

Tolerancia a la frustración en niños con y sin trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Frustration tolerance in children with and without attention deficit hyperactivity disorder

José Ventura León^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-2996-4244>

Alexandra Grieve-Herrera² <https://orcid.org/0000-0003-1400-0477>

¹Universidad Privada del Norte (UPN). Lima, Perú.

²Universidad de Lima. Lima, Perú.

*Autor para la correspondencia: jose.ventura@upn.pe

RESUMEN

Introducción: El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es una alteración del neurodesarrollo, pero son escasos los estudios acerca de variables emocionales; en específico, acerca de la tolerancia a la frustración.

Objetivo: Examinar las diferencias en las puntuaciones de un test que mide tolerancia a la frustración en un grupo de niños con y sin el trastorno.

Métodos: Estudio descriptivo comparativo realizado en dos instituciones educativas de la ciudad de Lima, Perú durante los meses noviembre y diciembre del 2019. Se aplicó la escala de tolerancia a la frustración a 99 niños y niñas; 50 diagnosticados con el trastorno y 49 sin esa condición. Para examinar la magnitud de las diferencias se utilizó el coeficiente *d* de cohen.

Resultados: En todas las comparaciones el grupo con trastorno por déficit de atención e hiperactividad tuvo puntuaciones superiores al grupo sin esa condición. En específico, las



diferencias más sobresalientes ocurrieron en el grupo sin medicación por la afección en contraste con el grupo sin la afección ($d = -0,63$); asimismo, fueron los niños quienes tuvieron las mayores diferencias ($d = -0,49$).

Conclusiones: Los niños y niñas con trastorno por déficit de atención e hiperactividad presentan mayores puntuaciones en relación con niños y niñas que no presentan este trastorno. Además, la ausencia de medicación sugiere ser un agravante de los comportamientos intolerantes y las diferencias son mayores en los niños con TDAH en comparación con los niños sin esta condición.

Palabras clave: tolerancia a la frustración; trastorno por déficit de atención e hiperactividad; medicación; emocional; niños.

ABSTRACT

Introduction: Attention deficit hyperactivity disorder is an alteration of neurodevelopment but there are few studies on emotional variables; specifically, about frustration tolerance.

Objective: To examine differences in scores on a test measuring frustration tolerance in a group of children with and without attention deficit hyperactivity disorder.

Methods: Comparative descriptive study conducted in two educational institutions in the city of Lima, Peru during the months of November and December 2019. The frustration tolerance scale was applied to 99 children: 50 diagnosed with the disorder and 49 without that condition. The coefficient d of Cohen was used to examine the magnitude of the differences.

Results: In all comparisons the group with the disorder had higher scores than the group without this condition. Specifically, the most salient differences occurred in the group without medication for the condition in contrast to the group without the condition ($d = -0.63$); thus, they were also the ones who had the greatest differences ($d = -0.49$).

Conclusions: Children with attention deficit hyperactivity disorder have higher scores in the test applied in relation to children who do not have this disorder. In addition, the absence of medication suggests being an aggravating factor of intolerant behaviors and the differences are greater in children with this disorder compared to children without this condition.



Keywords: frustration tolerance; attention deficit hyperactivity disorder; medication; emotional; children.

Recibido: 08/07/2021

Aceptado: 09/01/2022

Introducción

Los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) representan entre el 2 y el 7 %, con un promedio de 5 % de la población mundial.⁽¹⁾ En América del norte las cifras alcanzan el 7 a 9 % en niños menores de dieciocho años⁽²⁾ y ha ocurrido un incremento en años anteriores de 21,8 %, ⁽³⁾ situación que no es ajena al Perú donde entre 3 y 7 % de la población escolar presenta TDAH.⁽²⁾

El TDAH es una alteración del neurodesarrollo que comprende dificultades para controlar los impulsos, el nivel de actividad y sostener la atención.⁽⁴⁾ De acuerdo con el manual de clasificación internacional de enfermedades, 11ª edición (CIE-11), el TDAH es un patrón persistente de inatención e hiperactividad/impulsividad que interfiere en el desarrollo del niño.⁽⁵⁾ Existen explicaciones basadas en la genética, anatomía, funcionamiento y química cerebral.⁽⁴⁾ Explicaciones ambientales como complicaciones prenatales y perinatales asociadas al consumo materno de drogas, tabaco, alcohol, eclampsia, prematuridad, hemorragias preparto, distrés fetal, bajo peso al nacer o lesiones cerebrales,⁽⁶⁾ no obstante, se desconoce con certeza su etiología.

Desde una perspectiva neurológica el TDAH presenta alteraciones en áreas del cerebro como el córtex prefrontal y el sistema límbico, que están implicadas en el autocontrol y autorregulación emocional.^(4,7) De ese modo, los niños con TDAH tienen dificultades en contextos sociales respecto al control de sus emociones, irritabilidad, frustración, autocontrol y resolución de problemas.^(8,9) El déficit principal en los niños con TDAH se localiza en su baja capacidad de autocontrol y autorregulación, acciones que le impiden aplicar los conocimientos y habilidades en el momento adecuado.^(4,10) De hecho, las dificultades en el autocontrol es una de las características



más importantes frente a situaciones estresantes porque desencadenan respuestas de baja tolerancia a la frustración en los niños con TDAH.^(4,11)

La comprensión de la tolerancia a la frustración (TF) requiere entender el significado de dos conceptos: (a) frustración, que es un estado emocional que ocurre cuando se bloquea el individuo para alcanzar una meta;⁽¹²⁾ y (b) tolerancia, que es la capacidad para resistir o soportar algo.⁽¹³⁾ De ese modo, la TF es la capacidad o interés por persistir en una actividad, a pesar de los sentimientos desagradables que se asocian con esta.⁽¹⁴⁾ Otros autores lo conocen como un estado emocional causado por acontecimientos donde existe un retiro inesperado de los reforzadores positivos.⁽¹⁵⁾ En síntesis, la TF es la capacidad de un individuo para resistir situaciones adversas y demorar un impulso.^(14,16)

Se sabe que 4,4 % de los niños toman alguna medicación para el TDAH y son los varones quienes tienen un mayor uso en comparación con las mujeres.⁽¹⁷⁾ Dentro de los beneficios de la medicación se encuentra que reduce la hiperactividad, impulsividad, inatención y los problemas de conducta, aunque tiene un efecto colateral en el incremento de la ansiedad.⁽¹⁸⁾ Además, tiene un efecto diferencial de acuerdo con el sexo, porque en las mujeres con predominio de inatención afecta más las relaciones interpersonales y académicas; mientras que, en los varones demostraron más síntomas de hiperactividad que las niñas; aunque, las diferencias son estadísticamente no significativas.⁽¹⁹⁾ Por otro lado, un estudio de revisión revela que aquellos niños con TDAH que recibieron tratamiento a lo largo de su vida obtuvieron un mejor desempeño en las áreas social, académico, conductual, familiar, que aquellos que no lo hicieron.⁽²⁰⁾ En consecuencia, no tomar medicación causa dificultades para relacionarse y de conducta que aquellos sin TDAH; en específico, las niñas de edades mayores presentan mayores dificultades sociales asociadas con la ansiedad; mientras que, los niños presentan más rechazo de pares y menor número de amistades.⁽²¹⁾ En Latinoamérica, algunos estudios demuestran que los niños diagnosticados con TDAH obtienen puntuaciones significativamente superiores que las niñas en aceptación, satisfacción personal de sí mismo y facilidad para relacionarse con los demás.⁽²²⁾ En el Perú los niños y las niñas con TDAH tienden a ser más intolerantes y presentan sintomatología depresiva.⁽²³⁾

El estudio se justifica en tres aspectos. En lo teórico, es uno de los primeros estudios en habla hispana que explora la tolerancia a la frustración en niños con TDAH; a pesar de que, tempranamente fue señalado por algunos teóricos.^(24,25) En lo social, visibiliza aspectos emocionales en niños con TDAH, cuestiones descuidadas por tener su foco más en el ámbito neurológico.⁽²⁶⁾ En lo práctico, por servir de antecedentes a futuras investigaciones que pretenden conocer variables emocionales en el TDAH. En ese contexto, el estudio tiene como objetivo examinar las diferencias en las puntuaciones de un test que mide tolerancia a la frustración en un grupo de niños con y sin el trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Métodos

Estudio descriptivo comparativo. Se contó con la participación de 99 niños y niñas de dos instituciones educativas privadas de la ciudad de Lima Metropolitana, 50 participantes provinieron de una institución educativa especializada en la atención de niños con TDAH, mientras que, 49 niños de una institución básica regular, ambas accesibles para el estudio. La edad de estos participantes está comprendida entre 8 a 12 años (media= 10,35; DE=1,48) y de tercero a sexto nivel de primaria. El muestreo fue intencional (Tabla 1).

Tabla 1 - Características de la población objetivo en estudio

Variables	Total n = 99	Con TDAH n = 50	Sin TDAH n = 49
Sexo			
Femenino: n (%)	47 (47,50)	21 (42,00)	26 (53,10)
Masculino: n (%)	52 (52,50)	29 (58,00)	23 (46,90)
Edad (años)			
8 a 10: n (%)	53 (53,50)	12 (24,00)	34 (69,40)
11 a 12: n (%)	46 (46,50)	38 (76,00)	15 (30,60)
Nivel escolar			
3 del nivel primario: n (%)	26 (26,30)	6 (12,00)	20 (40,80)
4 del nivel primario: n (%)	15 (15,20)	3 (6,00)	12 (24,50)
5 del nivel primario: n (%)	15 (15,20)	13 (26,00)	2 (4,08)
6 del nivel primario: n (%)	43 (43,40)	28 (56,00)	15 (30,60)

Se recolectó información de algunas variables de la población objetivo como el sexo, edad, grado escolar y en el grupo de niños con TDAH, si reciben actualmente medicación.

La escala de tolerancia a la frustración (ETF)⁽²⁷⁾ evalúa conductas de intolerancia a la frustración. Está compuesto por ocho ítems con una escala Likert de cinco puntos (1= nunca; 2= pocas veces; 3= a veces, 4= muchas veces, 5= siempre). Los puntajes altos indican niveles altos de intolerancia a la frustración. La validez del instrumento se realizó mediante análisis factorial confirmatorio (AFC) que reveló buena bondad de ajuste (CFI= 0,97; RMSEA= 0,05). La fiabilidad obtenida mediante el coeficiente omega es considerada buena ($\omega = .80$).

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Ciencias de la Salud de la UPN. Se coordinó con las instituciones educativas mediante una carta formal donde se solicitó la autorización para aplicar el instrumento de medida. Luego, se envió el consentimiento informado a los padres de familia para comunicar acerca de los objetivos del estudio, anonimato y tratamiento de la información recolectada. Posteriormente, con el apoyo del departamento psicopedagógico se aplicó el instrumento de medida durante los meses noviembre y diciembre del 2019. La aplicación se realizó en el aula de clases durante 10 a 15 minutos.

El análisis de los datos se realizó con el programa R en su entorno Rstudio. En específico, se utilizaron las librerías *lavaan*, *ggplot2*, *effsize* y *pROC*.

El análisis se realizó en etapas: primero, con el fin de garantizar la estabilidad de las puntuaciones se revisó la estructura interna del ETF mediante AFC utilizando el método de estimación diagonalizado WLSMV por ser recomendado para variables ordinales.⁽²⁸⁾

La fiabilidad se estimó mediante el coeficiente omega (ω) por ser indicado para modelos factoriales.⁽²⁹⁾

Segundo, se examinó los estadísticos descriptivos de la variable en estudio (media, desviación típica, asimetría y curtosis).

Tercero, se realizó la visualización de las variables de comparación (medicación, edad, sexo) para ambos grupos (con y sin TDAH) a fin de representar las diferencias entre los grupos.

Cuarto, se elaboraron estadísticos descriptivos (media y desviación típica) junto con medidas de efecto (*d* cohen) para demostrar la magnitud de las diferencias de las variables en comparación.

Cabe mencionar que no se utilizaron pruebas estadísticas inferenciales (*t* student, *p*-valor) porque la muestra no fue seleccionada de manera aleatoria sino en modo intencional.⁽³⁰⁾

Resultados

Análisis preliminar

Las bondades de ajuste de la ETF obtenidos mediante AFC revelaron la sólida estructura factorial (CFI= 0,98; RMSEA= 0,08). La fiabilidad obtenida mediante el coeficiente ω reveló una buena consistencia interna ($\omega= 0,85$).

En forma general, la media aritmética de la puntuación de tolerancia a la frustración puede ser considerada moderada ($M= 16,70$; $DT= 5,89$), la asimetría resultó positiva que indicaría una tendencia a puntuaciones bajas ($g1= 0,58$) y la curtosis resultó baja ($g2= -0,22$), lo que indica una baja concentración de datos al centro de la distribución.

En la parte superior del gráfico se observa que el grupo con TDAH presenta un mayor puntaje promedio y estas diferencias se incrementan en ausencia de medicación.

En la parte intermedia, el grupo de 10 a 12 años tiene un puntaje promedio superior, que se incrementa aún más en el grupo con TDAH.

En la parte inferior se observa que las niñas presentan mayor puntaje promedio de TF en ambos grupos (con y sin TDAH) pero en general el grupo con TDAH ostenta un puntaje promedio más alto (Fig.).

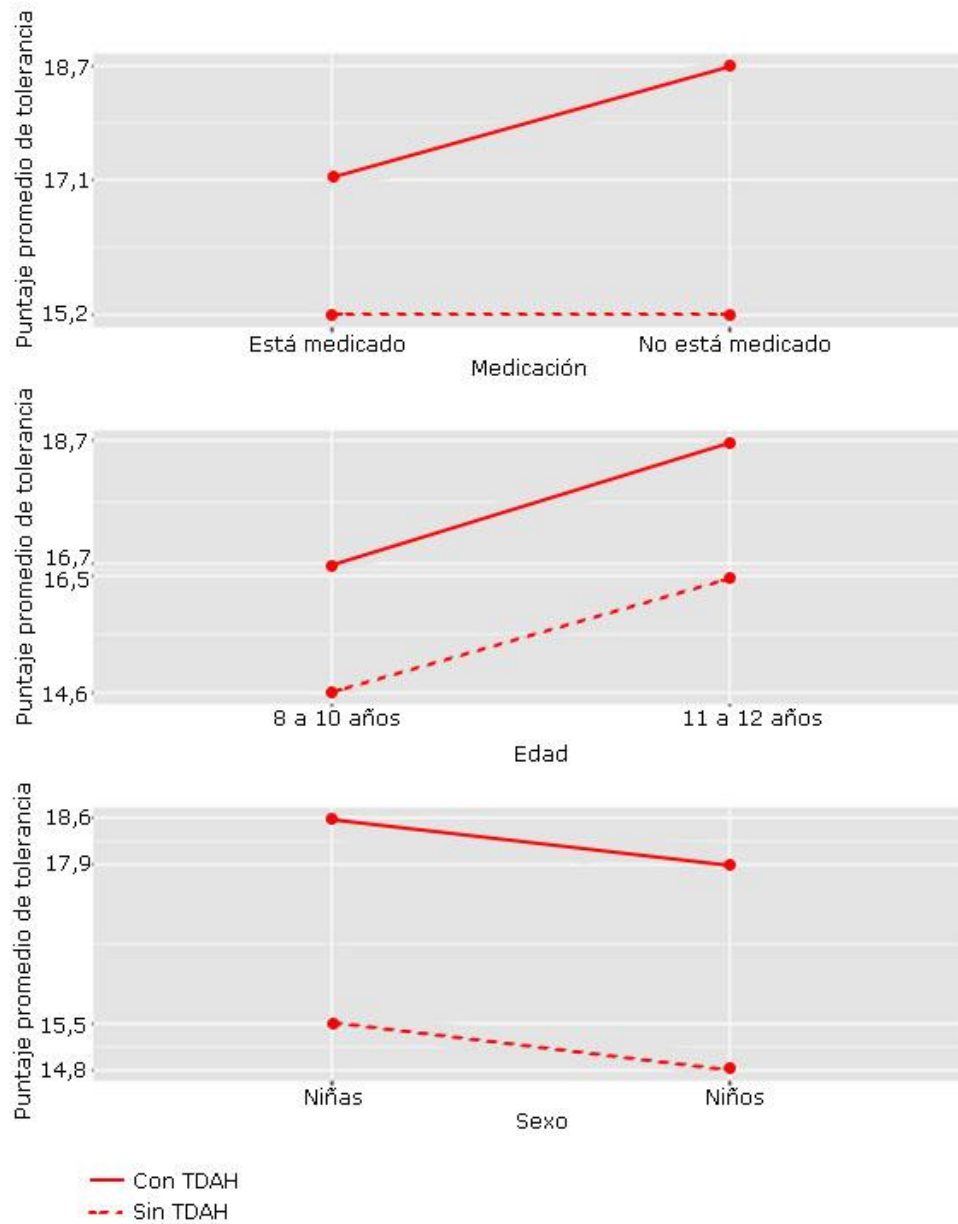


Fig. - Puntajes promedios de tolerancia a la frustración de acuerdo con niños con TDAH y sin TDAH y las tres variables de comparación: medicación, edad y sexo.

Medidas comparativas



Los niños que no recibieron medicación tuvieron puntuaciones promedio superiores a los que sí. Pese a ello, la magnitud de su diferencia puede ser considerada pequeña ($d= 0,26$). Así mismo, cuando se comparó al grupo sin TDAH con si presentan o no medicación, se observó que el grupo sin medicación tuvo una puntuación promedio mayor ($M= 18,68$) y la magnitud de la diferencia puede ser considerada moderada ($d= -0,63$), situación contraria al grupo que sí tuvo medicación en el que las diferencia fueron menores ($d= -0,33$) (Tabla 2).

Tabla 2 - Comparación del uso de medicación en niños con y sin trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Medicación	Con TDAH (n= 50)	Sin TDAH (n= 49)	<i>d</i>
	Media (DT)	Media (DT)	
Si	17,13 (6,28)	-	0,26
No	18,68 (5,76)	-	
Si vs sin TDAH	17,13 (6,28)	15,18 (5,53)	-0,33
No vs sin TDAH	18,68 (5,76)	15,18 (5,53)	-0,63

TDAH: trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

La mayor diferencia de las puntuaciones promedio en la ETF de acuerdo con la edad la presentó el grupo de 11 a 12 años ($d= -0,39$) y la menor el de 8 a 10 años ($d= -0,34$); sin embargo, ambas diferencias son pequeñas (Tabla 3).

Tabla 3 - Comparación de la edad en la condición niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad y sin ese trastorno

Edad (años)	Con TDAH (n= 50)	Sin TDAH (n= 49)	<i>d</i>
	Media (DT)	Media (DT)	
8 a 10	16,67 (6,40)	14,62 (5,52)	-0,34
11 a 12	18,66 (5,75)	16,47 (5,53)	-0,39

TDAH: trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Las niñas tuvieron una puntuación promedio superior a los niños tanto en el grupo con y sin TDAH. Sin embargo, la magnitud de la diferencia fue mayor en los niños ($d = -0,48$) y se encuentra próximo a un efecto mediano ($d = 0,50$) (Tabla 4).

Tabla 4 - Comparación del sexo en la condición de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad y sin ese trastorno

Sexo	Con TDAH (n= 50)	Sin TDAH (n= 49)	<i>d</i>
	Media (DT)	Media (DT)	
Niñas	18,57 (5,03)	15,50 (4,95)	-0,62
Niños	17,90 (6,55)	14,83 (6,21)	-0,48

Discusión

El propósito del presente estudio fue examinar las diferencias en las puntuaciones promedio de una escala de tolerancia a la frustración en niños y niñas diagnosticados con y sin TDAH de acuerdo con la medicación, edad y sexo. Los resultados demostraron que en todas las comparaciones el grupo con TDAH ostenta puntuaciones superiores. Esto significa que niños y niñas diagnosticados con TDAH tienen una menor capacidad para resistir o demorar sus impulsos frente a situaciones estresantes,^(14,16) situación que es coherente con los planteamientos teóricos que señalaban dificultades en autocontrol y autorregulación personal;⁽⁴⁾ en específico, en tolerancia a la frustración.^(24,25)

Un análisis detallado de los resultados permite observar que la diferencia más sobresaliente ocurre en el grupo con TDAH que no están medicados y el grupo sin TDAH, donde la magnitud de la diferencia es moderada ($d = -0,63$). Estos resultados son coherentes con la literatura existente que señala que la ausencia de medicación desencadena en niños con TDAH dificultades de interacción personal y de conducta respecto de aquellos que no tienen esta condición;⁽²¹⁾ en consecuencia, mayores puntuaciones de TF son esperables y al ser los varones quienes tienen mayor uso de medicación,⁽¹⁷⁾ los resultados de acuerdo con el sexo son coherentes con la literatura previa, pese a ello, algunos estudios señalan que las diferencias pueden acentuarse en las niñas si tienen un

predominio de inatención, porque esto incrementa su predisposición a ciertas formas de ansiedad.⁽¹⁹⁾

El estudio corrobora hallazgos anteriores que sugerían que las niñas con TDAH, en particular las que presentan déficit de atención, muestran mayores niveles de intolerancia a la frustración. Es probable que este patrón esté relacionado con déficits en la autorregulación y el control inhibitorio, lo que lleva a mayores desafíos en el control de los impulsos en situaciones estresantes.⁽¹⁸⁾ En la misma línea, se puede argumentar que los niños con TDAH también presentan una tendencia a la intolerancia,⁽²¹⁾ como ya señalaron en su día los expertos en la materia.^(22,23) Estos resultados podrían respaldar la hipótesis de que el TDAH tiene un impacto significativo en el comportamiento de los individuos en diferentes esferas de su vida.⁽¹⁹⁾ También se observaron diferencias significativas con respecto al uso de medicación. Los niños con TDAH no medicados mostraron tamaños del efecto moderados en comparación con los niños sin TDAH, lo que subraya las dificultades conductuales experimentadas por los primeros, en consonancia con investigaciones anteriores, que indican que la ausencia de medicación en los niños con TDAH conlleva dificultades en la interacción personal y el comportamiento en comparación con los que no padecen TDAH.⁽²⁰⁾ Asimismo, estos hallazgos responden a algunas investigaciones donde refieren que los niños y niñas con TDAH presentan alteraciones en la corteza prefrontal y el sistema límbico, que se encuentran implicados en el autocontrol y autorregulación emocional.^(4,7) Estas dificultades desencadenan respuestas de baja tolerancia a la frustración en los niños con TDAH, frente a situaciones de estrés.^(4,11) De hecho, existe evidencia para señalar que los niños tienen puntuaciones superiores a las niñas respecto a variables personales como autoaceptación, autosatisfacción y relaciones con los otros.⁽²²⁾

El grupo de 11 a 12 años presentó mayores diferencias en relación con el grupo de 8 a 10 años en ambas condiciones (con y sin TDAH). Estos resultados están respaldados por estudios que sugieren que a mayor edad las dificultades sociales son mayores en niños y niñas con TDAH.⁽²¹⁾ En consecuencia, se sabe que el TDAH tiene un efecto negativo en las relaciones sociales; sin embargo, las investigaciones que comparan grupos de edades⁽²¹⁾ hasta ahora es limitado.



Los resultados aquí encontrados tienen fuertes implicancias porque los niños y niñas con TDAH son una población vulnerable no solo a nivel neurológico, sino también emocional;⁽²⁶⁾ porque sus dificultades en habilidades interpersonales como resolución de problemas, autocontrol, irritabilidad y manejo de la frustración,^(8,9) impiden hacer frente a las demandas escolares.⁽²⁴⁾ Asimismo, visibilizar el impacto que tiene el TDAH en aspectos emocionales contribuirá a la elaboración de programas de intervención integrales, que han demostrado tener un impacto positivo en la conducta del niño y niña con TDAH.⁽²⁰⁾

Si bien el estudio presenta hallazgos importantes, no está ausente de algunas limitaciones. Primero, la muestra seleccionada es de un estrato socioeconómico medio-alto debido a que no fue factible la obtención de datos otro estrato socioeconómico. Por ende, se recomienda en futuros estudios explorar diferencias en niveles socioeconómicos desiguales. Segundo, el muestreo fue por conveniencia que se justifica por la dificultad de acceso a una población específica, esto no permitió el uso de estadística inferencial como *t*-student, *p*-valor.⁽³⁰⁾ Es importante en futuros estudios el uso de muestreo aleatorio con el fin de generalizar los resultados.

Se concluye que, los niños y niñas con TDAH presentan mayores puntuaciones en relación con niños que no presentan este trastorno. Además, la ausencia de medicación sugiere ser un agravante de los comportamientos intolerantes y los niños con TDAH tienen una casi moderada diferencia con niños sin esta condición.

Se recomienda continuar las investigaciones en variables emocionales en niños y niñas con TDAH.

Referencias bibliográficas

1. Sayal K, Prasad V, Daley D, Ford T, Coghill D. ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *Lancet Psychiatr.* 2018 [acceso 07/06/2021];5(2):175–86. Disponible en: <https://www.linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215036617301670>
2. Velarde-Inchaustegui MM, Vattuone-Echevarria JA, Gomez-Velarde ME, Vilchez-Fernandez L. Nivel de conocimiento sobre Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en médicos



- del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud en Lima, Perú. *Rev Neuropsiquiatr.* 2017 [acceso 07/06/2021];80(1):3. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972017000100002&script=sci_arttext
3. 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 [acceso 07/06/2021];43(2):434–42. Disponible en: <https://www.academic.oup.com/ije/article-abstract/43/2/434/679550>
4. Barkley RA. Neuropsychological Testing is Not Useful in the Diagnosis of ADHD: Stop It (or Prove It). *ADHD Rep.* 2019 [acceso 07/06/2021];27(2):1–8. Disponible en: <https://www.guilfordjournals.com/doi/10.1521/adhd.2019.27.2.1>
5. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. Geneva: WHO; 2019 [acceso 07/06/2021]. Disponible en: <https://icd.who.int/>
6. Sciberras E, Mulraney M, Silva D, Coghill D. Prenatal Risk Factors and the Etiology of ADHD—Review of Existing Evidence. *Curr Psychiatry Rep.* 2017 [acceso 07/06/2021];19(1). Disponible en: <https://www.link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11920-017-0753-2.pdf>
7. Evans S, Bhide S, Quek J, Nicholson JM, Anderson V, Hazell P, *et al.* Mindful Parenting Behaviors and Emotional Self-Regulation in Children With ADHD and Controls. *J Pediatr Psychol.* 2020 [acceso 07/06/2021];45(9):1074–83. Disponible en: <https://www.academic.oup.com/jpepsy/article/45/9/1074/5905614>
8. Barahona LM, Alegre AA. Inteligencia emocional y TDAH: Un análisis comparativo en estudiantes de Lima Metropolitana. *Propósitos Represent.* 2016 [acceso 07/06/2021];4(1):61-114. Disponible en: <http://www.revistas.usil.edu.pe/index.php/pyr/article/view/87>
9. Vacher C, Goujon A, Romo L, Purper-Ouakil D. Efficacy of psychosocial interventions for children with ADHD and emotion dysregulation: a systematic review. *Psychiatr Res.* 2020 [acceso 07/06/2021];291:113151. Disponible en: <https://www.linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178119305487>
10. Schwarz U, Gawrilow C. Measuring and Compensating for Deficits of Self-Regulation in School Children via Ambulatory Assessment. *Psychol Russ State Art.* 2019 [acceso



07/06/2021];12(4):8–22.

Disponible

en:

<http://www.psychologyinrussia.com/volumes/index.php?article=7955>

11. Seymour KE, Macatee R, Chronis-Tuscano A. Frustration Tolerance in Youth With ADHD. *J Atten Disord.* 2019 [acceso 07/06/2021];23(11):1229-39. Disponible en:

<http://www.journals.sagepub.com/doi/10.1177/1087054716653216>

12. Coon D, Mitterer JO, Martini TS. *Introduction to psychology: Gateways to mind and behavior.* 15th ed. Belmont, CA: Cengage Learning; 2021.

13. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua castellana.* 23va ed. Imprenta Nacional; 2014 [acceso 07/06/2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es>

14. Wilde J. The Relationship between Frustration Intolerance and Academic Achievement in College. *Int J High Educ.* 2012 [acceso 07/06/2021];1(2):1-8. Disponible en:

<http://www.sciedu.ca/journal/index.php/ijhe/article/view/1226>

15. Cuenya L, Fosachea SE, Mustaca AE. Diferencias individuales en las respuestas de frustración. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento.* 2013 [acceso 07/06/2021];5(3):3-

14. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3334/333430131002.pdf>

16. Oliva A, Antolín L, Pertegal MÁ, Ríos M, Parra Á, Hernando Á, *et al.* *Instrumentos para la evaluación de la salud mental y el desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven.* Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2011.

17. Castle L, Aubert RE, Verbrugge RR, Khalid M, Epstein RS. Trends in Medication Treatment for ADHD. *J Atten Disord.* 2007 [acceso 07/06/2021];10(4):335–42. Disponible en:

<http://www.journals.sagepub.com/doi/10.1177/1087054707299597>

18. Correa S. Alcances y nivel de efectividad en tratamientos para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): Revisión de literatura [tesis]. Medellín: Universidad EAFIT de Colombia; 2018 [acceso 07/06/2021]. Disponible en:

<https://www.repository.eafit.edu.co/handle/10784/12929>

19. Elkins IJ, Malone S, Keyes M, Iacono WG, McGue M. The Impact of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder on Preadolescent Adjustment May Be Greater for Girls Than for Boys. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2011 [acceso 07/06/2021];40(4):532–45. Disponible en:



<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15374416.2011.581621>

20. Franke B, Michelini G, Asherson P, Banaschewski T, Bilbow A, Buitelaar JK, *et al.* Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2018 [acceso 07/06/2021];28(10):1059-88. Disponible en: <https://www.linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0924977X18303031>
21. Ragnarsdottir B, Hannesdottir DK, Halldorsson F, Njardvik U. Gender and Age Differences in Social Skills Among Children with ADHD: Peer Problems and Prosocial Behavior. *Child Fam Behav Ther.* 2018 [acceso 07/06/2021];40(4):263–78. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07317107.2018.152212>
22. Guerrero Tomás R. La personalidad eficaz en adolescentes diagnosticados de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Rev Orientación Educ.* 2017 [acceso 07/06/2021];31(59). Disponible en: <http://www.hdl.handle.net/10259/4514>
23. Grieve A. Depresión y tolerancia a la frustración en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad [tesis]. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2020 [acceso 07/06/2021]. Disponible en: <https://www.hdl.handle.net/20.500.12727/7029>
24. Orjales I. Déficit de atención con hiperactividad: manual para padres y educadores. Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial (CEPE); 1998.
25. Soutullo C, Díez A. Manual de Diagnóstico y tratamiento de TDAH. Madrid, España: Editorial Panamericana; 2007.
26. López-Martín S, Albert J, Fernández-Jaén A, Carretié L. Neurociencia afectiva del TDAH: Datos existentes y direcciones futuras. *Escritos Psicol.* 2010 [acceso 07/06/2021];3(2):17–29. Disponible en: <https://www.revistas.uma.es/index.php/espsi/article/view/13338>
27. Ventura-León J, Caycho-Rodríguez T, Vargas-Tenazoa D, Flores-Pino G. Adaptación y validación de la Escala de Tolerancia a la Frustración (ETF) en niños peruanos. *Rev Psicol Clínica_Niños y Adolescentes.* 2018 [acceso 07/06/2021];5(2):23-9. Disponible en: <https://www.revistapcna.com/>
28. Lei P-W, Shiverdecker LK. Performance of Estimators for Confirmatory Factor Analysis of Ordinal Variables with Missing Data. *Struct Equ Model A Multidiscip J.* 2020 [acceso
-



07/06/2021];27(4):584–601.

Disponible

en:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10705511.2019.1680292>

29. Ventura-León JL, Caycho-Rodríguez T. El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. Rev Latinoam Ciencias Soc_niñez Juventud. 2017 [acceso 07/06/2021];15(1):625–7. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77349627039>

30. Hirschauer N, Grüner S, Mußhoff O, Becker C, Jantsch A. Can p-values be meaningfully interpreted without random sampling? Stat Surv. 2020;14(1):71–91. DOI: <https://doi.org/10.1214/20-SS129>

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Conceptualización: José Ventura León y Alexandra Grieve-Herrera.

Curación de datos: José Ventura León.

Análisis formal: José Ventura León.

Investigación: José Ventura León y Alexandra Grieve-Herrera.

Metodología: José Ventura León y Alexandra Grieve-Herrera.

Administración del proyecto: José Ventura León.

Recursos: José Ventura León y Alexandra Grieve-Herrera.

Supervisión: José Ventura León.

Visualización: José Ventura León.

Redacción – borrador original: José Ventura León y Alexandra Grieve-Herrera.

Redacción-revisión y edición: José Ventura León y Alexandra Grieve-Herrera.

