

FACTORES ASOCIADOS CON LA ADHERENCIA Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN TDAH

HALI TEMKIN¹, KERRI L. DANIEL¹, DIANA MARTINEZ¹, JULIA C. BENNETT¹, PARIS A. NIX², LINH NGUYEN³,
YEN-CHI LE³, BRUNO KLUWE-SCHIAVON¹, CESAR A. SOUTULLO^{1,2}

¹The University of Texas (UT Health) - Houston. Louis A. Faillace MD Department of Psychiatry & Behavioral Sciences, Houston, Texas, EE.UU. ²McGovern Medical School, Houston, Texas.

³The University of Texas (UT Health) - Houston. Healthcare Transformation Initiatives, Houston, Texas

Dirección postal: Cesar A. Soutullo MD, PhD. The University of Texas (UT Health) - Houston. Louis A. Faillace MD Department of Psychiatry & Behavioral Sciences 1941 East Road | BBSB 2.100. Houston, Texas 77054, USA.

E-mail: Cesar.A.Soutullo@uth.tmc.edu

Resumen

Introducción: El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo que afecta al 5-8 % de niños y adolescentes y al 2.5-4% de adultos. El tratamiento farmacológico del TDAH es seguro y eficaz, pero la adherencia al tratamiento es frecuentemente subóptima. Realizamos una revisión de la literatura sobre factores clínicos y socio-demográficos asociados que comparamos con nuestros datos clínicos.

Métodos: Revisión bibliográfica dirigida de estudios sobre factores que afectan la adherencia a la medicación en TDAH. Estos factores se compararon en una muestra de pacientes con TDAH, de 3 a 18 años, atendidos en el Programa TDAH y en la Consulta ChAMP de la Universidad de Texas-Houston. Evaluamos la asociación entre resultados clínicos en pacientes, medidos mediante un modelo de atención basado en medidas (MBC) y factores socio demográficos.

Resultados: Encontramos factores asociados a la adherencia, como edad, grado de implicación parental, comorbilidad psiquiátrica, antecedentes psiquiátricos familiares y nivel socioeconómico. La adherencia al tratamiento mejoró y la gravedad de síntomas disminuyó a lo largo de 24 meses. Cada año de edad, tener varios hermanos y ≥ 1 padre recibiendo tratamiento psiquiátrico se asociaron con mayor gravedad de síntomas.

Discusión: Nuestros resultados sugieren que la MBC es eficaz para reducir la gravedad global del TDAH y mejorar la adherencia a la medicación en niños y adolescentes. Además, los programas MBC deberían con-

siderar la evaluación y tratamiento de antecedentes psiquiátricos familiares y la estructura del hogar, ya que estos factores inciden en la adherencia a la medicación del TDAH.

Palabras clave: TDAH, adherencia, medicación, MBC, niños y adolescentes

Abstract

Factors associated with ADHD medication adherence and treatment outcomes

Introduction: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder that affects 5 to 8% of youth and 2.5 to 4% of adults. Pharmacological treatments are among the most effective when treating ADHD, yet adherence to medication is still sub-optimal. We reviewed the literature on clinical and socio-demographic factors that may influence adherence and compared it to our clinical data.

Methods: We conducted a targeted literature review on factors associated with ADHD medication adherence. These factors were compared within our sample of patients aged 3-18 with ADHD at the Child and Adolescent Mood Disorders Program (ChAMP) at (UT Health) - Houston. We assessed relations between measurement-based care (MBC) and socio demographic factors.

Results: We found factors associated with adherence rates included patient age, level of parental involvement,

psychiatric comorbidities, familial psychiatric history, and socioeconomic status. ADHD medication adherence improved and symptom severity decreased over 24 months. Each additional year in age, multiple siblings, and ≥ 1 parent receiving psychiatric treatment were associated with greater symptom severity.

Discussion: Results suggest that MBC is a useful method for reducing overall ADHD severity and improving medication adherence in children and adolescents. Additionally, MBC programs should consider screening for and addressing family psychiatric history and household structure as these relevant factors affect ADHD medication adherence.

Key words: ADHD, adherence, medication, MBC, children and adolescents

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por patrones persistentes de inatención y/o comportamiento hiperactivo-impulsivo que interfieren con el funcionamiento diario o el desarrollo^{1,2}. Los síntomas suelen aparecer antes de los 12 años y pueden persistir hasta la adolescencia y la adultez. El trastorno afecta al 5-8% de jóvenes y al 2.5% de adultos a nivel mundial, con una mayor prevalencia en niños en edad escolar. El TDAH surge principalmente de una combinación de predisposición genética y exposiciones ambientales tempranas, incluyendo la exposición prenatal a sustancias o toxinas (hipoxia, bajo peso al nacer, prematuridad, etc.).

El tratamiento óptimo del TDAH incluye combinar: 1) psicoeducación para padres y entrenamiento para padres y profesores/maestros en manejo conductual; 2) apoyo y adaptaciones académicas en el colegio; y 3) medicación segura y eficaz. Los medicamentos para el tratamiento del TDAH incluyen estimulantes: metilfenidato y dextro-anfetamina, y no-estimulantes: agonistas alfa-2 (clonidina y guanfacina) e inhibidores de recaptación de noradrenalina: (atomoxetina y viloxazina). En general, los estimulantes suelen ser la primera opción para el tratamiento³. Estos tratamientos están aprobados por agencias regulatorias gubernamentales internacionales, y han demostrado seguridad y eficacia en ensayos clínicos controlados aleatorizados¹.

A pesar de la variedad de tratamientos farmacológicos disponibles, la adherencia a la

medicación para el TDAH sigue siendo baja. La adherencia se define como el grado en que el comportamiento de una persona, como tomar su medicación, se alinea con las recomendaciones acordadas con el clínico. Puede medirse de manera directa (i.e.: contando el número de pastillas utilizadas en un mes) o de manera indirecta (i.e.: escalas de evaluación, descripción de síntomas por parte de pacientes o padres durante las visitas clínicas, o la revisión de la historia clínica). En un estudio basado en registros electrónicos de salud, solo 46% de los niños y adolescentes fueron considerados adherentes a su régimen de medicación⁴. Un metaanálisis reciente encontró que las tasas iniciales de adherencia al tratamiento para el TDAH varían entre 15% y 63% tras 6 meses y disminuyen hasta 22.9% al año de tratamiento⁵. La baja adherencia contribuye a peores resultados y complica el manejo del TDAH.

La no-adherencia a la medicación para el TDAH está influenciada por una variedad de factores. Las características de niños y adolescentes, como la edad y los diagnósticos comórbidos, así como la dinámica del cuidador y de la familia, tienen un impacto importante en la adherencia⁵⁻⁹. Las dificultades socioeconómicas, las actitudes parentales hacia el tratamiento y la historia psiquiátrica familiar también reducen la adherencia^{5,10-14}. Factores culturales y étnico-raciales, incluyendo el estigma y las limitaciones de recursos, pueden exacerbar estos desafíos^{6,13,15-17}. Además, aspectos clínicos como la formulación del medicamento y el seguimiento más o menos cercano en consulta influyen en la respuesta al tratamiento a largo plazo^{5,6}. Algunos de estos factores, incluidos la edad, el sexo, el tipo de prescripción y la formulación del medicamento, se asociaban a la adherencia en niños y adolescentes atendidos en la Consulta externa del *Child and Adolescent Mood Disorders Program (ChAMP)* de (UT Health) - Houston y en UT Physicians (UTPB)¹⁸. ChAMP es una consulta ambulatoria de Psiquiatría infantil y adolescente y un programa de tratamiento del TDAH. Utiliza un modelo de atención basado en medidas (*measurement-based care*, MBC) mediante el uso de escalas estandarizadas de evaluación de síntomas y la evaluación de la adherencia a la medicación durante las visitas clínicas.

El estudio detallado de los vacíos en la literatura sobre adherencia al tratamiento en TDAH puede ayudar a los clínicos en psiquiatría infantil y adolescente a ajustar los planes de tratamiento a las necesidades de cada paciente para mejorarlo. Nuestro objetivo en este artículo es ampliar los resultados previos mediante el análisis de los factores asociados y presentar datos longitudinales en el modelo de atención basado en medidas MBC en niños y adolescentes en la Consulta ChAMP.

Materiales y Métodos

Realizamos una revisión bibliográfica dirigida (2015-2025) sobre factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en personas con TDAH.

También examinamos otros factores en nuestra muestra de pacientes entre 3-18 años con TDAH seguidos en ChAMP. A los pacientes con diagnósticos de TDAH, trastornos de ansiedad, trastorno depresivo mayor, o trastorno bipolar en nuestra consulta se les invita a participar en el programa ChAMP. Excluimos pacientes con trastorno del desarrollo intelectual ($CI < 70$), trastorno del espectro autista, exposición reciente a trauma o con enfermedades médicas graves. También se excluyó a los pacientes que se negaron a participar, que se perdieron durante el seguimiento o que tenían datos basales faltantes. En este artículo solo presentamos los datos de los pacientes con TDAH.

Evaluamos la adherencia al medicamento de TDAH utilizando proporción de días cubiertos (PDC). Para calcular el PDC anotamos el registro de la última dispensación y lo comparamos con el número de días que han pasado desde entonces. Medimos la gravedad de los síntomas de TDAH con el cuestionario ADHD-RS NICHQ Vanderbilt de evaluación para padres, con puntuaciones que oscilan entre 0 y 54. Medimos la gravedad de la enfermedad utilizando la escala de Impresión Clínica Global-Gravedad (CGI-S), con puntuaciones de 1 a 7. Las puntuaciones más altas indican mayor gravedad de los síntomas y de la enfermedad. Estos resultados se midieron al inicio del estudio y a los 6, 12, 18 y 24 meses. Entre las variables demográficas y clínicas adicionales recogidas se incluyeron la edad, sexo, raza/etnia, nivel socioeconómico, estructura fa-

miliar, antecedentes psiquiátricos familiares y comorbilidades psiquiátricas.

Se utilizó un modelo de regresión con efectos aleatorios para evaluar las asociaciones entre la respuesta al tratamiento y la edad, el sexo, la raza/etnia, el número de hermanos, el tipo de cuidador y los antecedentes familiares de tratamiento en salud mental.

A partir de esta muestra, se llevó a cabo un análisis preliminar adicional del uso de la medicación para examinar la variación del tratamiento en los participantes con al menos 12 meses de seguimiento ($N = 45$).

Resultados

Revisión Sistemática

Identificamos 16 artículos, la mayoría sobre niños y adolescentes entre 3 y 18 años cuales se realizaron en varios entornos clínicos en Norteamérica, Europa, Asia y Australia. La mayoría de los estudios (68.8%) se realizaron en EE.UU. El tamaño de la muestra osciló entre cohortes clínicas pequeñas ($N = 32$) y estudios de gran escala ($N = 11\,788$). Uno de los estudios se centró exclusivamente en padres, y otro incluyó a adultos (edad media=21, edad mediana=16); ambos se incluyeron debido a su relevancia para esta población específica.

Los factores de riesgo específicos incluyeron una mayor edad del paciente (adolescencia), escasa implicación parental, creencias parentales, bajo nivel socioeconómico, pautas farmacológicas complejas, mayor preocupación por los efectos secundarios y un seguimiento irregular con los proveedores de salud. Estos resultados se resumen en la Tabla 1.

Características de la Cohorte ChAMP

Analizamos datos de 86 pacientes del programa de la Consulta ChAMP de UTHealth Houston. La edad media (DE) fue de 12.1 años (3.4), 54% varones. La distribución racial/étnica fue: 30% blancos, 30% hispanos, 27% afroamericanos y 13% otros. La mayoría de los pacientes vivía con ambos padres biológicos (55%), y el número medio (DE) de hermanos fue de 1.4 (1.2). Más de la mitad de los pacientes (55.8%) tenían al menos un familiar recibiendo tratamiento psiquiátrico. Los pacientes asistieron a

Tabla 1 | Resumen de factores asociados a la adherencia y resultados en TDAH

Categoría del Factor	Factores Específicos Asociados con el Aumento de la Adherencia y los Resultados	Disminución de la Adherencia y de los Resultados	Autores
Diagnósticos Comórbidos	Ninguno de los factores relacionados a los diagnósticos comórbidos se asociaron a un aumento en la adherencia.	La depresión, irritabilidad y ansiedad median los síntomas del TDAH y el riesgo de suicidio, lo que complica la presentación clínica del paciente y su respuesta a la intervención. Las comorbilidades reducen el inicio de tratamiento con estimulantes y aumentan las tasas de discontinuidad o cambio de tratamiento; el trastorno de conducta comórbido empeora resultados.	Brikell et al. (2021), Levy et al. (2020), López Seco et al. (2015)
Factores Socioeconómicos	Un estatus socioeconómico más alto, la educación de los padres y el seguro privado se asociaron a una mayor adherencia.	La pobreza y los ingresos más bajos se asociaron a una menor adherencia y una mayor gravedad de los síntomas del TDAH.	Kalaman et al. (2023), Lindly et al. (2021), Nfonoyim et al. (2020); Safavi et al. (2019)
Factores de los Padres	Las actitudes positivas de los padres, un funcionamiento familiar sólido y mayor participación de los padres mejoran la adherencia al medicamento.	El estigma, la psicopatología de los padres (historia de trastornos mentales) y poca comunicación entre los padres y el clínico empeoran la adherencia.	Ferrin et al. (2025), Kalaman et al. (2023), Kamimura-Nishimura et al. (2023)
Historia Familiar Psiquiátrica	La historia familiar de tratamiento psicofarmacológico y un mayor nivel educativo más alto del padre se asociaron con una mayor adherencia.	La historia psiquiátrica materna y la historia familiar de tratamiento psicofarmacológico se asociaron con una mayor gravedad de los síntomas del TDAH.	López Seco et al. (2015), Safavi et al. (2019)
Factores de Edad y Desarrollo	Los niños más jóvenes presentaron una mejor adherencia en comparación con los adolescentes.	Un diagnóstico de TDAH tardío se asoció con tasas más altas de discontinuidad/cambio.	Brikell et al. (2021), Ferrin et al. (2025), Nguyen et al. (2025)

(continúa)

(continuación)

Categoría del Factor	Factores Específicos Asociados con el Aumento de la Adherencia y los Resultados	Disminución de la Adherencia y de los Resultados	Autores
Factores Socio-Culturales / Raciales / Étnicos	Familias que recibieron atención culturalmente sensible y presentaron un alto nivel de involucramiento familiar mostraron una mayor adherencia.	Los niños afroamericanos e hispanos enfrentan barreras únicas (estigma, desconfianza y recursos limitados); presentan menos probabilidad de recibir un diagnóstico de TDAH y de utilizar medicamento. Se observó menor adherencia al tratamiento farmacológico entre pacientes hispanos y afroamericanos no hispanos; y en los hogares donde no se habla inglés se mostró un mayor número de necesidades insatisfechas.	Coker et al. (2016), Lawton et al. (2016), Lindly et al. (2021), Kamimura-Nishimura et al. (2023), Nguyen et al. (2025)
Factores Médicos	Las fórmulas de acción prolongada (estimulantes de acción prolongada y atomoxetina) se asociaron a una mejor adherencia y persistencia. Los estimulantes mostraron mejores resultados en el tratamiento del TDAH en comparación con los no estimulantes.	Los estimulantes de acción corta y los regímenes terapéuticos complejos presentan tasas más altas de discontinuidad.	Ferrin et al. (2025), Nguyen et al. (2025), Riera et al. (2016)
Interacción con el Sistema de Salud	Las visitas frecuentes de atención primaria y a servicios de salud de conducta se asociaron a una mejor adherencia; los programas psicoeducativos mejoraron los resultados. La calidad en la toma de decisiones compartida medió las tasas de remisión y el contacto frecuente con los proveedores y se asoció a una mejor adherencia.	La comunicación deficiente con los proveedores se asoció a una menor adherencia.	Ferrin et al. (2025), Lindly et al. (2021), Nguyen et al. (2025)

un promedio (DE) de 2.8 (1.6) visitas en el programa ChAMP.

En la visita basal, la adherencia media (DE) a la medicación para el TDAH fue 70.5% (25.7). La puntuación media (DE) en la escala ADHD-RS fue de 28.2 (14.3), y la puntuación media (DE) en la CGI-S fue de 3.4 (1.2) (entre moderadamente enfermo (4) y en el límite de enfermedad (3). El 72.3% de los pacientes tenían una gravedad de "más que levemente enfermos" (CGI-S >3).

Resultados longitudinales

La adherencia a la medicación para el TDAH mejoró 24.2 puntos a lo largo de 24 meses ($p = 0.001$) (Figura 1). Cada hermano adicional en el hogar se asoció con una disminución de 7.6 puntos en la adherencia ($p = 0.002$), y vivir con solo un padre biológico se asoció con una adherencia 19.2 puntos menor en comparación con vivir con ambos padres biológicos ($p = 0.004$).

Las puntuaciones en la escala ADHD-RS no mostraron mejoras significativas a lo largo de los puntos de evaluación posteriores a la intervención. Sin embargo, en comparación con los pacientes sin familiares en tratamiento psiquiátrico, aquellos con varios hermanos y al menos uno de los padres recibiendo tratamiento psiquiátrico presentaron puntuaciones en ADHD-RS 21.5 puntos más altas ($p = 0.033$), lo que indica mayor gravedad de los síntomas de TDAH.

Las puntuaciones en la escala CGI-S (gravedad) disminuyeron en 1.4 puntos a lo largo de 24 meses ($p = 0.005$). Cada año adicional de edad se

asoció con un aumento de 0,1 puntos en la puntuación CGI-S ($p = 0.041$) (Figura 2), lo que sugiere que una mayor edad se relaciona con mayor severidad clínica (peor respuesta).

Patrones de medicación y retención

Realizamos un análisis separado de la medicación para el TDAH en 45 pacientes de la consulta ChAMP con un seguimiento de 12 meses para evaluar la persistencia del tratamiento. En esta muestra, los medicamentos más utilizados fueron el metilfenidato de liberación prolongada (33-40%) y la lisdexanfetamina (13-14%), con cambios mínimos en los patrones de prescripción.

Los medicamentos no-estimulantes se prescribieron con menor frecuencia, pero mostraron una retención alta. A los 12 meses, el 85% de los pacientes permanecía en su medicación inicial para el TDAH, con una baja tasa de abandono (4% discontinuaron el tratamiento y 2% se perdieron durante el seguimiento) (Figura 3).

Discusión y Conclusiones

Encontramos que la MBC se asoció con mejor adherencia a la medicación para el TDAH y con una disminución de la gravedad de síntomas a lo largo de un período de 24 meses. Los factores familiares fueron significativos, en concreto, los niños que vivían con un solo padre biológico o que tenían un mayor número de hermanos presentaron una peor adherencia al tratamiento farmacológico. Además, si había más personas

Figura 1 | Promedio de adherencia a medicamentos de TDAH, PDCm (%) (proporción de días cubiertos, modificado), en 86 pacientes con TDAH en la consulta ChAMP

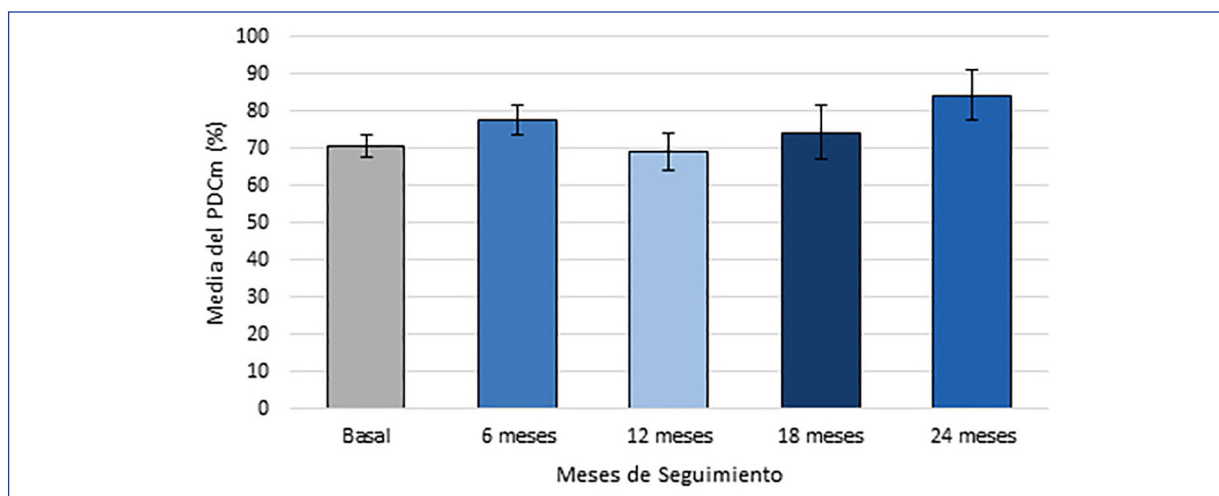


Figura 2 | Figura 2 | Puntuaciones de la escala CGI-S en 86 pacientes con TDAH en la consulta ChAMP. Los pacientes iniciaron con una gravedad leve a moderada (CGI-S: 3.4) y al final presentaron puntuaciones cercanas a la recuperación completa (CGI-S: 2.5)

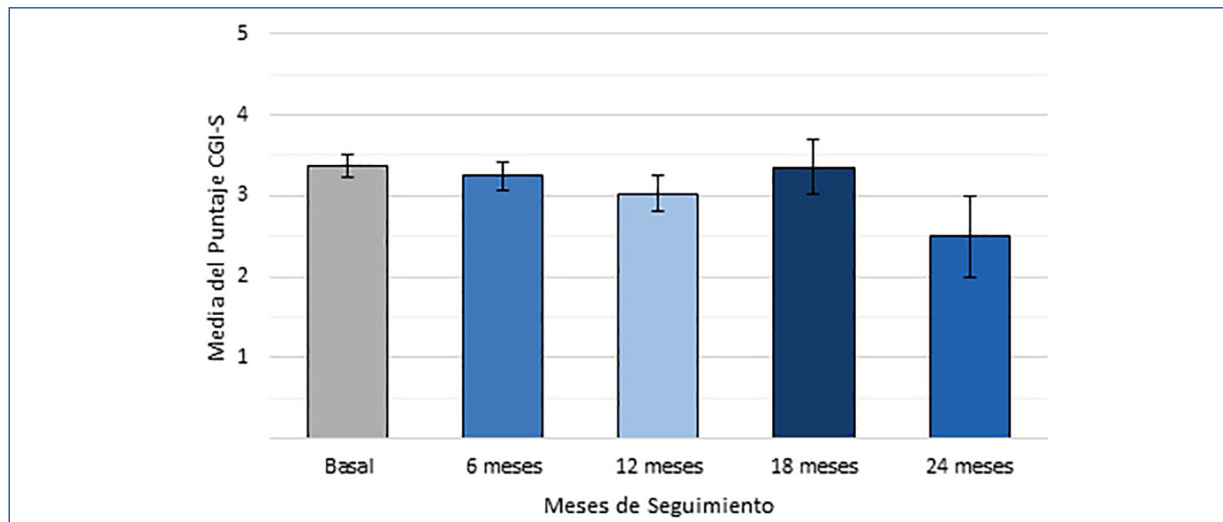
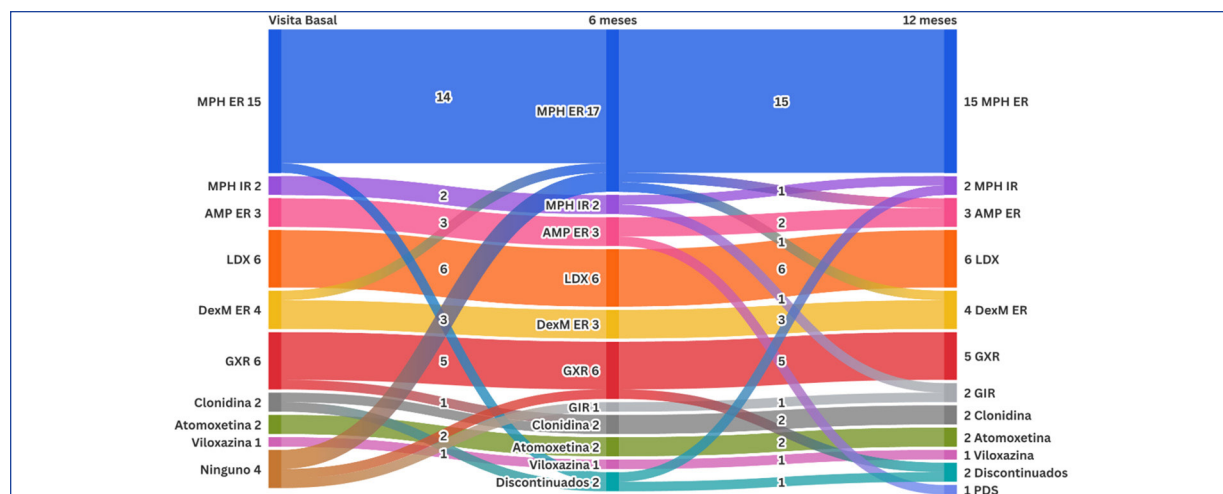


Figura 3 | Diagrama Sankey del flujo de tipos de medicación en 45 niños con TDAH a lo largo de 12 meses de seguimiento



LDX: Lisdexamfetamine dimesylate; MPH ER: Metilfenidato de liberación prolongada (Extended Release); MPH IR: Metilfenidato de liberación inmediata (immediate-release methylphenidate); GXR: Guanfacina de liberación prolongada; GIR: Guanfacina de Liberación Inmediata (Guanfacine Immediate Release); AMP ER: Anfetamina de liberación prolongada; DexM ER: Dexamfetamina de liberación prolongada; PDS: Trastornos de la Personalidad (Personality Disorders)

con un trastorno psiquiátrico en el hogar, en particular la presencia de múltiples hermanos y/o de al menos el padre o la madre recibiendo tratamiento, se asociaba con una mayor gravedad de los síntomas del TDAH y menor adherencia. La asociación observada entre mayor gravedad en la escala CGI-S en adolescentes sugiere

que la gravedad de los síntomas puede persistir o empeorar en ausencia de una intervención temprana y un tratamiento sostenido.

Nuestros resultados concuerdan con la literatura previa y sugieren que los estresores ambientales y los factores genéticos pueden afectar negativamente los resultados de salud^{1,19}. Tam-

bién encontramos peor adherencia a la medicación entre adolescentes en comparación con niños o adultos⁵⁻⁷ subrayando la importancia de monitorizar los síntomas y la adherencia al tratamiento cuando los pacientes entran en la adolescencia o cuando los hogares cuentan con menos adultos y más niños, especialmente en presencia de otro diagnóstico psiquiátrico en la familia.

Nuestros datos evidenciaron altas tasas de adherencia a la medicación inicialmente prescrita (85%), lo que respalda el impacto de la MBC en la continuidad del tratamiento más que en la reducción inmediata de los síntomas. Además, los cambios mínimos en los patrones de prescripción de los dos estimulantes más comunes sugieren que estas medicaciones, cuando se combinan con MBC, proporcionan un manejo consistente a lo largo del tiempo.

La interpretación de estos análisis debe tener en cuenta las limitaciones del estudio. Debido a que este es un programa relativamente nuevo que empezamos en septiembre de 2023, el tamaño de la muestra y el período de seguimiento siguen siendo reducidos. La falta de datos en algunos pacientes restringió aún más el análisis, reflejando desafíos asociados con el seguimiento de dispensación basado en registros electrónicos de salud. En consecuencia, se utilizaron modelos de regresión con efectos aleatorios para tener en cuenta la variabilidad en la

duración del seguimiento y los datos que no teníamos. Con muestras más grandes, períodos de seguimiento más prolongados y una mejor disponibilidad de datos, futuros estudios podrían ampliar estos hallazgos empleando enfoques analíticos complementarios.

Sin embargo, estos resultados subrayan el valor de la MBC para monitorizar la adherencia y la respuesta a la medicación e identificar lo antes posible. También, el uso de la MBC en la atención del TDAH puede mejorar la adherencia a la medicación y reducir la gravedad de la enfermedad en niños y adolescentes. Integrar evaluaciones a nivel familiar en la atención clínica y adaptarlas al desarrollo del paciente y al contexto del hogar puede proporcionar información valiosa para la planificación de cuidados individualizados.

Financiación: Vivian L. Smith Foundation, Graham Family Scholarship y The Farvot Fund.

Conflictos de Interés: El Dr. Soutullo ha recibido apoyo para investigación por parte del *Texas Child Mental Health Care Consortium (Youth Depression & Suicide Research Network)*, SB11, Innosphere y las Fundaciones John S. Dunn, Vivian L. Smith y *The Farvot Fund* (2023-2025) y *The Graham Family Scholarship* (2025-2027). Asimismo, participa como consultor o miembro de comités asesores para *NeuroTech Solutions*, *Innosphere*, *Limbix/Big Health* y *Medice*.

Los demás autores declaran no tener conflictos de intereses relacionados con el contenido del presente manuscrito.

Bibliografía

1. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, et al. The world federation of ADHD international consensus statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2021; 128: 789-818.
2. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol* 2014; 43: 434-42.
3. Riera M, Castells X, Tobias A, Cunill L, Capella D. Discontinuation of pharmacological treatment of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: meta-analysis of 63 studies enrolling 11,788 patients. *Psychopharmacology* 2017; 234: 2657-71.
4. Biederman J, Fried R, DiSalvo M, et al. Evidence of low adherence to stimulant medication among children and youths with ADHD: an electronic health records study. *Psychiatric Services* 2019; 70: 874-80.
5. Ferrin M, Häge A, Swanson J, et al. Medication adherence and persistence in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a systematic review and qualitative update. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2024; 34: 867-82.
6. Nguyen L, Yen-Chi LL, Reygaerts H, Johnson TR, Soutullo CA. Factors associated with medication adherence among patients with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Attention Disorders* 2025; 29: 1039-53.

7. Brikell I, Wimberley T, Albiñana C, et al. Genetic, clinical, and sociodemographic factors associated with stimulant treatment outcomes in ADHD. *American Journal of Psychiatry* 2021; 178: 854-64.
8. Levy T, Kronenberg S, Crosbie J, Schachar RJ. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptoms and suicidality in children: the mediating role of depression, irritability and anxiety symptoms. *Journal of Affective Disorders* 2020; 265: 200-6.
9. López Seco F, Aguado-Gracia J, Mundo-Cid P, et al. Maternal psychiatric history is associated with the symptom severity of ADHD in offspring. *Psychiatry Research* 2015; 226: 507-12.
10. Kalaman CR, Ibrahim N, Shaker V, et al. Parental factors associated with child or adolescent medication adherence: a systematic review. *Healthcare* 2023; 11: 501.
11. Nfonoyim, B, Griffis H, Guevara J. Disparities in childhood attention deficit hyperactivity disorder symptom severity by neighborhood poverty. *Academic Pediatrics* 2020; 20: 917-25.
12. Safavi P, Saberzadeh M, Tehrani AM. Factors associated with treatment adherence in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Indian Journal of Psychological Medicine* 2019; 41: 252-7.
13. Lindly OJ, Nasol E, Tarazi CL, Chavez AE, Zuckerman KE. Toward equitable health outcomes for diverse children with ADHD and their families. *Academic Pediatrics* 2021; 21: 617-9.
14. Kamimura-Nishimura KI, Brinkman WB, Froehlich TE. Strategies for improving ADHD medication adherence. *Current psychiatry* 2019; 18: 25-38.
15. Kamimura-Nishimura KI, Bush H, Amaya de Lopez P, et al. Understanding barriers and facilitators of ADHD treatment initiation and adherence in Black and Latinx children. *Academic Pediatrics* 2023; 23: 1175-86.
16. Coker TR, Elliott MN, Toomey SL, et al. Racial and ethnic disparities in ADHD diagnosis and treatment. *Pediatrics* 2016; 138(3).doi:10.1542/peds.2016-0407.
17. Lawton KE, Kapke TL, Gerdes AC. Understanding parental locus of control in Latino parents: examination of cultural influences and help-seeking intentions for childhood ADHD. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology* 2016; 22: 288-98.
18. Jadała RP, Temkin H, Daniel KL, Soutullo CA. Adherencia al tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en el programa ChAMP UT-Health Houston [Treatment adherence for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in the ChAMP UT-Health Houston program]. *Medicina (B Aires)* 2025; 85(Supl 1): 82-9.
19. Jensen PS, Hinshaw SP, Kraemer HC, et al. ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001; 40: 147-58.