

M-CHAT-R/F Cuestionario Modificado para la Detección de Riesgo de Autismo (versión revisada, 2013)

Por favor, responda estas preguntas sobre su hijo. Tenga en cuenta cómo se comporta habitualmente. Si ha visto el comportamiento en su hijo un par de veces, pero él o ella no suele comportarse así, por favor responda que NO. Por favor marque SI o NO en cada pregunta.

1- Si Ud. señala algo a través de la habitación, ¿su hijo/a lo mira? (Por ej., si Ud. señala un juguete o un animal, ¿su hijo/a mira el juguete o el animal?)	Si	No
2- ¿Alguna vez se preguntó si su hijo/a podría ser sordo?	Si	No
3- ¿Su hijo/a juega simulando hacer cosas? (por ej., ¿Hace que toma de un vaso vacío, hace que habla por teléfono o que alimenta a una muñeca o un oso de peluche?)	Si	No
4- ¿A su hijo/a le gusta treparse a cosas? (por ej. Muebles, juegos, equipos, escaleras)	Si	No
5- ¿Su hijo/a realiza movimientos inusuales con los dedos cerca de sus ojos? (por ej. Movimientos inusuales o extraños delante de su propia cara)	Si	No
6- ¿Su hijo/a señala con el dedo para pedir algo o para pedir ayuda? (por ej. señalar un snack o un juguete que esta fuera de su alcance)	Si	No
7- ¿Su hijo/a señala con el dedo para mostrarle algo interesante? (por ej., señala un avión en el cielo o un camión grande en la calle)	Si	No
8- ¿Esta su hijo/a interesado en otros niños? (por ej., ¿su hijo/a mira a otros chicos, les sonríe o va hacia ellos?)	si	No
9- ¿Su hijo/a le muestra cosas llevándoselas o levantándolas para que Ud. las vea, no para que lo ayude, sino para compartirlo con Ud.? (por ej., ¿le muestra una flor, un peluche o un camión de juguete?)	si	No
10- ¿Su hijo/a responde cuando lo llama por su nombre? (por ej. ¿Le mira, habla o balbuceo o deja de hacer lo que estaba haciendo cuando lo llama por su nombre?)	Si	No
11- Cuando le sonrío a su hijo/a, ¿le devuelve la sonrisa?	Si	No
12- ¿Su hijo/a se pone molesto con los ruidos cotidianos? (por ej., ¿su hijo/a grita o llora con ruidos como los de una aspiradora o música alta?)	si	No
13- ¿Su hijo/a camina?	si	No
14- ¿Su hijo/a lo mira a los ojos cuando le está hablando, jugando con él o vistiéndolo?	si	No
15- ¿Su hijo/a intenta copiar lo que Ud. hace? (por ej., ¿saluda con la mano, aplaude o hace ruidos graciosos cuando Ud. los hace?)	si	No
16- Si Ud. gira su cabeza para mirar algo, ¿su hijo/a mira alrededor buscando lo que Ud. está mirando?	si	No
17- ¿Su hijo/a trata de conseguir que lo mire? (por ej.¿Su hijo/a le mira para que lo felicite o le dice "mírame"?)	si	No
18- ¿Su hijo/a entiende cuando Ud. le dice que haga algo? (por ej., si Ud. no señala, ¿Su hijo/a entiende si le dice "pone el libro en la silla" o "tráeme la manta"?)	si	No
19- Si algo nuevo sucede, ¿su hijo/a mira su cara para saber cómo se siente Ud.? (por ej., si su hijo/a siente un ruido extraño o gracioso, o ve un juguete nuevo, ¿el mira su cara?)	si	No
20- ¿A su hijo/a le gustan las actividades de movimiento? (por ej. hamacarse o jugar a rebotar en la rodillas de Ud.)	si	No

(Ítems críticos: Para todos los ítems, excepto 2-5-12 la respuesta "NO" indica riesgo de TEA; para los ítems 2-5-12 la respuesta "SI" indica riesgo de TEA)

Riesgo Bajo: 0-2 (después de los 24 m)

Riesgo Medio: 3-7

Riesgo Algo: 8-20

