

# Lista de verificación del comportamiento infantil (CBCL) – Child Behavior Checklist (CBCL)

Authored by  
**memjavad**

November 15, 2025

## RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *Lista de verificación del comportamiento infantil (CBCL) – Child Behavior Checklist (CBCL)*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=4449>

## Lista de Verificación de Comportamiento Infantil (CBCL)

**Primary Disciplinary Field(s):** Psiquiatría Infantil, Psicología Clínica, Psicometría

### 1. Definición Central

La **Lista de Verificación de Comportamiento Infantil**, o **Child Behavior Checklist (CBCL)**, es una de las herramientas de evaluación psicométrica más reconocidas y utilizadas a nivel mundial para la identificación y medición de problemas emocionales, conductuales y sociales, así como de la competencia social, en niños y adolescentes. Desarrollada por [Thomas M. Achenbach](#), esta herramienta forma el núcleo del **Sistema Achenbach de Evaluación Empíricamente Basada (ASEBA)**. El CBCL no es un instrumento de diagnóstico por sí mismo, sino una medida estandarizada que recopila informes de los padres o cuidadores principales sobre el comportamiento del niño, permitiendo a los clínicos y a los investigadores comparar el comportamiento observado con normas poblacionales específicas para la edad y el género.

El propósito fundamental del CBCL reside en su capacidad para ofrecer una visión multifacética del funcionamiento del menor. Al basarse en la perspectiva de los cuidadores, quienes tienen la oportunidad de observar al niño en una amplia variedad de contextos y a lo largo del tiempo, el instrumento captura patrones de comportamiento crónicos y significativos. La estructura del CBCL se diferencia de muchas otras herramientas al utilizar un enfoque empírico, donde las agrupaciones de problemas (escalas de síndrome) se derivan estadísticamente de la co-ocurrencia de ítems, en lugar de estar estrictamente ligadas a categorías diagnósticas predefinidas como las del DSM o la CIE. Esto lo convierte en una herramienta invaluable tanto para la investigación epidemiológica como para la práctica clínica.

La estandarización rigurosa del CBCL, junto con sus extensas normas poblacionales, permite a los profesionales de la salud mental determinar si la frecuencia o la intensidad de un comportamiento específico en un niño se desvía significativamente de lo que se considera típico para su grupo de referencia. Esta característica es crucial para la planificación de intervenciones y para la monitorización de la eficacia del tratamiento a lo largo del tiempo. Además, el CBCL ha sido traducido y adaptado culturalmente a numerosos idiomas, lo que subraya su utilidad transcultural en el estudio de la psicopatología infantil y juvenil.

### 2. Contexto Histórico y Desarrollo (Sistema ASEBA)

El desarrollo del CBCL se remonta a la década de 1960 y 1970, impulsado por Thomas Achenbach, quien buscaba superar las limitaciones de los sistemas diagnósticos puramente categóricos y la falta de estandarización en la evaluación del comportamiento infantil. Achenbach criticó la tendencia de basar las clasificaciones únicamente en el consenso teórico de expertos,

proponiendo en su lugar un modelo basado en datos empíricos. Su objetivo era identificar patrones de comportamiento que realmente co-ocurrieran en la población, utilizando técnicas estadísticas avanzadas como el análisis factorial.

El proceso de creación del CBCL fue exhaustivo, implicando la recopilación de miles de descripciones de problemas conductuales reportados por padres, maestros y clínicos. Mediante el análisis factorial de estos datos, Achenbach identificó las agrupaciones de síntomas que se convertirían en las **escalas de síndrome empíricamente derivadas**. Este enfoque marcó una desviación significativa de los métodos tradicionales, estableciendo un nuevo estándar para la evaluación psicométrica en la psicología infantil. El primer CBCL formalmente publicado se centró en niños de 6 a 16 años, sentando las bases para lo que más tarde se conocería como el Sistema Achenbach de Evaluación Empíricamente Basada (ASEBA).

El ASEBA es una familia de instrumentos interrelacionados que garantizan la evaluación del niño desde múltiples fuentes de información, incluyendo informes de los padres (CBCL), informes de los maestros (Teacher's Report Form, TRF) y autoinformes del joven (Youth Self-Report, YSR). La coherencia metodológica y la interconexión de estos instrumentos permiten a los clínicos obtener un perfil completo del comportamiento del menor en diferentes entornos (hogar, escuela, contexto personal), proporcionando una imagen más robusta y ecológica de su funcionamiento. Esta evolución histórica subraya el compromiso del sistema con la validez ecológica y la necesidad de una evaluación exhaustiva.

### 3. Estructura y Componentes del CBCL

El CBCL está diseñado para ser completado por el padre, la madre o el cuidador principal del niño o adolescente, cubriendo generalmente el rango de edad de 6 a 18 años (aunque existen versiones para preescolares y adultos jóvenes). La estructura del instrumento se divide en dos secciones principales, cada una de las cuales aborda un aspecto crucial del funcionamiento del menor: la **Competencia Social** y los **Problemas de Comportamiento**.

La primera sección, **Competencia Social**, evalúa la participación y el rendimiento del niño en actividades sociales, académicas y de ocio. Se pide a los padres que informen sobre la cantidad y calidad de las actividades extracurriculares del niño, su desempeño en la escuela (incluyendo calificaciones y problemas de aprendizaje) y la cantidad e intensidad de sus interacciones sociales con amigos y familiares. Esta sección es vital porque proporciona un contrapunto a la evaluación de los problemas, asegurando que la evaluación clínica no se centre únicamente en la patología, sino también en las fortalezas y recursos del menor.

La segunda y más extensa sección es la de **Problemas de Comportamiento**, que consta de más de 100 ítems que describen una amplia gama de conductas problemáticas. Los ítems se responden utilizando una escala tipo Likert de tres puntos: 0 (No es verdad), 1 (A veces es

verdad) y 2 (A menudo es verdad). Estos ítems se agrupan en las escalas de síndrome empíricamente derivadas, proporcionando puntuaciones detalladas que indican la gravedad relativa de los problemas internos y externos del niño.

#### 4. Escalas Empíricas y Dominios de Problemas

El análisis factorial de los ítems de problemas de comportamiento del CBCL ha resultado en la identificación de ocho escalas de síndrome primarias que son consistentes a través de diferentes culturas y fuentes de información. Estas escalas se agrupan, a su vez, en dos dimensiones de banda ancha: **Internalización** y **Externalización**.

La dimensión de **Internalización** agrupa problemas que reflejan malestar emocional dirigido hacia el interior del niño. Está compuesta por las siguientes tres escalas de síndrome:

**Ansiedad/Depresión (Anxious/Depressed):** Incluye síntomas como preocupación excesiva, miedo, tristeza, llanto y sentimientos de inutilidad.

**Retraimiento/Depresión (Withdrawn/Depressed):** Se refiere a la soledad, la timidez, la reserva social y la falta de energía.

**Quejas Somáticas (Somatic Complaints):** Agrupa síntomas físicos sin una causa médica clara, como dolores de cabeza, náuseas o molestias estomacales.

La dimensión de **Externalización** agrupa problemas que están dirigidos hacia el entorno y que a menudo perturban a otros. Está compuesta por las siguientes dos escalas de síndrome principales, que representan los problemas más comunes que llevan a los niños a la clínica:

**Comportamiento de Romper Reglas (Rule-Breaking Behavior):** Incluye comportamientos antisociales o delincuentes, como mentir, robar, fugarse o vandalismo.

**Comportamiento Agresivo (Aggressive Behavior):** Se refiere a la hostilidad, la irritabilidad, las peleas físicas, la crueldad y el temperamento explosivo.

Además de estas cinco escalas, existen otras tres escalas que no se agrupan claramente en Internalización o Externalización, pero que son clínicamente significativas:

**Problemas Sociales (Social Problems):** Dificultad para interactuar con pares, falta de habilidades sociales y dificultades para llevarse bien con otros.

**Problemas de Pensamiento (Thought Problems):** Comportamientos extraños, obsesiones, compulsiones o pensamientos inusuales, que pueden indicar una psicopatología más grave.

**Problemas de Atención (Attention Problems):** Dificultades para concentrarse, hiperactividad, impulsividad y distracción.

## 5. Versiones Específicas del Sistema ASEBA

Aunque el CBCL es la versión para padres, el **Sistema ASEBA** ha evolucionado para incluir instrumentos paralelos que permiten la evaluación multi-informante, lo cual es esencial para una comprensión completa de la psicopatología infantil. La utilización de estas formas cruzadas facilita la identificación de discrepancias entre el comportamiento observado en casa, en la escuela y el autoinforme del propio joven.

El **Formulario de Informe del Maestro (Teacher's Report Form, TRF)** es el instrumento complementario que recoge la perspectiva del maestro sobre los problemas de comportamiento y la adaptación académica del niño en el entorno escolar. Dado que el contexto escolar impone demandas sociales y académicas diferentes a las del hogar, el TRF a menudo revela problemas de atención y externalización que pueden no ser tan evidentes para los padres. La estructura del TRF es casi idéntica a la del CBCL en sus escalas de síndrome, permitiendo una comparación directa de las puntuaciones T normalizadas.

Para los jóvenes mayores (típicamente de 11 a 18 años), se utiliza el **Autoinforme del Joven (Youth Self-Report, YSR)**. Este instrumento permite al adolescente informar sobre sus propios sentimientos, pensamientos y comportamientos. La inclusión del YSR es crucial, ya que los problemas internalizantes (como la depresión o la ansiedad) pueden ser difíciles de detectar por los adultos y a menudo son mejor reportados por el propio joven. La comparación de las puntuaciones YSR con las del CBCL y el TRF es una práctica clínica estándar, ya que una alta discrepancia entre las fuentes puede ser, en sí misma, información clínicamente relevante.

## 6. Propiedades Psicométricas y Estandarización

El CBCL es altamente valorado en la comunidad científica debido a sus robustas propiedades psicométricas, las cuales han sido validadas a lo largo de décadas de investigación. La estandarización del CBCL se basa en muestras normativas muy amplias y representativas, asegurando que las puntuaciones obtenidas puedan interpretarse con precisión en relación con la población general.

La **fiabilidad** del CBCL es consistentemente alta. La fiabilidad test-retest (estabilidad de las puntuaciones a lo largo del tiempo) demuestra que las puntuaciones de los síndromes son estables, especialmente para los problemas externalizantes crónicos. De igual manera, la consistencia interna (medida por el alfa de Cronbach) es generalmente excelente para las escalas de banda ancha (Internalización y Externalización) y buena para las escalas de síndrome individuales, lo que indica que los ítems dentro de cada escala miden de manera coherente el mismo constructo subyacente.

En cuanto a la **validez**, el CBCL ha demostrado una sólida validez de constructo,

correlacionándose de manera predecible con otras medidas de psicopatología infantil. Su validez concurrente y predictiva es alta; por ejemplo, las puntuaciones elevadas en la escala de Comportamiento Agresivo predicen consistentemente problemas de conducta futuros. Además, ha demostrado una fuerte validez discriminante, diferenciando eficazmente entre niños con diagnósticos clínicos específicos (como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad o el trastorno de ansiedad) y niños no clínicos. La continua validación transcultural y la adaptación a diferentes contextos lingüísticos garantizan que el CBCL mantenga su rigor psicométrico globalmente.

## 7. Significado Clínico y Utilidad Diagnóstica

En la práctica clínica, los resultados del CBCL se transforman en **puntuaciones T**, que son puntuaciones estandarizadas que indican cuán lejos se encuentra la puntuación de un niño de la media de su grupo de referencia (ajustado por edad y género). Estas puntuaciones T se clasifican en rangos clínicos para facilitar la interpretación:

**Rango No Clínico (Normal):** Puntuaciones T por debajo de 60.

**Rango Límite (Borderline):** Puntuaciones T entre 60 y 64.

**Rango Clínico:** Puntuaciones T de 65 o superiores.

La utilidad diagnóstica del CBCL no radica en proporcionar un diagnóstico categórico (como el de los manuales DSM), sino en ofrecer un perfil dimensional detallado de la psicopatología del niño. Los perfiles elevados en escalas específicas (por ejemplo, Problemas de Atención y Comportamiento Agresivo) alertan al clínico sobre áreas que requieren una evaluación más profunda y pueden sugerir diagnósticos específicos. El CBCL es, por lo tanto, una herramienta de detección y cuantificación de la gravedad, indispensable en la fase inicial de la evaluación.

Más allá del diagnóstico, el CBCL es fundamental para la **planificación del tratamiento** y la **medición de resultados**. Al identificar las fortalezas (Competencia Social) y las debilidades conductuales específicas, los clínicos pueden diseñar intervenciones dirigidas. Al administrar el CBCL de manera repetida (por ejemplo, antes y después de una intervención), se puede cuantificar objetivamente la mejoría o el deterioro del niño, proporcionando datos empíricos sobre la eficacia de la terapia. Esto lo convierte en una herramienta esencial para la práctica basada en la evidencia.

## 8. Debates y Limitaciones

A pesar de su amplia aceptación y rigor psicométrico, el CBCL es objeto de debates y presenta ciertas limitaciones inherentes a cualquier instrumento de informe parental. Una de las principales críticas se centra en la **subjetividad del informante**. Las puntuaciones del CBCL dependen enteramente de la percepción, el estado emocional, las expectativas culturales y la tolerancia al

estrés del padre o cuidador que lo completa. Un padre deprimido o excesivamente crítico puede sobreestimar la gravedad de los problemas de su hijo, mientras que un padre que niega o minimiza los problemas puede subestimarlos, lo que lleva a un perfil sesgado.

Otra limitación importante surge de la **variación transcultural**. Aunque el ASEBA ha realizado esfuerzos masivos para validar el CBCL en diversas culturas, la interpretación de ciertos ítems puede variar. Por ejemplo, lo que se considera "retramiento" o "timidez" puede ser visto como una conducta socialmente aceptable o incluso deseable en algunas culturas asiáticas, mientras que en culturas occidentales podría ser interpretado como un signo de patología internalizante. Achenbach ha abordado esto mediante la creación de normas específicas para diversas poblaciones, pero la sensibilidad cultural sigue siendo un punto de discusión.

Finalmente, existe el debate sobre la **relación entre los síndromes empíricos y los diagnósticos categóricos** (DSM/CIE). Aunque las escalas del CBCL se correlacionan fuertemente con ciertas categorías diagnósticas, no son idénticas. El CBCL proporciona una puntuación dimensional (gravedad), mientras que el DSM requiere una decisión categórica (presencia o ausencia de trastorno). Los clínicos deben recordar que una puntuación alta en una escala CBCL es una indicación de la necesidad de una evaluación clínica posterior, y no un diagnóstico definitivo.

## Further Reading

[Thomas M. Achenbach \(Wikipedia\)](#)

[Achenbach System of Empirically Based Assessment \(ASEBA Official Site\)](#)

[Child Behavior Checklist \(ScienceDirect\)](#)