

CREO

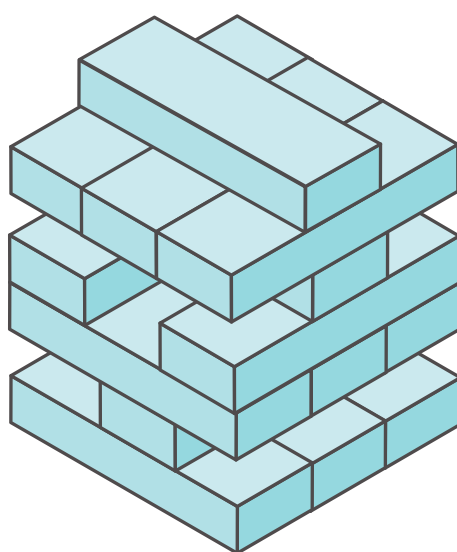
Cuestionario de Creencias Disfuncionales



A. Belloch Fuster
E. Cabedo Barber
G. García-Soriano

CREO

Cuestionario de Creencias Disfuncionales



**Amparo Belloch Fuster
Elena Cabedo Barber
Gemma García-Soriano**

MANUAL



hogrefe

Madrid, 2026

Índice



Acerca de las autoras	5
Prólogo	7
Ficha técnica	9
1. Descripción general	11
2. Fundamentación teórica	15
2.1. Los esquemas y las creencias disfuncionales: fundamento y relevancia clínica	15
2.2. Evaluación mediante autoinformes de las creencias disfuncionales asociadas con los trastornos mentales: el caso del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)	19
2.3. Dimensionalidad de las creencias disfuncionales sobre los pensamientos	24
2.4. ¿Cambian las creencias disfuncionales sobre las obsesiones después del tratamiento cognitivo-conductual (TCC)?	25
2.5. ¿Son específicas del TOC las creencias disfuncionales sobre los pensamientos?.....	26
2.6. Resumen de la fundamentación teórica	28
3. Normas de aplicación y corrección	29
3.1. Normas de aplicación	29
3.1.1. Aplicación <i>online</i>	30
3.2. Normas de corrección	30
3.2.1. Respuestas omitidas	31
4. Normas de interpretación	33
4.1. El significado de las puntuaciones percentiles	33
4.2. Guía de interpretación de cada escala	35
4.2.1. Sobreimportancia de los pensamientos (Spn)	35
4.2.2. Fusión entre pensamiento y acción de tipo probabilidad (Fpa-p)	35
4.2.3. Fusión entre pensamiento y acción de tipo moral (Fpa-m)	36
4.2.4. Importancia de controlar los pensamientos (Ctr)	36
4.2.5. Responsabilidad excesiva (Res)	36
4.2.6. Sobreestimación del peligro / catastrofismo (Pel)	37

4.2.7. Intolerancia a la incertidumbre (Inc)	37
4.2.8. Perfeccionismo (Per).....	37
4.2.9. Puntuación total (Tot)	37
4.3. Casos ilustrativos	38
4.3.1. Caso ilustrativo 1: Luisa	38
4.3.2. Caso ilustrativo 2: Belén	40
4.3.3. Caso ilustrativo 3: Carlos.....	42
5. Fundamentación psicométrica	45
5.1. Descripción de las muestras	45
5.2. Evidencias de fiabilidad	48
5.3. Evidencias de validez	49
5.3.1. Evidencias de validez basadas en la estructura interna	50
5.3.2. Evidencias sobre la relación con otros instrumentos	53
5.3.3. Evidencias sobre la relación con grupos clínicos	57
5.4. Resumen de fundamentación psicométrica	58
Referencias bibliográficas	61



Acerca de las autoras

- **Amparo Belloch Fuster** es especialista en psicología clínica y catedrática de psicopatología en el departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Facultad de Psicología y Logopedia de la Universitat de València. Ha realizado actividad asistencial como especialista en psicología clínica en distintos contextos y ámbitos del Sistema Nacional de Salud (Hospital Psiquiátrico Padre Jofré; CSM Lluís Alcanyis; Hospital La Fe). En la UVEG fundó y co-dirigió el Servicio de Asistencia psicológica del departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos y fundó y dirigió la Unidad de Investigación y Tratamiento de Obsesiones y Compulsiones (I^{TOC}; Grupo GIUV2017-393, reconocido como Grupo de Excelencia por la Generalitat Valenciana). Ha sido investigadora principal (IP) o investigadora en 21 proyectos de convocatorias competitivas nacionales, autonómicas e internacionales. Ha publicado 25 libros, 70 capítulos, más de 200 artículos científicos y ha participado como ponente o conferenciante invitada en más de 90 congresos nacionales e internacionales con más de 400 presentaciones. Ha dirigido numerosas tesis de Licenciatura, TFG, TFM y 23 Tesis Doctorales. Ha formado parte de dos grupos internacionales de expertos en el TOC (*Obsessive Compulsive Cognitions Working Group*; *International Consortium on Intrusive Fears*). Es miembro (evaluador) de la *Global Clinical Practice Network* (OMS) y fundadora de la Asociación de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP), asociación de la que actualmente es presidenta de honor. Ha sido miembro y presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica. Ha recibido el premio a la Psicóloga distinguida del año (VI Edición *Premios Sanitarias*, 2023) y Doctora Honoris Causa por la Universidad de Sevilla (2022-23).
- **Elena Cabedo Barber** es especialista en psicología clínica y ejerce como facultativa especialista de departamento en el Hospital Clínico Universitario de Valencia, siendo también tutora de residentes de psicología clínica en el departamento de salud de Valencia-Clínico-Malvarrosa. Es doctora en psicología por la Universitat de València y premio extraordinario de doctorado por la tesis *Eficacia a corto y largo plazo de un programa de terapia cognitiva específica para el TOC*. Es profesora asociada asistencial en el departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos y miembro del grupo de investigación iTOC de la Universitat de València desde sus inicios. Fundadora y directora del Centro Sanitario IPSIVA: Instituto Psicológico Valenciano de Trastornos y Problemas Obsesivos. Es autora de dos libros, cinco capítulos de libro y 22 artículos científicos, así como de numerosas contribuciones a congresos nacionales e internacionales. Ha sido investigadora colaboradora en 10 proyectos de investigación e investigadora principal del proyecto de investigación beneficiado con la ayuda anual a la investigación de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP) en 2018 sobre terapia cognitivo-conductual en formato grupal para el TOC (El papel de los factores comunes en psicoterapia). Ha sido vocal de la Comisión Nacional de Psicología Clínica, de la Junta Directiva de AVAPIR (Asociación Valenciana de Psicólogos Clínicos y residentes) y miembro del Comité Científico de SEPC-ANPIR (Sociedad Española de Psicología Clínica).

- **Gemma García-Soriano** es doctora en psicología y catedrática del departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Facultad de Psicología y Logopedia de la Universitat de València. Desde 2021 dirige la Unidad de Investigación y Tratamiento de Obsesiones y Compulsiones (I'TOC; Grupo GIUV2017-393), de la que forma parte desde 2004. Así mismo, ha sido miembro del International Consortium on Intrusive Fears. A lo largo de su carrera académica, ha centrado su línea de investigación en el estudio del trastorno obsesivo-compulsivo. Los principales resultados de su trabajo se han publicado en más de 70 artículos científicos en revistas especializadas de reconocido prestigio internacional, así como en diferentes capítulos de libros y más de 150 publicaciones en congresos nacionales e internacionales. La mayor parte de estos trabajos se han desarrollado en el marco de siete proyectos de investigación nacionales consecutivos en los que ha participado o dirigido a lo largo de los últimos 20 años. Así mismo, ha dirigido más de 50 trabajos de investigación (TFG, TFM, tesis doctorales). Realiza evaluaciones regulares para la Agencia Estatal de Investigación, así como para revistas y centros de investigación de prestigio internacional. Ha liderado el desarrollo de una aplicación para dispositivo móvil para aumentar el conocimiento de la población sobre el TOC y rebatir creencias estigmatizantes sobre el mismo (www.estocma.com).

Prólogo



El interés por comprender cómo las personas interpretan sus pensamientos y cómo estas interpretaciones influyen en el malestar psicológico ha guiado buena parte de nuestra trayectoria investigadora. Desde los primeros trabajos sobre el ICO, *Inventario de Creencias Obsesivas* y su versión revisada (ICO-R), nuestra intención ha sido aportar instrumentos que permitan evaluar con rigor los procesos cognitivos implicados en los trastornos emocionales, especialmente en el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Con el tiempo, y a la luz de los hallazgos acumulados, se hizo evidente que muchas de esas creencias no se limitaban al TOC, sino que actuaban como factores de vulnerabilidad presentes en diversos trastornos en los que los pensamientos intrusivos, la duda, la responsabilidad excesiva o el catastrofismo desempeñan un papel central.

El CREO, *Cuestionario de Creencias Disfuncionales* surge precisamente de esa evolución natural. Nuestro objetivo fue desarrollar un instrumento más amplio, capaz de captar un perfil transdiagnóstico de creencias que, aun siendo especialmente relevantes en el TOC, también contribuyen a la aparición y mantenimiento de otros problemas psicológicos. El CREO no pretende sustituir al juicio clínico, sino ofrecer un marco estructurado que facilite la identificación de los procesos cognitivos implicados en cada caso y que oriente de manera más precisa la intervención.

A lo largo del manual se describen los fundamentos teóricos del cuestionario, su desarrollo psicométrico y varias ilustraciones clínicas que muestran cómo utilizar e interpretar sus resultados. Confiamos en que esta herramienta contribuya a mejorar la comprensión de los patrones cognitivos que subyacen al sufrimiento de muchas personas y que resulte útil tanto para la práctica clínica como para la investigación.

Las autoras



Ficha técnica

> Nombre	CREO, <i>Cuestionario de Creencias Disfuncionales</i> .
> Autoras	Amparo Belloch Fuster, Elena Cabedo Barber y Gemma García-Soriano.
> Procedencia	Hogrefe TEA Ediciones (2026).
> Aplicación	Individual y colectiva.
> Ámbito de aplicación	Adultos (18 años en adelante).
> Duración	Entre 15 y 20 minutos, aproximadamente.
> Finalidad	Cuestionario de 50 ítems destinado a evaluar la presencia e intensidad de un conjunto de creencias disfuncionales clave (sobreestimación de la importancia de los pensamientos, fusión pensamiento-acción, necesidad de control mental, responsabilidad excesiva, catastrofismo, intolerancia a la incertidumbre, perfeccionismo), implicadas en el desarrollo y mantenimiento de diversos trastornos psicológicos (p. ej., TOC, ansiedad, estrés, estado de ánimo, TCA...). El CREO aporta información relevante para la comprensión clínica del caso, la identificación de creencias nucleares y la orientación, planificación y seguimiento de la intervención psicológica.
> Baremación	Baremos en percentiles a partir de una muestra de población general.
> Materiales	Manual, ejemplar y clave de acceso (PIN) para la corrección por Internet.
> Formato de aplicación	Papel u <i>online</i> .
> Modo de corrección	<i>Online</i> (disponible captura de respuestas mediante foto o escaneo).



1. Descripción general

El CREO, *Cuestionario de Creencias Disfuncionales* es un autoinforme diseñado para medir el grado de adhesión a **creencias disfuncionales** vinculadas al desarrollo y mantenimiento de **pensamientos intrusivos, egodistónicos, no deseados y recurrentes**, y al conjunto de **emociones y conductas** que suelen acompañarlos (p. ej., intentos de supresión o control). La evidencia acumulada en la psicología cognitiva muestra que la **interpretación** que cada persona hace de estos pensamientos —y no su mera presencia— es el factor que determina su impacto clínico: la mayoría de las personas los ha experimentado alguna vez y los deja extinguirse sin otorgarles significado; cuando se perciben como **amenazantes o personalmente significativos**, pueden activar cadenas disfuncionales de emoción y conducta.

El CREO tiene como objetivo medir hasta qué punto una persona se adhiere a estas creencias disfuncionales y el impacto que ello tiene en su estabilidad emocional, en su comportamiento y en la sintomatología que puede aparecer asociada, aumentando su vulnerabilidad a presentar problemas y trastornos de distintos tipos.

El CREO se apoya en una línea de trabajo previa con amplia base empírica. Primero, el ICO, *Inventario de Creencias Obsesivas* (Belloch et al., 2003) permitió evaluar en población hispanohablante un conjunto de creencias asociadas a intrusiones obsesivas. Posteriormente, su versión revisada (ICO-R; Belloch et al., 2010a) integró los ocho dominios con mejor soporte psicométrico y utilidad clínica, incluyendo una evaluación más precisa de la **fusión pensamiento-acción**. A partir de esa experiencia se desarrolló el CREO con un objetivo más amplio: **captar un perfil transdiagnóstico de creencias disfuncionales**, relevante no solo para el TOC, sino también para otros trastornos como la ansiedad por enfermedad (hipocondría), los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, el insomnio recurrente y otros cuadros en los que la valoración disfuncional del pensamiento juega un papel central. Por lo tanto, el CREO es la versión actualizada y mejorada del ICO-R (de amplio uso en el ámbito profesional e investigador) y pretende proporcionar una herramienta más potente a estos profesionales.

El CREO resulta especialmente útil en tres poblaciones diana:

1. **Personas con problemas clínicos** en las que los pensamientos molestos/intrusivos tienen peso clínico (TOC, ansiedad generalizada/social, fobias, estrés postraumático/agudo, hipocondría, dismorfia corporal, trastornos de la conducta alimentaria, depresión, trastornos del control de impulsos, insomnio...).
2. **Personas con estresores significativos** (enfermedad propia o de allegados, cuidados, conflictos laborales, migración, accidentes, desastres, guerra...).

3. Personas sin diagnóstico, pero con **vulnerabilidad** por su patrón de creencias (centralidad, persistencia y generalización de dichas creencias, y su impacto emocional/conductual).

El cuestionario consta de **50 ítems** que se responden en una escala tipo Likert de 7 puntos (1 = totalmente en desacuerdo..., 7 = totalmente de acuerdo) y permiten obtener puntuaciones en **8 escalas** que configuran un **perfil dimensional** de creencias disfuncionales:

- Sobreimportancia de los pensamientos (Spn)
- Fusión pensamiento-acción: probabilidad (Fpa-p)
- Fusión pensamiento-acción: moralidad (Fpa-m)
- Importancia de controlar los pensamientos (Ctr)
- Responsabilidad excesiva (Res)
- Sobrestimación del peligro / catastrofismo (Pel)
- Intolerancia a la incertidumbre (Inc)
- Perfeccionismo (Per)

Además de las puntuaciones por escala, el CREO ofrece una **puntuación total** de adscripción global a las creencias evaluadas. Esta puntuación general puede orientar sobre el **nivel global de vulnerabilidad**. No obstante, **su uso clínico es secundario frente al perfil dimensional de las 8 escalas**, ya que la puntuación total puede ocultar la contribución diferencial de cada dimensión en la problemática concreta de la persona. Por ello, la interpretación debe centrarse en qué escalas presentan mayor intensidad y en cómo se relacionan con los síntomas y contextos presentes en la persona evaluada.

Es importante tener en cuenta que las creencias sobre los propios pensamientos no son, en sí mismas, positivas o negativas. En realidad, es su centralidad o importancia en el conjunto de creencias, su persistencia en el tiempo, la generalización a circunstancias diversas y su impacto en los ámbitos emocional y del comportamiento, lo que puede convertirlas en dañinas y desadaptativas. De ahí la importancia de valorar su intensidad, o el grado en que la persona asume esas creencias que, en el caso del CREO, hacen referencia especialmente a los propios pensamientos y las consecuencias que pueden tener sobre la vida de la persona.

En la tabla 1.1 se resumen las creencias que evalúa el CREO y su significado cuando la persona las valora con intensidad elevada. En el capítulo de fundamentación teórica se profundiza en el papel de estas creencias y en la trayectoria seguida desde el instrumento primigenio (ICO), a su versión revisada (ICO-R) y al actual CREO que sustenta el modelo y la selección de dominios.

Tabla 1.1.
Descripción de las escalas del CREO

Escala	Puntuaciones altas indican que la persona evaluada considera que...
Sobreimportancia de los pensamientos (Spn)	...los pensamientos tienen un significado por su mera ocurrencia y revelan aspectos negativos u ocultos de la propia y auténtica naturaleza personal (dañina, peligrosa, etc.). «Lo que pienso revela quién soy» «Tengo estos pensamientos porque soy una mala madre» «Si tengo pensamientos o impulsos agresivos hacia mis seres queridos, significa que quiero hacerles daño»
Fusión pensamiento-acción: probabilidad (Fpa-p)	...los pensamientos pueden influir sobre los acontecimientos y el mero hecho de pensar algo aumenta la probabilidad de que suceda realmente. «Si pienso en lastimar a alguien, es muy probable que lo haga» «Si se piensa mucho en algo malo, es más fácil que suceda»
Fusión pensamiento-acción: moralidad (Fpa-m)	...tener pensamientos inmorales o inaceptables es lo mismo que ser inmoral. «Pensar en lastimar a alguien es tan reprochable como hacerlo» «Tener un pensamiento blasfemo es el mismo pecado que hacer o decir algo blasfemo».
Importancia de controlar los pensamientos (Ctr)	...se deben mantener bajo control (supervisar) todos los pensamientos. No hacerlo puede tener consecuencias muy negativas. «Una persona normal debe ser capaz de controlar, supervisar, o mantener “a raya” siempre sus pensamientos» «Debo saber en todo momento qué es lo que me ronda por la mente para poder controlar mis pensamientos»
Responsabilidad excesiva (Res)	...ante cualquier pensamiento o posibilidad de daño, es su responsabilidad impedir que ocurra, incluso cuando el riesgo es mínimo o está fuera de su control; interpreta los errores de omisión como si fueran tan graves o condenables como los de acción y siente la obligación moral de tomar precauciones constantes para evitar cualquier perjuicio propio o ajeno. «Si pienso algo malo, debo impedir que suceda» «Es inaceptable tener algún pequeño descuido si eso puede afectar a los demás»
Sobreestimación del peligro / catastrofismo (Pel)	...cualquier error o descuido, también en lo que se piensa, es peligroso y puede causar daños irreparables. «Pensar en cosas peligrosas es peligroso» «A pesar de que soy muy cuidadoso/a, muchas veces pienso que van a sucederme cosas malas»
Intolerancia a la incertidumbre (Inc)	...hay que tener certeza y seguridad sobre los pensamientos. Le cuesta mucho tomar decisiones hasta no tener la total seguridad de que lo pensado es “correcto” y “seguro”. «Tener dudas me resulta insoportable» «Debo estar completamente seguro/a de mis decisiones»
Perfeccionismo (Per)	...los pensamientos, como las conductas, deben ser siempre “correctos”. «Para ser una persona digna de consideración, debo ser perfecto/a en todo lo que haga y piense»

Como se comentaba anteriormente, además de las puntuaciones específicas por escala, el CREO proporciona una **puntuación total** que refleja el grado global de adscripción a las creencias evaluadas. Esta puntuación general puede servir como indicador orientativo del nivel agregado de vulnerabilidad; no obstante, su utilidad clínica es secundaria frente al análisis del perfil por escalas, ya que la puntuación total puede enmascarar el peso diferencial de cada dimensión en la problemática particular de la persona. En consecuencia, la interpretación debe priorizar la identificación de las escalas con mayor intensidad y el análisis de su relación con los síntomas y los contextos relevantes de la persona evaluada.

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla
consulte:

www.hogrefe-tea.com

Puntuaciones elevadas indican una tendencia general a interpretar los propios pensamientos como significativos, peligrosos o moralmente relevantes, lo que supone un patrón de vulnerabilidad cognitiva transdiagnóstica asociado al malestar emocional y a diversos trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Una puntuación total elevada sugiere la necesidad de certeza y control cognitivo, escasa tolerancia a la ambigüedad o al error y propensión a la culpa o a la autoatribución de responsabilidad sobre los eventos internos o externos.

Si bien esta puntuación general puede orientar sobre el nivel agregado de vulnerabilidad, **su uso clínico es secundario** frente al perfil dimensional de las 8 escalas, ya que **la puntuación total puede ocultar la contribución diferencial de cada escala de creencias en la problemática concreta de la persona**. Por ello, la interpretación debe centrarse en qué escalas presentan mayor intensidad y en cómo se relacionan con los síntomas y contextos presentes en la persona evaluada.

4.3. Casos ilustrativos

A continuación, incluimos una breve descripción de tres pacientes (Luisa, Belén y Carlos), junto con sus puntuaciones en cada una de las escalas de CREO y una referencia a su ubicación en relación con los percentiles derivados de la población general, tal y como se proponía en la tabla 4.1.

4.3.1. Caso ilustrativo 1: Luisa

Luisa es una mujer de 45 años, madre de dos hijos, que desde hacía un tiempo experimentaba obsesiones relacionadas con hacerse daño. Estas obsesiones aparecían en forma de imágenes e impulsos intrusivos —verse tirándose por la ventana o imaginándose muerta en el suelo— que le generaban un intenso temor y la convicción de que podían “materializarse”. Para manejar este malestar había instaurado múltiples conductas de evitación y control: no se acercaba a las ventanas, mantenía las persianas bajadas gran parte del día y necesitaba ir acompañada para realizar tareas cotidianas como tender la ropa. Cuando las obsesiones persistían, trataba de neutralizarlas desviando su atención a pensar en otras cosas que le preocuparan.

Tras aplicarle el CREO, Luisa obtuvo las puntuaciones que pueden verse en la siguiente tabla 4.2.

Tabla 4.2.

Perfil de las puntuaciones de Luisa en el CREO

	PD	Pc	Nivel cualitativo
Sobreimportancia de los pensamientos	4,2	98	Extremo
Fusión pensamiento-acción: probabilidad	3,6	91	Alto
Fusión pensamiento-acción: moralidad	4,0	76	Medio-alto
Importancia de controlar los pensamientos	4,6	76	Medio-alto
Responsabilidad excesiva	4,6	81	Medio-alto
Sobrestimación del peligro / catastrofismo	4,5	93	Muy alto
Intolerancia a la incertidumbre	3,8	47	Medio
Perfeccionismo	2,6	39	Medio
Puntuación total	4,0	89	Alto

Antes de analizar el perfil de Luisa en el CREO, conviene aclarar por qué la interpretación comienza por las **escalas** y no por la puntuación total. Como se señalaba previamente en este manual, aunque la puntuación total pueda ofrecer una estimación global de vulnerabilidad, su utilidad clínica es limitada: tiende a ocultar la contribución diferencial de cada tipo de creencia. En cambio, el perfil dimensional permite identificar qué creencias están sosteniendo el problema y en qué medida se articulan con los síntomas, las interpretaciones y los contextos específicos de la persona. Por ello, toda lectura clínica del CREO debe partir de las escalas con mayor intensidad y de la lógica que generan entre sí.

El perfil del CREO en el caso de Luisa permite identificar con precisión las creencias disfuncionales que están sosteniendo y amplificando sus obsesiones autógenas de contenido autolítico. Sus puntuaciones más elevadas se sitúan en **Sobreimportancia de los pensamientos** (Spn; Pc = 98, extremo), **Sobrestimación del peligro / catastrofismo** (Pel; Pc = 93, muy alto) y **Fusión pensamiento-acción: probabilidad** (Fpa-p; Pc = 91, alto). Este patrón indica que Luisa interpreta sus pensamientos intrusivos como extraordinariamente significativos, peligrosos y potencialmente capaces de provocar consecuencias reales. Para ella, imaginarse tirándose por la ventana no es solo una intrusión involuntaria ajena a su voluntad, sino también una señal que la pone en alerta para evitar un daño inminente.

A estas creencias se suman puntuaciones también elevadas en **Responsabilidad excesiva** (Res; Pc = 81, medio-alto), **Importancia de controlar los pensamientos** (Ctr; Pc = 76, medio-alto) y **Fusión pensamiento-acción: moralidad** (Fpa-m; Pc = 76, medio-alto). Esta combinación refleja que Luisa siente una obligación moral y personal desproporcionada de vigilar su actividad mental y responsabilizarse de “evitar” que el pensamiento llegue a materializarse. Desde esta lógica, evitar ventanas, mantener las persianas bajadas o buscar compañía no son simples conductas preventivas: son intentos de neutralizar lo que percibe como un riesgo interno y moralmente reprobable. En definitiva, Luisa puede vivir estos pensamientos como inaceptables o peligrosos, sintiéndose altamente responsable por ellos y sus consecuencias, lo que intensifica la angustia y alimenta la idea de que “no debería pensar estas cosas”.

Esta interpretación distorsionada del significado del pensamiento aparece de manera explícita en la forma en que Luisa explica su malestar: “soy una mala madre y una inmadura... porque supondría abandonar a mis hijos”. Para ella, el pensamiento intrusivo no es un producto mental involuntario, sino una especie de evidencia interna que cuestiona su identidad, su moralidad y su valor como madre. Este tipo de interpretación es característica de las obsesiones autógenas y está directamente alineada con el patrón de puntuaciones del CREO.

En contraste, las escalas de **Intolerancia a la incertidumbre** (Inc; Pc = 47, nivel medio) y **Perfeccionismo** (Per; Pc = 39, nivel medio) muestran una intensidad claramente menor. Esto sugiere que estas creencias no desempeñan un rol en su problemática, lo cual es coherente con los perfiles típicos de pacientes con obsesiones autógenas, donde la clave no está en la duda o el control del error, sino en la valoración amenazante y moral del pensamiento mismo.

En conjunto, el perfil dimensional revela un patrón claro: Luisa sobredimensiona la importancia, el significado y la peligrosidad de los pensamientos intrusivos, los fusiona con la posibilidad real de que ocurran, se siente responsable de impedir cualquier daño imaginado y cree que debe controlar su mente para evitar consecuencias. Estas creencias, lejos de protegerla, sostienen las conductas de evitación y control mental que mantienen el problema.

Conocer este perfil resultó particularmente útil en la planificación del tratamiento. Para la paciente fue clave comprender que el origen de su malestar no residía en los pensamientos en sí, sino en las creencias con que los valoraba. De cara a la intervención cognitiva, las **dimensiones por encima del percentil 75** —sobreimportancia del pensamiento (Spn), fusión pensamiento-acción: probabilidad (Fpa-p), responsabilidad excesiva (Res), fusión pensamiento-acción: moral (Fpa-m), importancia de controlar los pensamientos (Ctr) y sobrestimación del peligro/catastrofismo (Pel)— se identificaron como las **primeras dianas terapéuticas**, sin dejar de integrar el resto de consideraciones clínicas necesarias para un abordaje completo.

El caso ilustra de manera clara cómo el CREO permite captar la arquitectura cognitiva que sostiene las obsesiones autógenas y cómo esta información orienta el trabajo clínico, facilitando intervenciones más focalizadas y ajustadas al origen del malestar de la persona evaluada.

4.3.2. Caso ilustrativo 2: Belén

Belén, de 39 años, casada y madre de tres hijos, presentaba obsesiones de contaminación desde hacía más de una década, iniciadas tras el nacimiento de su primer hijo. El miedo intenso a ensuciarse o a ensuciar su casa había dado lugar a rituales de limpieza exhaustivos y a conductas de evitación cada vez más incapacitantes: lavados de manos innumerables veces al día (con un daño físico evidente en la piel), restricción casi total de salidas de casa, rechazo sistemático de baños públicos y estrictos rituales domésticos de limpieza y “descontaminación”. Su familia debía descalzarse al entrar, cambiarse de ropa o incluso ducharse antes de moverse libremente por la vivienda.

Tras aplicarle el CREO, Belén obtuvo el perfil de puntuaciones que puede observarse en la siguiente tabla.

Tabla 4.3

Perfil de las puntuaciones de Belén en el CREO

	PD	Pc	Nivel cualitativo
Sobreimportancia de los pensamientos	1,0	8	Medio
Fusión pensamiento-acción: probabilidad	1,0	15	Medio
Fusión pensamiento-acción: moralidad	1,1	6	Medio
Importancia de controlar los pensamientos	5,8	97	Muy alto
Responsabilidad excesiva	4,0	59	Medio
Sobrestimación del peligro / catastrofismo	4,4	92	Alto
Intolerancia a la incertidumbre	5,7	94	Muy alto
Perfeccionismo	6,1	99	Extremo
Puntuación total	3,6	74	Medio

El perfil obtenido con el CREO aporta una lectura muy clara de las creencias disfuncionales que sostiene esta sintomatología. Belén presenta puntuaciones extremadamente elevadas en **Perfeccionismo** (Per; Pc = 99, extremo), **Intolerancia a la incertidumbre** (Inc; Pc = 94, muy alto), **Importancia de controlar los pensamientos** (Ctr; Pc = 97, muy alto) y **Sobrestimación del peligro / catastrofismo** (Pel; Pc = 92, alto). Esta combinación es muy característica de los casos de obsesiones reactivas.

Las puntuaciones reflejan que Belén vive el riesgo de “contaminación” como un peligro altamente probable y con consecuencias potencialmente graves, lo que se expresa en una marcada tendencia a anticipar escenarios negativos incluso en situaciones cotidianas. Paralelamente, sus creencias extremas de perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre la empujan a exigir un nivel absoluto de seguridad, limpieza y control, de manera que cualquier mínima duda o imperfección se vive como intolerable. La necesidad de controlar los pensamientos completa el cuadro: para Belén, no basta con evitar la contaminación física; también necesita vigilar y regular su actividad mental para “no descuidar nada” que pueda conducir a un error o una exposición indeseada.

En el plano cotidiano, esta combinación cognitiva favorece ciclos de ansiedad y neutralización muy intensos: ante la mínima posibilidad de contaminación, el sistema cognitivo de Belén activa señales de peligro exageradas, que ella intenta gestionar mediante rituales prolongados, revisiones constantes y una evitación sistemática del entorno externo.

En contraste, sus puntuaciones en **Sobreimportancia de los pensamientos** (Spn; Pc = 8), **Fusión pensamiento-acción: probabilidad** (Fpa-p; Pc = 15) y **Fusión pensamiento-acción: moralidad** (Fpa-m; Pc = 6) se sitúan en niveles claramente bajos. Este patrón es coherente con el perfil de obsesiones de tipo reactivo: a diferencia de las obsesiones autógenas, Belén no interpreta sus pensamientos como reveladores de su identidad o moralidad, ni cree que tener un pensamiento pueda causar directamente un daño real. Su problema no reside en el significado del pensamiento, sino en la interpretación catastrófica de situaciones, objetos y sensaciones asociadas a la posibilidad de contaminación.

La **Responsabilidad excesiva** (Res; Pc = 59) se encuentra en un rango medio, lo que sugiere que, aunque Belén percibe obligación de evitar daños, esta dimensión no constituye el núcleo de su sintomatología.

Este perfil dimensional, muy distinto al del caso de Luisa, ilustra el poder discriminativo del CREO. Las puntuaciones de Belén concentran su peso clínico en creencias que son conocidas como **transdiagnósticas**, especialmente el perfeccionismo y la intolerancia a la incertidumbre, así como las sobreestimaciones de peligro, presentes en buena parte de los trastornos de ansiedad. Esto se alinea con el evidente componente ansioso de su presentación clínica y con la naturaleza reactiva de sus obsesiones.

De cara al tratamiento cognitivo-conductual, estas áreas —**perfeccionismo, intolerancia a la incertidumbre, sobreestimación del peligro/catastrofismo e importancia del control mental**— se identifican como **dianas prioritarias**, dado que todas superan ampliamente el percentil 75. Al mismo tiempo, las dimensiones en las que Belén puntúa muy bajo (sobreimportancia del pensamiento, Fpa–probabilidad y Fpa–moral) requerirán **muy poca o nula intervención específica**, más allá de su mención en una posible psicoeducación inicial.

El análisis revela, además, que será necesario **dedicar probablemente más sesiones de lo habitual a las creencias que presentan niveles extremos**, especialmente perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre, por su carácter transversal y su papel central en el mantenimiento del problema. Estas creencias sostienen no solo los rituales de limpieza, sino también la incapacidad de Belén para tolerar la duda, el riesgo y la imperfección en situaciones cotidianas.

En conjunto, el caso de Belén ejemplifica cómo el CREO permite ir más allá de la descripción sintomática y ofrece un mapa cognitivo que orienta de forma directa el foco de la intervención. Su perfil evidencia que, incluso dentro del TOC, los núcleos cognitivos pueden ser radicalmente distintos en función del tipo de obsesiones y que un análisis dimensional como el que proporciona el CREO resulta fundamental para personalizar el tratamiento.

4.3.3. Caso ilustrativo 3: Carlos

Carlos, de 28 años y sin hijos, presentaba desde hacía varios años obsesiones de duda acompañadas de rituales de comprobación destinados a reducir la ansiedad. La sintomatología se inició en el ámbito laboral —por ejemplo, dudas persistentes sobre si había dejado el gas encendido en el restaurante en el que trabajaba, si había apagado los aparatos eléctricos, si había cerrado correctamente la caja o la puerta o si había gestionado bien pedidos y provisiones— y posteriormente se extendió a su vida doméstica. Con el tiempo, tras una pelea, aparecieron también obsesiones de contenido agresivo: imágenes intrusivas de personas con la cara ensangrentada, primero compañeros de trabajo y más tarde incluso familiares. También desarrolló pensamientos intrusivos relacionados con agresiones durante la conducción, tales como atropellar a peatones o ciclistas mientras conducía, lo que le llevó finalmente a evitar por completo la conducción. Para neutralizar estas intrusiones, Carlos intentaba contrarrestarlas imaginando mentalmente lo contrario, mientras incrementaba sus conductas de evitación.

Tras aplicarle el CREO, Carlos obtuvo el perfil de puntuaciones que puede observarse en la siguiente tabla.

Tabla 4.4

Perfil de las puntuaciones de Carlos en el CREO

	PD	Pc	Nivel cualitativo
Sobreimportancia de los pensamientos	2,6	69	Medio
Fusión pensamiento-acción: probabilidad	2,6	77	Medio-alto
Fusión pensamiento-acción: moralidad	4,4	85	Alto
Importancia de controlar los pensamientos	5,4	92	Alto
Responsabilidad excesiva	5,6	96	Muy alto
Sobrestimación del peligro / catastrofismo	4,4	92	Alto
Intolerancia a la incertidumbre	5,3	91	Alto
Perfeccionismo	4,7	93	Muy alto
Puntuación total	4,4	96	Muy alto

El perfil obtenido con el CREO ofrece una representación muy precisa de las creencias que están alimentando y manteniendo este cuadro clínico complejo. Se trata de un perfil **globalmente elevado**, con puntuaciones por encima del **percentil 75** en prácticamente todas las escalas, lo cual indica una fuerte adscripción a la mayoría de las creencias disfuncionales.

Las dimensiones con puntuaciones más altas se sitúan en los niveles **muy alto** o **extremo**:

- **Responsabilidad excesiva** (Res; Pc = 96, muy alto)
- **Importancia de controlar los pensamientos** (Ctr; Pc = 92, alto)
- **Sobrestimación del peligro / catastrofismo** (Pel; Pc = 92, alto)
- **Intolerancia a la incertidumbre** (Inc; Pc = 91, alto)
- **Perfeccionismo** (Per; Pc = 93, muy alto)
- **Fusión pensamiento-acción: moralidad** (Fpa-m; Pc = 85, alto)

Este patrón revela la presencia de un sistema cognitivo altamente reactivo ante cualquier posibilidad de error o daño. Carlos cree que **un descuido mínimo puede tener consecuencias devastadoras** y que su responsabilidad es prever y evitar cualquier riesgo, por pequeño que sea. Esta creencia de hiperresponsabilidad es coherente con su historia de rituales de comprobación reiterada. Paralelamente, la sobreatribución de peligrosidad y la intolerancia a la incertidumbre alimentan la necesidad de verificar, revisar o evitar situaciones de forma persistente: para Carlos, *la duda es intolerable* y solo puede calmarla comprobando o evitando.

El **perfeccionismo elevado** contribuye a elevar todavía más el umbral de exigencia, de modo que Carlos no solo necesita asegurarse de que todo está correcto, sino que debe estarlo de forma absoluta. Esta combi-

nación entre perfeccionismo, duda crónica y necesidad de control crea el caldo de cultivo perfecto para las obsesiones de contenido laboral y doméstico.

La puntuación elevada en **Fusión pensamiento-acción: moralidad** indica, además, que Carlos atribuye un significado moral negativo a la mera experiencia de pensamientos agresivos. Las imágenes de daño o violencia las interpreta como algo condenable, peligroso, inaceptable o incompatible con cómo cree que debería ser, es decir, con su autoimagen preferida. Esto explica la angustia intensa asociada a sus pensamientos agresivos y las estrategias de neutralización mental que ha desarrollado.

En contraste, la escala **Fusión pensamiento-acción: probabilidad** se sitúa en rangos menores, aunque aún elevados. En Carlos no parece predominar la creencia de que pensar algo cause directamente que ocurra. Sin embargo, sí están presentes de forma suficiente como para contribuir a la fisiología obsesiva, especialmente cuando se mezclan con las otras creencias mucho más elevadas.

La única escala en el rango medio es Sobreimportancia de los pensamientos.

El perfil de Carlos es particularmente llamativo por **su elevación generalizada** en múltiples dominios. A diferencia de perfiles más focalizados —como el de Luisa, centrado en el significado del pensamiento, o el de Belén, centrado en el perfeccionismo y la intolerancia a la incertidumbre—, Carlos presenta un patrón **amplio y mixto**, lo que encaja con la naturaleza híbrida de sus obsesiones: duda (típicamente reactivas) y agresión (típicamente autógenas).

Esta elevación transversal coincide con lo descrito en la literatura (Lee y Kwon, 2003): cuando coexisten obsesiones autógenas y reactivas, suelen activarse múltiples sistemas de creencias disfuncionales y el CREO lo capta con gran claridad.

Desde un punto de vista terapéutico, el CREO indica que el abordaje deberá ser **más extenso y profundo**, porque **no hay ninguna dimensión relevante del modelo cognitivo del TOC que esté débilmente representada en este paciente**. Cada escala señala un foco potencial de mantenimiento y el tratamiento deberá abordar de manera integrada:

- la hiperresponsabilidad;
- el perfeccionismo desadaptativo;
- la necesidad rígida de certeza;
- el catastrofismo o sobrestimación del peligro;
- la necesidad de controlar la actividad mental; y
- la atribución moral negativa a los pensamientos agresivos.

El CREO, en este caso, no solo valida clínicamente la complejidad del cuadro de Carlos, sino que proporciona un **mapa cognitivo** que permite priorizar y secuenciar la intervención. Este tipo de perfiles globalmente elevados son los que más se benefician de un programa de terapia cognitiva amplio, con dedicación también significativa a la exposición con prevención de respuesta y con atención especialmente intensa a las áreas donde los percentiles alcanzan niveles extremos.

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla
consulte:

www.hogrefe-tea.com

Cuestionario de 50 ítems diseñado para evaluar la presencia e intensidad de las creencias disfuncionales que intervienen en el desarrollo y el mantenimiento de múltiples trastornos mentales, como el TOC, la ansiedad generalizada, la ansiedad social, las fobias, los trastornos de estrés, la ansiedad por enfermedad (hipocondría), el trastorno dismórfico corporal, los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos depresivos, los trastornos de control de impulsos y el insomnio recurrente, entre otros.

El CREO es la versión actualizada del ICO-R, instrumento con una trayectoria consolidada en el ámbito clínico e investigador para la evaluación de las creencias obsesivas. Sobre esa base empírica y sus ocho dominios con mayor soporte psicométrico, el CREO amplía su alcance y ofrece un perfil transdiagnóstico de creencias disfuncionales.

Evalúa componentes clave como la sobrestimación de la importancia de los pensamientos, la fusión pensamiento-acción, la necesidad de control mental, la responsabilidad excesiva, el catastrofismo, la intolerancia a la incertidumbre y el perfeccionismo. Este enfoque permite comprender con mayor precisión la problemática del paciente, identificar áreas nucleares de intervención y apoyar la planificación y el seguimiento del tratamiento, proporcionando a los profesionales una herramienta sólida, actualizada y de amplia aplicabilidad clínica.

Grupo Editorial Hogrefe

Göttingen · Berna · Viena · Oxford · París
Boston · Ámsterdam · Praga · Florencia
Copenhague · Estocolmo · Helsinki · Oslo
Madrid · Barcelona · Sevilla · Bilbao
Zaragoza · São Paulo · Lisboa
Bogotá · Monterrey · Guadalajara
Ciudad de México

www.hogrefe-tea.com

ISBN 978-84-18745-71-3

