

Programas de Intervención para Individuos con el Síndrome de Asperger o Autismo de Alto Funcionamiento

Pilar Martín Borreguero

***Especialista en Psicología Clínica
Centro de Psicología Clínica Cavendish, Madrid.
www.centrocavendish.com***

***Department of Education and Mental Health,
St. Helier, States of Jersey, UK***

Introducción

Es el año 1940. Mientras Europa se prepara para las violentas contiendas de la Segunda Guerra Mundial, Harro, un niño austriaco de 8 años y ajeno al conflicto bélico, es admitido en la clínica de educación especial del Hospital Universitario Infantil de Viena por el pediatra Hans Asperger. El médico austriaco describe las alteraciones de conducta y el cuadro sintomático del niño con las siguientes palabras :

...En cierto modo, Harro parece un adulto en miniatura con unos rasgos faciales propios de las personas mayores. Su mirada, típicamente perdida, siempre parece lejana...

... En ocasiones, parece ausente como si estuviera concentrado en pensamientos profundos, y entonces es cuando arruga las cejas y asume una actitud de dignidad extraña que resulta bastante divertida. Su postura corporal también es diferente a la de los demás y poco común. Permanece de pie exponiendo su anchura, sosteniendo los brazos a cierta distancia del cuerpo como habría hecho un portero o boxeador. Sus expresiones faciales y gestos manuales son mínimos y raramente interrumpe su expresión de seriedad dignificada, excepto cuando se reía el solo y en secreto. A menudo, es imposible imaginarse que tipo de suceso le ha parecido tan divertido en ese momento.

Su voz encuadra bien con su imagen. Es una voz profunda y parece proceder desde el fondo de su abdomen. Habla despacio y monótonamente sin modulación en el habla. Jamás mira a su interlocutor mientras habla. Su mirada perdida. Tiene un estilo de comunicarse poco común, verdaderamente maduro y adulto, no como el estilo que ocasionalmente adoptan algunos niños que copian frases de los mayores o de la televisión; Harro parece haber adquirido su estilo de comunicación a lo largo de su experiencia poco infantil. Cuando conversa, es como si inventara cada palabra para encajarla de forma precisa en cada momento de la conversación. A menudo, no responde a las preguntas que se le hacen sino que conversa con resolución siguiendo rígidamente la trayectoria que él ha marcado. Harro tiene la capacidad de describir sus propias experiencias o sentimientos con un nivel de introspección poco habitual y puede evaluarse así mismo como un observador imparcial y crítico (dice de sí mismo que " es horrorosamente zurdo")... Aunque se aparta de las cosas y de

la gente –o quizás debido a ello - tiene unas experiencias profundas y unos intereses independientes. Es posible hablar con él como con un adulto y uno puede aprender de él...

.... Durante su estancia en el hospital, Harro permaneció como un extraño. Nunca participó en los juegos con los otros niños. Pasaba la mayor parte del tiempo, sentado en una esquina de la habitación, ensimismado con un libro e indiferente al ruido o al bullicio alrededor de él... Los niños en el hospital le percibían como a un niño excéntrico y pronto le hicieron el centro de sus burlas sobre todo por su apariencia física extraña y su permanente actitud de "dignidad"... No obstante, los niños le trataban con cierta timidez y respeto, y tenían buenas razones para ello. Si algún niño se burlaba de él, Harro podía responder con la más brutal y despiadada agresión... Durante el tiempo que permaneció en el hospital, Harro no formó ninguna relación íntima, ni con otro niño de la sala ni con ningún adulto... (extracto basado en el texto original de Asperger traducido por Uta Frith (1991) al inglés)

Hans Asperger describió originalmente el cuadro clínico identificado en el niño Harro con el término "psicopatía autista".

A pesar de que este acontecimiento tiene lugar en los años cuarenta del pasado siglo, el reconocimiento oficial de la condición de la "psicopatía autista" que hoy en día se conoce como Síndrome de Asperger (SA) no ocurrirá hasta cincuenta años más tarde. En 1981, la influyente psiquiatra británica Lorna Wing publica, en lengua inglesa, un trabajo de investigación clínica sobre un grupo de pacientes psiquiátricos cuyos cuadros clínicos coinciden con las descripciones detalladas de los casos originales tratados por Hans Asperger. A partir de la publicación de Wing, el término clínico de "trastorno" o "síndrome de Asperger" comienza a utilizarse rápidamente y de forma extendida, especialmente en los países de habla inglesa.

El concepto de la psicopatía autista ha evolucionado de forma significativa a lo largo de los años en función de los nuevos datos empíricos procedentes del trabajo de los profesionales clínicos así como de los estudios de investigación realizados en este campo. A lo largo de esta evolución, y si bien se ha intentado mantener un cierto nivel de continuidad con la descripción inicial elaborada por Hans Asperger, se han producido numerosos cambios en la definición del trastorno que han resultado en una desviación más o menos marcada del concepto actual del SA con respecto al concepto original de "*psicopatía autista*".

En la actualidad, el SA está considerado como un trastorno generalizado del desarrollo. Es esencialmente un trastorno de la relación social, y como tal afecta severamente tanto la disposición como la capacidad del individuo para integrarse en el mundo de las relaciones interpersonales y adaptarse a las demandas múltiples de la sociedad.

El individuo con SA presenta necesariamente una alteración primaria en la capacidad de cognición social. Las principales manifestaciones conductuales de dicha alteración abarcan una amplia gama de déficits sociales entre los que destacan la dificultad de la persona para formar amistades duraderas, el fracaso en el uso y comprensión adecuados de las pautas no-verbales de la comunicación, la comprensión deficitaria de las reglas que regulan la

comunicación social y la capacidad disminuida para la reciprocidad social y emocional.

Asimismo, y en adición al déficit cognitivo social primario, el individuo con SA también manifiesta unos niveles significativos de rigidez mental y comportamental. En consecuencia, la persona afectada tiende a manifestar una actitud muy poco flexible ante los cambios en su entorno físico o en su rutina diaria, y a menudo, se muestra reacia a participar en situaciones novedosas, especialmente si éstas son de naturaleza social o lúdica. Con frecuencia, se observa en la persona afectada un rango variado de rituales, de naturaleza elaborada y cuya ejecución no parece servir un propósito claro o alcanzar un objetivo determinado. A pesar de la futilidad de estos comportamientos, el individuo expresa la necesidad de ejecutarlos llegando incluso a imponerlos sobre las personas de su entorno más cercano. En ningún momento, la persona es consciente o es capaz de “sentir” el efecto adverso de estos rituales sobre los demás. Igualmente, la rigidez cognitiva del individuo parece conducirle a desarrollar unos intereses inusuales que son perseguidos de una forma obsesiva con independencia de las necesidades de los demás. En un número reducido de casos de personas con SA, se observan movimientos repetitivos y estereotipados, cuya ocurrencia coincide con situaciones en donde la persona está expuesta, bien un exceso o bien a una ausencia de estimulación sensorial y social.

Desde los años ochenta, el síndrome de Asperger ha venido capturando el interés y la atención no solo de un grupo reducido de profesionales clínicos especializados sino del público en general. Una parte de esta contagiosa fascinación procede sin duda de la presentación clínica extrañamente dicotoma del trastorno: esto es, ¿cómo comprender que una persona con una inteligencia promedio o superior y un conocimiento enciclopédico sobre la historia medieval sea incapaz de mantener una conversación recíproca que un niño de seis años encontraría sencilla? ¿Que puede explicar la mente de un hombre que conoce todo lo que hay que conocer acerca de la astronomía y las leyes matemáticas pero es incapaz de comprender las emociones complejas o el concepto de la amistad?

Desde 1993, el síndrome de Asperger constituye una categoría de diagnóstico independiente y ubicada dentro de los trastornos generalizados del desarrollo (World Health Organization, 1993). A pesar de su reconocimiento oficial e inclusión en los manuales internacionales de clasificación psiquiátrica, el síndrome de Asperger continúa teniendo un estatus nosológico dudoso y poco claro. Asimismo, su independencia y diferenciación cualitativa, no solo cuantitativa, con respecto a la condición del autismo es un tema todavía no resuelto de forma conclusiva por los investigadores clínicos.

La incertidumbre existente acerca de la validez del Síndrome de Asperger como categoría diagnóstica independiente del autismo y el desacuerdo entre los investigadores y profesionales clínicos sobre la aplicación de los criterios diagnósticos establecidos en los manuales oficiales de clasificación psiquiátrica son aspectos claramente desconcertantes para las familias,

terapeutas y profesionales de la educación cuyas prioridades son proporcionar al niño o al adulto afectados apoyo y ayuda inmediatos así como unos servicios de intervención eficaces.

A este respecto, es importante enfatizar el contraste marcado entre los avances significativos en la investigación sobre el tratamiento sintomático del autismo infantil durante los últimos veinte años, especialmente el autismo asociado al retraso mental, con el reducido progreso en la investigación sobre las estrategias de intervención más efectivas para el tratamiento de individuos inteligentes que presentan el mismo trastorno social primario y un nivel significativo de rigidez mental y comportamental.

Especialmente, existe un vacío significativo en el ámbito de la intervención con individuos adultos para quienes el SA se presenta con frecuencia acompañado de síntomas debilitantes asociados a otros trastornos psiquiátricos.

A pesar de que el autismo y el síndrome de Asperger parecen pertenecer a la misma familia de trastornos de la relación social, muchos profesionales y familias tienen dificultades para beneficiarse de los avances acontecidos en el campo del autismo, especialmente con respecto a las nuevas metodologías educacionales y tratamientos farmacológicos / conductuales. Para estos profesionales y familias, es difícil generalizar la aplicación de estos avances ya que los pacientes que tratan y educan o los hijos que cuidan presentan unas características y necesidades significativamente diferentes a las de los niños y adultos con autismo y retraso mental.

En la actualidad, continua existiendo un desacuerdo generalizado sobre si las necesidades de tratamiento del niño con el síndrome de Asperger son diferentes a las del niño con un autismo de alto funcionamiento. A pesar de la relación estrecha entre ambas condiciones clínicas, se podría argumentar que si existe un patrón específico de competencias y déficits particular al SA y diferente al patrón asociado al autismo de alto funcionamiento, los programas de tratamiento deberían reflejar estas importantes diferencias. La investigación no ha podido resolver este interrogante de forma conclusiva

Es muy probable, sin embargo, que el creciente interés mostrado por los profesionales clínicos y educacionales en la investigación sistemática de las personas con SA conducirá a un mejor conocimiento del síndrome y su relación con otros trastornos. Es de esperar que la fascinación por comprender la esencia de la discapacidad social humana, se traducirá en un futuro cercano en avances significativos en la investigación sobre programas de tratamiento efectivos así como en la creación de servicios clínicos y educacionales orientados a cubrir las necesidades de tratamiento del niño y el adulto afectados.

Programas de intervención para las personas con Síndrome de Asperger o Autismo de Alto Funcionamiento: Características, principios y desafíos

Con relación al tratamiento de los niños con dificultades severas de comportamiento, Hans Asperger fue un gran defensor de los programas de intervención psicopedagógica. En una de sus publicaciones en 1950, el propio Asperger afirmaba:

...Creemos que un acercamiento exclusivamente médico al tratamiento de los niños con trastornos mentales y del comportamiento, incluida la terapia psiquiátrica, solo puede ser efectivo en casos muy limitados. Solo los métodos psicopedagógicos, en el amplio sentido de la palabra, pueden cambiar realmente a las personas para bien, o por decirlo de forma mas precisa, pueden identificar las mejores alternativas de desarrollo que un niño en particular tiene a su disposición, y hacer que el niño se desarrolle de acuerdo con los nuevos caminos marcados... (Asperger, 1950, pág. 105: extracto procedente de la carta escrita por Maria Asperger Felder, hija de Hans Asperger, 2002)

A pesar de que han transcurrido 55 años desde que Hans Asperger plasmó por escrito sus comentarios, la situación actual con respecto al tratamiento e intervención no ha experimentado demasiados cambios.

Los desafíos a los que nos enfrentamos al tratar este complejo tema del tratamiento del SA son importantes y deben tenerse muy presentes a la hora de diseñar los programas de intervención.

En primer lugar, todavía no contamos con un tratamiento médico específico y orientado a la curación del síndrome de Asperger. Si bien la ciencia médica está avanzando continuamente, el conocimiento acumulado acerca de las bases biológicas sobre las que se asienta la conducta social de los individuos con un desarrollo normal es escaso, impreciso e insuficiente. Esta falta de conocimiento constituye, sin duda, uno de los mayores obstáculos en la investigación acerca de las alteraciones neurobiológicas subyacentes a los trastornos ubicados dentro del espectro del autismo.

En consecuencia, todos los tratamientos asociados al síndrome de Asperger, bien sean en la forma de programas de aprendizaje, terapias psicológicas o tratamientos farmacológicos, son tratamientos sintomáticos y de apoyo al individuo y a la familia pero no curativos. Estos programas educativos y de intervención conductual tienden a paliar la severidad de los síntomas centrales mediante el fomento en el niño de la adquisición de conductas adaptativas. Hasta el momento actual, no existe ningún programa de intervención capaz de erradicar el trastorno social primario característico del síndrome, el cual persiste a lo largo de la vida del individuo.

El segundo desafío al que nos enfrentamos es el de la ausencia de un programa estándar de tratamiento que abarque las numerosas y diversas necesidades de los niños y adultos afectados por el síndrome. A este respecto, se debe tener presente que el SA es un trastorno complejo del desarrollo, y si bien afecta esencialmente al desarrollo social, la mayoría de las áreas del funcionamiento del niño se manifiestan alteradas en distintos

grados de severidad. Además, el SA va a afectar a los individuos de forma diferente en función de variables tales como la edad, el contexto familiar, el estadio de desarrollo y el temperamento innato de cada persona. En consecuencia, es la norma más que la excepción encontrarnos con un conjunto de niños y adultos, que si bien comparten el mismo diagnóstico del SA, presentan unas prioridades de tratamiento y necesidades de intervención muy divergentes entre sí.

Para la familia de la persona afectada, uno de los desafíos más importantes que deben de afrontar es tomar una decisión sobre el programa de tratamiento que van a llevar a cabo. La mayoría de los padres experimentan una presión intensa y un nivel alto de ansiedad ante la “necesidad” de encontrar el mejor tratamiento para su hijo/a. Expresan la necesidad de buscar un tratamiento de curación y no desean aprender a vivir con el autismo o con el SA como una condición crónica. Su deseo es curarlo y recuperar de esta forma la idea que siempre han tenido del niño y que pareció desvanecerse en el momento en el que un profesional les entregó el diagnóstico. En este estado de ánimo, los padres pueden ser vulnerables a los múltiples charlatanes que intentan vender terapias sofisticadas disfrazadas con palabras difíciles o sofisticadas o inyecciones de hormonas digestivas que hacen desaparecer el déficit social y que prometen unos resultados espectaculares a largo plazo.

Programas de tratamiento en la etapa pre-escolar (anterior a los 6 años)

El conocimiento acumulado acerca del desarrollo inicial del niño con el SA ha permitido detectar el cuadro sintomático en algunos niños a una edad temprana, entre los 4 y 5 años. A pesar de estos avances, la detección temprana del SA no es todavía un acontecimiento frecuente ya que el niño suele presentar un desarrollo menos alterado que el niño con autismo infantil. Si bien es cierto que su capacidad de comprensión social se muestra alterada desde el principio, no siempre resulta fácil identificar la manifestación, en ocasiones sutil, de este déficit cognitivo-social. En consecuencia, una alta proporción de niños en el periodo de la infancia temprana y con problemas sociales recibe el diagnóstico menos preciso de “trastorno generalizado del desarrollo no especificado”. Algunos de estos niños presentarán gradualmente, y a lo largo de su evolución, un cuadro sintomático más clásico del SA. En otros niños, el cuadro sintomático asociado al autismo infantil emergerá de forma más definida y precisa a lo largo de los años.

En general, si bien los programas de intervención llevados a cabo para los niños con autismo y discapacidades del aprendizaje han demostrado ser eficaces para este grupo, no se han llevado a cabo estudios empíricos que demuestren la eficacia de estas estrategias en el tratamiento global e inicial del niño con el SA.

No obstante, muchos de los profesionales que trabajan en el campo de los trastornos del desarrollo, piensan que estas técnicas son igualmente útiles para los niños con el SA. Dado que el niño con el SA presenta una severidad sintomática menos marcada así como una menor afectación cerebral, los

profesionales creen que estos programas producen un efecto muy significativo en el niño con SA al aportarle un gran nivel de estructura para mejorar las habilidades comunicativas y sociales.

Las investigaciones llevadas a cabo parecen apoyar estos comentarios y concluyen que los niños con mas alta probabilidad de responder bien a estas formas de tratamiento son los niños con un grado leve de autismo, con adecuada inteligencia y con habilidades lingüísticas, que es la descripción del niño con el Síndrome de Asperger. Otro grupo de profesionales cree que los niños que son inteligentes, con capacidad verbal y relativamente interesados en la interacción social, de nuevo una descripción del niño con el SA, se benefician mucho de la experiencia social y la estimulación comunicativa que la integración en una aula infantil proporciona.

Entre los programas especializados de intervención temprana mas extendidos para los niños con autismo de alto funcionamiento o SA se encuentran los programas basados en las técnicas de análisis de la conducta (tipo Lovaas y otros múltiples programas sucesivos), la terapia intensiva de entrenamiento en conductas verbales, y la intervención temprana en las habilidades de comunicación. Todos estos programas suelen ser acompañados por sesiones de fisioterapia con el fin de fomentar el desarrollo de las habilidades motoras y adquirir una buena coordinación motora. La mayoría de estos programas son llevados a cabo por los padres quienes reciben entrenamiento especializado en las técnicas y metodología educativa asociadas a cada programa.

A partir del quinto o sexto año, el cuadro sintomático inicial del niño tiende a manifestarse de forma mas precisa. En algunos niños, el retraso inicial del lenguaje es seguido de un rápido adquisición de habilidades lingüísticas expresivas. En muchos casos, los niños van a presentar cuadros clínicos consistentes con las características asociadas al SA. La gran mayoría de niños con autismo y SA en edad escolar y con un cociente intelectual dentro de la banda del promedio, son integrados en colegios no especializados en donde reciben un cierto nivel de apoyo dentro del contexto educativo normalizado.

A partir de esta edad y hasta la etapa adulta del individuo, el modelo general de tratamiento asociado al SA va a consistir en un modelo individualizado y adaptado a las necesidades de tratamiento de cada individuo afectado. Este modelo tiende a abarcar la intervención en cinco áreas diferentes del desarrollo y funcionamiento de la persona, y que han sido sintetizadas en la tabla 1.

Tabla 1. Áreas principales de intervención en el autismo de alto funcionamiento y el síndrome de Asperger

-
- ❑ Regulación conductual y emocional
 - ❑ Adquisición de habilidades y rutinas sociales, destrezas de comunicación y fomento de la comprensión social
 - ❑ Educación formal en el contexto escolar: adaptación curricular y programas especializados
 - ❑ Aprendizaje y adquisición de habilidades adaptativas y de autosuficiencia
 - ❑ Apoyo psicológico y tratamiento de trastornos psiquiátricos y psicológicos comórbidos
-

Estos ámbitos de intervención se centran, en primer lugar, en torno al diseño de programas dirigidos explícitamente a la regulación de la conducta disfuncional y desadaptativa del individuo. En segundo lugar, en la intervención en el área de las habilidades sociales y destrezas de comunicación, habilidades que se manifiestan siempre alteradas en todas las personas afectadas. En tercer lugar, puede existir la necesidad de intervención en el ámbito del aprendizaje en el contexto social de la escuela. En cuarto lugar, la intervención dirigida a fomentar la independencia del individuo y la adquisición de habilidades de autosuficiencia es un área de trabajo obligatorio para la mayoría de los jóvenes afectados por el trastorno. Por último, el tratamiento de alteraciones psiquiátricas y psicológicas adicionales y secundarias al síndrome de Asperger es esencial para aliviar condiciones debilitantes que pueden complicar e intensificar la severidad del cuadro clínico del individuo.

Dada la variedad de las áreas de intervención, deben de ser siempre los resultados procedentes de la evaluación de diagnóstico y otras pruebas adicionales los que guíen al profesional en la identificación de las áreas prioritarias de intervención para cada individuo y en la adaptación e individualización de los programas de tratamiento no solo a la personalidad del individuo sino también a su perfil único de déficits y competencias.

Estudio de casos prácticos.

Con el fin de mostrar las diferencias individuales que los niños, jóvenes y adultos afectados por el SA presentan, y en consecuencia, la necesidad de individualizar los programas de intervención, se han elegido tres casos clínicos con unas necesidades de tratamiento divergentes.

Los casos de Pablo, 12 años, Carlos, 9 años, y Mario, 17 años capturan no solo la esencia compleja de la discapacidad social característica del SA sino también ilustran la existencia de marcadas diferencias individuales con respecto a la manifestación superficial de tal discapacidad, y en consecuencia a las prioridades de intervención.

Con respecto a las similitudes existentes, se debe destacar que los tres casos que se van a presentar a lo largo de la ponencia manifiestan un déficit primario en el desarrollo social así como patrones restrictivos de conductas e

intereses solitarios. De la misma forma, los tres casos comparten la necesidad de vivir en ambientes con nivel altos de predicción y estructura en donde exista la oportunidad de una enseñanza continuada en las áreas de las habilidades sociales y la comunicación social. Adicionalmente, Pablo, Carlos y Mario necesitan del apoyo continuo de personas relevantes en su entorno que les faciliten la navegación en el mundo de las relaciones interpersonales.

Sin embargo, a pesar de sus grandes similitudes, mis tres casos clínicos también presentan unas diferencias importantes y dignas de tener en cuenta.

En primer lugar, Pablo, Carlos y Mario tienen diferentes edades y en consecuencia se encuentran en tres estadios de desarrollo diferentes que sin duda van a determinar las prioridades de intervención para cada uno de ellos.

En segundo lugar, tanto los dos niños como el joven manifiestan rasgos temperamentales y personalidades muy diferentes que les hacen percibir el mundo externo y reaccionar a situaciones en las que se implican de formas diferentes entre ellos. Por estas razones, y a pesar de que los tres están diagnosticados con el SA, cada uno de ellos expresa los rasgos nucleares del trastorno de una forma muy diferente lo que determina unas prioridades de tratamiento que van a divergir de un caso a otro (ver resumen sintético en tabla 2.)

Así, y como discutiremos en detalle a lo largo de la ponencia, el caso de Pablo es un caso en el que las prioridades de tratamiento van a girar en torno al aprendizaje de estrategias de regulación de conductas agresivas y a la adquisición de estrategias que fomenten su adaptación a las demandas sociales del colegio. En el caso de Carlos, su conducta externa se encuentra bien regulada por lo que sus necesidades de intervención están más relacionadas con el aprendizaje de habilidades que le faciliten la formación de amistades y las relaciones interpersonales así como el aprendizaje de estrategias cognitivas y habilidades académicas que le ayuden a resolver los problemas de aprendizaje. Y por último, el joven Mario es el más complejo de todos ellos por encontrarse en el periodo de transición a la etapa adulta y por presentar un síndrome de Asperger complicado por síntomas debilitantes procedentes de otros trastornos psicológicos por lo que la prioridad de tratamiento se centra alrededor del aprendizaje de habilidades de autosuficiencia, el control de la ansiedad social y preparación para una vida independiente.

Tabla .2. Casos clínicos: objetivos de tratamiento y estrategias a utilizar

Sujetos	Objetivos de tratamiento	Estrategias utilizadas
Pablo	Aprendizaje de estrategias de auto-regulación de conductas agresivas y destructivas	Programa de regulación de las emociones
	Fomento del aprendizaje de habilidades sociales	Programa conductual de reforzamiento diferencial
		Programa de comprensión social
Carlos	Adaptación curricular en función a su TANV (trastorno aprendizaje no verbal)	Apoyo adicional de profesor Entrenamiento especializado del profesor de apoyo en TANV
	Fomento de estrategias orientadas a hacer amigos	Programa de comprensión social y programa de juego
	Fomento de la autoestima	Organización de un club de intereses
Mario	Comprensión por parte del paciente del diagnóstico diferencial	Tratamiento farmacológico de síntomas de ansiedad
		Programa cognitivo-conductual para el control de los síntomas de ansiedad
	Apoyo en la universidad	Apoyo directo del grupo de necesidades especiales
	Separación gradual del entorno familiar	Implicación del asistente social Supervisión directa y regular
	Fomento del aprendizaje de habilidades de independencia	

Bibliografía utilizada para elaborar la ponencia:

American Psychiatric Association, (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV) (4th edition). Washington DC: Author

Asperger, H. (1944). Die "Autistischen Psychopathen" im Kindesalter. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 117, 76-136. (Traducción en : Frith, U. (1991). "Autistic psychopathy" in childhood by Hans Asperger. En U. Frith

(ed.), Autism and Asperger Syndrome. Cambridge: Cambridge University Press)

Asperger, M (2000). Foreword. En A. Klin, F.R. Volkmar y S.S. Sparrow (Eds.), Asperger Syndrome (págs. xi - xiii): New York: Guilford Press

Attwood, T. (1998) Asperger's syndrome: A guide for parents and professionals. London: Jessica Kingsley. (Traducción Española: Attwood, T. (2002). El síndrome de Asperger. Una guía para la familia. Barcelona: Ediciones Paidós)

Frith, U. (1991). "Autistic psychopathy" in childhood by Hans Asperger. En U. Frith (ed.), Autism and Asperger Syndrome. Cambridge: Cambridge University Press

Klin, A. (1994) Asperger Syndrome. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 3, 131-148

Klin, A. & Volkmar, F.R. (2000) Treatment and Intervention Guidelines for Individuals with Asperger Syndrome. En A. Klin, F.R. Volkmar y S.S. Sparrow (Eds.), Asperger Syndrome (págs. 340-366): New York: Guilford Press

Martín, P. (2004) El síndrome de Asperger. ¿Excentricidad o discapacidad social? Madrid : Alianza Editorial

Ozonoff, S., Dawson, G. y McPartland, J. (2002). A parent's guide to Asperger syndrome & high-functioning autism. New York: Guilford Press

Ozonoff, S., Rogers, S.J. y Pennington, B. F (1991) Asperger's syndrome: evidence of an empirical distinction from high-functioning autism. Journal of Child Psychology and psychiatry, 32, 1107-1122

Rourke, B. P (1989). Nonverbal learning disabilities: The syndrome and the model. New York: Guilford Press.

Wing, L (1996) The Autistic Spectrum. A guide for parents and professionals. London: Constable

World Health Organisation (1993). International classification of diseases: Tenth revision. Chapter V. Mental and behavioural disorders (including disorders of psychological development). Diagnostic criteria for research. Geneva: Author