

Escala M-CHAT de Detección Temprana-Revisada

(M-CHAT-R): Entrevista de SeguimientoTM

****Puede ser usada para investigación o propósitos clínicos, pero favor no citar ni distribuir****

***Reconocimiento: Agradecemos al Doctor Joaquin Funes, por su trabajo en desarrollar el formato de organigrama usado *en esta entrevista.**

Para más información, dirijase al sitio web www.mchatscreen.com o contáctese con Diana Robins (mchatscreen2009@gmail.com)

(M-CHAT-R): Entrevista de Seguimiento™

Permiso de Uso

La Entrevista de Seguimiento™ a la Escala de Detección Temprana- Revisada (de uno a tres años) (M-CHAT-R FUI™; Robins, Fein, & Barton, 2009) es diseñada para acompañar al M-CHAT-R™. El M-CHAT-R FUI™ puede ser solicitado contactando a Diana Robins (mchatscreen2009@gmail.com).

El M-CHAT-R FUI™ es un instrumento con registro de derechos de autor y el uso de este instrumento está limitado para sus autores y quienes poseen derechos de autor. El M-CHAT-R™ y el M-CHAT-R FUI™ están actualmente siendo validados. Por lo tanto, no están disponibles para distribución fuera de los grupos que son parte de los estudios de validación en curso.

Instrucciones de Uso

El M-CHAT-R FUI™ esta diseñado para ser usado con el M-CHAT-R; el M-CHAT-R es válido para evaluar niños entre 16 y 30 meses de edad, para asesorar el riesgo de Trastornos del Espectro Autista (TEA). Los usuarios deben estar concientes de que incluso con la entrevista, un número significativo de niños que no pasen el M-CHAT-R no serán diagnosticados con TEA. No obstante, estos niños siguen en riesgo para otros desordenes o atrasos en el desarrollo y por lo tanto se garantiza un seguimiento para todo niño cuyos resultados sean positivos.

Una vez que el padre/madre haya completado el M-CHAT-R, califique el instrumento de acuerdo a las instrucciones. Si los resultados del niño son positivos, seleccione los ítems de la entrevista basándose en aquellos que el niño no pasó en el M-CHAT-R. La entrevista completa necesita ser administrada solo para aquellos artículos que el niño originalmente 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 *califique como “PASA” o “NO PASA”. Por favor note que los padres pueden responder “talvez” a algunas preguntas en la entrevista. Cuando un padre responde “talvez”, pregunte 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.

Califique las respuestas de cada ítem en la hoja de resultados del M-CHAT-R-FUI (que contiene los mismos ítems que el M-CHAT-R, pero SI/NO han sido remplazados por PASA/NO PASA). La entrevista es considerada positiva si el niño no pasa tres *ítems en la entrevista o dos de los “mejores 7” *ítems: 1, 2, 3, 7, 8, 9, 10. Si los resultados de un niño son positivos en el M-CHAT-R-FUI, o sea un total de 3 o más, 0 2 o más en los “mejores 7”, se recomienda fuertemente que el niño sea referido para intervención temprana y pruebas diagnósticas lo antes posible. Por favor nótese que si el médico o los padres tienen alguna preocupación sobre los TEA, los niños deberán ser referidos para una evaluación sin importar sus resultados en el M-CHAT-R o el M-CHAT-R-FUI.

Entrevista de Seguimiento al M-CHAT-R™ – Hoja de Resultados

Favor notar: SI/NO ha sido remplazado por PASA/NO PASA; Las mejores 7 respuestas están en las casillas.

1. ¿Si usted señala a algo al otro lado del cuarto, 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 finge beber de una taza vacía, finge hablar por teléfono o finge dar de comer a una muñeca o peluche)	PASA	NO PASA
4. ¿A su hijo le gusta treparse en las cosas? (POR EJEMPLO muebles, escaleras o juegos infantiles)	PASA	NO PASA
5. ¿Su hijo/a hace movimientos <u>inusuales</u> 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 interesante? (POR EJEMPLO señala a un avión en el cielo o un camión grande en el camino)	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 hacia usted o levantándolas para que usted las vea – no para pedir ayuda sino para compartirlas con usted? (POR EJEMPLO le muestra una flor o un peluche o un carro de juguete)	PASA	NO PASA
10. ¿Su hijo/a responde cuando usted le llama por su nombre? (POR EJEMPLO ¿voltea a ver, habla o balbucea, o deja de hacer lo que estaba haciendo cuando usted lo llama por su nombre?)	PASA	NO PASA

11. ¿Cuándo usted sonríe a su hijo/a, él o ella sonríe de vuelta?	PASA	NO PASA
12. �Le molestan a su hijo/a ruidos cotidianos? (POR EJEMPLO �llora o grita cuando escucha la aspiradora o música muy alta?)	PASA	NO PASA
13. �Su hijo/a camina?	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 chistoso que usted haga)	PASA	NO PASA
16. �Si usted voltea a ver algo, su hijo/a trata de ver lo que usted está viendo?	PASA	NO PASA
17. �Su hijo/a busca que usted lo vea? (POR EJEMPLO �busca que usted le haga un cumplido, o dice “mira” o “veme”?)	PASA	NO PASA
18. �Su hijo/a le entiende cuando usted le dice que haga algo? (POR EJEMPLO �si usted no hace señas, su hijo/a entiende “pon el libro en la silla” o “tr�eme la cobija”?)	PASA	NO PASA
19. �Si algo nuevo pasa, su hijo/a mira su cara para comprobar como usted se siente al respecto? (POR EJEMPLO �si oye un ruido extraño o ve un juguete nuevo, mirar�a su cara?)	PASA	NO PASA
20. �Le gustan a su hijo/a las actividades de movimiento? (POR EJEMPLO le gusta que le meza, o que le haga saltar en sus rodillas)	PASA	NO PASA

1. Si usted señala a algo al otro lado del cuarto _____ lo ve?

Sí

No

Por favor déme un ejemplo de como 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 típicamente 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"/>
Ve y comenta 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 del cuarto	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 ambos ejemplos

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

PASA

NO PASA

¿Qué respuesta es más común?

*Ejemplos de "PASA" son más comunes

*Ejemplos de "NO PASA" son más comunes

PASA

NO PASA

3. _____ juega a fingir o imaginar?

Sí

No

Por favor déme un ejemplo de los juegos imaginarios 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 vacía? | 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 carrito en un camino imaginario? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Finge ser un robot, una bailarina, o algún otro personaje favorito? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿El/ella pone una olla de juguete en la estufa o a revuelve comida imaginaria? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Pone una figura de acción o muñeca en un carro de o camión de juguete? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Finge pasar la aspiradora o cortar el césped o barrer? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Finge comer con una cuchara de juguete o taza vacía? | 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 treparse en las cosas?

Sí

No

Por favor déme un ejemplo de algo que le gusta trepar (Si el padre no da uno de los ejemplos "PASA" siguientes, pregunte cada uno individualmente.)

Le gusta treparse en...

... gradas?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
... sillas?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
... muebles?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
... juegos infantiles?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Sí a alguna pregunta

No a todas

PASA

NO PASA

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

Sí

Por favor describa estos movimientos.
(Si el padre no da uno de los ejemplos "PASA" siguientes, pregunte cada uno individualmente.)

No

PASA

¿Alguna vez...
(Los siguientes son ejemplos en que "PASA")

Se mira las manos? Sí No
Mueve sus dedos cuando juega cucú? Sí No

Sí a alguna de estas preguntas

PASA

¿Alguna vez....
(Los siguientes son ejemplos en que "NO PASA")

Mueve sus dedos cerca de sus ojos Sí No
Sostiene las manos arriba, cerca de sus ojos? Sí No
Sostiene las manos a los lados de su cabeza? Sí No
Aletea sus manos cerca de su cara Sí No
Otro (describa)

No a todas

Sí a alguna

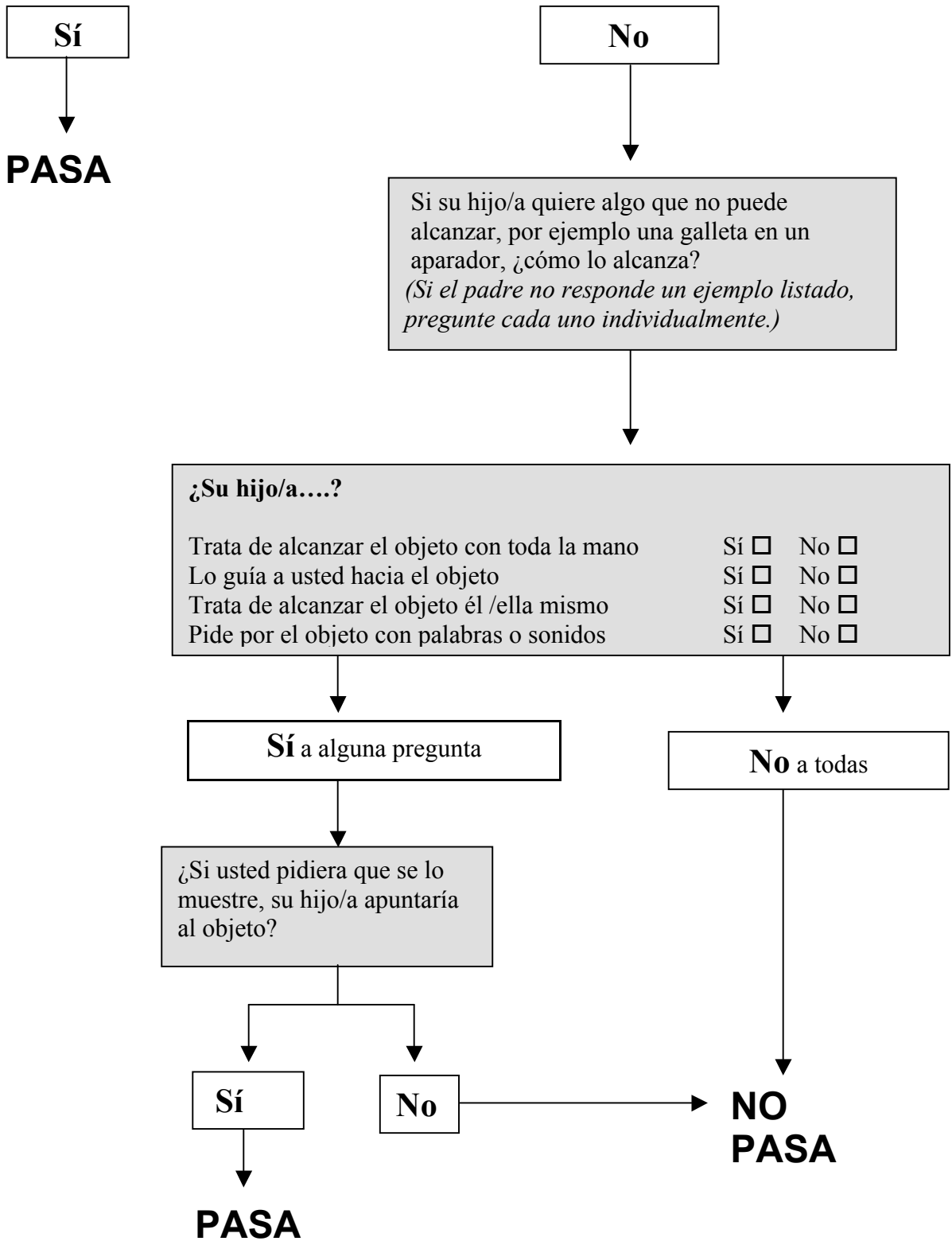
¿Esto pasa más de dos veces por semana?

No

Sí

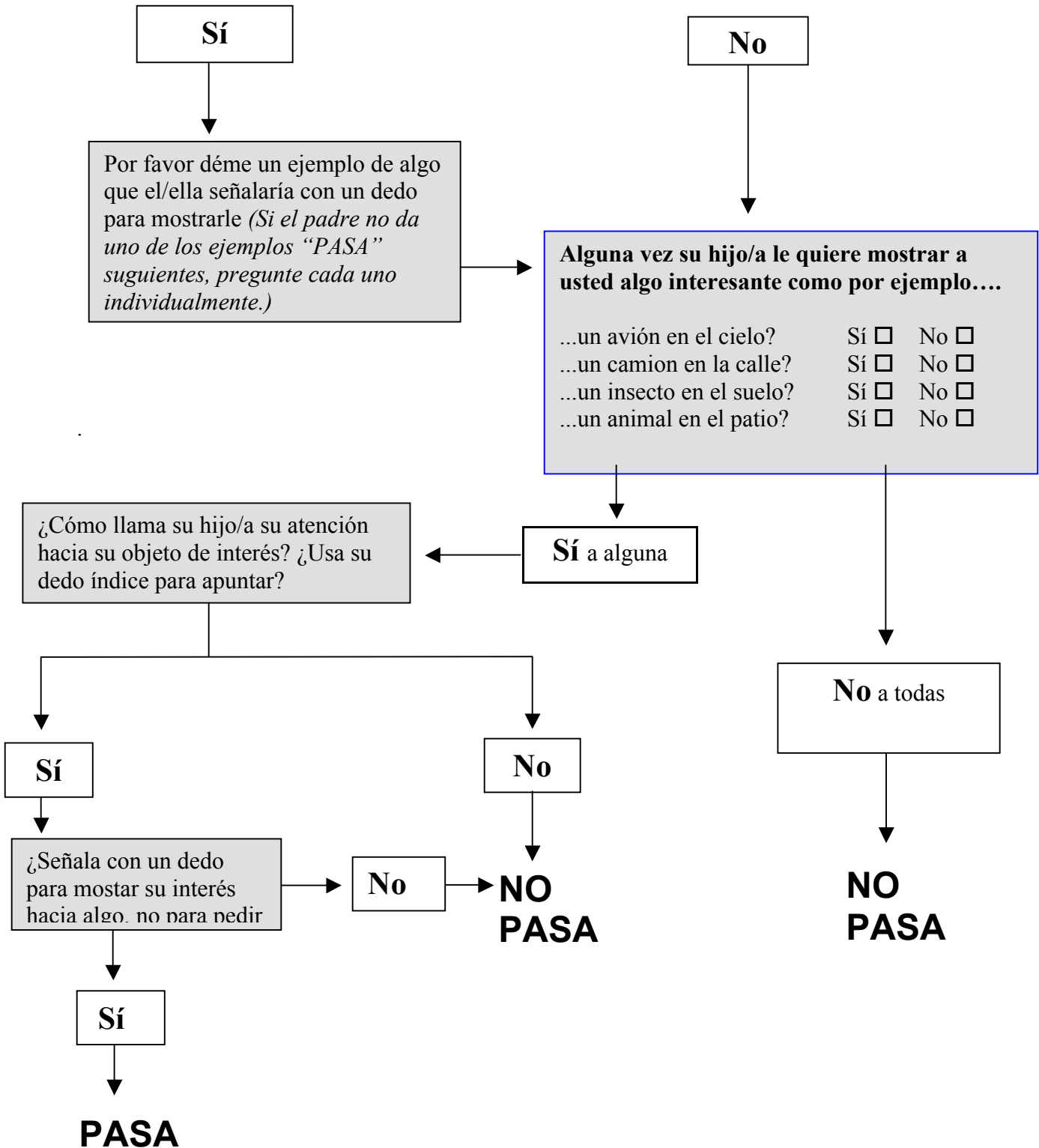
NO PASA

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

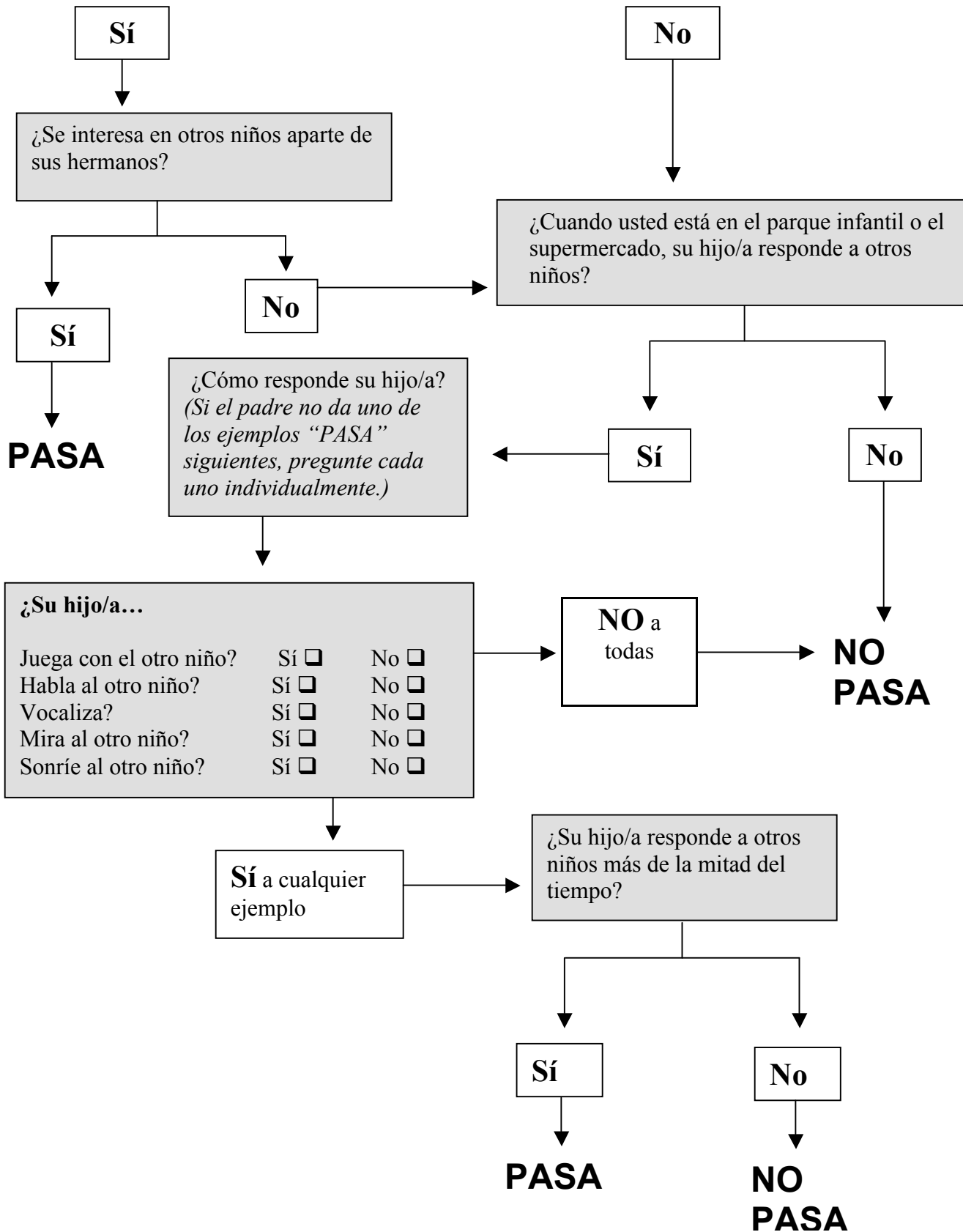


7. *Si el entrevistador acaba de preguntar el # 6, empiece aquí: Hablamos de señalar con un dedo para pedir algo.

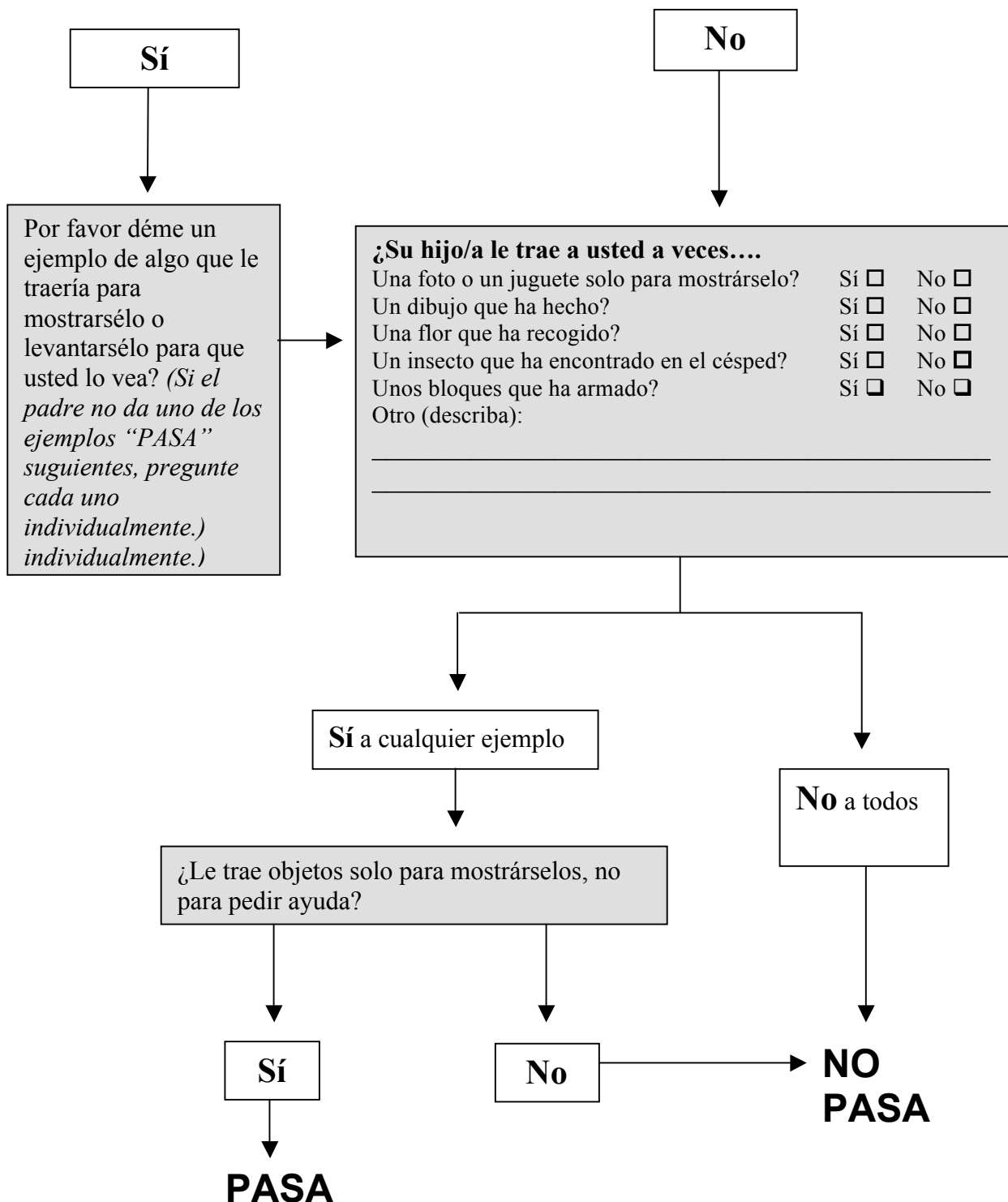
PREGUNTE A TODOS: ¿Su hijo/a señala con un dedo para mostrar algo interesante?



8. ¿_____ muestra interés en otros niños?



9. ¿ _____ le muestra cosas acercándolas hacia usted o levantándolas para que usted las vea ¿No solo para pedir ayuda pero para compartirlas con usted?



10. ¿_____ responde cuando usted le llame por su nombre?

Sí

No

Por favor déme un ejemplo de como responde cuando le llama por su nombre *(Si el padre no da uno de los ejemplos "PASA" suguietes, pregunte cada uno individualmente.)*

Si no está haciendo algo divertido o interesante, ¿normalmente respondería cuando se le llama por el nombre?

Yes

No

¿Qué hace cuando le llama por su nombre? *(Si el padre no da uno de los ejemplos "PASA" suguietes, pregunte cada uno individualmente.)*

(Abajo, son respuestas en que "NO PASA")

(Abajo, son respuestas en que "PASA")

Alza la vista?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Habla o balbucea?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Deja de hacer lo que estaba Haciendo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

No hay respuesta	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Parece oír pero ignora al adulto	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
El adulto necesita estar cara a cara con el/la niño/a ?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Responde solo si se le toca?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Sí solo a ejemplos positivos

Sí a ambos ejemplos

Sí solo a ejemplos negativos

¿Qué respuesta es más común?

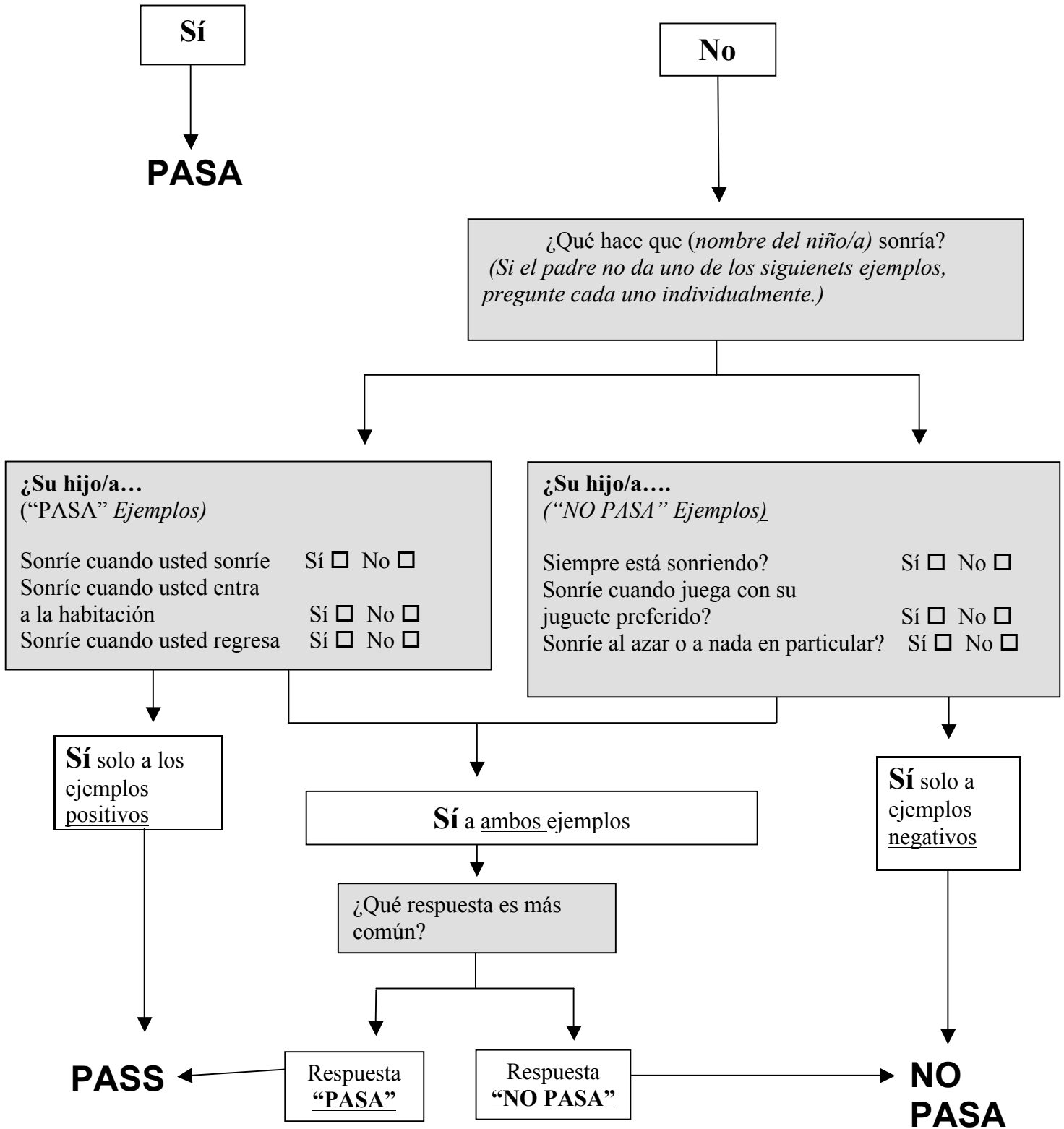
PASA

PASA
Respuestas

NO PASA
Respuestas

NO PASA

11. Cuando usted sonríe a _____,  el/ ella le sonríe de vuelta?



12. ¿Le molestan a _____ ruidos cotidianos?

Sí

No

PASA

¿Su hijo reacciona de manera negativa al sonido de...:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| la lavadora de ropa? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| otros bebés llorando? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| al chillido de otros bebés? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| la aspiradora? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| sirenas? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| tráfico? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| portazos? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| música muy alta? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| el timbre o el teléfono? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| lugares ruidosos como el supermercado o un restaurante? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Otro (describa): | | |

Sí a dos o más

¿Cómo reacciona su hijo/a al (describa el sonido que no le gusta)?
(Si el padre no responde, pregunte cada ejemplo individualmente.)

Respuestas Positivas

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Se cubre los oídos con calma | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Le dice a usted que el/ella está alterado | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Respuestas Negativas

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Grita | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Llora | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Se cubre los oídos y se altera | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Sí solo a ejemplos positivos

Sí a ambos ejemplos

Sí solo a ejemplos negativos

¿Qué respuesta es más común?

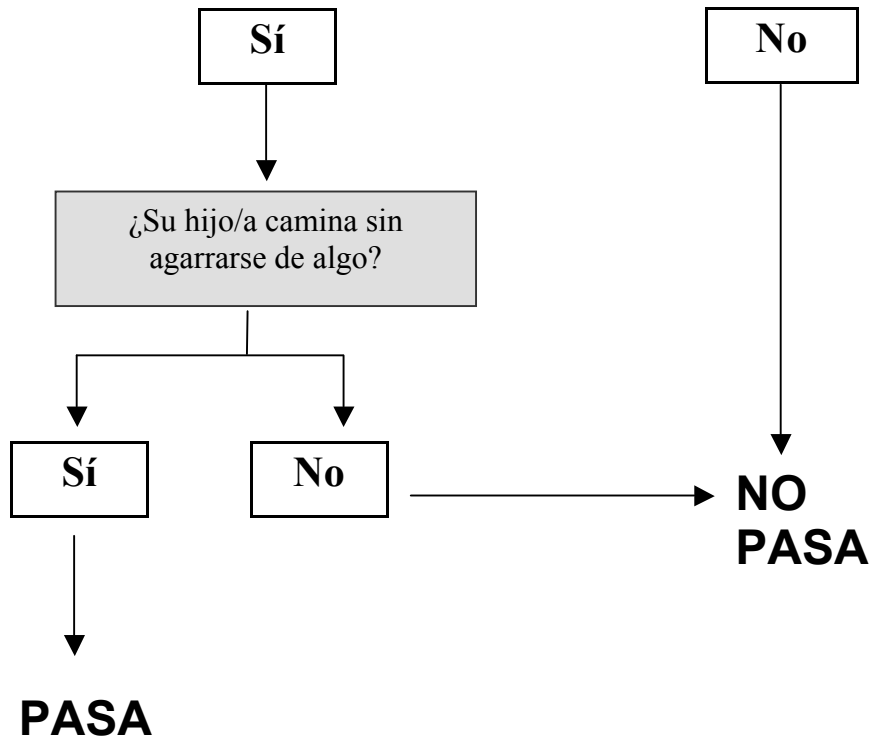
*Respuesta "PASA"

*Respuesta "NO PASA"

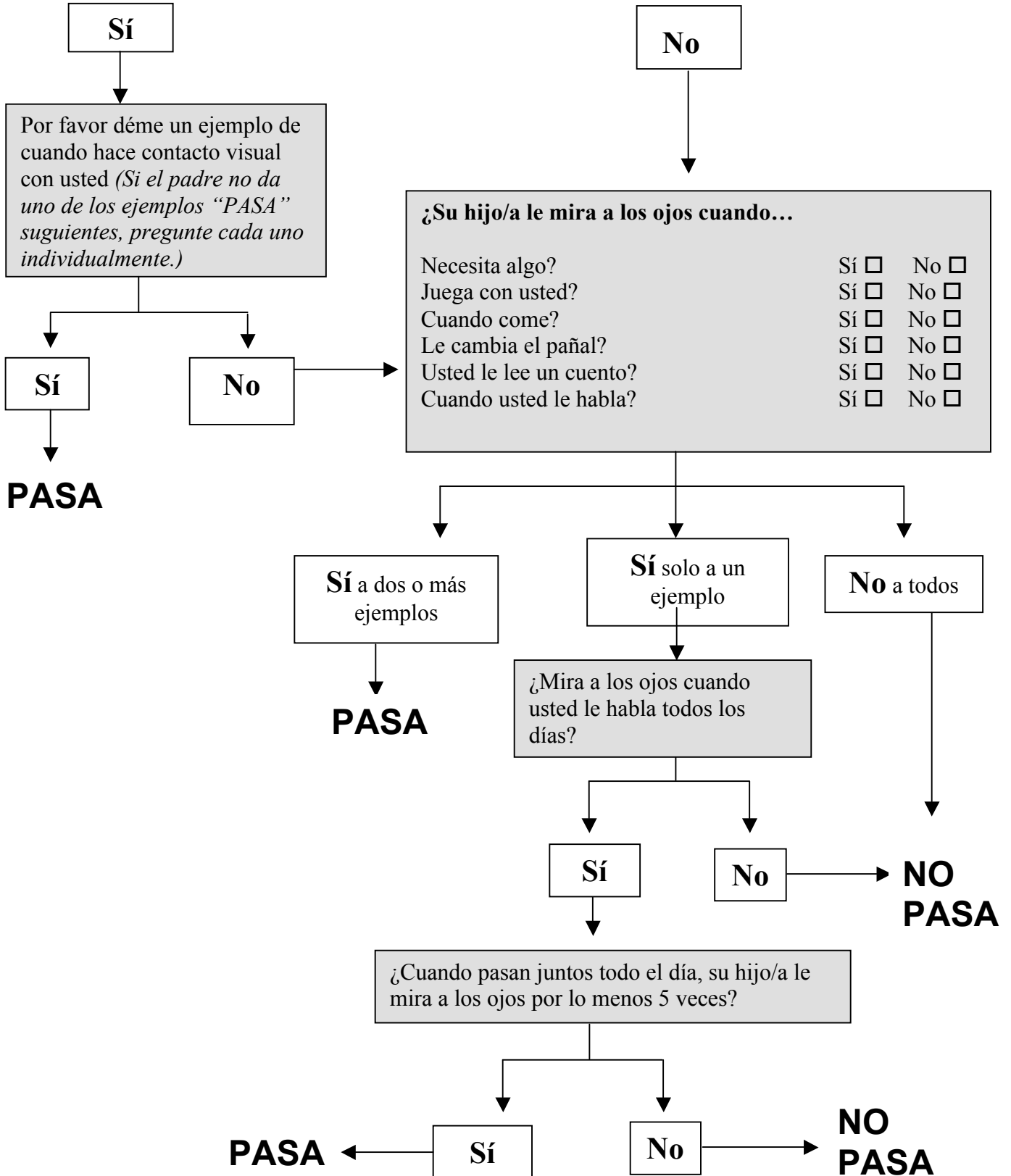
PASA

NO PASA

13. ¿_____ camina?



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



15. ¿ _____ imita sus movimientos?

Sí

No

Por favor déme un ejemplo de algo que trataría de imitar
(Si el padre no responde un ejemplo listado, pregunte cada uno individualmente.)

¿Su hijo/a lo imita si usted:.....

saca su lengua?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
hace sonidos graciosos?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
se despide con la mano?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
aplaude?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
acerca su dedo a sus labios para indicar "shh"	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
manda un beso volado?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Otro (describa):	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

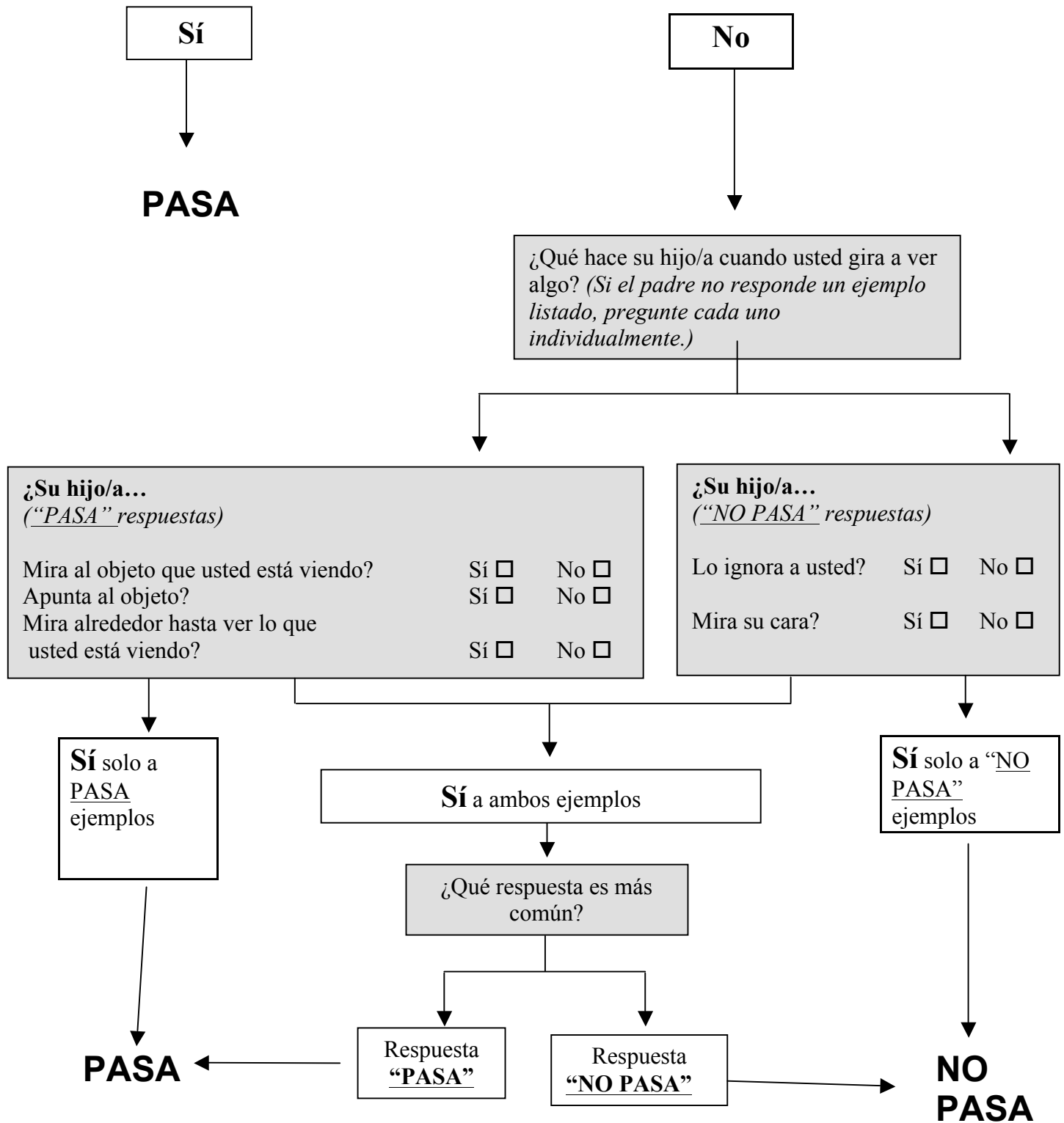
Sí a dos o más

Sí a uno o ninguno

PASA

**NO
PASA**

16. Si usted voltea a ver algo, ¿_____ trata de ver lo que usted está viendo?



17. ¿_____ busca que usted lo vea?

Sí

Por favor déme un ejemplo de cómo buscaría él/ella que usted lo vea (*Si el padre no responde un ejemplo listado, pregunte cada uno individualmente.*)

No

¿Su hijo...

Dice “ve” o “mírame”?

Sí No

Trae un juguete o actividad para mostrárselo/a a usted?

Sí No

Lo mira esperando que usted lo felicite o comente?

Sí No

Regresa a ver si usted lo está mirando?

Sí No

Otro (describa):

Sí No

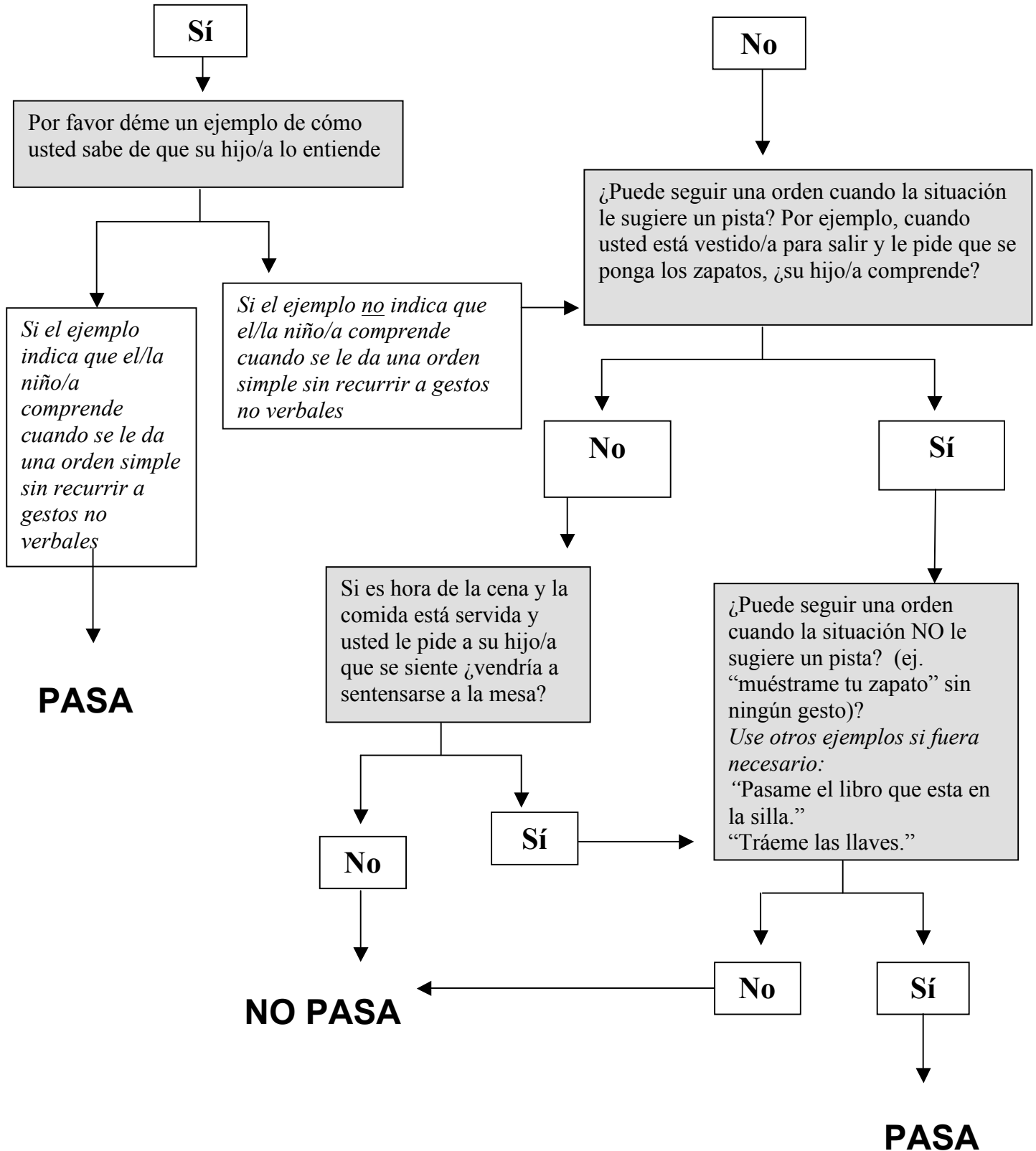
Sí a cualquier pregunta

Sí a ninguna

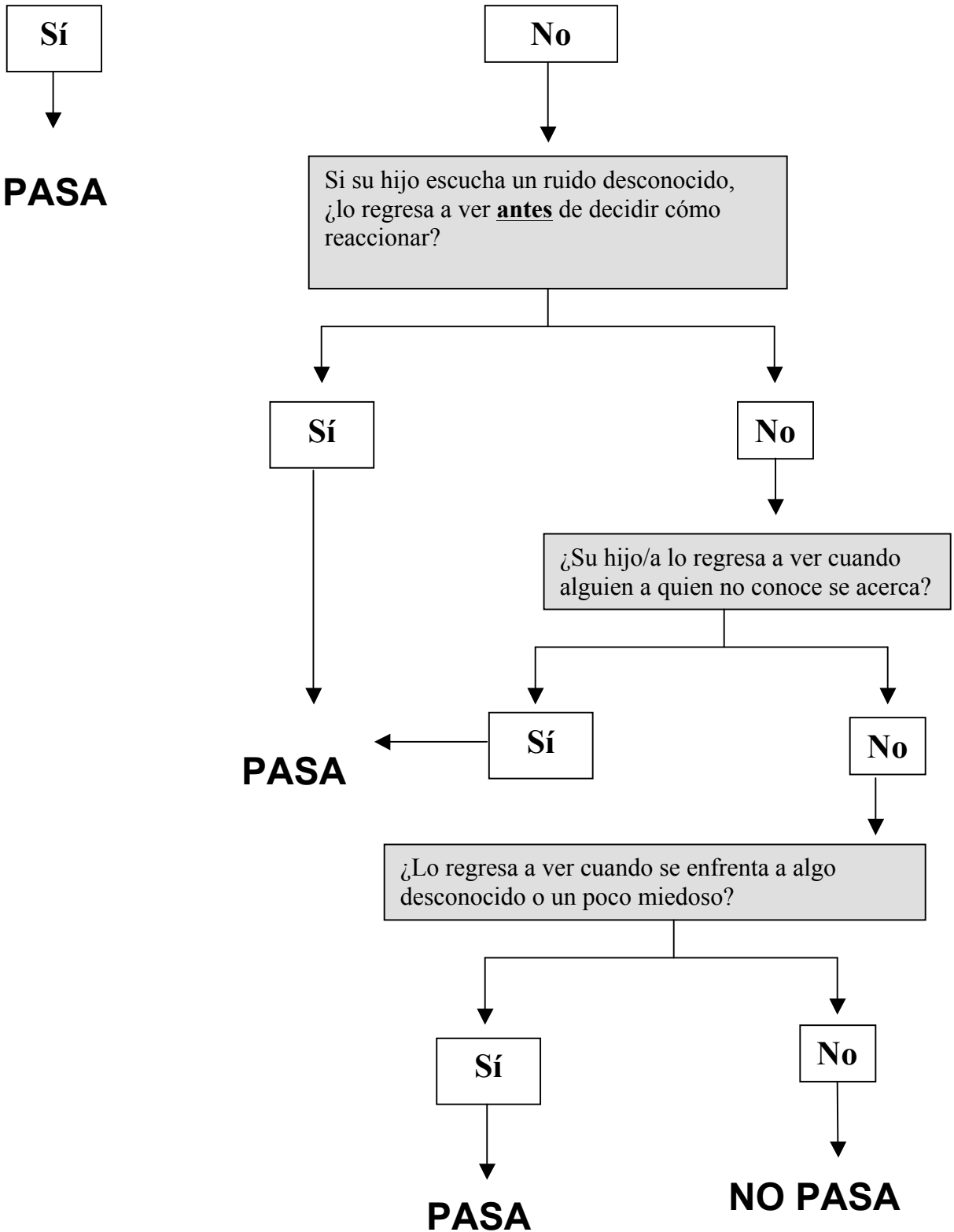
PASA

**NO
PASA**

18. ¿ _____ le entiende cuando usted le dice que haga algo?



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



20. ¿_____ le gustan actividades de movimiento?

