

## Sustitución diagnóstica y prevalencia creciente del autismo

Estoy agradecido al editor por haber elegido mi manuscrito sobre la sustitución diagnóstica en la educación especial en EE.UU. para ser comentado y me honra doblemente que Craig Newschaffer, un estimado epidemiólogo e investigador en el autismo, llevase a cabo el comentario<sup>1</sup>. Newschaffer explora alguna de las limitaciones de mi análisis incluyendo la confianza en las asociaciones a nivel de conjunto para hacer la sustitución diagnóstica de cada caso, la incapacidad para desenredar los efectos de la cohorte en estos datos y una discusión incompleta de la magnitud de la asociación entre los cambios en la prevalencia del autismo y los cambios correspondientes en la prevalencia de otras categorías. He reconocido y explorado la mayoría de estas limitaciones en mi discusión y no repetiré estos puntos aquí. Sin embargo, hay dos comentarios a los que me gustaría responder brevemente.

Primero, aunque el artículo puede quizá ser justamente criticado por no tratar de detallar la magnitud de los efectos en algunos de los modelos de regresión más ampliamente, sería un error concluir por lo tanto que la magnitud de los efectos en cualquier modelo es insignificante. De hecho, la magnitud de la asociación entre la prevalencia creciente del autismo y el descenso correspondiente en la prevalencia de otras categorías es bastante considerable. Una de las formas de evaluar la adecuación de un modelo como éste es comparar los valores observados frente a los valores predichos por el modelo. Por ejemplo, la prevalencia de autismo en 2003 predicha por el modelo de retraso mental (RM) en la tabla 2 del artículo es 2,9 por 1.000 (basada en el análisis residual), mientras que la prevalencia del autismo real en el mismo año fue 3,1 por 1.000, lo que representa unos valores muy similares entre los resultados observados y predichos. Aparte de los modelos de regresión, se puede considerar también la magnitud real del cambio en la prevalencia de una categoría en comparación con la otra, como hice para examinar la diferencia entre los cambios en la prevalencia combinada de autismo, OHI, TBI y DD frente a los cambios en la prevalencia combinada de LD y RM entre 1994 y 2003. Se puede hacer una comparación similar sólo entre autismo y RM. La prevalencia de RM en conjunto observada entre los niños de 6 a 11 años en educación especial disminuyó un 2,8 por 1.000 en 1994-2003, mientras que la prevalencia de autismo aumentó un 2,6 por 1.000. Esto indica que, en conjunto, la disminución total de la prevalencia de RM podría compensar el aumento total de la prevalencia de autismo casi uno a uno. Por supuesto, este cálculo nacional en conjunto enmascara la variabilidad entre estados y cohortes.

Segundo, Newschaffer concluye con una petición para pasar desde la cuestión intratable, y quizá sin respuesta, de si la prevalencia real del autismo ha aumentado en las dos últimas décadas a centrarse más prospectivamente en llevar a cabo investigación epidemiológica y genética relacionada con el autismo. Estoy de acuerdo en que podemos no ser capaces nunca de comprender completamente la dinámica que hay tras los cambios históricos en la prevalencia del autismo y por supuesto estoy de acuerdo en que necesitamos más investigación sobre la etiología. Sin embargo, el diagnóstico de autismo se basa en observar la conducta más que en marcadores biológicos claramente identificables, el acuerdo diagnóstico entre los médicos no es perfecto<sup>2,3</sup>, los niños negros tienden a identificarse más tarde que los niños blancos<sup>4</sup> y los médicos han declarado buena voluntad para dar un diagnóstico de autismo a los niños con síntomas ambiguos si saben que esto dará lugar a que el niño obtenga más servicios<sup>5</sup>. Por lo tanto, creo también que necesitamos seguir complementando la investigación sobre la etiología con un examen cuidadoso del contexto sociopolítico en el que se produce la identificación, la derivación, el diagnóstico y la intervención en los niños con autismo y sus familias. Las cuestiones relativas a equidad, eficacia, efectividad, calidad y eficiencia en los servicios para los niños son importantes por derecho propio.

PAUL T. SHATTUCK, PHD  
University of Wisconsin-Madison, Waisman Center.  
Madison, WI. Estados Unidos.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Newschaffer C. Changing autism prevalence [comentario]. *Pediatrics*. 2006;117:1436-7.
2. Klin A, Lang J, Cicchetti DV, Volkmar FR. Brief report: interrater reliability of clinical diagnosis and DSM-IV criteria for autistic disorder – results of the DSM-IV autism field trial. *J Autism Dev Disord*. 2000;30:163-7.
3. Mahoney WJ, Szatmari P, MacLean JE, et al. Reliability and accuracy of differentiating pervasive developmental disorder subtypes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37:278-85.
4. Mandell DS, Listerud J, Levy SE, Pinto-Martin JA. Race differences in the age at diagnosis among Medicaid – eligible children with autism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41:1447-53.
5. Skellern C, Schluter P, McDowell M. From complexity to category: responding to diagnostic uncertainties of autistic spectrum disorders. *J Paediatr Child Health*. 2005;41:407-12.