

El enfoque cognitivo en el tratamiento de una adolescente con obsesiones y compulsiones de contenido sexual

Araitz Petrizán¹, Eduard Forcadell^{2,3}, Maria T. Nascimento¹, Ester Camprodon¹, Xavier Estrada¹, & Luís M. Martín^{1,3}

¹Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, CSMIJ Sant Martí i La Mina, Parc de Salut Mar, Barcelona, España

²Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell, Sabadell, España

³Departament de Psiquiatria i Medicina Forense, Facultat de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, España

Resumen

El presente trabajo es un estudio de caso único sobre una adolescente de 15 años con un trastorno obsesivo compulsivo (TOC) de contenido sexual. Este tipo de obsesiones y compulsiones tienen la particularidad de la ocultación, ya que aquellos que lo padecen acostumbran a esconder los síntomas por ser percibidos como inaceptables. El tratamiento utilizado combina técnicas cognitivas en los momentos iniciales y técnicas conductuales (exposición con prevención de respuesta, EPR). Se llevó a cabo una evaluación pretest-posttest empleando la *Child Behavior Checklist* (CBCL), la *Youth Self-Report* (YSR) y la *Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (CY-BOCS). La evolución fue favorable, observándose una reducción notable en las obsesiones y compulsiones tras la aplicación de las técnicas cognitivas y obteniendo una remisión completa aplicando de forma consecutiva la exposición con prevención de respuesta. Este estudio subraya la importancia de un modelo de intervención cognitivo en la intervención del TOC en adolescentes con obsesiones de tipo sexual, además de la técnica de EPR.

Palabras clave: trastorno obsesivo compulsivo, obsesiones sexuales, estudio de caso único, tratamiento cognitivo, terapia cognitivo-conductual.

Abstract

The cognitive approach in the treatment of an adolescent with sexual obsessions and compulsions. This work is a case study of a 15-year old adolescent with an obsessive compulsive disorder (OCD) of sexual content. These types of obsessions and compulsions have the particularity of the occultation, given that those who have such symptoms tend to hide the indications because they are perceived as unacceptable. The treatment used combines cognitive techniques in the initial stages of therapy and behavioral techniques (exposure response prevention, ERP). The assessment consists of a pretest-posttest assessment using the *Child Behavior Checklist* (CBCL), the *Youth Self-Report* (YSR) and the *Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (CY-BOCS). The evolution of the treatment approach was favorable, showing a significant reduction in obsessions and compulsions after the application of cognitive techniques. Furthermore, findings suggested a complete remission after subsequent exposure with response prevention. This study highlights the importance of cognitive intervention in adolescents with sexual related OCD, in addition to the ERP technique.

Keywords: obsessive compulsive disorder, sexual obsessions, case study, cognitive therapy, cognitive behavioral therapy.

Según la quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association, 2013) el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se caracteriza por las obsesiones y/o compulsiones que consumen tiempo, son estresantes y/o interfieren con la rutina, relaciones interpersonales o el funcionamiento cotidiano. Las obsesiones constituyen impulsos, ideas, imágenes o pensamientos persistentes que se introducen en

la mente de la persona y provocan una preocupación o ansiedad excesiva. Las compulsiones conforman actos o conductas repetitivos que se ejecutan como respuesta a las obsesiones para aliviar o evitar la preocupación y/o ansiedad.

Asimismo, muchos de los individuos que presentan un TOC también tienen unas creencias disfuncionales asociadas (un alto sentido de la responsabilidad, tendencia a la sobrevaloración, perfeccionismo,

Correspondencia:

Araitz Petrizán.

Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, CSMIJ Sant Martí i La Mina, Parc de Salut Mar, Barcelona.

C/Ramón Turró, 337-339, 3ª planta, 08019, Barcelona, España.

E.mail: 60961@parcdesalutmar.cat

dificultades de tolerar la incertidumbre, sobrevaloración y necesidad de controlar los pensamientos) (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 1997; Steketee et al., 2003).

La prevalencia global de este trastorno es de 1.1 - 1.8% en la población general. En la edad adulta las mujeres están ligeramente más afectadas que los hombres, aunque en la infancia y adolescencia los chicos presentan mayor afectación (American Psychiatric Association, 2013). El inicio del trastorno suele ser alrededor de los 19.5 años (los chicos suelen debutar antes que las chicas) y un 25% de los casos se inician sobre los 14 años (American Psychiatric Association, 2013).

Cuando el trastorno se inicia en la adolescencia es habitual que presenten interferencia en las relaciones sociales. El contenido de las obsesiones y compulsiones varía entre los individuos. El contenido de las obsesiones también pueden ser del área de la religión, agresividad o sexuales (Bloch, Landeros-Weisenberger, Rosario, Pittenger, & Leckman, 2008; Mataix-Cols, Do Rosario-Campos, & Leckman, 2005). Este último puede incluir pensamientos no deseados sobre actos sexuales con miembros de la familia o niños pequeños, comportamiento sexual agresivo, infidelidad y actos homosexuales (Grant et al., 2006; Williams & Farris, 2011). Las obsesiones sexuales pueden permanecer sin ser detectadas ya que los afectados presentan mucha vergüenza de revelar síntomas que puedan ser percibidos como inaceptables (Baer, 2001). A pesar de esto, las obsesiones sexuales son comunes en los adultos con TOC, con una prevalencia que oscila entre 5-24% (Foa & Kozak, 1995; Rasmussen & Eisen, 1992). Las obsesiones sexuales son también comunes en pacientes adolescentes y también pueden estar presentes en niños de hasta 8 años (Geller et al., 2001).

Hoy en día los tratamientos del TOC que han demostrado de forma controlada su eficacia y están dentro de la categoría de tratamientos bien establecidos son el tratamiento de exposición con prevención de respuesta y el tratamiento psicofarmacológico (Foa et al., 2005; Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team, 2004). Dentro de la categoría de tratamiento probablemente eficaz están las aportaciones cognitivas dentro de la exposición con prevención de respuesta. En este contexto, el estudio y aplicación de técnicas cognitivas en el tratamiento del TOC se han situado en un segundo plano. No obstante, no se ha de olvidar la importancia del papel de los pensamientos, concretamente de cómo interpretan y valoran los pacientes los pensamientos intrusivos y obsesivos (Rachman, 2002; Salkovskis, 1999). En el modelo cognitivo para el TOC las aportaciones de Salkovskis han sido las más relevantes (Salkovskis, 1985, 1989). Los pensamientos intrusivos, imágenes o impulsos son consideradas como un fenómeno normal y común para la mayoría de las personas (Rachman & De Silva, 1978). El 90% de las personas reconocen tener ese tipo de pensamientos (Rachman & De Silva, 1978; Salkovskis & Harrison, 1984). Sólo los que interpretan inadecuadamente y catastróficamente estos pensamientos los transforman en obsesiones y pueden generar el TOC, tal y como se da en la clínica (Rachman, 2002). La consideración de los rituales como un subproducto de diversos factores y procesos cognitivos sigue siendo el punto central de las teorías cognitivas sobre el TOC. Así, en el modelo cognitivo el objetivo principal es la intervención sobre el sistema cognitivo; modificación de las interpretaciones inadecuadas a través de experimentos comportamentales que facilitan cambios cognitivos.

Múltiples ensayos clínico han demostrado la eficacia del tratamiento cognitivo para el TOC (Whittal, Thordarson, & McLean, 2005; Wilhelm et al., 2005, 2009). Recientes estudios han demostrado que la presencia de obsesiones sexuales así como una elevada motivación hacia el tratamiento predijeron una mayor remisión de los síntomas a través del tratamiento cognitivo (Steketee et al., 2011).

El presente trabajo ofrece un tratamiento que combina técnicas cognitivas en los momentos iniciales de la terapia y técnicas conductuales (exposición y prevención de respuesta), sin tratamiento farmacológico como coadyuvante, en un caso de TOC en una adolescente con obsesiones de tipo sexual.

Descripción del caso

Identificación de la paciente

La paciente es una adolescente de 15 años de edad. Presenta antecedentes psiquiátricos en familiar de primer grado vía paterna de trastorno depresivo. No constan más antecedentes a nivel familiar. En cuanto a la historia de desarrollo presenta embarazo, parto e hitos evolutivos dentro de los parámetros de la normalidad. Temperamento fácil. No constan consumo de tóxicos ni más antecedentes médicos de interés. A nivel psiquiátrico, en octubre de 2015 destaca una única visita en la red privada en la cual se realiza orientación diagnóstica de TOC y se le indica tratamiento psicofarmacológico que la paciente no llega a iniciar. Respecto a su familia es hija única y sus padres están separados desde que la paciente tenía 5 años de edad. Convive en domicilio familiar junto a su madre en una ciudad y mantiene contacto regular con el padre. Cursa tercero de secundaria en un instituto público con buen rendimiento escolar y social.

Motivo de consulta

Acude a la unidad de salud mental infanto-juvenil derivada por su pediatra de atención primaria solicitando una segunda opinión en relación a pensamientos obsesivos que interfieren en la funcionalidad de la paciente. La paciente oculta tanto a la familia como a la pediatra referente el contenido de los pensamientos obsesivos.

Historia del problema

A finales de 2014 inicia cuadro clínico compatible con un TOC, caracterizado por pensamientos obsesivos de temática sexual ("¿y si soy homosexual?") con sintomatología compulsiva asociada con repercusión emocional intensa y deterioro en la funcionalidad social (periodos en los cuales disminuyó el contacto con algunas amistades). Cuadro clínico que cursa con fluctuaciones en la intensidad hasta que realiza una primera visita en la red privada de salud mental al cabo de un año, momento en el cual recibe el diagnóstico e indicación de pauta médica. La familia se muestra reticente ante la indicación médica y solicita segunda opinión en la red pública de salud mental por lo que el pediatra referente deriva la paciente al centro de salud mental infanto-juvenil de zona, donde recibirá tratamiento por parte de una psicóloga clínica.

En cuanto a la exploración psicopatológica destaca aspecto adecuado, actitud colaboradora pero parcialmente inhibida. Consciente y orientada, sin alteraciones de atención, memoria ni a nivel psicomotriz, ligera hipotimia y labilidad emocional. Se muestra reactiva y con capacidad hedónica conservada. Moderada ansiedad basal. Discurso fluido y coherente. Presencia de obsesiones de temática sexual y compulsiones asociadas. No clínica de la esfera psicótica. Niega ideación autolítica. Sueño y apetito conservados.

Evaluación del caso

En una primera fase de evaluación se entrevistó a los padres y la paciente por separado y se administraron dos escalas: la *Child Beha-*

viator Checklist (CBCL) y la Youth Self-Report (YSR) (Wu et al., 2001). Se trata de dos cuestionarios autoadministrados (el primero por los padres y el segundo por el adolescente) que evalúan un amplio abanico de problemas emocionales y conductuales del niño y el adolescente. Las puntuaciones se resumen en 8 escalas: introversión, somatizaciones, ansiedad/depresión, problemas sociales, problemas del pensamiento, problemas de atención, conducta transgresora y conducta agresiva.

Todas las puntuaciones de los dos cuestionarios se encuentran dentro de la normalidad excepto la escala "problemas del pensamiento" en el CBCL contestado por la madre, que se encuentra en la franja significativa con una puntuación igual a 70. Aunque esta escala probablemente recoge parte de las alteraciones que sufre la paciente antes de iniciar la intervención psicológica, es llamativo que sea la única puntuación alterada considerando el malestar que presenta. Una posible explicación de lo sucedido reside en el fenómeno de la ocultación, que tendría la función de evitar ser juzgado por los demás. Este proceso, aparte de ser relevante en el mantenimiento de las obsesiones, puede complicar la detección de los síntomas por parte del entorno del paciente.

En una segunda fase de evaluación se utilizó una escala específica para la exploración del TOC; la *Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (CY-BOCS) (Goodman et al., 1989) (versión española de Godoy et al., 2011). Se trata de una escala semiestructurada en la que el clínico valora la gravedad de los síntomas del TOC. La CY-BOCS ha demostrado poseer adecuadas propiedades psicométricas (Scahill et al., 1997). Este instrumento sí pudo detectar la gravedad del trastorno. En concreto, obtuvo una puntuación igual a 19 que indicaría gravedad moderada, con un predominio de las compulsiones (puntuación igual a 11) por encima de las obsesiones (puntuación igual a 8).

Análisis topográfico y funcional

Como se ha comentado con anterioridad, el diagnóstico clínico de la paciente es de trastorno obsesivo-compulsivo. Aunque es imposible determinar la etiología del mismo, sí podemos hacer una aproximación a algunos de los aspectos que pudieron precipitar el trastorno clínico así como aquellas variables que habrían facilitado el mantenimiento del cuadro.

Según explica la paciente, los pensamientos obsesivos se iniciaron un año antes de acudir a consulta (cuando tenía 14 años). Los pensamientos que cuestionan ocasionalmente la orientación sexual de uno mismo en la adolescencia son habituales y no patológicos. Partiendo de esta base, podemos hipotetizar que eventualmente nuestra paciente pudo presentar una inquietud sobre su orientación sexual ("¿y si soy homosexual?") que generó en la paciente un importante malestar. Así mismo, en primera instancia la paciente presentó pensamientos obsesivos con un contenido de duda sobre su orientación sexual ("¿y si soy homosexual?") con una elevada frecuencia (de 10 a 20 veces por hora) y malestar emocional (9 sobre 10).

La aparición de estos pensamientos y, sobretudo, la valoración o el significado que les otorgó la paciente, como potencialmente peligrosos, probablemente precipitó las conductas de evitación así como las conductas de comprobación con la finalidad de reducir el malestar. La paciente explica que se aislaba en el baño y miraba imágenes de chicas en actitud íntima con el objetivo de comprobar que no le gustaban y que no presentaba respuesta sexual asociada o excitación. Dicha comprobación la realizaba 3 veces al día (mañana, mediodía y noche) con una duración total de una

hora. Sólo lograba relajarse cuando se aseguraba que no presentaba repuesta sexual asociada a las imágenes de chicas en actitud íntima. Asimismo, cuando aparecen los pensamientos obsesivos en un inicio intenta suprimirlos y posteriormente evoca imágenes de chicas en actitud íntima para volver a comprobar que no le gustan y que no presenta respuesta sexual asociada. Por otro lado, realizaba comportamientos de evitación tales como no pasar mucho rato en el vestuario de chicas y alejarse progresivamente de algunas amistades femeninas. Así como, el contenido de los pensamientos obsesivos a la familia, amistades y pediatra.

Como es sabido, emplear estas conductas no sólo mantiene los síntomas sino que evita que el paciente pueda desconfirmar los pensamientos distorsionados así como experimentar la reducción de la ansiedad sin necesidad de hacer nada. Los pensamientos fueron apareciendo con más frecuencia e intensidad y consecuentemente también lo hicieron sus conductas neutralizadoras, perpetuándose el trastorno gracias a este refuerzo negativo continuado.

Aplicación del tratamiento

Objetivos del tratamiento

- Ayudar a la adolescente a que comprenda su problema, cómo se adquiere y cómo se mantiene.
- Proporcionar psicoeducación sobre la universalidad de las intrusiones y sobre el mecanismo de fusión pensamiento-acción moral.
- Reducir los comportamientos de comprobación, evitación, supresión y ocultación.
- Desarrollar habilidades cognitivo-conductuales para afrontar las obsesiones y compulsiones y malestar asociado.

Técnicas de tratamiento

El tratamiento de primera línea para el TOC es la exposición con prevención de respuesta (EPR) (Foa et al., 2005; Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team, 2004), en el que el paciente debe exponerse a la ansiedad que generan las obsesiones sin realizar conductas neutralizadoras hasta lograr una habituación. Sin embargo, se han descrito resultados positivos con una intervención de perfil más cognitivo (Whittal, Robichaud, & Woody, 2010) principalmente cuando las obsesiones son primarias y de contenido sexual (Steketee et al., 2011). Dicha intervención se centra en aquellos procesos cognitivos implicados en el mantenimiento de la ansiedad.

De esta manera, la intervención empleada se basó en los principios de la EPR y de la intervención cognitiva. El tratamiento tuvo una duración de 10 sesiones de entre 30 y 45 minutos a lo largo de 5 meses. La Figura 1 resume la estructura del tratamiento. En un primer momento se realizó una evaluación (definida anteriormente) para llegar a un diagnóstico y valorar su gravedad. Posteriormente, se puso el acento en la psicoeducación de aquellos factores que podrían mantener la ansiedad para a continuación iniciar la intervención. Finalmente se realizó otra evaluación para valorar la reducción de síntomas y el éxito de la intervención.

Tabla 1. Estructura del tratamiento.

Sesiones 1-2: Historia clínica y evaluación pre-tratamiento.
Sesiones 2-3: Psicoeducación e intervención cognitiva.
Sesiones 4-8: Exposición con prevención de respuesta.
Sesiones 9-10: Prevención de recaídas y evaluación post-tratamiento.

En la fase de psicoeducación se hizo hincapié en las manifestaciones de la ansiedad (triple sistema de respuestas), su papel adaptativo, el círculo vicioso del que forman parte obsesiones y compulsiones, así como el papel de la evitación. En este sentido, desde la perspectiva cognitiva es importante destacar la universalidad de las intrusiones. Este factor constituye una de las premisas de la intervención cognitiva: las intrusiones indeseadas son esencialmente universales, de tal manera que la intervención no se basa en la intrusión sino en la valoración o la interpretación que hace el paciente de ésta. En población clínica, esta valoración de la intrusión acostumbra a ser exagerada, dándole mucha importancia al pensamiento que aparece (en el caso que nos ocupa, trabajamos la idea que lo importante no es pensar en ser homosexual, sino en cómo valoramos este pensamiento). Precisamente por el malestar que genera dicha intrusión, la paciente realiza importantes esfuerzos por suprimirlo. Sin embargo, es importante trabajar con la paciente el efecto paradójico que produce la supresión del pensamiento; lejos de atenuar el poder de las intrusiones, éstas aumentan en frecuencia e intensidad.

Otro factor que cobra importancia desde la perspectiva cognitiva es el de la sobrevaloración de los pensamientos. Este concepto engloba la necesidad de controlar lo que pensamos así como el poder que otorgamos al pensamiento. La fusión pensamiento-acción (o en el caso de nuestra paciente, fusión pensamiento-acción moral) implica que la paciente da a sus pensamientos el mismo peso que un hecho o una manera de ser. En nuestra intervención trabajamos este sesgo con el fin de debilitar la asociación entre pensar en ser homosexual y serlo. Para lograrlo, es útil hacer ejercicios con la paciente en los que experimente que pensar en algo concreto no lo convertirá en real (por ejemplo, pensar en que algo malo le ocurrirá a alguien o pensar que le tocará la lotería).

La ocultación del contenido de las obsesiones es un aspecto frecuente en pacientes que sufren obsesiones sexuales o agresivas, principalmente por el miedo a ser juzgados por los demás. Sin embargo, el proceso de ocultar los síntomas está involucrado en el mantenimiento de las obsesiones, razón por la cual a lo largo de la intervención es necesario plantear la opción de romper esta dinámica. La dificultad de dar este paso y la ansiedad que puede generar, hacen recomendable llevarlo a cabo en fases avanzadas de la terapia. La paciente explicó sus obsesiones a la familia después de la sesión 7.

La segunda parte del tratamiento se basó en la EPR. En un primer momento se explicaron los principios de la técnica para después definir la jerarquía de exposiciones junto a la paciente. En este caso en concreto, se definió la siguiente jerarquía de 6 pasos:

1. Reducir rituales de comprobación en el baño (de 3 veces a 1).
2. Detener supresión de pensamientos.
3. No introducir imágenes mentales de chicas cuando aparece la obsesión.
4. Detener progresivamente los rituales en el baño (por la noche).
5. Explicar compulsiones a los padres.

Se programaron las exposiciones y se supervisaron cada una o dos semanas, registrando paralelamente la frecuencia y malestar de las obsesiones así como la habituación de la ansiedad a lo largo de las exposiciones. Los dos primeros pasos de la jerarquía se realizaron en las primeras sesiones, evidenciándose una rápida mejora de los síntomas. En concreto, la paciente redujo las compulsiones que realizaba en el baño y dejó de intentar suprimir las intrusiones que sufría (por contra, aprendió a observar y dejar pasar estos pensamientos).

Posteriormente se trabajó en detener otro tipo de respuestas que la paciente utilizaba para neutralizar la ansiedad producida por las obsesiones: tuvo que dejar de eliminar pensamientos espontáneos relacionados con chicos así como detener las imágenes de chicas que generaba cuando aparecía la obsesión. Finalmente, las 2 últimas sesiones se dedicaron a consolidar logros y a la prevención de recaídas.

Resultados

Durante todo el tratamiento se observó a nivel clínico una mejora constante, consiguiendo paulatinamente una reducción de los síntomas obsesivos y compulsivos.

Se realizaron 2 evaluaciones más (después de la inicial) (Figuras 1 y 2) con el CY-BOCS. Como se observa en la Figura 2, en la sesión 5 se detectó una remisión completa de los pensamientos obsesivos y una disminución muy importante de las conductas compulsivas. En la evaluación final (sesión 10) se constató una remisión completa del cuadro obsesivo-compulsivo así como de la psicopatología general (Figura 2) reportada por la paciente y por sus padres, apareciendo adaptada a nivel social, familiar y escolar.

Figura 1. Reducción de la psicopatología evaluada mediante el Youth Self-Report (YRS) y el Child Behavior Checklist (CBCL).

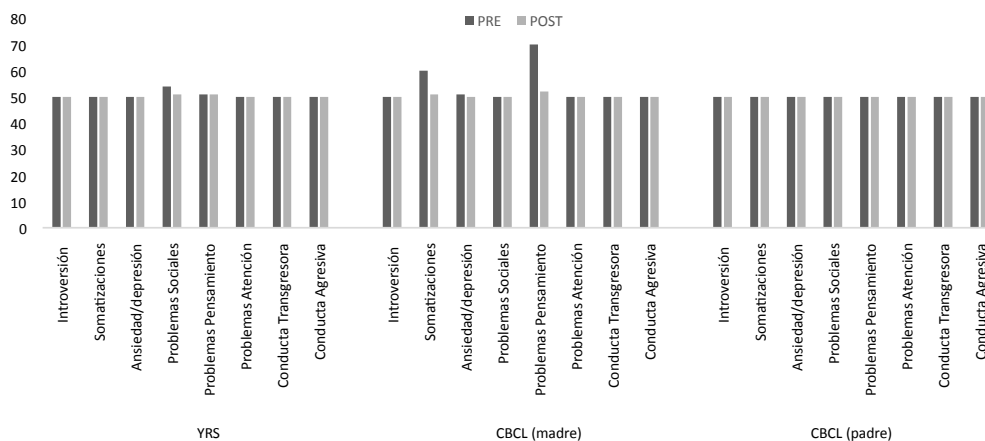
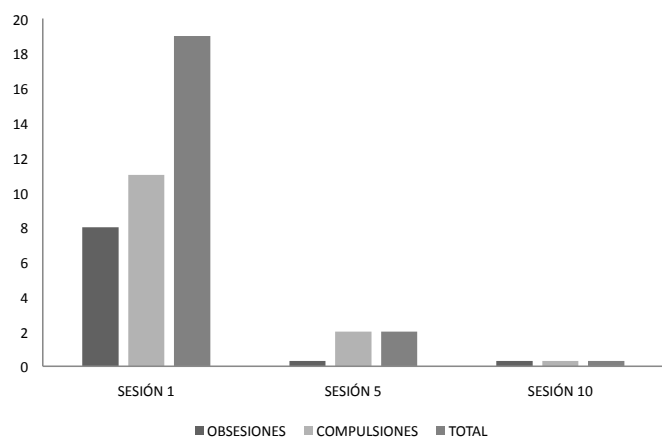


Figura 2. Reducción de los síntomas obsesivo-compulsivos medidos con la CY-BOCS *Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*.



Discusión

Tal y como se plantea en la hipótesis de trabajo, en un caso de TOC en una adolescente con obsesiones de tipo sexual, se postula un tratamiento que combina técnicas cognitivas y conductuales. Y además, se aboga por la aplicación inicial de técnicas cognitivas, que supuso una remisión importante de la sintomatología obsesivo-compulsiva, obteniendo una remisión completa aplicando de forma consecutiva la exposición y prevención de respuesta. Es decir los resultados obtenidos son compatibles con los de Steketee et al. (2011), que detecta una mayor remisión de los síntomas a través del tratamiento cognitivo cuando hay presencia de obsesiones sexuales así como una elevada motivación al tratamiento. No obstante, no se trata de iniciar un debate sobre la preponderancia de lo cognitivo sobre lo conductual, sino de comenzar a hablar sobre la aplicación de cada técnica en función de las variables del sujeto.

Las obsesiones relacionadas con la orientación e identidad sexuales también conducen potencialmente a interpretaciones erróneas y consecuentemente al retraso en el tratamiento, en particular en el periodo peripuberal. Este tipo de obsesiones y la angustia asociada pueden ser mal interpretados como el resultado de conflictos de identidad y orientación sexual, y así obstaculizar el acceso a un tratamiento basado en la evidencia para el TOC. Por otro lado, destacar que la presencia regular de obsesiones de tipo sexual, tanto en niños como en adolescentes, pone de relieve la importancia de indagar sobre las obsesiones sexuales en el proceso de evaluación, incluso en niños muy pequeños.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, cabe destacar que la aplicación del tratamiento no pudo realizarse con la intensidad deseada (sesiones más concentradas en el tiempo) por el encuadre que se ofrece en la red de salud pública. Asimismo, hubiera sido interesante conocer los resultados de CY-BOCS durante las diferentes sesiones para analizar de forma más detallada el grado de remisión a través de las diferentes técnicas utilizadas. En esta línea, en futuras investigaciones se debería de determinar el impacto de las técnicas cognitivas en el tratamiento del TOC y compararlo con el tratamiento conductual, así como estudiar la eficacia de cada componente de la terapia cognitivo-conductual y variables del contexto terapéutico.

Artículo recibido: 08/08/2016

Aceptado: 15/10/2016

Conflicto de intereses

Los autores de este trabajo declaran que no existe conflicto de intereses.

Agradecimientos

Se agradece la cooperación fluida y eficiente de los compañeros de trabajo del CSMIJ del Parc de Salut Mar, desde las fases de concepción hasta la revisión crítica del mismo.

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edition (DSM-5). Washington: Autor.
- Baer, L. (2001). *The Imp of the Mind: Exploring the Silent Epidemic of Obsessive Bad Thoughts*. New York: Dutton.
- Bloch, M. H., Landeros-Weisenberger, A., Rosario, M. C., Pittenger, C., & Leckman, J. F. (2008). Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(12), 1532–1542. doi:10.1176/appi.ajp.2008.08020320
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1995). DSM-IV field trial: Obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152(1), 90–96. doi:10.1176/ajp.152.1.90
- Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M. E., ... Tu, X. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 151–161. doi:10.1176/appi.ajp.162.1.151
- Geller, D. A., Biederman, J., Faraone, S., Agranat, A., Craddock, K., Hagermoser, L., ... Coffey, B. J. (2001). Developmental aspects of obsessive compulsive disorder: findings in children, adolescents, and adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(7), 471–477.
- Godoy, A., Gavino, A., Valderrama, L., Quintero, C., Cobos, M. P., Casado, Y., ... Capafons, J. I. (2011). Factor structure and reliability of the Spanish adaptation of the Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale--Self Report (CY-BOCS-SR). *Psicothema*, 23(2), 330–335.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., ... Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006–1011. doi:10.1001/archpsyc.1989.01810110048007
- Grant, J. E., Pinto, A., Gunnip, M., Mancebo, M. C., Eisen, J. L., & Rasmussen, S. A. (2006). Sexual obsessions and clinical correlates in adults with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 47(5), 325–329. doi:10.1016/j.comppsy.2006.01.007
- Mataix-Cols, D., Do Rosario-Campos, M. C., & Leckman, J. F. (2005). A multi-dimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 228–238. doi:10.1176/appi.ajp.162.2.228
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35(7), 667–681. doi:10.1016/S0005-7967(97)00017-X
- Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team (2004). Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *JAMA*, 292(16), 1969–1976. doi:10.1001/jama.292.16.1969
- Rachman, S., & De Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16(4), 233–248. doi:10.1016/j.brat.2006.05.005

- Rachman, S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, 40(6), 625–639. doi:10.1016/S0005-7967(01)00028-6
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 15(4), 743–758.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23(5), 571–583. doi:10.1016/0005-7967(85)90105-6
- Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27(6), 677–682. doi:10.1016/0005-7967(89)90152-6
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37(1), 29–52. doi: 10.1016/S0005-7967(99)00049-2
- Salkovskis, P. M., & Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions-A replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22(5), 549–552. doi:10.1016/0005-7967(84)90057-3
- Scahill, L., Riddle, M. A., McSwiggin-Hardin, M., Ort, S. I., King, R. A., Goodman, W. K., ... Leckman, J. F. (1997). Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Reliability and Validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(6), 844–852. doi:10.1097/00004583-199706000-00023
- Steketee, G., Frost, R., Bhar, S., Bouvard, M., Calamari, J., Carmin, C., ... Yaryura-Tobias, J. (2003). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part I. *Behaviour Research and Therapy*, 41(8), 863–878. doi:10.1016/S0005-7967(02)00099-2
- Steketee, G., Siev, J., Fama, J. M., Keshaviah, A., Chosak, A., & Wilhelm, S. (2011). Predictors of treatment outcome in modular cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 28(4), 333–341. doi:10.1002/da.20785
- Whittal, M. L., Thordarson, D. S., & McLean, P. D. (2005). Treatment of obsessive-compulsive disorder: Cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 43(12), 1559–1576. doi:10.1016/j.brat.2004.11.012
- Whittal, M. L., Robichaud, M., & Woody, S. R. (2010). Cognitive treatment of obsessions: Enhancing dissemination with video components. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1), 1–8. doi:10.1016/j.cbpra.2009.07.001
- Wilhelm, S., Steketee, G., Fama, J. M., Buhlmann, U., Teachman, B. A., & Golan, E. (2009). Modular cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A wait-list controlled trial. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(4), 294–305. doi:10.1891/0889-8391.23.4.294
- Wilhelm, S., Steketee, G., Reilly-Harrington, N. A., Deckersbach, T., Buhlmann, U., & Baer, L. (2005). Effectiveness of Cognitive Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: An Open Trial. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(2), 173–179. doi:10.1891/jcop.19.2.173.66792
- Williams, M. T., & 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
- Wu, J. Y., Kuban, K. C. K., Allred, E., Shapiro, F., Darras, B. T., Torrens, L., ... Rescorla, L. A. (2001). Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles. *Journal of Child Neurology*, 40(4), 791–799. doi:10.1016/S1474-4422(03)00585-4