



Por favor
utilice letra
de imprenta

INVENTARIO DEL COMPORTAMIENTO DE NIÑOS/AS DE 6-18 AÑOS PARA PADRES (CBCL/6-18)

Para llenar en el centro
ID #

NOMBRE DEL NIÑO		Nombre		Apellido 1		Apellido 2		TRABAJO HABITUAL DE LOS PADRES, incluso si ahora no están trabajando (por favor especifique - por ejemplo: Mecánico, jardinero, maestro de escuela, ama de casa, obrero, zapatero, sargento en el ejército). TRABAJO DEL PADRE: _____ TRABAJO DE LA MADRE: _____ ESTE CUESTIONARIO FUE CONTESTADO POR (escriba su nombre completo): _____ Sexo del informante: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Relación con el niño: <input type="checkbox"/> Padre o madre biológico/a <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Abuelo/a
SEXO DEL NIÑO		EDAD		RAZA O GRUPO ETNICO				
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino								
FECHA DE HOY				FECHA DE NACIMIENTO				
Día ____ Mes ____ Año ____				Día ____ Mes ____ Año ____				
Curso Escolar		Por favor complete este cuestionario con su opinión sobre el comportamiento de su hijo/a, incluso aunque piense que otras personas no están de acuerdo con usted. Si lo cree necesario anote comentarios adicionales al final de cada frase y en el espacio que se proporciona en la página 2						
No va a la escuela <input type="checkbox"/>								

I. ¿Cuáles son las actividades deportivas en las que más le gusta participar a su hijo/a? Por ejemplo: natación, fútbol, básquet, montar en bicicleta, monopatín, pescar, etc. <input type="checkbox"/> Ninguna a. _____ b. _____ c. _____	En comparación con otros/as niños/as de su edad, ¿cuánto tiempo le dedica a cada uno de estos deportes? <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>No lo sé</td> <td>Menos que los demás</td> <td>Igual que los demás</td> <td>Más que los demás</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	No lo sé	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás	<input type="checkbox"/>	En comparación con otros/as niños/as de su edad, ¿cómo hace cada uno de estos deportes? <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>No lo sé</td> <td>Menos que los demás</td> <td>Igual que los demás</td> <td>Más que los demás</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	No lo sé	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás	<input type="checkbox"/>																						
No lo sé	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
No lo sé	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															

II. ¿Cuáles son las actividades, juegos o pasatiempos favoritos de su hijo/a? (No incluya deportes) Por ejemplo: coleccionar sellos, jugar con muñecas, leer, tocar el piano, artesanía, coches, cantar, etc. (No incluya ver TV u oír la radio) <input type="checkbox"/> Ninguna a. _____ b. _____ c. _____	En comparación con otros/as niños/as de su edad, ¿cuánto tiempo le dedica a cada una de estas actividades? <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>No lo sé</td> <td>Menos que los demás</td> <td>Igual que los demás</td> <td>Más que los demás</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	No lo sé	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás	<input type="checkbox"/>	En comparación con otros/as niños/as de su edad, ¿cómo hace estas actividades? <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>No lo sé</td> <td>Menos que los demás</td> <td>Igual que los demás</td> <td>Más que los demás</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	No lo sé	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás	<input type="checkbox"/>																						
No lo sé	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
No lo sé	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															

III. ¿A qué organizaciones, clubes, equipos u otros grupos pertenece su hijo/a? <input type="checkbox"/> Ninguna a. _____ b. _____ c. _____	En comparación con otros/as niños/as de su edad, ¿en qué grado se implica en cada uno de estos grupos? <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>No sé</td> <td>Menos activo</td> <td>Promedio</td> <td>Más activo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	No sé	Menos activo	Promedio	Más activo	<input type="checkbox"/>												
No sé	Menos activo	Promedio	Más activo															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															

IV. ¿Qué trabajos o tareas hace su hijo/a? Por ejemplo: cuidar niños, hacer la cama, dar clases particulares, tirar la basura, repartir pizzas, etc. (Incluya tanto trabajos o tareas pagados como no pagados) <input type="checkbox"/> Ninguna a. _____ b. _____ c. _____	En comparación con otros/as niños/as de su edad, ¿cómo lleva a cabo estas tareas? <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>No lo sé</td> <td>Menos que los demás</td> <td>Igual que los demás</td> <td>Más que los demás</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	No lo sé	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás	<input type="checkbox"/>												
No lo sé	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															

Pase a la página siguiente...

V. 1. ¿Cuántos amigos o amigas íntimos/as tiene su hijo/a?
(No incluya a sus hermanos/as) Ninguno 1 2 o 3 4 o más

2. Sin contar las horas que está en la escuela, ¿cuántas veces a la semana participa en actividades con sus amigos? (No incluya a sus hermanos/as) Menos de 1 1 o 2 3 o más

VI. En comparación con otros niños de la misma edad, ¿cómo....

	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás	
a. se lleva con sus hermanos y hermanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No tiene hermanos ni hermanas
b. se lleva con otros niños/as o jóvenes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. se comporta con sus padres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. juega solo/a y hace sus tareas solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII. 1. Rendimiento escolar No va al colegio porque _____

Marque una cruz en cada asignatura indicando el rendimiento de su hijo/a

	Suspenso (0-3)	Por debajo del promedio (4)	Promedio (5-6)	Por encima del promedio (7-10)
a. Lectura, Idiomas nacionales. Literatura, Gramática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Historia, Ciencias Sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Matemáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ciencias (física, química, biología)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras asignaturas como: Tecnología, Informática, Inglés, Francés, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No incluya religión, gimnasia, música

2. ¿Recibe su hijo/a algún tipo de educación especial, está en una clase o en un colegio especial? No Sí - Especifique en qué tipo de clase o escuela especial está:

3. ¿Ha repetido su hijo/a algún curso? No Sí - ¿Qué curso/s repitió y por qué?:

4. ¿Ha tenido su hijo/a algún problema académico No Sí - Por favor, descríbalos: o de otro tipo en el colegio?

¿Cuándo empezaron estos problemas?:

¿Han terminado estos problemas? No Sí-¿Cuándo?:

¿Tiene su hijo alguna enfermedad o incapacidad (física o mental)? No Sí - Por favor descríbalas:

¿Qué es lo que más le preocupa sobre su hijo/a?

Por favor, describa los aspectos más positivos del niño

A continuación hay una lista de frases que describen a los/as niños/as. Para cada frase que describe a su hijo/a **ahora o durante los últimos seis meses** haga un círculo en el número **2** si la frase describe a su hijo/a **muy a menudo o bastante a menudo**. Haga un círculo en el número **1** si la frase describe a su hijo/a **algo o algunas veces**. Haga un círculo en el **0** si la descripción con respecto a su hijo/a **no es cierta**.

Por favor conteste todas las frases de la mejor manera posible incluso si algunas de ellas parecen no describir a su hijo/a.

Por favor escriba en letra de imprenta. Asegúrese de contestar todas las preguntas.

0 = No es cierto (que sepa usted)			1 = Algo, algunas veces cierto			2 = Cierto muy a menudo o bastante a menudo		
0	1	2	1.	Se comporta como si fuera más pequeño	0	1	2	33. Cree o se queja de que nadie le quiere
0	1	2	2.	Bebe alcohol sin permiso de los padres	0	1	2	34. Cree que los demás le quieren perjudicar
0	1	2	3.	Discute mucho	0	1	2	35. Se siente inferior o cree que no vale nada
0	1	2	4.	No termina las cosas que empieza	0	1	2	36. Se hace daño con mucha frecuencia o es propenso/a a tener accidentes
0	1	2	5.	Hay muy pocas cosas que le hacen disfrutar	0	1	2	37. Se mete en muchas peleas
0	1	2	6.	Hace sus necesidades fuera del váter	0	1	2	38. Los demás se burlan de él/ella a menudo
0	1	2	7.	Es presumido/a, engreído/a	0	1	2	39. Va con niños/as o jóvenes que se meten en problemas
0	1	2	8.	No puede concentrarse o prestar atención durante mucho tiempo	0	1	2	40. Oye sonidos o voces que no existen (describa): _____
0	1	2	9.	No puede quitarse de la mente ciertos pensamientos; está obsesionado/a (describa): _____	0	1	2	41. Impulsivo/a; actúa sin pensar
0	1	2	10.	No puede estar quieto/a sentado/a, es movido/a, o hiperactivo/a	0	1	2	42. Prefiere estar solo/a
0	1	2	11.	Es demasiado dependiente o apegado/a a los adultos	0	1	2	43. Mentiroso/a o tramposo/a
0	1	2	12.	Se queja de que se siente solo/a	0	1	2	44. Se muerde las uñas
0	1	2	13.	Está confundido/a o parece como si estuviera en las nubes	0	1	2	45. Nervioso/a, ansioso/a o tenso/a
0	1	2	14.	Llora mucho	0	1	2	46. Movimientos nerviosos o tics (describa): _____
0	1	2	15.	Es cruel con los animales	0	1	2	47. Pesadillas
0	1	2	16.	Es agresivo/a, cruel o malo/a con los demás	0	1	2	48. No cae bien a otros niños/as o jóvenes
0	1	2	17.	Sueña despierto/a; se pierde en sus propios pensamientos	0	1	2	49. Padece de estreñimiento
0	1	2	18.	Se hace daño a sí mismo/a deliberadamente o ha intentado suicidarse	0	1	2	50. Demasiado ansioso/a o miedoso/a
0	1	2	19.	Exige mucha atención	0	1	2	51. Se siente mareado/a
0	1	2	20.	Rompe sus propias cosas	0	1	2	52. Se siente culpable por cualquier cosa
0	1	2	21.	Rompe las cosas de sus familiares o de otras personas	0	1	2	53. Come demasiado
0	1	2	22.	Desobedece en casa	0	1	2	54. Se cansa demasiado
0	1	2	23.	Desobedece en la escuela	0	1	2	55. Tiene sobrepeso
0	1	2	24.	No come bien	0	1	2	56. Problemas físicos sin causa médica:
0	1	2	25.	No se lleva bien con otros niños/as o jóvenes	0	1	2	a. Dolores o molestias (no incluya dolor de estómago o de cabeza)
0	1	2	26.	No parece sentirse culpable después de portarse mal	0	1	2	b. Dolores de cabeza
0	1	2	27.	Se pone celoso/a fácilmente	0	1	2	c. Náuseas, se siente mal
0	1	2	28.	Se salta las normas en casa, en la escuela y en otros lugares	0	1	2	d. Problemas con los ojos (valórelo como 0 si usa gafas) (Describa): _____
0	1	2	29.	Tiene miedo a ciertas situaciones, animales o lugares diferentes de la escuela (describa): _____	0	1	2	e. Erupciones u otros problemas en la piel
0	1	2	30.	Le da miedo ir a la escuela	0	1	2	f. Dolores de estómago o retortijones
0	1	2	31.	Tiene miedo de que pueda pensar o hacer algo malo	0	1	2	g. Vómitos
0	1	2	32.	Cree que tiene que ser perfecto/a	0	1	2	h. Otros (describa): _____
					0	1	2	57. Ataca a otras personas físicamente
					0	1	2	58. Se mete el dedo en la nariz, se araña la piel u otras partes del cuerpo (describa): _____
					0	1	2	59. Juega con sus órganos sexuales en público
					0	1	2	60. Juega demasiado con sus órganos sexuales

POR FAVOR, VERIFIQUE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS

SUBRAYE LAS QUE LE PREOCUPAN

Por favor escriba en letra de imprenta. Asegúrese de contestar todas las preguntas.

0 = No es cierto (que sepa usted) 1 = Algo, algunas veces cierto 2 = Cierto muy a menudo o bastante a menudo

- | | | | | | | | | | |
|---|---|---|-----|---|---|---|---|------|---|
| 0 | 1 | 2 | 61. | Trabajo deficiente en la escuela | 0 | 1 | 2 | 87. | Cambios repentinos de humor o sentimientos |
| 0 | 1 | 2 | 62. | Mala coordinación o torpeza | 0 | 1 | 2 | 88. | Malhumorado/a, pone mala cara |
| 0 | 1 | 2 | 63. | Prefiere estar con niños/as o jóvenes mayores que él/ella | 0 | 1 | 2 | 89. | Desconfiado/a, receloso/a |
| 0 | 1 | 2 | 64. | Prefiere estar con niños/as o jóvenes menores que él/ella | 0 | 1 | 2 | 90. | Dice groserías, usa lenguaje obsceno |
| 0 | 1 | 2 | 65. | Se niega a hablar | 0 | 1 | 2 | 91. | Habla de querer matarse |
| 0 | 1 | 2 | 66. | Repite ciertas acciones una y otra vez, compulsiones (describa): _____ | 0 | 1 | 2 | 92. | Habla o camina cuando está dormido/a (describa): _____ |
| 0 | 1 | 2 | 67. | Se fuga de casa | 0 | 1 | 2 | 93. | Habla demasiado |
| 0 | 1 | 2 | 68. | Grita mucho | 0 | 1 | 2 | 94. | Se burla de los demás o molesta mucho |
| 0 | 1 | 2 | 69. | Muy reservado/a; se calla todo | 0 | 1 | 2 | 95. | Tiene rabietas o mal genio |
| 0 | 1 | 2 | 70. | Ve cosas que no existen (describa): _____ | 0 | 1 | 2 | 96. | Piensa demasiado sobre temas sexuales |
| 0 | 1 | 2 | 71. | Se avergüenza con facilidad; tiene mucho sentido del ridículo | 0 | 1 | 2 | 97. | Amenaza a otros |
| 0 | 1 | 2 | 72. | Prende fuegos | 0 | 1 | 2 | 98. | Se chupa el dedo |
| 0 | 1 | 2 | 73. | Problemas sexuales (describa): _____ | 0 | 1 | 2 | 99. | Fuma tabaco |
| 0 | 1 | 2 | 74. | Le gusta llamar la atención o hacerse el gracioso/a | 0 | 1 | 2 | 100. | No duerme bien (describa): _____ |
| 0 | 1 | 2 | 75. | Muy tímido/a | 0 | 1 | 2 | 101. | Hace novillos, falta a la escuela sin motivo |
| 0 | 1 | 2 | 76. | Duerme menos que la mayoría de los/las niños/as o jóvenes | 0 | 1 | 2 | 102. | Poco activo/a, lento/a, o le falta energía |
| 0 | 1 | 2 | 77. | Duerme más que la mayoría de los/las niños/as o jóvenes durante el día y/o la noche | 0 | 1 | 2 | 103. | Infeliz, triste o deprimido/a |
| 0 | 1 | 2 | 78. | Desatento/a, se distrae fácilmente | 0 | 1 | 2 | 104. | Más ruidoso/a de lo común |
| 0 | 1 | 2 | 79. | Problemas para hablar (describa): _____ | 0 | 1 | 2 | 105. | Toma alcohol o drogas (describa): _____ |
| 0 | 1 | 2 | 80. | Se queda mirando al vacío | 0 | 1 | 2 | 106. | Comete actos de vandalismo, como romper ventanas u otras cosas |
| 0 | 1 | 2 | 81. | Roba en casa | 0 | 1 | 2 | 107. | Se orina en la ropa durante el día |
| 0 | 1 | 2 | 82. | Roba fuera de casa | 0 | 1 | 2 | 108. | Se orina en la cama |
| 0 | 1 | 2 | 83. | Almacena cosas que no necesita (describa): _____ | 0 | 1 | 2 | 109. | Se queja mucho |
| 0 | 1 | 2 | 84. | Comportamiento raro (describa): _____ | 0 | 1 | 2 | 110. | Desea ser del sexo opuesto |
| 0 | 1 | 2 | 85. | Ideas raras (describa): _____ | 0 | 1 | 2 | 111. | Se aísla, no se relaciona con los demás |
| 0 | 1 | 2 | 86. | Tozudo/a, malhumorado/a, irritable | 0 | 1 | 2 | 112. | Se preocupa mucho |
| | | | | | 0 | 1 | 2 | 113. | Por favor anote cualquier otro problema que tenga su hijo/a y que no esté incluido en esta lista: _____ |
| | | | | | 0 | 1 | 2 | | _____ |
| | | | | | 0 | 1 | 2 | | _____ |

POR FAVOR, VERIFIQUE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS

SUBRAYE LAS QUE LE PREOCUPAN