



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/A	Nombre	Apellido	Apellido	TRABAJO HABITUAL DE LOS PADRES, incluso si ahora no están trabajando (por favor especifique - por ejemplo: Mecánico, jardinero, maestra, ama de casa, obrero, zapatero, médica).
SEXO	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		EDAD _____ RAZA O GRUPO ÉTNICO _____	TRABAJO DEL PADRE: _____ TRABAJO DE LA MADRE: _____
FECHA DE HOY	Día _____ Mes _____ Año _____		FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	ESTE CUESTIONARIO FUE CONTESTADO POR: (escriba su nombre completo) _____ Sexo del informador: <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 <input type="checkbox"/> Padre o madre adoptivo/a <input type="checkbox"/> Otro (Especifique): _____
Curso Escolar _____ No va a la escuela <input type="checkbox"/>				

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.

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, ...
 Ninguna

	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás	No sé	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás	No sé
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<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 cromos, jugar con muñecas, leer, tocar el piano, coches, manualidades, cantar, ...
 (No incluya ver TV u oír la radio)
 Ninguna

	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás	No sé	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás	No sé
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<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?
 Ninguna

	Menos activo/a	Promedio	Más activo/a	No sé
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<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, ... (Incluya tanto trabajos o tareas pagados como no pagados)
 Ninguna

	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás	No sé
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, utilice letra de imprenta. Asegúrese de contestar todas las preguntas.

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 el colegio, ¿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/jóvenes 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 o hermanas
b. se lleva con otros/as niños/as/chicos/as?	<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 respuesta en cada asignatura indicando el rendimiento de su hijo/a

	Suspense (0-3)	Por debajo del promedio (4)	Promedio (5-6)	Por encima del promedio (7-10)
a. Lectura, Lengua, 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, ... No incluya religión, gimnasia, música u otros temas no académicos	<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"/>

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 colegio 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 o de otro tipo en el colegio?

No Sí -Por favor, descríbalos

¿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 descríbala

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

Por favor, describa los aspectos más positivos de su hijo/a

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

A continuación encontrará una lista de frases que describen a los jóvenes. Piense en el **momento actual o durante los últimos seis meses**. Si la frase describe a su hijo/a **muy a menudo o bastante a menudo** haga un círculo en el número **2**; si la frase le describe **algo o algunas veces** haga un círculo en el número **1**, y si la frase **no es cierta** rodee el **0**. Por favor conteste todas las frases de la mejor manera posible, incluso si algunas de ellas parecen no describir a su hijo/a.

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

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

0 = No es cierto

1 = Algo, algunas veces cierto

2 = Cierto muy a menudo o bastante a menudo

- 0 1 2 60. Juega demasiado con sus órganos sexuales
- 0 1 2 61. Trabajo deficiente en la escuela
- 0 1 2 62. Mala coordinación o torpeza
- 0 1 2 63. Prefiere estar con niños/as/jóvenes mayores que él/ella
- 0 1 2 64. Prefiere estar con niños/as/jóvenes menores que él/ella
- 0 1 2 65. Se niega a hablar
- 0 1 2 66. Repite ciertas acciones una y otra vez; compulsiones (describa): _____
- 0 1 2 67. Se escapa de casa
- 0 1 2 68. Grita mucho
- 0 1 2 69. Muy reservado/a; se calla todo
- 0 1 2 70. Ve cosas que no existen (describa): _____
- 0 1 2 71. Se avergüenza con facilidad; tiene mucho sentido del ridículo
- 0 1 2 72. Prende fuegos
- 0 1 2 73. Problemas sexuales (describa): _____
- 0 1 2 74. Le gusta llamar la atención o hacerse el/la gracioso/a
- 0 1 2 75. Demasiado tímido/a
- 0 1 2 76. Duerme menos que la mayoría de los/las niños/as/jóvenes
- 0 1 2 77. Duerme más que la mayoría de los/las niños/as/jóvenes durante el día y/o la noche
- 0 1 2 78. Desatento/a, se distrae fácilmente
- 0 1 2 79. Problemas con el habla (describa): _____
- 0 1 2 80. Se queda mirando al vacío
- 0 1 2 81. Roba en casa
- 0 1 2 82. Roba fuera de casa
- 0 1 2 83. Almacena demasiadas cosas que no necesita (describa): _____
- 0 1 2 84. Comportamiento raro (describa): _____
- 0 1 2 85. Ideas raras (describa): _____

- 0 1 2 86. Tozudo/a, malhumorado/a, irritable
- 0 1 2 87. Cambios repentinos de humor o sentimientos
- 0 1 2 88. Malhumorado/a, pone mala cara
- 0 1 2 89. Desconfiado/a, receloso/a
- 0 1 2 90. Dice groserías, usa lenguaje obsceno
- 0 1 2 91. Habla de querer matarse
- 0 1 2 92. Habla o camina cuando está dormido/a (describa): _____
- 0 1 2 93. Habla demasiado
- 0 1 2 94. Se burla mucho de los demás
- 0 1 2 95. Tiene rabietas o mal genio
- 0 1 2 96. Piensa demasiado sobre temas sexuales
- 0 1 2 97. Amenaza a otros
- 0 1 2 98. Se chupa el dedo
- 0 1 2 99. Fuma tabaco
- 0 1 2 100. No duerme bien (describa): _____
- 0 1 2 101. Hace novillos, falta a la escuela sin motivo
- 0 1 2 102. Poco activo/a, lento/a o le falta energía
- 0 1 2 103. Infeliz, triste o deprimido/a
- 0 1 2 104. Más ruidoso/a de lo común
- 0 1 2 105. Toma medicamentos o drogas sin razón médica (no incluya el alcohol o el tabaco) (describa): _____
- 0 1 2 106. Comete actos de vandalismo, como romper ventanas u otras cosas
- 0 1 2 107. Se orina en la ropa durante el día
- 0 1 2 108. Se orina en la cama
- 0 1 2 109. Se queja mucho
- 0 1 2 110. Desea ser del sexo opuesto
- 0 1 2 111. Se aísla, no se relaciona con los demás
- 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 _____
- 0 1 2 _____

POR FAVOR, COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS