

***Cuestionario M-CHAT Revisado de Detección del Autismo en  
Niños Pequeños con Entrevista de Seguimiento  
(M-CHAT-R/F)<sup>TM</sup>***

Reconocimiento: Las autoras agradecen al *Grupo de estudio del MCHAT en España*, por su trabajo en desarrollar el formato de organigrama usado en esta entrevista.

Para más información, diríjase al sitio web [www.mchatscreen.com](http://www.mchatscreen.com).

## Permisos para el uso del M-CHAT-R/F™

El Cuestionario M-CHAT Revisado de Detección del Autismo en Niños Pequeños con Entrevista de Seguimiento (M-CHAT-R/F; Robins, Fein, y Barton, 2009) es una herramienta de detección en 2 etapas que responden los padres para evaluar el riesgo de trastorno del espectro autista (TEA). El M-CHAT-R/F está disponible para su descarga gratuita para propósitos clínicos, de investigación y formativos. Se autoriza la descarga del M-CHAT-R/F y del material relacionado conectando con [www.mchatscreen.com](http://www.mchatscreen.com).

El M-CHAT-R/F es un instrumento con registro de derechos de autor y su uso debe seguir las siguientes pautas:

- (1) Las reimpresiones/reproducciones del M-CHAT-R deben incluir los derechos de autor en la parte inferior (© 2009 Robins, Fein, y Barton). No se pueden hacer modificaciones a los ítems, a las instrucciones o al orden de los ítems sin el permiso de los autores.
- (2) El M-CHAT-R debe ser utilizado en su totalidad. La evidencia indica que ningún subconjunto de ítems tiene las propiedades psicométricas adecuadas.
- (3) Quienes estén interesados en la reproducción del M-CHAT-R/F impreso (por ejemplo, en un libro o artículo de revista) o por vía electrónica para su uso por otros (por ejemplo, como parte de la historia clínica digital u otros paquetes de software) deben ponerse en contacto con Diana Robins para solicitar permiso ([mchatscreen2009@gmail.com](mailto:mchatscreen2009@gmail.com)).
- (4) Si es usted un profesional de la salud y desea incorporar las preguntas del M-CHAT-R en su propia historia clínica electrónica, puede hacerlo sin problemas. Pero si después quiere distribuir su historia clínica electrónica a otros profesionales, por favor póngase en contacto con Diana Robins para solicitar un acuerdo de licencia.

## Instrucciones de Uso

El M-CHAT-R puede administrarse como parte de una visita en el programa de atención al niño sano y también los especialistas u otros profesionales lo pueden utilizar para evaluar el riesgo de TEA. El objetivo principal del M-CHAT-R es lograr la máxima sensibilidad, es decir, detectar el mayor número de casos de TEA que sea posible. Por tanto, existe una alta tasa de falsos positivos, lo que significa que no todos los niños que obtengan una calificación en riesgo serán diagnosticados de TEA. Para solucionar este problema hemos desarrollado las preguntas de seguimiento (M-CHAT-R/F). Los usuarios deben ser conscientes de que incluso con el seguimiento, un número significativo de niños que dan positivo en el M-CHAT-R no serán diagnosticados de TEA, sin embargo, esos niños están en alto riesgo de tener otros trastornos del desarrollo o retraso y, por lo tanto, se está garantizando la evaluación para cualquier niño con un resultado positivo. El M-CHAT-R se puede corregir en menos de dos minutos. Las instrucciones de puntuación se pueden descargar desde <http://www.mchatscreen.com> donde también están disponibles para su descarga los documentos asociados.

## Algoritmo de Puntuación

Para todos los ítems, excepto el 2, 5 y 12, la respuesta "NO" indica riesgo de TEA; para los ítems 2, 5, y 12, "SÍ" indica riesgo de TEA. El siguiente algoritmo potencia las propiedades psicométricas del M-CHAT-R:

- BAJO RIESGO:** Puntuación total entre 0-2. Si el niño es menor de 24 meses, repetir MCHAT-R a los 24m. Ninguna otra medida necesaria a menos que la vigilancia del desarrollo indique riesgo de TEA.
- RIESGO MEDIO:** Puntuación total entre 3-7. Administrar la entrevista de seguimiento (segunda etapa =M-CHAT-R/F) para obtener información adicional acerca de las respuestas de riesgo.

Si la puntuación M-CHAT-R/F se mantiene en 2 o superior, el niño ha resultado positivo. Medida necesaria: remita al niño para una evaluación diagnóstica y para determinar necesidad de atención temprana. Si la puntuación es 0-1, el niño ha resultado negativo. Ninguna otra medida es necesaria a menos que la vigilancia del desarrollo indique riesgo de TEA. El niño debe seguir vigilado en futuras visitas del programa del niño sano.

**RIESGO ALTO:** Puntuación total entre 8-20. Es aceptable prescindir de la entrevista de seguimiento y se debe remitir el caso de inmediato para evaluación diagnóstica y para determinar necesidad de intervención temprana.

Por favor responda a estas preguntas sobre su hijo/a. Tenga en cuenta **cómo su hijo/a se comporta habitualmente**. Si usted ha visto a su hijo/a comportarse de una de estas maneras algunas veces, pero no es un comportamiento habitual, por favor responda **no**. Seleccione, rodeando con un círculo, Muchas gracias.

1. Si usted señala algo al otro lado de la habitación, ¿su hijo/a lo mira? (POR EJEMPLO, Si usted señala a un juguete, un peluche o un animal, ¿su hijo/a lo mira?)	SÍ	NO
2. ¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo/a?	SÍ	NO
3. ¿Su hijo/a juega juegos de fantasía o imaginación? (POR EJEMPLO, “hace como que” bebe de una taza vacía, habla por teléfono o da de comer a una muñeca o peluche,...)	SÍ	NO
4. ¿A su hijo le gusta subirse a cosas? (POR EJEMPLO, a una silla, escaleras, o tobogán,...)	SÍ	NO
5. ¿Hace su hijo/a movimientos inusuales con sus dedos cerca de sus ojos? (POR EJEMPLO, mueve sus dedos cerca de sus ojos de manera inusual?)	SÍ	NO
6. ¿Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda? (POR EJEMPLO, señala un juguete o algo de comer que está fuera de su alcance?)	SÍ	NO
7. Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo que le llama la atención? (POR EJEMPLO, señala un avión en el cielo o un camión muy grande en la calle)	SÍ	NO
8. ¿Su hijo/a se interesa en otros niños? (POR EJEMPLO, mira con atención a otros niños, les sonrío o se les acerca?)	SÍ	NO
9. ¿Su hijo/a le muestra cosas acercándolas o levantándolas para que usted las vea – no para pedir ayuda sino solamente para compartirlas con usted? (POR EJEMPLO, le muestra una flor o un peluche o un coche de juguete)	SÍ	NO
10. ¿Su hijo/a responde cuando usted le llama por su nombre? (POR EJEMPLO, se vuelve, habla o balbucea, o deja de hacer lo que estaba haciendo para mirarle?)	SÍ	NO
11. ¿Cuándo usted sonrío a su hijo/a, él o ella también le sonrío?	SÍ	NO
12. ¿Le molestan a su hijo/a ruidos cotidianos? (POR EJEMPLO, la aspiradora o la música, incluso cuando está no está excesivamente alta?)	SÍ	NO
13. ¿Su hijo/a camina solo?	SÍ	NO
14. ¿Su hijo/a le mira a los ojos cuando usted le habla, juega con él o ella, o lo viste?	SÍ	NO
15. ¿Su hijo/a imita sus movimientos? (POR EJEMPLO, decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido gracioso que usted haga?)	SÍ	NO
16. Si usted se gira a ver algo, ¿su hijo/a trata de mirar hacia lo que usted está mirando?	SÍ	NO
17. ¿Su hijo/a intenta que usted le mire/preste atención? (POR EJEMPLO, busca que usted le haga un cumplido, o le dice “mira” ó “mírame”)	SÍ	NO
18. ¿Su hijo/a le entiende cuando usted le dice que haga algo? (POR EJEMPLO, si usted no hace gestos, ¿su hijo/a entiende “pon el libro encima de la silla” o “tráeme la manta”?)	SÍ	NO
19. Si algo nuevo pasa, ¿su hijo/a le mira para ver como usted reacciona al respecto? (POR EJEMPLO, si oye un ruido extraño o ve un juguete nuevo, ¿se gira a ver su cara?)	SÍ	NO
20. Le gustan a su hijo/a los juegos de movimiento? (POR EJEMPLO, le gusta que le balancee, o que le haga “el caballito” sentándole en sus rodillas)	SÍ	NO

# Entrevista de Seguimiento M-CHAT-R (M-CHAT-R/F)<sup>™</sup>

## Permiso de Uso

El Cuestionario M-CHAT Revisado de Detección del Autismo en Niños Pequeños con Entrevista de Seguimiento (M-CHAT-R/F; Robins, Fein, y Barton, 2009) está diseñado para acompañar al M-CHAT-R. El M-CHAT-R/F se puede descargar desde [www.mchatscreen.com](http://www.mchatscreen.com).

El M-CHAT-R/F es un instrumento con registro de derechos de autor y el uso de este instrumento está limitado por sus autores y quienes poseen derechos de autor. El M-CHAT-R/F se pueden usar para propósitos clínicos, de investigación y formativos. Aunque hemos hecho la herramienta para estar disponible de forma gratuita para estos usos, se trata de material con derechos de autor y no es de código abierto. Cualquier persona interesada en el uso de la M-CHAT-R/F en cualquier producto comercial o electrónico, debe ponerse en contacto con Diana L. Robins en [mchatscreen2009@gmail.com](mailto:mchatscreen2009@gmail.com) para solicitar permiso.

## Instrucciones de Uso

El M-CHAT-R/F está diseñado para ser usado con el M-CHAT-R; el M-CHAT-R es válido para cribar niños de entre 16 y 30 meses de edad, para evaluar el riesgo de Trastornos del Espectro Autista (TEA). Los usuarios deben ser conscientes de que incluso con la entrevista, un número significativo de niños que no pasen el M-CHAT-R no serán diagnosticados de TEA. No obstante, estos niños siguen en riesgo de padecer otros trastornos o retrasos en el desarrollo y por lo tanto se está garantizando la evaluación para cualquier niño cuyo resultado sea positivo.

Una vez que el padre/madre haya completado el M-CHAT-R, puntúe el cuestionario de acuerdo a las instrucciones. Si los resultados del niño son positivos, seleccione los ítems de la entrevista de seguimiento basándose en aquellos que el niño no pasó en el M-CHAT-R. Será necesario realizar una entrevista completa sólo para aquellos ítems que el niño no pasó.

Cada página de la entrevista corresponde a un ítem en el M-CHAT-R. Siga el formato del organigrama haciendo preguntas hasta que puntúe como "PASA" o "NO PASA". Por favor, tenga en cuenta que los padres pueden responder "tal vez" a algunas preguntas en la entrevista. Cuando un padre responde "tal vez", pregúntele si la mayoría de veces la respuesta sería "sí" o "no" y continúe la entrevista de acuerdo a esa respuesta. En las partes donde la respuesta podría ser "otro", el entrevistador debe juzgar si es una respuesta que pasa o no pasa.

Puntúe las respuestas a cada ítem en la Hoja de Puntuación M-CHAT-R/F (que contiene los mismos ítems que el M-CHAT-R, pero donde Sí/No han sido reemplazados por Pasa/No Pasa). Se considera que la entrevista tiene un resultado positivo si el niño falla en dos ítems en el seguimiento. Si un niño resulta positivo en el M-CHAT-R/F, se recomienda encarecidamente que el niño sea remitido a intervención temprana y para realizar pruebas de diagnóstico tan pronto como sea posible. Tenga en cuenta que si el profesional sanitario o los padres tienen alguna preocupación acerca de un posible TEA, el niño debe ser remitido a evaluación, independientemente de la puntuación en el M-CHAT-R o M-CHAT-R/F.

## Entrevista de Seguimiento al M-CHAT-R/F™ Hoja de Puntuación

Por favor tenga en cuenta: Sí/No han sido sustituidos por Pasa/No Pasa

1. Si usted señala algo al otro lado de la habitación, ¿su hijo/a lo mira? (POR EJEMPLO, Si usted señala a un juguete, un peluche o un animal, ¿su hijo/a lo mira?)	Pasa	No Pasa
2. ¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo/a?	Pasa	No Pasa
3. ¿Su hijo/a juega juegos de fantasía o imaginación? (POR EJEMPLO, “hace como que” bebe de una taza vacía, habla por teléfono o da de comer a una muñeca o peluche,...)	Pasa	No Pasa
4. ¿A su hijo le gusta subirse a cosas? (POR EJEMPLO, a una silla, escaleras, o tobogán,...)	Pasa	No Pasa
5. ¿Hace su hijo/a movimientos inusuales con sus dedos cerca de sus ojos? (POR EJEMPLO, mueve sus dedos cerca de sus ojos de manera inusual)	Pasa	No Pasa
6. ¿Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda? (POR EJEMPLO, señala un juguete o algo de comer que está fuera de su alcance?)	Pasa	No Pasa
7. Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo que le llama la atención? (POR EJEMPLO, señala un avión en el cielo o un camión muy grande en la calle)	Pasa	No Pasa
8. ¿Su hijo/a se interesa en otros niños? (POR EJEMPLO, mira con atención a otros niños, les sonrío o se les acerca?)	Pasa	No Pasa
9. ¿Su hijo/a le muestra cosas acercándolas o levantándolas para que usted las vea – no para pedir ayuda sino solamente para compartirlas con usted? (POR EJEMPLO, le muestra una flor o un peluche o un coche de juguete)	Pasa	No Pasa
10. ¿Su hijo/a responde cuando usted le llama por su nombre? (POR EJEMPLO, se vuelve, habla o balbucea, o deja de hacer lo que estaba haciendo para mirarle?)	Pasa	No Pasa
11. ¿Cuándo usted sonrío a su hijo/a, él o ella también le sonrío?	Pasa	No Pasa
12. ¿Le molestan a su hijo/a ruidos cotidianos? (POR EJEMPLO, la aspiradora o la música, incluso cuando está no está excesivamente alta?)	Pasa	No Pasa
13. ¿Su hijo/a camina solo?	Pasa	No Pasa
14. ¿Su hijo/a le mira a los ojos cuando usted le habla, juega con él o ella, o lo viste?	Pasa	No Pasa
15. ¿Su hijo/a imita sus movimientos? (POR EJEMPLO, decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido gracioso que usted haga?)	Pasa	No Pasa
16. Si usted se gira a ver algo, ¿su hijo/a trata de mirar hacia lo que usted está mirando?	Pasa	No Pasa
17. ¿Su hijo/a intenta que usted le mire/preste atención? (POR EJEMPLO, busca que usted le haga un cumplido, o le dice “mira” ó “mírame”)	Pasa	No Pasa
18. ¿Su hijo/a le entiende cuando usted le dice que haga algo? (POR EJEMPLO, si usted no hace gestos, ¿su hijo/a entiende “pon el libro encima de la silla” o “tráeme la manta”?)	Pasa	No Pasa
19. Si algo nuevo pasa, ¿su hijo/a le mira para ver como usted reacciona al respecto? (POR EJEMPLO, si oye un ruido extraño o ve un juguete nuevo, ¿se gira a ver su cara?)	Pasa	No Pasa
20. Le gustan a su hijo/a los juegos de movimiento? (POR EJEMPLO, le gusta que le balancee, o que le haga “el caballito” sentándole en sus rodillas)	Pasa	No Pasa

Puntuación Total \_\_\_\_\_

1. Si usted señala a algo al otro lado de la habitación \_\_\_\_\_ él/ella mira hacia lo que usted señala?

**Sí**

**No**

Por favor deme un ejemplo de cómo responde si usted señala a algo (*Si el padre no responde con uno de los ejemplos Positivos pregunte cada uno individualmente*)

¿Qué hace su hijo/a normalmente cuando usted señala a algo?

**Ejemplos en que PASA**

Mira el objeto	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Señala al objeto	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Mira y dice algo sobre el objeto	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Mira si el padre señala y dice "mira!"	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**Ejemplos en que NO PASA**

Ignora al padre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Mira alrededor de la habitación	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Mira al dedo del padre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**Sí** solo a los ejemplos en que PASA

**Sí** a los ejemplos tanto de PASA y de NO PASA

**\*Sí** solo a los ejemplos en que NO PASA

**PASA**

**NO PASA**

¿Qué respuesta es más frecuente?

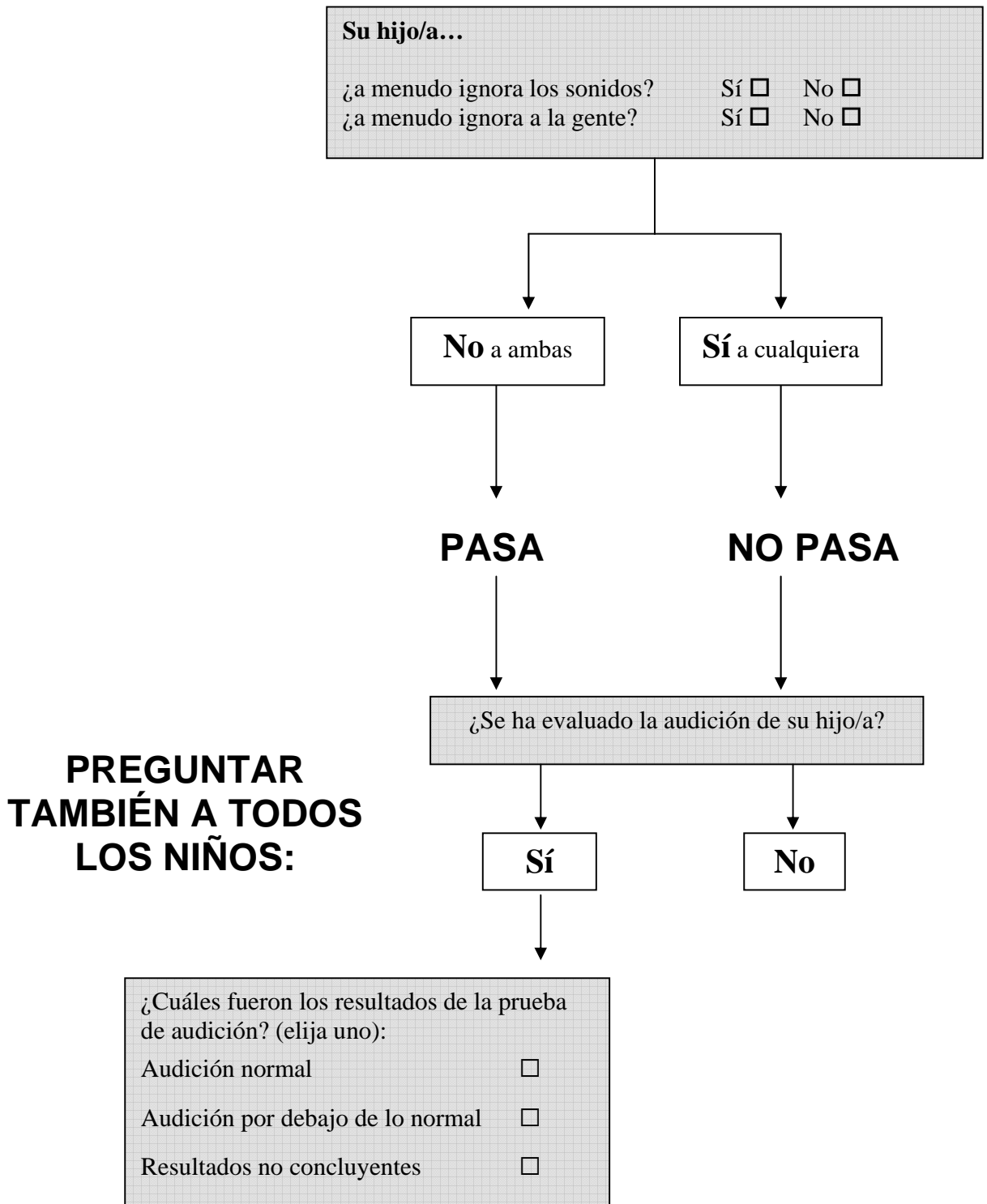
\*Ejemplos de "PASA" son más comunes

\*Ejemplos de "NO PASA" son más comunes

**PASA**

**NO PASA**

2. ¿Usted ha dicho que se han preguntado si su hijo es sordo ¿Qué le llevó a preguntarme eso?





3. \_\_\_\_\_ hace juegos de imaginación o de fantasía?

**Sí**

**No**

Por favor déme un ejemplo de los juegos imaginativos de su hijo/a (*Si el padre no da uno de los ejemplos "PASA" siguientes, pregunte cada uno individualmente.*)

**Alguna vez...**

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Finge beber de una taza de juguete?  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Finge comer con una cuchara o tenedor de juguete?  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Finge hablar por teléfono?   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Finge dar de comer a un muñeco con comida de juguete o de verdad?  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Empuja un coche haciendo como que va por una carretera imaginaria?   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Finge ser un robot, un avión, una bailarina, o cualquier otro personaje favorito?                            | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Pone una olla de juguete en una cocina de mentira?   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Revuelve comida imaginaria?  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Pone una figura de acción o muñeca en un coche o camión de juguete como si fuese el conductor o el pasajero? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Finge pasar la aspiradora a la alfombra, barrer, o cortar el césped?   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Otro (describa)   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

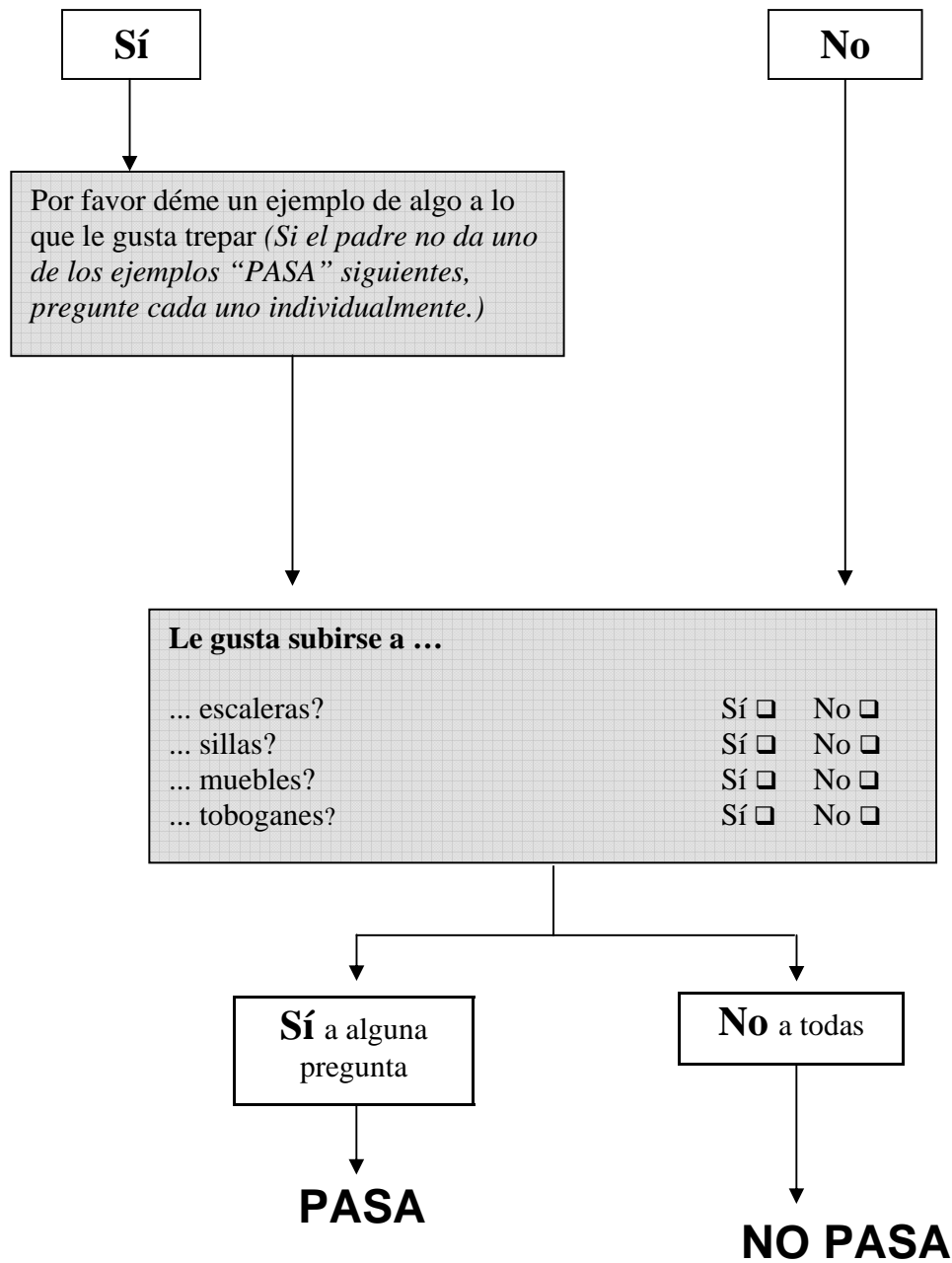
**Sí a cualquiera**

**No a todas**

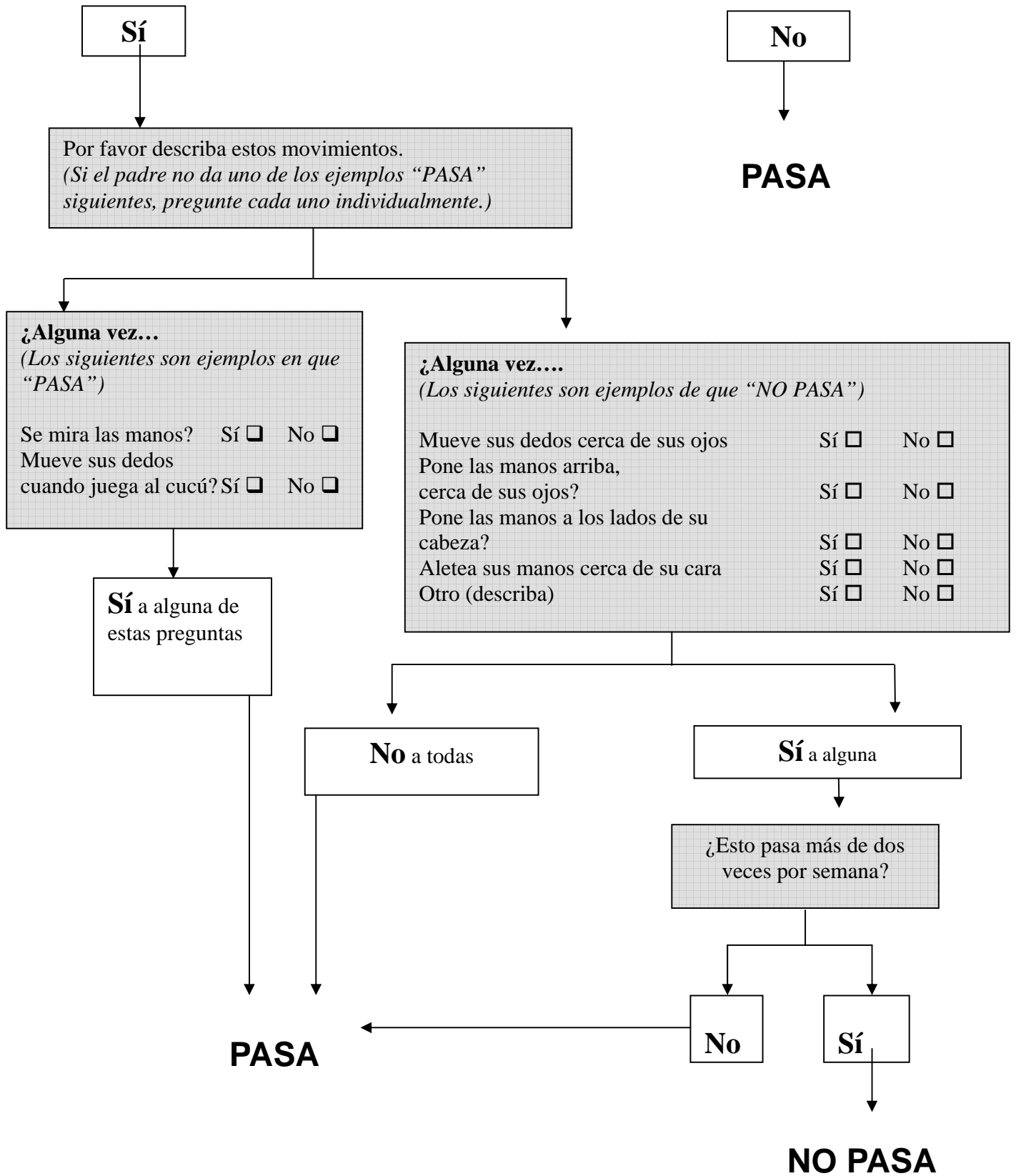
**PASA**

**NO PASA**

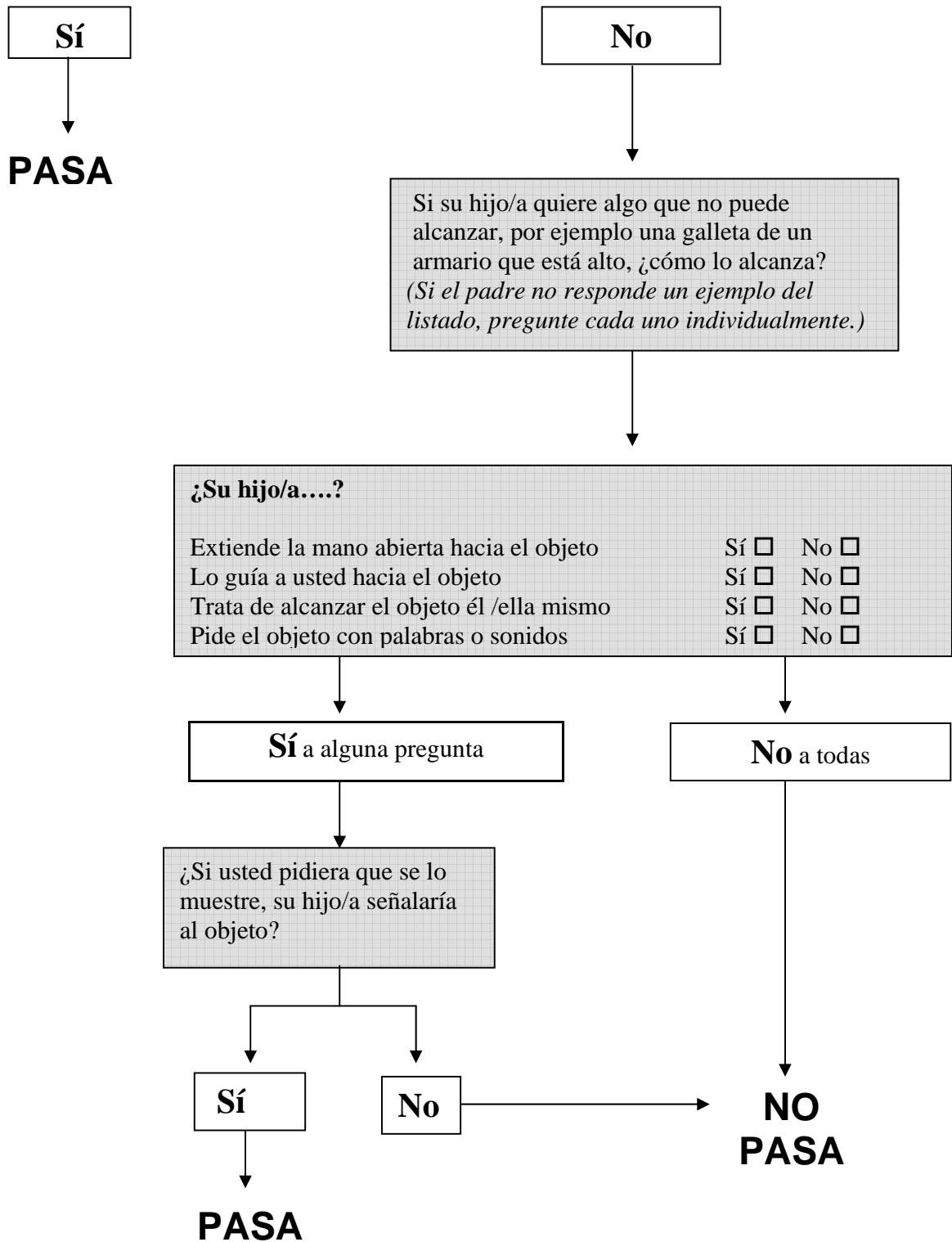
4. ¿A \_\_\_\_\_ le gusta subirse a las cosas (como una silla, tobogán,...)?



5. ¿\_\_\_\_\_ hace movimientos inusuales con sus dedos cerca de sus ojos?

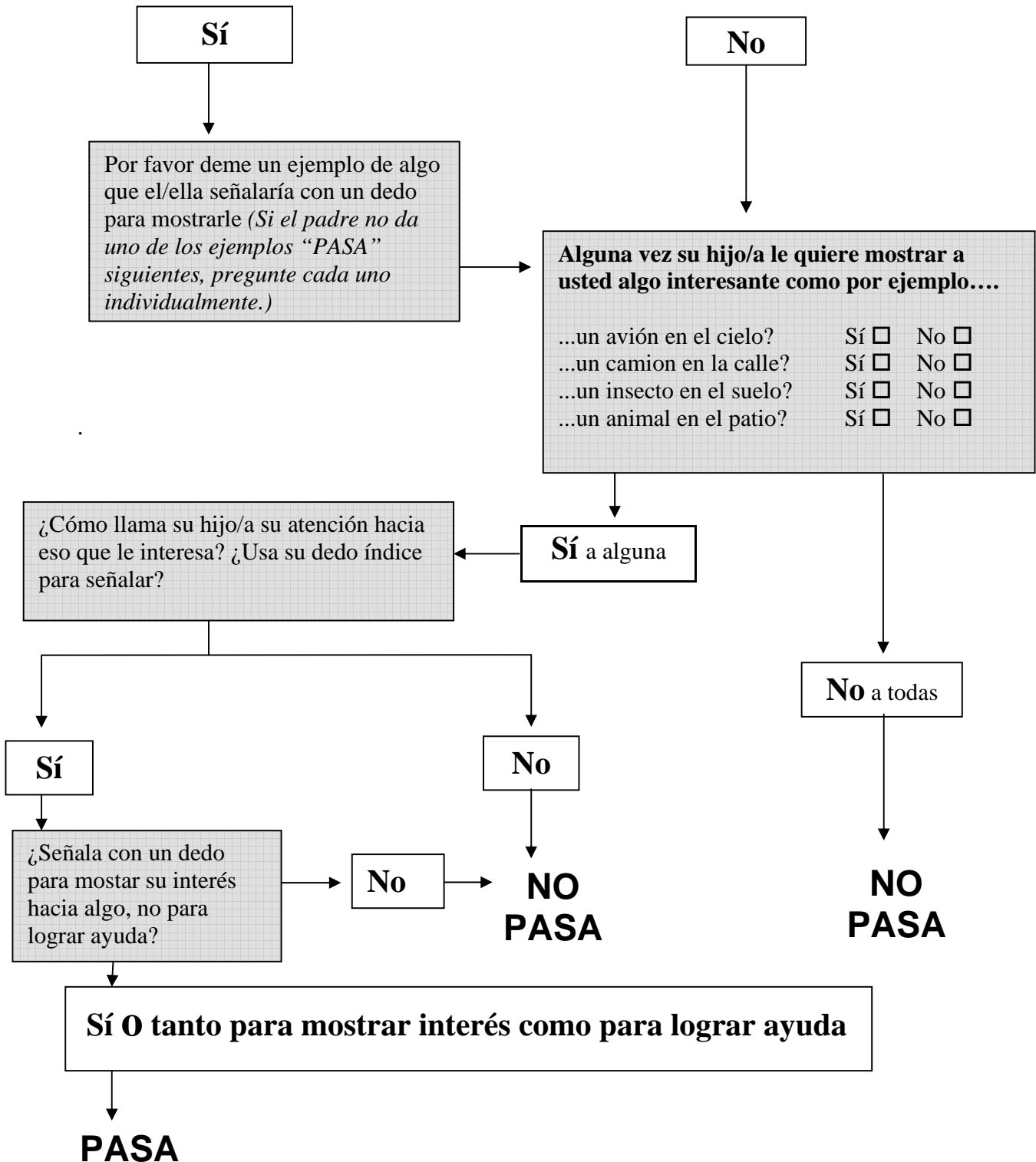


6. ¿Su hijo/a señala con el dedo para pedir algo o pedir ayuda?

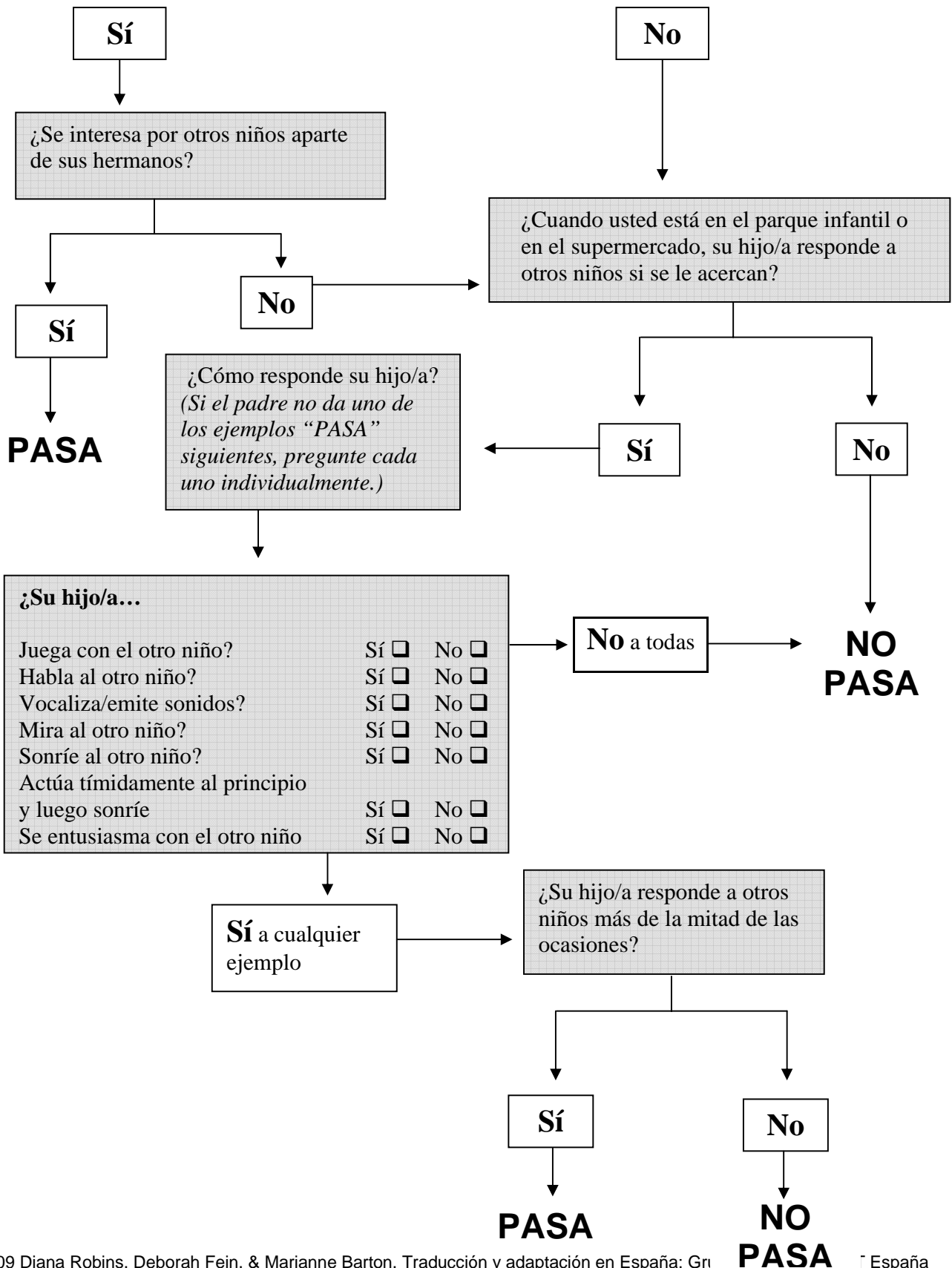


7. \*Si el entrevistador acaba de preguntar el ítem 6, empiece aquí: Acabamos de hablar de señalar con un dedo para *pedir* algo.

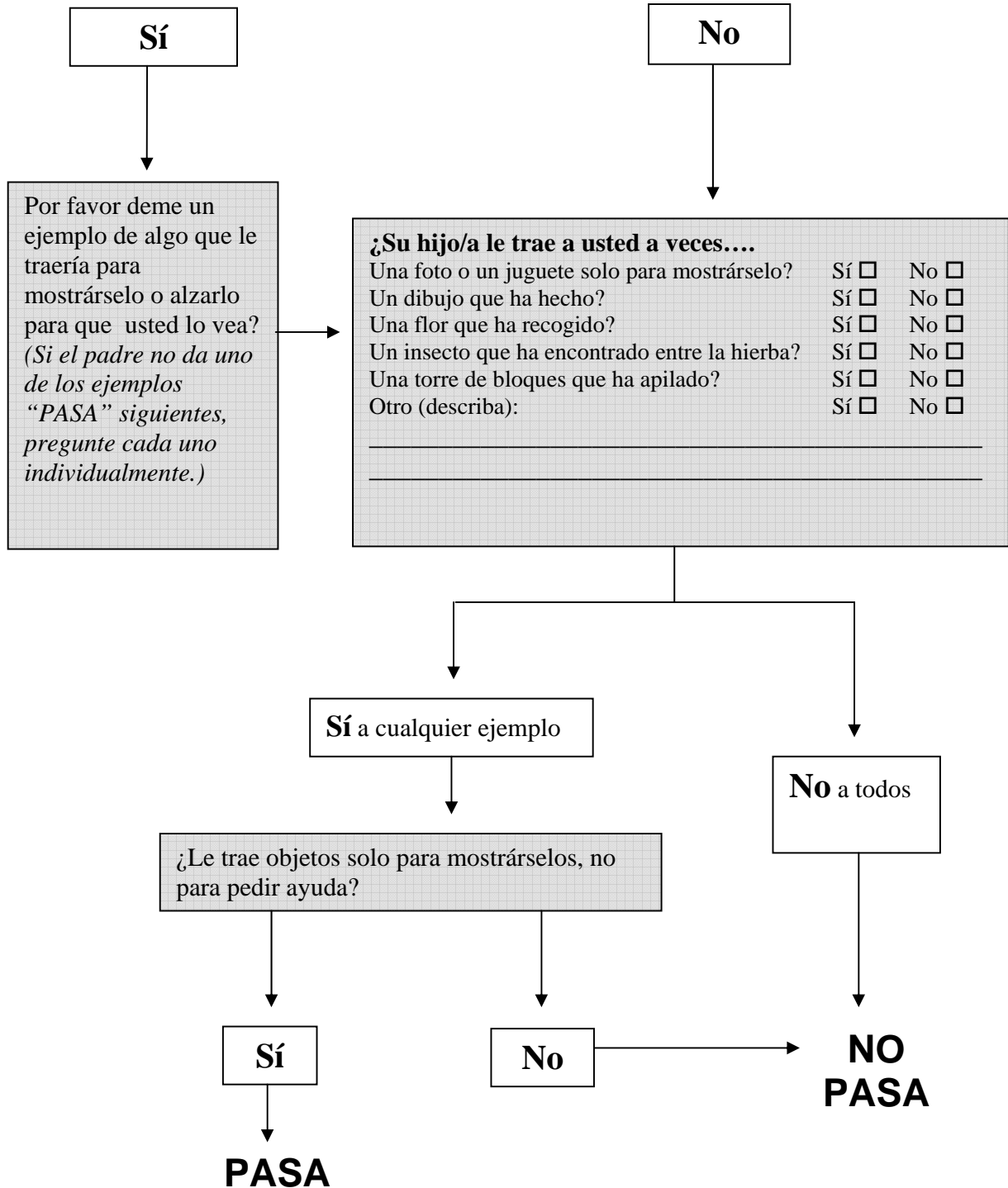
**PREGUNTAR A TODOS:** ¿Su hijo/a señala con un dedo para mostrarle algo interesante?



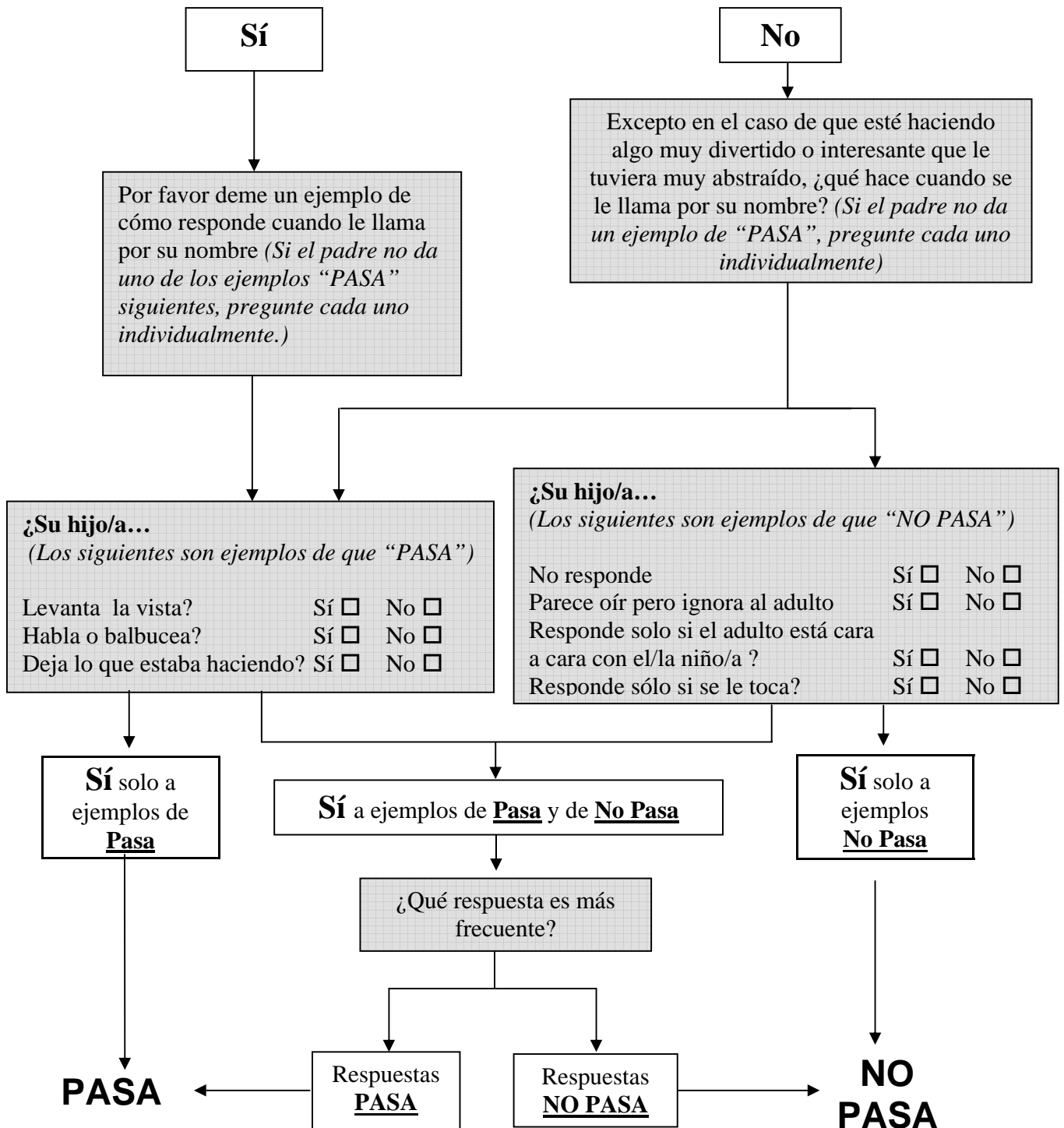
8. ¿\_\_\_\_\_ muestra interés por otros niños?



**9. ¿Su hijo/a le muestra cosas acercándolas o levantándolas para que usted las vea – no solo para pedir ayuda sino para compartirlas con usted**

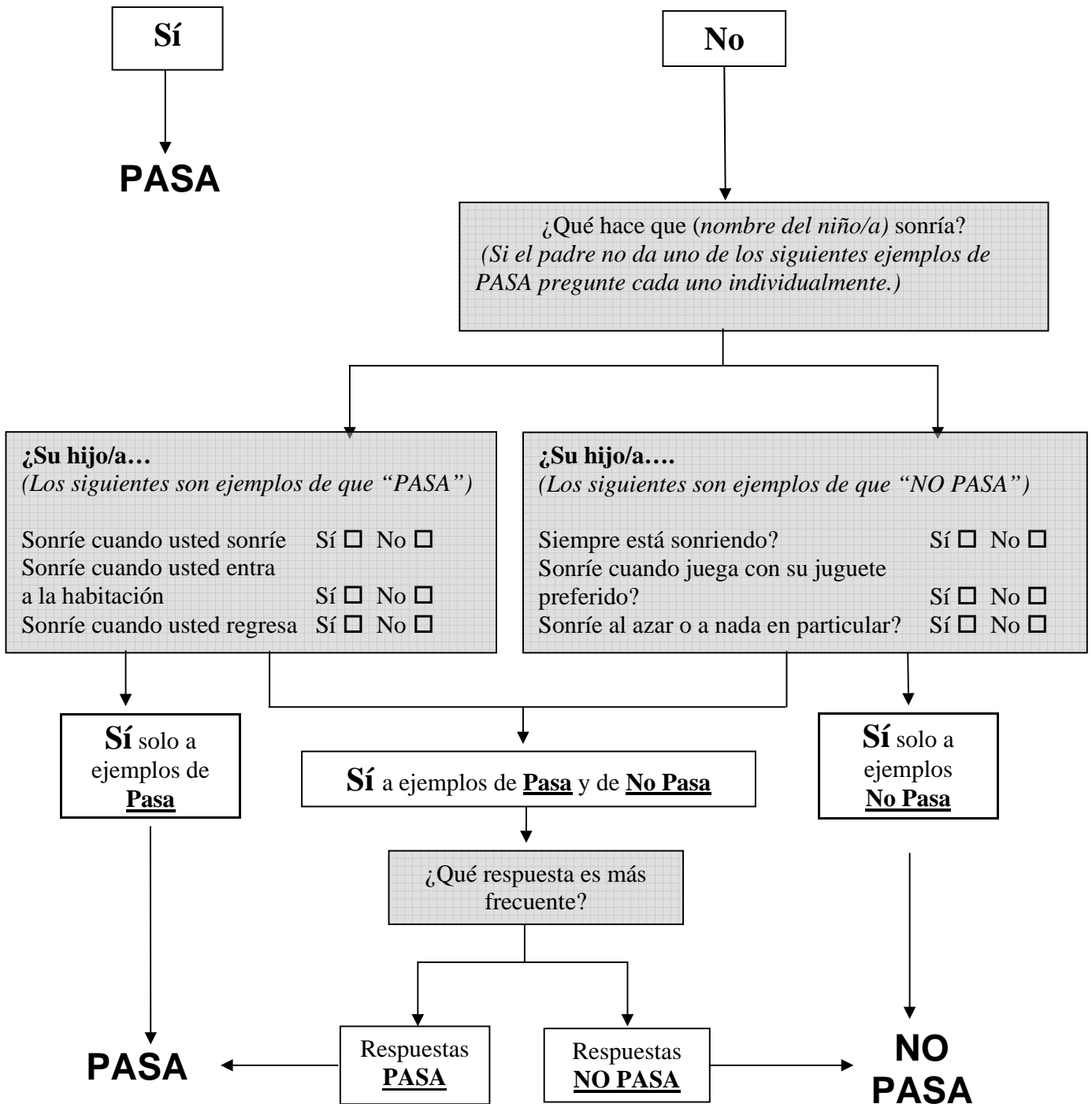


10. ¿\_\_\_\_\_ responde cuando usted le llama por su nombre?

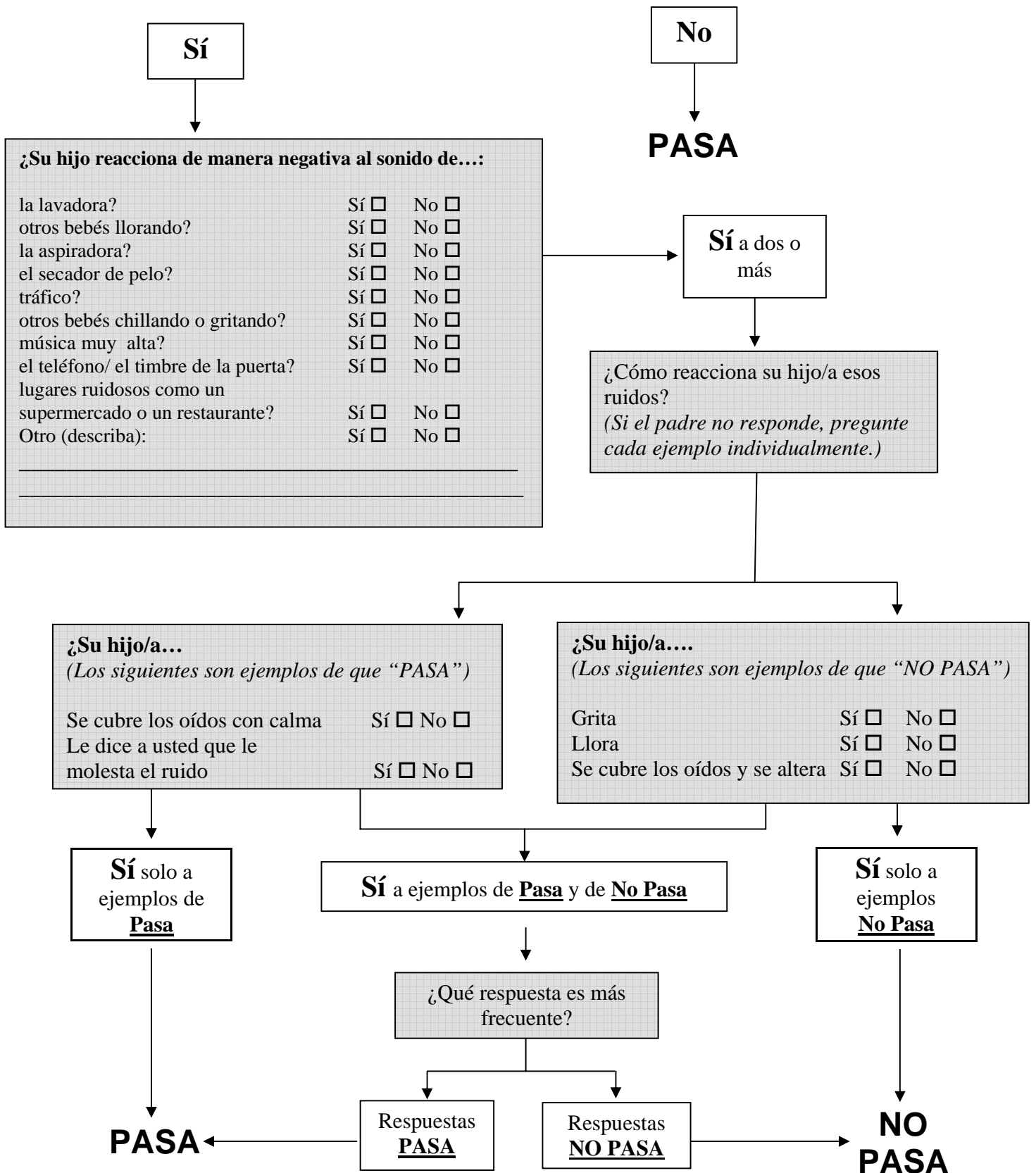




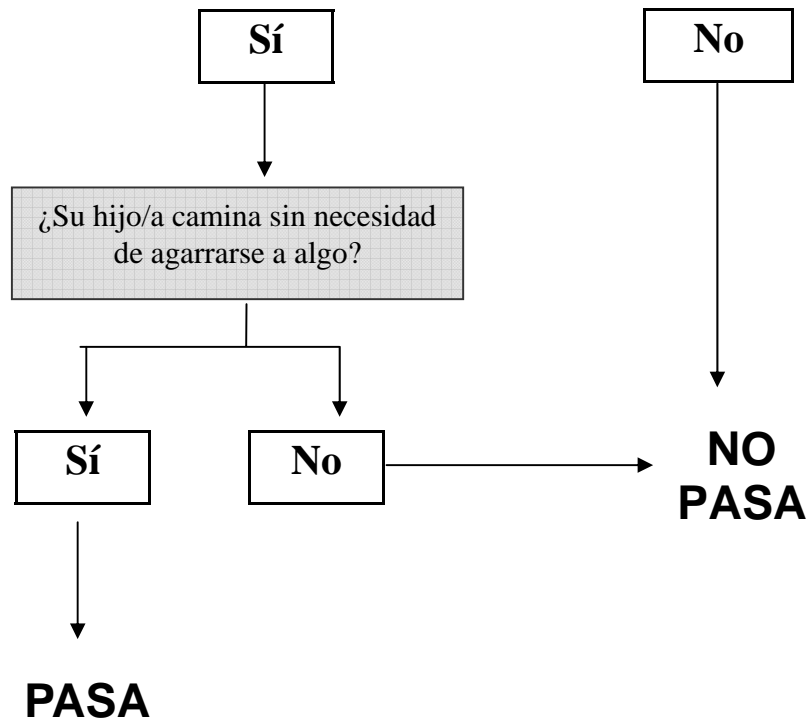
11. Cuando usted sonríe a \_\_\_\_\_,  el/ ella también le sonríe a usted?



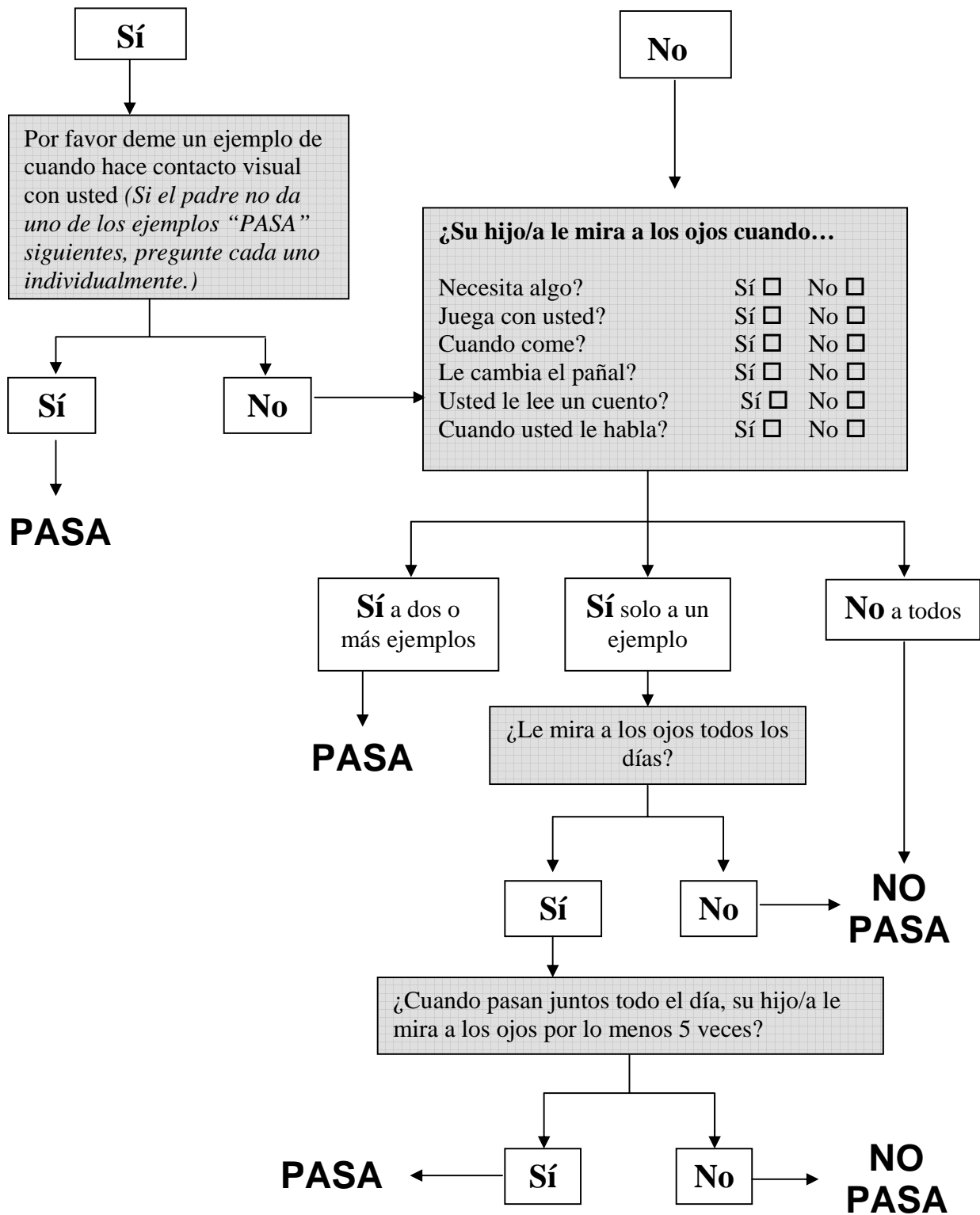
12. ¿Le molestan a \_\_\_\_\_ los ruidos cotidianos?



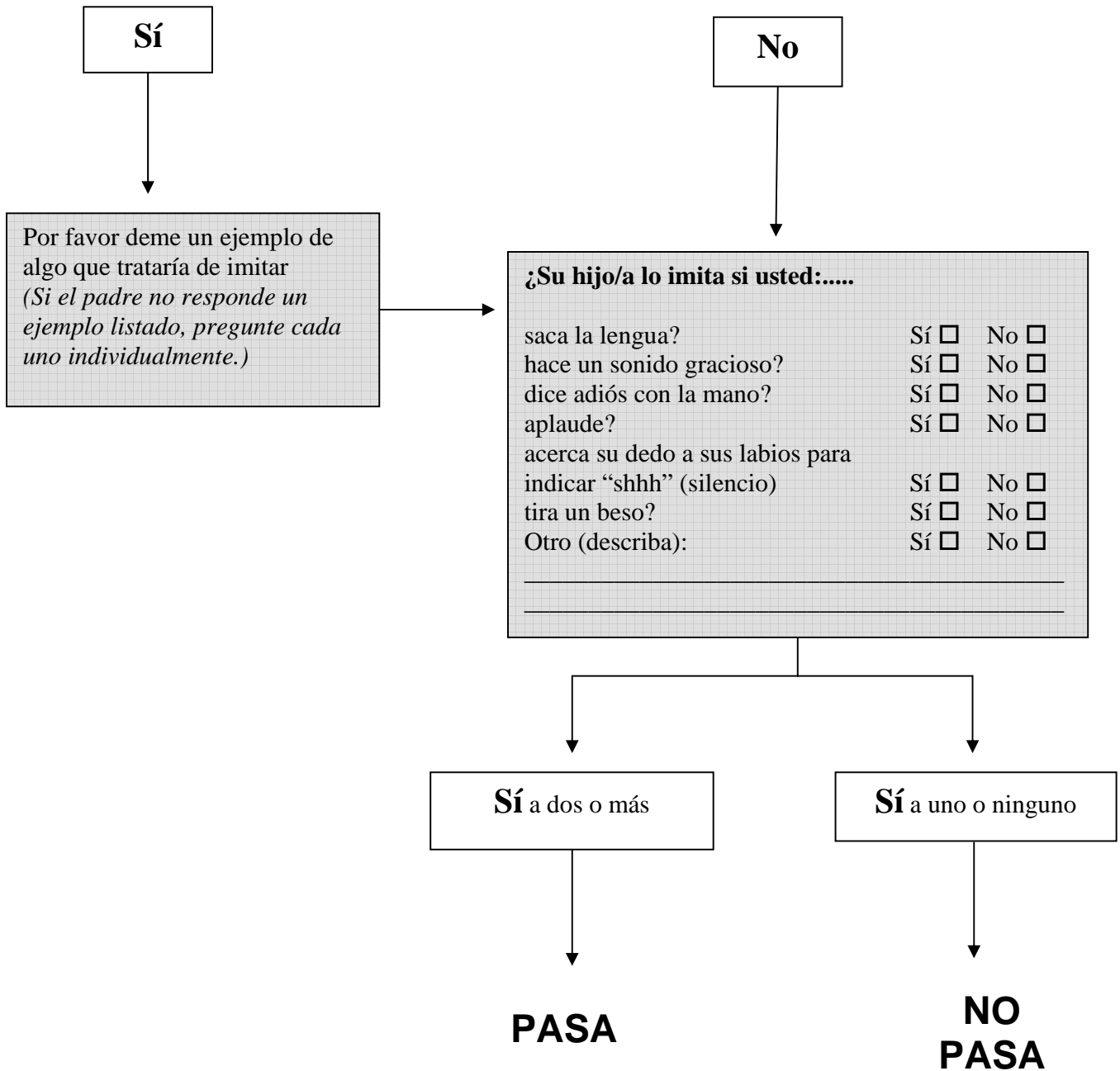
13. ¿\_\_\_\_\_ camina?



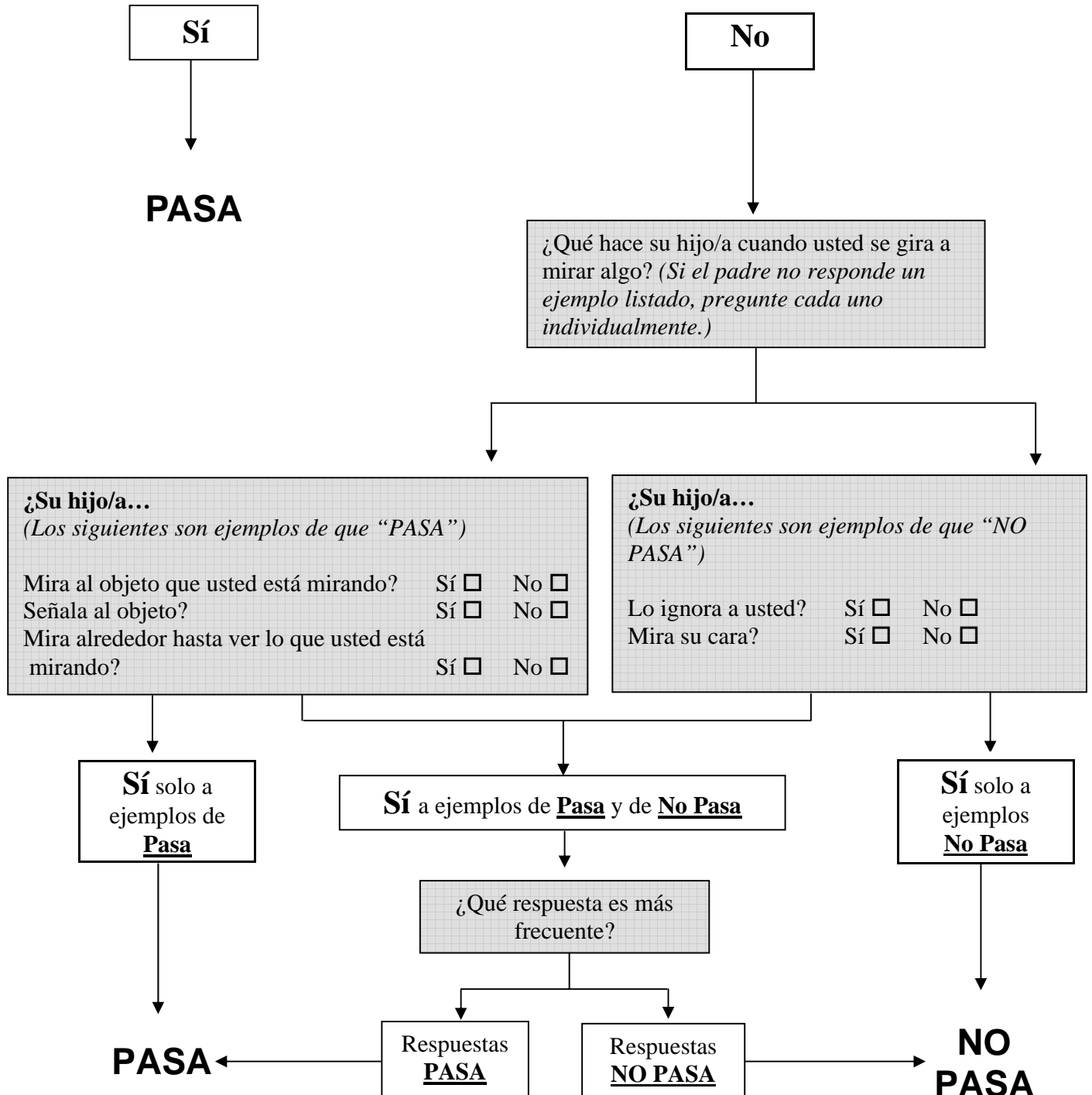
14. ¿ \_\_\_\_\_ mira a los ojos cuando usted le habla, juega con él/ella, o lo viste?



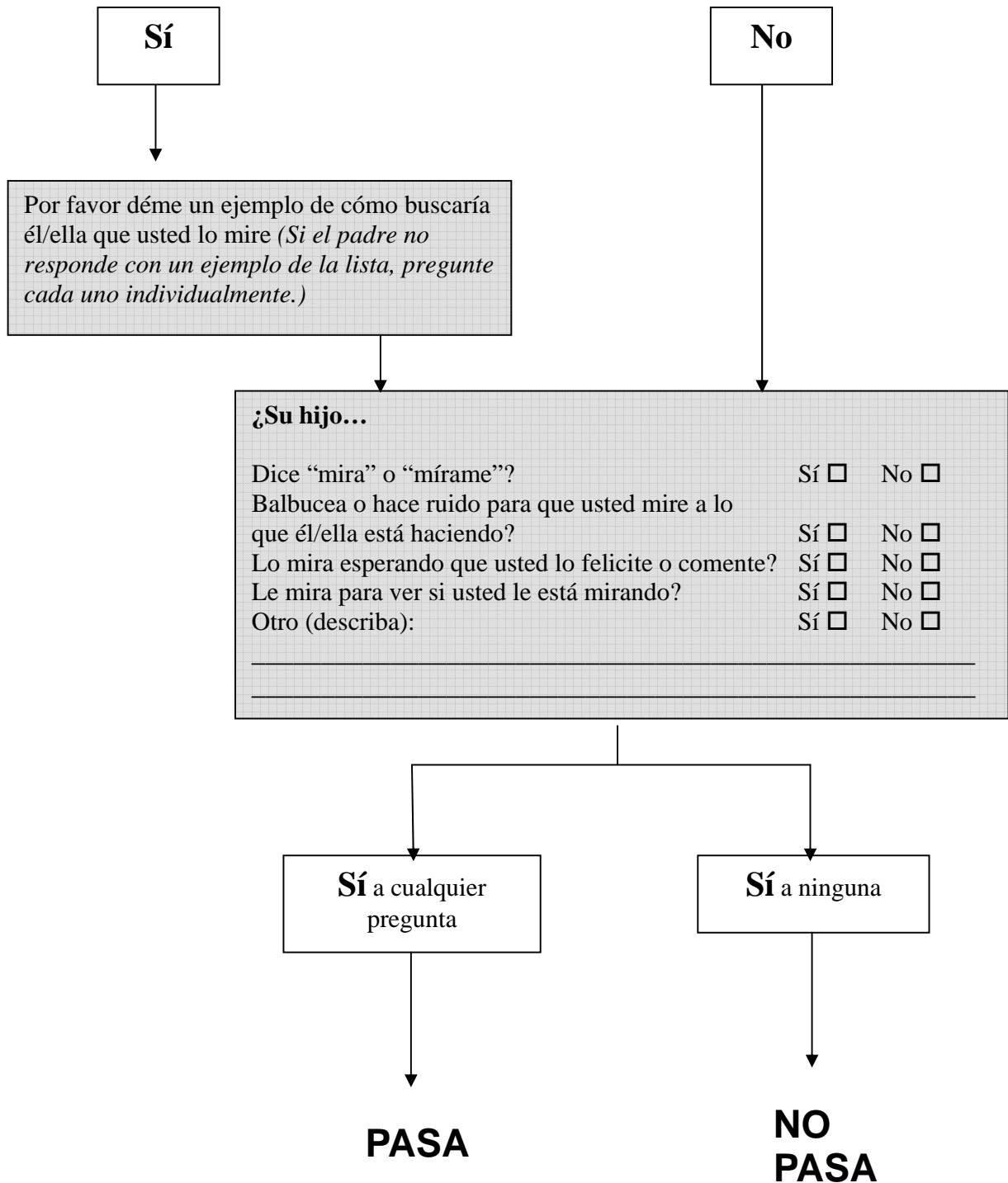
15. ¿ \_\_\_\_\_ imita sus movimientos?



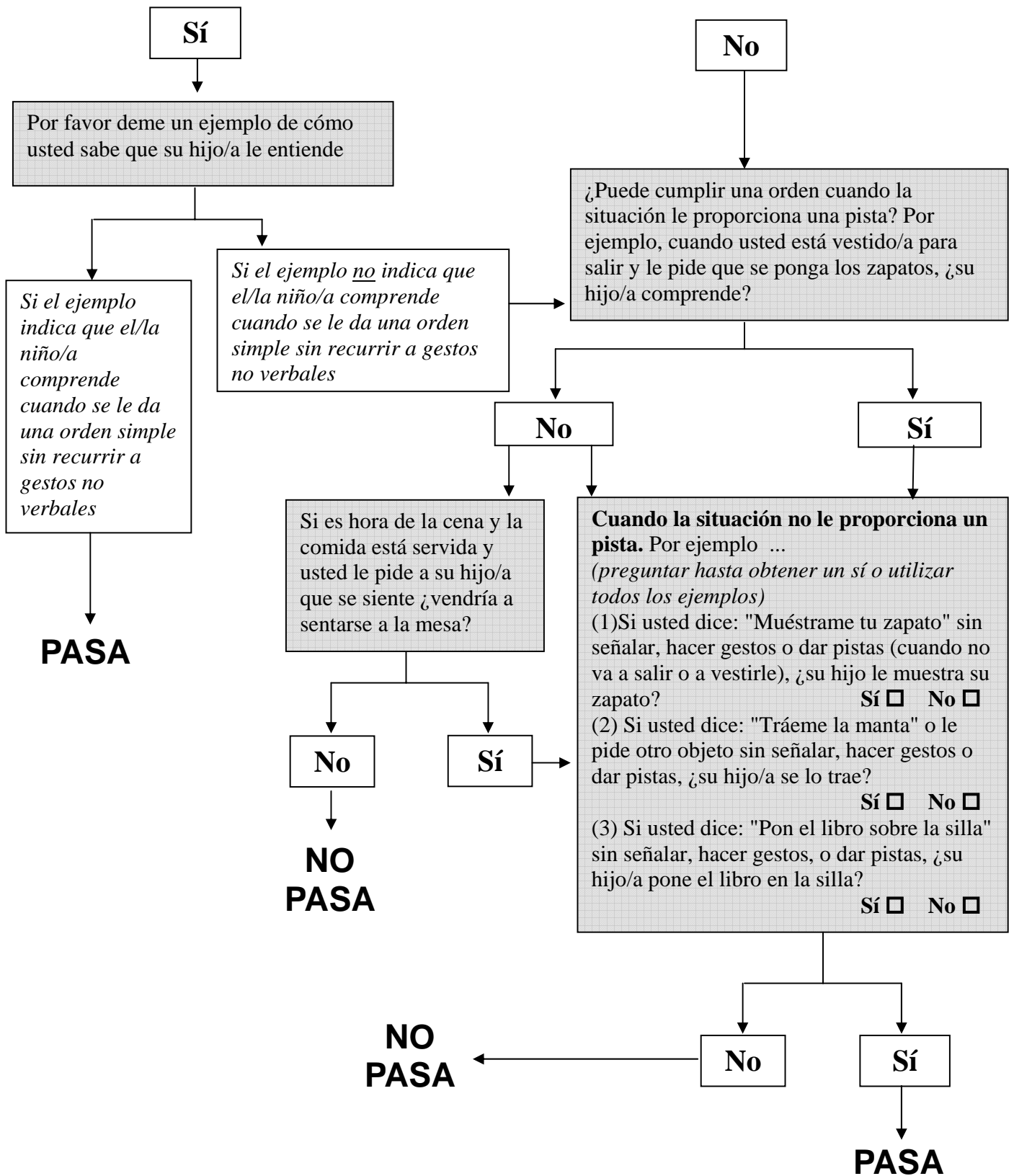
16. Si usted se gira a ver algo, ¿\_\_\_\_\_ trata de mirar hacia lo que usted está mirando?



17. ¿Su hijo/a intenta que usted le mire/preste atención?

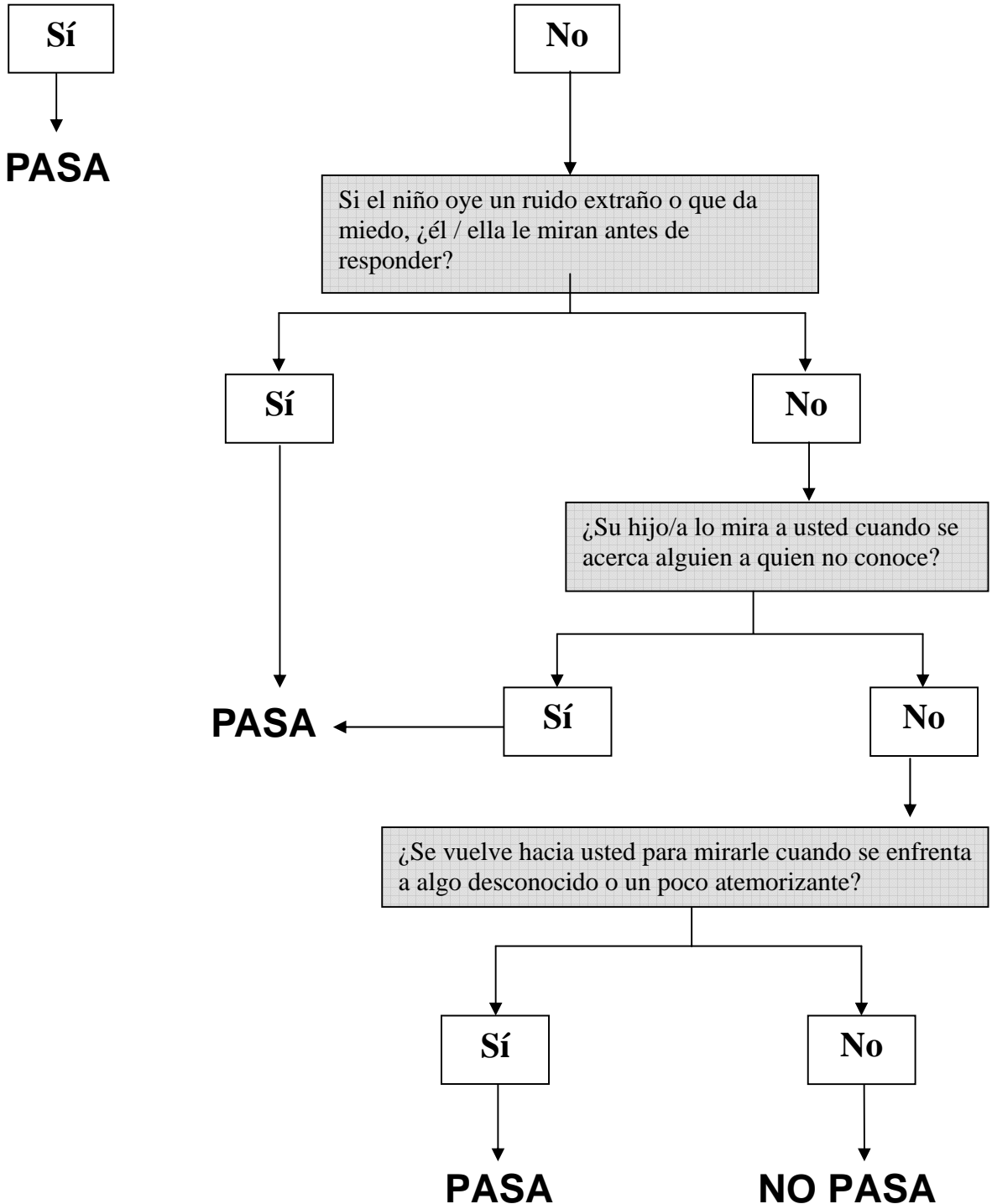


18. ¿ \_\_\_\_\_ le entiende cuando usted le pide que haga algo?





19. Si algo nuevo pasa ¿ \_\_\_\_\_ mira su cara para comprobar como usted se siente al respecto?



20. ¿Le gustan a \_\_\_\_\_ los juegos de movimiento (balanceo, “el caballito”)?

