

Test del Síndrome de Asperger en la Infancia (CAST)

Nombre del niño o niña Edad: Sexo: Hombre/ Mujer

Orden de nacimiento entre los hermanos:

Parto gemelar o único:

Padre/ madre o tutor que rellena el cuestionario:

Ocupación del padre:.....Ocupación de la madre:.....

Nivel de estudios alcanzado:

Por el padre: Por la madre

Dirección:

.....

Número de teléfono: Centro escolar:

A continuación encontrará una lista de preguntas. Indique con un círculo la respuesta adecuada. Todas sus respuestas son confidenciales.

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Se acerca fácilmente a otros niños y niñas para jugar? | Si | No |
| 2. ¿Se acerca a usted espontáneamente para charlar? | Si | No |
| 3. ¿Hablaba cuando tenía 2 años? | Si | No |
| 4. ¿Le gustan los deportes? | Si | No |
| 5. ¿Le resulta importante encajar en su grupo de compañeros? | Si | No |
| 6. ¿En comparación con los demás parece darse cuenta de detalles poco comunes? | Si | No |
| 7. ¿Tiende a interpretar literalmente lo que se le dice? | Si | No |
| 8. Cuando tenía 3 años ¿pasaba mucho tiempo con juegos de imaginación (por ejemplo, representando ser un superhéroe o jugando a dar de “merendar” a sus peluches)? | Si | No |
| 9. ¿Le gusta hacer las cosas una y otra vez, de la misma manera todo el tiempo? | Si | No |
| 10. ¿Le resulta fácil relacionarse con otros niños o niñas? | Si | No |

11. ¿Es capaz de mantener una conversación respetando los turnos?	Si	No
12. ¿Lee de manera adecuada para su edad?	Si	No
13. ¿Muestra generalmente los mismos intereses que sus compañeros?	Si	No
14. ¿Tiene algún interés que le ocupe tanto tiempo que no hace casi nada más?	Si	No
15. ¿Tiene amigos en vez de simplemente “conocidos”?	Si	No
16. ¿Suele traerle cosas que a él o a ella le interesan para mostrárselas?	Si	No
17. ¿Le gusta hacer bromas?	Si	No
18. ¿Le cuesta entender las reglas de la buena educación?	Si	No
19. ¿Parece tener una memoria extraordinaria para los detalles?	Si	No
20. ¿Tiene un tono de voz peculiar (por ejemplo, inexpresivo, muy monótono o de persona adulta)?	Si	No
21. ¿Le importan las demás personas?	Si	No
22. ¿Es capaz de vestirse sin ayuda?	Si	No
23. ¿Sabe respetar el turno en una conversación?	Si	No
24. ¿Hace juegos de imaginación o fantasía con otros niños y niñas de representar personajes?	Si	No
25. ¿A menudo hace o dice cosas con poco tacto o socialmente inadecuadas?	Si	No
26. ¿Cuenta hasta cincuenta sin saltarse números?	Si	No
27. ¿Al hablar, es capaz de mantener normalmente la mirada?	Si	No
28. ¿Realiza movimientos extraños y repetitivos con el cuerpo o las manos?	Si	No
29. ¿Su comportamiento social es muy egocéntrico y siempre según su manera manera de ver las cosas?	Si	No
30. ¿A menudo dice “tú”, “él”, “ella” cuando quiere decir “yo”?	Si	No
31. ¿Prefiere las actividades imaginativas como representar personajes o contar cuentos, más que los números o listas de datos?	Si	No
32. ¿A veces la gente no le entiende porque él no explica sobre qué está hablando?	Si	No
33. ¿Sabe andar en bicicleta (aunque sea con rueditas auxiliares)?	Si	No
34. ¿Intenta establecer rutinas para él mismo o para los demás hasta el punto de causar problemas a otros?	Si	No

- | | | |
|---|----|----|
| 35. ¿Le importa lo que el resto de sus compañeros piensen de él o de ella? | Si | No |
| 36. ¿A menudo cambia la conversación hacia su tema favorito en lugar de seguir con el tema del que la otra persona quiere hablar? | Si | No |
| 37. ¿Utiliza frases extrañas o inusuales? | Si | No |

ÁREA DE NECESIDADES ESPECIALES

Por favor responda a las siguientes preguntas:

- | | | |
|--|----|----|
| 38. ¿En alguna ocasión los profesionales educativos o sanitarios han expresado alguna preocupación con respecto a su desarrollo? | Si | No |
| Si es así, por favor especifique..... | | |

39. ¿Ha sido alguna vez diagnosticado con alguno de los siguientes problemas?:

- | | | |
|---|----|----|
| Retraso del lenguaje | Si | No |
| Trastorno por Déficit de Atención con o sin hiperactividad (TDAH) | Si | No |
| Dificultades auditivas o visuales | Si | No |
| Trastorno Generalizado del Desarrollo / Trastornos del Espectro Autista, incluido Trastorno de Asperger | Si | No |
| Discapacidad física | Si | No |
| Otros (por favor especifique) | Si | No |

.....

.....