GENERALITAT VALENCIANA
Conselleria de Sanidad



PLAN DE ACTUACIÓN PARA LA ATENCIÓN AL TDAH

EN LA COMUNITAT VALENCIANA (2026-2030)

Octubre 2026

Naturaleza del documento

El presente Plan de Actuación para la Atención al TDAH en la Comunitat Valenciana 2026-2030 (Plan TDAH), aprobado mediante Resolución del conseller de Sanidad, constituye un instrumento de planificación estratégica, programática y organizativa de la Conselleria de Sanidad, en desarrollo de la Acción 3.6 del Plan Valenciano de Salud Mental y Adicciones 2024-2027 y de las actuaciones previstas en la normativa sanitaria aplicable.

Las actuaciones previstas en el Plan TDAH que requieran desarrollo normativo, decisiones organizativas, creación o modificación de puestos, dotación presupuestaria, contratación, convenios, desarrollos tecnológicos, instrucciones asistenciales u otros instrumentos específicos deberán aprobarse y ejecutarse mediante los procedimientos y actos que correspondan.

Asimismo, las actuaciones que afecten a competencias de otros departamentos de la Generalitat, administraciones u organismos requerirán su participación y la aprobación del instrumento jurídico u organizativo procedente.

El Plan TDAH distingue entre el nivel estratégico, programático y organizativo y su posterior desarrollo técnico-asistencial. El cuerpo principal establece el diagnóstico de necesidades, la finalidad, los principios, los objetivos, el modelo asistencial, las actuaciones, la gobernanza, la implementación y la evaluación.

Los protocolos, criterios clínicos, algoritmos, instrumentos, circuitos, recomendaciones terapéuticas y materiales de apoyo necesarios para su aplicación se aprobarán posteriormente, cuando proceda, mediante Instrucciones, Resoluciones u otros instrumentos dictados por el órgano competente. Su inclusión o referencia en el Plan no les confiere por sí sola naturaleza normativa, ni eficacia obligatoria frente a terceros.

Contenido

Proceso de elaboración y participación 5
Resumen ejecutivo 6
1. Naturaleza, alcance y finalidad del Plan TDAH 2026-2030 9
1.1. Alcance institucional 9
1.2. Relación con la planificación sanitaria vigente 9
1.3. Vigencia 9
2. Justificación y diagnóstico de situación 10
2.1. Magnitud del problema 10
2.1.1. Estudios de prevalencia 10
2.1.2. Prevalencia asistencial en la Comunitat Valenciana 12
2.1.3. Sintomatología de hiperactividad e inatención en población escolar 14
2.2. Problemas identificados 15
2.3. Respuesta asistencial a la alta complejidad del neurodesarrollo 16
3. Necesidades prioritarias 17
4. Población destinataria 18
5. Principios rectores y modelo de atención 18
5.1. Principios rectores 18
5.2. Modelo de atención 19
5.2.1. Población infantojuvenil 19
5.2.2. Población adulta 20
6. Objetivos del Plan 21
6.1. Objetivo general 21
6.2. Objetivos específicos 21
7. Ejes estratégicos y actuaciones 22
7.1. Eje 1. Organización, equidad y continuidad asistencial 22
7.1.1. Modelo asistencial común y cartera funcional 22

7.1.2. Creación y despliegue de ocho Unidades de Neurodesarrollo supradepartamentales 22
7.1.3. Análisis y reducción de variabilidad territorial 22
7.1.4. Protocolo de transición infancia-adolescencia/adultos 22
7.1.5. Modelo asistencial para el TDAH en la edad adulta 23
7.1.6. Coordinación de casos complejos 23
7.2. Eje 2. Detección oportuna y acceso 23
7.2.1. Detección oportuna en Atención Primaria 24
7.2.2. Detección y coordinación en el ámbito educativo 24
7.2.3. Atención a grupos con riesgo de infradetección o complejidad 24
7.2.4. Información pública y lucha contra el estigma 24
7.3. Eje 3. Atención clínica integral y basada en la evidencia 25
7.3.1. Protocolo clínico-asistencial común 25
7.3.2. Plan terapéutico individualizado y decisión compartida 25
7.3.3. Manejo de comorbilidades y diagnóstico diferencial 25
7.3.4. Acceso a intervenciones no farmacológicas con evidencia 25
7.3.5. Seguridad del tratamiento farmacológico y seguimiento 26
7.4. Eje 4. Familias, educación y entorno comunitario 26
7.4.1. Protocolo de coordinación Sanidad-Educación 26
7.4.2. Formación y herramientas para profesionales educativos 26
7.4.3. Programa de información y psicoeducación para familias y personas con TDAH 26
7.4.4. Participación de personas con experiencia vivida y familias 26
7.4.5. Coordinación sanitaria y social 26
7.4.6. Inclusión formativa, laboral y autonomía en la vida adulta 27
7.5. Eje 5. Formación, conocimiento y apoyo profesional 27
7.5.1. Programa de formación sanitaria común 27
7.5.2. Apoyo técnico especializado en TDAH y neurodesarrollo 27
7.5.3. Repositorio institucional de conocimiento 27
7.6. Eje 6. Información, evaluación, investigación e innovación 28
7.6.1. Conjunto mínimo de datos e indicadores 28

7.6.2. Mejoras en historia clínica y sistemas de información 28
7.6.3. Investigación epidemiológica y de resultados 28
7.6.4. Innovación con pilotaje y evaluación 28
7.6.5. Programa de evaluación del Plan 28
8. Implementación, priorización y cronograma 29
9. Recursos y financiación 33
10. Gobernanza y coordinación 34
10.1. Dirección del Plan 34
10.2. Coordinación técnica 34
10.3. Coordinación territorial 35
10.4. Coordinación intersectorial 35
10.5. Participación 35
11. Sistema de información, seguimiento y evaluación 36
11.1. Seguimiento y evaluación del plan 37
12. Desarrollo técnico del Plan 38

Proceso de elaboración y participación

El Plan de Actuación para la Atención al TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad) en la Comunitat Valenciana 2026-2030 (Plan TDAH) se ha elaborado mediante un proceso técnico, participativo e institucional orientado a combinar la mejor evidencia disponible, la experiencia de los profesionales, el conocimiento aportado por las personas con TDAH y sus familias y la responsabilidad de planificación de la Administración sanitaria.

- **Borrador técnico inicial.** La Dirección General de Salud Mental y Adicciones solicitó a la Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (AEPNYA) la elaboración de un borrador técnico inicial. Este documento constituyó la base de partida para el posterior proceso de análisis, contraste y reformulación del Plan.
- **Comisión mixta de elaboración y contraste.** A partir del borrador inicial se constituyó una comisión mixta integrada por profesionales de los ámbitos implicados, representantes de asociaciones de personas con TDAH y familiares, y representantes de la Dirección General de Salud Mental y Adicciones.
- **Participación abierta.** Además de las aportaciones realizadas en el seno de la comisión, se abrió un plazo específico para la presentación de alegaciones, observaciones y propuestas adicionales, con el fin de ampliar el contraste del documento y permitir la participación de entidades y profesionales más allá de quienes formaban parte de la comisión.
- **Redacción final.** Tras el análisis de las aportaciones recibidas, la redacción final del Plan corresponde a la Dirección General de Salud Mental y Adicciones, como centro directivo competente en materia de salud mental y adicciones, de conformidad con el artículo 12 del Decreto 22/2025, de 11 de febrero, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento orgánico y funcional de la Conselleria de Sanidad.

Resumen ejecutivo

El Plan de Actuación para la Atención al TDAH en la Comunitat Valenciana 2026-2030 constituye el instrumento de planificación sanitaria de la Conselleria de Sanidad para ordenar y homogeneizar la atención al trastorno por déficit de atención e hiperactividad a lo largo de todo el ciclo vital. Desarrolla específicamente la Acción 3.6 del Plan Valenciano de Salud Mental y Adicciones 2024-2027 y establece un marco común para la detección, evaluación, atención, seguimiento y continuidad asistencial de las personas con TDAH en el Sistema Valenciano de Salud.

El TDAH es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes y puede persistir desde la infancia hasta la edad adulta, con repercusiones relevantes sobre el funcionamiento académico, familiar, social y laboral. El Plan parte de una distinción esencial entre prevalencia epidemiológica, prevalencia asistencial registrada y sintomatología detectada mediante instrumentos de cribado, evitando equiparar estos conceptos o utilizar el cribado poblacional como sustituto de la valoración clínica.

Los datos del Sistema de Información Sanitaria Alumbra muestran una demanda asistencial creciente. En 2025 fueron atendidas en algún recurso del Sistema Valenciano de Salud 25.691 personas con diagnóstico de TDAH, de las que 17.521 eran menores de 18 años y 8.170 personas adultas. Desde 2015, el número de menores atendidos ha aumentado un 54,2 %, mientras que en población adulta se ha multiplicado por más de seis. Plan TDAH versión final La prevalencia asistencial registrada en 2025 se sitúa en el 1,95 % de los menores y en el 0,18 % de los adultos, cifras inferiores a las estimaciones epidemiológicas poblacionales y que justifican reforzar especialmente la capacidad de detección y atención en la edad adulta.

El diagnóstico de situación identifica como principales retos la variabilidad territorial y clínica, la fragmentación entre niveles asistenciales, la insuficiente diferenciación de la respuesta para los casos de alta complejidad, el riesgo de infradetección en determinados grupos —especialmente personas adultas y niñas y mujeres—, las dificultades de transición entre los servicios infantojuveniles y de adultos, la heterogeneidad formativa, la coordinación sanitario-educativa insuficiente y las limitaciones de los actuales sistemas de información y evaluación.

La respuesta propuesta se basa en un modelo asistencial común, escalonado, comunitario y centrado en la persona, en el que la atención debe prestarse en el nivel más próximo y adecuado a sus necesidades, reservando los recursos de mayor especialización para las situaciones de mayor complejidad. El modelo diferencia las necesidades de población infantojuvenil y adulta, refuerza la continuidad entre ambas etapas y promueve

mecanismos de atención compartida, coordinación y retorno entre Atención Primaria y Salud Mental.

Una de las principales actuaciones estructurales será la creación y despliegue de ocho Unidades de Neurodesarrollo supradepartamentales, una en cada Agrupación Sanitaria Interdepartamental (ASI). Estas unidades estarán destinadas a los casos infantojuveniles de TDAH y TEA de mayor complejidad, comorbilidad o refractariedad y complementarán a Atención Primaria y a las USMI-A, sin constituir una puerta de entrada ordinaria ni sustituir la atención de proximidad.

El Plan incorpora también, por primera vez de forma específica, un modelo asistencial para el TDAH en la edad adulta, que definirá las funciones de Atención Primaria y Salud Mental, los criterios de acceso, derivación y retorno, el seguimiento compartido de personas clínicamente estables y los mecanismos de referencia para los casos de especial complejidad. Asimismo, se establecerá un procedimiento común de transición entre los dispositivos infantojuveniles y los servicios de adultos para reducir las pérdidas de continuidad asistencial.

Para alcanzar estos objetivos, el Plan se estructura en seis ejes estratégicos y 29 actuaciones: organización, equidad y continuidad asistencial; detección oportuna y acceso; atención clínica integral basada en la evidencia; familias, educación y entorno comunitario; formación, conocimiento y apoyo profesional; e información, evaluación, investigación e innovación. Plan TDAH versión final Su ejecución se organiza en tres fases: una primera de actuaciones estructurales e inmediatas durante los primeros 12 meses; una segunda de implantación territorial y consolidación entre los 12 y 24 meses; y una tercera orientada a evaluación, mejora y desarrollo progresivo.

La implementación se acompaña de una matriz que identifica para cada actuación su secuencia temporal, responsable funcional y resultado verificable, junto con un cuadro de mando que combina indicadores de estructura, proceso, resultado, seguridad, equidad e impacto. El seguimiento incluirá revisión operativa periódica, revisión anual, una evaluación intermedia en 2028, evaluación final al término de 2030 y adopción de acciones correctoras cuando se detecten desviaciones relevantes.

La gobernanza corresponderá a la Dirección General competente en salud mental y adicciones, con apoyo técnico del Grupo Técnico Asesor de Trastornos del Neurodesarrollo (GTA-03), coordinación territorial con los departamentos de salud y mecanismos de coordinación intersectorial con Educación, Servicios Sociales, empleo y otros ámbitos cuando resulte necesario. La participación de las personas con TDAH, sus familias y las entidades que las representan se incorpora de forma estable al desarrollo, seguimiento y evaluación del Plan.

El Plan distingue expresamente entre el nivel estratégico y programático y su posterior desarrollo técnico. Los protocolos clínicos, procedimientos, circuitos, algoritmos e instrumentos necesarios para su aplicación se aprobarán mediante documentos técnicos específicos, revisables y actualizables conforme evolucione la evidencia científica, la organización asistencial y los sistemas de información.

En materia de financiación, el Plan TDAH constituye un desarrollo del Plan Valenciano de Salud Mental y Adicciones 2024-2027, por lo que durante el periodo de vigencia concurrente sus actuaciones se financiarán con cargo a los recursos destinados a este último. Para 2028-2030, las necesidades derivadas de su continuidad y consolidación se integrarán en el siguiente instrumento general de planificación en salud mental y adicciones de la Generalitat.

En conjunto, el Plan TDAH 2026-2030 pretende pasar de una atención heterogénea y dependiente de la organización local a un modelo común para toda la Comunitat Valenciana, con responsabilidades definidas, atención a lo largo del ciclo vital, mayor capacidad para abordar la complejidad, coordinación efectiva entre sectores y evaluación sistemática de los resultados.

1. Naturaleza, alcance y finalidad del Plan TDAH 2026-2030

El Plan TDAH es el instrumento de planificación sanitaria destinado a ordenar y orientar, de manera común para el conjunto del territorio, la detección, evaluación, atención, seguimiento y continuidad asistencial de las personas con TDAH a lo largo del ciclo vital.

Su finalidad es reducir la variabilidad no justificada, mejorar la equidad territorial, asegurar una atención basada en la mejor evidencia disponible, reforzar la coordinación entre Atención Primaria, Salud Mental y otros ámbitos implicados, y promover la participación informada de las personas con TDAH y sus familias.

El Plan no sustituye a las guías de práctica clínica ni convierte en contenido programático los detalles de diagnóstico, tratamiento o seguimiento. Estos se desarrollarán en instrumentos técnicos aprobados en desarrollo del Plan, concebidos como documentos operativos y revisables.

1.1. Alcance institucional

El Plan TDAH se dirige al sistema sanitario público de la Comunitat Valenciana y establece líneas de coordinación, desde este, con los ámbitos educativo, social y comunitario cuando su participación resulta necesaria para una atención integral.

Las actuaciones que requieran competencias compartidas deberán instrumentarse mediante los mecanismos de coordinación intersectorial que correspondan.

1.2. Relación con la planificación sanitaria vigente

El Plan TDAH se integra en la planificación general de salud y salud mental de la Generalitat y desarrolla específicamente el abordaje del TDAH como trastorno del neurodesarrollo con repercusión sanitaria, educativa, familiar, social y laboral.

En particular, desarrolla la Acción 3.6 del Plan Valenciano de Salud Mental y Adicciones 2024-2027, que establece la elaboración e implementación de Planes de Actuación específicos para los Trastornos del Espectro Autista (TEA) y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

1.3. Vigencia

El Plan producirá efectos desde la fecha de aprobación de la Resolución correspondiente y mantendrá su vigencia hasta el día 31 de diciembre de 2030, sin perjuicio de las

actualizaciones de sus instrumentos técnicos de desarrollo y de su adaptación a la planificación general de salud mental que resulte aplicable.

2. Justificación y diagnóstico de situación

El TDAH es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes, con manifestaciones que pueden persistir desde la infancia hasta la edad adulta y con un impacto relevante sobre el funcionamiento académico, familiar, social y laboral. Su especial relevancia se sustenta, igualmente, en la elevada frecuencia de comorbilidades y la necesidad de valorar no solo los síntomas nucleares, sino el deterioro funcional y el contexto de cada persona.

2.1. Magnitud del problema

El TDAH es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes. Las estimaciones de prevalencia varían en función de la edad estudiada, los criterios diagnósticos, las fuentes de información, la exigencia de deterioro funcional y los procedimientos utilizados para identificar los casos. Por ello, resulta esencial diferenciar entre prevalencia epidemiológica, prevalencia asistencial registrada y presencia de síntomas detectados mediante instrumentos de cribado, ya que estas medidas responden a conceptos diferentes y no son directamente intercambiables.

2.1.1. Estudios de prevalencia

En población infantil y adolescente, una revisión paraguas reciente que integró 13 revisiones sistemáticas y metaanálisis, 588 estudios primarios y más de 3,2 millones de participantes estimó una prevalencia global del TDAH del 8,0 %, con un intervalo de confianza del 95 % entre el 6,0 y el 10,0 %. La prevalencia estimada fue aproximadamente el doble en varones que en mujeres -10 % frente a 5 %-, aunque con una considerable variabilidad entre los estudios incluidos (Ayano et al., 2023a)[1].

En España, el metaanálisis de 14 estudios epidemiológicos que incluían 13.026 niños y adolescentes estimó una prevalencia agrupada del 6,8 % (IC 95 %: 4,9-8,8 %), si bien con una elevada heterogeneidad metodológica entre estudios (Catalá-López et al., 2012)[2]. Esta

[1] Ayano, G., Demelash, S., Gizachew, Y., Tsegay, L. y Alati, R. (2023). The global prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: An umbrella review of meta-analyses. Journal of Affective Disorders, 339, 860-866.

[2] Catalá-López, F., Peiró, S., Ridao, M., Sanfélix-Gimeno, G., Gènova-Maleras, R. y Catalá, M. A. (2012). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. BMC Psychiatry, 12, 168.

cifra debe interpretarse como una estimación epidemiológica poblacional y no como la proporción de menores diagnosticados o atendidos por el sistema sanitario.

Resultados posteriores obtenidos mediante procedimientos diagnósticos más exigentes proporcionan estimaciones de magnitud semejante. El estudio EPINED, realizado en España mediante un diseño en dos fases que combinó información de progenitores y profesores con entrevista psiquiátrica semiestructurada y aplicación de criterios DSM-5, estimó una prevalencia global del 5,5 %, que alcanzaba el 7,7 % en población escolar y se situaba en el 3,0 % en preescolares. En ese estudio, solo el 41 % de los escolares que cumplían criterios diagnósticos habían sido diagnosticados previamente, lo que pone de manifiesto la diferencia entre prevalencia epidemiológica y diagnóstico asistencial registrado (Canals-Sans et al., 2021)[3].

Los estudios basados en registros sanitarios suelen ofrecer estimaciones inferiores, al identificar únicamente los casos diagnosticados que entran en contacto con el sistema. Como referencia próxima, un estudio poblacional realizado con los registros del sistema sanitario público de Cataluña identificó en 2017 una prevalencia de diagnóstico de TDAH del 4,06 % entre los 4 y los 17 años, con importantes diferencias geográficas entre áreas sanitarias y una prevalencia mayor en varones que en mujeres (Pérez-Crespo et al., 2020)[4].

El TDAH puede persistir durante la edad adulta y generar necesidades asistenciales a lo largo de todo el ciclo vital. Una revisión paraguas de cinco revisiones sistemáticas y metaanálisis, que incluyó más de 21 millones de adultos, estimó una prevalencia global del 3,1 % (IC 95 %: 2,6-3,6 %) (Ayano et al., 2023b)[5].

Por otra parte, una revisión sistemática y metaanálisis internacional estimó una prevalencia del 2,58 % para el TDAH persistente desde la infancia y del 6,76 % para el TDAH sintomático en adultos, cuando no se exigía acreditar retrospectivamente el inicio infantil (Song et al., 2021)[6]. Estas diferencias muestran la importancia de los criterios utilizados para interpretar las estimaciones epidemiológicas en población adulta.

[3] Canals-Sans, J., Morales-Hidalgo, P., Roigé-Castellví, J., Voltas-Moreso, N. y Hernández-Martínez, C. (2021). Prevalence and Epidemiological Characteristics of ADHD in Pre-School and School Age Children in the Province of Tarragona, Spain. Journal of Attention Disorders, 25.

[4] Pérez-Crespo, L., Canals-Sans, J., Suades-González, E. y Guxens, M. (2020). Temporal trends and geographical variability of the prevalence and incidence of attention deficit/hyperactivity disorder diagnoses among children in Catalonia, Spain. Scientific Reports, 10, 6397.

[5] Ayano, G., Tsegay, L., Gizachew, Y., et al. (2023). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in adults: Umbrella review of evidence generated across the globe. Psychiatry Research, 328, 115449.

[6] Song, P., Zha, M., Yang, Q., Zhang, Y., Li, X. y Rudan, I. (2021). The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. Journal of Global Health, 11, 04009.

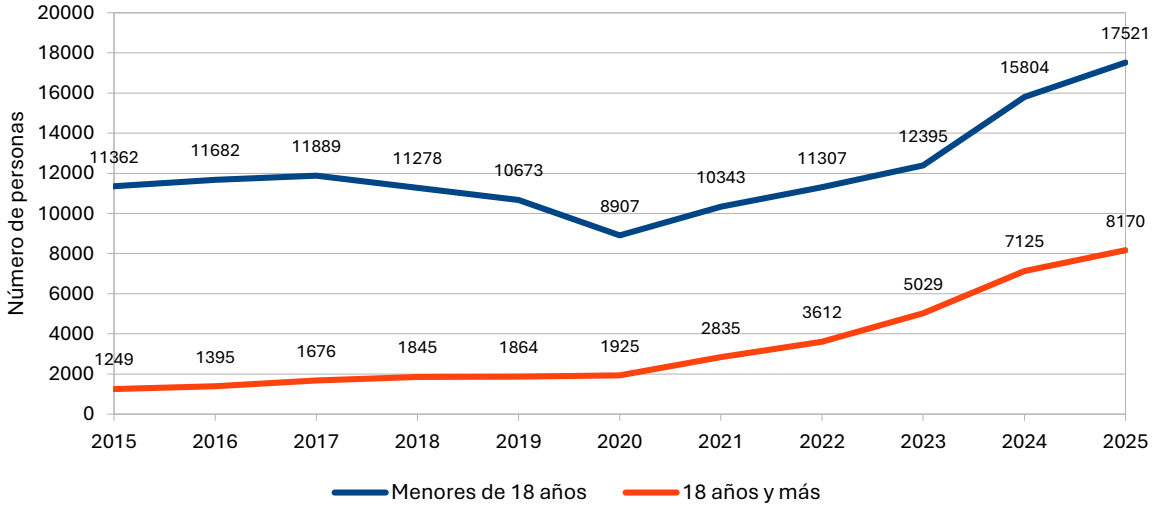
2.1.2. Prevalencia asistencial en la Comunitat Valenciana

Los datos del Sistema de Información Sanitaria Alumbra, de la Dirección General de Información Sanitaria, Calidad y Evaluación, permiten cuantificar la prevalencia asistencial registrada, entendida como las personas con diagnóstico de TDAH que han sido atendidas durante el año en algún recurso del Sistema Valenciano de Salud.

En 2025 fueron atendidas 25.691 personas con diagnóstico de TDAH, de las cuales 17.521 eran menores de 18 años y 8.170 tenían 18 años o más. En población menor de edad, el número de personas atendidas pasó de 11.362 en 2015 a 17.521 en 2025, lo que supone un incremento del 54,2 %. El aumento se ha intensificado en los últimos años: entre 2023 y 2025 se pasó de 12.395 a 17.521 menores atendidos, un 41,4 % más.

El crecimiento es aún más pronunciado en población adulta. Las personas de 18 años o más con diagnóstico de TDAH atendidas en el Sistema Valenciano de Salud aumentaron de 1.249 en 2015 a 8.170 en 2025, multiplicándose por más de seis en una década. Entre 2023 y 2025 aumentaron de 5.029 a 8.170, un 62,5 %. Este incremento no debe interpretarse como un aumento equivalente de la prevalencia poblacional del trastorno y puede reflejar, entre otros factores, una mayor identificación y diagnóstico, un mayor reconocimiento del TDAH en la edad adulta y un incremento de la demanda y utilización de los servicios sanitarios.

Evolución de la asistencia a personas con TDAH en el Sistema Valenciano de Salud (2015-2025)



Fuente: Sistema de Información Sanitaria Alumbra (Dirección General de Información Sanitaria, Calidad y Evaluación).

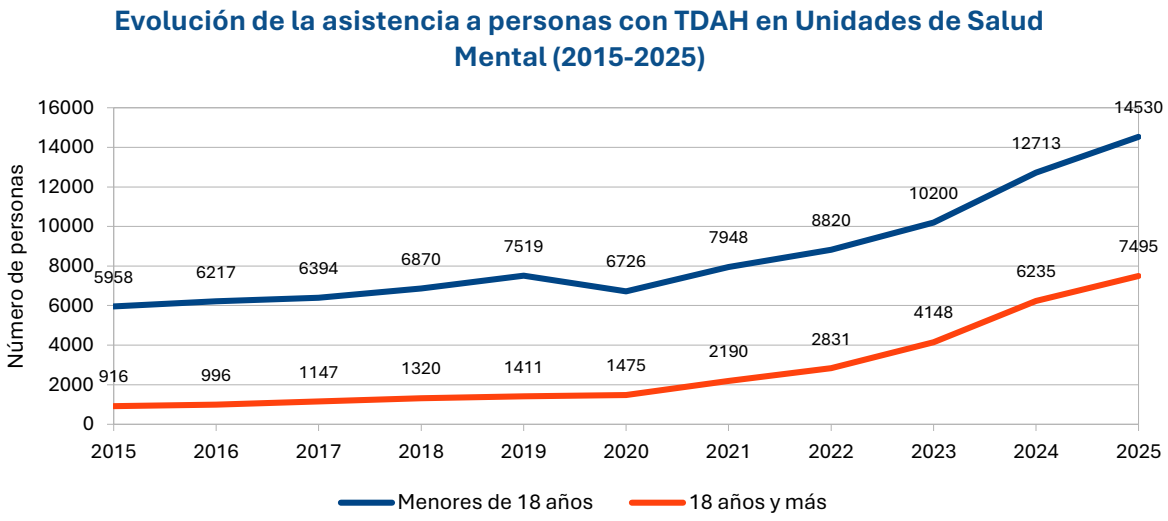
En términos poblacionales, la prevalencia asistencial registrada en 2025 alcanza el 1,95 % entre los menores de 18 años y el 0,18 % entre la población adulta. Estas cifras son sustancialmente inferiores a las prevalencias obtenidas mediante estudios epidemiológicos poblacionales. Esta diferencia es esperable, ya que la prevalencia asistencial requiere que la persona haya sido identificada, diagnosticada y atendida por el sistema sanitario. No obstante, su magnitud, especialmente en adultos, justifica reforzar la capacidad de detección y evaluación clínica en esta etapa del ciclo vital, sin que la comparación directa entre prevalencia epidemiológica y asistencial permita por sí misma cuantificar el infradiagnóstico.

La distribución por sexo también presenta diferencias relevantes. En 2025 fueron atendidos 13.133 varones y 4.388 mujeres menores de 18 años, una relación aproximada de 3:1. En adultos, la diferencia fue menor: 4.954 hombres frente a 3.216 mujeres, aproximadamente 1,5:1.

La literatura ha señalado que las niñas y mujeres con TDAH presentan mayor riesgo de falta de reconocimiento y derivación, relacionado, entre otros factores, con diferencias en la expresión sintomática y con una menor visibilidad de determinadas presentaciones clínicas (Young et al., 2020)[7]. Por ello, el análisis de las diferencias por sexo debe formar parte del seguimiento de la equidad en el acceso y diagnóstico.

Los datos valencianos muestran además un peso creciente de esta población en los servicios especializados. En 2025 fueron atendidos en Unidades de Salud Mental 14.530 menores y 7.495 adultos con diagnóstico de TDAH. Esto representa el 82,9 % de los menores y el 91,7 % de los adultos con este diagnóstico atendidos en algún recurso del Sistema Valenciano de Salud; en conjunto, el 85,7 % de las personas atendidas con diagnóstico de TDAH tuvieron contacto con una Unidad de Salud Mental.

[7] Young, S., Adamo, N., Ásgeirsdóttir, B. B., et al. (2020). Females with ADHD: An expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women. BMC Psychiatry, 20, 404.



Fuente: Sistema de Información Sanitaria Alumbra (Dirección General de Información Sanitaria, Calidad y Evaluación).

Estas cifras no permiten concluir que el TDAH fuese necesariamente el motivo principal de la atención especializada, ya que pueden concurrir comorbilidades u otros problemas de salud mental. Sin embargo, evidencian una elevada concentración asistencial en Salud Mental y refuerzan la necesidad de definir con claridad las funciones de Atención Primaria y de los servicios especializados, desarrollar mecanismos de atención compartida y reservar los recursos de mayor especialización para los casos que, por su complejidad, los precisen.

2.1.3. Sintomatología de hiperactividad e inatención en población escolar

El Barómetro Escolar de Salud Mental de la Comunitat Valenciana -iniciado en el curso 2025/2026, por la Dirección General de Salud Mental y Adicciones y la Dirección General de Innovación e Inclusión Educativa- aporta información complementaria sobre la presencia de síntomas relacionados con hiperactividad e inatención.

En una muestra de 38.017 estudiantes de 12 a 17 años, el 17,1 % obtuvo un resultado positivo en el cribado de síntomas de hiperactividad/inatención mediante el SDQ autoadministrado. La proporción fue del 16,6 % en varones, 17,1 % en mujeres y 24,1 % entre quienes indicaron otra identificación de género.

Estos resultados no constituyen una estimación de prevalencia de TDAH. El SDQ autoadministrado es un instrumento útil para el cribado general de dificultades emocionales y conductuales en adolescentes, pero sus subescalas presentan una fiabilidad menor que la puntuación total y no constituyen instrumentos diagnósticos

específicos de TDAH (Ortuño-Sierra et al., 2015)[8]. En consecuencia, un resultado positivo en la subescala de hiperactividad/inatención debe interpretarse como presencia de una carga elevada de síntomas que puede indicar la conveniencia de una valoración adicional cuando exista repercusión funcional u otros elementos clínicos, y no como identificación de un caso de TDAH.

Resulta particularmente relevante que, en el Barómetro, la proporción de adolescentes con cribado positivo sea prácticamente idéntica en hombres y mujeres, mientras que entre los menores diagnosticados y atendidos por el Sistema Valenciano de Salud existe una relación próxima a tres varones por cada mujer.

Esta diferencia no permite cuantificar directamente un eventual infradiagnóstico femenino, al tratarse de medidas y metodologías diferentes, pero sí constituye una señal que justifica analizar con mayor profundidad las diferencias por sexo en reconocimiento de síntomas, acceso a la evaluación y diagnóstico, en consonancia con la evidencia disponible sobre TDAH en niñas y mujeres (Young et al., 2020).

En conjunto, los datos disponibles muestran una carga epidemiológica y asistencial relevante, un incremento sostenido de las personas diagnosticadas atendidas por el Sistema Valenciano de Salud -especialmente en la edad adulta- y diferencias importantes entre las estimaciones epidemiológicas poblacionales, la prevalencia asistencial registrada y los resultados obtenidos mediante cribado de síntomas. Esta realidad sustenta la necesidad de un modelo que favorezca la detección oportuna y la evaluación clínica adecuada, evitando simultáneamente el infradiagnóstico, el sobrediagnóstico y la utilización del cribado poblacional como sustituto de la valoración diagnóstica.

2.2. Problemas identificados

- **Variabilidad territorial y clínica:** Diferencias entre departamentos en acceso, diagnóstico, seguimiento y tratamiento, con riesgo de inequidad no justificada.
- **Fragmentación del proceso asistencial:** Necesidad de clarificar responsabilidades de Atención Primaria, Salud Mental y otros servicios, así como los criterios de derivación y retorno.
- **Respuesta insuficientemente diferenciada para la alta complejidad**: Aunque la mayoría de las personas con TDAH pueden ser atendidas en Atención Primaria y en las Unidades de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia (USMI-A), existe un subgrupo con alta complejidad clínica, comorbilidad relevante, refractariedad

[8] Ortuño-Sierra, J., Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sastre i Riba, S. y Muñiz, J. (2015). Screening mental health problems during adolescence: Psychometric properties of the Spanish version of the Strengths and Difficulties Questionnaire. Journal of Adolescence, 38, 49-56.

terapéutica, conductas disruptivas graves o necesidad de intervenciones intensivas e intersectoriales que requiere un nivel asistencial especializado supradepartamental.

- **Riesgo de infradetección en determinados grupos y etapas del ciclo vital:** La distancia entre las estimaciones epidemiológicas y la prevalencia asistencial registrada, especialmente en población adulta, así como las diferencias observadas por sexo, justifican reforzar la detección oportuna y analizar posibles barreras de reconocimiento y acceso, evitando al mismo tiempo el sobrediagnóstico y la atribución inespecífica de síntomas.
- **Transición entre etapas del ciclo vital:** Riesgo de pérdida de continuidad al pasar de dispositivos infantojuveniles a servicios de adultos.
- **Heterogeneidad en la formación:** Capacitación específica desigual entre profesionales sanitarios y educativos.
- **Coordinación sanitario-educativa insuficiente:** Necesidad de canales estables para intercambio de información, valoración del funcionamiento y aplicación coordinada de apoyos.
- **Información clínica y medición mejorables:** Limitaciones para disponer de indicadores homogéneos de prevalencia asistida, actividad, resultados, continuidad y variabilidad.
- **Información a personas y familias dispersa:** Necesidad de recursos institucionales claros, accesibles y basados en evidencia.
- **Necesidad de actualización permanente de la evidencia:** Los criterios diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento requieren mecanismos ágiles de actualización que permitan incorporar los cambios en la evidencia científica, las recomendaciones clínicas y las condiciones de utilización de medicamentos e instrumentos sin necesidad de modificar el marco estratégico del Plan.

2.3. Respuesta asistencial a la alta complejidad del neurodesarrollo

La red ordinaria debe continuar resolviendo la mayor parte de la atención al TDAH en el nivel más próximo a la persona. No obstante, determinados casos infantojuveniles requieren evaluaciones funcionales avanzadas, intervenciones combinadas intensivas y una coordinación estrecha entre salud mental, pediatría, rehabilitación, educación y servicios sociales. Para responder a esta necesidad, el Plan incorpora como actuación estructural la creación de ocho Unidades de Neurodesarrollo de carácter supradepartamental, una en el ámbito de cada Agrupación Sanitaria Interdepartamental (ASI), compartidas para la atención de casos complejos de TEA y TDAH.

Estas unidades complementarán y reforzarán la red existente, especialmente las USMI-A, y no constituirán una puerta de entrada ordinaria al sistema ni sustituirán el seguimiento de proximidad. Su función será concentrar experiencia, capacidad multiprofesional e intervenciones intensivas en los casos de mayor complejidad, con retorno o atención compartida con el dispositivo de referencia cuando la situación lo permita.

3. Necesidades prioritarias

En el proceso de elaboración del Plan TDAH 2026-2030, se han identificado las siguientes necesidades prioritarias:

- Garantizar un modelo común de atención al TDAH a lo largo del ciclo vital, con responsabilidades claramente establecidas para cada nivel asistencial.
- Reducir las desigualdades territoriales y la variabilidad clínica no explicada por las necesidades de la población.
- Favorecer la detección oportuna a lo largo de todo el ciclo vital y especialmente en grupos con mayor riesgo de infradetección, evitando tanto el infradiagnóstico como el sobrediagnóstico.
- Asegurar evaluaciones clínicas integrales, diagnóstico diferencial y valoración sistemática de comorbilidades.
- Disponer de un nivel especializado supradepartamental para los casos infantojuveniles de TDAH de alta complejidad, alta comorbilidad, refractariedad terapéutica o necesidad de intervenciones integradas intensivas, mediante el despliegue de ocho Unidades de Neurodesarrollo en las ASI.
- Facilitar el acceso a intervenciones farmacológicas y no farmacológicas indicadas, con seguimiento de efectividad, seguridad y funcionamiento.
- Reforzar la coordinación con el sistema educativo, así como la participación de familias y personas con experiencia vivida.
- Desarrollar formación común y apoyo experto para profesionales.
- Mejorar los sistemas de información y la capacidad de evaluación de resultados.
- Promover la investigación e innovación evaluable, priorizando pilotajes que permitan generalizar posteriormente intervenciones con evidencia científica contrastada.

4. Población destinataria

La población destinataria comprende a niños, adolescentes y adultos con sospecha, diagnóstico o necesidades asistenciales relacionadas con el TDAH, así como a sus familias y cuidadores. El Plan incorpora también como destinatarios a profesionales sanitarios y, en las actuaciones de coordinación, a profesionales del ámbito educativo y social.

Se prestará especial atención a situaciones con mayor riesgo de inequidad o complejidad: niñas y mujeres con presentaciones menos visibles, transición a la edad adulta, comorbilidades psiquiátricas o del neurodesarrollo, consumo problemático de sustancias, discapacidad, vulnerabilidad social y dificultades de acceso territorial.

5. Principios rectores y modelo de atención

El modelo de atención al TDAH se sustenta en un conjunto de principios destinados a garantizar una respuesta sanitaria homogénea, equitativa y centrada en las necesidades de cada persona a lo largo del ciclo vital.

Estos principios orientan tanto la organización de los servicios como la práctica asistencial, la coordinación entre niveles y sectores y la participación de las personas con TDAH y sus familias, incorporando como elementos esenciales los derechos y la autonomía, la continuidad asistencial, la atención comunitaria y escalonada, la práctica basada en la evidencia, la equidad territorial y la evaluación continua de resultados.

Sobre esta base, el Plan TDAH configura un modelo en el que la atención debe prestarse en el nivel más próximo y adecuado a las necesidades de la persona, reservando los recursos de mayor especialización para las situaciones de mayor complejidad y garantizando mecanismos de coordinación, atención compartida y retorno cuando proceda.

5.1. Principios rectores

El Plan TDAH se desarrolla bajo los siguientes principios rectores:

- **Derechos, autonomía y decisión compartida:** Información comprensible, consentimiento y participación proporcional a la edad y capacidad, evitando estigmatización.
- **Atención centrada en la persona:** Objetivos clínicos vinculados al funcionamiento y a las prioridades de la persona y su familia.

- **Equidad territorial:** Mismos criterios de acceso y calidad, con adaptación organizativa a la realidad de cada departamento.
- **Ciclo vital y continuidad:** Modelo coherente desde la infancia a la vida adulta y transiciones planificadas.
- **Atención comunitaria y escalonada:** Resolución en el nivel adecuado, apoyo de especializada a Atención Primaria y retorno cuando proceda.
- **Interprofesionalidad e intersectorialidad:** La atención se organizará mediante equipos y circuitos que integren, según las necesidades, salud mental, Atención Primaria, pediatría y otros perfiles sanitarios, junto con la cooperación con educación, servicios sociales y recursos comunitarios. Las Unidades de Neurodesarrollo constituyen la principal expresión organizativa de este modelo en los casos infantojuveniles de alta complejidad.
- **Práctica basada en evidencia:** Protocolos técnicos diferenciados y sujetos a actualización periódica.
- **Participación y experiencia vivida:** Incorporación de personas con TDAH y familias a la información, diseño, seguimiento y evaluación.
- **Continuidad y coordinación asistencial:** La atención se organizará evitando duplicidades, contradicciones terapéuticas y pérdidas de continuidad cuando intervengan distintos profesionales, dispositivos o proveedores, mediante los mecanismos de información y coordinación clínicamente necesarios**.**
- **Evaluabilidad y mejora continua:** Indicadores de estructura, proceso, resultado e impacto, con revisión de desviaciones.

5.2. Modelo de atención

El modelo se configura como universal en el derecho de acceso, basado en la identificación de signos de alerta, dificultades funcionales y situaciones que justifiquen una valoración clínica, evitando el cribado poblacional cuando no esté indicado; integral en la evaluación; escalonado en la respuesta asistencial; comunitario en su orientación; y coordinado con los entornos relevantes de la vida de la persona.

5.2.1. Población infantojuvenil

En población infantojuvenil se articula de forma escalonada en tres niveles complementarios: Atención Primaria como nivel de detección, valoración inicial y seguimiento de situaciones que puedan resolverse en proximidad; USMI-A como nivel especializado departamental para evaluación, diagnóstico diferencial, tratamiento y

seguimiento de los casos que requieren salud mental especializada; y ocho Unidades de Neurodesarrollo supradepartamentales, una por ASI, para los casos de mayor complejidad, refractariedad, comorbilidad o necesidad de intervenciones integradas intensivas.

Las Unidades de Neurodesarrollo no sustituyen a las USMI-A, sino que actúan como recurso especializado de apoyo, evaluación e intervención intensiva, con atención compartida y retorno planificado cuando proceda.

5.2.2. Población adulta

En población adulta, la atención se organizará igualmente mediante un modelo escalonado. Atención Primaria participará en la detección de posibles casos, la valoración inicial de las necesidades, el seguimiento de la salud general y, cuando así se establezca en los protocolos correspondientes, el seguimiento compartido de personas clínicamente estables. Las Unidades de Salud Mental de Adultos asumirán la evaluación especializada, el diagnóstico diferencial, la valoración de comorbilidades, la indicación y revisión del tratamiento y el seguimiento de los casos que requieran atención especializada.

El modelo garantizará una respuesta adecuada tanto a las personas que accedan a los servicios de adultos tras haber sido diagnosticadas o tratadas durante la infancia o adolescencia como a aquellas en las que la sospecha de TDAH se plantee por primera vez en la edad adulta. En los casos de especial complejidad diagnóstica o terapéutica se facilitará el acceso a profesionales o dispositivos con capacitación específica en TDAH del adulto mediante los mecanismos de referencia que se determinen.

La evaluación y el plan terapéutico incorporarán, además de la sintomatología, su repercusión funcional en los ámbitos personal, familiar, social, formativo y laboral, así como las comorbilidades psiquiátricas, los trastornos por uso de sustancias y otras condiciones que puedan influir en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Los criterios concretos de actuación y coordinación se desarrollarán en los instrumentos técnicos aprobados en desarrollo del Plan.

6. Objetivos del Plan

6.1. Objetivo general

Garantizar una atención integral, equitativa, coordinada, continuada y basada en la evidencia a las personas con TDAH en la Comunitat Valenciana a lo largo de todo el ciclo vital, reduciendo la variabilidad no justificada y mejorando los resultados relevantes para las personas, sus familias y el sistema sanitario.

6.2. Objetivos específicos

- O1. Implantar un modelo común de atención a lo largo del ciclo vital, con definición de responsabilidades entre niveles asistenciales y criterios homogéneos de acceso, derivación, retorno y transición, incluyendo específicamente la atención al TDAH en la edad adulta.
- O2. Mejorar la detección oportuna y el acceso a una valoración clínica adecuada, evitando intervenciones innecesarias.
- O3. Homogeneizar la evaluación diagnóstica y terapéutica mediante protocolos técnicos basados en evidencia.
- O4. Reforzar la atención a comorbilidades y situaciones de especial complejidad, incorporando un nivel especializado supradepartamental mediante ocho Unidades de Neurodesarrollo para los casos infantojuveniles de TDAH que requieran evaluación o intervención intensiva y multiprofesional.
- O5. Mejorar la coordinación sanitaria, educativa, social y familiar cuando resulte necesaria.
- O6. Aumentar las competencias de profesionales y la disponibilidad de conocimiento clínico fiable.
- O7. Desarrollar sistemas de información e indicadores que permitan medir actividad, equidad, continuidad, seguridad y resultados.
- O8. Promover investigación e innovación útil, evaluable y transferible a la práctica.

7. Ejes estratégicos y actuaciones

El Plan TDAH se estructura en seis ejes, que incluyen un total de 29 actuaciones, según se expone a continuación.

7.1. Eje 1. Organización, equidad y continuidad asistencial

Finalidad del eje: Configurar un modelo común, reducir diferencias no justificadas entre territorios y etapas del ciclo vital y disponer de una respuesta especializada supradepartamental para los casos de alta complejidad.

7.1.1. Modelo asistencial común y cartera funcional

Definir el papel de Atención Primaria, Salud Mental y otros servicios, los criterios de acceso, derivación, retorno y seguimiento, y los elementos mínimos de calidad exigibles en todo el territorio.

7.1.2. Creación y despliegue de ocho Unidades de Neurodesarrollo supradepartamentales

Crear ocho Unidades de Neurodesarrollo, una en cada Agrupación Sanitaria Interdepartamental (ASI), como nivel asistencial especializado supradepartamental para la atención de los casos infantojuveniles más complejos, comórbidos o refractarios de TEA y TDAH.

En el marco de este Plan, su función específica será apoyar a las USMI-A en los casos de TDAH que requieran evaluación funcional avanzada, revisión diagnóstica o terapéutica de alta complejidad, intervenciones combinadas intensivas o coordinación interprofesional e intersectorial reforzada.

7.1.3. Análisis y reducción de variabilidad territorial

Construir un análisis periódico de accesibilidad, actividad, prescripción, derivaciones y resultados por departamento, ajustado cuando sea posible por población y complejidad, y activar planes de mejora ante desviaciones relevantes.

7.1.4. Protocolo de transición infancia-adolescencia/adultos

Implantar un proceso anticipado, planificado y coordinado de transición desde los dispositivos infantojuveniles a los servicios de adultos para las personas que precisen continuidad asistencial. El proceso incluirá la reevaluación de las necesidades clínicas y funcionales, la información y participación de la persona y, cuando proceda, de su familia,

la elaboración de un plan de continuidad, la identificación del dispositivo responsable y la transferencia efectiva de la información clínica relevante.

Siempre que sea posible, la continuidad asistencial con el dispositivo de adultos deberá quedar organizada antes de finalizar el seguimiento en el recurso infantojuvenil, evitando interrupciones asistenciales o nuevas derivaciones sin continuidad efectiva.

7.1.5. Modelo asistencial para el TDAH en la edad adulta

Definir e implantar un circuito asistencial común para la atención al TDAH en población adulta que establezca las funciones de Atención Primaria y Salud Mental, los criterios de acceso, derivación y retorno, los procedimientos para la valoración de personas sin diagnóstico previo durante la infancia o adolescencia, el seguimiento compartido de pacientes clínicamente estables y los mecanismos de consulta o referencia para los casos de especial complejidad diagnóstica o terapéutica.

El circuito incorporará la valoración del funcionamiento personal, familiar, social, formativo y laboral, el diagnóstico diferencial y las principales comorbilidades, incluidas las relacionadas con salud mental y uso de sustancias, así como la continuidad de los tratamientos iniciados en etapas anteriores.

El desarrollo del modelo se realizará prioritariamente mediante la capacitación y coordinación de la red asistencial existente, sin perjuicio de que la evaluación de su funcionamiento permita identificar posteriormente necesidades adicionales de apoyo especializado.

7.1.6. Coordinación de casos complejos

Establecer mecanismos de coordinación clínica para TDAH con comorbilidad grave, vulnerabilidad o intervención de múltiples servicios. Cuando se identifique un profesional o equipo coordinador, se definirá también un canal institucional para que la persona y, cuando proceda, sus familiares puedan comunicar cambios relevantes, incidencias o necesidad de revisión anticipada.

7.2. Eje 2. Detección oportuna y acceso

Finalidad del eje: Favorecer la identificación temprana de necesidades y el acceso adecuado sin medicalizar variaciones normales ni promover cribados no indicados.

7.2.1. Detección oportuna en Atención Primaria

Capacitar a pediatría, medicina de familia y enfermería para identificar signos de alerta, deterioro funcional, factores de riesgo y diagnósticos alternativos, y para utilizar herramientas de cribado cuando estén indicadas.

7.2.2. Detección y coordinación en el ámbito educativo

Acordar con la Conselleria competente en materia de Educación, criterios de observación, información a las familias, evaluación sociopsicopedagógica y comunicación con sanidad, evitando atribuir al centro educativo funciones diagnósticas clínicas.

7.2.3. Atención a grupos con riesgo de infradetección o complejidad

Incorporar recomendaciones específicas para los grupos en los que las manifestaciones clínicas, las circunstancias personales o la trayectoria vital puedan favorecer el infradiagnóstico, el diagnóstico tardío o una mayor complejidad asistencial, incluyendo niñas y mujeres, personas adultas sin diagnóstico previo, personas con discapacidad, prematuridad, exposición prenatal a tóxicos y otras situaciones sustentadas por la evidencia disponible.

En población adulta se prestará especial atención a aquellas personas con dificultades persistentes de funcionamiento personal, familiar, formativo, laboral o social compatibles con TDAH que no hayan sido evaluadas durante etapas anteriores, evitando tanto el infradiagnóstico como la atribución inespecífica de síntomas que puedan corresponder a otras condiciones clínicas.

7.2.4. Información pública y lucha contra el estigma

Desarrollar información institucional, mediante una plataforma web, sobre qué es el TDAH, cuándo consultar, qué puede esperarse de la evaluación y cuáles son las vías de atención, evitando mensajes que favorezcan autodiagnóstico o medicalización.

7.3. Eje 3. Atención clínica integral y basada en la evidencia

Finalidad del eje: Homogeneizar la práctica clínica y asegurar intervenciones proporcionales a las necesidades.

7.3.1. Protocolo clínico-asistencial común

Aprobar y mantener un protocolo técnico común que abarque la valoración inicial, la obtención de información relevante de diferentes fuentes cuando proceda, la entrevista clínica, el diagnóstico diferencial, la evaluación de comorbilidades, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento.

El protocolo contemplará las particularidades de la infancia, adolescencia y edad adulta, incluyendo criterios específicos para la evaluación de personas adultas sin diagnóstico previo, la continuidad de los casos diagnosticados en etapas anteriores y la coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental.

7.3.2. Plan terapéutico individualizado y decisión compartida

Establecer que toda intervención se vincule a objetivos funcionales y clínicos, preferencias, comorbilidades, edad y contexto, con registro de beneficios, riesgos y alternativas.

7.3.3. Manejo de comorbilidades y diagnóstico diferencial

Incorporar rutas específicas para los trastornos del neurodesarrollo, emocionales, conductuales, por uso de sustancias y condiciones médicas que puedan coexistir o simular TDAH.

7.3.4. Acceso a intervenciones no farmacológicas con evidencia

Definir las indicaciones y condiciones de acceso a intervenciones no farmacológicas basadas en la evidencia, incluyendo psicoeducación, entrenamiento parental cuando proceda, intervenciones psicológicas estructuradas y coordinación de apoyos educativos, distinguiendo claramente las responsabilidades de los ámbitos sanitario y educativo.

En población adulta se contemplarán intervenciones adaptadas a sus necesidades clínicas y funcionales, especialmente en relación con organización y planificación, funcionamiento cotidiano, adherencia terapéutica, regulación emocional y repercusión formativa, laboral, familiar o social, siempre conforme a la evidencia disponible y a los objetivos individualizados del tratamiento.

7.3.5. Seguridad del tratamiento farmacológico y seguimiento

Estandarizar indicación, consentimiento/información, evaluación previa, monitorización de eficacia y efectos adversos, adherencia, ajustes y criterios de revisión/retirada conforme a evidencia vigente.

7.4. Eje 4. Familias, educación y entorno comunitario

Finalidad del eje: Integrar los contextos de vida relevantes sin trasladar responsabilidades clínicas fuera del sistema sanitario.

7.4.1. Protocolo de coordinación Sanidad-Educación

Definir intercambio de información, informes, responsabilidades, canales y protección de datos para casos con sospecha o diagnóstico de TDAH.

7.4.2. Formación y herramientas para profesionales educativos

Promover, en coordinación con la Conselleria competente en materia de Educación, contenidos basados en evidencia sobre manifestaciones del TDAH, manejo en el aula, inclusión y coordinación con familias y con la Conselleria competente en materia de Sanidad.

7.4.3. Programa de información y psicoeducación para familias y personas con TDAH

Ofrecer materiales y actividades de psicoeducación sobre síntomas, funcionamiento, tratamiento, autocuidado, crianza y navegación por el sistema.

7.4.4. Participación de personas con experiencia vivida y familias

Incorporar la participación de personas con experiencia vivida y sus familias, en la revisión de materiales, evaluación de la experiencia, priorización de mejoras y seguimiento del Plan.

7.4.5. Coordinación sanitaria y social

Establecer mecanismos de coordinación con los servicios sociales para personas con TDAH cuya situación de vulnerabilidad, discapacidad, conflicto familiar, dificultades de autonomía, necesidades de apoyo o problemas de inclusión requiera una intervención conjunta.

Se promoverán asimismo criterios homogéneos para la emisión de los informes clínicos que, conforme a la normativa aplicable, sean necesarios en procedimientos educativos,

sociales o de valoración de discapacidad o dependencia, evitando demoras administrativas evitables.

7.4.6. Inclusión formativa, laboral y autonomía en la vida adulta

Promover la coordinación con los recursos competentes en empleo, formación y servicios sociales para facilitar orientación, adaptación, inserción y mantenimiento laboral en personas con TDAH que presenten dificultades funcionales relevantes. Las intervenciones sanitarias se centrarán en las necesidades clínicas y funcionales, sin sustituir las competencias propias de los servicios de empleo o del ámbito educativo.

7.5. Eje 5. Formación, conocimiento y apoyo profesional

Finalidad del eje: Reducir la variabilidad atribuible a diferencias de capacitación y facilitar apoyo experto.

7.5.1. Programa de formación sanitaria común

Diseñar itinerarios formativos diferenciados para Atención Primaria, Pediatría, Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia, Salud Mental de Adultos, adicciones, urgencias y emergencias sanitarias y otros perfiles que intervengan en la atención a personas con TDAH, centrados en competencias prácticas y actualización de la evidencia.

La formación incorporará contenidos específicos sobre TDAH en la edad adulta, diagnóstico diferencial, comorbilidades, continuidad asistencial, transición desde los servicios infantojuveniles, seguridad y seguimiento del tratamiento y repercusión funcional, con especial atención a los profesionales de Medicina de Familia, Salud Mental de Adultos y atención a las adicciones.

7.5.2. Apoyo técnico especializado en TDAH y neurodesarrollo

Utilizar el Grupo Técnico Asesor de Trastornos del Neurodesarrollo (GTA-03) como estructura permanente de apoyo técnico para el desarrollo del Plan, la actualización de protocolos y procedimientos, la formación, la revisión de la variabilidad asistencial, la definición de indicadores y la identificación de oportunidades de mejora.

7.5.3. Repositorio institucional de conocimiento

Centralizar protocolos, algoritmos, formularios, materiales para pacientes y familias y fuentes de evidencia, con control de versiones. El repositorio podrá incorporar un directorio actualizado de asociaciones y recursos de apoyo conforme a criterios públicos de inclusión, actualización y neutralidad institucional.

Los componentes dirigidos a personas con TDAH deberán incorporar criterios de accesibilidad cognitiva y, cuando sea viable, seguro y compatible con los sistemas corporativos, funcionalidades configurables de recordatorio y aviso, sin predeterminar una tecnología o canal comercial concreto.

7.6. Eje 6. Información, evaluación, investigación e innovación

Finalidad del eje: Generar conocimiento útil para gobernar el Plan y mejorar la atención.

7.6.1. Conjunto mínimo de datos e indicadores

Definir variables, fuentes, reglas de cálculo y periodicidad para medir acceso, actividad, continuidad, variabilidad, seguridad y resultados.

7.6.2. Mejoras en historia clínica y sistemas de información

Incorporar, cuando sea viable, plantillas, campos y funcionalidades que faciliten registro homogéneo, seguimiento y extracción de indicadores sin aumentar carga administrativa innecesaria.

7.6.3. Investigación epidemiológica y de resultados

Promover estudios sobre prevalencia asistida, inequidades, resultados, trayectoria vital y necesidades no cubiertas, priorizando el uso de datos del sistema cuando sea metodológicamente adecuado.

7.6.4. Innovación con pilotaje y evaluación

Las herramientas digitales, telemedicina, inteligencia artificial, realidad virtual u otras innovaciones se incorporarán solo con una necesidad definida, evidencia o plausibilidad suficiente, evaluación de seguridad, protección de datos y resultados antes de su extensión.

7.6.5. Programa de evaluación del Plan

Realizar seguimiento periódico, revisión anual de avance y evaluación intermedia/final con recomendaciones de corrección.

8. Implementación, priorización y cronograma

La implantación del Plan se organiza en tres fases sucesivas que responden a criterios de prioridad, dependencia entre actuaciones y madurez de los desarrollos necesarios. La Fase 1 concentra las actuaciones estructurales e inmediatas; la Fase 2, su implantación territorial y consolidación; y la Fase 3, la evaluación, mejora y desarrollo de las actuaciones que requieren mayor madurez o disponibilidad de información.

La adscripción a una fase indica su horizonte principal de ejecución, sin perjuicio de su continuidad en fases posteriores cuando corresponda.

Actuación	Fase 1 · 0-12 meses	Fase 2 · 12-24 meses	Fase 3 · > 24 meses	Resultado/hito verificable
1.1. Modelo asistencial común y cartera funcional	Definición y aprobación del modelo común, funciones por niveles y criterios básicos de acceso, derivación, retorno y seguimiento	Implantación en departamentos y ajustes iniciales	Consolidación y revisión según resultados	Modelo asistencial y cartera funcional aprobados e implantados
1.2. Unidades de Neurodesarrollo supradepartamentales	Definición final del modelo funcional y organizativo, ubicación, dotación profesional y de recursos, aprobación de los circuitos de derivación, coordinación y retorno, y despliegue y puesta en funcionamiento de las ocho Unidades de Neurodesarrollo en las ocho ASI	Consolidación del funcionamiento de las unidades, homogeneización de criterios entre ASI, seguimiento de actividad, accesibilidad, coordinación con las USMI-A y análisis inicial de resultados y equidad territorial	Evaluación de resultados, ajuste del modelo organizativo y asistencial e incorporación de las mejoras derivadas de la experiencia acumulada y de la evaluación del Plan	Ocho unidades operativas y cobertura de las ocho ASI
1.3. Análisis y reducción de variabilidad territorial	Definición de variables, metodología y línea de base	Primer análisis interdepartamental y planes de mejora ante desviaciones relevantes	Seguimiento periódico y evaluación de reducción de variabilidad	Informe periódico de variabilidad y planes de mejora cuando proceda
1.4. Transición infancia-adolescencia/adultos	Elaboración y aprobación del procedimiento común	Implantación departamental y monitorización de continuidad	Evaluación y ajustes	Procedimiento de transición implantado y transiciones con

				plan documentado
1.5. Modelo asistencial para TDAH adulto	Definición del circuito AP-USMA, criterios de acceso, derivación, retorno y seguimiento compartido	Implantación territorial y capacitación profesional	Evaluación de funcionamiento y determinación de necesidades adicionales	Circuito común de TDAH adulto implantado
1.6. Coordinación de casos complejos	Definición de criterios y mecanismos de coordinación	Implantación de coordinación clínica y canales institucionales para casos complejos	Evaluación y mejora	Mecanismo de coordinación de casos complejos operativo
2.1. Detección oportuna en Atención Primaria	Definición de criterios, contenidos formativos y herramientas de apoyo	Despliegue de capacitación en Pediatría, Medicina de Familia y Enfermería	Actualización y evaluación de utilización y derivación	Criterios comunes implantados y profesionales destinatarios formados
2.2. Detección y coordinación en el ámbito educativo	Definición conjunta de criterios de observación, comunicación y derivación	Implantación y formación asociada	Evaluación y actualización	Criterios comunes Sanidad-Educación implantados
2.3. Grupos con riesgo de infradetección o complejidad	Incorporación de criterios específicos en los documentos técnicos	Implantación en los circuitos asistenciales y formación	Evaluación de posibles inequidades y ajustes	Recomendaciones específicas incorporadas al modelo asistencial
2.4. Información pública y lucha contra el estigma	Diseño de contenidos institucionales basados en evidencia	Publicación y difusión mediante canales institucionales	Actualización de contenidos y evaluación de utilización	Información institucional accesible y actualizada disponible
3.1. Protocolo clínico-asistencial común	Elaboración, validación y aprobación	Implantación y formación	Actualización periódica conforme a evidencia	Protocolo clínico-asistencial común aprobado e implantado
3.2. Plan terapéutico individualizado y decisión compartida	Definición de elementos mínimos y criterios de registro	Incorporación progresiva a la práctica asistencial y sistemas disponibles	Evaluación de implantación y resultados	Plan terapéutico individualizado incorporado al proceso asistencial
3.3. Comorbilidades y diagnóstico diferencial	Definición de criterios y rutas en los documentos técnicos	Implantación y capacitación	Revisión conforme a resultados y evidencia	Criterios comunes de diagnóstico diferencial y abordaje de comorbilidades
3.4. Intervenciones no	Definición de	Análisis y	Evaluación de	Cartera funcional e

farmacológicas con evidencia	indicaciones y de intervenciones consideradas esenciales	despliegue progresivo de disponibilidad territorial	acceso, resultados y variabilidad	indicaciones definidas y disponibilidad evaluable
3.5. Seguridad del tratamiento farmacológico y seguimiento	Elaboración de criterios comunes de evaluación, monitorización y revisión	Implantación y monitorización	Evaluación de seguridad y actualización	Procedimiento común de tratamiento y seguimiento farmacológico implantado
4.1. Protocolo de coordinación Sanidad-Educación	Elaboración y aprobación del procedimiento conjunto	Implantación territorial	Evaluación y revisión	Procedimiento conjunto aprobado e implantado
4.2. Formación y herramientas para profesionales educativos	Diseño conjunto de contenidos y herramientas	Despliegue formativo	Actualización y evaluación	Programa formativo y herramientas disponibles para profesionales educativos
4.3. Información y psicoeducación para personas con TDAH y familias	Diseño y validación de materiales	Despliegue de materiales y actividades de psicoeducación	Evaluación de experiencia y actualización	Programa y materiales de psicoeducación disponibles
4.4. Participación de personas con experiencia vivida y familias	Articulación del mecanismo estable de participación	Participación en materiales, experiencia asistencial y prioridades de mejora	Participación en seguimiento y evaluación del Plan	Mecanismo estable de participación operativo y documentado
4.5. Coordinación sanitaria y social	Identificación de necesidades, responsabilidades y ámbitos de coordinación	Desarrollo e implantación progresiva de procedimientos	Evaluación y mejora	Mecanismos de coordinación sanitaria-social operativos
4.6. Inclusión formativa, laboral y autonomía en adultos	Definición de ámbitos y necesidades de coordinación	Desarrollo progresivo de actuaciones con empleo, formación y servicios sociales	Evaluación de funcionamiento y continuidad	Mecanismos de coordinación intersectorial establecidos
5.1. Programa de formación sanitaria común	Diseño de itinerarios y formación inicial prioritaria	Despliegue ampliado por perfiles y territorios	Actualización y evaluación de competencias	Programa formativo común implantado
5.2. Apoyo técnico especializado en TDAH y neurodesarrollo	Incorporación del Plan TDAH al programa de trabajo del GTA-03	Apoyo continuado a protocolos, formación, indicadores y análisis de variabilidad	Revisión técnica periódica del Plan y de sus desarrollos	Apoyo técnico permanente integrado en la gobernanza del Plan
5.3. Repositorio institucional	Definición de	Puesta en	Mantenimiento,	Repositorio

de conocimiento	contenidos, estructura y criterios de actualización	funcionamiento y carga inicial de documentos	control de versiones y actualización	institucional operativo y actualizado
6.1. Conjunto mínimo de datos e indicadores	Definición de variables, fuentes, reglas de cálculo, responsables y líneas de base disponibles	Puesta en funcionamiento del cuadro de mando	Consolidación, revisión de indicadores y establecimiento progresivo de metas	Cuadro de mando operativo
6.2. Mejoras en historia clínica y sistemas de información	Identificación de necesidades y especificaciones funcionales	Desarrollo e implantación progresiva de campos, plantillas o funcionalidades viables	Optimización conforme a uso y evaluación	Mejoras priorizadas incorporadas a los sistemas corporativos
6.3. Investigación epidemiológica y de resultados	Identificación de prioridades y preparación metodológica	Inicio de estudios prioritarios cuando existan datos suficientes	Desarrollo de estudios de resultados, inequidades, trayectoria y necesidades no cubiertas	Estudios epidemiológicos y de resultados desarrollados
6.4. Innovación con pilotaje y evaluación	Identificación de necesidades susceptibles de innovación, sin despliegue generalizado	Pilotajes justificados cuando exista necesidad prioritaria y condiciones adecuadas	Evaluación de pilotajes y eventual extensión de intervenciones eficaces y seguras	Innovaciones sometidas a pilotaje y evaluación antes de su generalización
6.5. Programa de evaluación del Plan	Definición metodológica del seguimiento y de los indicadores prioritarios	Primera revisión anual y evaluación de implantación	Evaluación intermedia, evaluación final y propuestas de continuidad o modificación	Informes periódicos de seguimiento y evaluaciones realizadas

9. Recursos y financiación

El Plan de Actuación para la Atención al TDAH constituye el desarrollo específico de la Acción 3.6 del Plan Valenciano de Salud Mental y Adicciones 2024-2027. En consecuencia, durante el periodo de vigencia concurrente de ambos instrumentos, las actuaciones previstas en el presente Plan se financiarán con cargo a los recursos y dotaciones presupuestarias destinados a la ejecución del Plan Valenciano de Salud Mental y Adicciones 2024-2027, sin que el Plan TDAH configure un marco presupuestario independiente.

La ejecución de sus actuaciones combinará medidas de carácter organizativo, asistencial y técnico realizables mediante los recursos disponibles del sistema sanitario con otras que requieran dotaciones específicas de personal, inversión, contratación, desarrollo tecnológico, formación, adquisición de equipamiento u otros recursos adicionales. En cada caso, su implantación se realizará mediante los instrumentos administrativos y presupuestarios que correspondan y de acuerdo con las disponibilidades consignadas en los presupuestos de la Generalitat.

La programación económica deberá guardar correspondencia con las prioridades y fases de implantación establecidas en el Plan, prestando especial atención a las actuaciones de carácter estructural, entre ellas el desarrollo del modelo asistencial, la creación y despliegue de las Unidades de Neurodesarrollo, los sistemas de información, la formación de profesionales y los instrumentos técnicos necesarios para garantizar una aplicación homogénea en el conjunto de la Comunitat Valenciana.

La vigencia del Plan TDAH se extiende hasta el 31 de diciembre de 2030, mientras que el actual Plan Valenciano de Salud Mental y Adicciones finaliza en 2027. Por ello, para el periodo 2028-2030, la financiación necesaria para la continuidad y consolidación de las actuaciones del Plan TDAH se integrará en el siguiente instrumento de planificación general en materia de salud mental y adicciones de la Generalitat, asegurando la continuidad entre ambos ciclos de planificación.

En todo caso, la ejecución de las actuaciones con impacto económico estará condicionada a la existencia de crédito adecuado y suficiente y se realizará conforme a la normativa presupuestaria, de contratación, personal y demás normativa aplicable.

10. Gobernanza y coordinación

10.1. Dirección del Plan

La dirección estratégica corresponderá a la Dirección General de Salud Mental y Adicciones, sin perjuicio de las competencias de otros órganos y niveles asistenciales. Este órgano aprobará la programación anual, revisará los indicadores y promoverá las medidas correctoras necesarias.

10.2. Coordinación técnica

La coordinación técnica del Plan se apoyará en el Grupo Técnico Asesor de Trastornos del Neurodesarrollo (GTA-03), creado mediante *Resolución de 27 de septiembre de 2026, del director general de Salud Mental y Adicciones, por la que se crea el Grupo Técnico Asesor de Trastornos del Neurodesarrollo (GTA-03) y se designa a sus miembros*, en el marco establecido por la *Resolución de 5 de agosto de 2026, del conseller de Sanidad, sobre creación, organización y funcionamiento de los grupos técnicos asesores de la Dirección General de Salud Mental y Adicciones*, publicada en el Diari Oficial de la Generalitat Valenciana núm. 10433, de 20 de agosto de 2026.

El GTA-03 prestará apoyo técnico a la Dirección General competente en salud mental y adicciones para el desarrollo, implantación, seguimiento y evaluación del Plan, especialmente en la elaboración y actualización de los protocolos, procedimientos e instrumentos técnicos que se aprueben en su desarrollo; el análisis de la variabilidad asistencial; la definición y revisión de indicadores; la identificación de necesidades formativas; y la formulación de recomendaciones de mejora del modelo asistencial. Estas funciones se ejercerán de acuerdo con su ámbito material y objetivos específicos, que comprenden la atención sanitaria a los trastornos del neurodesarrollo, los modelos organizativos, los itinerarios asistenciales, la continuidad de cuidados y la coordinación entre niveles y dispositivos.

Cuando la naturaleza de las actuaciones lo requiera, podrán recabarse asimismo aportaciones de otros Grupos Técnicos Asesores, profesionales expertos, sociedades científicas, universidades, centros de investigación, asociaciones de personas con TDAH y familias u otros agentes relevantes.

El apoyo técnico del GTA-03 tendrá carácter asesor y no vinculante y no sustituirá las competencias de dirección, decisión y ejecución atribuidas a los órganos de la Conselleria de Sanidad ni los mecanismos de coordinación intersectorial previstos en el Plan.

10.3. Coordinación territorial

Cada departamento de salud identificará las responsabilidades necesarias para implantar los circuitos comunes, coordinar Atención Primaria y Salud Mental y asegurar la trazabilidad de las transiciones y derivaciones.

Las ocho Unidades de Neurodesarrollo tendrán ámbito supradepartamental y se articularán en el marco de las ASI, con circuitos homogéneos de derivación, coordinación y retorno con los departamentos y USMI-A de referencia.

10.4. Coordinación intersectorial

Las actuaciones con las consellerias competentes en materia de educación, servicios sociales, empleo u otros sectores, se desarrollarán mediante acuerdos y procedimientos compartidos, con definición expresa de responsabilidades, canales de comunicación, protección de datos y mecanismos de resolución de incidencias.

10.5. Participación

La participación de las personas con TDAH, sus familias y las entidades que las representan constituirá un elemento estable de la gobernanza, desarrollo, seguimiento y evaluación del Plan.

Esta participación se articulará, entre otros mecanismos, mediante su incorporación al Grupo Técnico Asesor competente en materia de participación, recuperación y experiencia de las personas usuarias y sus familias, que se constituirá de conformidad con lo previsto en la *Resolución de 5 de agosto de 2026, del conseller de Sanidad, sobre creación, organización y funcionamiento de los grupos técnicos asesores de la Dirección General de Salud Mental y Adicciones*, publicada en el Diari Oficial de la Generalitat Valenciana núm. 10433, de 20 de agosto de 2026.

A través de este mecanismo se favorecerá su participación en la identificación de necesidades, la revisión de materiales e información dirigidos a la ciudadanía, la valoración de la experiencia asistencial, la detección de barreras de acceso y continuidad y la formulación de propuestas de mejora.

Asimismo, cuando la naturaleza de los asuntos tratados lo aconseje, podrán incorporarse sus aportaciones a los trabajos del Grupo Técnico Asesor de Trastornos del Neurodesarrollo (GTA-03) o de otros grupos técnicos relacionados con el contenido del Plan. El propio marco de actuación del GTA-03 contempla el intercambio de conocimiento con asociaciones de pacientes y familias.

La participación tendrá carácter consultivo y de mejora y no sustituirá las competencias de planificación, dirección, decisión y ejecución atribuidas a los órganos de la Administración sanitaria.

11. Sistema de información, seguimiento y evaluación

La evaluación del Plan TDAH no se limitará a contabilizar actividades. El cuadro de mando combinará indicadores de estructura, proceso, resultado, seguridad, equidad e impacto, incorporando, cuando resulte pertinente, desagregaciones por edad, sexo, departamento de salud, Agrupación Sanitaria Interdepartamental y nivel asistencial. Se prestará especial atención a la diferenciación entre población infantojuvenil y adulta, con el fin de evaluar de manera específica el desarrollo del modelo asistencial en ambas etapas del ciclo vital.

Tipo	Indicador	Desagregación mínima / observaciones	Periodicidad
Estructura	Disponibilidad de circuito/protocolo común de atención al TDAH implantado por departamento de salud	Diferenciar infancia-adolescencia y adultos. Incluir específicamente la existencia del circuito asistencial para TDAH adulto	Anual
Estructura	Disponibilidad de las intervenciones no farmacológicas definidas como esenciales	Por población infantojuvenil/adulta y ámbito asistencial	Anual
Estructura	Unidades de Neurodesarrollo operativas y ASI cubiertas	Unidad, ASI y departamentos de referencia	Trimestral durante el despliegue; anual posteriormente
Proceso	Tiempo desde la derivación hasta la primera valoración especializada por TDAH	Infancia-adolescencia/adultos; sexo; departamento; nivel asistencial de destino	Mensual/trimestral
Proceso	Proporción de derivaciones que contienen la información clínica mínima requerida	Infancia-adolescencia/adultos; origen de la derivación; departamento	Trimestral
Proceso	Proporción de transiciones USMI-A–USMA con plan de continuidad documentado	Departamento y dispositivo de origen/destino	Semestral
Proceso	Proporción de personas transferidas desde USMI-A que mantienen continuidad asistencial tras la transición	Definir ventana temporal de seguimiento en el desarrollo técnico	Anual

Proceso	Proporción de personas en tratamiento farmacológico con seguimiento documentado conforme al protocolo	Infancia-adolescencia/adultos; sexo; departamento	Semestral
Proceso	Proporción de casos atendidos en Unidades de Neurodesarrollo con plan interprofesional y coordinación documentada con la USMI-A de referencia	Unidad, ASI, departamento y complejidad clínica	Semestral
Resultado	Cambio en funcionamiento y/o sintomatología mediante las medidas acordadas cuando estén indicadas	Infancia-adolescencia/adultos; sexo; tipo de intervención	Según seguimiento
Resultado	Experiencia y satisfacción de las personas con TDAH y sus familias	Infancia-adolescencia/adultos; departamento y ámbito asistencial	Anual/bienal
Resultado	Evolución de crisis con atención urgente o ingreso y del funcionamiento en cohortes atendidas por las Unidades de Neurodesarrollo	Unidad, ASI, departamento, sexo y complejidad clínica	Anual
Seguridad	Incidencias o eventos adversos relacionados con el tratamiento que requieran actuación	Infancia-adolescencia/adultos; tipo de tratamiento	Anual
Equidad	Variabilidad interdepartamental en acceso, actividad, tratamiento y continuidad asistencial	Ajustada cuando sea posible por edad, sexo, población y complejidad; análisis específico de adultos	Anual
Equidad	Acceso a las Unidades de Neurodesarrollo	ASI, departamento, sexo y complejidad clínica	Anual
Impacto	Continuidad funcional educativa, formativa o laboral y utilización de servicios en cohortes evaluables	Edad, sexo y situación educativa/laboral; diferenciar población adulta	Bienal o según estudio

11.1. Seguimiento y evaluación del plan

El seguimiento del Plan se articulará mediante un ciclo continuo de revisión de la implantación, análisis de resultados y adopción de medidas de mejora, con el fin de detectar desviaciones de forma temprana y facilitar la toma de decisiones durante su vigencia.

- **Seguimiento operativo periódico:** revisión de los principales hitos de implantación y de los indicadores prioritarios del cuadro de mando.
- **Revisión anual:** análisis del grado de ejecución de las actuaciones, la evolución de los indicadores, las desigualdades territoriales, los riesgos identificados y las desviaciones respecto a la programación prevista.
- **Evaluación intermedia:** se realizará durante 2028, e incluirá el análisis del grado de implantación, los resultados iniciales, la equidad territorial, el funcionamiento del modelo asistencial y la necesidad de introducir ajustes para la segunda mitad del periodo de vigencia.
- **Evaluación final:** se realizará al término del periodo 2026-2030 y analizará el grado de cumplimiento de los objetivos, los resultados alcanzados, la sostenibilidad de las actuaciones y las necesidades de continuidad, modificación o incorporación al siguiente ciclo de planificación.
- **Acciones correctoras:** cuando se detecten desviaciones relevantes se establecerán medidas de mejora con identificación del responsable, el plazo de ejecución y el momento previsto para su revisión.

Los resultados del seguimiento y de las evaluaciones se utilizarán para actualizar la programación anual del Plan y para priorizar las actuaciones que requieran refuerzo, modificación o desarrollo adicional.

12. Desarrollo técnico del Plan

El presente Plan establece el marco estratégico, organizativo y programático para la atención al TDAH en la Comunitat Valenciana. Su aplicación requerirá el desarrollo progresivo de criterios clínicos, procedimientos asistenciales, circuitos de coordinación, algoritmos, instrumentos y demás contenidos técnicos necesarios para trasladar sus objetivos y actuaciones a la práctica asistencial.

Estos contenidos se articularán mediante documentos técnicos de desarrollo del Plan TDAH, que serán aprobados posteriormente mediante las Instrucciones, Resoluciones u otros instrumentos que correspondan por razón de la materia y del órgano competente. Cuando su contenido afecte a competencias de otros departamentos de la Generalitat o de otras administraciones, se establecerán los mecanismos de coordinación y aprobación conjunta que resulten procedentes.

Los documentos técnicos de desarrollo tendrán carácter operativo y estarán sujetos a actualización en función de la evolución de la evidencia científica, la normativa aplicable,

las condiciones de utilización de medicamentos e instrumentos, la organización asistencial y los sistemas de información. Podrán aprobarse de forma conjunta o separada y modificarse sin necesidad de revisar el Plan cuando dichas modificaciones no alteren sus objetivos, principios, modelo asistencial o compromisos estratégicos.

Los siguientes desarrollos técnicos se consideran como los mínimos necesarios para la implantación del Plan TDAH:

Documento técnico de desarrollo	Contenido mínimo	Naturaleza principal
1. Modelo asistencial y cartera funcional para la atención al TDAH	Funciones de Atención Primaria, USMI-A y USMA; criterios generales de acceso, derivación, retorno y seguimiento; atención compartida; modelo asistencial del TDAH adulto; articulación con las Unidades de Neurodesarrollo y elementos mínimos comunes de calidad asistencial.	Organizativo-asistencial
2. Procedimiento de derivación, coordinación, retorno y transición entre servicios	Información mínima necesaria; circuitos entre niveles; transición infancia-adolescencia/adultos; continuidad asistencial; coordinación de casos complejos y criterios generales de referencia supradepartamental.	Organizativo-asistencial
3. Protocolo clínico-asistencial común para la evaluación y diagnóstico del TDAH	Valoración inicial; entrevista clínica; información procedente de diferentes fuentes cuando resulte indicada; diagnóstico; diagnóstico diferencial; comorbilidades; valoración funcional; particularidades de infancia, adolescencia y edad adulta; criterios de utilización de instrumentos de apoyo.	Clínico-asistencial
4. Protocolo de tratamiento, seguridad y seguimiento	Plan terapéutico individualizado; intervenciones farmacológicas y no farmacológicas; información y decisión compartida; evaluación previa; seguimiento de efectividad y seguridad; adherencia; revisión y retirada del tratamiento cuando proceda.	Terapéutica
5. Procedimiento de coordinación entre Sanidad y Educación	Responsabilidades de cada ámbito; intercambio de información; canales de comunicación; evaluación del funcionamiento; coordinación de apoyos; protección de datos y resolución de incidencias, evitando atribuir al sistema educativo funciones de diagnóstico clínico.	Intersectorial
6. Herramientas operativas para la aplicación del Plan	Algoritmos, listas de comprobación, formularios, modelos de informe, materiales de información y psicoeducación para personas con TDAH y familias y	Operativa

	otros instrumentos necesarios para facilitar una aplicación homogénea.	
7. Documento metodológico de evidencia y actualización	Fuentes de evidencia; metodología de búsqueda, selección y valoración; criterios de actualización de los documentos técnicos; bibliografía de referencia y procedimiento de revisión.	Metodológica

Cada documento técnico de desarrollo identificará, al menos, su versión y fecha de aprobación, el órgano responsable, su ámbito de aplicación, las principales fuentes de evidencia cuando proceda y los criterios para su revisión y actualización.

La relación anterior tiene carácter de mínimo necesario para el desarrollo del Plan y no impide la aprobación de otros documentos técnicos cuando las necesidades de implantación, la evaluación del Plan o la evolución de la evidencia así lo aconsejen. Dos o más de estos contenidos podrán integrarse en un mismo instrumento cuando resulte más adecuado desde el punto de vista asistencial u organizativo.