

La prevalencia de los Trastornos del Espectro Autista (TEA) en la población escolar de la ciudad de Sevilla

Antonio Aguilera, Javier Moreno, Isabel de los R. Rodríguez
Universidad de Sevilla

Resumen

Una tarea previa al diseño y desarrollo de actuaciones destinadas a los diferentes grupos de personas con discapacidad es la determinación de las tasas de prevalencia de la población diana a la que van dirigidas. En el caso de los Trastornos del Espectro Autista (TEA) la determinación de tales tasas no deja de ser un asunto controvertido que hace que al reto de cómo educar a estas personas, se sume el de su detección, identificación y diagnóstico. En este trabajo se presenta un estudio sobre la prevalencia de los TEA entre la población escolarizada en las etapas obligatorias en la ciudad de Sevilla (España). Los resultados son analizados en función del sexo y edad de los sujetos, según el tipo de escolarización y atendiendo a las diferentes categorías diagnósticas que se consideran TEA. Tales resultados arrojan tasas de prevalencia similares a los obtenidos recientemente en otros estudios realizados tanto en nuestro país como fuera de él.

Palabras clave: Trastornos del Espectro Autista, Prevalencia, Discapacidad.

Introducción

Una cuestión básica para la planificación y desarrollo de medidas de atención educativa dirigidas a las personas con discapacidad es disponer de información suficiente para determinar el volumen global de la problemática que se aborda. En el caso concreto del autismo, siempre se había visto como una entidad clínica muy poco frecuente; así, en un trabajo pionero en este campo (Lotter, 1966) en el que estudió la prevalencia del autismo en una población de niños de 8 a 10 años, se obtuvo una tasa de 4.5/10.000. Otros estudios realizados en Europa y Estados Unidos durante las décadas posteriores fueron aportando resultados muy similares, situándose las estimaciones en valores comprendidos entre 0.7/10.000 del estudio de Treffert, (1970) y 5.6/10.000 del de Bohman et al. (1983). Sin embargo, en los estudios realizados en la última década del siglo pasado se aprecia un aumento paulatino de las tasas de prevalencia obtenidas por los diferentes estudios (Bryson, 1998), situándose en un rango que va de 4.9/10.000 (Fombonne & Mazaubrun, 1992) a 9.5/10.000 (Gillberg et al., 1991), generándose una

cierta controversia sobre la verosimilitud de este incremento (Bryson, 1996; Fombonne, 1996). Esta tendencia ascendente se ha visto incrementada en los estudios publicados a partir del 2000 en los que las tasas proporcionadas llegan a ser del orden de 30.8/10.000 como ocurre en el trabajo de Baird et al.(2000).

Este incremento paulatino de la prevalencia estimada está en serio debate en la actualidad, citándose una serie de factores que podrían explicar esta tendencia (Wing y Potter, 2002) como: a) cambios en los criterios diagnósticos; b) diferencias metodológicas de los estudios; c) incremento de la concienciación de padres, profesionales y de la población en general por la existencia de los TEA; d) mayor reconocimiento de que los trastornos autistas pueden asociarse a retraso mental severo o profundo y otros trastornos físicos o del desarrollo, a habilidades mentales altas o normales y a trastornos psiquiátricos de algún tipo; e) el desarrollo de servicios especializados; f) posibles causas relacionadas con la edad de comienzo y g) un posible incremento real en el número de casos.

Sin ánimo de ser exhaustivos, parece claro que los factores expuestos influyen en los resultados de los estudios sobre prevalencia. En primer lugar es evidente que hay una relación clara entre las tasas obtenidas y los criterios diagnósticos utilizados (Lord et al., 1994). Así los estudios que usan los instrumentos más actuales (DSM-IV y CIE-10) son los que estiman las tasas de prevalencia más altas (Wing y Potter, 2002). En segundo término, el tamaño y composición de las diferentes muestras y el procedimiento empleado en la detección de los casos son decisiones metodológicas que han podido influir en la disparidad de tasas de prevalencia encontradas (Fombonne, 2003); en este sentido, revisiones sobre el tema del tamaño de la muestra parecen indicar que muestras bajas arrojan valores de prevalencia más elevados y a la inversa (Honda et al., 1996). En tercer lugar, también es posible que existan variaciones en la frecuencia de los

trastornos autistas en virtud de la localización geográfica y en especial en determinados grupos étnicos; en este sentido resulta llamativo que los estudios llevados a cabo en Japón muestren valores de prevalencia muy altos; de 15.5/10.000 (Matsuishi et al., 1987), de 13.8/10.000 (Tanoue et al., 1988), de 13/10.000 (Sugiyama & Abe, 1989) y de 21.08/10.000 (Honda et al., 1996).

En un estudio relativo a los factores que pueden predecir los valores de prevalencia sobre los trabajos epidemiológicos previos, realizado por el equipo de Mercedes Belinchón (2001) se analizaron veintidós variables relacionadas con la metodología empleada en cada uno de los trabajos publicados, tales como: el año de recogida y de publicación, el continente o país en el que se realizó, el tamaño de la muestra, la composición de la muestra en cuanto a la proporción de inmigrantes, la edad máxima y mínima, el porcentaje de población urbana, los instrumentos utilizados, etc. Como conclusión se obtuvo una ecuación de regresión en orden a tres variables que eran las mejores predictoras de las tasas de prevalencia, a saber: a) la edad máxima de los sujetos participantes en el estudio, b) el año de recogida de los datos y c) el porcentaje de la población que vivía en un medio urbano. Mediante esta metodología de análisis y tras aplicar la ecuación de regresión obtenida, se estimó que la prevalencia media era de 8.34/10.000 en un rango que oscilaba entre 4.96 y 11.71 por cada 10.000 nacidos.

En cualquier caso está claro que, a diferencia de las percepciones iniciales, no se trata de un problema educativo menor en cuanto a sus dimensiones. Por otra parte parece evidente la complejidad que para cualquier estudio y, como consecuencia, para cualquier sistema de atención educativa, sanitaria o social, tiene la determinación del número exacto de sujetos con TEA. de modo que podemos decir que al reto de cómo educar adecuadamente a estas personas, se suma el de su detección, identificación y diagnóstico adecuado.

En esta dirección, y como tarea previa para al análisis de las necesidades educativas que el colectivo autista presenta, se plantea el presente estudio cuyos objetivos son: 1) identificar el volumen de alumnado con TEA en el sistema educativo sevillano, esto es, determinar su prevalencia entre la población escolarizada en las etapas obligatorias en centros educativos de la ciudad de Sevilla y 2) analizar su distribución por sexo edad, tipo de escolarización y categorías diagnósticas. Al modo concreto en que ello se hizo se dedica la sección siguiente.

Método

Participantes

Para la determinación de la base de datos inicial se contactó con todos los colegios en los que, a partir de fuentes externas, se conocía la presencia en ellos de alumnado con TEA así como con la totalidad de Institutos de Educación Secundaria en los que se debía determinar la presencia o no de alumnado con este diagnóstico.

Participaron en el estudio un total de 49 Institutos de Educación Secundaria, de los 53 existentes en la ciudad de Sevilla. Los cuatro restantes declinaron participar por diversos motivos. Cinco de los centros señalaron que presentaban alumnos o alumnas con diagnóstico de TEA.

El número total de Centros Públicos y Concertados de Educación Infantil y/o Primaria que participaron aportando información sobre alumnado con TEA ha sido de 81. En este caso, la base de búsqueda inicial ha sido más reducida dada las características del trabajo de campo en estas etapas educativas, como se verá más abajo.

Asimismo, participaron en el estudio 4 Equipos de Orientación Educativa, de los 10 potencialmente vinculados al estudio.

Procedimiento

La base de datos inicial de alumnado con TEA se obtuvo a partir de otras dos bases ya

existentes proporcionadas respectivamente por la asociación Autismo Sevilla y por la Sección General de Orientación Educativa y Solidaridad de la Consejería de Educación y Ciencia de la Junta de Andalucía.

En un principio, la asociación Autismo Sevilla proporcionó una base informatizada de niños y adultos con TEA asociados a la entidad. Esta base se encontraba integrada por un total de 102 registros. Es necesario señalar que se incluían aquí personas con TEA de diferentes edades, muchas de ellas fuera de la edad de escolarización obligatoria, y sujetos no escolarizados en la ciudad de Sevilla, bien por residir en el área metropolitana o en otras ciudades de la provincia, bien por no estar escolarizados en ella aun residiendo en la ciudad.

Otros registros procedentes de la citada asociación se encontraban en formato papel en los expedientes de registro de visitas o de seguimiento de profesionales. En muchos casos, eran expedientes abiertos por visitas o consultas realizadas en fechas anteriores, que no se habían visto luego seguidas por la incorporación de los familiares de la persona con TEA a la asociación, por lo que ésta era la única referencia existente. En otros se trataba de sujetos que acudían a la asociación para diferentes actividades educativas o terapéuticas o incluidos en la lista de espera de la misma para su posible confirmación de diagnóstico. Suponían un total de 35 sujetos adicionales a la base informatizada de la asociación que fueron incorporados a nuestra base de datos para su posible localización.

La recogida de datos en Autismo Sevilla se vio complementada por la identificación de centros y casos a través de la asociación “Servicio Educativo y Terapéutico de niños Autistas (SETA). Esta organización proporciona atención educativa y terapéutica al alumnado de tres centros de Educación Primaria de la ciudad de Sevilla, mediante acuerdos específicos de colaboración, además de contar con un centro propio de terapia.

Aportó al estudio información de partida sobre 41 estudiantes a los que atiende en los tres centros educativos ordinarios referidos y en su propio centro educativo-terapéutico. Tras un contacto preliminar con la asociación, se establecieron encuentros con los profesionales de la misma en cada centro escolar.

La base de datos de la Administración Educativa estaba formada por los datos sobre personas con TEA, pormenorizados por centro educativo, extraídos del censo de alumnado con necesidades educativas especiales del curso 2002/2003. Este censo es elaborado por los Equipos de Orientación Educativa a partir de la información de que disponen a través de los procesos de diagnóstico y seguimiento que realizan, así como por los datos que les son proporcionados por los Departamentos de Orientación de los Institutos de Educación Secundaria, los Equipos de Orientación de los Centros Concertados y los Centros de Educación Especial. Esta fuente, por otra parte, no aportaba propiamente la identificación de sujetos con TEA, pero sí su localización en diferentes centros escolares. El número total de centros acerca de los que la Administración Educativa aportó referencia fue de 91 en los que, en principio, se señalaba la presencia de 364 alumnos y alumnas con Trastornos Generalizados del Desarrollo. El diagnóstico identificado fue de Trastorno Autista para 67 de ellos, Síndrome de Asperger para 5, Trastorno de Rett para un solo caso, y Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado para 291. Estos alumnos y alumnas estaban repartidos en 59 centros públicos, de los cuáles 56 eran ordinarios y 3 específicos. De los 32 centros restantes de titularidad privada, 26 eran ordinarios y 6 centros de educación especial. Los centros públicos agrupaban a 216 niños y niñas, mientras que en los privados se encontrarían 148. El alumnado con TEA en los centros ordinarios alcanzaba la cifra de 241, mientras que el de los centros específicos 123.

Por otra parte, tal y como se señaló más arriba, se contactó con los 53 Institutos de

Educación Secundaria de la ciudad de Sevilla. Entre otros datos, se les solicitó la identificación de alumnado con TEA diagnosticados en su centro. Del mismo modo, se procuró la incorporación al estudio de los 10 Equipos de Orientación Educativa, dejando fuera del estudio a los equipos de Atención a Minusvalías Específicas, encargados esencialmente de alumnado con discapacidad motriz, y de Atención a Discapacidades Sensoriales.

El procedimiento de contacto fue algo diferente en función de la naturaleza del centro. Así, en los Institutos de Educación Secundaria se realizó un contacto telefónico preliminar con el orientador u orientadora en el que se les explicaba la naturaleza y sentido del estudio; a continuación se realizaba una visita personal de miembros del equipo de investigación en la que se presentaba la ficha para la identificación de casos con TEA diagnosticado que, en algunas ocasiones, era cumplimentada en ese mismo momento y en otras se aplazaba siendo necesaria una nueva visita. Los entrevistadores mostraban en el centro una carta de presentación de la Dirección General de Orientación Educativa y Solidaridad de la Consejería de Educación y Ciencia, recomendando la colaboración del centro con la investigación. Este mismo documento fue empleado en las visitas a Equipos de Orientación Educativa y Centros de Educación Infantil, Primaria y Educación Especial. Algunos centros no accedieron a la visita personal aduciendo que en ellos no existían casos de TEA diagnosticados. En total, fueron visitados 47 Institutos de Educación Secundaria, uno señaló no tener caso alguno y mostró su preferencia por no mantener la entrevista, cuatro declinaron participar de modo alguno en el estudio y uno se incorporó al estudio posteriormente, después de obtener la autorización paterna (véase más abajo para la participación de los padres).

El modo de trabajo en el caso de los Equipos de Orientación Educativa fue similar, con un contacto telefónico previo seguido de una visita. En estos dispositivos la tasa de

participación fue menor ya que tras haber contactado telefónicamente con ocho EOE, sólo se recibió información de cuatro.

Los centros de Educación Infantil y Primaria y de Educación Especial fueron localizados por dos procedimientos diferentes. Los centros que el censo señalaba como centros con alumnado con TEA fueron contactados telefónicamente. En los casos en que el alumnado con TEA figuraba en la base de datos de Autismo Sevilla, se realizó en primer lugar la entrevista con sus padres. Una vez que éstos habían proporcionado autorización expresa para hablar con el tutor o tutora de su hijo se procedía a contactar con el colegio, tanto si éste se encontraba en el censo de la administración educativa como si no. El contacto se completaba mediante una llamada telefónica a la dirección del centro para informarle de los objetivos del estudio y el procedimiento de trabajo así como para confirmar la presencia de sujetos con TEA. La dirección del centro rellenaba una ficha análoga a la proporcionada a los Institutos de Educación Secundaria. De los 84 centros potenciales participantes, únicamente tres no han formado finalmente parte del estudio.

Estas vías, censo de necesidades educativas especiales, centros educativos y familiares, aportaron un total de 501 casos potencialmente considerados personas con TEA. Ahora bien, en muchos casos, se trataba de sujetos acerca de los cuales la información diagnóstica era extremadamente dudosa. Así, por ejemplo, los criterios diagnósticos para los 291 casos etiquetados como Trastornos Generalizados del Desarrollo No Especificado en los Institutos de Educación Secundaria y en los Centros de Educación Especial, resultaron no corresponder con los empleados habitualmente en la clasificación de DSM-IV. Ante esta situación, se vio la necesidad de contactar con todos los centros Educación Infantil y Primaria y de Educación Especial en los que según la base de la administración educativa había algún sujeto diagnosticado con Trastorno

Generalizado del Desarrollo No Especificado, para confirmar que dichos sujetos seguían escolarizados en estos centros y solicitar la edad y sexo de los mismos. Concretamente de los 47 centros en los que la administración indicaba que se encontraban dichos sujetos, se pudo contactar con 44. Se trabajó, por tanto, con 73 casos con diagnósticos específicos (Trastorno Autista, Síndrome de Asperger, y Trastorno de Rett), y con los 14 TGD-NE confirmados por los centros educativos, empleando los centros en los que se encontraban estos sujetos como informantes clave. A estos casos hay que sumarle finalmente 3 que se detectaron a través de las familias, a cuyos centros se llegó a través de la autorización paterna.

La eliminación de duplicados, de sujetos que los centros confirmaban que no tenían un diagnóstico dentro del espectro autista, de los casos no escolarizados en la ciudad de Sevilla, o con diagnóstico discutible o poco claro, arrojó una cifra final de 200 potenciales personas con TEA, de las cuales se logró confirmar con un cierto grado de fiabilidad la inclusión en este grupo de 182. De estos, se logró contactar con la familia y/o la escuela y obtener información adicional de 165.

Instrumentos

El instrumento empleado para la determinación de la base de datos de casos diagnosticados era una sencilla ficha en la que se solicitaban las iniciales del sujeto, sexo, su fecha de nacimiento, centro, curso y grupo en el que se encuentra escolarizado, nombre del tutor y diagnóstico. Las iniciales y fecha de nacimiento se solicitaban únicamente a efectos de evitación de duplicidad entre las diferentes bases de datos. El curso, grupo y nombre del tutor eran necesarios para la entrevista posterior al profesorado. En las ocasiones en que el profesional encargado de completarla (orientador o director) estimaba que los datos solicitados planteaban dificultades en términos de preservación del anonimato, era suprimida la información no

imprescindible.

Resultados

Análisis de la muestra de alumnos por sexo y edad

El número total de alumnos con diagnóstico confirmado identificados por el sistema educativo fue de 165. La distribución de la muestra en virtud del sexo señala que aproximadamente el 83% de la muestra son chicos, mientras que el 17% restante son chicas.

Si analizamos la distribución de la media por edades, vemos que los valores muestreados abarcan desde los 3 hasta los 21 años de edad, siendo más frecuente la presencia de alumnos y alumnas de 4, 5, 9 y 11 años, encontrándose un grueso importante de los integrantes de la muestra en este intervalo de edad, dándose una disminución progresiva de las frecuencias desde los 11 hasta los 21 años.

Análisis de la muestra de alumnos por tipo de escolarización en relación a otras variables

Si analizamos cómo se distribuye la muestra de alumnos en virtud de la modalidad en la que se encuentran escolarizados obtenemos una distribución muy similar. El 52.12% de los miembros de la muestra se encuentran integrados en Centros de Educación Especial, mientras que el 47.88% restante lo está en Centros Ordinarios. Por tanto, existe una diferencia de 4.24 puntos entre un tipo de escolarización y otra.

El análisis de la distribución de la edad en cada uno de los grupos, según el tipo de escolarización que reciben, muestra cómo la edad media de los alumnos de la muestra que se encuentran escolarizados en Centros de Educación Especial es de 11 años, con una desviación tipo de 5.06 y de 9 años los que encuentran en Centros Ordinarios, con un desviación tipo 3.70 puntos.

Si sometemos ambos grupos a contraste estadístico mediante la aplicación de la prueba t

de Student para muestras independientes, obtenemos resultados ($t=-4.299$, $p=0.000$) conducente a aceptar que la edad se distribuye de forma diferente en ambos grupos y que esta discrepancia es estadísticamente significativa. Así, podemos afirmar que la edad media de los alumnos de la muestra que se encuentran en centros de educación especial es significativamente mayor a los que están escolarizados en centros ordinarios. Para ganar cualitativamente en el análisis se ha descompuesto la variable edad en cuatro intervalos; de 3 a 5 años, de 6 a 12 años, de 12 a 16 y de 17 a 21. El cruce de estas franjas de edad por el tipo de escolarización que reciben, puede observarse en la siguiente tabla de contingencia (tabla 1).

INSERTAR AQUÍ LA TABLA 1

El contraste estadístico nos indica que existen diferencias muy significativas, con una $\chi^2=23.260$ y un p-valor asociado de 0.000. De este modo si atendemos al estudio de los residuos, podemos apreciar como en la franja de edad inferior (de 3 a 5 años) se da una distribución homogénea de los alumnos entre ambos tipos de escolarización. Sin embargo, en los otros tres intervalos de edad (6-12, 12-16 y 17-21) se dan unos valores residuales significativos en términos absolutos y de signos contrarios, lo que indica diferencias en el tipo de escolarización que reciben los alumnos y alumnas según la franja de edad que tengan.

En la figura 1 podemos apreciar la relación descrita, en la que de forma alternativa hay una distribución asimétrica de los porcentajes de alumnos en cada tipo de escolarización en virtud del grupo de edad al que pertenezcan. Así, se observa un mayor número de alumnos escolarizados en centros ordinarios entre los 6 y los 12 años y cómo hay una inversión de la situación entre los 12 y los 16 años de edad que se mantiene en edades posteriores (de 17 a 21 años). Sin embargo, la distribución entre los alumnos y alumnas de la muestra que se encuentran escolarizados en centros de educación especial es

inversa en virtud de la edad, encontrándose los mayores porcentajes en los tramos de edad más altos.

INSERTAR AQUÍ LA FIGURA 1

Análisis de la muestra de alumnos por categorías diagnósticas en relación a otras variables

El análisis de la distribución de la muestra en virtud del tipo de diagnóstico que poseen queda resumido en la figura 2 en la que se refleja que aproximadamente un quinto de la muestra (un 20.6%) posee un diagnóstico formal de TEA; con mayor porcentaje, aparecen los alumnos diagnosticados de Trastornos Generalizados del Desarrollo no Especificado (un 33.33%) y de Autismo (36.97%). Los síndromes de Asperger (8.48%) presentan un porcentaje sensiblemente inferior y muy de lejos los trastornos de Rett que no alcanza ni el 1% de la muestra.

INSERTAR AQUÍ LA FIGURA 2

Resulta interesante determinar si existe relación entre la variable sexo y el tipo de diagnóstico de los alumnos de la muestra. Con este objetivo hemos explorado los datos mediante un procedimiento de contingencia que se recoge en la tabla 2, en la que puede comprobarse cómo no existe relación ($\chi^2=7.106$, $p=0.130$) entre el sexo y el tipo de diagnóstico actual.

INSERTAR AQUÍ LA TABLA 2

De este modo parece que la distribución de las diferentes categorías diagnósticas en relación al sexo es bastante homogénea a excepción hecha, claro está, del síndrome de Rett. En la figura 3 se recoge la distribución de las diferentes categorías diagnósticas actuales en virtud del sexo.

INSERTAR AQUÍ LA FIGURA 3

Para determinar si existe relación entre la edad de los sujetos y el tipo de diagnóstico

actual que poseen, hemos utilizado un ANOVA de una dirección. Los resultados indican la no asociación entre ambas variables ($F=1.197$, $p=0.297$), por lo que podemos concluir que, en nuestra muestra, se observa que el tipo de diagnóstico en los TEA no se ve influido por la edad que posean en la actualidad los sujetos. Por el contrario, los datos parecen indicar que el diagnóstico se distribuye de forma independiente de la edad del sujeto. Así apreciamos como las edades medias de cada una de las categorías diagnósticas son muy similares y se mueven todas en un rango de 3 años, desde los 9 a los 12.

Sin embargo, sí encontramos asociación entre el tipo de escolarización y el diagnóstico que poseen en la actualidad los sujetos. Si sometemos los datos de ambas variables a un análisis de contingencia obtenemos resultados que indican que existe un mayor número de alumnos y alumnas diagnosticados como autistas que se encuentran escolarizados en centros de educación especial, mientras que ocurre lo contrario respecto a los que poseen un diagnóstico de Asperger, que se encuentran en mayor medida integrados en centros ordinarios (tabla 3). Además estas diferencias son estadísticamente muy significativas si atendemos a los valores de la prueba de ji-cuadrado ($\chi^2=16.390$, $p=0.003$).

INSERTAR AQUÍ LA TABLA 3

De este modo y, como queda reflejado en la figura 4, el 63.93% de los integrantes de la muestra diagnosticados como autistas, se encuentra escolarizado en Centros de Educación Especial, frente a 36.07% que lo está en Centros Ordinarios. En la misma dirección, se registra un mayor número de alumnos diagnosticados de TEA entre la población de alumnos de Centros de Educación Especial (55.88%) en relación a los que poseen el mismo diagnóstico y que se encuentran en Centros Ordinarios (44.12%). Sin embargo, la tendencia contraria se detecta entre los síndrome de Asperger, en el que los

alumnos en régimen ordinario suponen el 92.86% respecto a solo el 7.14% de los alumnos que se encuentran en centros de educación especial. Por otro lado, la distribución entre los diagnosticados como TGD-NE es bastante similar a la de TEA pero en sentido contrario, encontrándose el 52.73% en centros ordinarios en oposición a 47.27% que no lo están. Por último, la representación del síndrome de Rett en nuestra muestra es singular y se adscribe a un centro específico.

INSERTAR AQUÍ LA FIGURA 4

Discusión y conclusiones

Como comentamos en la parte introductoria del presente trabajo, los criterios diagnósticos más utilizados, y por tanto las categorías diagnósticas que se derivan de estos, son los recogidos en los sistemas internacionales de clasificación (DSM-IV y CIE-10). En este sentido, en el mundo anglosajón se suelen aplicar estos criterios de manera inflexible (por ejemplo ver Wing y Potter, 2002), sin embargo en nuestro país se suelen distinguir aquellos casos que presentan de forma manifiestas rasgos asimilables a TEA aunque no se puedan incluir de forma estricta en algunos de los criterios establecidos por estos sistemas.

De este modo y en relación con estudios realizados en nuestro país, los datos de la distribución de las diferentes categorías diagnósticas que se han encontrado en Sevilla se asemejan estrechamente a los obtenidos por ejemplo por Belinchón (2001). De igual modo, también son muy coincidentes con los datos ofrecidos por Fombonne (2003). En la tabla 4 puede observarse cómo los porcentajes de los sujetos analizados en cada una de las diferentes categorías diagnósticas son muy similares.

INCLUIR AQUÍ LA TABLA 4

Así, los porcentajes en los que se distribuyen las diferentes etiquetas diagnósticas entre los sujetos de nuestro estudio y el de Fombonne (2003) son casi idénticas, con la

salvedad de que hemos unificado las categorías de TEA y TGD-NE por las razones expuestas más arriba. También son muy similares con el principal estudio de referencia realizado en nuestro país por Belinchón (2001) en el que encontramos discrepancias discretas en el grupo diagnóstico de menos especificad (TEA y TGD-NE) y de mayor recorrido en las de Autismo y Asperger. En este sentido, existe una diferencia de 7.5 puntos porcentuales en Autismo y de 5 puntos en Asperger, de signo contrario en cada caso. Quizás una hipótesis, apuntada por la propia autora, que pueda explicar esta discrepancia sea la posibilidad de que eventualmente puedan registrarse trasvases de casos de autistas de alto nivel a la categoría de Asperger y a la inversa, por la dificultad inherente al propio diagnóstico diferencial y por la corta historia de esta última entidad diagnóstica.

En términos de frecuencias, los resultados obtenidos contrastan claramente con las estimaciones proporcionadas por la administración educativa de la delegación de Sevilla. Las cifras se asemejan bastante respecto a las categorías diagnósticas de Autismo y Asperger, pero se diferencian sensiblemente respecto a los tipos diagnósticos de menor especificidad. De esta manera, en nuestro estudio hemos detectado 61 casos de autismo y 14 de Asperger, mientras que la administración nos informa de la existencia de 51 y 11 casos respectivamente para cada etiqueta diagnóstica. Sin embargo, existen diferencias notables entre los casos detectados por nosotros en TGD-NE (55 casos) y los ofrecidos por los datos de la administración (180 casos).

Respecto a las estimaciones de prevalencia y tal y como se puso de manifiesto en la introducción de esta memoria, parece que la dispersión de cifras es la norma con una clara tendencia ascendente en los últimos años. En nuestros datos obtenemos tasas de prevalencia globales de 12.97/10.000, cifras muy similares a las obtenidas por trabajos recientes como el de Magnusson y Saemundsen (2001) (13.2/10.000) o el de Kielinen et

al. (2000) (12.2/10.000). El desglose de las tasas de prevalencia obtenidas para cada una de las categorías diagnósticas son de 4.79/10.000 para Autismo, de 1.1/10.000 para Asperger, 4.32/10.000 para TGD-NE y de 2.67/10.000 para TEA.

En cuanto a la distribución del sexo en los sujetos con TEA en nuestros datos encontramos una proporción de 4.89 chicos por cada chica. Esta ratio se encuentra dentro de los límites del rango estimado por la literatura internacional especializada (ver por ejemplo Fombonne, 2003) y con los estudios de referencia en nuestro país (por ejemplo Belinchón, 2001 ofrece una estimación de 3.93).

Referencias

- Baird, G., Charman, T., Baron-Cohen, S., Cox, A., Swettenham, J., Wheelwright, S.; Drew, Auriol . (2000). A screening instrument for autism at 18 months of age: a 6 year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 694–702.
- Belinchón, M. (2001). Situación y necesidades de las personas con trastornos del espectro autista en la Comunidad de Madrid. Madrid: M&M.
- Bohman, M., Bohman, I. L., Björck, P. O. & Sjöholm, E. (1983). Childhood psychosis in a northern Swedish county: some preliminary findings from an epidemiological survey. En M. H. S. H. Remschmidt (Ed.), *Epidemiological Approaches in Child Psychiatry* (pp. 164–173). Stuttgart.: Georg Thieme Verlag.
- Bryson, S. E. (1996). Epidemiology of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26, 165-167.
- Bryson, S. E. S., I. M. (1998). Epidemiology of autism: Prevalence, associated characteristics, and implications for research and service delivery. *Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 4, 97-103.
- Fombonne, E. (1996). Is the prevalence of autism increasing? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26, 673-676.
- Fombonne, E. (2003). Epidemiological Surveys of Autism and Other Pervasive Developmental Disorders: An Update. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33 (4), 365-382.
- Fombonne, E., & du Mazaubrun, C. (1992). Prevalence of infantile autism in 4 French regions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, 203–210.
- Gillberg, C., Steffenburg, S., & Schaumann, H. (1991). Is autism more common now than ten year ago? *British Journal of Psychiatry*, 158, 403–409.
- Honda, H., Shimizu, Y., Misumi, K., Niimi, M. y Ohashi, Y. (1996). Cumulative incidence and prevalence of childhood autism in children in Japan. *The British Journal of Psychiatry*, 169, 228-235.
- Kielinen, M., Linna, S. L., & Moilanen, I. (2000). Autism in Northern
- Lord, C., Rutter, M. y Le Couteur, A. (1994). Autism Diagnostic Interview - Revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 659-685.

- Lotter, V. (1966). Epidemiology of autistic conditions in young children: I. Prevalence. *Social Psychiatry*, 1, 124-137.
- Magnusson, P., & Saemundsen, E. (2001). Prevalence of autism in Iceland. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 153-163.
- Matsuishi, T., Shiotsuki, M., Yoshimura, K., Shoji, H., Imuta, F., & Yamashita, F. (1987). High prevalence of infantile autism in Kurume City, Japan. *Journal of Child Neurology*, 2, 268-271.
- Sugiyama, T., & Abe, T. (1989). The prevalence of autism in Nagoya, Japan: a total population study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19 (1), 87-96.
- Tanoue, Y., Oda, S., Asano, F., & Kawashima, K. (1988). Epidemiology of infantile autism in Southern Ibaraki, Japan: Differences in prevalence in birth cohorts. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 18, 155-166.
- Treffert, D. A. (1970). Epidemiology of infantile autism. *Archives of General Psychiatry*, 22, 431-438.
- Wing, L. y Potter, D. (2002). The epidemiology of autistic spectrum disorders: Is the prevalence rising? *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 8 (3), 151-161.

Tabla 1

Tabla de contingencia Edad en categorías * Tipo de centro

			Tipo de centro		Total
			Centro ordinario	Centro EE	
Edad en categorías	Entre 3 y 5 años	Recuento	20	18	38
		% de Edad en categorías	52.6%	47.4%	100.0%
		% de Tipo de centro	25.3%	20.9%	23.0%
		Residuos corregidos	.7	-.7	
	Entre 6 y 11 años	Recuento	48	27	75
		% de Edad en categorías	64.0%	36.0%	100.0%
		% de Tipo de centro	60.8%	31.4%	45.5%
		Residuos corregidos	3.8	-3.8	
	Entre 12 y 16 años	Recuento	8	26	34
		% de Edad en categorías	23.5%	76.5%	100.0%
		% de Tipo de centro	10.1%	30.2%	20.6%
		Residuos corregidos	-3.2	3.2	
	Entre 17 y 21 años	Recuento	3	15	18
		% de Edad en categorías	16.7%	83.3%	100.0%
		% de Tipo de centro	3.8%	17.4%	10.9%
		Residuos corregidos	-2.8	2.8	
Total	Recuento	79	86	165	
	% de Edad en categorías	47.9%	52.1%	100.0%	
	% de Tipo de centro	100.0%	100.0%	100.0%	

Figura 1

Distribución categorías de edad por tipo de escolarización

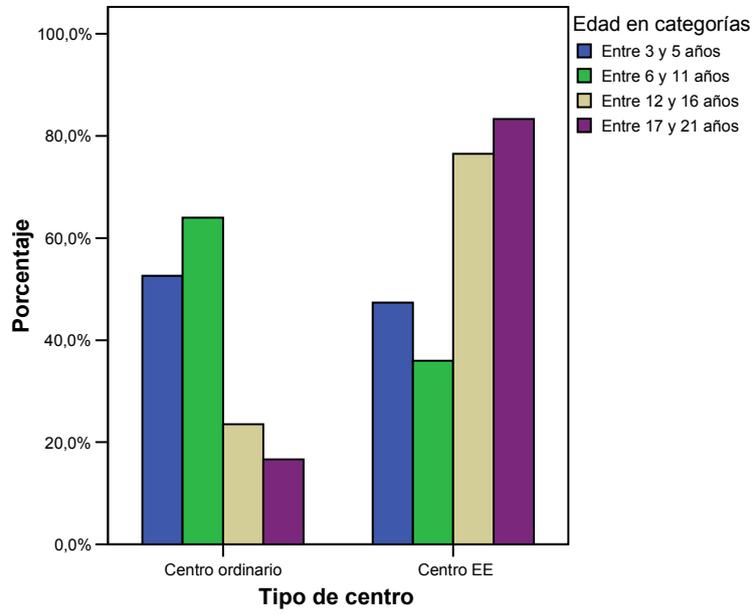


Figura 2

Distribución por categoría diagnóstica

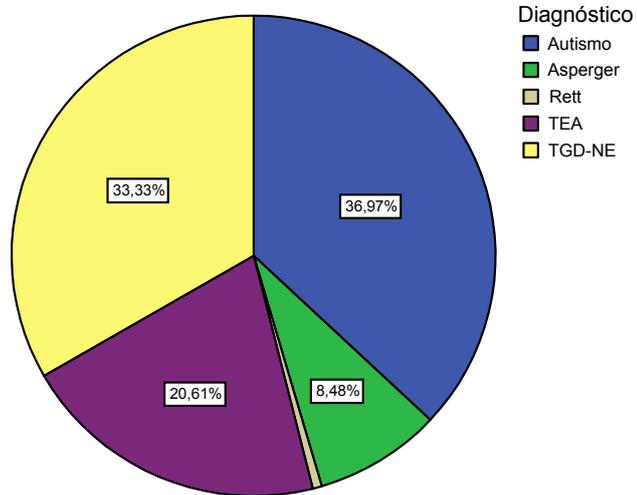


Figura 3

Distribución por sexo de las categorías diagnósticas

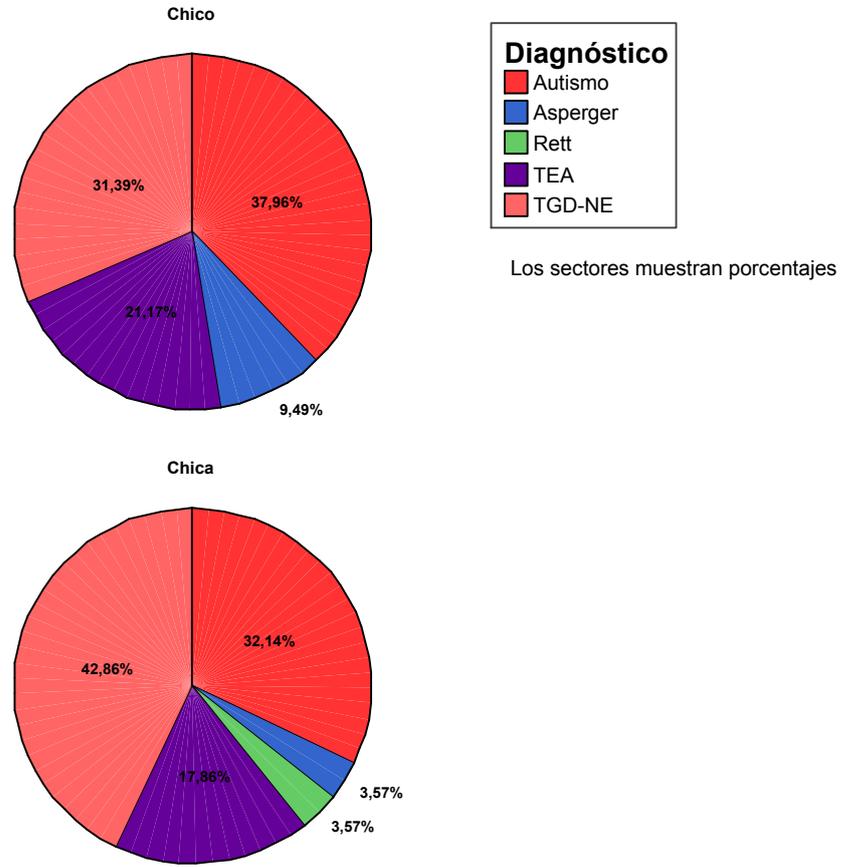


Figura 4

Tipo de centro por diagnóstico actual

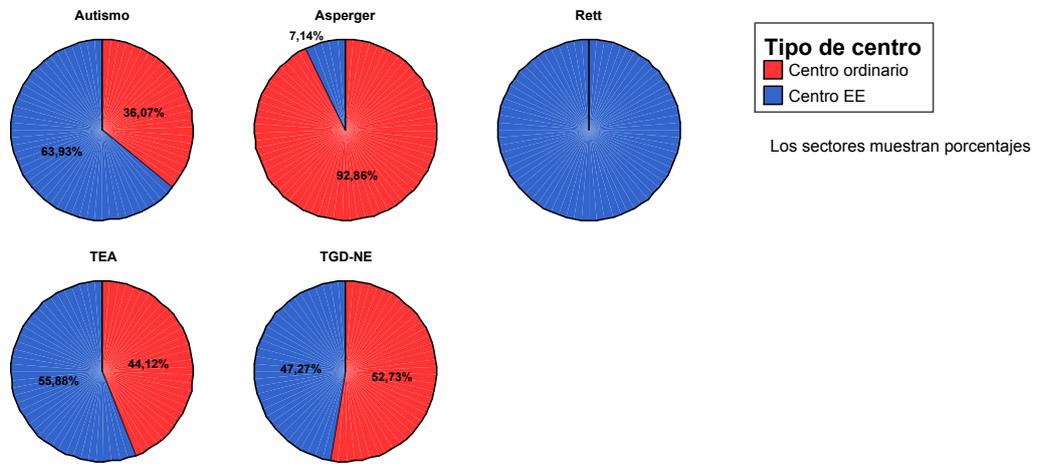


Tabla 4

Análisis comparativo entre nuestros datos y otros estudios de referencia

	<i>Categorías Diagnósticas</i>					
	Autismo	Asperger	Rett	TGD-NE	TEA	TEA + TGD
Belinchón (2001)	44%	4%	2%	21%	28.14%	49.14%
Fombonne (2003)	36.36%	9.09%	-	-	-	54.54%
Nuestros Datos	36.97%	8.48%	<1%	33.33%	20.61%	53.94%