

# ESTILOS ATRIBUCIONALES Y AUTOESTIMA EN HIPERACTIVIDAD INFANTIL

I. ORJALES VILLAR; A. POLAINO-LORENTE  
Universidad Complutense de Madrid

## Resumen

Se trataron de evaluar las diferencias en el estilo atribucional y la autoestima entre un grupo experimental de niños con Desorden por Déficit de atención con Hiperactividad (DDAM) y dos grupos control: a) normales (N = 17), y b) hiperactivos depresivos (N = 7). Los resultados muestran que los niños con DDAH tienen una autoestima inferior (no significativamente) a la de los niños normales, pero superior a la de los niños hiperactivos depresivos ( $p < 0,05$ ). Por otra parte, se observó una tendencia no significativa a la externalización de las atribuciones respecto a las buenas y malas notas en el grupo DDAH respecto al grupo normal. Una vez obtenidos estos resultados, el grupo DDAH se dividió en dos grupos de intervención. Uno recibió un tratamiento cognitivo-conductual y el otro un programa de refuerzo de los aprendizajes básicos. La aplicación de los programas de intervención no produjo modificaciones en la autoestima de los niños DDAH. Respecto al estilo atribucional, se constató una tendencia (no significativa) hacia la internalización causal de las buenas y malas notas en el grupo que recibió el programa de apoyo a los aprendizajes básicos. El grupo cognitivo-conductual mostró una tendencia a la externalización que en el caso de las malas notas llegó a ser significativa ( $p < 0,05$ ).

**Palabras clave:** Hiperactividad, atención, autoestima, depresión, déficit, estilo atribucional.

## Abstract

We have evaluated the differences in self-esteem and causal attribution levels in a children test group of: children with Attention Deficit Disorder and Hyperactivity (ADDH) (N = 3) and two control groups: a normal group (N = 17) and a group of hyperactive depressed children (N = 7). The results show that in the ADDH group, the self-esteem level was worse than that in the normal group (not significant level). However, it was better than of the hyperactive depressed group ( $p < 0,01$ ). The ADDH group showed an insignificant tendency to have external attributes about good and bad marks when compared to the normal group. Once the above mentioned results were obtain, the ADDH group was divided into two intervention groups. The first received a cognitive-behavioral treatment while the second, a basic instrumental training treatment. The interventions programs application did not produce modifications in the ADDH childrens self-esteem levels. With respect to attributional style, the group who received the basic instrumental training treatment showed an insignificant tendency to have internal casual attributions about their good and bad marks. The cognitive behavioral group showed a tendency to have external causal attributions which were significant with respect to the bad marks ( $p < 0,05$ ).

**Key words:** Hyperactivity, attention, self-esteem, depression, deficit, causal attribution.

## Introducción

En numerosas ocasiones, la existencia de déficits en el procesamiento de la información y el fracaso en la interacción social del niño hiperactivo se ha atribuido a factores como la inadaptación social (Hinshaw, Henker y Whalen, 1984), La ausencia de

habilidades eficaces para la solución de problemas sociales e incluso al fracaso académico (Tant y Douglas, 1982). En este sentido, numerosos investigadores han llamado la atención sobre la existencia de baja autoestima y atribuciones externas en estos niños, de tal manera que el éxito o fracaso sería percibido por ellos como algo externo que cae fuera

de su propio control (Linn y Hodge, 1982; Rosenbaum y Baker, 1984). De acuerdo con las investigaciones de Nowicki y Strickland (1973) que constatan la evolución natural del *locus* de control, de externo a interno, en función de la edad y madurez de los niños, cabría preguntarse si estos resultados indican falta de madurez en el niño hiperactivo.

No disponemos de investigaciones que desvelen cuál es la evolución del estilo atribucional y la autoestima en el niño hiperactivo. Sin embargo, en el estudio de Hechtman, Wiss, Perlman, Hopkins y Wener (1979), podemos observar que las autoevaluaciones de los hiperactivos adultos demuestran una menor autoestima que las de los adultos normales. La autoestima es entendida aquí en el sentido de encontrarse bien, capacidad de adquirir responsabilidades, socialización, autocontrol, buenas impresiones y eficiencia intelectual (Hechtman et al., 1979), peculiaridades que, aunque no son identificables con el *locus* de control, sí tienen mucho que ver con él. Por eso precisamente, cabría otro planteamiento: si la baja autoestima y el predominio de atribuciones causales externas pueden ser consecuencia de la multitud de experiencias de fracaso a que se ve sometido el niño hiperactivo durante sus años escolares. Probablemente la realidad implique a ambas hipótesis.

Concedemos especial importancia al estudio de las atribuciones de los niños hiperactivos por considerar fundamental la influencia que éstas puedan tener en la eficacia e incluso en la elaboración de los programas de intervención pertinentes. Así, por ejemplo, Bendall, Tollefson y Fine (1980) informaron que adolescentes con problemas de aprendizaje y *locus* de control externo obtenían mejores resultados en condiciones de refuerzo altamente estructurado, frente a niños con *locus* de control interno. Bugental, Whalen y Henker (1977), por su parte, sostienen que los niños con estilo atribucional externo para el rendimiento en pruebas académicas se beneficiarían en mayor grado de programas basados en la utilización de contingencias externas, mientras que los niños con atribuciones internas obtendrían mayor beneficio de procedimientos basados en el autocontrol. Los resultados de esta investigación mostraron que la intervención en autocontrol producía una disminución significativa del número de errores en el Porteus Maze en niños con percepción causal interna y en los niños no medicados, frente al grupo de niños con atribuciones causales externas, recibieran o no éstos medicación.

Tras un seguimiento de seis meses, Bugental, Collins, Collins y Chaney (1978) informaron que la intervención en autocontrol produjo, a largo plazo, un incremento significativo de la percepción de control personal, mientras que con los procedimientos de intervención con refuerzo social se obtenían mayores beneficios, al menos según la evaluación de la hiperactividad realizada por los profesores.

Con esta investigación hemos querido verificar la existencia de diferencias significativas entre niños hiperactivos y normales en cuanto a la autoestima y el estilo atribucional, además de evaluar si se produ-

cen o no modificaciones en ellas, en función de dos programas de tratamiento diferentes: uno dirigido a la modificación cognitiva del niño hiperactivo y el otro a la mejora del rendimiento académico.

## Método

### Sujetos

El diagnóstico de Desorden por Déficit de Atención con Hiperactividad se realizó en función de los siguientes criterios: 1) cumplir los criterios establecidos por el Manual de Diagnóstico Estadístico (DSM-III, 1980) para el Desorden por Déficit de Atención con Hiperactividad (DDAH); 2) obtener una puntuación típica mayor de 70 en el Cuestionario de Conners para profesores en su versión abreviada (Conners, 1969, 1973); 3) obtener un CI mayor de 90 en la escala de inteligencia de Weschsler para niños (WISC R); 4) no estar recibiendo medicación durante la investigación o haberla recibido durante un periodo de 6 meses antes del inicio de esta investigación; 5) ausencia de diagnóstico asociado de Disfunción Cerebral Mínima o cualquier otro trastorno de índole orgánica o psicopatológica, y 6) obtener un índice de depresión infantil inferior al percentil 75 en el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS; Lang y Tisher, 1978).

De un total de 74 niños evaluados fueron seleccionados para el grupo experimental 30 niños con DDAH (25 varones y 5 niñas) de 7 a 10 años de edad que cursaban escolaridad normal (2.º a 5.º de EGB) en dos centros privados de Madrid. El grupo control estuvo representado por 17 niños (9 varones y 8 niñas), de idéntica edad, que cursaban estudios en los mismos centros.

Al proceder a la selección del grupo con DDAH nos encontramos con un grupo de 7 niños que reunían todos los criterios mencionados antes menos el último. Todos ellos obtuvieron un índice de depresión infantil superior al percentil 75. En el momento de analizar los datos decidimos denominar a este pequeño grupo (N = 7) como grupo hiperactivo depresivo (HD) e incluirlo como control en el estudio diferencial de la autoestima.

Tras esta evaluación inicial el grupo experimental fue dividido en dos grupos de intervención: un grupo recibiría un entrenamiento cognitivo-conductual (ECC = 16) y otro grupo un programa de refuerzo de los aprendizajes básicos (RAB = 14). Se estudiaron las modificaciones de la autoestima y el estilo atribucional de los niños DDAH en función del tratamiento recibido.

## Diagnóstico cognitivo

### Procedimiento

La aplicación de las pruebas cognitivas fue realizada por un equipo de cuatro alumnos universitarios de

segundo ciclo de pedagogía entrenados especialmente para dicho propósito. Los integrantes de este equipo desconocían el diagnóstico inicial que había recibido cada niño y ninguno de ellos participó como terapeuta en la aplicación posterior de los tratamientos de los niños del grupo hiperactivo.

Para determinar el nivel de autoestima de los niños, se utilizó la puntuación del parámetro de autoestima del Cuestionario de Depresión para Niños de Lang y Tisher (1978).

Para la evaluación del estilo atribucional, la escala que se empleó estaba basada en la adaptación realizada por Reid y Borkowski (1978) del «General Personal Causality Questionnaire» elaborado por Bugental et al. (1977). En esta prueba se presentan al niño dos ítems referentes a sus atribuciones respecto a las buenas y malas notas y se le pide que elija entre las cuatro alternativas que se le ofrecen:

- Imagina que sacas mala nota en un examen. ¿A qué crees que se debe?
  - a) Por no haber estudiado.
  - b) Porque el profesor te tenía manía.
  - c) Porque tuviste mala suerte.
  - d) Porque el examen era muy difícil.
- Imagina que sacas una buena nota en un examen. ¿A qué crees que se debe?
  - a) Por haber estudiado mucho.
  - b) Porque le caes muy bien al profesor.
  - c) Porque has tenido buena suerte.
  - d) Porque el examen era muy fácil.

Cada una de estas cuatro alternativas se presentaban escritas en una ficha de cartón. Se le pide al niño que, para cada uno de los ítems, las ordene según les conceda mayor o menor importancia (desde el valor 0, «no le doy ninguna importancia», al valor 3 «le doy mucha importancia»). Las elecciones causales corresponden a las siguientes atribuciones según sean debidas al: a) esfuerzo; b) profesor; c) suerte, y d) dificultad en la tarea. De la corrección de la prueba se obtiene el índice de Percepción de Causalidad (PC) que indica el grado en que el niño atribuye importancia a su esfuerzo frente a elementos externos. Para su obtención, se aplica la fórmula de Bugental et al. (1977):

$$PC = \frac{\text{Esfuerzo (a)} - \text{profesor (b)} + \text{suerte (c)} + \text{dificultad (d)}}{3}$$

Se compararon los resultados obtenidos en autoestima para el grupo DDAH experimental, el grupo control normal y el grupo control hiperactivo depresivo (HD). Se realizó también un estudio diferencial de los estilos atribucionales del grupo DDAH y el grupo normal de control.

## Programas de intervención

### Duración y número de sesiones

La duración y el número de sesiones fue diseñado de forma idéntica para ambos grupos de tratamien-

to. El tratamiento se realizó con carácter intensivo, durante un periodo de 6 semanas, a razón de una sesión diaria de 45 minutos de duración. En total los niños de ambos grupos de tratamiento recibieron 30 sesiones individuales.

Las sesiones se aplicaron dentro del marco escolar, si bien los tiempos de intervención variaron de un colegio a otro. En uno de ellos, las intervenciones se realizaron durante el recreo de mediodía por ser el más largo, mientras que el segundo manifestó especial interés en que los tratamientos no interfirieran el tiempo de ocio de los niños y se realizaron dentro del horario de clase.

## Los terapeutas

De un total de 23 voluntarios, alumnos de segundo ciclo de la Facultad de Educación de la Universidad Complutense, fueron seleccionados ocho para formar el equipo de tratamiento. Los ocho universitarios fueron distribuidos al azar en dos subgrupos de intervención. El primero aplicaría el tratamiento cognitivo-conductual y el segundo un tratamiento tradicional de apoyo a los aprendizajes. Ambos grupos recibieron independientemente un curso de 20 horas de duración que les especializaría en la aplicación de cada tratamiento. Ninguno de los miembros de estos equipos participó en el diagnóstico pre y postest y únicamente recibieron información acerca del tratamiento que les había sido asignado.

## El tratamiento tradicional

Se diseñó el mismo número de sesiones de intervención para ambos grupos de tratamiento (30 en total). El programa de actividades se realizó adoptando el siguiente esquema: 1) intervención en el área matemática; su objetivo consistía en solidificar la base matemática en aquellos niños que presentaban lagunas en esta materia, incidiendo especialmente en el desarrollo lógico y la interpretación y solución de problemas matemáticos; 2) reeducación de la lectura (comprensión y velocidad lectora), y 3) reeducación de la escritura y ortografía.

Para cada niño se elaboró un programa de actividades individualizado, según los resultados encontrados en la aplicación de las Pruebas Psicopedagógicas y Aprendizajes Instrumentales (Cannals, 1988). No se aplicó ningún programa estructurado de contingencias de refuerzo para la realización de las tareas, aunque sí recibieron refuerzo social del terapeuta y se reservó, al final de las sesiones, unos minutos para «jugar» con alguno de los siguientes materiales: los libros de Handford *¿Dónde está Wally?* y los libros de Burston y Graham *El castillo de los horrores*, *La feria del mal* y *La selva del peligro*; el *memory* de la casa Educa o las damas. Las sesiones se realizaron de forma que se asegurase la motivación de los niños de este grupo, tanto como los del grupo cognitivo-conductual. En ningún momento, este grupo de intervención recibió ins-

trucciones específicas para la reducción de la impulsividad o entrenamiento metacognitivo en solución de problemas.

## El tratamiento cognitivo-conductual

Fue diseñado teniendo en cuenta el procedimiento elaborado por Kendall, Padaver y Zupan (1980) para el tratamiento de la hiperactividad infantil, así como el entrenamiento mediacional cognitivo de Meichenbaum y Goodman (1971). Se tuvieron en cuenta los resultados de las investigaciones recogidas en la revisión realizada por Abikoff (1985), Orjales y Polaino-Lorente (1988) y Orjales (1990). A lo largo de las 30 sesiones de intervención se aplicaron las siguientes técnicas: entrenamiento autoinstruccional con un programa definido para el mantenimiento y generalización de autoinstrucciones al aula (aplicación a distintas tareas, utilización de un coterapeuta, presentación de la técnica en el aula, utilización de un cartel de recuerdo y contingencias de refuerzo material aplicadas tras su empleo eficaz), refuerzo social, entrenamiento en estrategias de solución de problemas, entrenamiento en estrategias sociales, técnicas de relajación, autoevaluación y, además, tres técnicas de aplicación colectiva en el aula: el «protagonista de la semana» para la mejora de la autoestima, la «Técnica de la tortuga» (Schneider, 1974) para el autocontrol y el «Autorrefuerzo colectivo» para el control de conductas disruptivas en el aula. De todas estas técnicas resumimos a continuación las que consideramos que pueden influir en mayor medida en la modificación de las conductas aquí analizadas: el entrenamiento atribucional y el «Protagonista de la semana».

El *entrenamiento atribucional* comienza a partir de la séptima sesión y está dirigido a modificar las atribuciones causales de los niños. El procedimiento es el siguiente: al final de cada sesión, el terapeuta elige dos ítems positivos (aciertos) y dos negativos (errores) y anima al niño a responder por qué cree que fracasó o acertó en cada caso. Se refuerza socialmente cuando el niño sugiere alguna posibilidad que pueda ser susceptible de control personal como: «no he estado atento», «sonó un ruido y me distraje», «no me gustaba la tarea y no presté interés», etc.

El «Protagonista de la semana» comienza con el «sorteo», cada semana, de un niño como protagonista. A partir del lunes, el niño elegido es considerado protagonista. Se coloca en la clase una cartulina que hable de él, para que el resto de los niños del aula tengan información de quién es y cómo es su vida, a través de fotos de su familia, su casa, u objetos personales (mascotas, dibujos de cuando era pequeño, etc.). En la cartulina, se reservan tres espacios que llevan por título: «lo que le gusta comer», «le gusta jugar a...» y «cosas buenas de...». En este espacio cada niño de la clase anotará lo que haya observado durante la semana sobre el niño protagonista. Para reforzar la participación del resto de los niños, se les sugiere que pueden anotar, al lado del

comentario, su propio nombre entre paréntesis. Al final de la semana el cartel se descuelga, se recorta y se grapa en forma de álbum que el niño podrá llevarse a casa como recuerdo.

## Resultados

### Autoestima

En lo que se refiere a la valoración de la autoestima medida a través del CDS, los análisis estadísticos realizados no muestran diferencias significativas entre los resultados obtenidos por el grupo DDAH ( $X = 29,1$ ) y el grupo control ( $X = 19,4$ ). Esta subescala del CDS está formulada en términos de aceptación de sentimientos negativos respecto de la propia autoestima, por lo que cuanto más altos son los valores obtenidos, más reflejarán una autoestima más negativa. Teniendo en cuenta este criterio y utilizando las tablas normativas de este test, podemos observar que ambos grupos (hiperactivo no depresivo y control) manifiestan una autoestima altamente positiva (ligeramente inferior en el primero). El grupo hiperactivo depresivo (HD), sin embargo, obtuvo resultados ( $X = 78,5$ ) que reflejan una autoestima significativamente más negativa que los obtenidos por los dos grupos anteriores ( $p < 0,01$ ).

Por otra parte la aplicación de los dos tipos de intervención en el grupo DDAH, no pareció influir significativamente en la autoestima de por sí positiva en este grupo de niños.

### Estilo atribucional

En el caso de las atribuciones causales ante las buenas notas, los resultados no muestran diferencias significativas entre el índice de percepción de causalidad (PC) de los grupos hiperactivo no depresivo y control ( $X = 1,06$  y  $X = 1,25$ , respectivamente). Tampoco alcanzaron significatividad estadística las diferencias obtenidas entre los índices PC obtenidos en ambos grupos en el caso de las malas notas. No obstante, la media del grupo con DDAH ( $X = 0,8$ ) fue inferior a la del grupo control ( $X = 1,41$ ), resultado que apoya la tendencia a la externalización causal de los niños con DDAH, observada en otras investigaciones (Linn y Hodge, 1982; Rosenbaum y Baker, 1984).

El análisis de la distribución de los niños en función de las puntuaciones obtenidas respecto a su percepción causal de las malas notas (recordemos que la puntuación más alta para el índice de causalidad interno es 2 y para el externo es -2) nos muestra que las respuestas de los niños DDAH se dispersan a lo largo del continuo externo-interno, mientras que ningún niño del grupo de control normal obtuvo el índice de causalidad más externo (-2).

En cuanto a los resultados de los análisis realizados antes y después de la aplicación de los programas de intervención podemos decir que respecto a la percepción de causalidad en el caso de las buenas

nas notas el grupo DDAH que recibió el entrenamiento de «apoyo a los aprendizajes» (AAB) experimentó una tendencia hacia la internacionalización causal ( $X_{pre} = 1,04$ ,  $X_{pos} = 0,75$ ). Las diferencias en ningún caso alcanzaron significación estadística. En lo que se refiere a la percepción de causalidad de las malas notas, las diferencias se hacen más notorias aún. El grupo con DDAH que recibió tratamiento de apoyo a los aprendizajes básicos (AAB) mostró una tendencia (no significativa) hacia la internacionalización de las atribuciones ( $X_{pre} = 0,7$ ,  $X_{pos} = 1,04$ ), mientras que el grupo cognitivo-conductual (ECC) obtuvo una diferencia significativamente contraria ( $X_{pre} = 0,9$ ,  $X_{pos} = 0$ ,  $p < 0,05$ ).

## Discusión

No se ha podido constatar la existencia de diferencias significativas entre niños con Desorden por Déficit de Atención con Hiperactividad (DDAH) y niños normales en cuanto a la percepción de su autoestima y el estilo atribucional. Indudablemente, el control establecido en esta investigación al separar el grupo de niños hiperactivos con características depresivas como grupo aparte del grupo DDAH puro ha modificado los resultados. Por otra parte, la idea de incluir en el estudio comparativo de la autoestima al grupo hiperactivo depresivo ha supuesto un tanteo comparativo de cara a futuras investigaciones. Los resultados que indican una autoestima más baja en este grupo respecto al grupo con DDAH y el grupo normal de control deben tomarse con precaución dada la escasez de la muestra ( $N = 7$ ). No obstante, los resultados parecen de interés. Parece que dentro de la población hiperactiva podría subsistir un grupo de niños con sintomatología depresiva. Está todavía por determinar si esta sintomatología depresiva puede ser causa o consecuencia del cuadro de déficit de atención con hiperactividad.

En cuanto a los resultados de la autoestima de los niños DDAH, debemos apuntar que un índice bajo de aceptación de sentimientos negativos respecto a la propia autoestima no es sinónimo directo de autoestima positiva. En nuestra experiencia clínica con niños con este trastorno hemos podido constatar cómo muchos de ellos manifiestan una autoestima supuestamente «inflada» para velar o «enmascarar», en lo posible, sus sentimientos de inferioridad; a otros, por lo general más inmaduros, parece no afectarles la situación de fracaso escolar que viven, no observándose deterioro en su autoestima.

El estudio de la autoestima en el niño con DDAH parece implicar muchos más aspectos de los tenidos aquí en cuenta.

En cuanto a los efectos de la intervención, al inicio de esta investigación se hipotetizó un aumento significativo de atribuciones causales internas en el grupo cognitivo-conductual por ser éste el único sometido a autoevaluación y entrenamiento atribucional. A pesar de no satisfacer esta hipótesis, los resultados no parecen tan sorprendentes. La mejora académica es una de las fuentes de mayor peso en

la autovaloración del niño, hiperactivo o no, en edad escolar. Una mejora académica trae consigo, aparentemente de forma inmediata, un aumento en la percepción de autocontrol personal, y con ella un aumento de la sensación de autoeficacia y autoestima.

El tratamiento cognitivo conductual parte de la toma de conciencia de las limitaciones de atención, percepción y desarrollo de estrategias del niño hiperactivo. La autoobservación de conductas negativas o malas estrategias a mejorar es mucho más rápida y directa que las mejoras que con el tiempo conlleva este tipo de intervención. Por otra parte, al dirigirse la intervención a la modificación de procesos metacognitivos subyacentes a la tarea, no ofrece un feedback de eficacia tan directo y observable como ocurre en el entrenamiento basado en la mejora de aprendizajes instrumentales. El niño hiperactivo puede llegar a tomar más conciencia de su situación personal sin que, por otra parte, tenga la oportunidad de observar sus avances tan rápidamente. Para confirmar estos resultados, serían necesarias investigaciones en las que se ampliara el tiempo de intervención y se valoraran los efectos sobre la autoestima y las atribuciones causales a largo plazo.

---

## Referencias

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual: DSM-III*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Bendall, D., Tollefson, N. y Fine, M. (1980). Interaction of locus of control of learning disabled adolescents. *Journal of Learning Disabilities*, 13, 32-35.
- Bugental, D. B., Collins, S., Collins, L. y Chaney, L. A. (1978). Attributional and behavioral changes following two behavior management interventions with hyperactive boys: A follow-up study. *Child Development*, 18, 247-250.
- Bugental, D. B., Whalen, C. K. y Henker, B. (1977). Causal attributions of hyperactive children and motivational assumptions of two behavior change approaches: Evidence for an interactionist position. *Child Development*, 17, 874-884.
- Burston, P. y Graham, A. (1990). *La selva del peligro*. Barcelona, Ed. B.
- Conners, C. K. (1969). A teacher rating scale for use in drug studies with children. *American Journal of Psychiatry*, 126, 884-888.
- Conners, C. K. (1973). Rating scales for use in drug studies with children. *Psychopharmacology Bulletin* (Special Issue-Pharmacotherapy with children), 24-84.
- Handford, M. (1987). *¿Dónde está Walley?* Barcelona, Ed. B.
- Hechtman, L., Weiss, G., Finkelstein, J., Werner, A. y Benn, R. (1979). Hyperactives as young adults: Preliminary report. *Journal Canadian Medicine Assessment*, 115, 625-630.
- Hinshaw, S. P., Henker, B., Kendall, P. H., Padawer, W. y Zupan, B. (1980). *Developing self-control in children. A manual of cognitive-behavioral strategies*. University of Minnesota. Minneapolis. Minnesota.

- Hinshaw, S. P., Henker, B. y Whalen, C. K. (1984). Cognitive-behavioral and pharmacologic interventions for hyperactive boys: Comparative and combined effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychological*, 52, (5), 739-749.
- Lang, M. y Tisher, M. (1978). *Cuestionario de depresión para niños*. Madrid: TEA.
- Linn, R. T. y Hodge, G. K. (1982). Locus of control in childhood hyperactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 592-593.
- Nowicki, S. y Strickland, B. R. (1973). A locus of control scale for children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 9, 148-154.
- Orjales Villar, I. (1990). *Eficacia diferencial en técnicas de intervención en el síndrome hiperkinético*. Tesis doctoral presentada en la Universidad Complutense de Madrid.
- Orjales Villar, I. y Polaino-Lorente, A. (1988). Evaluación pediátrica de la eficacia terapéutica diferencial en el tratamiento de la hiperactividad infantil. *Acta Pediátrica Española*, 46 (1), 39-54.
- Reid, M. K. y Borkowski, J. G. (1978). Causal atributions of Hyperactives Children: Implications for Teaching Strategies and Self-Control. *Journal Educational Psychology*, 79 (3), 296-307.
- Rosenbaum, M. y Baker, E. (1984). Self-control behavior in hyperactive and nonhyperactive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 12, 303-331.
- Schneider, M. (1974). Turtle technique in the classroom. Teaching. *Exceptional Children*, 7, 22-24.
- Tant, J. y Douglas, V. (1982). Problem-solving in hyperactive, normal and reading-disabled boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 285-306.
- Whalen, C. K. (1984). Cognitive-Behavioral and Pharmacologic Interventions for Hyperactive boys: comparative and combined effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52 (5), 739-749.