

Síndrome de Asperger en Atención Primaria. Planificación de los cuidados.

Pedro Ruymán Brito Brito, Ana Rosa Plasencia Rodríguez, Ana Alicia Delgado Sosa, Nicolás Bello Gorriñ, Ana Vanesa Castilla Martínez, Lorena Vadillo Quintana, Begoña Chávez Díaz, Concepción Armas Trujillo, Petra Milagros Hernández González, Carolina San Luis de Arévalo, Kariné Mariolis Feliú López, Dolores Hajar Abellá, Ana Isabel Iriondo León, María Isabel Rodríguez Rodríguez.

Recibido: 20/03/2010

Aceptado: 20/04/11

Brito Brito et cols. **Síndrome de Asperger en Atención Primaria. Planificación de los Cuidados.** ENE, Revista de Enfermería 5(1):90-99 abr 2011. Disponible en <http://enfermeros.org/revista>

resumen

El Síndrome de Asperger (SA) se define como un trastorno severo del desarrollo que causa importantes problemas sociales y de comportamiento. Se expone el caso de un paciente varón de 19 años que acude a consulta de enfermería para valoración y priorización de sus necesidades de cuidados. Los problemas más importantes detectados, empleando la clasificación NANDA, fueron: *Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo, Aislamiento social, Riesgo de impotencia y Riesgo de baja autoestima situacional.* Además, se identificó el *Riesgo de cansancio del rol de cuidador.* Se discute la necesidad y las posibilidades de abordaje temprano y seguimiento de este trastorno en los centros de Atención Primaria de Salud.

palabras clave

Síndrome de Asperger. Diagnóstico enfermero. Plan de cuidados. Proceso enfermero. Atención Primaria de Salud.

abstract

Asperger's Syndrome (SA) is defined as a severe disorder of the development that causes important social and behavior problems. There is exposed the case of a 19-year-old male patient who comes to consultation of nursing for assessment and prioritization of care needs. Most important detected problems, using NANDA classification, were: Disability of the adult to support his development, Social Isolation, Risk of impotence and Risk for situational low self-esteem. In addition, there was identified the Risk for Caregiver Role Strain. There is discussed the need and the possibilities of early detection and follow-up of this disorder in Primary Health Care.



keywords

Asperger's syndrome. Nursing diagnosis. Care plan. Nursing process. Primary Health Care.

introducción

El Síndrome de Asperger (SA) se define como un trastorno severo del desarrollo que causa importantes problemas sociales y de comportamiento. Es más frecuente en niños y su aparición oscila entre 3 y 7 por cada 1000 nacidos vivos (1)(2). Algunos autores lo consideran un tipo de autismo de alto funcionamiento aunque las características clínicas difieren pues no existen los problemas de lenguaje típicos. En la Tabla 1 se muestran los criterios diferenciales, según Torres Iglesias et cols. (3), entre el SA y el autismo infantil precoz.

Tabla 1. Criterios diferenciales entre SA y autismo infantil precoz.

Clínica	Síndrome de Asperger	Autismo infantil precoz
Edad de comienzo	> 3 años	Primer mes
Deambulación	Habla antes de andar	Anda antes de hablar
Lenguaje y comunicación	<ul style="list-style-type: none"> - Adquiere lenguaje - Comunicación unilateral - Vive " a su manera" 	<ul style="list-style-type: none"> - Retraso o ausencia - No comunicativo - Vive "en su mundo"
Contacto ocular	Lo evita	Pobre
Evolución	Trastorno de la personalidad	Trastorno psicótico
Pronóstico	Favorable	Desfavorable
Etiopatogenia	Herencia (rasgo de personalidad)	Herencia + daño cerebral



La Asociación Americana de Psiquiatría, en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV-TR, incluye los siguientes criterios para el diagnóstico de SA (4):

Alteración cualitativa de las relaciones sociales.

Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados.

No se cumplen los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.

No obstante, como apuntan el Equipo Deletrea y Artigas Pallarés (5), “no es suficiente una etiqueta diagnóstica para mejorar la calidad de vida de estas personas”. De este modo, se señalan los siguientes aspectos como los más relevantes una vez identificado el problema:

Describir las características de cada persona en todas las áreas de desarrollo.

Detectar las necesidades y priorizar objetivos.

Ofrecer estrategias de intervención que ayuden a mejorar la calidad de vida de estas personas.

Garantizar un seguimiento continuo que ayude a ajustar los programas de intervención.

En el caso que se presenta se exponen la valoración, el diagnóstico y la planificación de cuidados de un adulto joven con SA en consulta de enfermería de Atención Primaria.

descripción del caso

Paciente varón de 19 años de edad que acude, acompañado por su madre, a consulta de enfermería de Atención Primaria solicitando informe de cuidados para valoración de incapacidad. Padece trastorno de Asperger diagnosticado desde los 8 años.

Deterioro claramente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.

No hay retraso general del lenguaje.

No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognitivo 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.

valoración general

Acude a consulta de enfermería de su centro de salud acompañado por su madre quien demanda anamnesis e informe de cuidados de enfermería para solicitar una prestación económica por incapacidad permanente.

Padece trastorno de Asperger diagnosticado a los 8 años de edad. No alergias medicamentosas conocidas. No tiene tratamiento farmacológico prescrito y cuando ha necesitado tomar medicación ha sido homeopatía. Estado vacunal correcto. Antecedentes personales y familiares no relevantes. Actualmente está en seguimiento con psiquiatría y psicología.

Patrón funcional de salud 1. Percepción-manejo de la salud. Refiere normalidad en su estado de salud, sin alteraciones actuales. Acude a revisiones con psiquiatra y psicólogo con una frecuencia anual y semestral respectivamente.

Patrón funcional de salud 2. Nutricional – metabólico. Presenta intolerancia a algunos lácteos y cereales. Toma leche, arroz, yogures y queso de cabra. Apetito moderado. Normopeso. Buen estado de la piel y membranas mucosas. Hidratado.

Patrón funcional de salud 3. Eliminación. Sin alteraciones.

Patrón funcional de salud 4. Actividad – ejercicio. Es autónomo para las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales. Es capaz de preparar ciertos alimentos de fácil elaboración. Su madre comenta que presenta lentitud y torpeza en determinados



movimientos como correr. No realiza ejercicio físico de manera habitual.

Patrón funcional de salud 5. Sueño - descanso. Duerme bien aunque, según la información de la madre de modo más intranquilo (pesadillas) cuando algo le preocupa.

Patrón funcional de salud 6. Cognitivo - perceptivo. Orientado en tiempo y espacio. Tiene astigmatismo y usa gafas. Dolores esporádicos en espalda y cuello, sobre todo en momentos de mayor tensión. Gran capacidad de recuerdo visual para el aprendizaje. Nivel de inteligencia normal, según refiere la madre, aunque entiende e interpreta las frases al pie de la letra. Dice lo que piensa en todo momento sin considerar los factores contextuales de la comunicación.

Patrón funcional de salud 7. Autocontrol - autoconcepto. Existe riesgo importante de baja autoestima debido a sus dificultades en la interacción social. Comenta la madre que, cuando cursaba sus estudios obligatorios, preguntaba con frecuencia si era tonto o si tenía algún retraso mental. En los últimos meses no ha tenido rabietas o conflictos importantes refiriendo "estar en su mejor momento".

Patrón funcional de salud 8. Rol - relaciones. El grupo familiar está compuesto por madre e hijo que viven juntos. Cuando él era pequeño se produjo la separación de sus padres y el contacto posterior entre padre e hijo ha sido escaso. De resto, hay buenas relaciones con su abuela materna, tía y primos aunque, según cuenta la madre, a lo largo de los años ha costado que los demás entendieran y se adaptaran a la problemática del niño. Los síntomas debutaron en el primer cumpleaños. A lo largo de su vida educativa, ha tenido muchos problemas para la inserción en los distintos grupos de clase, con profesores y compañeros, llegando incluso a sufrir maltrato psicológico, bullying. En la actualidad, acude a una escuela de arte donde está mejor integrado que en los centros anteriores, desempeña una actividad

que le satisface y tiene un compañero diagnosticado también de Síndrome de Asperger aunque no se comunican entre sí, según comenta la profesora. El grupo que le rodea en dicha escuela está concienciado sobre cuál es la enfermedad del joven y cómo se manifiesta, siendo colaborador en todo momento y con buena disposición para la integración. Siempre ha tenido grandes dificultades para la interacción social. No comprende los patrones relacionales (emocionales, afectivos) entre las personas aunque se fija mucho en ellos para tratar de entenderlos. Mantiene un rictus facial inexpresivo que se ha acentuado a lo largo de los años.

Patrón funcional de salud 9. Sexualidad - reproducción. En la interacción con las chicas, ha manifestado en varias ocasiones su imposibilidad para conseguir una pareja dados sus problemas sociales. Según informa la madre, este hecho no le genera frustración sino que ha tratado de adaptarse.

Patrón funcional de salud 10. Adaptación - tolerancia a estrés. La madre refiere que en los últimos dos años la situación ha mejorado. Sobre todo después de estar cursando los estudios de arte. El joven manifiesta en ocasiones sus deseos de ser pintor o creador de videojuegos. En cuanto a su carácter, según informa la cuidadora, tiene riesgo importante de frustración cuando percibe descontrol o desorganización en la situación que le rodea, es muy riguroso en sus actividades de la vida diaria y sistemático. Ella manifiesta preocupaciones por el momento en que no esté e incertidumbre por los cuidados que requiere su hijo.

Patrón funcional de salud 11. Valores - creencias. Tiene un sistema sólido y firme de principios vitales. Actúa en base a ellos. Se considera un romántico y no lleva a cabo ninguna práctica religiosa.

Como información complementaria a la valoración por patrones funcionales de salud, se pidió a la madre que cumplimentara el Cuestionario de



Screening para Espectro Autista de Alto Funcionamiento, ASSQ (6), cuyos ítems se refieren a la interacción social, problemas de comunicación, conductas restrictivas y repetitivas, torpeza motora y diferentes tipos de tics. La puntuación obtenida fue de 38, entre 0 y 54 (de mejor a peor).

Además, la madre, como cuidadora principal, contestó a la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (7) obteniéndose una puntuación de 40 sobre 88 puntos como valor máximo.

Se decidió exponer el caso en sesión clínica de enfermería para la determinación de las necesidades de cuidados más relevantes y el establecimiento de un plan de cuidados. Para ello, se emplearon técnicas del tipo tormenta de ideas y consenso entre expertos mediante rondas Delphi.

identificación de problemas

El grupo de quince enfermeras utilizó el modelo del análisis de resultados del estado actual, AREA (8), para priorizar las necesidades de cuidados del paciente. Se realizaron rondas Delphi entre las enfermeras reunidas en sesión clínica. Los diagnósticos seleccionados fueron:

Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo manifestado por apatía, demostración de dificultad para el razonamiento, pérdida para responder a los estímulos ambientales y retraimiento social.

Nota: Se decidió utilizar la etiqueta diagnóstica *Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo*, de la clasificación NANDA 2007-2008, en lugar de Deterioro generalizado del adulto, de la clasificación NANDA 2009-2011, al entender que la primera reflejaba mejor la situación del paciente con respecto a esta necesidad de cuidados.

Aislamiento social manifestado por búsqueda de soledad, mutismo y retraimiento relacionado con factores contribuyentes a la ausencia de relaciones

personales satisfactorias e incapacidad para establecer tales relaciones.

Riesgo de impotencia relacionado con dependencia en la vida cotidiana (figura familiar de referencia) y patrones de afrontamiento inadecuados.

Riesgo de baja autoestima situacional relacionado con expectativas irreales sobre sí mismo, rechazo y reducción / escasez del poder o control sobre el entorno.

Riesgo de cansancio del rol de cuidador.

planificación y ejecución de los cuidados

En esta fase se utilizó también el modelo AREA y rondas Delphi para determinar los resultados prioritarios de la Nursing Outcomes Classification (NOC), las intervenciones de la Nursing Interventions Classification (NIC) y las actividades más oportunas dentro de cada intervención. Las enfermeras participantes establecieron, de forma individual, las relaciones entre todas las etiquetas planteadas (en primer lugar las NOC y posteriormente las NIC) observando en cuáles de ellas incidían en mayor número las restantes. A continuación, se realizaron dos rondas Delphi con el panel de quince enfermeras para valorar la relevancia y pertinencia de las etiquetas según las relaciones encontradas.

Las etiquetas de resultados NOC elegidas fueron: *Calidad de vida*, *Soporte social*, *Autonomía personal* y *Autoestima*. Para la cuidadora, *Bienestar del cuidador principal*.

Las etiquetas de intervenciones NIC seleccionadas fueron: *Potenciación de la seguridad*, *Potenciación de la socialización*, *Aumentar / estimular los sistemas de apoyo*, *Potenciación de la autoestima* y *Apoyo al cuidador principal*.

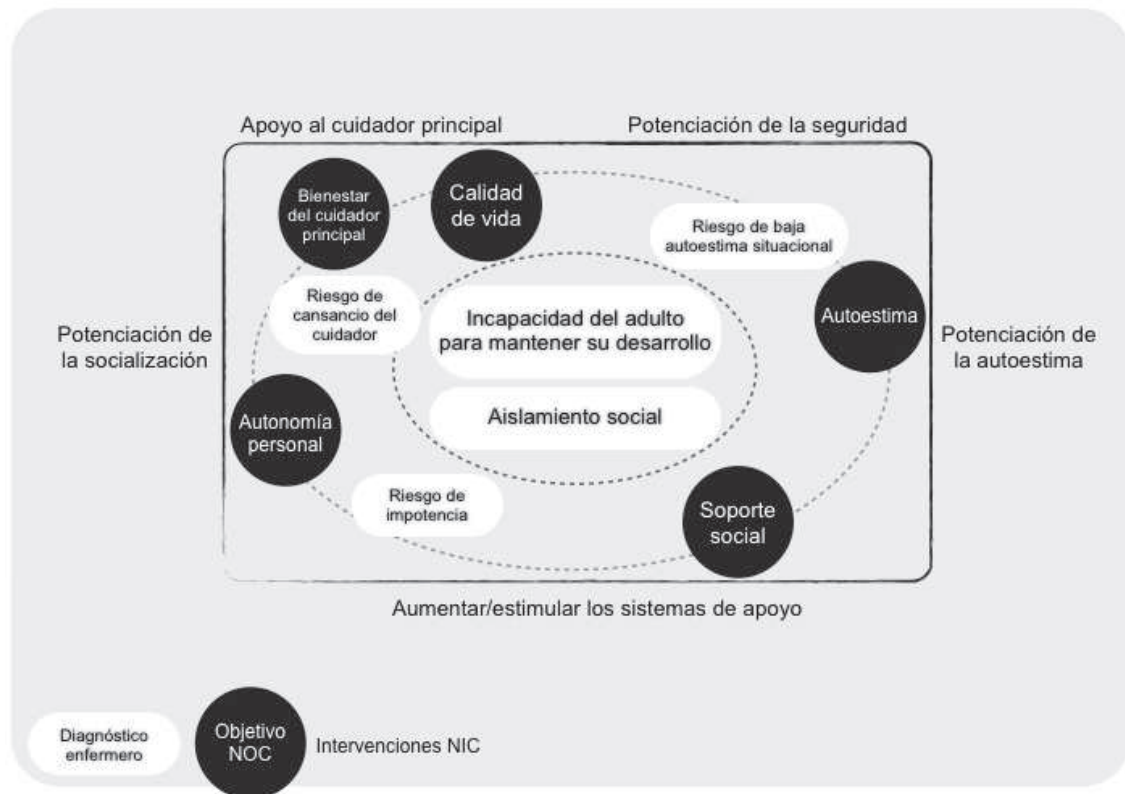
A continuación se muestra el plan de cuidados completo junto a las actividades



dentro de cada etiqueta de intervención. Es importante apuntar que las intervenciones no están vinculadas únicamente a un

diagnóstico o a un objetivo sino que están planificadas para abordar el conjunto de los mismos (Figura 1):

Figura 1. Establecimiento de problemas, objetivos e intervenciones prioritarias.



Diagnóstico: *Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo* manifestado por **apatía, demostración de dificultad para el razonamiento, pérdida para responder a los estímulos ambientales y retraimiento social.**

Objetivo: Fomentar la *calidad de vida*.

Intervención: *Potenciación de la seguridad.*

Actividades:

- Disponer un ambiente no amenazable.
- Mostrar calma.
- Pasar tiempo con el paciente.
- Ofrecerse a quedarse con el paciente durante las interacciones iniciales con otras personas.

- Permanecer con el paciente para fomentar su seguridad durante los períodos de ansiedad.

- Presentar los cambios de forma gradual.

- Escuchar / promover la verbalización de los miedos del paciente y familia.

- Responder a las preguntas sobre su salud de una manera sincera.

- Ayudar al paciente y familia a identificar los factores que aumentan el sentido y seguridad.

- Ayudar al paciente y familia a identificar las respuestas habituales a su capacidad de resolución de problemas.

- Ayudar al paciente a utilizar las respuestas de capacidad de resolución de problemas



que han resultado con éxito en el pasado.

Diagnóstico: *Aislamiento social manifestado por búsqueda de soledad, mutismo y retraimiento relacionado con factores contribuyentes a la ausencia de relaciones personales satisfactorias e incapacidad para establecer tales relaciones secundario a trastorno de Asperger.*

Objetivo: Disponer del *soporte social* adecuado.

Intervención: *Potenciación de la socialización.*

Actividades:

- Ayudar al paciente a que aumente la conciencia de sus virtudes y sus limitaciones en la comunicación con los demás.
- Utilizar el juego de roles para practicar las habilidades y técnicas de comunicación mejoradas.
- Responder de forma positiva cuando el paciente establezca el contacto con los demás.
- Fomentar la planificación de actividades especiales por parte de grupos pequeños (asociaciones).

Diagnóstico: *Riesgo de impotencia relacionado con dependencia en la vida cotidiana (figura familiar de referencia) y patrones de afrontamiento inadecuados asociados a trastorno de Asperger.*

Objetivo: Fomentar la *autonomía personal*.

Intervención: *Aumentar / estimular los sistemas de apoyo.*

Actividades:

- Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes.
- Determinar el grado de apoyo familiar.
- Determinar los sistemas de apoyo actualmente en uso.

- Determinar las barreras al uso de los sistemas de apoyo.

- Remitir / contactar con un grupo de autoayuda, si se considera oportuno.

- Evaluar la conveniencia de los recursos comunitarios para identificar virtudes y defectos.

- Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y de apoyo.

- Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar.

Diagnóstico: *Riesgo de baja autoestima situacional relacionado con expectativas irreales sobre sí mismo, rechazo y reducción / escasez del poder o control sobre el entorno.*

Objetivo: Fomentar la *autoestima*.

Intervención: *Potenciación de la autoestima.*

Actividades:

- Observar las frases del paciente sobre su propia valía.

- Determinar la posición de control del paciente.

- Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios.

- Animar al paciente a identificar sus virtudes.

- Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas.

- Reafirmar las virtudes personales que identifique el paciente.

- Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente, si procede.

- Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.

- Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo.

- Recompensar o alabar el progreso del



paciente en la consecución de objetivos.

- Comprobar la frecuencia de las manifestaciones negativas sobre sí mismo.
- Observar la falta de seguimiento en la consecución de objetivos.
- Observar los niveles de autoestima, si procede.

Diagnóstico: *Riesgo de cansancio del rol de cuidador.*

Objetivo: Fomentar el *bienestar del cuidador principal.*

Intervención: *Apoyo al cuidador principal.*

Actividades:

- Observar si hay indicios de estrés.
- Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés.
- Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas por teléfono y / o cuidados de enfermería comunitarios.
- Controlar los problemas de interacción de la familia en relación con los cuidados del paciente.
- Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador.
- Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles.
- Aceptar las expresiones de emoción negativa.
- Determinar la aceptación del cuidador de su papel.
- Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.
- Enseñar al cuidador estrategias para acceder y sacar el máximo provecho de los recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.
- Identificar fuentes de cuidados prolongados.
- Promover una red social de cuidadores.
- Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios

para sostener la propia salud física y mental.

discusión e implicaciones para la práctica clínica

El abordaje y seguimiento de las personas con SA en las consultas de enfermería de Atención Primaria resulta complejo. Aún así, estos profesionales, sobre todo en el ámbito de pediatría, están posicionados adecuadamente para la detección temprana, siendo importante el control por especialistas de salud mental, las opciones de tratamiento y el soporte y seguimiento de casos (9)(10). El desconocimiento por parte de las enfermeras, y otros profesionales, sobre este trastorno (incluido en el DSM-IV en 1994) conlleva la necesidad de ser proactivos en la definición y el desempeño del rol dentro del ámbito escolar y comunitario para la ayuda a las personas que padecen SA.

En el caso presentado, las necesidades a cubrir para un joven de 19 años con este problema están relacionadas con la socialización, la seguridad, la autonomía personal y la autoestima, así como la cobertura de necesidades de su cuidador principal.

Es interesante el planteamiento del Equipo Deletrea y Artigas Pallarés (5) al hacer conocer y saber al paciente con SA que "*no son enfermos mentales sino que tienen otra forma de percibir e interpretar el mundo que les rodea*". Este enfoque coincide con el de Brownlow (11) que expone, como resultado de intervenciones terapéuticas, la integración de personas con autismo en el mundo social típico. Presenta una alternativa en el entendimiento del SA basada en el valor de la diversidad y la visión del autismo como una diferencia más que como un déficit.

El trabajo interdisciplinar es un pilar básico en Atención Primaria de salud para la detección, abordaje y seguimiento del trastorno. La salud escolar es buen punto



de encuentro para el trabajo conjunto de educadores, psicólogos y enfermeras comunitarias, tal y como apunta Bellando (12). La coordinación del cuidado de niños y familiares con SA en escuelas y centros de Atención Primaria es importante para minimizar el riesgo de fracaso escolar y el aislamiento social (13). El trato social injusto y discriminatorio de adolescentes y adultos jóvenes con SA puede ser un puente hacia sintomatología depresiva, ansiosa o ideación suicida (14).

El planeamiento de estrategias para la atención del SA por parte de enfermeras comunitarias ha mostrado garantías de inclusión total de estos pacientes en el sistema sanitario, mediante buenas prácticas de cuidados (15). Los objetivos de estas estrategias son evitar la discriminación, mejorar la comunicación y reducir la ansiedad (16). Además, está indicado el trabajo con los progenitores,

sobre todo las madres, quienes sufren mayor riesgo de estrés y otros problemas psicosociales (17)(18).

En la planificación de cuidados para el caso expuesto se planearon intervenciones sobre la cuidadora principal, así como enseñanzas explícitas al paciente sobre las relaciones sociales y estrategias para desenvolverse con éxito y analizar las virtudes propias. Todo ello en concordancia con las recomendaciones realizadas por expertos (5) quienes resaltan el interés de la figura del mediador social y laboral para ayudar a las personas con SA a generar estrategias adecuadas en la resolución de conflictos sociales y laborales. También se aconsejan los servicios de orientación y asesoramiento personal y familiar, el desarrollo de estrategias de autocontrol y la máxima estructuración posible en la programación de tareas diarias y laborales.

bibliografía

- (1) Debra Wood, RN. Síndrome de Asperger [Internet]. 2011 [Citado 16 de marzo de 2011]. Disponible en: <https://healthlibrary.epnet.com/GetContent.aspx?token=70ff5260-81bd-4de1-9998-14fc98aa9133&chunkid=103810>
- (2) Federación Asperger España. El Síndrome de Asperger. [Internet]. 2011 [Citado 16 de marzo de 2011]. Disponible en: <http://www.asperger.es/>
- (3) Torres Iglesias AJ, Caballero Andaluz R, Rodríguez Sacristán J. ¿Es el síndrome de Asperger un diagnóstico clínico válido en la actualidad? *Psiquiatría.com* 2001;5(2).
- (4) American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson. 2002: 96.
- (5) EQUIPO DELETREA, Artigas Pallarés J. Un acercamiento al Síndrome de Asperger: una guía teórica y práctica. Sevilla: Asociación Asperger España. 2007.
- (6) Ehlers S, Gillberg C, Wing L. A screening questionnaire for Asperger Syndrome and other high-functioning autism spectrum disorders in school age children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*; 29, 1998: 129-141.
- (7) Zarit SH. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980;20:649-655.
- (8) Kautz DD, Kuiper R, Pesut DJ, Williams RL. Using NANDA, NIC and NOC (NNN) language for clinical reasoning with the Outcome-Present State-Test (OPT) model. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2006; 17:129-38.
- (9) Marshall MC. Asperger's syndrome: implications for nursing practice. *Issues Ment Health Nurs*. 2002 Sep; 23(6):605-15.



- (10) Schnur J. Asperger syndrome in children. J Am Acad Nurse Pract. 2005 Aug; 17(8): 302-8.
- (11) Brownlow C, O'Dell L. Representations of autism: implications for community healthcare practice. Community Pract. 2009 Jul; 82(7):18-21.
- (12) Bellando J, Pulliam E. Helping the student with Asperger's disorder with social and behavioural issues in the school: nursing, psychology and educators workin in unisom. J Spec Pediatr Nurs. 2009 Jul; 14(3):210-4.
- (13) Lobar SL, Fritts MK, Arbide Z, Russell D. The role of the nurse practitioner in an individualized education plan and coordination of care for the child with Asperger's syndrome. J Pediatr Health Care. 2008 Mar-Apr; 22(2):111-9.
- (14) Shtayermman O. Peer victimization in adolescents and young adults diagnosed with Asperger's syndrome: a link to depressive symptomatology, anxiety symptomatology and suicidal ideation. Issues Compr Pediatr Nurs. 2007 Jul-Sep; 30(3):87-107.
- (15) Aylott J. Autism: developing a strategy for nursing to prevent discrimination. Br J Nurs. 2004 Jul 22-Aug 11; 13(14):828-33.
- (16) Aylott J. Improving access to health and social care for people with autism. Nurs Stand. 2010 Mar 10-16; 24(27):47-56; quiz 58.
- (17) Little L. Differences stress and coping for mothers and fathers of children with Asperger's syndrome and non verbal learning disorders. Pediatr Nurs. 2002 Nov-Dec; 28(6):565-70.
- (18) Little L. Maternal discipline of children with Asperger syndrome and non verbal learning disorders. MCN Am J Matern Child Nurs. 2002 Nov-Dec; 27(6):349-45.

