

RETOS Y ESTRATEGIAS PARA LA CONVIVENCIA:
EL SÍNDROME DE ASPERGER Y EL CONTEXTO ESCOLAR Y FAMILIAR
CHALLENGES AND STRATEGIES FOR COEXISTENCE:
ASPERGER SYNDROME AND THE SCHOOL AND FAMILY CONTEXT

Patricia Guerra Mora, Silvia Castellanos Cano y Andrea Arnaiz García.

RESUMEN

El presente artículo realiza una descripción del síndrome de Asperger, enlazando con las posibles dificultades que pueden presentarse en los contextos educativo y familiar así como estrategias útiles para su abordaje.

Aunque sus peculiaridades no sobresalen en los primeros años, pueden relacionarse con dificultades en las etapas de educación primaria y secundaria. A nivel escolar, sus iguales pueden rechazarlos, siendo la etapa de educación secundaria más complicada. A nivel familiar, la convivencia también puede verse alterada y requerir de atención especializada. La intervención debe plantearse desde un modelo holístico y contextual, que utilice todas las estrategias disponibles y repercuta en un mayor bienestar y en un clima de convivencia.

Palabras clave: Síndrome de Asperger, trastornos del espectro autista, convivencia, contexto escolar, contexto familiar.

ABSTRACT

This article provides a description of Asperger syndrome, linking with the possible difficulties that may occur in family and educational contexts as well as useful strategies to address them.

Although its quirks do not stand out in the early years, can be related to difficulties in the primary and secondary education stages. At school, his peers may reject them, being the secondary education stage more complicated. At the family level, coexistence may also be disrupted and require specialized attention. The intervention should be considered from a holistic and contextual model, that use all available strategies and to impact on greater welfare and in a climate of coexistence.

Keywords: Asperger syndrome, autism spectrum disorders, coexistence, school context, family context.

Recepción del artículo: 10.06.2013 • Aprobación del artículo: 30.10.2013

Patricia Guerra Mora, Becaria predoctoral (Beca de Formación de Profesorado Universitario) de la facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo (Referencia FPU12/02242)

Correspondencia: Despacho 212.Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo. Plaza Feijóo s/n, 33003, Oviedo. Teléfono. 985103252
Email: patryguerra@hotmail.com

Este artículo también está financiado por la beca predoctoral concedida por la Universidad de Oviedo-Banco de Santander a Silvia Castellanos Cano. Subvención: UNOV- 10-BECDOC-S y por la ayuda predoctoral Severo Ochoa (BP13012) otorgada a Andrea Arnaiz.

Introducción

El síndrome de Asperger es una condición clínicamente significativa que implica una discapacidad social de inicio temprano y que plantea necesidades especiales de apoyo (Belinchón, Hernández y Sotillo, 2009). Las personas con síndrome de Asperger obtienen puntuaciones por debajo de lo esperado para su edad en habilidades adaptativas y tienen una evolución social inadecuada en una buena proporción de casos.

Entre las conclusiones de los profesionales reunidos en el II Congreso Internacional sobre Síndrome de Asperger celebrado en Sevilla, incluyen la siguiente: «El Síndrome de Asperger como discapacidad de carácter social, es una realidad que no corresponde a una situación transitoria, sino que es una condición permanente que debe de ser comprendida y aceptada, tanto por los afectados, sus familias y el entorno más próximo» (Federación Asperger España, 2009). La posibilidad de mejora está abierta a lo largo de la vida, siendo un reto conocer mejor las necesidades de las personas con Síndrome de Asperger con objeto de ajustar mejor los apoyos y procedimientos de intervención requeridos para mejorar el funcionamiento y conseguir una vida de calidad (Federación Asperger España, 2009).

Existe una gran variación en la gravedad y forma en que se manifiestan las denominadas discapacidades básicas en el Síndrome de Asperger. Debido a ello, también debe de existir una variedad en las respuestas educativas (Thomas, Barrat, Clewley, Joy, Potter y Whitaker, 2002).

Pese a sus peculiares características y a que el trastorno fue descrito hace décadas, su inclusión en los sistemas diagnósticos fue tardía. Ese desconocimiento general hizo que este colectivo fuese ignorado o tratado erróneamente y sus dificultades o necesidades se encontrasen desatendidas (Belinchón et al., 2009). Sin embargo, en los últimos años ha aumentado de forma significativa el número de publicaciones sobre el síndrome de Asperger. El vacío teórico ha dado paso a un mayor conocimiento del mismo y a un mejor diseño de estrategias educativas y terapéuticas (Artigas y Equipo DELETREA, 2004).

Siguiendo las clasificaciones internacionales en vigor, el Síndrome de Asperger (Clasificación Internacional de Enfermedades- CIE 10, Organización Mundial de la Salud-OMS, 1992) o Trastorno de Asperger (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales- DSM-IV-R, Asociación Psiquiátrica Americana-APA, 2002) es un trastorno del espectro autista o trastorno generalizado del desarrollo que se caracteriza por una alteración cualitativa de la interacción social, repertorios restringidos, estereotipados y repetitivos de actividades e intereses así como ausencia de retraso cognoscitivo y en el lenguaje (Tabla 1). La inclusión en la categoría de trastornos generalizados del desarrollo implica presuponer el carácter temprano de las alteraciones. En relación al género, los manuales hacen referencia a la mayor proporción en varones.

Tabla 1. Criterios DSM IV-R para el Trastorno de Asperger (APA, 2002)

<p>A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada por al menos dos de las siguientes características:</p> <ol style="list-style-type: none">(1) importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.(2) incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto(3) falta de búsqueda espontánea para compartir disfrutes, intereses o logros con otras personas.(4) ausencia de reciprocidad social o emocional
<p>B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:</p> <ol style="list-style-type: none">(1) preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo(2) adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales(3) manierismos motores estereotipados y repetitivos (p.ej., sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)(4) preocupación persistente por partes de objetos
<p>C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y de otras importantes de la actividad del individuo.</p>
<p>D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (p. ej., a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).</p>
<p>E. No hay retraso clínicamente significativo en el desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.</p>
<p>F. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.</p>

Los criterios diagnósticos ofrecidos por la Asociación Americana de Psiquiatría y por la Organización Mundial de la Salud resultaron polémicos a la comunidad científica, pues pueden dar lugar a subjetividad y ambigüedad y no definen de forma operativa los síntomas (Belinchón, et al., 2009).

Además de la descripción que ofrecen las clasificaciones internacionales al uso, diversos autores proponen sus propias descripciones incluyendo otros aspectos que consideran significativos. Para Rivière y Valdez (2000), la forma de adquirir el lenguaje no se ajusta al desarrollo normal, sino que es pedante, excesivamente formal, inexpresivo, con alteraciones prosódicas y características extrañas del tono, ritmo y modulación. De forma similar, Gillberg y Gillberg, (1989), establecen en sus criterios que la torpeza motora es una característica básica.

Otros autores manifiestan que los límites entre el trastorno y la normalidad son muy imprecisos. Se atribuye la categoría de trastorno en base a unos criterios arbitrarios y es necesario entenderlo desde la óptica de una dimensión continua (Alonso, Artigas, Martín Borreguero, Caballero, Caballero, Benavente y Valdez, 2007). No debemos olvidar que hay profesionales que también nos incitan a que reconsideremos «el Asperger» como una forma de pensar diferente. Las propias personas con Síndrome de Asperger han creado la palabra *Aspie* para denominarse a sí mismos y la de *Neurotípico* para definir a los demás (Cererols, 2010).

La literatura científica describe distintas variables en las personas con Síndrome de Asperger. A nivel clínico pueden manifestar escasa comprensión intuitiva del comportamiento social de otras personas, especialmente en situaciones naturales o poco estructuradas; impresión de inhabilidad social; dificultades en la comprensión del lenguaje no literal o metafórico, de dobles sentidos o inferencias; dificultades a nivel pragmático del lenguaje; conciencia de incompetencia social y posiblemente bajo autoconcepto y ansiedad o depresión derivadas (Belinchón, et al., 2009). A nivel funcional manifiestan problemas para el aprendizaje implícito; sesgo perceptivo hacia los detalles; dificultades para la comprensión de emociones, problemas en la integración de la comunicación no verbal y en la realización de inferencias mentalistas; pocas referencias personales en la conversación, comportamiento poco ajustado a las normas y déficits ejecutivos (Belinchón, et al., 2009).

Características mencionadas como su torpeza motora, el no entender las bromas, su lenguaje pedante, su peculiar entonación o sus dificultades de relación, entre otros factores, pueden llamar la atención de manera negativa en su entorno y convertirlos en un blanco perfecto para sufrir problemas de convivencia e incluso en el peor de los casos, maltrato o acoso. Es probable que además de sufrir las bromas y críticas, se les utilice para hacer cosas que les pongan en ridículo o evidencia o que desemboquen en castigos, en favor de sus acosadores. Las personas con Síndrome de Asperger sufren acoso o maltrato con más frecuencia y gravedad que los alumnos sin discapacidad e incluso que los alumnos con discapacidades físicas o sensoriales (Zardaín y Trelles, 2009).

En los siguientes apartados se intentarán esbozar las dificultades de la población con Síndrome de Asperger en los contextos familiar y escolar así como las posibles estrategias que puedan solventarlas y repercutir en una mejora del bienestar y calidad de vida.

Dificultades en el contexto escolar y familiar e implicaciones

Mientras que la infancia suele ser una etapa, en general, sin problemas para la mayoría de niños con Síndrome de Asperger, en la preadolescencia y adolescencia la situación cambia. En los primeros años sus peculiares características o forma de ser todavía no se han enfrentado con las de sus compañeros y pueden pasar desapercibidas. Pero posteriormente, estas características son extrañas para sus iguales y pueden comenzar a hacer burla de ellas (Artigas y equipo DELETREA, 2004; Vázquez y Martínez, 2006; Zardaín y Trelles, 2009).

En los primeros años de vida el entorno en el que se desarrollan las personas con Síndrome de Asperger hace que puedan desenvolverse en condiciones bastante semejantes a sus iguales. Los juegos son casi siempre en paralelo o cooperativos, por lo que la persona puede participar sutilmente o disfrutar de su soledad sin llamar mucho la atención. Además, el concepto de amistad todavía no se ha desarrollado en toda su complejidad por lo que estos niños todavía pueden ser compañeros eficaces (Artigas y equipo DELETREA, 2004).

Con el paso de los años la convivencia puede verse dificultada si no se aportan las medidas necesarias. Este colectivo puede comenzar a manifestar, desde la etapa primaria: falta de destreza con los iguales; dificultad para percibir las demandas sociales o para interpretar de un modo flexible y dinámico las normas; problemas para entender los estados internos de los demás, dando la sensación de falta de empatía; torpeza motora en los juegos; dificultades para tomar la iniciativa; problemas de conducta; intereses limitados o poco afines con sus compañeros; lenguaje pedante o hipersensibilidad a algunos estímulos (Artigas y equipo DELETREA, 2004). Thomas, et al. (2002) añaden las interpretaciones literales, las preguntas repetitivas y las posibles dificultades en las destrezas necesarias para los trabajos.

La constatación de que son diferentes a los demás puede ocurrir en distintos momentos. A algunos les ocurre mientras todavía están en la etapa primaria mientras que para la mayoría es en la etapa secundaria, durante la adolescencia (Thomas, et al., 2002). El alumno en la educación secundaria ha de enfrentarse a dos desafíos simultáneos, la entrada en una nueva etapa evolutiva del ciclo vital, la adolescencia, y el tránsito de la educación primaria a la educación secundaria obligatoria, etapa muy diferente de la anterior que lleva aparejados ciertos cambios: un mayor número de profesores, de asignaturas, diferentes aulas, exigencia de mayores niveles de autonomía, menor vigilancia en los tiempos no estructurados o posiblemente un cambio de centro educativo (Vázquez y Martínez, 2006).

En la adolescencia muchas características del Síndrome de Asperger se hacen más complejas y pueden acarrear un mayor sentimiento de soledad, incompreensión y un deseo frustrado de permanecer en el grupo. Recientes investigaciones han demostrado que a partir de la adolescencia hay riesgo de alteraciones psicológicas como depresión, ansiedad u obsesiones. En esta época pueden tener mayores deseos de relación y necesidad de formar parte del grupo y a la vez tienen una clara conciencia de las diferencias entre ellos y los chicos de su edad, siendo muy sensibles a las críticas (Artigas y equipo DELETREA, 2004). En esta etapa son comunes dificultades como la inmadurez emocional, con reacciones emocionales desproporcionadas o no ajustadas a las situaciones; intereses no acordes con la edad; mayor conciencia de las diferencias; vulnerabilidad a alteraciones psicológicas; descuido de la higiene o del cuidado personal; desinterés hacia modas o su propia imagen; aumento de obsesiones o rituales o dificultades académicas; dificultades en la organización y planificación; en la comprensión de conceptos abstractos, escasa motivación; falta de comprensión social o reciprocidad emocional, dificultades para participar en grupo o para interactuar con los iguales (Artigas y equipo DELETREA, 2004; Martín Borreguero, 2004). Siguiendo a Vázquez y Martínez (2006), las dificultades a nivel social pueden tener como consecuencia alteraciones emocionales y conductuales en el centro educativo como ansiedad, depresión, conductas disruptivas, negativismo o irritabilidad. Las situaciones sociales ordinarias se pueden convertir en una fuente de estrés y derivar ese tipo de comportamientos.

A nivel familiar, la convivencia también suele resultar complicada debido a varios factores. Siguiendo a Boyd (2009), cuando se tiene un hijo con Síndrome de Asperger puede ser difícil saber cómo actuar, pues representan todo un desafío. Manejar las necesidades de un niño con Síndrome de Asperger es una gran responsabilidad y un trabajo muy duro. Siguiendo a Ferre, Palanca y Crespo (2008), el trabajo con las familias es fundamental con el fin de reducir las tensiones inherentes a la convivencia y conseguir que puedan apoyar el desarrollo del niño de manera oportuna.

Las peculiaridades mencionadas pueden implicar que la población infanto-juvenil con Síndrome de Asperger desarrolle frustraciones, incompreensión, baja autoestima, alteraciones en el estado de ánimo y un largo etcétera. Estos aspectos repercuten en el funcionamiento familiar, lo que plantea importantes retos. Pueden llegar a ser muy absorbentes y requerir más atención que otros hermanos, influyendo en la relación parental, en el ocio o en la proyección profesional de los padres. Sus dificultades mentalistas también pueden dar la sensación de egoísmo o de querer imponer sus deseos sobre los de su familia (Artigas y equipo DELETREA, 2004).

Estrategias de intervención

Las dificultades planteadas en el apartado anterior suponen importantes desafíos para los profesionales, que deben de intentar dar respuestas.

La intervención debe tener en cuenta las dificultades, pero también las potencialidades, dado el funcionamiento desigual que demuestran las investigaciones. En la etapa primaria, esta población puede manifestar cualidades muy positivas como una gran motivación por recopilar información u obtener conocimiento sobre diversos temas; excelente memoria para aquello que les interesa; capacidad para mantener la atención sobre algún centro de interés; posible precocidad en la adquisición de la lectura o destrezas sobresalientes en alguna parcela concreta (Thomas, et al., 2002; Artigas y equipo DELETREA, 2004).

En la etapa secundaria, cuando comienza la época adolescente, además de los puntos fuertes ya señalados como su excelente memoria o sus destrezas en algunas áreas, esta población tiene otras características positivas como sus fuertes valores morales, siendo críticos con las injusticias de su alrededor; la persistencia en el logro de los objetivos; los deseos de superación; su personalidad ingenua o «transparente», con ausencia de malicia o dobles intenciones y un mejor dominio de las reglas sociales básicas (Artigas y equipo DELETREA, 2004).

Dentro de las estrategias a aplicar desde la etapa primaria, distintos autores señalan la conveniencia de prevenir y vigilar los tiempos sin organización como el recreo o el comedor, por ejemplo, donde suelen ocurrir la mayoría de bromas o burlas (Thomas et al., 2002; Artigas y equipo DELETREA, 2004; Ferre, et al., 2008), anticipar los cambios de rutina, diseñando un ambiente predecible; potenciar la figura del tutor en la integración del niño en el entorno escolar; proporcionar apoyos extra o adaptar las actividades extraescolares; fomentar su participación en el aula y fuera de ella aprovechando sus intereses; disminuir los estímulos distractores; emplear apoyos visuales; enseñar de manera explícita lo que normalmente no requeriría de una enseñanza formal y adaptar si fuese preciso los objetivos curriculares (Thomas et al., 2002; Artigas y equipo DELETREA, 2004).

En la etapa de educación secundaria se introducen estrategias nuevas: tratar de inculcar en el entorno una adecuada tolerancia y comprensión; realizar adaptaciones, sobre todo de índole metodológica; proporcionar directrices claras de lo que se espera de ellos; orientar los programas de educación física hacia la salud o buena forma física y no hacia la competitividad; analizar sus problemas de conducta para poder prevenirlos y la preparación para el salto a la universidad o al mundo laboral (Artigas y equipo DELETREA, 2004; Zardaín y Trelles, 2009).

Otros autores también plantean la conveniencia de otras estrategias para potenciar las relaciones sociales: enseñarles explícitamente las normas y convenciones que la mayoría aprenden de forma intuitiva (por ejemplo, cómo saludar o cómo reconocer que alguien está bromeando); ponerle límites sobre cuándo pueden hablar de su tema de interés y cuando no; aportarle modelos de conversaciones normales; disponer del apoyo de un profesor concreto de modo regular o utilizar un «círculo de amigos» (Thomas, et al., 2002). En general, la promoción de un clima de total aceptación de la diversidad por parte del profesorado y la atención e intervención precoz sobre los problemas de convivencia, son estrategias fundamentales (Zardaín y Trelles, 2009).

A nivel familiar una estrategia básica consiste en hacer, de los distintos dispositivos, espacios de apoyo donde se puedan expresar las dudas y sentimientos y donde puedan ser ayudados en el manejo de problemas conductuales y afectivos (Ferre et al., 2008). Las familias muchas veces se sienten culpables por realizar actividades que les gusten. Es necesario eliminar esta idea y enfatizar la importancia de que realicen cosas que les aporten bienestar, para poder posteriormente transmitir también bienestar a los suyos. Otra estrategia a emplear consiste en ofrecer una adecuada caracterización de lo que le pasa a su hijo o hija, pues así comprenderán que ciertos comportamientos son normales y tendrán que intentar cambiarlas poco a poco o incluso respetarlas (Boyd, 2009). Un conocimiento adecuado del diagnóstico y lo que implica también permite a las familias desenvolverse mejor. En este contexto es necesario valorar de forma especial a los hermanos (Ferre et al., 2008).

Como se avanzaba en párrafos anteriores, el papel del medio es fundamental. Para un desarrollo integral adecuado se requiere de una intervención flexible por parte de personal especializado, que asesore al profesorado, sirva de apoyo al alumnado y que mantenga contacto estrecho con las familias y las distintas personas implicadas en la educación. La intervención debe estar enmarcada en un modelo de atención holístico, creando de forma coordinada líneas de actuación y estrategias para solventar las posibles dificultades que se presenten (Artigas y equipo DELETREA, 2004). El planteamiento óptimo es contextual, valorando tanto el entorno escolar como familiar y social donde la población infanto-juvenil se desenvuelve. Si el entorno es facilitador, se verá más a la persona que su discapacidad, mientras que si el entorno está abarrotado de barreras de distinta índole (comunicativas, materiales, sociales...), la discapacidad destacará por encima de la persona (Belinchón et al., 2009). Tal y como apuntan Vázquez y Martínez (2006), la intervención se ha de regir por los principios de prevención, desarrollo e intervención social y constituir una intervención ecológica, sistémica y global.

Discusión y Conclusiones

Aunque la evolución ha dotado a los humanos de herramientas excelentes para la convivencia, que les permiten compartir sus deseos, emociones y conocimientos, éstas sólo se aprecian cuando están ausentes (Cererols, 2010). En este sentido, el Síndrome de Asperger se plantea como una discapacidad social de aparición temprana (Federación Asperger España, 2009). Es un trastorno que se caracteriza por una alteración cualitativa de la interacción social, unido a patrones de intereses restringidos y estereotipados, que cursa con un desarrollo normal a nivel cognoscitivo y de lenguaje, exceptuando sus dificultades pragmáticas. Sin embargo, los límites entre el trastorno y la normalidad pueden ser imprecisos, siendo necesario entenderlo como una dimensión continua (Alonso et al., 2007).

Las personas con Síndrome de Asperger manifiestan una serie de peculiaridades que pueden llamar la atención del entorno o presentarse asociadas a conflictos de convivencia, tanto a nivel escolar como familiar. A nivel escolar, mientras que los primeros años no requieren grandes exigencias, con el paso de los años los requerimientos de adaptarse a la norma son mayores y en consecuencia, las implicaciones de no hacerlo son más visibles. Algunas de las características de esta población pueden captar la atención de los iguales y utilizarlos como objeto de bromas o críticas y en general, repercutir en la convivencia (Zardaín y Trelles, 2009) o dar lugar a alteraciones emocionales y conductuales (Thomas et al., 2002; Artigas y equipo DELETREA, 2004; Vázquez y Martínez, 2006). En paralelo, el contexto familiar puede ser complicado y plantear dificultades añadidas a la convivencia (Ferre et al., 2008). En la etapa secundaria pueden ser especialmente vulnerables a otras alteraciones psicológicas debido a la mayor conciencia de la diferencia y a la sensación de incompreensión.

La promoción de un clima de total aceptación de la diversidad y la atención temprana sobre los problemas de convivencia, son estrategias fundamentales en el centro educativo (Zardaín y Trelles, 2009). La intervención con las familias es imprescindible, creando espacios de comunicación y de apoyo (Ferre et al., 2008).

La evaluación e intervención debe ser holística y contextual, señalando tanto las dificultades como las potencialidades de la persona así como los recursos y apoyos disponibles en el contexto (Thomas et al., 2002; Artigas y equipo DELETREA, 2004; Vázquez y Martínez, 2006). Belinchón et al. (2009) ofrecen una pista esencial, pues considerar la presencia o ausencia de barreras es un punto de partida para valorar las dificultades presentes. Para poder caminar hacia una convivencia favorable, las personas deben de prevalecer o destacar por encima de sus discapacidades o diversidad de formas de ser.

Siguiendo a Cererols (2010), la persona se adapta pero la sociedad integra. Para una adecuada convivencia no sólo es necesario que la persona conozca sus propias fortalezas y debilidades sino que la sociedad tiene que disponer de los recursos necesarios para que los beneficios de todos y cada uno sean aprovechados y repercutan en el bienestar de todos. Es necesario ir más allá de la conducta y captar su modo de ver y sentir el mundo (Federación Asperger España, 2009).

Referencias bibliográficas

- Alonso, J., Artigas, J., Martín Borreguero, P., Caballero, R., Caballero, J.,... & Valdez, D. (2007). Síndrome de asperger: Un enfoque multidisciplinar. *Actas de la primera jornada científico-sanitaria sobre síndrome de Asperger, Sevilla*. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/579/1/Sindrome%20de%20Asperger%20un%20enfoque%20multidisciplinar%20Actas%20Jornadas%20Andalucia.pdf>
- Artigas, J., Freire, S., Llorente, M., González, A., Martos, J., Candelas, C. & Ayudas, (Equipo Deletrea). (2004). *Un acercamiento al síndrome de asperger: Una guía teórica y práctica*. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/578/1/Un%20acercamiento%20al%20SA%20Andalucia.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales- DSM-IV-R*. Barcelona: Masson.

- Belinchón, M., Hernández, J. & Sotillo, M. (2009). *Síndrome de asperger: Una guía para los profesionales de la educación*. Recuperado de <http://www.aetapi.org/biblioteca/documentos2010/sindromeasperger.pdf>
- Boyd, B. (2009). *Educando a niños con síndrome de asperger 200 consejos y estrategias para padres y madres*. Recuperado de <http://espectroautista.info/ficheros/publicaciones/educando-a-ninos-con-sindromede-asperger.pdf>
- Cererols, R. (2010). *Descubrir el asperger*. Recuperado de <http://www.pairal.net/asperger/AspergerE3W.pdf>
- Federación Asperger España (2009). *Conclusiones II. Congreso Internacional sobre Síndrome de Asperger, Sevilla*. Recuperado de <http://espectroautista.info/textos/divulgaci%C3%B3n/conclusiones-II-congreso-internacional>
- Ferre, F., Palanca, I. & Crespo, M. (Coords.) (2008). *Guía de diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro autista. La atención en la Red de Salud Mental*. Recuperado de http://www.asperger.es/libro_det.php?id=45
- Gillberg, I.C. & Gillberg, C. (1989). Asperger syndrome - some epidemiological considerations: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(4), 631-638.
- Martín Borreguero, P. (2004). *El síndrome de asperger. ¿Excentricidad o discapacidad social?* Madrid: Alianza.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *La clasificación internacional y estadística de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. Ginebra: OMS.
- Rivière, A. & Valdez, D. (2000) *Autismo: definición, evaluación y diagnóstico. Módulo 1*. Buenos Aires: FUNDEC.
- Thomas, G., Barrat, P., Clewley, H., Joy, H., Potter, M. & Whitaker, P. (2002). *El Síndrome de asperger: estrategias prácticas para el aula: guía para el profesorado*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Recuperado de <http://www.asperga.org/docs/tipo2/m3.pdf>
- Vázquez, C. & Martínez, M. (Coord.) (2006). *Los trastornos generales del desarrollo. Una aproximación desde la práctica. El síndrome de asperger: respuesta educativa. 2*. Junta de Andalucía, Consejería de Educación, Dirección General de Participación y Solidaridad en la Educación. Recuperado de http://www.paidopsiquiatria.com/TDAH/volumen_02.pdf

Zardaín, P. & Trelles, G. (2009). *El síndrome de asperger*. Asturias: Asociación Asperger de Asturias. Recuperado de <http://www.psicodiagnosis.es/downloads/sindromedeaspergerguiaeducativa.pdf>