ WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults. (2024, julio 2). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096431>.
- ²⁹ Lindson, N., Livingstone-Banks, J., Butler, A. R., McRobbie, H., Bullen, C. R., Hajek, P., Wu, A. D., Begh, R., Theodoulou, A., Notley, C., Rigotti, N. A., Turner, T., Fanshawe, T., & Hartmann-Boyce, J. (2025). Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2025(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010216.pub10>.
- ³⁰ Lindson, Livingstone-Banks, Butler, McRobbie, Bullen, Hajek, Wu, Begh, Theodoulou, Notley, Rigotti, Turner, Fanshawe, & Hartmann-Boyce, 2025.
- ³¹ WHO. (2021). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2025, fourth edition* (4th ed). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/348537>.
- ³² World Health Organization. (2025). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2025: Warning about the dangers of tobacco* (N.º 978-92-4-011206-3). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240112063>.
- ³³ GSTHR. (2022). *What is Tobacco Harm Reduction?* (GSTHR Briefing Papers). Global State of Tobacco Harm Reduction. <https://gsthr.org/resources/briefing-papers/what-is-tobacco-harm-reduction/>.
- ³⁴ GSTHR, 2022.
- ³⁵ Lindson, Livingstone-Banks, Butler, McRobbie, Bullen, Hajek, Wu, Begh, Theodoulou, Notley, Rigotti, Turner, Fanshawe, & Hartmann-Boyce, 2025.
- ³⁶ Syan, S. K., Belisario, K. L., Rahman, L., Levitt, E. E., McCarron, C., Radman, H., Amlung, M., Praecht, A., George, T. P., & MacKillop, J. (2025). Smoking in Substance Use Disorder Patients: Prevalence, Comorbidities, Impulsivity, and Patterns of Readiness to Change. *Nicotine & Tobacco Research*, 27(10), 1813-1822. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntaf089>.
- ³⁷ Cookson, C., Strang, J., Ratschen, E., Sutherland, G., Finch, E., & McNeill, A. (2014). Smoking and its treatment in addiction services: Clients' and staff behaviour and attitudes. *BMC Health Services Research*, 14, 304. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-304>.
- ³⁸ Apollonio, D., Philipps, R., & Bero, L. (2012). Interventions for tobacco use cessation in people in treatment for or recovery from substance abuse. En The Cochrane Collaboration (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (p. CD010274). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010274>.
- ³⁹ Apollonio, Philipps, & Bero, 2012.
- ⁴⁰ Shapiro, H., Jerzyński, T., Mzhavanadze, G., & Porritt, O. (2024). *The Global State of Tobacco Harm Reduction 2024: A Situation Report* (N.º 4; GSTHR Major Reports). Global State of Tobacco Harm Reduction (GSTHR). <https://gsthr.org/resources/thr-reports/the-global-state-of-tobacco-harm-reduction-2024-a-situation-report/>. S. 1.



GSTHR. (2026). *Smoking among people facing problems with drug use* (GSTHR Briefing Papers). Global State of Tobacco Harm Reduction. <https://gsthr.org/resources/briefing-papers/smoking-among-people-facing-problems-with-drug-use/>

Para más información sobre el trabajo de Global State of Tobacco Harm Reduction, o los puntos planteados en este **documento informativo de GSTHR**, favor de comunicarse con info@gsthr.org

Acerca de nosotros: **Knowledge•Action•Change (K•A•C)** promueve la reducción de daños como una estrategia fundamental de salud pública sustentada en los derechos humanos. El equipo tiene una experiencia de más de cuarenta años en el trabajo de reducción de daños en el consumo de drogas, VIH, tabaquismo, salud sexual y prisiones. K•A•C dirige **Global State of Tobacco Harm Reduction** (GSTHR) que describe el desarrollo de la reducción del daño del tabaco y el consumo, la disponibilidad y las respuestas normativas a productos de nicotina más seguros, así como la prevalencia del tabaquismo y la mortalidad relacionada, en más de 200 países y regiones en todo el mundo. Para conocer todas las publicaciones y datos en tiempo real, visite <https://gsthr.org>

Nuestro financiamiento: El proyecto GSTHR se produce con una subvención de **Global Action to End Smoking** (anteriormente conocida como Foundation for a Smoke-Free World), organización estadounidense independiente, sin fines de lucro, sujeta a la exención fiscal 501(c)(3), la cual acelera el trabajo basado en la ciencia a nivel mundial para terminar con la epidemia del tabaquismo. Global Action no asumió ninguna función en el diseño, implementación, análisis de datos o interpretación de este documento informativo. El contenido, selección y presentación de hechos, así como las opiniones expresadas, son responsabilidad exclusiva de los autores y no debe considerarse que refleja las posturas de Global Action to End Smoking.