

Adenda al *Protocolo de Atención a Personas con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)*



Atención a las personas con TDAH en los momentos de transición y en la edad adulta

Adenda al Protocolo de Atención a Personas con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

Atención a las personas con TDAH en los momentos de transición y en la edad adulta

Introducción	3
Recomendaciones y Actuaciones	4
Objetivo 1: Mejorar la atención a personas menores de edad con TDAH en la transición de pediatría a medicina de familia	4
Objetivo 2: Mejorar la atención a las personas menores afectadas por TDAH en la transición dentro de la red de salud mental (infanto-adolescente a persona adulta, a los 18 años)	8
Objetivo 3: Mejorar la detección y atención a personas afectadas por TDAH diagnosticadas en edad adulta	10
Anexo 1	13
Resumen de análisis de situación	13
Anexo 2	15
Grupo de trabajo / Autoría	15

Coordinación: Soledad Jiménez González, Juan Carlos Maestro Barón

Autoría: Ver Anexo 2

Edita: Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

Maquetación: Juan A. Castillo Guijarro. EASP.

Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía | 2024

Introducción

En el año 2021 fue publicado el “Protocolo de Atención a Personas con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad” (BOJA, Número 58 - 26 de marzo de 2021). Dicho Protocolo recoge los siguientes apartados:

- a. Detección en el centro educativo y desde los servicios sanitarios.
- b. Proceso de identificación, evaluación y diagnóstico en ambos ámbitos, así como los espacios de coordinación intersectorial y dentro del ámbito sanitario, entre Atención Primaria y Comunitaria (APyC) y las Unidades de Salud Mental Comunitaria, con la intervención de neuropsiquiatría cuando sea preciso.
- c. Proceso de intervención y tratamiento, también desde los dos ámbitos.
- d. Procedimiento de intercambio de información entre los servicios sanitarios y educativos.

Además, según aparece textualmente en el Acuerdo de 23 de marzo de 2021, del Consejo de Gobierno, por el que se toma conocimiento del Protocolo de Atención a Personas con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, *“el grupo de trabajo, integrado por profesionales que intervienen en la atención a las personas afectadas por TDAH, tenía el objetivo de avanzar en la gestión que se realiza desde el Sistema Sanitario Público de Andalucía, en adelante SSPA, a través de una perspectiva multimodal y multidisciplinar, contemplando desde el primer momento la intervención en el ámbito de la salud y el educativo, impulsando la coordinación entre los ámbitos sanitario y educativo, sin olvidar la atención a las personas adultas y la necesidad de una adecuada transición entre la edad infantil, la adolescencia y juventud y la edad adulta”*.

Con el cometido de profundizar en la atención a las personas con TDAH en edad adulta y en aquellos aspectos relevantes en momentos de transición entre diferentes períodos vitales y franjas de edad, un nuevo grupo de trabajo configurado por profesionales de APyC, de salud mental, del contexto educativo y representantes del ámbito asociativo, ha elaborado el presente documento en el que se proponen actuaciones y recomendaciones para una atención coordinada y de calidad dirigida a este grupo de personas en Andalucía.

El documento parte de un análisis de situación realizado por este grupo de trabajo mediante una metodología participativa basada en técnicas cualitativas (plantilla para la recogida de información mediante preguntas clave y grupo de discusión para llegar a consenso), en el que se recogen los principales problemas y propuestas de mejora. El análisis de situación ha dado lugar a la definición de tres momentos significativos de la evolución de las personas afectadas en los cuales se encuadran las actuaciones propuestas.



Recomendaciones y Actuaciones

Las propuestas planteadas giran en torno a tres objetivos y concretan actuaciones que deberán ser promovidas:

Objetivo 1 **MEJORAR LA ATENCIÓN A PERSONAS MENORES DE EDAD CON TDAH EN LA TRANSICIÓN DE PEDIATRÍA A MEDICINA DE FAMILIA**

La transición de las personas menores de edad con diagnóstico de TDAH desde Pediatría a Medicina de Familia en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) es un momento importante para estas personas y sus familias. Supone un cambio de profesional de referencia en APyC que puede tener repercusiones en el seguimiento de su proceso. De ahí la importancia de cuidar y ofrecer la mejor atención en este momento.

En este sentido, las propuestas de mejora, actuaciones y/o recomendaciones serían las siguientes:

Evaluación

- Especificar el tipo de TDAH (combinado, predominio de inatención, predominio hiperactivo/impulsivo) e indicar el nivel de gravedad: leve, moderado, grave.
- Especificar si existe comorbilidad asociada al TDAH, como problemas de aprendizaje, problemas de salud mental o neurológicos.
- En la evaluación diagnóstica de la persona con TDAH los/las profesionales médicos/as (tanto pediatra de APyC, médico/a de familia o neuropediatra) pueden necesitar apoyarse en informes de valoración psicopedagógicos y/o neuropsicológicos realizados por otros profesionales.
- Tener en cuenta las diferencias entre niños y niñas con TDAH puesto que, a menudo, presentan diferentes patrones de comportamiento. Las niñas tienden a mostrar mayor inatención y los niños mayor componente de hiperactividad-impulsividad. Estas diferencias tienden a desaparecer en la adolescencia.



Seguimiento y traspaso

- En el momento de realizar la transferencia desde pediatría a medicina familiar o en el momento del alta, en el caso de pediatría hospitalaria, es necesario elaborar un informe clínico que incluya diagnóstico principal y, si existieran, las comorbilidades, la evolución del caso, las pruebas complementarias realizadas, los tratamientos empleados, respuesta a los mismos y tolerancia a los posibles tratamientos farmacológicos prescritos. Deben quedar reflejados también los controles que se precisen (medición periódica de la tensión arterial, frecuencia cardíaca, peso, etc.).
- En el caso de Neuropediatría, si el/la paciente evoluciona favorablemente, no se precisarían consultas frecuentes. Dos citas al año pueden ser suficientes para asegurar un buen control del proceso. Sí es importante que el/la paciente o su familia puedan hacer consultas si se produce una mala respuesta al tratamiento farmacológico, efectos secundarios o comorbilidad de nueva aparición. Se debe proporcionar al paciente y/o la familia un correo corporativo y un teléfono de contacto. A veces es necesaria la coordinación con el/la pediatra de APyC para actuaciones puntuales o, en algunos casos, para un seguimiento más frecuente.
- Con el fin de que se pueda recoger toda la información de la persona con TDAH a lo largo de su proceso de manera fácilmente accesible, se recomienda registrar la información relevante para la valoración y seguimiento del nuevo profesional que atenderá al paciente, tanto en APyC como en atención hospitalaria.

Comunicación entre profesionales y coordinación interniveles

- El proceso de transición de pacientes en APyC desde Pediatría a Medicina de Familia se produce a los 14 años. Es preciso realizar un resumen en la historia clínica de Diraya y contactar con el/la médico/a de familia.
- El alta de pacientes desde Neuropediatría de Atención Hospitalaria se realiza también a los 14 años. En el informe de alta debe quedar recogido si la persona con TDAH se deriva solo a APyC o si se recomienda que continúe siendo atendido en otro dispositivo o por otro especialista, en cuyo caso, el/la neuropediatra dejará constancia de ello en su informe.
- Resulta imprescindible utilizar la historia de salud digital y que cualquier profesional sanitario que atienda a pacientes con TDAH pueda acceder en todos los niveles asistenciales a las evaluaciones, evoluciones, diagnósticos y tratamientos realizado

Tratamiento

- En el informe de traspaso de información deberían constar:
 - Los tratamientos farmacológicos que se hayan indicado, si se han detectado efectos secundarios, problemas de adherencia o cualquier otra incidencia significativa. Recoger el último tratamiento pautado.
 - Los tratamientos psicológicos realizados.
 - Las medidas de apoyo educativo que ha recibido la persona.
 - Si se ha realizado alguna intervención por parte de trabajo social o terapia ocupacional.
- Entre la adolescencia y la edad adulta es fundamental valorar la necesidad de mantener el tratamiento farmacológico y no farmacológico y llevar a cabo un seguimiento regular. Se trata de una etapa en la que a menudo se produce el abandono del tratamiento, momento vital en el que existen mayores factores de riesgo para la persona con TDAH.

Coordinación y colaboración con otros ámbitos

- Se debe insistir en la necesidad de potenciar el trabajo fundamental de los Equipos Locales de Coordinación Intersectorial (instrucción conjunta nº2/2023) creados a partir de la publicación del “Protocolo de Atención a Personas con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad”, especialmente en los casos más complejos.
- Los Equipos Locales deben favorecer, además de las reuniones de equipo regladas, diferentes vías de comunicación directa y ágil entre los diferentes sectores implicados.
- En la misma línea se constata la necesidad de mejorar los canales de comunicación entre Salud, Servicios Sociales y Educación.
- En la transición de los 14 años a la edad adulta, los y las adolescentes afectados/as por TDAH necesitan orientación en el ámbito educativo y laboral: puede ser necesaria la intervención del departamento de orientación, del/la terapeuta ocupacional o el/la trabajador/a social. Se puede precisar que alguno de los agentes implicados en el proceso (salud, educación y servicios sociales) aporten informes que faciliten la transición.

Apoyo a la familia

- Explicar con claridad a la familia cuándo se va a producir la transición de Pediatría a Medicina de Familia y exponer las situaciones que se pueden presentar.
- Señalar y potenciar en esta etapa las habilidades y fortalezas de los y las adolescentes y sus familias.
- Fomentar actividades formativas con las personas y sus familias, cuidando especialmente estos momentos de transición donde se debe asumir una gestión compartida en la toma de decisiones y atención de su salud.
- Dar confianza y transmitir que se va a realizar una transición segura y eficaz, explicar que el médico/a de familia va a disponer de toda la información y apoyo que necesite.
- Animar a la persona usuaria y su familia a contactar con asociaciones de personas afectadas por el TDAH.



Objetivo 2

MEJORAR LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MENORES AFECTADAS POR TDAH EN LA TRANSICIÓN DENTRO DE LA RED DE SALUD MENTAL (INFANTO-ADOLESCENTE A PERSONA ADULTA, A LOS 18 AÑOS)

En relación con este objetivo, las **propuestas para la transición** a la etapa adulta de las personas menores con TDAH atendidas en la USMI-J o en el subequipo de infancia y adolescencia de la USMC, son las siguientes:

- A los 17 años, informar a las personas menores de edad y sus familias que serán dadas de alta al cumplir los 18 años y que, según su situación, podrán ser derivadas para seguimiento a APyC o a la USMC de referencia, según criterio facultativo, en consenso con las personas afectadas y sus familias.
- Elaborar en Diraya un informe de alta que resuma los indicadores clínicos que presenta al alta de USMI-J o subequipo de infancia y adolescencia de USMC y los tratamientos e intervenciones realizadas.
- Si el/la paciente se encuentra tomando tratamiento farmacológico y no presenta dificultades de ajuste personal, social, familiar o escolar/laboral, derivar solo a Psiquiatría (USMC) o a Medicina de Familia (APyC), solicitando cita desde la USMI-J.
- Si el/la paciente, además de TDAH, presenta algún otro trastorno comórbido que requiera intervención especializada en salud mental, derivar siempre a USMC (psiquiatría o psicología clínica según proceda) y mantener contacto con el/la profesional, si fuera necesario, para una adecuada transmisión de información.
- En los casos en los que la sintomatología de TDAH no tenga efectos negativos en el nivel de adaptación de la persona en su vida cotidiana, se recomienda dar de alta en USMC y seguimiento en APyC, si se considerara necesario.
- En la USMC sería preciso valorar la necesidad o no de continuar con tratamiento psicofarmacológico y siempre con la mínima dosis que resulte eficaz.
- Los psicofármacos empleados en el tratamiento del TDAH de la persona adulta son

los mismos que en la población infanto-juvenil; en el caso de las personas adultas los fármacos de primera elección son los de acción prolongada, en vez de acción inmediata, por dos motivos:

- Asegurar una mayor cobertura a nivel de eficacia terapéutica puesto que los requerimientos laborales, académicos y personales en una persona adulta van a ser de mayor entidad.
 - Son más estables y no sólo no crean adicciones, si no que disminuyen el riesgo de abuso o dependencia de sustancias.
-
- Puesto que en pacientes adultos las comorbilidades somáticas y físicas pueden ser más frecuentes o diferentes a las que se presentan en la población infanto-juvenil, conviene valorar las opciones de tratamiento con psicoestimulantes (metilfenidato, lisdexanfetamina) versus no psicoestimulantes (atomoxetina, bupropión, ADS tricíclicos) en función de los efectos secundarios más frecuentes:
 - Psicoestimulantes: reducción del apetito, insomnio, sequedad bucal, cefaleas, exacerbación de la ansiedad e irritabilidad. Se produce menor incidencia de efectos secundarios con Lisdexanfetamina.
 - No psicoestimulantes (Atomoxetina): dolor abdominal, pirosis, disfunción eréctil, reducción del apetito.
-
- En el caso de pacientes menores de edad con TDAH en tratamiento en USMC por el subequipo de atención a la infancia y adolescencia, cuando vaya a cumplir la mayoría de edad, se recomienda que se haga traspaso de información al profesional de referencia que vaya a asumir su seguimiento como persona adulta de manera directa.



Objetivo 3 **MEJORAR LA DETECCIÓN Y ATENCIÓN A PERSONAS AFECTADAS POR TDAH DIAGNOSTICADAS EN EDAD ADULTA**

En ocasiones, se detecta la presencia de sintomatología relacionada con el TDAH en personas adultas que nunca fueron evaluadas y tratadas en la infancia o la adolescencia. Cuando ocurre, la presentación suele encuadrarse en uno de los siguientes perfiles:

- Personas que, tras presentar sintomatología compatible con TDAH en su infancia, en este momento se valora que han logrado “compensar” y “ajustar” su funcionamiento en la vida diaria.
- Personas con sospecha de haber presentado sintomatología de TDAH en su infancia, aunque nunca fueran diagnosticadas, que actualmente presentan sintomatología compatible que conlleva un deterioro en, al menos, dos áreas de funcionamiento de su vida diaria.
- Personas que, tras haber presentado sintomatología compatible con TDAH en su infancia, continúan presentando dificultades que interfieren de forma significativa en su vida diaria. En este caso, asimismo, suele estar presente de manera mayoritaria, sintomatología comórbida.

Cuando el/la profesional detecta una persona adulta con el primer perfil se recomienda no intervenir.

Cuando el/ la profesional detecta en una persona el segundo y tercer perfil sería necesario intervenir siguiendo las siguientes recomendaciones:

Detección y derivación

En los dos perfiles descritos conviene derivar a la USMC para valoración y tratamiento.

Es en los casos de personas adultas que sufren comorbilidades asociadas a un posible TDAH cuando con mayor frecuencia se acude al sistema sanitario en busca de ayuda.

Especialmente en estos casos, debido a la complejidad que suele presentar la aclaración diagnóstica, si el cuadro es detectado en APyC a partir de la historia clínica y de la utilización de una herramienta de cribado, sería necesaria la derivación a la USMC para evaluar al paciente, aclarar la naturaleza de sus dificultades y diagnosticar, en su caso, la presencia del TDAH o de otros trastornos mentales.

Evaluación y diagnóstico

Para la filiación en personas adultas del problema detectado es recomendable:

- **La valoración clínica:** la entrevista y la realización de la historia clínica serían los procedimientos prioritarios. La historia clínica permite recoger información del desarrollo evolutivo de la persona y orienta acerca de la posible presencia en la infancia y la adolescencia de sintomatología propia del TDAH.
- **La utilización de la escala de cribado ASRS v.1.1** (Adult ADHD Self-Report Scale Versión 1.1), tanto en APyC como en Salud Mental.
- Cuando se sospeche la posible existencia de **dificultades cognitivas** se pueden utilizar:
 - Escala Wechsler-IV adultos
 - Test de matrices progresivas de Raven
 - Escalas de Inteligencia de Reynolds (RIAS y RIST)
- En aquellas personas en las que el diagnóstico diferencial no se haya podido completar con las herramientas descritas, podría ser necesario realizar una **exploración neuropsicológica** en la USMC de referencia, para la que se puede disponer de las siguientes opciones:
 - **OPCIÓN A**
 - Índice de Memoria de Trabajo (dígitos y aritmética) (input auditivo)
 - Velocidad de procesamiento (búsqueda de símbolos y claves) (input visual)
 - Escala Wechsler IV adultos

- **OPCIÓN B CON INPUT AUDITIVO**
 - El test RAVLT, Lista de palabras de Rey (input auditivo)
 - PASAT (adición auditiva en serie)
- **OPCIÓN B CON PROCESAMIENTO VISUAL Y RESPUESTA OCULO-MANUAL**
 - D2 (material verbal)
 - Test del dígito y del símbolo (no verbal)

Tratamiento

El tratamiento realizado en la USMC se decidirá a partir de la gravedad de la sintomatología presente, la existencia de comorbilidades, la repercusión del cuadro a nivel funcional y el grado de sufrimiento experimentado por el/la paciente, teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Priorizar las **intervenciones psicológicas con evidencia científica** (terapia cognitivo-conductual).
- Realizar **intervención familiar** cuando sea precisa.
- Instaurar **tratamiento farmacológico** si fuera necesario.

Actuación en el ámbito educativo

En ocasiones, la persona adulta que presenta sintomatología compatible con un TDAH es un/a joven entre 16 y 25 años que se encuentra en el sistema educativo cursando enseñanzas postobligatorias. En estos casos, junto a la evaluación e intervención en el sistema sanitario, sería recomendable la puesta en marcha de las medidas educativas que se apliquen a las enseñanzas correspondientes.

Anexo 1

Resumen de análisis de situación

	Problemas/dificultades
Transición de pediatría a medicina de familia	○ Dificultad en el traslado de información sobre el/la paciente entre profesionales de Pediatría y profesionales de Medicina de Familia y déficit en los sistemas de información. ○ Momento de miedo e incertidumbre de la persona con diagnóstico de TDAH y su familia ante el cambio. Sentimientos de “volver a empezar” o de pérdida del control, indefensión. ○ No existencia de una transición reglada o paulatina. ○ Dificultades de los/las médicos/as de familia para la transición y la continuidad del tratamiento farmacológico y la toma de decisiones al respecto por falta de formación. ○ Dificultades en la interacción con otros servicios como Neuropediatría. ○ El/la paciente adolescente puede presentar baja adherencia a los tratamientos en general y las familias suelen tener poca información acerca de la evolución del TDAH en estas edades.
Transición dentro de la red de salud mental	○ Negativa de los/las menores a continuar seguimiento en Salud Mental de personas adultas si han estado en la USMIJ. ○ Ausencia de criterios consensuados para finalizar la intervención en Salud Mental de las personas menores de edad con TDAH. ○ Dificultades en la transición de USMIJ a USMC. ○ La coordinación entre Salud Mental con Pediatría, Educación y Neuropediatría, muy poliédrica, cerca de lo individual y aún lejos de lo grupal.

Detección e intervención del TDAH en la edad adulta

- Los criterios diagnósticos del TDAH están establecidos según la conducta infantil.
- Se considera un trastorno de la edad pediátrica a pesar de que está aceptado el diagnóstico en la edad adulta en DSM 5 y CIE 11.
- Ni la conceptualización del TDAH que se utiliza actualmente como modelo de comprensión en Infancia y Adolescencia, ni los instrumentos de evaluación, ni los formatos de abordajes, ni las acciones en la identificación de nuevos casos, son plenamente válidos para las personas adultas.
- Los apoyos que reciben las personas menores de edad con TDAH en el ámbito educativo no tienen continuidad en la etapa laboral.
- Confusión de síntomas del posible TDAH con síntomas de ansiedad en la persona adulta.
- Desconocimiento del TDAH en la etapa adulta por el personal sanitario.
- Infravaloración de la repercusión del trastorno en la calidad de vida y el funcionamiento diario de la persona adulta con TDAH debido a las carencias existentes en el ámbito de la investigación sobre estos aspectos (más accidentes de tráfico, autoestima mermada, habilidades sociales disminuidas, dificultad en las relaciones interpersonales y problemas laborales).
- Miedo en las personas adultas con TDAH a los efectos secundarios del tratamiento.
- Cambio continuo de profesionales sanitarios en los cupos, lo que dificulta el seguimiento.
- Desde APyC, dificultad en el diagnóstico:
 - Variaciones en la expresión clínica entre el niño/a y la persona adulta.
 - No existe marcador biológico o prueba/test patognomónico de TDAH.
 - Algunas pruebas diagnósticas son muy largas, poco prácticas.
 - Imprescindible diagnóstico diferencial con otras patologías.
- No se dispone de herramientas de screening o entrevistas clínicas dirigidas para dar facilidades al médico/a de APyC en relación con el TDAH.

Anexo 2

Grupo de trabajo / Autoría

Soledad Jiménez González	Jefa del Servicio de Atención Sociosanitaria. Dirección General de Cuidados y Atención Sociosanitaria. Consejería de Salud y Consumo.
Juan Carlos Maestro Barón	Asesor Técnico del Programa Salud Mental de Andalucía. Dirección General de Cuidados y Atención Sociosanitaria. Consejería de Salud y Consumo.
Juan Ángel Quirós Cantos	Presidente de la Federación Andaluza de Asociaciones de Ayuda al TDAH (FAHYDA).
Laura Tejada Gómez	Asesora técnica de la Dirección General de Participación e Inclusión Educativa. Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional.
Alma Martínez de Salazar Arboleas	Psicóloga clínica. Unidad de Salud Mental Infantojuvenil (USMIJ) Hospital Universitario Torrecárdenas.
Rufino Hergueta Lendínez	Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud El Greco. Sevilla.
Olalla García Pineda	Psicóloga clínica. Programa de Psicología Clínica en Atención Primaria. USMC Dos Hermanas. HU Virgen de Valme.
Celia Muñoz Cauqui	Psiquiatra. USMC Macarena Centro. HU Virgen Macarena.
Silvia Vílchez Benítez	Médica de familia. Centro de Salud de Dos Hermanas.
Andrea Campos Barasoain	Neuropediatra. HU Virgen Macarena.
M^a Ángeles Moreno Fontiveros	Médica de familia. Grupo de estudio del adolescente (greAdo) de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC).
Amelia I. Martín Barato	Profesora de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP).

Siglas

APyC	Atención Primaria y Comunitaria
AH	Atención Hospitalaria
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
USMC	Unidad de Salud Mental Comunitaria
USMI-J	Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil

Bibliografía

- Protocolo de Atención a Personas con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. BOJA nº58 de 26 de marzo de 2021. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía.
- Instrucción Conjunta nº. 2/2023, de las Viceconsejerías de Salud y Consumo, de Desarrollo Educativo y Formación Profesional, y de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, y de la Dirección Gerencia del SAS, para la constitución de los Equipos Locales de Coordinación establecidos en el Protocolo de Atención a Personas con TDAH. Junta de Andalucía. 16 de junio de 2023.



Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo