







Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) - Spanish*

Evaluación del desarrollo de niños en edad de caminar.

Por favor conteste acerca de como su niño(a) es **usualmente**. Por favor trata de contestar cada pregunta. Si el comportamiento de su niño(a) con ocurre con frecuencia, conteste como si no lo hiciera.

1	¿Disfruta su niño(a) cuando lo balancean o hacen saltar sobre su rodilla?	Sí	No
	¿Se interesa su niño(a) en otros niños?	Sí	No
3	¿Le gusta a su niño(a) subirse a las cosas, por ejemplo subir las escaleras?	Sí	No
4	¿Disfruta su niño(a) jugando "peek-a-boo" o "hide and seek" (a las escondidas)?	Sí	No
5	¿Le gusta a su niño(a) jugar pretender, como por ejemplo, pretende que habla por teléfono, que cuida sus muñecas, o pretende otras cosas?	Sí	No
6	¿Utiliza su niño(a) su dedo índice para señalar algo, o para preguntar alguna cosa?	Sí	No
	¿Usa su niño(a) su dedo índice para señalar o indicar interés en algo?	Sí	No
8	¿Puede su niño(a) jugar bien con juguetes pequeños (como carros o cubos) sin llevárselos a la boca, manipularlos o dejarlos caer?	Sí	No
	¿Le trae su niño(a) a usted (padre o madre) objetos o cosas, con el propósito de mostrarle algo alguna vez?	Sí	No
10	¿Lo mira su niño(a) directamente a los ojos por mas de uno o dos segundos?	Sí	No
11	¿Parece su niño(a) ser demasiado sensitivo al ruido? (Por ejemplo, se tapa los oídos?)	Sí	No
12	¿Sonríe su niño(a) en respuesta a su cara o a su sonrisa?	Sí	No
	¿Lo imita su niño(a)? (Por ejemplo, si usted hace una mueca, su niño(a) trata de imitarlo?)	Sí	No
	¿Responde su niño(a) a su nombre cuando lo(a) llaman?	Sí	No
	¿Si usted señala a un juguete que está al otro lado de la habitación a su niño(a), lo mira?	Sí	No
16	¿Camina su niño(a)?	Sí	No
17	¿Presta su niño(a) atención a las cosas que usted está mirando?	Sí	No
18	¿Hace su niño(a) movimientos raros con los dedos cerca de su cara?	Sí	No
19	¿Trata su niño(a) de llamar su atención (de sus padres) a las actividades que estada llevando a cabo?	Sí	No
20	¿Se ha preguntado alguna vez si su niño(a) es sordo(a)?	Sí	No
21	¿Comprende su niño(a) lo que otras dicen?	Sí	No
22	¿Fija su niño(a) su mirada en nada o camina sin sentido algunas veces?	Sí	No
23	¿Su niño(a) le mira a su cara para chequear su reacción cuando esta en una situación diferente?	Sí	No

© 1999 Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton

Please refer to: Robins, D., Fein, D., Barton, M., & Green, J. (2001). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31 (2), 131-144.

* The Spanish version of the M-CHAT is a direct translation of the English M-CHAT. The reliability and validity of the Spanish version has not been independently determined.

18 Meses

Questionario

Por favor da la siguiente información.

Nombre del bebé: _____

Fecha de nacimiento del bebé: _____

Fecha de nacimiento correctada del niño/a (si su niño/a fue prematuro, añada el número de semanas de premaduridad a la fecha de nacimiento): _____

Día de hoy: _____

Complete este cuestionario antes de: _____

Persona llenando este cuestionario: _____

¿Cuál es su relación al bebé? _____

Su teléfono: _____

Su dirección (para correspondencia): _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Haga una lista de cualquiera otra persona que le asista en el llenar de este cuestionario: _____

Programa de administración/proveedor: _____

*Translated from the English:
*Ages & Stages Questionnaires: A Parent-Completed,
Child-Monitoring System, Second Edition,* Bricker et al.
© 1999 Paul H. Brookes Publishing Co.



A esta edad, muchos niño/as no cooperan cuando se los pide a hacer cosas. Puede darse el caso de que Ud. tenga que intentar las actividades más de una vez con su niño/a. Si es posible, vuelva a intentar las actividades cuando su niño/a coopere mejor. Si su niño/a puede hacer la actividad, pero se niega hacerla, responda afirmativamente a la pregunta.

	SÍ	A VECES	TODAVÍA NO	
COMUNICACIÓN <i>Intente hacer cada actividad con su niño/a.</i>				
1. Cuando su niño/a quiere algo, ¿se lo deja saber señalándolo con el dedo?	*	*	*	___
2. Cuando Ud. le pide que vaya a buscar a otro cuarto un juguete u objeto conocido? Puede decirle, "¿dónde está la pelota?", "tráeme tu abrigo", o "busca tu cobija".	*	*	*	___
3. ¿Imita su niño/a una oración de dos palabras? Por ejemplo, cuando Ud. dice "Mamá juega" o "Papá come" o "¿Qué es?", repite su niño/a la misma frase?	*	*	*	___
4. ¿Sabe decir ocho o más palabras además de "mamá" y "papá"?	*	*	*	___
5. Sin enseñarle primero, ¿puede señalar con el dedo al dibujo correcto cuando Ud. le pregunta: "enséñame dónde está el gatito", o le pregunta: "¿dónde está el perro?" (Solamente tiene que identificar un dibujo.)	*	*	*	___
6. ¿Puede decir dos o tres palabras juntas que representen ideas diferentes, como: "veo perro", "mamá llega a casa" o "¿se fue el gatito"? (No cuente las combinaciones de palabras que expresen una sola idea como "se acabo", "está bien", y "¿qué es?")	*	*	*	___

Escriba un ejemplo de las combinaciones de palabras que hace:

TOTAL PARA COMUNICACIÓN  ___

MOVIMIENTOS AMPLIOS *Intente hacer cada actividad con su niño/a.*

1. ¿Puede agacharse para agarrar un objeto del suelo y volverse a poner de pie sin apoyarse en nada?	*	*	*	___
2. ¿Camina por la casa en lugar de gatear?	*	*	*	___
3. ¿Anda con seguridad sin caerse a menudo?	*	*	*	___
4. ¿Se sube a una silla, por ejemplo, para agarrar algo que quiere y que no puede alcanzar?	*	*	*	___
5. ¿Puede bajar las escaleras si Ud. lo lleva de la mano?	*	*	*	___
6. Al enseñarle como se da una patada a un balón, ¿intenta repetirlo dando una patada al balón o moviéndolo la pierna hacia atrás y luego hacia adelante? o con las piernas al correr? (Si ya sabe dar una patada al balón, responda afirmativamente a la pregunta.)	*	*	*	___



TOTAL PARA MOVIMIENTOS AMPLIOS ___

SÍ A VECES TODAVÍA NO

MOVIMIENTOS FINOS

Intente hacer cada actividad con su niño/a.

1. ¿Puede tirar una pelota hacia adelante? (Si simplemente la deja caer, responda "todavía no" a esta pregunta.)



* * * _____

2. ¿Sabe colocar cubitos o juguetes unos encima de otros? (También puede usar carretes de hilo de coser, cajitas o juguetes que midan aproximadamente una pulgada o 3 centímetros.)

* * * _____

3. ¿Escribe con la *punta* de la crayola (del lápiz o de la pluma) al intentar dibujar?



* * * _____

4. ¿Sabe poner tres cubitos o juguetes unos encima de otros sin ayuda? (También puede usar carretes de hilo, cajitas o juguetes que midan aproximadamente una pulgada.)

* * * _____

5. ¿Sabe pasar las hojas de un libro sin ayuda? Tal vez pase más de una hoja a la vez.

* * * _____

6. ¿Sabe meterse la cuchara en la boca sin que normalmente se la caiga la comida?

* * * _____

TOTAL PARA MOVIMIENTOS FINOS _____

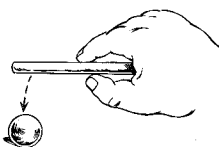
RESOLUCIÓN de PROBLEMAS

Intente hacer cada actividad con su niño/a.

1. ¿Mete varios juguetes pequeños (seis o más) dentro de un recipiente como una caja o un tazón? (Puede enseñarle cómo se hace.)

* * * _____

2. Después de enseñarle cómo se hace, ¿Trata de agarrar un juguete que casi puede alcanzar usando una cuchara, un palo u otro implemento similar?



* * * _____

3. Después de dejar caer una migaja o un Cheerio (cereal de desayuno) en una botella, ¿da vuelta a la botella para sacarlo? (Puede enseñarle como se hace.) Se puede usar una botella de píldoras, una botella de refresco o un biberón.

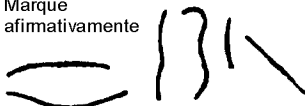
* * * _____

4. Sin enseñarle cómo se hace, ¿sabe hacer garabatos cuando se le da una crayola (o un lápiz o una pluma)?

* * * _____

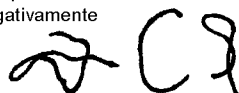
5. Después de verle a Ud. dibujar una línea de arriba abajo en una hoja de papel usando una crayola, ¿le copia intentando dibujar una línea en cualquier dirección? (No cuenta el hacer garabatos de un lado para otro.)

Marque afirmativamente



* * * _____

Marque negativamente



	SÍ	A VECES	TODAVÍA NO	
RESOLUCIÓN de PROBLEMAS (continuación)				
6. ¿Sin enseñarle cómo se hace, sabe dar vuelta a una pequeña botella transparente para sacar una migaja pequeña (del tamaño de un guisante o un Cheerio)?	*	*	*	___ *

TOTAL PARA RESOLUCIÓN de PROBLEMAS _____

**Si ha marcada la pregunta número 6 como sí, o a veces, marque la número 3 afirmativamente.*

SOCIO-INDIVIDUAL *Intente hacer cada actividad con su niño/a.*

1. Al mirarse en el espejo, ¿se ofrece a sí mismo/a un juguete?	*	*	*	___
2. ¿Juega con una muñeca o con un mono de trapo, abrazándolo?	*	*	*	___
3. ¿Intenta conseguir su atención o intenta enseñarle algo tirándole de la mano o de la ropa?	*	*	*	___
4. ¿Viene a pedirle ayuda, como cuando necesita que alguien le dé cuerda a un juguete?	*	*	*	___
5. ¿Sabe beber de un vaso y bajarlo nuevamente sin que se le caiga mucho del contenido?	*	*	*	___
6. ¿Le imita su hijo haciendo las mismas actividades que Ud. hace, como limpiar algo que se le ha caído, pasar la aspiradora, afeitarse o peinarse?	*	*	*	___

TOTAL PARA SOCIO-INDIVIDUAL _____

GENERAL *Padres y proveedores pueden utilizar el reverso de esta página o el final de la siguiente para comentarios adicionales.*

1. ¿Cree Ud. que su niño/a oye bien?	SÍ *	NO *
Si contesta "No", explique: _____		
2. ¿Cree Ud. que habla igual que los otros niños de su edad?	SÍ *	NO *
Si contesta "No", explique: _____		
3. ¿Puede entender casi todo lo que le dice?	SÍ *	NO *
Si contesta "No", explique: _____		
4. ¿Cree Ud. que camina, corre y trepa igual que los otros niños de su edad?	SÍ *	NO *
Si contesta "No", explique: _____		
5. ¿Tiene cualquiera de los dos padres algún antecedente de familia con problemas de sordera durante la infancia o con cualquier otro tipo de deficiencia de los oídos?	SÍ *	NO *
Si contesta "Sí", explique: _____		

GENERAL (continuación)

6. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la vista de su niño/a? SÍ * NO *
Si contesta "Sí", explique: _____
7. ¿Ha tenido su niño/a algún problema médico en los últimos meses? SÍ * NO *
Si contesta "Sí", explique: _____
8. ¿Hay algo de su niño/a que a Ud. le preocupe? SÍ * NO *
Si contesta "Sí", explique: _____

ASQ Sumario Informativo 18to Mes

Nombre del bebé: _____ Fecha de nacimiento: _____

Persona llenando cuestionario: _____ Fecha de nacimiento corregida: _____

Dirección de correo: _____ Parentesco: _____

Teléfono: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de hoy: _____ Ayudantes en completar el ASQ: _____

RESUMEN: Por favor traslade las respuestas de la sección total del cuestionario tachando "sí" o "no" y reportando cualquier comentario.

- | | | | |
|--|-------|---|-------|
| 1. ¿Oye bien?
Comentarios: | SÍ NO | 5. Historial: ¿Hay problemas auditivos de la familia?
Comentarios: | SÍ NO |
| 2. ¿Habla como otros niños?
Comentarios: | SÍ NO | 6. ¿Preocupaciones sobre la vista?
Comentarios: | SÍ NO |
| 3. ¿Puede Ud. comprender a su niño?
Comentarios: | SÍ NO | 7. ¿Problemas médicos recientes?
Comentarios: | SÍ NO |
| 4. ¿Camina, corre, y trepa como otros niños?
Comentarios: | SÍ NO | 8. ¿Otros preocupaciones?
Comentarios: | SÍ NO |

ANOTACIÓN DEL CUESTIONARIO

- Asegúrese de que todas las cosas hayan sido contestadas. Si no cosa ser contestadas, refiérase al equivalente del average del proceso de la Guía de Uso del ASQ.
- Califique cada parte del cuestionario escribiendo el número apropiado en la línea de los totales.
SÍ = 10 A VECES = 5 TODAVÍA NO = 0
- Añada las partes calificadas de cada sección y anote esos resultados en los espacios provistos para totales.
- Indique el total del bebé en cada área, llenando los círculos apropiados en el cuadro inferior. Por ejemplo, si la anotación total para el área de comunicación fue 50, llene el círculo debajo del 50 en la primera fila.

Total	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
Comunicación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimientos amplios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimientos finos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Resolución de problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Socio-individual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Total	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60

Examine los círculos llenados en cada área anterior.

- Si el total del bebé cae entre área, el bebé aparenta estar bien en esa área hasta ahora.
- Si el total del bebé cae entre área, hable con un profesional. Su bebé quizás necesite más evaluación.

OPCIONAL: Las respuestas específicas de los artículos del cuestionario pueden ser anotadas en este cuadro sinóptico.

		Tantos	Limite	Comunicación	Movimientos amplios	Movimientos finos	Resolución de problemas	Socio-individual
18 meses	Comunicación		35.0	1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Movimientos amplios		25.0	2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Movimientos finos		25.0	3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Resolución de problemas		25.0	4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Socio-individual		25.0	5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
					6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				S A T	S A T	S A T	S A T	S A T

Administrador o proveedor del programa: _____