

Abordaje psicológico de adolescentes y jóvenes con TDAH

Psychological treatment for adolescents and youth with ADHD

Raquel Vidal

Recibido: 30/06/2015

Aceptado: 26/08/2015

Resumen

Introducción: *La mayoría de programas de tratamiento psicológico para adolescentes con TDAH son intervenciones dirigidas a padres e intervenciones escolares. Existe escasa evidencia sobre intervenciones psicológicas directas al adolescente.*

Método: *Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos MEDLINE y PsychINFO usando los términos psychological treatment OR psychotherapy OR psychosocial treatment AND ADHD. Se limitó la edad, seleccionando los tratamientos de adolescentes (adolescent: 13-18 years). A raíz de los resultados obtenidos en la revisión sistemática, se desarrolló el primer estudio controlado de terapia cognitivo-conductual en adolescentes y jóvenes con TDAH.*

Resultados: *Se encontraron 11 estudios de tratamiento psicológico publicados en adolescentes con TDAH: 2 estudios no controlados de terapia cognitivo-conductual (TCC), 4 estudios de intervenciones para padres y 5 investigaciones de intervenciones escolares. En el 2015, se desarrolló el primer estudio controlado de TCC grupal. Se aleatorizaron 119 adolescentes entre 15 y 21 años a 12 sesiones manualizadas de TCC junto a tratamiento farmacológico (n=59) o a un grupo en lista de espera de solo tratamiento farmacológico (n=60). Los resultados indicaron mayor eficacia del grupo de tratamiento combinado en la reducción de síntomas de TDAH, disminución de la severidad del trastorno y mejoras en el funcionamiento global del paciente.*

Conclusión: *Las intervenciones para padres han demostrado baja significación clínica en sus resultados y las intervenciones escolares han mostrado eficacia en adolescente jóvenes. La terapia cognitivo-conductual en combinación con tratamiento psicológico ha demostrado ser un abordaje eficaz en adolescentes mayores con TDAH.*

Palabras clave: adolescentes, terapia cognitivo-conductual, terapia de grupo, TDAH.

Psicóloga Clínica. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Correspondencia: Dra. Raquel Vidal
Passeig Vall d'Hebron, 119-129
08035 Barcelona
E-mail: rvidal@vhebron.net

Summary

Introduction: *The majority of psychological interventions in teens with ADHD have focused on parent treatment programs and school interventions. Little is known on psychological interventions which consist of a direct focus on the adolescent.*

Method: *The MEDLINE and PsychINFO electronic databases were searched using the terms psychological treatment OR psychotherapy OR psychosocial treatment AND ADHD. Patient age was restricted to adolescents (adolescent: 13-18 years). According to these results, we carried out the first randomized controlled trial on group cognitive-behavioral therapy (CBT) for adolescents with ADHD.*

Results: *11 studies have been published on psychological treatment for adolescents with ADHD: 2 noncontrolled studies on CBT, 4 studies on parent treatment programs and 5 researches on school interventions. The first randomized controlled trial on group cognitive-behavioral therapy (CBT) for adolescents with ADHD has been published in 2015. The study was carried out in a sample of 119 adolescents (15-21 years). Patients were randomly assigned to 12 group manualized CBT sessions combined with pharmacological treatment (n=59) or a waiting list control group with pharmacological treatment alone (N=60). Participants who were assigned to the group CBT sessions experienced significantly reduced ADHD symptoms and functional impairment and also improved on their general functioning.*

Conclusion: *Parent training programs have reported limited clinical improvements in adolescents with ADHD. School interventions have primarily focused on young adolescents. Group CBT associated with pharmacological treatment is an efficacious intervention for older adolescents with ADHD.*

Key words: Adolescents, cognitive-behavioral therapy, group therapy, ADHD.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es un trastorno del neurodesarrollo que afecta entre un 3 % y un 5 % de la población general en la infancia (Kessler *et al.*, 2005). Es un trastorno que se caracteriza por síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad y que conllevan una repercusión funcional en el paciente. A menudo, el TDAH va asociado a otros síntomas como dificultades en el manejo de la rabia, baja tolerancia a la frustración o bien sintomatología comórbida de ansiedad y/o depresión. Aunque el TDAH aparece en la infancia, entre un 50 y 65 % de niños continuarán presentando síntomas y repercusión del trastorno durante la adolescencia (Langley *et al.*, 2010).

La adolescencia es una etapa del desarrollo donde los problemas asociados con el TDAH pueden ser más severos que durante la infancia (Chronis, Jones, & Raggi, 2006), ya que las ayudas externas para manejar el TDAH disminuyen y las

demandas educacionales, laborales e interpersonales aumentan con la edad (Turgay *et al.*, 2012; Young & Amarasinghe, 2010). Los adolescentes presentan elevadas tasas de discontinuación de tratamiento (McCarthy *et al.*, 2009), sobre todo en la franja de edad entre 15 y 21 años. Estudios de seguimiento de tratamiento farmacológico muestran cómo la adherencia disminuye en función que aumenta la edad (Charach, Ickowicz, & Schachar, 2004; Molina *et al.*, 2009; Robb & Findling, 2013) y esta declinación no se explica por la remisión del trastorno en estas edades (Harvey & Taylor, 2010; Montano & Young, 2012).

Se han asociado varios factores a estas dificultades de adherencia: (1) menor control parental sobre la continuidad en el tratamiento dado el aumento de autonomía del paciente (Pliszka, 2007), (2) la transición entre los servicios de salud mental infantil a los servicios de adultos, –momento en el que se da un alto riesgo de abandono– (Taylor, Fausset, & Harpin, 2010; Young & Amarasinghe, 2010), (3) baja motivación para el tratamiento y minimi-

zación de síntomas por parte del adolescente (Mikami, Calhoun, & Abikoff, 2010; Prevatt *et al.*, 2012) y (4) percepción de estigma relacionado con el TDAH (Bussing, Zima, Mason, Porter, & Garvan, 2011). Estos factores pueden conducir a una terminación prematura del tratamiento que puede repercutir en el adolescente en una etapa del desarrollo crucial (Kratovichil, Wilens, & Upadhyaya, 2006).

Las guías clínicas recomiendan tratamiento psicológico como tratamiento de primera elección en adolescentes con TDAH de severidad leve o moderada (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008). Se recomienda una aproximación psicológica que incluya habilidades de autocontrol, manejo emocional, habilidades interpersonales y resolución de problemas. No obstante, comparado con el gran número de investigaciones de tratamiento psicológico en niños (Sonuga-Barke *et al.*, 2013), existe escasa evidencia sobre tratamientos psicológicos para adolescentes con TDAH.

MÉTODO

El método utilizado fue una búsqueda bibliográfica en las bases de datos MEDLINE y *Psych-*

INFO usando los términos *psychological treatment* OR *psychotherapy* OR *psychosocial treatment* AND *ADHD*. Se limitó la edad, seleccionando los tratamientos de adolescentes (adolescent: 13-18 years). A raíz de los resultados obtenidos en la revisión sistemática, se desarrolló el primer estudio controlado de terapia cognitivo-conductual en adolescentes y jóvenes con TDAH.

RESULTADOS

Los resultados de la revisión sistemática muestran cómo la mayoría de intervenciones se han basado en entrenamiento para padres (Barkley, Edwards, Laneri, Fletcher, & Metevia, 2001; Barkley, Guevremont, Anastopoulos, & Fletcher, 1992; McCleary & Ridley, 1999; Svanborg *et al.*, 2009) e intervenciones escolares (Evans, Axelrod, & Langberg, 2004; Evans, Schultz, Demars, & Davis, 2011; Molina *et al.*, 2008; Sibley *et al.*, 2011, 2013) (Tabla 1).

De forma que gran parte de los programas de tratamiento psicológico que se aplican en esta franja de edad son intervenciones indirectas al adolescente y siguen los mismos principios que los tra-

Tabla 1
Estudios de tratamiento psicológico en población adolescente con TDAH

Tipo de tratamiento	Autores	Diseño
Tratamientos para el adolescente		
TCC individual	Antshel <i>et al.</i> 2012	No controlado
Terapia racional emotiva grupal	Morris (1993)	No controlado
Tratamiento para padres		
Psicoeducación para padres	Mc Cleary & Ridley (1999)	No controlado
Psicoeducación para padres	Svanborg <i>et al.</i> (2009)	Controlado
Intervenciones familiares	Barkley <i>et al.</i> (1992)	Controlado
T. Conductual y Resolución Problemas	Barkley <i>et al.</i> (2001)	Controlado
Intervenciones escolares		
Challenging Horizons Program	Evans <i>et al.</i> (2004)	No controlado
Challenging Horizons Program	Evans <i>et al.</i> (2011)	Controlado
Challenging Horizons Program	Molina <i>et al.</i> (2008)	Controlado
Summer Treatment Program	Sibley <i>et al.</i> (2011)	No controlado
STANDS	Sibley <i>et al.</i> (2013)	Controlado

tamientos validados en población infantil. Sin embargo, numerosos cambios evolutivos y del entorno caracterizan la transición de la infancia a la adolescencia e implican la necesidad de una adaptación de los tratamientos psicológicos a la edad del paciente (Young & Amarasinghe, 2010).

INTERVENCIONES DIRECTAS AL ADOLESCENTE

Terapia racional-emotiva grupal

El primer estudio de terapia de grupo para adolescentes con TDAH data del 1993 (Morris, 1993) y es un estudio no controlado. Se compararon dos grupos: uno de pacientes con TDAH (N=12) y un grupo de adolescentes con trastorno de conducta (N=12) de 14 a 17 años. El programa de tratamiento (*Self-Management Program*) consistía en 24 sesiones focalizadas en el abordaje de pensamientos desadaptativos en relación al manejo de la rabia, depresión, ansiedad, autoestima, automotivación y habilidades interpersonales. Después de la intervención, el grupo de trastorno de conducta obtuvo mejoras en el manejo de la rabia (*Stait-Trait Anger Scale*: $p < 0.05$), disminución de pensamientos irracionales (*Irrational Beliefs Test*: $p < 0.01$) y reducción de síntomas depresivos (BDI: $p < 0.05$). El grupo de TDAH no obtuvo mejoras significativas con este tipo de intervención.

Terapia cognitivo-conductual individual

El primer estudio de TCC individual es un estudio no controlado (Antshel, Faraone, & Gordon, 2012). La intervención incluía los 3 módulos principales del programa de adultos: Módulo 1. Psicoeducación y planificación (4 sesiones), Módulo 2. Distracción (3 sesiones), Módulo 3. Reestructuración Cognitiva (2-5 sesiones).

Los cambios más significativos después del tratamiento fueron el aumento de asistencia a clase ($d = 7.05$), disminución de las dosis de psicoestimulantes ($d = 1.05$), disminución de síntomas externalizantes reportados por los padres (BASC-2: $d = 0.85$), disminución de síntomas de inatención según padres (ADHD-RS: $d = 1.02$) y profesores (ADHD-RS: $d = 1.39$), y mejoras en el rendimiento escolar según padres (IRS: $d = 1.21$) y profesores (IRS: $d = 1.64$). A nivel de relaciones, los padres reportaron

mejoras interpersonales ($d = 1.51$). Los adolescentes reportaron menos cambios que los padres y profesores ($d = 0.2-0.5$ en las medidas de hiperactividad, síntomas internalizantes, síntomas emocionales y problemas escolares). En cambio, apuntaron mayor disminución de inatención (BASC-2: $d = 0.78$) y mejor ajuste personal (BASC 2: $d = 0.86$)

INTERVENCIONES DIRIGIDAS A PADRES

Programas de Barkley

Barkley *et al.* (1992) compararon la eficacia de 3 abordajes familiares. La muestra fue de 61 familias de adolescentes con TDAH (12-17 años) que fueron aleatorizados a 8-10 sesiones de entrenamiento conductual para padres (ECP: N= 20), entrenamiento en resolución de problemas y comunicación (RPC:N=21) o terapia familiar estructural (TFE: N=20). Las tres intervenciones mostraron reducción en comunicación negativa entre padres e hijos (CBQ: $p < 0.003$), disminución de conflictos y mejoras en la gestión de la rabia (IC: $p < 0.001$), mejor adaptación escolar y disminución de síntomas internalizantes y externalizantes (CBCL: $p < 0.001$). También se obtuvo una disminución de los síntomas de depresión de las madres según el BDI.

En un estudio posterior, se compararon dos tipos de intervenciones familiares (Barkley *et al.*, 2001). 97 familias fueron aleatorizadas a: 18 sesiones de entrenamiento en resolución de problemas de comunicación (RP) (N=58) o 9 sesiones de entrenamiento de manejo conductual (ECP) seguidas de 9 sesiones de resolución de problemas y comunicación (N=39). Después de la intervención, los dos tratamientos mostraron disminución de conflictos entre padres y adolescentes (CBQ), disminución de síntomas de TDAH y TND (ADHD and ODD Rating Scale), disminución de la frecuencia de discusiones y mejoras de gestión de la rabia, pero no se observaron diferencias significativas entre grupos. No obstante, de forma similar al estudio anterior (Barkley *et al.*, 1992), solo un 23 % de las familias mostraron cambios clínicamente significativos.

Psicoeducación para padres

En un estudio inicial (McCleary & Ridley, 1999), se evaluó la eficacia de un grupo psicoeducativo

(N=107 padres de 65 adolescentes). El programa de tratamiento consistió en 10 sesiones psicoeducativas para padres basadas en información sobre el TDAH y manejo de conducta del adolescente (manejo de contingencias, *time-out*, comunicación y resolución de problemas). Los resultados indicaron una disminución significativa de la frecuencia e intensidad de los conflictos entre padres y adolescentes (según el IC y CBQ) y disminución de problemas de conducta de los adolescentes (CBQ).

En 2009, se publicó un ensayo clínico (Svanborg *et al.*, 2009) cuyo objetivo fue comparar un grupo de tratamiento combinado (psicoeducación + atomoxetina) (N=49) y un grupo psicoeducativo con placebo (N=50). En el estudio se incluyeron niños y adolescentes (7-15 años) con TDAH. Los pacientes del grupo de tratamiento combinado obtuvieron una mayor disminución de síntomas de TDAH que el grupo placebo (-19 puntos en la ADHD-RS vs. -6,3; $d=1,3$). Un 63,3 % de pacientes del grupo combinado y un 14,3 % en el grupo placebo obtuvieron una buena respuesta al tratamiento (25-40 % de reducción de síntomas de TDAH). El grupo combinado también obtuvo una mayor disminución en la severidad de los síntomas de TDAH (CGIS, -1,8 puntos vs -0,3 puntos en el grupo psicoeducativo) y los pacientes refirieron índices de mejora más elevados (CGI-I: 2,3 vs. 3,7; $p < 0,001$)

INTERVENCIONES ESCOLARES

Challenging Horizons Program (CHP)

El primer estudio piloto es el de Evans *et al.*, (2004) con una muestra de 7 adolescentes (12-14 años). En 2011, el mismo grupo de investigadores (Evans *et al.*, 2011) realizaron un estudio controlado con el mismo programa de tratamiento. Cuarenta y nueve adolescentes (10-13 años) con TDAH fueron aleatorizados a CHP o a un grupo control que no participaba en ningún tipo de intervención escolar. El programa de tratamiento incluía estrategias educativas (tutorías en relación a las conductas en clase, actividades recreacionales, grupos educativos de estrategias organizacionales, etc.), grupo de habilidades sociales e intervenciones familiares (grupo de padres y *counseling* a las familias).

Al final de la intervención, se observaron diferencias significativas en favor del grupo de CHP en relación a la mejora de rendimiento académico (IRS Padres: $d=0,45$ y CPS: $d=0,23-0,37$). El grupo control empeoró en estas variables. Referente a síntomas de TDAH, el grupo CHP obtuvo una disminución de síntomas de hiperactividad/impulsividad (DBD Padres: $d=1,03$). En relación a la intensidad de la intervención, también se ha estudiado la eficacia del mismo programa de tratamiento pero de 2 horas semanales durante 10 semanas (Molina *et al.*, 2008) obteniendo resultados similares.

Summer Treatment Program

El objetivo de este estudio (Sibley *et al.*, 2011) fue evaluar la eficacia de un programa de intervención escolar en adolescentes con TDAH (11-16 años). El programa de tratamiento *Summer Treatment Program-Adolescents* (STP-A) (Pelham, Sibley, Evans, Smith, Gnagy, E.M., & Greiner, 2010) es una adaptación del *Children's Summer Treatment Program* (STP). A diferencia del CHP, no se trata de una intervención extraescolar, sino de un programa intensivo de verano donde los adolescentes asistían a diario. Los pacientes asistían a clases que consistían en técnicas de estudio y planificación (Módulo Académico), tenían encargos a realizar (Motivacional), realizaban actividades recreacionales y deportivas con el objetivo de mejorar habilidades sociales y asistían a un grupo de resolución de problemas (Módulo Relaciones Sociales).

Los resultados fueron evaluados mediante la *Impairment Rating Scale* (IRS). Según esta escala, un 52,9 % de los padres, 31,6 %-73,7 % de profesores y un 68,4 % de los tutores reportaron menores mejoras que las percibidas por los adolescentes en relación a problemas de conducta, funcionamiento social, inatención, estado de ánimo y rendimiento académico.

Supporting Teens' Academic Needs Daily (STAND)

El objetivo de este estudio (Sibley *et al.*, 2013) fue evaluar la eficacia de una intervención escolar (STAND) en adolescentes con TDAH (11-15 años) en comparación con un grupo control. Los pacien-

tes fueron aleatorizados al programa STAND (N=18) o tratamiento habitual (*Treatment As Usual* TAU, N=18).

El programa de tratamiento consistía en 8 sesiones familiares (con 3 sesiones adicionales de resolución de problemas). También se realizaron 4 sesiones de grupo de padres y tutorías con profesores. Los resultados indicaron que el grupo que recibió la intervención escolar (STAND) obtuvo mejor rendimiento académico ($d=0,25$), aumento de habilidades de planificación ($d=5,15$) y reducción de problemas escolares ($d=1,3$) según los padres, pero no se observaron diferencias significativas según los profesores. A nivel sintomático, los padres del grupo STAND reportaron disminución significativa de síntomas de inatención (DBD: $d=1,42$), hiperactividad (DBD: $d=1,20$) y sintomatología negativista-desafiante (DBD: $d=0,82$). Los adolescentes del grupo STAND reportaron disminución de conflictos familiares, pero con tamaños del efecto menores (CBQ: $d=0,65$).

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL GRUPAL

En 2015, se ha publicado el primer estudio de TCC grupal en adolescentes con TDAH (Vidal *et al.*, 2015). Dado que la mayoría de evidencia empírica se basaba en programas para padres y programas escolares, se decidió desarrollar un programa directo al adolescente en formato grupal.

Se aleatorizaron 119 adolescentes entre 15 y 21 años a 12 sesiones manualizadas de TCC junto a tratamiento farmacológico ($n=59$) o un grupo en lista de espera de solo tratamiento farmacológico ($n=60$). Las variables principales fueron evaluadas mediante la *ADHD Rating Scale* heteroadministrada, la *Clinical Global Impression Scale for Severity* (CGI-S) y la *Global Assessment of Functioning* (GAF), así como escalas autoinformadas y reportadas por los padres.

El programa de tratamiento consistió en 12 sesiones (Vidal, Casas, Ramos-Quiroga, 2014) basadas en los principios cognitivo-conductuales junto a intervenciones de entrevista motivacional, a fin de facilitar la implementación y aprendizaje de estrategias conductuales para manejar y compensar los síntomas propios del TDAH. La primera sesión consistió en psicoeducación (identificación

de mitos y realidades sobre el TDAH). Seguidamente, se implementó un módulo de manejo de la impulsividad (sesión 2 a 6) que incluía estrategias de autocontrol, estrategias cognitivas, manejo de las dificultades de gestionar la rabia y la frustración, así como práctica de habilidades interpersonales. El módulo de inatención (sesión 7 a 11) consistió en estrategias de planificación, resolución de problemas y toma de decisiones, manejo de la tendencia a posponer, habilidades para reducir las distracciones tanto internas como externas. La última sesión consistió en una revisión de los contenidos con el objetivo de mantener los cambios.

Los resultados indicaron que el grupo de TCC obtuvo mayores reducciones en los síntomas de TDAH [ADHD-RS versión adolescentes: $d=7,5$ y ADHD-RS según padres: $d=8,38$], menor severidad de los síntomas según el CGI-S [CGI-Self-Report: $-d=3,75$] y CGI heteroaplicado $d=7,71$]. También se observó menor repercusión funcional de los síntomas de TDAH en comparación con el grupo control en lista de espera, según los padres [*Weiss Functional Impairment Scale*: $d=2,29$] y el clínico [*EEAG*: $-d=7,51$]. No obstante, no se observaron diferencias significativas en los síntomas asociados (ansiedad, síntomas depresivos y dificultades en el manejo de la rabia).

DISCUSIÓN

La mayoría de los estudios de intervenciones psicológicas en población adolescente son programas dirigidos a padres o intervenciones escolares. Los programas dirigidos a padres se centran en el abordaje de síntomas conductuales, y gran parte de las muestras de estos estudios se caracterizan por incluir pacientes que también presentan comorbilidad con trastorno negativista-desafiante (Barkley *et al.* 2001; Barkley *et al.*, 1992). No obstante, estos programas han mostrado baja eficacia en población adolescente, incluso aumento de conflictos después de intervenciones basadas exclusivamente en pautas de conducta para padres (Barkley, *et al.*, 2001; Barkley *et al.*, 1992). Un meta-análisis reciente observó que si se analizaba el tamaño del efecto de este tipo de intervenciones, solo teniendo en cuenta aquellos estudios que incluían un evaluador ciego al estudio, las interven-

ciones conductuales para padres con niños/adolescentes con TDAH no mostraban ser significativamente eficaces (Sonuga-Barke *et al.*, 2013).

Los resultados indican que las intervenciones escolares pueden ser eficaces en adolescentes menores (12-15 años), siendo más efectivas en la disminución de los síntomas de inatención que los de impulsividad. No obstante, no abordan la sintomatología comórbida y asociada al TDAH. De hecho, en relación a los contenidos de los programas de tratamiento para adolescentes con TDAH, se observa cómo en la mayoría de programas con evidencia empírica se hace mayor énfasis en el abordaje de los síntomas de inatención que en la impulsividad o síntomas asociados. Las intervenciones escolares y los programas para padres abordan los síntomas de TDAH de forma indirecta, sin incluir estrategias directas al adolescente de manejo de la atención o de autocontrol de la conducta impulsiva.

En la actualidad solo se dispone de un estudio no controlado de TCC individual que nos da indicios que este tipo de abordaje podría ser eficaz en adolescentes con TDAH. No obstante, la terapia racional-emotiva no ha demostrado ser eficaz. Es decir, una intervención centrada solo en el abordaje de síntomas asociados (ansiedad, depresión, autoestima, manejo de la rabia y tolerancia a la frustración), sin tratar síntomas de inatención e impulsividad propios del TDAH (Morris, 1993), no es suficiente para mejorar los síntomas asociados al TDAH.

En relación a intervenciones directas al adolescente, podemos afirmar que la terapia cognitivo-conductual grupal en combinación con tratamiento farmacológico ha demostrado ser un abordaje eficaz en la disminución de síntomas de TDAH, disminución de severidad del trastorno y mejoras en el funcionamiento global en adolescentes y jóvenes con TDAH.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no presentan conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Antshel, K.M., Faraone, S.V., & Gordon, M. (2012).** Cognitive Behavioral Treatment Outcomes

- in Adolescent ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 18(6): 483–495.
2. **Barkley, R.A., Edwards, G., Laneri, M., Fletcher, K., & Metevia, L. (2001).** The efficacy of problem-solving communication training alone, behavior management training alone, and their combination for parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6): 926–41.
3. **Barkley, R.A., Guevremont, D.C., Anastopoulos, A.D., & Fletcher, K.E. (1992).** A comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3): 450–62.
4. **Bussing, R., Zima, B.T., Mason, D.M., Porter, P.C., & Garvan, C.W. (2011).** Receiving treatment for attention-deficit hyperactivity disorder: do the perspectives of adolescents matter? *The Journal of Adolescent Health?: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 49(1): 7–14.
5. **Charach, A., Ickowicz, A., & Schachar, R. (2004).** Stimulant treatment over five years: adherence, effectiveness, and adverse effects. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(5): 559–67.
6. **Chronis, A.M., Jones, H.A., & Raggi, V.L. (2006).** Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 26(4): 486–502.
7. **Evans, S.W., Axelrod, J., & Langberg, J.M. (2004).** Efficacy of a school-based treatment program for middle school youth with ADHD: pilot data. *Behavior Modification*, 28(4): 528–47.
8. **Evans, S.W., Schultz, B.K., Demars, C.E., & Davis, H. (2011).** Effectiveness of the Challenging Horizons After-School Program for young adolescents with ADHD. *Behavior Therapy*, 42(3): 462–74.
9. **Harvey, S.T., & Taylor, J.E. (2010).** A meta-analysis of the effects of psychotherapy with sexually abused children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 30(5): 517–35.
10. **Kessler, R.C., Adler, L.A., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C.K., Faraone, S.V., Zaslavsky, A.M. (2005).** Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: results from the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 57(11): 1442–51.

11. **Kratochvil, C.J., Wilens, T.E., & Upadhyaya, H.** (2006). Pharmacological management of a youth with ADHD, marijuana use, and mood symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(9): 1138–41.
12. **Langley, K., Fowler, T., Ford, T., Thapar, A.K., van den Bree, M., Harold, G., Thapar, A.** (2010). Adolescent clinical outcomes for young people with attention-deficit hyperactivity disorder. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 196(3): 235–40.
13. **McCarthy, S., Asherson, P., Coghill, D., Hollis, C., Murray, M., Potts, L., Wong, I.C.K.** (2009). Attention-deficit hyperactivity disorder: treatment discontinuation in adolescents and young adults. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 194(3): 273–7.
14. **McCleary, L., & Ridley, T.** (1999). Parenting adolescents with ADHD: evaluation of a psychoeducation group. *Patient Education and Counseling*, 38(1): 3–10.
15. **Mikami, A.Y., Calhoun, C.D., & Abikoff, H.B.** (2010). Positive illusory bias and response to behavioral treatment among children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 39(3): 373–85.
16. **Molina, B.S.G., Flory, K., Bukstein, O.G., Greiner, A.R., Baker, J.L., Krug, V., & Evans, S.W.** (2008). Feasibility and preliminary efficacy of an after-school program for middle schoolers with ADHD: a randomized trial in a large public middle school. *Journal of Attention Disorders*, 12(3): 207–17.
17. **Molina, B.S.G., Hinshaw, S.P., Swanson, J.M., Arnold, L.E., Vitiello, B., Jensen, P.S., Houck, P.R.** (2009). The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(5): 484–500.
18. **Montano, C.B., & Young, J.** (2012). Discontinuity in the transition from pediatric to adult health care for patients with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Postgraduate Medicine*, 124(5): 23–32.
19. **Morris, G.B.** (1993). A rational-emotive treatment program with conduct disorder and attention-deficit hyperactivity disorder adolescents. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 11: 123–133.
20. **National Institute for Health and Clinical Excellence.** (2008). Attention deficit hyperactivity disorder Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). London.
21. **Pliszka, S.** (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(7): 894–921.
22. **Prevatt, F., Proctor, B., Best, L., Baker, L., Van Walker, J., & Taylor, N.W.** (2012). The positive illusory bias: does it explain self-evaluations in college students with ADHD? *Journal of Attention Disorders*, 16(3): 235–43.
23. **Ramos-Quiroga, J.A., Bosch, R., Richarte, V., Valero, S., Gómez-Barros, N., Nogueira, M., Casas, M.** (2012). Criterion and concurrent validity of Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID) Spanish version. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(4): 229–35.
24. **Robb, A. & Findling, R.L.** (2013). Challenges in the transition of care for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Postgraduate Medicine*, 125(4): 131–40.
25. **Sibley, M.H., Pelham, W.E., Derefinko, K.J., Kuriyan, A.B., Sánchez, F. & Graziano, P.A.** (2013). A Pilot Trial of Supporting teens' Academic Needs Daily (STAND): A Parent-Adolescent Collaborative Intervention for ADHD. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(4): 436–449.
26. **Sibley, M.H., Pelham, W.E., Evans, S.W., Gnagy, E.M., Ross, J.M., & Greiner, A.R.** (2011). An Evaluation of a Summer Treatment Program for Adolescents With ADHD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(4): 530–544.
27. **Sonuga-Barke, E.J.S., Brandeis, D., Cortese, S., Daley, D., Ferrin, M., Holtmann, M., Sergeant, J.** (2013). Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *The American Journal of Psychiatry*, 170(3): 275–89.
28. **Svanborg, P., Thernlund, G., Gustafsson, P.A., Hägglöf, B., Poole, L. & Kadesjö, B.** (2009). Efficacy and safety of atomoxetine as add-on to psychoeducation in the treatment of attention deficit/hyperactivity disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled study in stimulant-naïve Swedish children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(4): 240–9.

-
29. **Taylor, N., Fauset, A. & Harpin, V.** (2010). Young adults with ADHD: an analysis of their service needs on transfer to adult services. *Archives of Disease in Childhood*, 95(7): 513–7.
30. **Vidal, R., Castells, J., Richarte, V., Palomar, G., García, M., Nicolau, R., Ramos-Quiroga, J.A.** (2015). Group therapy for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54: 275–82.
31. **Vidal R., Casas M., Ramos-Quiroga J.A.** (2014). *Manual de Tratamiento Cognitivo- Conductual Para Adolescentes con TDAH y Consumo de Cannabis*. Madrid: Editorial Selene.
32. **Young, S. & Amarasinghe, J.M.** (2010). Practitioner review: Non-pharmacological treatments for ADHD: a lifespan approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 51(2): 116–33.