

THE CHILDHOOD AUTISM SPECTRUM TEST (CAST)

F. Scott, S. Baron-Cohen, P. Bolton and C. Brayne, (2002)

Adaptado al Español por: Jaime A. Pereira, Tomás Mesa, María E. Coehlo-Medeiros, Macarena Krefft.
(SOPNIA, Chile, 2005)¹

Nombre del niño:..... Edad:Sexo: hombre / mujer
Fecha de nacimiento / edad..... Nacimiento único o doble:.....
Nombre de los padres o tutor:.....
.....
Ocupación del (de los) padre(s):.....
.....
Nivel de enseñanza de los padres (especificar tipo y hasta que año):.....
.....
Dirección completa:.....
.....
.....
Teléfono 1:..... Teléfono 2:.....
Colegio (nombre, comuna, si es privado, municipal u otro tipo).....
.....

Por favor lea cuidadosamente las siguientes preguntas sobre su hijo, y marque la alternativa apropiada con un círculo. Todas las respuestas son confidenciales.

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Disfruta fácilmente al jugar con otros niños? | Si | No |
| 2. ¿Se acerca espontáneamente a usted para conversar? | Si | No |
| 3. ¿Hablaba a los 2 años de edad? | Si | No |
| 4. ¿Disfruta al realizar deportes? | Si | No |
| 5. ¿Es importante para el/ella encajar- armonizar con sus compañeros? | Si | No |
| 6. ¿Parece advertir detalles inusuales que el resto no percibe? | Si | No |
| 7. ¿Suele tomar las cosas que le dicen de forma literal? | Si | No |
| 8. ¿A los 3 años de edad pasaba gran cantidad de tiempo jugando a ser súper héroe o jugando a tomar el té con muñecos (juego de roles)? | Si | No |
| 9. ¿Le gusta realizar las cosas una y otra vez, y de la misma forma todas las veces? | Si | No |
| 10. ¿Interactúa fácilmente con otros niños? | Si | No |
| 11. ¿Puede mantener dos conversaciones al mismo tiempo? | Si | No |
| 12. ¿Lee apropiadamente para su edad? | Si | No |
| 13. ¿Presenta generalmente los mismo intereses que sus pares y/o compañeros? | Si | No |
| 14. ¿Presenta algún interés en particular que le deja poco tiempo para realizar el resto de sus cosas? | Si | No |

¹ email: jpereira@uc.cl

15. ¿Tiene amigos(as), más que sólo conocidos?	Si	No
16. ¿Trae a menudo cosas que interesa mostrarle a usted?	Si	No
17. ¿Disfruta él/ella bromeando alrededor suyo?	Si	No
18. ¿Tiene dificultad para entender las reglas de cortesía?	Si	No
19. ¿Pareciera tener una memoria excepcional para los detalles?	Si	No
20. Su voz es inusual (ej. excesivamente adulta, plana, o muy monótona)?	Si	No
21. ¿El resto de las personas son importantes para él(ella)?	Si	No
22. ¿Se puede vestir solo(a)?	Si	No
23. ¿Se adecua a los turnos en una conversación?	Si	No
24. ¿Puede jugar imaginativamente con otros niños y participar de juegos de roles (jugar a ser mesero, bombero, etc.)?	Si	No
25. ¿Hace o dice a menudo cosas que son falta de tacto (“desubicadas”) o socialmente inapropiadas?	Si	No
26. ¿Puede contar hasta 50 sin omitir números?	Si	No
27. ¿Presenta contacto ocular normal al conversar (mirar a los ojos)?	Si	No
28. ¿Presenta algún movimiento inusual y repetitivo?	Si	No
29. ¿Su comportamiento social es muy unilateral y siempre en sus propios términos (quiere hacer o imponer siempre lo que él/ella desea)?	Si	No
30. ¿A veces dice “tú” o “él/ella” cuando quiere decir “yo”?	Si	No
31. ¿Prefiere las actividades imaginativas tales como actuar o contar cuentos más que los números o memorizar datos?	Si	No
32. ¿A veces quien lo/la escucha no comprende sobre lo que habla?	Si	No
33. ¿Puede andar en bicicleta (aunque sea con rueditas laterales)?	Si	No
34. ¿Trata de imponer rutinas o imponérselas a otros, llegando incluso al punto de causar problemas?	Si	No
35. ¿Le importa cómo es percibido por el resto?	Si	No
36. ¿Vuelca a menudo las conversaciones hacia sus temas favoritos antes de continuar con el tema que la otra persona expone?	Si	No
37. ¿Dice frases inusuales o extrañas?	Si	No

SECCIÓN DE NECESIDADES ESPECIALES

Por Favor complete apropiadamente

38. ¿Algún profesor o profesional de la salud ha expresado alguna vez algo concerniente a su desarrollo? Si No

Si es sí, por favor especifique:.....

39. ¿En algún momento se le ha diagnosticado algún(os) de los siguientes cuadros?

a.- Retraso del Lenguaje Si No

b.- Trastorno o Síndrome de Déficit Atencional (SDAH) Si No

c.- Alteraciones visuales o auditivas Si No

d.- Condición del espectro autista, incluye el Síndrome de Asperger Si No

e.- Alguna incapacidad física Si No

f.- Otro (por favor especifique) Si No

g- ¿Algún otro comentario sobre su hijo?:
.....