

# CONSULTORIO NEUROPEDIATRICO.

DR. RUBEN CAPARO O.  
NEUROLOGO PEDIATRA.

## Cuestionario de Niños con Sospecha de TEA- conducta autista. Reporte del Padre/Tutor.

Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Año escolar que cursa: \_\_\_\_\_

Nombre del padre que responde el cuestionario: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** La siguiente lista de reactivos señala conductas relacionadas con su hijo o con problemas que puede tener. Lea cuidadosamente cada reactivo y decida qué tanto ha estado afectado su hijo por este problema en el **último mes** marcando con una "X" una sola casilla por reactivo, para "nunca", "un poco", "bastante" o "demasiado". La información que usted proporcione será confidencial y sólo será utilizada para la evaluación de su hijo. Por favor asegúrese de responder todos los reactivos. (máximo 168 pts.)

	Nunca o un poco.	A veces	Frecuente	Muy frecuente.
<b>Alteraciones en la interacción social.</b>				
1. Mantiene contacto visual	4	3	2	1
2. Tiene sonrisa social.	4	3	2	1
3. Gesticula de acuerdo a su estado de ánimo.	4	3	2	1
4. Parece no diferenciar las personas cercanas de las extrañas.	1	2	3	4
5. De pronto ríe, grita o llora o hace berrinches en forma inesperada.	1	2	3	4
6. Realiza conductas anticipatorias (elevar los brazos, antes de ser levantado)	4	3	2	1
7. Da besos, abrazos.	4	3	2	1
8. Sensibilidad a los sonidos.	4	3	2	1

Con respecto al juego y medio ambiente.				
	Nunca	A veces	Frecuente	Muy frecuente
9. Participa en juegos sociales.	4	3	2	1
10. Prescinde de otros niños a jugar.	1	2	3	4
11. El juego es repetitivo, estereotipado y no muestra variación.	1	2	3	4
12. Prefiere juguetes con movimiento o musicales.	1	2	3	4
13. Deseo angustiante y obsesivo por evitar los cambios.	1	2	3	4
Movimientos y rituales.				
14. Tiene preferencia por girar o dar vueltas sobre su propio cuerpo.	1	2	3	4
15. Tiene movimientos de mecimiento o "aleteo"	1	2	3	4
16. Tiene miedo a estar solo	1	2	3	4
17. Se preocupa de enfermedades y muerte	1	2	3	4
18. Se agrede, golpea o automutila.	1	2	3	4
19. Agrede a los demás.	1	2	3	4
Lenguaje.				
20. Emplea lenguaje hablado para comunicarse.	4	3	2	1
21. Emite ruidos, gruñidos o sonidos incomprensibles.	1	2	3	4
22. Repite las palabras, mensajes televisivos y otros.	1	2	3	4
23. Emplea los pronombres "yo, tú y mío o tuyo.	4	3	2	1
24. Emplea el "si o no"	4	3	2	1
25. Hace mímica o gesticula o realiza entonaciones de la voz.	4	3	2	1
26. Comprende el lenguaje hablado.	4	3	2	1
27. Entienden literalmente y carecen de humor para las bromas.	1	2	3	4
28. Lenguaje egocéntrico, incompleto con respuestas incomprensibles o ecolalias.	1	2	3	4

29. Se comunica gestualmente en forma adecuada. (no verbalmente.)	1	2	3	4
	Nunca.	Un Poco	Frecuente	Muy frecuente.
<b>Control de esfínteres</b>				
30. Moja la cama	1	2	3	4
31. Orina a cada rato	1	2	3	4
32. Se ensucia de popó	1	2	3	4
33. Retiene las heces, muy estreñido	1	2	3	4
<b>Talentos.</b>				
34. Memoriza cifras, nombres o direcciones.	1	2	3	4
35. Tiene gusto por la música.	1	2	3	4
36. <i>Le gusta</i> Armar rompecabezas.	1	2	3	4
37. Léxico más alto para su edad.	1	2	3	4
38. Tolerancia al dolor.	1	2	3	4
<b>Problemas para chupar, masticar o agarrar</b>				
39. Se chupa el dedo	1	2	3	4
40. Se muerde o come las uñas	1	2	3	4
41. Muerde su ropa, sábanas u otros objetos	1	2	3	4
42. Coge el cabello o la ropa	1	2	3	4
	<b>Nunca</b>	<b>Un Poco</b>		<b>Demasiado</b>
43. Otro:				
44. Otro:				
45. Otro:				
46. Otro:				
47. Otro:				
48. Otro:				

+CUESTIONARIO DE ESPECTRO AUTISTA.

Propio de Dr. RUBEN CAPARO OBLITAS. NEUROLOGO PEDIATRA- LIMA/ PERU.

Qué tan serio considera el problema de su hijo actualmente?

( ) Sin problema alguno                      ( ) problema menor                      ( ) problema mayor

Agregue cualquier comentario que considere importante para que podamos conocer mejor a su hijo (en el revés de la hoja)

Firma: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_ @

