

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO DE ORIENTACIÓN SEXUAL, INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES

Lic. Eva Leticia Zúñiga Campos

Alumna de la Maestría en Psicoterapia Cognitivo Conductual en Salud Mental
y Familia. Instituto de Posgrado en Psicoterapia Cognitivo Conductual. Sede Morelia.

Dr. en C. Alain R. Rodríguez Orozco

Profesor del Doctorado en Ciencias de la Salud y Farmacéuticas.
Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”.
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia.

Correo: laetyzc@gmail.com; alain.rodriguez@umich.mx

RESUMEN

Este artículo pretende actualizar a los clínicos sobre la existencia del trastorno obsesivo compulsivo de orientación sexual, haciendo hincapié en las estrategias que existen para su tratamiento desde el enfoque cognitivo conductual. Las investigaciones y publicaciones científicas se han centrado en las manifestaciones más frecuentes del trastorno, como son la limpieza, la acumulación, el orden y la simetría, pero existe muy poca información sobre la identificación de las obsesiones de contenido sexual y menos aún sobre aquellas obsesiones que cuestionan la orientación sexual y su tratamiento. Los pacientes con obsesiones de orientación sexual suelen padecer rumiaciones mentales cuyo contenido los lleva a cuestionarse su orientación sexual, siendo esto producto del trastorno y no precisamente de una crisis de identidad sexual, entonces sufren una intensa angustia, incomodidad extrema y vergüenza, motivo por el cual muchas veces no se busca ayuda profesional. Además, hay evidencia de que el clínico no está familiarizado con las obsesiones de orientación sexual que presenta este trastorno y llega a confundir el diagnóstico con una crisis de identidad sexual, lo que retrasa el tratamiento oportuno y eficaz en el paciente. Este trabajo se realizó con el objetivo de contribuir al banco de información sobre este tema, que aún es muy escaso y casi nulo en el idioma español, al presentar las principales características del paciente adulto con trastorno obsesivo compulsivo de orientación sexual y las estrategias que han resultado útiles para su tratamiento con terapia cognitivo conductual.

PALABRAS CLAVE: Trastorno obsesivo compulsivo, obsesiones de orientación sexual, terapia cognitivo conductual

ABSTRACT

This article intends to upgrade clinicians about the existence of Obsessive-compulsive disorder with sexual orientation obsessions, emphasizing the strategies that exist for their treatment from the cognitive behavioral approach. Research and scientific publications have focused on the most common manifestations of this disorder, such as cleanliness, accumulation, order and symmetry, but there is very little information about identifying of obsessions with sexual content, and even less on those obsessions that question the sexual orientation and its treatment. Patients with sexual orientation obsessions often suffer from ruminations whose content leads them to question their sexual orientation, this being a product of the disorder and not precisely a crisis of sexual identity, then they suffer intense anguish, extreme discomfort and shame, which is why many times professional help is not sought. In addition, there is evidence that the clinician is not familiar with the sexually oriented obsessions presented by this disorder, and misunderstand the diagnosis with a sexual identity crisis, which delays timely and effective treatment in the patient. This work was performed in order to contributing to the information bank about this topic, which is still very scarce and almost non-existent in the Spanish language, by presenting the main characteristics of the adult patient with obsessive-compulsive disorder with sexual orientation obsessions and the strategies that have been useful for their treatment from the cognitive-behavioral therapy approach.

KEYWORDS: obsessive compulsive disorder, sexual orientation obsessions; cognitive behavioral therapy

INTRODUCCIÓN

A pesar de que las obsesiones sobre la orientación sexual son relativamente comunes en el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), con frecuencia este síntoma se entiende de forma errónea por médicos y pacientes. El profesional de salud mental llega a malinterpretar las obsesiones como anhelos o fantasías y resultar en un diagnóstico de ansiedad o depresión como consecuencia de un conflicto de identidad sexual; angustia por "salir del clóset" (Williams y Farris, 2011, p. 157) y se confunden las obsesiones y compulsiones con rumiaciones mentales depresivas. Existe un gran vacío en la literatura científica sobre el manejo cognitivo conductual de pacientes con TOC con obsesiones de orientación sexual y este vacío es muy significativo en literatura proveniente de Hispanoamérica, por lo que este trabajo resulta relevante al contribuir al estado del arte en la literatura, principalmente en castellano.

Este trabajo se hizo con el objetivo de presentar las principales características del paciente adulto con TOC con obsesiones de orientación sexual y las estrategias que han resultado útiles para su tratamiento desde la perspectiva de la Terapia Cognitivo Conductual. De ahí el planteamiento de siguiente hipótesis: la implementación de estrategias cognitivo conductuales específicas en adultos con trastorno obsesivo compulsivo con obsesiones de orientación sexual mejoran su calidad de vida e inducen la remisión de la sintomatología.

DESARROLLO

Obsesiones con contenido sexual en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo.

De acuerdo a la American Psychiatric Association (APA), el Trastorno Obsesivo Compulsivo se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones. Generalmente se presentan ambos síntomas, provocando estrés, interfiriendo en las rutinas, relaciones interpersonales y funcionamiento cotidiano del paciente (Toffolo, 2015). Smith, Wetterneck y Harpster, (2011) refieren que toda persona con o sin TOC, puede llegar a experimentar pensamientos sexuales no deseados y, de acuerdo a Rachman (1997), la diferencia es que la persona con TOC proporciona demasiada importancia a esos pensamientos no deseados. Abramowitz et al., (2010) señalan que en los pacientes con TOC, el contenido de los pensamientos es diverso, por ello, los investigadores agrupan estas variantes de acuerdo a su temática: contaminación, responsabilidad por daños, simetría/incompletitud y pensamientos síntomas citados en McCarty, Guzick, Swan, y McNamara (2017), por su parte Ball, Baer y Otto (1996) refieren que sobre las obsesiones de comprobación y contaminación existe una gran cantidad de investigaciones; por el contrario, la obsesión sexual, que pertenece a los pensamientos tabúes, es un área que ha recibido poca atención (Williams, Slimowicz, Tellawi, y Wetterneck, 2014). Este tipo de obsesiones pueden hacer referencia a actos sexuales con familiares o niños, infidelidad, conductas sexuales agresivas u homosexuales (Fernández et al., 2013). Los rituales compulsivos en estas personas tienden a ser encubiertos o mentales: rezar, reemplazar pensamientos o debatir consigo mismo (Williams y Wetterneck, 2019), además, estos pacientes generalmente no cuentan con antecedentes de violencia, ni suelen cumplir sus obsesiones, pero al identificar que sus pensamientos son peligrosos e importantes (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2003), realizan un gran esfuerzo mental para intentar suprimirlos. Sin embargo, de acuerdo con Wegner, Schneider, Carter y White (1987) estos intentos producen el efecto contrario, aumentan la ansiedad y mantienen los síntomas (Citado en Williams y Wetterneck, 2019).

Socialmente, al tema de la sexualidad se le atribuyen significados morales, emotivos y religiosos, creando un terreno fértil para la presencia de las obsesiones (Gordon, 2002). Cabe destacar, que entre los pacientes que acuden en busca de tratamiento para el trastorno obsesivo compulsivo, aproximadamente el 10.5 por ciento refieren la presencia de obsesiones sexuales como síntoma principal (Williams et al., 2014). Grant et al., (2006) realizaron una investigación sobre la prevalencia de Trastorno Obsesivo Compulsivo con Obsesiones Sexuales, para ello se tomó una muestra clínica de 293 pacientes con TOC y se encontró que el 24.9 por ciento presentó alguna vez obsesiones sexuales y estas persistían en el 13.3 por ciento.

Trastorno Obsesivo Compulsivo con obsesiones de orientación sexual.

De acuerdo a Alonso et al., (2001) las obsesiones se presentan de forma más severa en los pacientes que sufren pensamientos inaceptables, a diferencia de aquellos con otros temas de TOC (Citado en Williams y Wetterneck, 2019). Williams y Farris (2011) refieren que los pacientes con obsesiones sobre su orientación sexual, se angustian más y presentan mayores obstáculos en sus vidas como resultado de sus síntomas. A menudo, las obsesiones sexuales incluyen temores relativos a experimentar un cambio en la orientación sexual, a participar en actos sexuales indeseables, la presencia de imágenes mentales sexuales indeseadas, agresión sexual o pensamientos sexuales con figuras religiosas (Williams y Wetterneck, 2019). Y de acuerdo con Dell'Osso et al. (2012) y Grant et al. (2006), derivado de los efectos que estas obsesiones sexuales producen en la persona, las tasas de depresión clínica son más elevadas en comparación con las personas que padecen otras preocupaciones en el TOC (Williams y Wetterneck, 2019).

Así también, Glazier, Wetterneck, Singh y Williams (2015) y Weingarden y Renshaw (2015) señalan que la estigmatización percibida y los sentimientos de vergüenza son mayores en los pacientes con obsesiones de contenido tabú que en aquellos que presentan otros síntomas dominantes. En el mismo sentido Beşiroğlu et al. (2010); Cathey y Wetterneck (2013); Corcoran y Woody (2008) y Simonds y Thorpe (2003) indican que se ha demostrado que la sociedad en general tiende a no aceptar y a percibir como amenazantes los pensamientos tabúes, favoreciendo que el paciente que sufre de estas obsesiones comparta con menor frecuencia su malestar. Y bien, de acuerdo con García-Soriano, Rufer, Delsignore y Weidt (2014) y con Rüsçh, Angermeyer, y Corrigan (2005), es el estigma en estos casos, un gran obstáculo para que el paciente busque tratamiento (Citado en McCarty et al., 2017). Otro factor que tampoco contribuye a su reconocimiento y tratamiento, es que, de manera específica,

las obsesiones con contenido de orientación sexual, son las que menos atención han recibido en la literatura (Williams et al., 2014).

Williams (2008) indica que el TOC-homosexual se caracteriza por el miedo obsesivo de ser o convertirse en homosexual, e incluye cogniciones intrusivas no deseadas de comportamiento homosexual (Melli et al., 2016) y/o miedo a que los demás puedan pensar que es homosexual (Williams y Farris, 2011). Aunque, como refieren Goldberg (1984) y Williams y Ching (2016) las preocupaciones sobre la orientación sexual pueden presentarse en individuos heterosexuales y de la comunidad LGBTQ (lesbianas, gays, bisexuales, transexuales o queer), al presentar obsesiones sobre la identidad sexual diferente a la que ellos se atribuyen (Williams et al., 2018).

La persona heterosexual con TOC con obsesiones de orientación sexual, puede dudar ansiosamente y cuestionarse su orientación sexual al presentar excitación fisiológica si es tocado por una persona del mismo sexo o, por el contrario, si no presenta tal respuesta ante el contacto con una persona del sexo opuesto (Williams y Wetterneck, 2019). Ante estas obsesiones de duda, la persona busca tranquilizarse a través de la racionalización, búsqueda de información e investigar con alguien a su alrededor si considera que es gay (Purdon, 2004). Para reasegurar su heterosexualidad, puede también ver pornografía heterosexual u homosexual para comparar sus respuestas de excitación e incrementar sus relaciones sexuales con personas del sexo opuesto (Williams y Wetterneck, 2019).

La continua repetición de estas compulsiones para reducir la ansiedad, generan un reforzamiento de la respuesta, ocasionando una fuerte resistencia a abandonarlas (Williams y Wetterneck, 2019). Finalmente, de acuerdo con Williams (2008) es necesario destacar que el TOC de orientación sexual no es producto de una homofobia o heterosexismo; la persona puede presentar o no emociones de rechazo hacia los individuos LGBTQ (Williams y Wetterneck, 2019).

Groinal response (respuesta inguinal)

De acuerdo a Williams et al. (2014) existen dos tipos de compulsiones mentales para disminuir la ansiedad en el TOC con obsesiones de orientación sexual, por un lado, aquellas que buscan la tranquilidad sobre la heterosexualidad, y por otro, la comprobación de las reacciones fisiológicas para detectar un erotismo. Así también, la persona acude a la evitación para reducir su ansiedad (Igartua, 2015). Es aquí donde entra el concepto de “*groinal response*”, término que se refiere a las sensaciones que experimenta en los órganos genitales la persona con TOC al momento de presentar las obsesiones sexuales. Estas respuestas son intrusivas ya que las sensaciones no son deseadas por el paciente.

Groinal reporta se caracteriza por la angustia que experimenta la persona con TOC con obsesiones de orientación sexual como resultado de respuestas de excitación sexual o sensaciones genitales derivadas de un estímulo que no considera congruente con su identificación sexual (OCD Clinic Brisbane, 2020).

Williams et al. (2014) señalan que comúnmente, como compulsión tranquilizante, la persona monitorea constantemente sus reacciones genitales mientras observa excesivamente a las personas o pornografía, sea de contenido heterosexual y/o gay, a fin de comprobar sus deseos sexuales (Coimbra-Gomes y Motschenbacher, 2019). De acuerdo con Bruce, Ching y Williams (2017), *groinal response* es consecuencia del intenso nivel de ansiedad ante una obsesión sexual, y puede incluir sensaciones físicas, reacciones fisiológicas como tumescencia, sudoración o lubricación e incremento de la presión arterial, provocando miedo y vergüenza en el paciente al malinterpretar estas respuestas como un indicador de deseo o intención.

TOC con obsesiones de orientación sexual versus identidad de género

Cuando se presenta un proceso de cuestionamiento sobre la identidad de género, la persona que presenta una atracción hacia el mismo sexo, experimenta una progresión de conciencia y aceptación al respecto y su temor se va desvaneciendo. En este caso, la persona se sabe atraída por otra del mismo sexo, aunque mantenga silencio por vergüenza. Así también, ante imágenes homosexuales la persona homosexual puede excitarse y sentir vergüenza. Por otro lado, en la persona con TOC con obsesiones con contenido de orientación sexual no se produce tal progresión y su nivel de homofobia es bajo en comparación con la angustia de ser gay. En este caso, la persona no se convence de su atracción y, ante imágenes homosexuales, experimenta ansiedad y disgusto, pudiendo aislarse para evitar a personas de su propio sexo por el miedo a experimentar atracción (Igartua, 2015).

Tratamiento del TOC con obsesiones de orientación sexual.

Hasta el momento, el tratamiento psicoterapéutico más efectivo para el tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo es la Terapia Cognitivo Conductual (McKay et al., 2015). Suele ser muy eficaz apoyarse además de fármacos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (Hirschtritt, Bloch y Mathews, 2017). Los objetivos de la intervención psicoterapéutica en el TOC con obsesiones de orientación sexual serán la psicoeducación, el reconocimiento de los procesos mentales mantenedores del trastorno, eliminar la interpretación trágica de los pensamientos para menguar la importancia que se les atribuye y la prevención de los rituales (Igartua, 2015). A continuación, se

mencionan algunas de las estrategias de intervención que utiliza la Terapia Cognitivo Conductual para tratar a los pacientes que presentan TOC con obsesiones de orientación sexual.

a) *La psicoeducación.*

La psicoeducación es una estrategia en la que se provee al paciente de información educativa sobre el trastorno (García-Cedillo, Cruz, Martínez y Sánchez-Armás, 2017). Esta es una fase de especial importancia que debe abordarse temprano y cada vez que sea necesario durante el tratamiento cognitivo conductual. En la figura 1 se observan aspectos relevantes a tratar en este proceso.

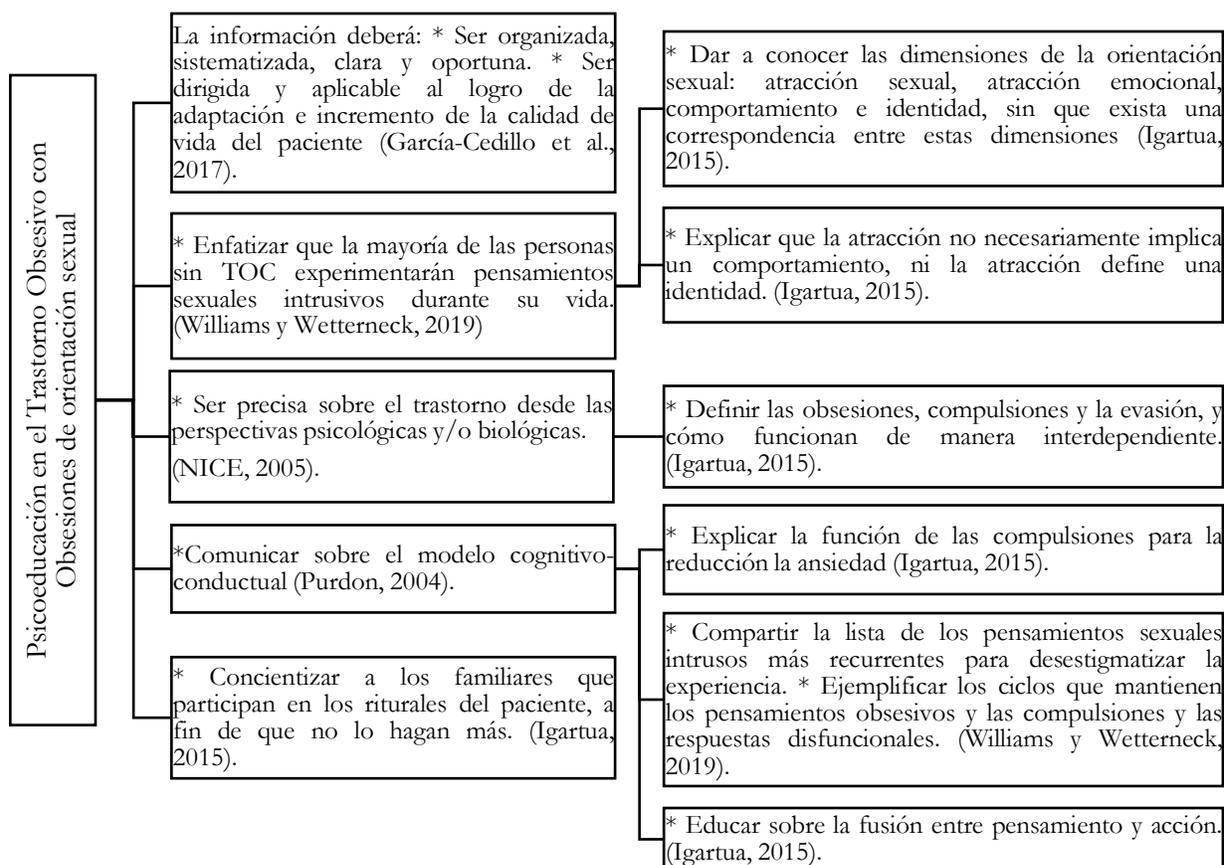


Figura 1. Psicoeducación en el paciente con TOC de orientación sexual.

Fuente: Elaboración propia con base en autores señalados.

b) *Exposición con Prevención de Respuesta (EPR)*

Los temores más frecuentes en el TOC con obsesiones de orientación sexual incluyen la duda sobre la orientación sexual, experiencias románticas con el mismo sexo y el temor de que los demás le perciban con una orientación sexual diferente (Williams, Crozier, y Powers, 2011). La figura 2 muestra la exposición con prevención de respuesta y las tareas en el tratamiento de pacientes con TOC de orientación sexual como herramientas efectivas.

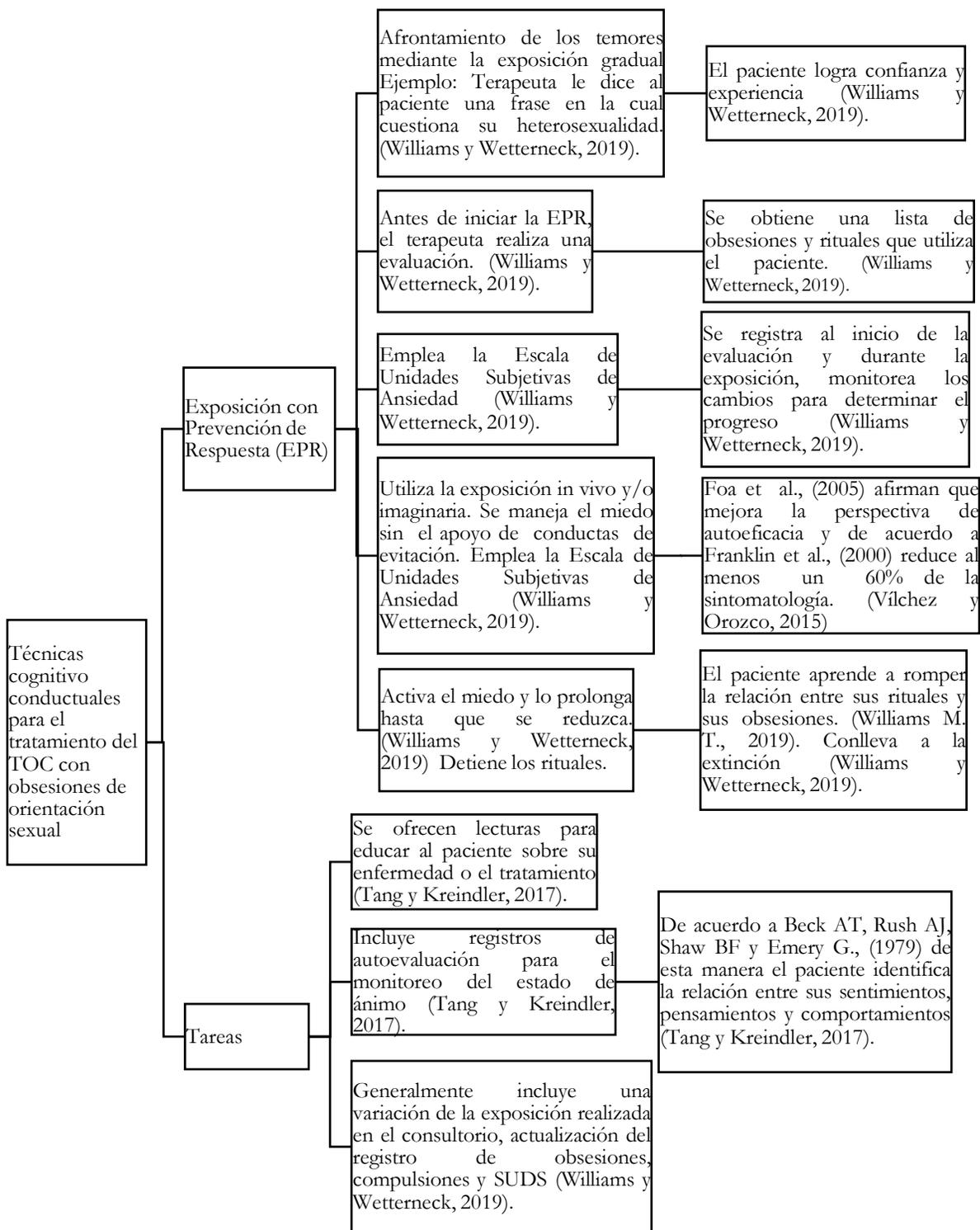


Figura 2. Exposición con prevención de respuesta y tareas en el tratamiento de pacientes con TOC de orientación sexual. Fuente: Elaboración propia con base en autores señalados.

Para abordar el miedo en estos pacientes, se han usado estrategias como la reestructuración cognitiva y los experimentos conductuales, cuya eficacia ha sido demostrada a nivel experimental. De acuerdo con Abramowitz (1996) y Olatunji (2013), la Exposición con Prevención de Respuesta (EPR) se ha establecido como un tratamiento de referencia para el TOC. Esta técnica confronta al paciente a situaciones relacionadas con sus obsesiones evitando la conducta compulsiva que usualmente reduce su ansiedad (Citado en Williams y Wetterneck, 2019).

c) Tareas

Kazantzis et al. (2012) señalan que la Terapia Cognitivo Conductual utiliza tareas en su proceso de tratamiento, estas tareas son ejercicios estructurados con fines terapéuticos que el terapeuta solicita al paciente realizar entre una sesión y otra, las cuales pueden ser psicoeducativas, de autoevaluación y específicas de modalidad. Los terapeutas cognitivo conductuales pueden prescribir registros de síntomas, diarios autorreflexivos y actividades estructuradas como la EPR y la respuesta a las obsesiones y las compulsiones (Tang y Kreindler, 2017).

d) Reestructuración cognitiva.

La reestructuración cognitiva es un procedimiento que tiene como fin modificar las valoraciones, creencias irracionales y las distorsiones cognitivas de la persona sobre sus cogniciones amenazantes. El Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) destaca cuatro distorsiones cognitivas específicas a abordar en el paciente con TOC: la sobrevaloración de los pensamientos, la preocupación excesiva por controlar los propios pensamientos, la intolerancia a la incertidumbre y el perfeccionismo. En la reestructuración cognitiva, el paciente identifica sus sesgos cognitivos, reúne evidencias y pone a prueba hipótesis empíricas y utiliza experimentos conductuales. Por medio de esta técnica, se atienden las creencias y las valoraciones del paciente sobre sus percepciones amenazantes, analizando la probabilidad y gravedad de tales percepciones, para así modificar la forma en que percibe, interpreta y atribuye significado a sus pensamientos o cogniciones no deseados (Clark y Beck, 2012).

e) Experimentos conductuales

Cuando el paciente ya es capaz de identificar sus obsesiones y compulsiones, el terapeuta inicia los experimentos de conducta. Esta técnica permite poner a prueba las creencias del paciente, mientras

se resiste a sus compulsiones. Aquí, paciente y terapeuta registran las predicciones del resultado temido previo inicio del experimento conductual. Después, analizan el resultado del ejercicio, predicción temida versus el resultado real. Newth y Rachman (2001) refieren un tipo de experimento donde se motiva al paciente a compartir con alguien cercano sus obsesiones, para lo cual se requiere que el paciente cuente con una persona cercana capaz de comprenderlo y asegure el éxito del experimento (Citado en Williams y Wetterneck, 2019).

f) Terapia de aceptación y compromiso (TAC) para el TOC

Bluett et al. (2014) refieren que un enfoque factible basado en la evidencia para la ansiedad y trastornos relacionados con el TOC, es la terapia de aceptación y compromiso. Hayes, Pistorello y Levin (2012), por otro lado, señalan que su objetivo es incrementar la flexibilidad psicológica en el paciente, definida como la voluntad de experimentar consciente y plenamente el momento presente, sin juzgar ni evaluar, mientras se comporta de acuerdo con sus valores personales. Así, la TAC favorece en el paciente una nueva relación con sus pensamientos obsesivos y la ansiedad, reconociendo que su pensamiento es solo eso, un pensamiento, y la ansiedad es una emoción que se expresa sin un significado inherente (Williams y Wetterneck, 2019).

g) Atención plena (Mindfulness)

Kabat-Zinn (1994) define Mindfulness (atención plena) como el prestar atención de manera intencionada, en el momento presente y sin juzgar (Key et al., 2017). De acuerdo con Kabat-Zinn et al. (1992) y Williams et al. (2008), con esto se logra disminuir los síntomas de ansiedad (Key et al., 2017) y como señalan Fairfax (2008) y Orsillo y Roemer (2005) se promueve la identificación de las interpretaciones erróneas de los pensamientos, la fusión de pensamiento-acción y las maniobras de evitación (Key et al., 2017). Así mismo, la terapia de Aceptación y Compromiso propone la defusión cognitiva que consiste en extenuar la respuesta de control que el paciente ejecuta sobre sus pensamientos, de forma que a pesar de la presencia de éstos no sean condicionantes de su conducta hacia una vida plena. Además, le enseña a abandonar los juicios sobre sus pensamientos, a disminuir la valoración negativa de sus obsesiones y por ende, a reducir su ansiedad (Williams y Wetterneck, 2019).

CONCLUSIONES

El Trastorno Obsesivo Compulsivo con obsesiones de orientación sexual es un padecimiento frecuente y sumamente incapacitante, cuya investigación y difusión aún es escasa, principalmente en el idioma español. La Terapia Cognitivo Conductual ofrece un tratamiento con efectividad reconocida para abordar tanto las cogniciones que producen la obsesión, como las conductas que derivan en las compulsiones en pacientes con TOC y obsesiones sexuales y utiliza estrategias como son la psicoeducación del paciente sobre el trastorno, la reestructuración cognitiva para mejorar cuestionar y reevaluar los pensamientos intrusivos, las tareas para monitorear su progreso, así como los experimentos conductuales y la exposición con prevención de respuesta. En este grupo de pacientes han sido también muy útiles la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Atención Plena, a través de las cuales se entrena a estos para separarse (defusionarse) de sus pensamientos, conectarse en su presente y encaminarse hacia la vida que se desea vivir.

Agradecemos al MC. Luis Enrique García Pérez, por la revisión del documento.

REFERENCIAS

- Bruce, S. L., Ching, T. H., y Williams, M. T. (2017). Pedophilia-Themed Obsessive–Compulsive Disorder: Assessment, Differential Diagnosis, and Treatment with Exposure and Response Prevention. *Arch Sex Behav*, 47(2), 389–402. doi:10.1007/s10508-017-1031-4
- Clark, D. A., y Beck, A. T. (2012). *Terapia Cognitiva para los trastornos de ansiedad. Ciencia y práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Coimbra-Gomes, E., y Motschenbacher, H. (2019). Language, normativity, and sexual orientation obsessive-compulsive disorder (SO-OCD): A corpus-assisted discourse analysis. *Language in Society*, 48(4), 565–584. doi:10.1017/S0047404519000423
- Fernandez de la Cruz, L., Barrow, F., Bolhuis, K., Krebs, G., Volz, C., Nakatani, E., Heyman, I., y Mataix-Cols, D. (2013). Sexual Obsessions in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: clinical characteristics and treatment outcomes. *Depression and Anxiety*, 30(8), 732–740. doi:10.1002/da.22097
- García-Cedillo, I., Cruz Guillén, Y., Martínez Ramírez, A., y Sánchez-Armáss, O. (2017). Promoción de la adherencia terapéutica de mujeres con obesidad mediante psicoeducación. *Psychologia*, 11(1), 13-23. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297251403001>
- Gordon, W. M. (2002). Sexual obsessions and OCD. *Sexual and Relationship Therapy*, 17(4), 343-354. doi:10.1080/1468199021000017191
- Grant, J. E., Pinto, A., Gunnip, M., Mancebo, M. C., Eisen, J. L., y Rasmussen, S. A. (2006). Sexual obsessions and clinical correlates in adults with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 325– 329. doi:10.1016/j.comppsy.2006.01.007

- Hirschtritt, M. E., Bloch, M. H., y Mathews, C. A. (2017). Obsessive-Compulsive Disorder, Advances in Diagnosis and Treatment. *Jama*, 317(13), 1358-1367. doi:10.1001/jama.2017.2200
- Igartua, K. J. (2015). Distinguer le processus d'acceptation d'une identité sexuelle minoritaire d'un trouble obsessionnel compulsif avec obsessions sexuelles. (D. d. Montréal, Ed.) *Santé mentale au Québec*, 40(3), 129-144. doi:10.7202/1034915ar
- Key, B. L., Rowa, K., Bieling, P., McCabe, R., y Pawluk, E. J. (2017). Mindfulness-based cognitive therapy as an augmentation treatment for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(5), 1109– 1120. doi:10.1002/cpp.2076
- McCarty, R. J., Guzick, A. G., Swan, L. K., y McNamara, J. P. H. (2017). Stigma and recognition of different types of symptoms in OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 12, 64-70. doi:10.1016/j.jocrd.2016.12.006
- McKay, D., Sookman, D., Neziroglu, F., Wilhelm, S., Stein, D. J., Kyrios M., Matthews, K., y Veale, D. (2015). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 225(3), 236-246. doi:10.1016/j.psychres.2014.11.058
- Melli, G., Moulding, R., Gelli, S., Chiorri, C., y Pinto, A. (2016). Assessing Sexual Orientation-Related Obsessions and Compulsions in Italian Heterosexual Individuals: Development and Validation of the Sexual Orientation Obsessive-Compulsive Scale (SO-OCS). *Behavior Therapy*, 47(4), 431–443. doi:10.1016/j.beth.2016.03.00
- NICE. (2005). *Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment*. Obtenido de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31/resources/obsessivecompulsive-disorder-and-body-dysmorphic-disorder-treatment-pdf-975381519301>
- OCD Clinic Brisbane. (2020). <https://ocdclinicbrisbane.com.au/>. Obtenido de <https://ocdclinicbrisbane.com.au/homosexual-ocd-hocd-2/>
- Purdon, C. (2004). Cognitive-behavioral treatment of repugnant obsessions. *Journal of Clinical Psychology*, 60(11), 1169–1180. doi:10.1002/jclp.20081
- Tang, W., y Kreindler, D. (2017). Supporting Homework Compliance in Cognitive Behavioural Therapy: Essential Features of Mobile Apps. *JMIR Ment Health*, 4(2), e20. doi:10.2196/mental.5283
- Toffolo, M. B. J. (2015). Better super safe than slightly sorry? *Reciprocal relationships between checking behavior and cognitive symptoms in obsessive-compulsive disorder*. Retrieved from Utrecht University Repository: <https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/322077/TOFFOLO.pdf?sequence=1>
- Vílchez Ceballos, M., y Orozco Alonso, M. T. (2015). Aplicación de la terapia cognitivo-conductual en un caso de trastorno obsesivo compulsivo. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 3(1), 79-100.
- Williams, M. T., y Farris, S. G. (2011). Sexual orientation obsessions in obsessive-compulsive disorder: Prevalence and correlates. *Psychiatry Research*, 187(1-2), 156-159. doi:10.1016/j.psychres.2010.10.019
- Williams, M. T., Y Wetterneck, C. (2019). *Sexual Obsessions in Obsessive-Compulsive Disorder. A Step-by-Step, Definitive Guide to Understanding, Diagnosis, and Treatment*. New York, NY.: Oxford University Press.
- Williams, M. T., Ching, T. H. W., Tellawi, G., Siev, J., Dowell, J., Schauldt, V., Slimowicz, J. C., y Wetterneck, C. T. (2018). Assessing Sexual Orientation Symptoms in Obsessive-Compulsive Disorder: Development and Validation of the Sexual Orientation Obsessions and Reactions Test (SORT). *Behavior Therapy*, 49(5), 715-729. doi:10.1016/j.beth.2017.12.005
- Williams, M. T., Crozier, M., y Powers, M. (2011). Treatment of Sexual-Orientation Obsessions in Obsessive-Compulsive Disorder Using Exposure and Ritual Prevention. *Clinical Case Studies*, 10(1), 53–66. doi:10.1177/1534650110393732



Williams, M. T., Slimowicz, J., Tellawi, G., y Wetterneck, C. (2014). Sexual orientation symptoms in obsessive compulsive disorder: Assessment and treatment with cognitive behavioral therapy. *Directions in Psychiatry*, 34(1), 37–50.