



**Grupo de trabajo sobre  
tratamiento de la adicción a la metanfetamina  
Informe final del encuentro telemático del 21 de febrero de 2023**

**Introducción y antecedentes.**

Dada la preocupación por el posible incremento del uso de metanfetamina en España y por sus consecuencias, la Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) ha impulsado diversas actividades de información, y compilado y difundido documentación al respecto en su web. En este contexto, se planteó la conveniencia de propiciar el encuentro de un núcleo de profesionales expertos para compartir perspectivas orientadas a mejorar la capacidad de la red de atención a las adicciones frente a un posible incremento de esta problemática.

El formato fue un encuentro telemático de cuatro horas de duración, restringido a una docena de participantes, en el que se proporcionaría alguna información contextual inicial y de forma más abierta se discutirían luego diversos aspectos. Además de proporcionar una perspectiva informal compartida a las personas participantes, se pretendía obtener unas conclusiones compartidas, así como ideas para seguir trabajando.

**Resumen de la reunión**

En la reunión se presentan los datos sobre metanfetamina en España. Aunque las encuestas informan de un consumo auto-referido de metanfetamina relativamente pequeño entre los psicoestimulantes, y los datos de inicios de tratamiento y de mortalidad por reacción aguda adversa a drogas confirman que su peso es pequeño respecto al del resto de sustancias, hay indicios de que se va incrementando (con la salvedad del año pandémico). Asimismo, como indicador indirecto de su consumo, se detecta la presencia de sus metabolitos en las aguas residuales de varias grandes ciudades (más en Barcelona). Hay indicios de crecimiento de la oferta, tanto derivada de pequeños laboratorios de producción local a partir de precursores de fácil disponibilidad como de grandes decomisos en operaciones del narcotráfico internacional. Se identifican tres poblaciones consumidoras, que no son compartimentos estancos. Por un lado, población de origen filipino que lo usa principalmente como estimulante (shabú) para prolongar los horarios de trabajo. Por otro, personas usuarias de chemsex en grandes ciudades, en cuya práctica está cada vez más presente, que no suelen consumir diariamente, que mayoritariamente no tienen un perfil marginal, y que plantean diversos problemas (infecciones, episodios psicóticos, consumo de sustancias); su atención integrada reclama una mayor coordinación de servicios y redes. Finalmente, y especialmente en el entorno de los espacios de reducción de daños y de consumo sanitariamente supervisado de Barcelona, personas con un perfil más marginal y a menudo sin hogar, con largo historial de consumo de otras drogas, que pasan a usar



metanfetamina, preferentemente por vía inhalada y que puede estar combinada con heroína, a veces con patrones disruptivos en los servicios de reducción de daños. Se constata que la metanfetamina apenas está presente en los circuitos de ocio nocturno, dominados por sustancias como la cocaína y el MDMA.

Los participantes revisaron las experiencias de reducción de daños que se han ido desarrollando en España y Europa, esencialmente como respuesta a los problemas que planteó la heroína, y que en España resultaron en la amplia implantación de tratamientos sustitutivos con opiáceos. Se comentaron experiencias de los programas de intercambio de jeringas, algunas experiencias de distribución de naloxona y el desarrollo de espacios de reducción de daños, con salas de consumo supervisado implantadas en Bilbao y Cataluña. La aplicación de esta perspectiva a las drogas psicoestimulantes es objeto de reflexión desde diversas instancias, pero no está tan sistematizada. Por otra parte, en Europa se detecta una mayor práctica de la inyección con estimulantes en los últimos años. Un aspecto que suscita especial interés es la posible incorporación de medicamentos al tratamiento del abuso/dependencia de metanfetamina para mejorar sus resultados, e incluso el uso de medicamentos psicoestimulantes como una opción de reducción de daños en estos pacientes, pero los indicios son aún limitados. Otros aspectos a valorar son la detección y el abordaje de infecciones y otros problemas orgánicos derivados del consumo, y la distribución de parafernalia con el fin de reducir el riesgo de lesiones.

Se revisan los indicios de efectividad de los tratamientos del abuso/dependencia a la metanfetamina (ADM). Las revisiones sistemáticas apuntan a cierta eficacia del abordaje psicosocial, tanto de la terapia cognitivo conductual como de la basada en el manejo de contingencias. Nuestra red territorial es poco propicia a la incorporación generalizada del manejo de contingencias, mientras que la terapia cognitivo conductual está bien implantada. Actualmente no hay indicios conclusivos sobre el uso de fármacos en estos pacientes, pero se están estudiando diversas opciones. Destacan los agonistas dopaminérgicos (similares a fármacos para TDAH) a dosis altas, los antidepresivos, los antipsicóticos, la naltrexona de liberación retardada con bupropion, el topiramato, la buprenorfina, la mirtazapina, el tratamiento experimental hormonal con oxitocina y colecistokinina. Mereció interés especial el gran estudio observacional sueco (14.000 personas seguidas durante dos años). Sugiere que las personas con diagnóstico de ADM que recibieron lisdexanfetamina tuvieron menos probabilidad de hospitalización y mortalidad, las que recibieron metilfenidato menos mortalidad, y en cambio un exceso de mortalidad en las que recibieron benzodiazepinas.

Con perspectiva de reducción de riesgos, se recurre a la prescripción de medicamentos psicoestimulantes. Se están utilizando la dextroanfetamina y la lisdexanfetamina, que mejoran el craving y los síntomas depresivos, pero plantean la necesidad de tener en cuenta diversas precauciones (evitar uso en pacientes con riesgo de suicidio y en embarazo, y precaución si síntomas cardiovasculares o sintomatología psicótica). En Australia usan anfetaminas potentes a dosis elevadas. Las recomendaciones de la Sociedad Checa de Adicciones se centran en el uso *off label* de metilfenidato de liberación lenta a dosis elevadas (con mejores resultados en personas con criterios de TDAH). Los participantes mantuvieron un debate en el curso del cual se puso de



manifiesto que la diversidad de servicios de la red entre CCAA condiciona las opciones realmente disponibles a los profesionales en diversas situaciones. Este debate llevó a constatar que en España la lisdexanfetamina supone un coste muy elevado y plantea circuitos de autorización complejos en el SNS, difíciles de superar en aquellos servicios de atención a adicciones que están menos integrados en su sistema autonómico de salud. Se constata que la prescripción de metilfenidato en personas adultas con ADM que además cumplan criterios de TDAH actualmente no plantea los mismos problemas. De todos modos, si los estudios en curso concluyen que la lisdexanfetamina es el fármaco idóneo para el tratamiento sustitutivo, se debería procurar la supresión del visado para facilitar su prescripción en pacientes con ADM.

Valorar los indicios de beneficios de un tratamiento orientado a la reducción de riesgos es importante. Entre ellos hay que valorar los clínicos, pero también los psicosociales. Entre los beneficios clínicos a obtener destaca la reducción (o cese) del consumo de estimulantes ilícitos, la reducción de sobredosis, la reducción del ansia de consumo, la reducción de la exposición potencial a infecciones y enfermedades transmisibles, la reducción del uso de los servicios de urgencias, un mayor uso de los servicios de atención primaria y el control de los síntomas de abstinencia. Los pacientes informan de un mayor bienestar general y muestran indicios de mejora funcional como una mayor concentración y función ejecutiva. Los test en orina dan resultados consistentes positivos para la medicación prescrita y pocos positivos para estimulantes ilícitos. Para los beneficios psicosociales, se valora la reducción de la participación en actividades de alto riesgo y/o ilegales, el mantenimiento, búsqueda u obtención de empleo o actividades de voluntariado y la mejora de la actitud hacia uno mismo. Se aprecia mayor capacidad para establecer y alcanzar objetivos en áreas importantes (como la salud personal), la matriculación en programas de educación o formación, la Integración en nuevas actividades, la reconexión con la familia y los amigos (por ejemplo, mejor funcionamiento social), y el conseguir una vivienda segura y acceder a otros servicios sociales.

Por el contrario, serían indicadores de que el paciente no se está beneficiando de una prescripción orientada a la reducción de riesgos el mantenimiento o aumento de la intensidad del consumo de sustancias ilegales, el mantenimiento o aumento del riesgo de sobredosis, la presencia de ansiedad y síntomas de abstinencia continuos, la omisión sistemática de dosis y tener resultados en orina sistemáticamente negativos para la medicación prescrita. No hay cambios en el bienestar ni en el funcionamiento social, aparecen o empeoran problemas de salud mental (por ejemplo, psicosis, trastorno bipolar ideación suicida, agresividad o comportamiento peligroso), aparecen problemas de salud física, como angina de pecho o hipertensión de nueva aparición. Los indicios de que el paciente no toma la medicación según lo prescrito o la vende para tener un mayor acceso a estimulantes ilícitos son relevantes.

En el curso del debate emergen aspectos a tener en cuenta. Estos pacientes plantean mayores necesidades de atención por otros problemas de salud mental. La patología dual es muy frecuente: muchos pacientes con ADM se detectan en las urgencias hospitalarias de psiquiatría o mediante la interconsulta en el curso de una hospitalización, o bien su problema de metanfetamina emerge mientras están siendo atendidos ambulatoriamente por adicción al sexo.



En muchos casos, el policonsumo hace muy complejo el abordaje. Muchos profesionales de salud mental no se manejan bien con las adicciones y les falta formación para detectar y manejarlas, y la mayoría de profesionales de la red de adicciones no conocen el manejo de tratamientos con fármacos psicoestimulantes. Además, la necesidad de mejorar el enlace entre servicios de salud mental y de adicciones, y entre servicios hospitalarios y servicios ambulatorios se plantea en diversas CCAA donde la relación entre redes es menos funcional.

Los participantes valoran que esta reunión permite plantear una serie de conclusiones y que sería deseable mantener este grupo posteriormente.

- Es conveniente realizar actividades de sensibilización y formación para los profesionales de adicciones y para los profesionales de salud mental. Las sociedades profesionales pueden jugar un papel clave en este campo, mediante sus reuniones, cursos, y publicaciones.
- Es oportuno mantener las actividades de sensibilización con diversos actores desde la DGPNSD, generando información, implicando a diversos actores y procurando no generar miedo, además de mantener el sistema de vigilancia.
- Sería deseable disponer de artículos o documentos que sintetizen el conocimiento actual en español, pues muchos profesionales no pueden utilizar los materiales existentes en otras lenguas.
- Sería de interés obtener datos sobre la prescripción actual de medicamentos psicoestimulantes y las tendencias, para valorar si se están produciendo cambios relevantes.
- Se valora como oportuno hacer propuestas dirigidas a homogeneizar la atención y detectar consumos en pacientes atendidos por diferentes servicios, incluyendo los de salud mental y de reducción de daños.
- Se considera necesario establecer protocolos de uso de medicamentos en estos pacientes, estableciendo algoritmos apropiados para diversos contextos y teniendo en cuenta posibles efectos adversos orgánicos (cardiológicos y otros).
- Se considera preciso plantear posibles estudios que documenten la evolución de estos pacientes cuando reciben tratamiento con o sin medicamentos psicoestimulantes tanto en contexto clínico (que podría precisar de una colaboración multicéntrica) como de reducción de daños.
- Se plantea mantener una lista de correos con las personas implicadas en esta reunión para facilitar el intercambio de información, documentos y experiencias, así como la preparación de protocolos, algoritmos y estudios planteados anteriormente, que podría ser gestionada por la DGPNSD.



MINISTERIO  
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL  
PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

### **Lista de participantes**

#### **Presidente y moderador del debate:**

Miquel Casas, Sociedad Española de Patología Dual

#### **Relatores:**

Rosario Sendino y Carlos Belmar SGCP, DG para el Plan Nacional sobre Drogas

#### **Secretaría:**

Maria Calcedo, DG para el Plan Nacional sobre Drogas

#### **Ponentes:**

Begoña Brime, OEDA, DG para el Plan Nacional sobre Drogas

Iciar Indave, Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías

Marta Torrens, Parc de Salut Mar

#### **Otros participantes:**

Amaia Garrido, Agència de Salut Pública de Barcelona

Carlos Roncero, Sociedad Española de Patología Dual

Francisco Pascual, SOCIDROGALCOHOL

Helen Dolengevich, Hospital Universitario del Henares

Joan R Villalbí, DG para el Plan Nacional sobre Drogas

Josep Rovira, Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD)

Noelia Llorens, OEDA, DG para el Plan Nacional sobre Drogas

Pablo Vega, Madrid Salud

Rosa Sauras, Parc de Salut Mar