



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA  
SECCIÓN DE POSGRADO

DEPRESIÓN Y TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN EN NIÑOS  
CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E  
HIPERACTIVIDAD

PRESENTADA POR  
ALEXANDRA GRIEVE HERRERA

ASESOR

JOSÉ LUIS VENTURA LEÓN

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN  
PSICOLOGIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON PROBLEMAS DE  
APRENDIZAJE

LIMA – PERÚ

2020



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada**  
**CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**SECCIÓN DE POSGRADO**

**DEPRESIÓN Y TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN EN NIÑOS CON  
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAGISTER EN  
PSICOLOGIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON PROBLEMAS DE  
APRENDIZAJE**

**PRESENTADO POR:**

**ALEXANDRA GRIEVE HERRERA**

**ASESOR:**

**Dr. JOSÉ LUIS VENTURA LEÓN**

Lima, Perú, 2020

## Dedicatoria

A mi esposo, a mis padres y a mi hermano, por brindarme todo el soporte y aliento para culminar este estudio.

## Agradecimiento

Le agradezco infinitamente a Carlos, mi esposo, por apoyarme y darme las fuerzas por seguir una maestría y terminar exitosamente la investigación.

Un agradecimiento especial a mi asesor de tesis, el Dr. José Luis Ventura, por enseñarme a investigar y a analizar cada detalle para elaborar un buen estudio.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

|  |           |
|--|-----------|
| Portada.....   | i         |
| Dedicatoria.....   | ii        |
| Agradecimiento.....  | iii       |
| ÍNDICE DE CONTENIDOS .....   | iv        |
| ÍNDICE DE TABLAS.....  | vi        |
| RESUMEN.....   | vii       |
| ABSTRACT.....  | viii      |
| INTRODUCCIÓN.....  | ix        |
| <b>CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO .....</b>                                 | <b>12</b> |
| 1.1. Antecedentes de investigación.....                                | 12        |
| 1.1.1. Antecedentes Internacionales.....                               | 12        |
| 1.1.2. Antecedentes nacionales .....                                   | 16        |
| 1.2. Bases Teóricas .....  | 17        |
| 1.2.1. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) ..... | 17        |
| 1.2.2. Depresión Infantil .....  | 24        |
| 1.2.3. Tolerancia a la frustración.....                                | 27        |
| 1.3. Planteamiento del Problema .....                                  | 30        |
| 1.4. Objetivos de la investigación.....                                | 31        |
| 1.4.1. Objetivo General.....   | 31        |
| 1.4.2. Objetivos Específicos.....                                      | 32        |
| 1.5. Hipótesis General .....   | 32        |
| 1.5.1. Hipótesis Específicas .....                                     | 32        |
| 1.6. Variables y definición operacional.....                           | 32        |
| <b>CAPÍTULO II: MÉTODO .....</b>                                       | <b>35</b> |
| 2.1. Diseño de investigación.....                                      | 35        |
| 2.2. Participantes .....   | 35        |
| 2.3. Medición.....   | 35        |
| 2.3.1. Ficha sociodemográfica.....                                     | 36        |

|  |           |
|--|-----------|
| 2.3.2. Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) – Kovacs .....                 | 36        |
| 2.3.3. Escala de Tolerancia a la Frustración (ETF) – Ventura et al. (2018).... | 37        |
| 2.4. Procedimiento.....  | 37        |
| 2.5. Análisis de datos.....  | 38        |
| <b>CAPÍTULO III: RESULTADOS</b> .....  | <b>39</b> |
| <b>CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN</b> .....  | <b>42</b> |
| CONCLUSIONES.....  | 46        |
| RECOMENDACIONES .....  | 48        |
| REFERENCIAS .....  | 49        |
| ANEXOS .....   | 61        |

## ÍNDICE DE TABLAS

|   |    |
|---|----|
| Tabla 1. Definición Operacional de la variable de Depresión Infantil.....   | 33 |
| Tabla 2. Definición Operacional de la variable de Tolerancia a la Frustración.....                                      | 34 |
| Tabla 3. Estadísticos descriptivos de tolerancia a la frustración, depresión y sus dimensiones en la muestra total..... | 39 |
| Tabla 4. Correlación entre Tolerancia a la Frustración, Depresión y sus dimensiones (n=60).....                         | 40 |
| Tabla 5. Comparación entre depresión y tolerancia a la frustración de acuerdo la toma de medicación.....                | 40 |
| Tabla 6. Comparación entre depresión y tolerancia a la frustración de acuerdo el sexo.....                              | 41 |

## RESUMEN

La presente investigación tiene como finalidad determinar la relación que existe entre la presencia de sintomatología depresiva y tolerancia a la frustración en niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en una institución educativa de Lima Metropolitana. La muestra está conformada por 60 niños con TDAH entre 9 a 12 años de una institución especializada de Lima Metropolitana. Para ello, se utilizaron los instrumentos de Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs, adaptado por Arévalo y la Escala de Tolerancia a la Frustración (ETF) de Ventura. Los principales hallazgos mencionan que existe una relación grande ( $r_w=.51$ ) entre sintomatología depresiva y tolerancia a la frustración, y entre las dimensiones de depresión y tolerancia a la frustración, se aprecia una relación moderada ( $r_w=.47$  en disforia,  $r_w=.43$  en autoestima negativa); mientras que la diferencia entre las puntuaciones promedio de los síntomas depresivo y la tolerancia a la frustración, en cuanto al sexo y la ingesta de medicación no es lo suficientemente grande como para indicar, al menos un pequeño efecto ( $P_{sest} > .56$ ). Además, de los niños y niñas con TDAH en estudio, el 54% tiende a ser más intolerante; sin embargo, tan solo el 24% de la muestra obtiene puntuaciones altas en sintomatología depresiva. Estos resultados, permitirán sentar bases para futuras investigaciones, basándose en datos empíricos.

**Palabras clave:** Sintomatología Depresiva, Tolerancia a la Frustración, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

## ABSTRACT

This research aims to determine the relationship between the presence of depressive symptoms and frustration tolerance in children with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder in an educational institution in Metropolitan Lima. The sample consisted of 60 children with ADHD between 9 and 12 years old, to whom the Kovacs Child Depression Questionnaire (CDI), adapted by Arévalo and the Ventura Frustration Tolerance Scale (ETF) were applied. The main findings mention that there is a strong relationship ( $r_w = .51$ ) between depressive symptoms and frustration tolerance, and between the dimensions of depression and frustration tolerance, there is a moderate relationship ( $r_w = .47$  in dysphoria,  $r_w = .43$  in low self-esteem); while the difference between the mean scores of depressive symptoms and frustration tolerance, in terms of sex and medication intake is not large enough to indicate at least a small effect ( $P_{ses} > .56$ ). In addition, of the boys and girls with ADHD under study, 54% tend to be more intolerant; however, only 24% of the sample obtained high scores in depressive symptoms. These results will allow to establish bases for future researches, based on empirical data.

**Keywords:** Depressive Symptomatology, Frustration Tolerance, Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad entre el 5.9 % a 7.1 % de la población mundial presenta Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), siendo diez veces más frecuente en varones (Fontana & Ávila, 2015; Polanczyk, Willcutt, Salum, Kieling & Rohde, 2014; Velarde, Vattuone, Gomez & Vilchez, 2017). De ese modo, en Estados Unidos se estima una prevalencia del 7 % a 9 % en niños menores a dieciocho años (Velarde et al., 2017), habiéndose encontrado un incremento en el diagnóstico de 21.8 % entre el 2003 y 2007 (Polanczyk, et al. 2014). En el Perú, la prevalencia de TDAH oscila entre 3 % a 7 % población escolar (Velarde et al., 2017).

Desde una visión neuropsicológica el TDAH revela alteraciones en el desarrollo y la estructura de las áreas del cerebro como el córtex pre-frontal y el sistema límbico, áreas que están implicadas en el autocontrol y autorregulación emocional (Barkley, 1999; Castellanos & Proal, 2012). De ese modo, se considera que las funciones ejecutivas afectadas en el TDAH, como el control de la motivación, la memoria de trabajo, estado de alerta, emociones, y proceso de reconstitución, van a repercutir en la existencia de las dificultades emocionales del individuo, dando lugar a una inadecuada adaptación de su conducta en contextos sociales, evidenciándose impulsividad en la expresión de emociones, altos niveles de irritabilidad, agresividad, frustración, dificultades en el autocontrol y en la resolución de problemas (Barahona & Alegre, 2016; Albert et al. 2008; Barkley, 2007).

Lo anterior, revela que el TDAH tiene un conjunto de implicaciones a nivel emocional como la autoestima negativa, bajo autoconcepto y dificultades sociales, debido a las constantes negativas que reciben a su impulsividad e hiperactividad,

(Foley-Nicpon, Rickels, Assouline, & Richards, 2012; Albert, López-Martín, Fernández-Jaén & Carretié, 2008). Además, existen estudios que revelan la comorbilidad con el trastorno oposicionista desafiante, trastornos del ánimo, ansiedad, dislexia y trastorno de la Tourette (Tirado-Hurtado, Salirrosas-Alegría, Armas-Fava & Asenjo-Pérez, 2012). En el plano de las investigaciones, muchas han intentado dar respuesta a dimensiones cognitivas, farmacológicas y conductuales derivadas del TDAH; no obstante, el estudio de los aspectos socioafectivos es una tarea pendiente, en el trabajo con TDAH (Fontana & Ávila, 2015).

Conectar el TDAH con aspectos emocionales, no es extraño; debido a que en un estudio puertorriqueño con adolescentes se identificó que el 17% de niños y adolescentes presentan indicadores del cuadro y de ellos, 9% padecen depresión (Seymour, 2010). Del mismo modo, los niños con TDAH exhiben dificultades en la autopercepción; las cuales, se manifiestan mediante apreciaciones erróneas sobre su propia aceptación del entorno o rechazo social, y en una sobreestimación de sus capacidades (Fontana & Ávila, 2015; Jiang & Johnston, 2013).

Siguiendo con los aspectos socioemocional, García-Castelar, Presentación-Herrero, Siegenthaler-Hierro y Miranda-Casas (2006) refieren que el 74% de los niños con TDAH, sufren de aislamiento social. Del mismo modo, Jiang y Johnston (2013), revelan que el TDAH se presenta frecuentemente con desórdenes que envuelven síntomas agresivos y depresivos que, a su vez, influyen en su percepción sobre su competitividad social, académica y dominio conductual; mientras que, Albert et al. (2008) refiere que los niños con TDAH evidencian una especial dificultad

para controlar emociones negativas, labilidad emocional acentuada y niveles más altos de agresividad, ansiedad, depresión y tristeza.

En ese sentido, la presente investigación tiene por objetivo evaluar la relación existente entre la sintomatología depresiva y tolerancia a la frustración, en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Así, el estudio es de enfoque cuantitativo y de diseño correlacional simple (Ato, López, & Benavente, 2013). De esta manera, la tesis se compone de cuatro capítulos, en el capítulo primero se comprende el marco teórico, en el segundo, la metodología, en el tercero, los resultados y en el cuarto la discusión y conclusiones.

## CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

### 1.1. Antecedentes de investigación

#### 1.1.1. Antecedentes Internacionales

Rivera, Martínez y Pérez (2005) analizan la sintomatología internalizante, referida a conductas dirigidas sobre la propia persona como ansiedad, depresión y trastornos somáticos; y externalizante que se centra en la hiperactividad y conductas antisociales, en un grupo de niños con y sin TDAH. Los participantes son 90 estudiantes entre 8 y 12 años, los cuales son divididos entre 45 niños con TDAH y 45 sin el diagnóstico. Se administra el Inventario de Depresión de Niños de Kovacs (IDN), los padres respondieron el *ADHD Rating Scale* y los profesores el Inventario de Comportamiento Escuela (IDC-E). Los resultados evidencian que los niños con TDAH tienen diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología internalizante, la externalizante y en el índice académico, en relación con los niños sin diagnóstico (depresión en niños con TDAH,  $M=16.22$ , sin TDAH  $M=12.42$ ,  $p=0.003$ , ansiedad en TDAH,  $M=13.40$ ,  $M=11.38$ ,  $p=0.007$  e Irritabilidad-Hostilidad con TDAH  $M= 19.31$ , sin TDAH  $M=12.13$ ,  $p=0.001$ ). Además, los resultados reflejaron que existen diferencias estadísticamente significativas por género en la escala de ansiedad (niñas  $M=15.70$ , niños  $M=11.56$ ,  $p=0.009$ ); no obstante, no para la depresión ni en la escala de irritabilidad-hostilidad. Se concluye que los niños con TDAH tienen sintomatología internalizante y externalizante, a diferencia de aquellos sin diagnóstico.

En esta misma línea, López y Ruiz (2006) realizan un estudio en España, con el fin de analizar variables predictoras de la depresión en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. La muestra está compuesta por 109 casos de TDAH entre los 8 y 16 años y los instrumentos que utilizaron fueron el DSM-IV para definir el diagnóstico y el cuestionario de depresión para niños (CDS) para evaluar las dimensiones depresivas. Los resultados señalan que, según los criterios epidemiológicos ajustados al CDS, el 13.8% de los casos de TDAH podrían presentar depresión. Por el contrario, en promedio los participantes con TDAH presentan menores comportamientos depresivos, percibiéndose una mejor autoestima, menor tristeza y menor percepción de problemas sociales y sentimientos de culpa. Por otro lado, las variables que proponen en la investigación, no predicen significativamente la varianza de la depresión. Se concluye que un pequeño porcentaje de los casos con TDAH presentan depresión; no obstante, el promedio de los participantes con TDAH exhibe menores comportamientos depresivos.

Miranda, Fernández, Roselló y Colomer (2012), realizan un estudio en España con el objetivo de evaluar los efectos del tratamiento farmacológico con psicoestimulantes, sobre la severidad de los síntomas de TDAH y problemas asociados. Participan 65 niños, quienes fueron divididos en tres grupos: niños con medicación al menos durante al menos tres años (Medicación Prolongada, N=23), con medicación menos de tres años (Medicación Breve, N=20) y sin medicación (N=22). El estudio se realizó en dos fases de seguimiento a los padres, quienes completaron la escala de Conners. Los resultados revelan que las manifestaciones

de hiperactividad e impulsividad, inatención, y los problemas de conducta disminuyeron en el seguimiento, en comparación con la primera fase; no obstante, la única variable que demostró un aumento importante en el tiempo fue la ansiedad.

Roy, Oldehinkel, Verhulst y Hartman (2014), realizan una investigación con el objetivo de probar tres hipótesis, la primera indica que los niños con TDAH presentarían un mayor riesgo de desarrollar depresión que los niños sin TDAH, la segunda refiere que el camino del TDAH hacia la depresión estaría mediado por la ansiedad y los trastornos de conducta, y la tercera señala que la mediación a través de la ansiedad es más frecuente en niñas y en niños se da a través de trastornos de conducta. Participan 1584 adolescentes del grupo *Tracking Adolescents' Individual Lives Survey (TRAILS)*. Los instrumentos son la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta para evaluar el TDAH, los episodios de depresión mayor, los trastornos de conducta y los trastornos de ansiedad. Los resultados señalan que la comorbilidad de depresión se halló en el 36% de los adolescentes con TDAH, 24% en los adolescentes con TDAH por debajo del umbral y en el 14% de aquellos sin diagnóstico. Además, la ansiedad y los trastornos de conducta, mediaron el 32% de la depresión en el TDAH; mientras que, la ansiedad y los trastornos de conducta se presentaron de forma independiente en cuanto al género. Se concluye que existe un 36% de los adolescentes con TDAH con la comorbilidad de depresión; sin embargo, también se observan, en menor porcentaje, en aquellos con TDAH por debajo del umbral y los que no cuentan con diagnóstico.

Seymour, Macatee y Chronis-Tuscano (2016) realizan un estudio con el objetivo de comparar a niños con y sin TDAH en su capacidad de tolerancia a la

frustración y a su vez, examinar el rol del trastorno oposicionista desafiante en la muestra. Los participantes son 67 niños y adolescentes de 10 a 14 años de edad, 37 de ellos cuentan con un diagnóstico de TDAH y 30 no lo presentan. Los instrumentos que se utilizan son “*Mirror Tracing Persistence Task*” (MTPT) y una medida de comportamiento computarizada validada de tolerancia a la frustración. Los resultados revelan que niños con TDAH están más dispuestos a abandonar la tarea designada que aquellos sin TDAH, demostrando menores niveles de tolerancia a la frustración. Además, no se encuentran mayores diferencias entre aquellos que contaban con la comorbilidad del trastorno oposicionista desafiante, en función al nivel de tolerancia a la frustración, frente a los niños que únicamente presentan el diagnóstico de TDAH. Se concluye que la baja tolerancia a la frustración se encuentra directamente relacionada con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad; sin embargo, el trastorno oposicionista desafiante no modifica la relación entre TDAH y tolerancia a la frustración.

Por otro lado, Cánovas (2017) realiza un estudio con el objetivo de examinar la relación entre la ansiedad, rendimiento académico y autoconcepto en estudiantes con TDAH de educación secundaria. La muestra estuvo compuesta por 200 estudiantes, donde 100 pertenecían al grupo control y el grupo restante correspondían al experimental, siendo 60.7 % del total, hombres y 39.3 % mujeres. La edad de los participantes oscila entre los 11 y 20 años de edad (Media= 14.3 años). Los instrumentos utilizados son el cuestionario de datos socio-demográficos, clínicos y de rendimiento académico, cuestionario de autoevaluación de ansiedad Estado-Rasgo (STAIC), el cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), y

cuestionario de autoconcepto-forma 5 (AF-5). Los resultados evidencian que no existen diferencias estadísticamente significativas en ansiedad (rasgo y estado) entre los grupos experimental control y control ( $p = 0.805$ ); sin embargo, sí se aprecian diferencias significativas entre el autoconcepto social y académico entre los estudiantes sin y con TDAH, quienes exhiben puntuaciones más bajas (académico;  $M(\text{control}) = 6.12$ ,  $M(\text{experimental}) = 5.17$ ,  $p=0.002$ , social;  $M(\text{control}) = 7.23$ ,  $M(\text{experimental}) = 5.83$ ,  $p<0.001$ ). Asimismo, el subtipo inatento del TDAH pone de manifiesto puntuaciones significativamente superiores en autoconcepto familiar y físico que aquellos con TDAH de subtipo combinado (autoconcepto familiar;  $M(\text{inatento})= 7.78$ ,  $M(\text{combinado})=6.93$ ,  $p=0.028$ , autoconcepto físico;  $M(\text{inatento})=6.63$ ,  $M(\text{combinado})=5.66$ ,  $p=0.024$ ). Se concluye que a mejor autoconcepto (académico y social), los resultados académicos son mejores (en Ciencias Naturales, Lengua y Matemáticas); así como también, que la ansiedad rasgo puede influir negativamente en el rendimiento académico, en especial en Lengua y Matemáticas.

### **1.1.2. Antecedentes nacionales**

A nivel nacional, Reátegui y Vargas (2008) realizan una investigación, con el objetivo de determinar la frecuencia de síntomas depresivos en pacientes con TDAH y a su vez, determinar su relación con la edad, sexo y comorbilidad psiquiátrica. Los participantes son 51 pacientes de 7 a 11 años y 24 de 12 a 17 años, donde el 85.3 % son varones y el 14.7 % mujeres con TDAH del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi (INSM HD-HN). El instrumento que utilizan es el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) y el diagnóstico se corrobora por los

criterios diagnósticos del DSMIV y CIE; así como, por los psiquiatras y especialistas en niños y adolescentes del INSM HD-HN. Los resultados reflejan que el 46.7 % de los pacientes con TDAH presentan síntomas depresivos; sin embargo, no se aprecian diferencias estadísticamente significativas según sexo ni edad. Se concluye que, existe una frecuencia alta de síntomas depresivos en niños y adolescentes con TDAH.

## **1.2. Bases Teóricas**

### **1.2.1. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)**

Barkley (2011), de quién se tomará en consideración para la investigación su modelo teórico, refiere el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, (TDAH) como un trastorno del desarrollo del autocontrol, que comprende dificultades para controlar los impulsos y nivel de actividad y mantener la atención. De acuerdo al manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales – DSM-5, el TDAH se entiende como un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad/ impulsividad, que interfiere en el desarrollo del niño al omitir detalles, presentar dificultad para mantener la atención u organizarse en actividades o tareas, suele perder objetos, se distrae con facilidad por estímulos externos, le resulta difícil seguir instrucciones, habla en exceso, responde precipitadamente, muestra dificultad por esperar su turno e interrumpe conversaciones ajenas (American Psychiatric Publishing, 2014).

Actualmente, el TDAH es el principal diagnóstico psiquiátrico que reciben los niños y adolescentes (Vélez-Álvarez & Vidarte, 2012; Galarza, 2016, Janin, 2017). Este, se describe como un trastorno que se caracteriza por alteraciones en la atención, inquietud motriz y dificultades en el control de impulsos, formando una

tríada de síntomas, inatención, hiperactividad e impulsividad, que interfieren en las diferentes áreas de la vida diaria, familiar, escolar y social (Rodríguez, Álvarez, González-Castro, Núñez, González - Pienda, Álvarez, Bernardo, & Cerezo, 2009; Vélez-Álvarez & Vidarte, 2012; López, Castro, Belchi & Romero, 2013).

López et al. (2013) refieren otras características que acompañan estos síntomas principales presentados y que despiertan mayor preocupación en esta investigación. En ese sentido, mencionan la dificultad de los niños con TDAH para relacionarse con sus pares y adultos, en donde las alteraciones de conducta tendrían como consecuencia problemas de integración social, por ejemplo, al interrumpir el juego de sus compañeros y molestarlos, produciendo rechazo en sus coetáneos (Mrug, Molina, Hoza, Gerdes, Hinshaw, Hechtman & Arnold, 2012). Por otro lado, su hiperactividad/impulsividad y falta de atención, genera dificultad en ellos para incorporarse en actividades o tareas colectivas que precisen de un ajuste a las normas (Barkley, 2011; Orjales, 2012; López et al., 2013; López & Romero, 2013).

Otro aspecto que resulta de interés es la baja autoestima, inestabilidad y labilidad emocional que se hallan como consecuencia de este trastorno (Franco, 2012; López & Romero, 2013; Cuellar, 2015), que resultan como consecuencia de los conflictos continuos a los que se exponen con su medio social, en sus experiencias de fracaso y a las constantes críticas de sus padres y profesores a las que se enfrentan. Por ende, al no identificar del todo, el porqué de las quejas, piensan que no son agradables para los demás y son incapaces de cumplir las

tareas que le designan, deviniendo en una baja autoeficacia y autoestima (López & Romero, 2013; Cuellar, 2015).

Los problemas conductuales son bastante frecuentes en los niños con TDAH, donde un 80% de ellos presentan un trastorno de conducta, donde los padres y profesores manifiestan que los niños molestan a sus compañeros o hermanos, les cuesta obedecer, inician peleas e interrumpen la clase o conversaciones (Barkley, 2011; Orjales, 2012; López et al., 2013, López & Romero, 2013). Por otro lado, algunos de los niños con TDAH ponen de manifiesto un bajo rendimiento escolar, principalmente en aspectos perceptivo-cognitivo, asociándose a una mala memoria secuencial, déficit en actividades psicomotoras, tanto finas como gruesas, retrasos en el lenguaje y dificultades para captar la información sensorial, organizarla, procesarla y luego expresarla (Orjales, 2012; López et al., 2013).

En ese sentido, se precisa mencionar que los trastornos que se asocian con mayor frecuencia al TDAH son el trastorno oposicionista desafiante, trastorno disocial, trastorno de aprendizaje, ansiedad y depresión (Barkley, 2011; Lavigne & Romero, 2012; López et al., 2013; Morrison, 2014; Dupaul & Stoner, 2014). La asociación entre TDAH y trastornos internalizantes ha sido muy poco estudiada, por lo que algunos datos encontrados pueden resultar muy antiguos. Diversos autores indican que entre el 30% y 50% de los casos con TDAH, presentan trastornos de ansiedad o depresión (Kitchens, Rosen y Braaten, 1999; Martínez, Henao, Gómez, 2009). De manera más específica, las alteraciones emocionales se presentan con mayor frecuencia en el TDAH de predominio inatento y hasta un 90% de los

pacientes puede presentar autoestima negativa o periodos de disminución anímica (Martínez et al., 2009).

Las dificultades en el autocontrol, es una característica importante que se aprecia en las personas con TDAH. Los autores mencionan que este aspecto se observa frente a situaciones de tensión o frustración, poniendo de manifiesto que los niños con TDAH suelen presentar una baja tolerancia a la frustración (Barkley, 2011; López et al., 2013; Seymour, Macatee y Chronis-Tuscano, 2016). De tal manera, Barkley (2011) sustenta que el déficit principal en los individuos con TDAH se localiza en su baja capacidad de autocontrol y autorregulación, siendo la atención una dificultad secundaria a este desorden (Barkley, 2013). En suma, refiere que la escasa autorregulación de las personas con TDAH impide que apliquen los conocimientos y habilidades en el tiempo necesario y de manera correcta (Barkley, 2005; Dupaul & Stoner, 2014). Así, López et al. (2013) afirma que es necesario proporcionar recompensas asociadas a comportamientos alternativos, de manera que los más pequeños puedan encontrar una motivación para autorregularse.

Analizando su etiología, el TDAH es un trastorno intrínseco a la persona, debido al parecer, a un retraso en el desarrollo neuropsicológico; sin embargo, aún no se conoce con certeza la causa de éste (Lavigne & Romero, 2012). Su etiología se dividiría en explicaciones basadas en la anatomía cerebral y en su funcionamiento, en la genética, en la química del cerebro (Barkley, 2011; Lavigne & Romero, 2012; López & Romero, 2013). Concretamente, los factores ambientales y distintos a los genéticos han apuntado a complicaciones prenatales y perinatales, como el consumo materno de drogas o tabaco, alcohol, eclampsia, prematuridad,

hemorragias preparto, distrés fetal, bajo peso al nacer o lesiones cerebrales (Barkley, 2011; Lavigne & Romero, 2012; López y Romero, 2013; Sciberras, Mulraney, Silva & Coghill, 2017).

A nivel anatómico, se ha evidenciado diferencias estructurales en distintas zonas del cerebro, al comparar un niño con TDAH y aquellos sin problema (Barkley, 2011; Lavigne & Romero, 2012; López & Romero, 2013). Así, históricamente se ha podido constatar lóbulos frontales, en especial el derecho, más pequeño, volumen cerebral menor en distintas zonas de los ganglios basales y el volumen de los hemisferios cerebelosos, parecieran ser más pequeños también (Teicher, Anderson & Polcari, 2000; Castellanos, Lee, Sharp, Jeffries, Greenstein, Clasen, Blumenthal, James, Ebens, Walter, Zijdenbos, Evans, Giedd & Rapport, 2002; Barkley, 2011; Lavigne & Romero, 2012). Además, Barkley (2011) menciona hallazgos relacionados a la actividad eléctrica cerebral, la cual en cerebros con TDAH es menor en el área frontal, en función a personas sin el diagnóstico.

Genéticamente, estudios con gemelos monocigóticos y dicigóticos han confirmado un 75 % de heredabilidad del TDAH. Es decir que, las personas biológicamente relacionadas con otras, deberán tener un mayor riesgo que aquellos que no (Barkley, 2011; Lavigne & Romero, 2012; López & Romero, 2013; Quintero & Castaño de la Mota, 2014). En relación a las explicaciones químicas del cerebro, una de las teorías neurobiológicas más prominentes de este trastorno refiere que existe una alteración en el gen de los receptores de dopamina y noradrenalina, generando que se absorban rápidamente y que no permita el tiempo necesario para

adherirse a los receptores de la membrana post-sináptica (Barkley, 2011; Lavigne & Romero, 2012).

Por otro lado, en el Manual de Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales – DSM 5 se establecieron tres tipos de TDAH: TDAH predominantemente inatento, predominantemente hiperactivo y el combinado (American Psychiatric Publishing, 2014).

El primero se caracteriza por dificultades importantes para mantener la atención en una misma actividad, durante un período de tiempo largo, seguir normas e instrucciones, seleccionar estímulos relevantes y resistirse a las distracciones (Barkley, 2005; Carboni, 2011; López & Romero, 2013). Además, sus padres suelen mencionar que cualquier estímulo, la aleja de su objetivo sin lograr alcanzarlo (Barkley, 2011). De esta manera, brindarle dos órdenes a la vez puede resultar imposible de cumplir, en tanto pierden la información en el camino (López & Romero, 2013).

El TDAH predominantemente hiperactivo se caracteriza por movilidad excesiva aunado a una falta de coordinación y rigidez en los movimientos del niño, lo cual influye en mayor probabilidad de caídas y accidentes (Carboni, 2011; López & Romero, 2013). Los problemas de coordinación e inestabilidad, afectan también la motricidad fina, evidenciando dificultades para realizar actividades que exigen esta destreza como abrocharse botones o amarrarse los pasadores (López & Romero, 2013). En el aula, suelen levantarse, moverse de su sitio y cuando se encuentran sentados, realizan ruidos en la mesa, resultándoles sumamente difícil, mantenerse sentado; pueden interrumpir la clase, responder sin esperar su turno, fastidiar a sus

compañeros y morder o romper sus lapiceros (Barkley, 2011; Orjales, 2012). Es importante mencionar que esta actividad excesiva es inapropiada en función a la edad del niño, en tanto puede ser esperable que un niño de 2 años trepe por las sillas, pero no que un niño de 8 años lo haga (López & Romero, 2013).

En cuanto al TDAH de tipo combinado, es el más común dentro de los tres tipos, en tanto involucran tanto las conductas de inatención como las de la hiperactividad e impulsividad (Carboni, 2011).

Respecto al tratamiento farmacológico del TDAH, Soutullo y Álvarez-Gómez (2013), mencionan dos tipos fármacos: estimulantes y los no estimulantes, donde el primero eleva el nivel de alerta y actividad del sistema nervioso, demostrando que el 60-75% de los casos de TDAH responden favorablemente al mismo, evidenciando mejoras significativas en las características principales de la condición; inatención, hiperactividad e impulsividad (Alonso, Diz, Fernández, García, & Giachetto, 2015). Del mismo modo, los no estimulantes, como la Atomoxetina, ha demostrado eficacia en niños y adolescentes, en estudios con más de cuatro millones de pacientes (Soutullo & Álvarez-Gómez, 2013). No obstante, si bien estos medicamentos evidencian ser efectivos, no parecen remediar otras dificultades emocionales, para los cuales, se requiere otro tipo de medicación más psiquiátrica asociadas a aspectos socioemocionales (Diez, Figueroa & Soutullo, 2006; Miller & Hinshaw, 2012).

### **1.2.2. Depresión Infantil**

Del Barrio (2013) define la depresión como un estado de ánimo que se caracteriza por la presencia de tristeza y ausencia del disfrute de la vida. Desde un punto de vista descriptivo, el individuo con este diagnóstico evidencia una situación afectiva de cansancio, desesperanza, melancolía, incapacidad para concentrarse, falta de entusiasmo, y cumplir con sus deberes; así como, pensamientos de inadecuación y convicción de que todo está mal y no tiene solución (Del Barrio, 2013; Abello, Cortés, Barro, Mercado & Solano, 2014).

Basándonos en la definición del constructo del manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (American Psychiatric Publishing, 2014) sobre depresión, se considera tener al menos 5 síntomas durante dos semanas: estado de ánimo deprimido, pérdida de interés, aumento o pérdida significativa de peso, hipersomnia o insomnio, enlentecimiento motor o agitación, cansancio, sentimientos de culpa o inutilidad, baja capacidad para concentrarse y/o pensamientos recurrentes de muerte. En caso se presenten en menor duración, se asociaría a un trastorno emocional transitorio y por tanto no se podría hablar de un trastorno depresivo propiamente dicho (Del Barrio, 2000).

Cabe precisar que, en el caso de niños o adolescentes con dificultades conductuales, se hallaron síntomas característicos de una depresión, tales como, soledad, aburrimiento, inexpresividad, retraimiento, desesperanza, oposición, desobediencia, protestas, rabietas, ansiedad, enuresis y problemas de rendimiento escolar (López, Alcántara, Fernández, Castro, & López, 2010; Del Barrio, 2013). No obstante, es importante mencionar que la depresión infantil tiene una manifestación

polimorfa, de modo que puede enmascarse con los distintos cuadros psicopatológicos (Tochoy & Chaskel, 2013).

Históricamente se ha observado que la depresión infantil puede categorizarse según curso (unipolar y bipolar), severidad, desencadenante, aparición-duración, edad y dificultad diagnóstica (Xavier, 2001; Del Barrio, 2013). De esta manera, considerando el curso de la perturbación, se distingue entre unipolar y bipolar, siendo el primero regular, con duración media, en caso se dé una buena intervención. El segundo presenta un curso cambiante con un polo de depresión y otro de manía que se alternan en el tiempo (Xavier, 2001; Garre, Robles & Vicente, 2010; Del Barrio, 2013).

Si se parte del criterio de severidad se distingue entre trastorno distímico y depresión mayor, en donde los síntomas, a pesar de ser más leves, alcanzan una mayor duración; mientras que en el segundo caso, se presentan síntomas más numerosos e intensos (Xavier, 2001; Garre, Robles & Vicente, 2010; Del Barrio, 2013). El desencadenante se divide entre exógenas o endógenas, donde, en las depresiones exógenas, la causa se relaciona con acontecimientos psicosociales negativos; por el contrario, en las endógenas no se encuentra razón aparente para el inicio del trastorno, y al tenerse en cuenta el modo y frecuencia de su aparición pueden dividirse en agudas y crónicas (Xavier, 2001; Del Barrio, 2013).

Las depresiones infantiles suelen ser, usualmente, exógenas, por lo que, cuando inician, se percibe en el niño un cambio, que resulta evidente; sin embargo, no siempre resulta tan claro, sobre todo si se da de una manera paulatina que dificulta su detección (Del Barrio, 2013). Los cambios más frecuentes se presentan

en su forma de ser, en las funciones corporales y sus funciones mentales; en el primero, un niño puede pasar de ser alegre a tornarse apagado o malhumorado, convertirse en inseguro y dubitativo, optar por jugar solo, evitar el cariño y desobedecer por encontrarse irritable; en el segundo, el niño evidencia cambios en su rutina de sueño, alimentación, se queja de dolores, se le observa más cansado, y puede subir o bajar considerablemente de peso; en el tercero, el niño olvida las cosas, puede presentar dificultades para concentrarse y su rendimiento escolar disminuye (Del Barrio, 2013; Abello et al., 2014). A pesar de que el concepto de depresión puede ser considerado como multifacético, se concluyó en un estudio, que esta puede ser medida mediante la presencia de dos factores principales, disforia y afecto negativo (Ahlen & Ghaderi, 2017). Históricamente, Weinberg, Rutman, Sullivan, Pennick y Dietz (1973), consideraron en su investigación, que la depresión infantil se caracteriza por los factores de disforia e ideación autocrítica, la cual ha sido posteriormente traducida como autoestima negativa en la adaptaciones española del cuestionario de depresión infantil de kovacs por Del Barrio y Carrasco (2004). Además, Arévalo (2008), confirma que la depresión infantil puede ser evidenciada a través de los dos factores mencionados (disforia y autoestima negativa).

Históricamente, se han observado las causas de la depresión infantil como el resultado de la interacción de factores ambientales y personales (Xavier, 2001; Garre et al., 2010; Del Barrio, 2013; Tochoy & Chaskel, 2013). Diversos factores plantean dentro de los aspectos personales, una significativa vulnerabilidad biológica entre parientes de primer grado con un trastorno depresivo, de manera

que, la tasa de depresión es mayor en los hijos de padres con este trastorno (Garre et al., 2010; Cano, 2013). Aunado a la predisposición genética, el estrés psicosocial puede aumentar la posibilidad, tanto en niños como en adultos a padecer depresión (Tochoy & Chaskel, 2013).

En cuanto a los factores ambientales asociados con la depresión en niños y adolescentes, se encuentra la familia como eje principal para la etiopatogenia de la depresión, de modo que la frialdad afectiva, falta de cohesión, exceso de crítica y control, pérdidas, separaciones, enfermedades psiquiátricas de los padres, factores socioeconómicos, experiencia estresantes intensas y desastres naturales son aspectos de riesgo para la presencia de este trastorno en la infancia (Xavier, 2001; Garre et al. 2010; Tochoy & Chaskel, 2013).

El colegio, donde el niño pasa la mayor parte de su tiempo, representa otros factores de riesgo para la depresión infantil como una enseñanza muy estricta, una exigencia muy alta y dificultades entre los pares (Garre et al. 2010; Del Barrio, 2013; Tochoy & Chaskel, 2013).

### **1.2.3. Tolerancia a la frustración**

La frustración es conocida como un estado emocional que ocurre cuando se le impide a un individuo alcanzar su objetivo (Coon & Mitterer, 2007; Jibeen, 2012). De acuerdo a la Real Academia Española [RAE] (2014), la tolerancia se refiere a la capacidad de soportar o resistir algo. De ese modo, Wilde (2012) lo define como la capacidad o interés por persistir en una actividad, a pesar de los sentimientos desagradables que se asocian a esta. Asimismo, se le conoce como un estado

emocional generado por acontecimientos que implican la supresión inesperada de reforzadores positivos (Kamentzky, Cuenya, Elgier, López, Fosachecha, Martin & Mustaca, 2009; Cuenya, Fosachecha y Mustaca, 2013). Por otro lado, la tolerancia a la frustración se refiere a la capacidad de un individuo para resistir a situaciones adversas y estresantes; además, de ser la habilidad para controlar o demorar un impulso (Oliva, Antolin, Pertegal, Rios, Parra, Hernando, & Reina, 2011; Wilde, 2012).

De ese modo, la frustración surge como una respuesta adaptativa cuando se percibe que la situación se desborda y es inesperada; en ese sentido, para mantener el bienestar psicológico, el cerebro debe percibir control sobre la realidad y en ausencia de éste, surge la frustración, que es un mecanismo de recuperación de bienestar (Ortuño, 2016).

Por otro lado, la baja tolerancia a la frustración conlleva a otros factores como la ansiedad, al evaluar sus recursos internos como insuficientes para afrontar una situación difícil, llevándolos a generar cambios abruptos de objetivos, abandonando aquello que requiere un mínimo esfuerzo y que deseaban (Dos Santos & Benevides, 2014; Ortuño, 2016). Así, se activan procesos internos de justificación y autoengaño, donde se busca generar otra realidad para ajustar sus deseos o responsabilizar a otros, de sus propios anhelos (Dos Santos & Benevides, 2014; Ortuño, 2016). En contraste, las personas con una alta tolerancia a la frustración, se perciben capaces de controlar las situaciones que les generan estrés, en tanto, cuentan con un repertorio de posibles conductas que le permitan afrontar sucesos adversos, controlando emociones fuertes como la desesperanza y ansiedad (Oliva

et al., 2012). Otros autores, refieren que la baja tolerancia a la frustración, genera en el niño tristeza e ira (Martinez & Bouquet, 2007; Ortuño, 2016), en tanto se asemeja a un proceso de duelo, donde existe una parte de pérdida, es decir tristeza y otra en la que esa pérdida, se percibe como injusta, ocasionando ira (Ortuño, 2016).

Coon y Mitterer (2007) distinguen dos tipos de frustración, la externa y la personal, donde, la primera se basa en condiciones ajenas a la persona que le impiden conseguir su meta y se relacionan normalmente con los atrasos, fracasos, rechazos y pérdidas. La frustración externa se divide en frustraciones sociales, donde implican la acción de otras personas y las no sociales que se presentan por objetos, incrementándose este sentimiento, en función a que la urgencia, intensidad o importancia del motivo aumente. La frustración personal, se basa en características personales que impiden alcanzar el objetivo que se plantea (Coon & Mitterer, 2007; Jibeen, 2012).

Por otro lado, la frustración es un sentimiento bastante común en la infancia (Ortuño, 2016; Ventura-León, Caycho-Rodríguez, Vargas-Tenazoa & Flores-Pino, 2018) y en especial se presentan en los niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, debido a sus dificultades de autocontrol y autoregulación (Barkley, 2011; López et al., 2013). En ese sentido, resulta importante tomar en consideración la relación que se encuentra entre la regulación emocional y la tolerancia a la frustración, donde, estudios revelan a la región prefrontal de la corteza cerebral como una región potencial que apoya en la regulación de las emociones durante momentos de frustración (Perlman, Luna, Hein & Huppert, 2014; Barkley, 2011). Esta región de la corteza cerebral es aquella que se encuentra afectada en las

personas con TDAH, por lo que normalmente, exhiben dificultades a nivel de autocontrol y autoregulación emocional (Depues, Burgess, Willcutt, Ruzic & Banich, 2010).

### **1.3. Planteamiento del Problema**

En el Perú, se estima que entre el 3 % a 7 % de la población escolar ha sido diagnosticada con TDAH (Velarde et al., 2017), el cual afecta más a hombres que a mujeres, en relación de tres a cinco hombres por cada mujer (Ministerio de Salud [MINSAL], 2019). Este tema ha ido adquiriendo gran importancia en la actualidad, de manera que se encuentran 49 trabajos de investigación en el país, asociados al TDAH (Registro Nacional de Trabajos de Investigación [RENATI], 2020). No obstante, el impacto socioemocional del TDAH ha sido escasamente estudiado, encontrándose cinco estudios en el Perú, de los cuales dos se asocian a trastornos depresivo o de ansiedad; sin embargo, aún no se ha estudiado su relación con la tolerancia a la frustración (RENATI, 2020).

De esta manera, la presente investigación pone en evidencia que existe un bajo número de estudios empíricos de la tolerancia a la frustración y depresión en niños con TDAH, que con frecuencia las investigaciones están orientadas mayormente al aspecto neuropsicológico (López-Martín, Albert, Fernández-Jaén & Carretié, 2010). De ese modo, realizar abordajes emocionales y no solo cognitivo permitirán tener un conocimiento global de los niños con TDAH, entendiendo que son una población en riesgo a nivel escolar, con dificultades específicas de

aprendizaje (Mejía & Cifuentes, 2015; Rodillo, 2015; Gonzáles, Rodríguez, Fernández, Cabeza, & Álvarez, 2014).

El presente estudio es realizado en una institución personalizada, especializada en la enseñanza a través de estrategias de aprendizaje, donde su población son niños con diagnóstico de TDAH y en su mayoría con comorbilidad con trastornos específicos del aprendizaje, debido a que diversos autores señalan que los niños con TDAH tienden a manifestar dificultades emocionales como depresión, ansiedad; sin embargo, no se encuentran investigaciones que demuestren de manera empírica este hecho (Orjales, 2013; Barkley, 2011; Orjales, 2004).

Considerando lo anteriormente citado, es de suma importancia, analizar las consecuencias emocionales que devienen del TDAH, tomando un interés particular, en la sintomatología depresiva y tolerancia a la frustración, variables que se estudian en la presente investigación. Así, se plantea la siguiente interrogante: ¿En qué medida se relacionan la depresión infantil y tolerancia a la frustración en niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en una institución educativa de Lima Metropolitana?

#### **1.4. Objetivos de la investigación**

##### **1.4.1. Objetivo General**

- Determinar la relación que existe entre la presencia de sintomatología depresiva y tolerancia a la frustración en niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en una institución educativa de Lima Metropolitana.

#### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- Comparar las puntuaciones promedio de los síntomas depresivos y la tolerancia a la frustración en niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en una institución educativa de Lima Metropolitana de acuerdo con la toma de medicación.
- Comparar las puntuaciones promedio de los síntomas depresivos y la tolerancia a la frustración en niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en una institución educativa de Lima Metropolitana de acuerdo con el sexo

#### **1.5. Hipótesis General**

- Existe una relación entre la presencia de sintomatología depresiva y tolerancia a la frustración en niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en una institución educativa de Lima Metropolitana.

##### **1.5.1. Hipótesis Específicas**

- Existen diferencias moderadas entre las puntuaciones promedio de los síntomas depresivos y la tolerancia a la frustración en niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en una institución educativa de Lima Metropolitana de acuerdo con la toma de medicación.
- Existen diferencias moderadas las puntuaciones promedio de los síntomas depresivos y la tolerancia a la frustración en niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en una institución educativa de Lima Metropolitana de acuerdo con el sexo

#### **1.6. Variables y definición operacional**

*Tabla 1. Definición Operacional de la variable de Depresión Infantil*

| Variable           | Definición Conceptual   | Definición Operacional   | Indicadores  | Escala de Medición | Escala interpretativa   |
|--------------------|---|--|--|--------------------|---|
| Depresión infantil | Un estado de ánimo que se caracteriza por la presencia de tristeza y ausencia del disfrute de la vida. Desde un punto de vista descriptivo, evidencia una situación afectiva de desesperanza, cansancio, melancolía, falta de entusiasmo, incapacidad para concentrarse y cumplir con sus deberes; así como, pensamientos de inadecuación y convicción de que todo está mal y no tiene arreglo (Del Barrio, 2013) | Puede definirse como la puntuación percentil obtenida por los participantes en el cuestionario de Depresión Infantil de Kovacs (Arévalo, 2008), donde toda puntuación superior a 36 indicaría la presencia de sintomatología depresiva en el niño. | - Disforia: es la expresión de sentimientos de tristeza, soledad, indefensión y/o pesimismo (Arévalo, 2008)<br>-Autoestima negativa: refiere a los juicios de ineficacia, fealdad, culpabilidad y maldad hacia sí mismo (Arévalo, 2008). | Intervalo          | - De 88 a 99: Muy Alta sintomatología depresiva<br>- De 81 a 87 : Alta sintomatología depresiva<br>- De 57 a 75: Moderada sintomatología depresiva<br>- De 36 a 50: Leve sintomatología depresiva<br>- De 0 a 35: Sin depresión |

*Tabla 2. Definición Operacional de la variable de Tolerancia a la Frustración*

| Variable                    | Definición Conceptual   | Definición Operacional  | Indicadores  | Escala de Medición | Escala interpretativa   |
|-----------------------------|---|---|--|--------------------|---|
| Tolerancia a la frustración | La capacidad o interés por persistir en una actividad, a pesar de los sentimientos desagradables que se asocian a esta (Wilde, 2012). | Puede definirse como la puntuación obtenida por los participantes en la Escala de Tolerancia a la Frustración (Ventura et al., 2018), donde toda puntuación superior o igual a 16 indicaría que el niño es intolerante. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enojo</li> <li>- Enfado</li> <li>- Mal carácter</li> <li>- Esperar turno</li> </ul> | Intervalo          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ≤10: Muy tolerante</li> <li>- 11 – 12: Tolerante</li> <li>-13 - 15: Medianamente Tolerante</li> <li>- 16 – 18: Intolerante</li> <li>- ≥ 19: Muy intolerante</li> </ul> |

## **CAPÍTULO II: MÉTODO**

### **2.1. Diseño de investigación**

La presente investigación corresponde a un estudio correlacional porque buscar examinar la relación entre dos variables mediante un coeficiente de correlación (Alarcón, 2013). Además, se tiene como objetivos secundarios establecer comparaciones entre grupos.

### **2.2. Participantes**

La muestra de la presente investigación está constituida por 60 niños con un diagnóstico de TDAH entre 9 a 12 años ( $Media = 11.08$ ;  $DE = 1.25$ ) de una institución especializada de Lima Metropolitana, de los cuales, 21 son mujeres y 39 varones. Además, 42 niños no toman medicación; mientras que 18 sí. En cuanto a los criterios de exclusión del estudio, no se tomarán en consideración aquellos niños que se encuentren fuera del rango de edad mencionado o con una discapacidad intelectual asociada. La muestra fue seleccionada de forma no probabilística por conveniencia a la disponibilidad de acceso a los participantes.

### **2.3. Medición**

La investigación se realiza mediante la aplicación de dos instrumentos con alternativas de respuesta: Cuestionario de Depresión Infantil de Kovacs, adaptada por Arévalo (2008) y la Escala de Tolerancia a la frustración (Ventura - León et al.,

2018), que evalúan las variables psicológicas sintomatología depresiva y tolerancia a la frustración respectivamente.

### **2.3.1. Ficha sociodemográfica**

Se recogen los datos para poder ser interpretados posteriormente en los resultados. Estos, permiten describir la muestra en relación a ciertas variables demográficas como edad, sexo, diagnóstico médico, medicación y predominio (Anexo A).

### **2.3.2. Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) – Kovacs**

Elaborado por Kovacs (2004) y adaptado en Lima Metropolitana por Arévalo (2008) para niños y adolescentes entre 8 y 16 años, con el objetivo de evaluar la presencia de sintomatología depresiva; sin embargo, el autor la menciona también como depresión. El instrumento consta de 27 ítems, distribuidos en puntajes del 0 al 2 (0=índice bajo del síntoma, 1=índice medio, 2=índice alto del síntoma), dividiéndose en dos dimensiones, disforia y autoestima, donde la suma de ambas brindará el puntaje directo de la sintomatología depresiva (Olivero, 2017). El puntaje total se divide en niveles (alto: percentil 81 a más, moderado: percentiles entre 57 y 75, leve: 36 al 52, sin depresión: desde el percentil 0 al 25). Asimismo, el CDI posee medidas de consistencia interna estables ( $\alpha = .918$  y  $.755$  al  $.777$  en el coeficiente Guttman); así como una correlación adecuada ( $r_{ho} = .734$ ) en el análisis por mitades (León, 2013). Además, exhibe buena validez de criterio concurrente, al encontrarse una correlación positiva de  $.425$  significativa ( $p < 0.001$ ) entre el CDI y la escala de

depresión de adolescentes (EDAR) y la validez del constructo mediante el análisis factorial dio como resultados 2 factores que subyacen a los ítems: autoestima negativa y disforia.

### **2.3.3. Escala de Tolerancia a la Frustración (ETF) – Ventura et al. (2018).**

El instrumento que se aplicó fue la Escala de Tolerancia a la Frustración, versión adaptada por Ventura et al. (2018), derivada de la versión española de Olive et al. (2011). Esta última está conformada por ocho ítems, con alternativas de respuesta tipo Likert del 1 al 5 (Anexo B). La adaptación del ETF se dio en 796 niños entre 8 y 12 años, pudiéndose aplicar de forma individual o colectiva. La escala consta de ocho ítems también, donde deben responder en formato Likert del 1 al 5 con las opciones: *Nunca*, *Pocas Veces*, *A veces*, *Muchas Veces* y *Siempre*. Por otro lado, el análisis factorial exploratorio reveló la unidimensionalidad de la escala que subyace a los ocho ítems, siendo este único factor de tolerancia a la frustración el que explica el 48.68% de la varianza del constructo. La fiabilidad se calculada por medio del coeficiente omega, resultando ser buena ( $\omega = .80$ ;  $IC = 0.77, .82$ ).

## **2.4. Procedimiento**

Para recolectar la información, se envió una carta formal a la institución educativa, solicitando la autorización para aplicar los instrumentos a los alumnos con TDAH entre 9 y 12 años dentro de sus instalaciones. Luego se envió el consentimiento informado, el cual fue firmado por la directora del centro en una reunión establecida para explicar el objetivo de la investigación y garantizar el

proceso de confidencialidad de datos de los alumnos. Posteriormente, con el apoyo de la psicóloga de primaria, se elaboró una lista de alumnos que pertenecían a la muestra requerida y se realizó un horario de aplicación por grados, donde en dos días de visita se pudo culminar la aplicación. De esta manera, los alumnos se encontraban en una aula y procedían a responder ambos cuestionarios, luego de brindarles las indicaciones a manera grupal. El tiempo estimado de respuesta por cada grupo de alumnos fue entre 15 a 20 minutos.

## **2.5. Análisis de datos**

Para el análisis de los datos, se utilizó el programa estadístico de acceso libre R en su entorno Rstudio. Inicialmente, se revisó la normalidad de los datos mediante el coeficiente Shapiro-Wilk, el cual demostró la no-normalidad de los datos; por ende, se utilizó una medida robusta como Pearson Winzorizado ( $r_w$ , Tuğran, Kocak, Mirtagioglu, Yiğit, & Mendes, 2015); que tiene beneficios en muestras pequeñas (Ventura-León, 2020) donde,  $r_w \geq .10$  pequeño;  $r_w \geq .30$  mediano;  $r_w \geq .50$  grande (Cohen, 1988). Además, para las comparaciones se utilizó la U Man-Whitney con la probabilidad de superioridad ( $PSest$ ) como medida del efecto, donde (Ventura-León, 2016): Pequeño ( $PSest \geq .56$ ); mediano ( $PSest \geq .64$ ) y grande ( $PSest \geq .71$ ).

### CAPÍTULO III: RESULTADOS

En la Tabla 3, se presenta los estadísticos descriptivos de las variables en estudio. Se observa que la media aritmética robusta (Trimmed) oscila entre 4.60 a 17.90 en las variables. Respecto a la variabilidad se observa que las puntuaciones de depresión son bastante dispersas ( $DE = 7.79$ ); mientras que, Disforia tiene la menor variabilidad. Además, se evidencia que todas las variables tienen una asimetría positiva, que implica una tendencia a puntuaciones bajas. En relación con la curtosis, se observa mayor cantidad de agrupación al centro de la media en la variable autoestima negativa.

Tabla 3

*Estadísticos descriptivos de tolerancia a la frustración, depresión y sus dimensiones en la muestra total*

| Variabes            | Trimmed | DE   | Min. | Max.  | g1   | g2    | %  |
|---------------------|---------|------|------|-------|------|-------|----|
| Tolerancia          | 17.90   | 5.83 | 8.00 | 33.00 | 0.43 | -0.23 | 54 |
| Disforia            | 4.60    | 3.69 | 0.00 | 19.00 | 1.13 | 1.61  | 24 |
| Autoestima negativa | 5.63    | 4.53 | 0.00 | 25.00 | 1.39 | 3.36  | 23 |
| Depresión           | 10.33   | 7.79 | 1.00 | 44.00 | 1.37 | 3.34  | 24 |

*Nota:* Trimmed = Media aritmética robusta; DE = Desviación Estándar; Min. = Mínimo; Max. = Máximo; g1 = asimetría; g2 = Curtosis; % = Porcentaje de rendimiento.

En la Tabla 4, se presenta las correlaciones entre las variables en estudio. Se observa que la relación entre depresión y tolerancia puede ser considerada grande ( $r_w = .51$ ). Respecto a las dimensiones de depresión, disforia presenta la

mayor correlación ( $r_w = .47$ ) respecto a autoestima negativa ( $r_w = .43$ ) y ambas se ubican en categoría moderada correlación.

Tabla 4

*Correlación entre Tolerancia a la Frustración, Depresión y sus dimensiones (n=60)*

|                     | Tolerancia a la frustración |
|---------------------|-----------------------------|
| Depresión           | .51                         |
| Disforia            | .47                         |
| Autoestima negativa | .43                         |

En la Tabla 5, se presenta la comparación entre las variables en estudio y la toma de medicación. Se observa que los niños y niñas sin medicación presentan puntuaciones más grandes, en relación a todas las variables del grupo que no presenta medicación. Sin embargo, la magnitud de la diferencia entre los grupos no es lo suficientemente grande como para indicar que, al menos existe un pequeño efecto ( $PSest > .56$ ).

Tabla 5

*Comparación entre depresión y tolerancia a la frustración de acuerdo la toma de medicación*

| Dimensiones                 | Sin medicación<br>(n = 42) | Con medicación<br>(n = 18) | <i>U</i> | <i>PSest</i> |
|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------|--------------|
| Disforia                    | 31.38                      | 28.44                      | 341.00   | .45          |
| Autoestima negativa         | 31.20                      | 28.86                      | 348.50   | .46          |
| Depresión                   | 31.39                      | 28.42                      | 340.50   | .45          |
| Tolerancia a la Frustración | 30.83                      | 29.72                      | 364.00   | .48          |

*Nota: U = U Man-Whitney, PSest = Probabilidad de Superioridad*

En la Tabla 6, se presenta la comparación entre las variables en estudio según el sexo. Se observa que la niñas presentan puntuaciones más grandes en todas las variables del grupo, en relación a los niños; sin embargo, la magnitud de la diferencia entre los grupos no es lo suficientemente grande como para indicar que, al menos existe un pequeño efecto ( $PSest > .56$ ).

Tabla 6

*Comparación entre depresión y tolerancia a la frustración de acuerdo con el sexo*

| Dimensiones                 | Mujer<br>(n = 21) | Hombre<br>(n = 39) | <i>U</i> | <i>PSest</i> |
|-----------------------------|-------------------|--------------------|----------|--------------|
| Disforia                    | 38.55             | 26.17              | 240.50   | .29          |
| Autoestima negativa         | 40.60             | 25.06              | 197.50   | .24          |
| Depresión                   | 39.71             | 25.54              | 216.00   | .26          |
| Tolerancia a la Frustración | 32.43             | 29.46              | 369.00   | .45          |

*Nota: U = U Man-Whitney, PSest = Probabilidad de Superioridad*

## CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

El propósito del presente estudio fue determinar la relación que existe entre la presencia de sintomatología depresiva y tolerancia a la frustración en niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en una institución educativa de Lima Metropolitana. Los resultados sugieren que entre ambas variables existe una relación grande ( $r_w=.51$ ) y entre las dimensiones de depresión y tolerancia a la frustración, se aprecia una relación moderada ( $r_w=.47$  en disforia,  $r_w=.43$  en autoestima negativa). Estos hallazgos confirman la hipótesis de investigación. Entonces, la presencia de tristeza, ausencia del disfrute de la vida, sentimientos de inadecuación y autoestima negativa se relacionan con la capacidad para soportar o resistir un evento adverso en niños con TDAH (Del Barrio, 2013; Wilde, 2012). Si bien no existe evidencia empírica previa, esta relación ha sido planteada teóricamente por algunos autores, quienes refieren que la baja tolerancia a la frustración, genera en el niño tristeza e ira (Martinez & Bouquet, 2007; Ortuño, 2016). De ese modo, este estudio se convierte en uno de los primeros que respalda estos postulados teóricos. Además, se sabe que la baja tolerancia a la frustración, es un sentimiento que se presenta comúnmente en los niños con TDAH (Ortuño, 2016; Ventura-León et al., 2018) porque tienen dificultades de autocontrol y autoregulación (Depues et al., 2010), que de acuerdo con estudio previos tienen su origen en explicaciones neuropsicológicas, indicando que un menor volumen en

áreas de la región prefrontal afectan el autocontrol y autorregulación (Perlman et al., 2014; Barkley, 2011). Este tipo de estudio ha producido que el enfoque en la conducta de niños con TDAH sea más biológico; a pesar que, aspectos emocionales como la inestabilidad y autoestima negativa repercuten en las experiencias escolares de forma negativa (Barkley, 2011; Franco, 2012; Orjales, 2012; Mrug et al., 2012; López & Romero, 2013; Cuellar, 2015). Entonces, existe un círculo de impacto emocional que acontece en el diagnóstico del TDAH, donde las características como la baja capacidad de autorregulación emocional, dificulta su tolerancia a la frustración y a su vez, se asocian sentimientos de inadecuación y disforia, por los errores que manifiestan, ya sea en el ámbito académico como socioemocional (Barkley, 2011; López et al., 2013; Seymour et al., 2016).

Respecto a la diferencia entre las puntuaciones promedio de los síntomas depresivos y la tolerancia a la frustración en niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en una institución educativa de Lima Metropolitana de acuerdo con la toma de medicación. Los resultados sugieren que a pesar de que los niños y niñas sin medicación presentan puntuaciones más altas en todas las variables, que aquellos con medicación, la diferencia no es lo suficientemente grande como para indicar, al menos un pequeño efecto ( $P_{\text{sest}} > .56$ ). Estos resultados confirman parcialmente la hipótesis de investigación. Es así que, la ingesta de medicación impacta mínimamente en la presencia de sentimientos de tristeza, inadecuación y capacidad para soportar un evento adverso (Del Barrio, 2013; Wilde, 2012). Estos hallazgos coinciden los resultados de Miranda et al., (2012) donde el aspecto emocional, en este caso, ansiedad, no presenta un gran

impacto por la ingesta de medicación; no obstante, los síntomas principales del TDAH sí demuestran una disminución. Es así que, las variables de estudio no son afectadas por la medicación recetada para el trastorno, en tanto, éstos fármacos presentan como efecto, acciones específicas para controlar a nivel cerebral los aspectos cognitivos como la inatención, organización e hiperactividad (Diez, Figueroa & Soutullo, 2006; Miller & Hinshaw, 2012) y por lo tanto, no tiene un impacto moderado o grande en la tolerancia la frustración y depresión.

Al analizar las puntuaciones promedio de los síntomas depresivos y la tolerancia a la frustración en niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en una institución educativa de Lima Metropolitana de acuerdo con el sexo. Los resultados advierten que a pesar de que las niñas putúan más alto en todas las variables, en relación con los niños, la diferencia no es lo suficientemente grande como para indicar, al menos un pequeño efecto ( $P_{\text{sest}} > .56$ ). Estos resultados confirman parcialmente la hipótesis de investigación, de manera que, el sexo impacta mínimamente en la presencia de sentimientos de tristeza, inadecuación y capacidad para soportar un evento adverso (Del Barrio, 2013; Wilde, 2012). Estos hallazgos coinciden con Reategui y Vargas (2008), donde los niños y niñas con TDAH presentaban síntomas depresivos, encontrándose puntajes más altos en las niñas; sin embargo, las diferencias no son estadísticamente significativas. Lo anterior, revela que el sexo parece no interferir en aspectos emocionales en la niñez.

Finalmente, cabe mencionar que los niños y niñas en su mayoría, tienden a ser más intolerantes (54%) y el resto de ellos posiblemente evidencien mayor

tolerancia, debido a que han recibido tratamiento psicológico o se encuentran medicados. Por el contrario, en el caso de la depresión, suelen puntuar bajo y solo un 24% exhibe puntuaciones altas; es decir que, la mayoría no tienden a evidenciar depresión, lo cual podría deberse a que se encuentra en una institución educativa especializada para su trastorno y cuentan con un gran apoyo emocional.

A pesar de los hallazgos encontrados, el presente estudio tiene las siguientes limitaciones. Primero, la cantidad de hombres y mujeres no es homogénea, por lo que, al realizar la comparación, la diferencia puede haber influido en los resultados obtenido. Segundo, existe una amplia diferencia en la proporción de niños y niñas que reciben medicación, pudiendo también influir en los resultados. Tercero, se encuentra escasa información acerca de la variable tolerancia a la frustración, conllevando a un apoyo sobre hipótesis y no en hechos empíricos; sin embargo, posteriormente con la culminación de este estudio se podrán considerar. Cuarto, la población se centra en una institución educativa de un distrito específico con un nivel socioeconómico medio-alto, lo que limita la generalización de los datos a otras zonas del país.

## CONCLUSIONES

- 1) La relación entre la presencia de depresión y tolerancia a la frustración en niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en una institución educativa de Lima Metropolitana es grande ( $r_w=.51$ ), mientras que, entre las dimensiones de depresión y tolerancia a la frustración, se aprecia una relación moderada ( $r_w=.47$  en disforia,  $r_w=.43$  en autoestima negativa). Ello indica que, las características del TDAH como la baja capacidad de autorregulación emocional, dificulta su tolerancia a la frustración, asociándose sentimientos de inadecuación y disforia por los errores que cometen en el ámbito académico y socioemocional.
- 2) La diferencia entre las puntuaciones promedio de los síntomas depresivos y la tolerancia a la frustración en niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en una institución educativa de Lima Metropolitana de acuerdo con la toma de medicación no es lo suficientemente grande como para indicar, al menos un pequeño efecto ( $P_{sest} > .56$ ), a pesar que ello, los niños sin medicación puntúan más alto. Esto, debido a que estos fármacos presentan efectos neurobiológicos, más no tienen un impacto moderado o grande en la emocionalidad.

- 3) La diferencia entre las puntuaciones promedio de los síntomas depresivos y la tolerancia a la frustración en niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en una institución educativa de Lima Metropolitana de acuerdo con el sexo, no es lo suficientemente grande como para indicar, al menos un pequeño efecto ( $P_{sest} > .56$ ), a pesar de que, las niñas puntúan más alto en todas las variables. Ello implica que el sexo parece no interferir en las variables en estudio.
  
- 4) En términos generales, los niños y niñas con TDAH, tienden a ser más intolerantes (54%); que depresivos (24%). Sin embargo, esta diferencia entre la sintomatología depresiva e intolerancia puede deberse a la educación especializada que reciben los niños en estudio.

## RECOMENDACIONES

- 1) Buscar la equivalencia de acuerdo con el sexo (varones y mujeres); al menos, si se piensa comparar puntuaciones de tolerancia a la frustración y depresión.
- 2) Controlar la proporción de niños sin medicación, porque bajo esta condición los niños con TDAH tienen mayor dificultad para mantenerse atentos, lo que puede influir en las respuestas a un test de lápiz y papel.
- 3) Es necesario continuar investigando la relación entre las variables en estudio, para incrementar las evidencias empíricas, porque a la fecha de estudio se cuenta con más información teórica.
- 4) Los niños con TDAH del estudio proceden de un nivel socioeconómico medio-alto, se recomienda explorar las variables en estudio en niveles socioeconómicos bajos.

## REFERENCIAS

- Abello, D., Cortés, O., Barros, O., Mercado, S. y Solano, D. (2014). Prevalencia de depresión infantil en colegios oficiales de Barranquilla. *Tesis Psicológica*, 9(1),190-201.
- Ahlen, J. y Ghaderi, A. (2017). Evaluation of the Children´s Depression Inventory-Short Version (CDI-S). *Psychological Assessment*, 29 (9), 1157-1166. doi: 10.1037/pas0000419
- Alarcón, R. (2013). *Métodos y diseños de Investigación del comportamiento*. Lima, Perú: Editorial Universitaria
- Albert, J., López-Martín, S., Fernández-Jaén, A., y Carretié L. (2008). Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: Datos existentes y cuestiones abiertas. *Revista Neurología*, 47(1), 39-45.
- Alonso, E., Diz, L., Fernández, M. A., García, L., & Giachetto, G. (2015). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): controversias terapéuticas. *Anales De La Facultad De Medicina, Universidad De La República, Uruguay*, 2, 36-47.
- American Psychiatric Publishing (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Chicago, Estados Unidos: Autor.
- Ato, M., Lopez, J. J., & Benavente, A. (2013). A classification system for research designs in psychology. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059.

- Arévalo, E. (2008). Adaptación y estandarización del CDI, para las ciudades de Trujillo, Chiclayo y Piura. {s.n.}.
- Barahona, L.M. y Alegre, A.A. (2016). Inteligencia emocional y TDAH: Un análisis comparativo en estudiantes de Lima Metropolitana. *Revista de Psicología Educativa*, 4(1), 1-21. doi: 10.20511/pyr2016.v4n1.87
- Barkley, R.A. (s.f.). *Russell A. Barkley, Ph.D. Dedicated to Education and Research on ADHD*. Recuperado de <http://www.russellbarkley.org/contact.html>
- Barkley, R.A. (2005). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*, 3.a ed. Nueva York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (2011). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Guía completa del trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*. Madrid: Paidós.
- Barkley, R. A. (2013). *Tomar el control del TDAH en la edad adulta*. Barcelona: Octaedro.
- Cánovas, A. (2017). *Ansiedad, autoconcepto y rendimiento académico en adolescentes con trastorno de hiperactividad* (tesis doctoral). Universidad de Murcia, España.
- Carboni, A. (2011). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(3),95-131.
- Castellanos, F.X, Lee, P.P, Sharp, W., Jeffries, N.O., Greenstein, D.K., Clasen, L.S., et al. (2002). Developmental trajectories of brain volume abnormalities in

children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Medical Association*, 288, 1740-1748.

Castellanos, F. X. & Proal, E. (2012). Large-scale brain systems in ADHD: beyond the prefrontal–striatal model. *Trends in cognitive sciences*, 16(1), 17-26.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2a ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum. doi: 10.4324/9780203771587

Coon, D. & Mitterer, J.O. (2007). *Introduction to psychology: Gateways to mind and behavior* (11th Ed.). Estados Unidos: Wadsworth.

Cuellar, C. (2015). Propuesta para trabajar las habilidades socioemocionales en niños con TDAH con presentación combinada. (Tesis Pre-grado). Universidad de Valladolid: España.

Cuenya, L., Fosachea, S.E., & Mustaca, A. (2013). Diferencias individuales en las respuestas de frustración. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 5 (3), 3-14.

Depue, B. E., Burgess, G. C., Willcutt, E. G., Ruzic, L., & Banich, M. T. (2010). Inhibitory control of memory retrieval and motor processing associated with the right lateral prefrontal cortex: evidence from deficits in individuals with ADHD. *Neuropsychologia*, 48(13), 3909-3917.

Del Barrio, V. (2000). *La depresión infantil. Factores de riesgo y posibles soluciones*. Málaga: Aljibe.

Del Barrio, V. (2005). *Emociones infantiles – Evolución, evaluación y prevención*. Madrid: Pirámide.

- Del Barrio, V. & Carrasco, M.A. (2004). *Adaptación del CDI, Inventario de depresión infantil de Maria Kovacs*. Madrid, TEA.
- Del Barrio, V., & Carrasco, M. (2013). *Depresión en niños y adolescentes*. Madrid: Síntesis.
- Díez, A., Figueroa, A., & Soutullo, C. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 8 (4), 135-155.
- Dos Santos, T. & Benevides, A. (2014). Habilidades sociais e frustração em estudantes universitários de medicina. *Ciencias Psicológicas*, 8(2), 163-172.
- Dupaul, G., & Stoner, G. (2014). *ADHD in Schools. Assessment and intervention strategies*. Estados Unidos: The Guilford Press
- Foley-Nicpon, M., Rickels, H., Assouline, S. G., & Richards, A. (2012). Self-esteem and self-concept examination among gifted students with ADHD. *Journal for the Education of the Gifted*, 35(3), 220-240.
- Fontana, M. y Ávila, J. (2015). Eficacia de un programa conjunto de desarrollo de la inteligencia emocional para padres e hijos con TDAH. *Perspectiva Educativa, Formación de Profesores*, 54 (2).
- Franco, A. (2012). Temas Controversiales en el TDAH. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 12 (2), 100-105.

- Galarza, C. (2016). La cara oculta del TDAH. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 6 (1), 226-253.
- Garre, M. I., Robles, F. y Vicente, M. (2010). *Guía de Práctica Clínica de los Trastornos Depresivos* (Guía de práctica clínica, Servicio Murciano de Salud) Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf>
- García- Castelar, R., Presentación-Herrero, M.J., Siegenthaler-Hierro, R., y Miranda-Casas, A. (2006). Estado sociométrico de los niños con Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad subtipo combinado. *Revista Neurología*, 42(2), 13-18.
- González, M. P., Rodríguez, C., Fernández, M. S., Cabeza, M. L., y Álvarez Pérez, L. (2014). Competencias matemáticas y control ejecutivo en estudiantes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad y dificultades de aprendizaje de las matemáticas. *Revista de Psicodidáctica*, 19 (1), 125-143.
- Janin, B. (2017). *Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad*. Buenos Aires: Noveduc.
- Jiang, Y. & Johnston, C. (2013). Co-occurring Aggressive and Depressive Symptoms as Related to Overestimations of Competence in Children with Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder. *Clin Child Fam Psychol Rev*, (17), 157-172. doi: 10.1007/s10567-013-0158-7
- Jibeen, T. (2013). Frustration Intolerance Beliefs as Predictors of Emotional Problems in University Undergraduates. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 31, 16–26. doi: 10.1007/s10942-012-0154-8

- Kamenetzky, G. V., Cuenya, L., Elgier, A. M., López Seal, F., Fosachea, S., Martín, L., & Mustaca, A. E. (2009). Respuestas de frustración en humanos. *Terapia Psicológica*, 27(2), 191-201. doi:10.4067/S0718-48082009000200005
- Kitchens, S.A., Rosen, L. A., & Braaten, E.B. (1999). Differences in anger, aggression, depression and anxiety between ADHD and non-ADHD children. *Journal of Attention Disorders*, 3, 77-83.
- Lavigne, R. y Romero, J.F. (2012). *El TDAH. ¿Qué es?, ¿Qué lo causa?, ¿Cómo evaluarlo y tratarlo?*. Madrid: Ediciones Pirámides.
- López, C., Alcántara, M. V., Fernández, V., Castro, M., & López, J. A. (2010). Characteristics and prevalence of anxiety disorders, depression and somatic complaints in a 8 to 12 years old child clinical sample using the CBCL (Child Behavior Checklist). *Anales De Psicología*, 26(2), 325-334. Recuperado de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/109301>
- López-Martín, S., & Albert, J., & Fernández-Jaén, A., & Carretié, L. (2010). Neurociencia afectiva del TDAH: Datos existentes y direcciones futuras. *Escritos de Psicología - Psychological Writings*, 3 (2), 17-29.
- López, J.A. & Ruiz, F. (2006). Dimensiones depresivas en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anales de psiquiatría*, 22(6), 271-281.
- López, C. & Romero, A. (2013). *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia. Clínica, diagnóstico, evaluación y tratamiento*. Madrid: Ediciones Pirámide.

- Martínez, A., & Bouquet, R. (2007). Tristeza, Depresión y Estrategias de Autorregulación en Niños. *Tesis Psicológica*, (2), 35-47. Madrid: Ediciones Pirámides.
- Martínez, M., Henao, G., & Gómez, L. (2009). Comorbilidad del trastorno por déficit de atención e hiperactividad con los trastornos específicos del aprendizaje. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38 (1), 178-194.
- Mejía, C., y Cifuentes, V. V. (2015). Comorbilidad de los trastornos de lectura y escritura en niños diagnosticados con TDAH. *Psicología desde el Caribe*, 32(1), 121-143.
- Miller, M., & Hinshaw, S. (2012). *TDAH y Tratamiento. University of California*. Recuperado de <http://ceril.net/index.php/articulos?id=318>
- Ministerio de salud. (2019). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad afecta más a hombres que a mujeres. Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/>
- Miranda, A., Fernández, M. I., Roselló, B., & Colomer, C. (2012). Evolución de los síntomas del TDAH y problemas asociados: efectos del tratamiento farmacológico. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1),93-103.
- Morrison, J. (2014). *DSM-5. Guía para el diagnóstico clínico*. México: Manual Moderno.
- Mrug, S., Molina, B. S., Hoza, B., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Hechtman, L., & Arnold, L. E. (2012). Peer rejection and friendships in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: contributions to long-term outcomes. *Journal of*

*abnormal child psychology*, 40(6), 1013–1026.  
<https://doi.org/10.1007/s10802-012-9610-2>

Ortuño, A. (2016). *Manual para el alumno o alumna. Cómo fomentar el autocontrol y la tolerancia a la frustración los hijos e hijas*. Madrid: CEAPA

Oliva, A., Antolin, L., Pertegal, M., Rios, M., Parra, A., Hernando, A., & Reina, M. (2011). *Instrumentos para la evaluación de la salud mental y el desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven*. Sevilla: Consejería de Salud.

Orjales, I. (2004). Impacto y detección de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de investigación aplicada y experiencias educativas*, 10. 11-20.

Orjales, I. (2012). *TDAH. Elegir colegio, afrontar los deberes y prevenir el fracaso escolar*. Madrid: Ediciones Pirámides.

Orjales, I. (2013). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad. (Recuperado de <http://www.um.es/lafem/Actividades/2012-13/Plenarias/Orjales/TDAH.pdf> )

Perlman, S. B., Luna, B., Hein, T. C., & Huppert, T. J. (2014). fNIRS evidence of prefrontal regulation of frustration in early childhood. *Neuroimage*, 85, 326-334.

Polanczyk, G.V., Willcutt, E.G., Salum, G.A., Kieling, C. & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic

review and meta-regression analysis. *International journal of epidemiology*, 43(2), 434-442.

Quintero, J. y Castaño de la Mota, C. (2014). Introducción y etiopatogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Pediatría Integral*, XVII (9), 600-608.

Real Academia Española (2014). Diccionario de la Lengua Española. Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=ZyZDjRx>

Reátegui, D., & Vargas, H. (2008). Síntomas depresivos en pacientes con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Médica Herediana*, 19 (3), 96-101.

RENATI. (2020). Registro Nacional de Trabajos de investigación. Recuperado de <http://renati.sunedu.gob.pe/>

Rivera, O., Martínez, A. & Pérez, J.A. (2005). Comparación de la sintomatología internalizante y externalizante en un grupo de niños y niñas con y sin Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 16 (1), 27-50.

Rodillo, B. E. (2015). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 52-59.

Rodríguez, C., Álvarez, L., González-Castro, P., Núñez, J., González - Pienda, J., Álvarez, D., Bernardo, A. & Cerezo, R. (2009). El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad TDAH. Pasado y Futuro Educativo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3 (1), 81-88.

- Roy, A, Oldehinkel, A.J, Verhulst, F.C, Ormel, J, & Hartman, C.A. (2014). Anxiety and disruptive behavior mediate pathways from attention-deficit/ hyperactivity disorder to depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(2). doi:10.4088/JCP.13m08648
- Santrock, J. (11a. Ed.). (2007). *Desarrollo Infantil*. México: McGraw-Hill.
- Sciberras, E., Mulraney, M., Silva, D., y Coghill, D. (2017). Prenatal risk factors and the etiology of ADHD—review of existing evidence. *Current psychiatry reports*, 19(1).
- Seymour, K. E., Macatee, R., & Chronis-Tuscano, A. (2016). Frustration Tolerance in Youth with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 1-11. doi:10.1177/1087054716653216
- Soutullo, C., & Álvarez-Gómez, M.J. (2013). Bases para la elección del tratamiento farmacológico en el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad. *Revista Neurología*, 56 (1), 119-129.
- Teicher, M.H., Anderson, C.M. y Polcari, A. (2000). Functional deficits in children with attention deficit hyperactivity disorder shown with functional magnetic resonance imaging relaxometry. *Nature Medicine*, 6, 470-474.
- Tirado-Hurtado, B., & Salirrosas-Alegría, C., & Armas-Fava, L., & Asenjo-Pérez, C. (2012). Algunos factores relacionados con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños en edad escolar del distrito de Trujillo, Perú.. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 75 (3), 77-84.

- Tochoy, P. y Chaskel, R. (2014). Depresión en niños y adolescentes. *CCAP*, 15 (1), 30-37.
- Tuğran, E., Kocak, M., Mirtagioğlu, H., Yiğit, S., & Mendes, M. (2015). A simulation based comparison of correlation coefficients with regard to type I error rate and power. *Journal of Data Analysis and Information Processing*, 3(03), 87.
- Wilde, J. (2012). The Relationship between Frustration Intolerance and Academic Achievement in College. *International Journal of Higher Education*, 1(2), 1-8. Recuperado de <https://eric.ed.gov/?id=EJ1057184>
- Velarde, M.M., Vattuone, J.A., Gomez, M.E. y Vilchez, L. (2017). Nivel de conocimiento sobre trastorno por déficit atención con hiperactividad en médicos del servicio rural y urbano marginal de salud en Lima, Perú. *Rev Neuropsiquiatr*, 80 (1), 1-11.
- Vélez-Álvarez, C., & Vidarte Claros, J. (2012). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), una problemática a abordar en la política pública de primera infancia en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 14 (2), 113-128.
- Ventura-León, J. L. (2016). Tamaño del efecto para la U de Mann-Whitney: aportes al artículo de Valdivia-Peralta et al. *Revista de Neuro-psiquiatria*, 54(4), 353-354.
- Ventura-León, J., Caycho-Rodríguez, T., Vargas-Tenazoa, D. & Flores-Pino, G. (2018). Adaptación y validación de la Escala de Tolerancia a la Frustración (ETF) en niños peruanos. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 5. 23-29. doi:10.21134/rpcna.2018.05.2.3.

Ventura-León, J. (2020). Pearson Winsorizado: un coeficiente robusto para las correlaciones con muestras pequeñas. *Revista Chilena de Pediatría*, 91(4).  
Publicación Anticipada

Weinberg, W, Rutman, J., Sullivan, L., Penick, E.C. & Dietz, S.G. (1973). Depression in children referred to an educational diagnostic center: Diagnosis and Treatment. *The Journal of Pediatrics*, 83 (6). 1065-1072.

## **ANEXOS**

## Anexo A

### Ficha Sociodemográfica

#### Datos personales:

1. Sexo:            Masculino ( )      Femenino ( )
2. Edad:
3. Fecha de nacimiento:
4. Grado de instrucción:
5. Diagnóstico médico:
6. Recibe medicación: Sí ( ) No ( )

## Anexo B

### Escala de Tolerancia a la Frustración (ETAF) – Ventura-León et al. (2018)

#### ETAF

Lee cada una de las siguientes frases y selecciona UNA de las 5 respuestas, la que sea más apropiada para ti. Selecciona el número (del 1 al 5) que corresponde a la respuesta que elegiste y márcala. Si alguna de las frases no tiene nada que ver contigo, igualmente responde teniendo en cuenta cómo te sentirías, pensarías o actuarías en esa situación

|  | <b>Nunca</b> | <b>Pocas veces</b> | <b>A veces</b> | <b>Muchas veces</b> | <b>Siempre</b> |
|--|--------------|--------------------|----------------|---------------------|----------------|
|  | 1            | 2                  | 3              | 4                   | 5              |
| 1 Me resulta difícil controlar mi enojo.                     | 1            | 2                  | 3              | 4                   | 5              |
| 2 Algunas cosas me enfadan mucho                             | 1            | 2                  | 3              | 4                   | 5              |
| 3 Me peleo con la gente.                                     | 1            | 2                  | 3              | 4                   | 5              |
| 4 Tengo mal carácter   | 1            | 2                  | 3              | 4                   | 5              |
| 5 Me enfado con facilidad.                                   | 1            | 2                  | 3              | 4                   | 5              |
| 6 Cuando me enfado con alguien lo hago durante mucho tiempo. | 1            | 2                  | 3              | 4                   | 5              |
| 7 Me resulta difícil esperar mi turno                        | 1            | 2                  | 3              | 4                   | 5              |
| 8 Cuando me enfado, actúo sin pensar                         | 1            | 2                  | 3              | 4                   | 5              |