

OBSESIONES SEXUALES EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Sexual Obsessions in the Pediatric Population: A Case Report

Dr. Ricardo Pérez Rivera

TOC Argentina, Director

Médico Psiquiatra

Lic. María Florencia Portero

TOC Argentina, Supervisora Área Infanto-Juvenil

Psicóloga Clínica

Contacto: rperezrivera@hotmail.com, florenciaportero@gmail.com

Resumen: El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un cuadro caracterizado por la aparición de pensamientos, imágenes o impulsos no deseados e intrusivos (obsesiones), junto con conductas repetitivas o rituales (compulsiones) destinadas a reducir el malestar que estos generan. Se estima que afecta entre el 2% y el 4% de la población mundial.

Se presenta el caso de Sofía, una niña de 9 años que manifestó pensamientos e imágenes sexuales intrusivas, acompañadas de conductas de reaseguro y verificación reiteradas. Debido al contenido sexual de las obsesiones, inicialmente se sospechó abuso infantil; sin embargo, una evaluación interdisciplinaria descartó dicha posibilidad, confirmando un diagnóstico de TOC con obsesiones sexuales, posiblemente asociado a la exposición accidental a material inapropiado en internet.

El tratamiento incluyó terapia cognitivo-conductual con Exposición y Prevención de Respuesta (EPR), adaptaciones clínicas acordes a su perfil cognitivo y tratamiento farmacológico con sertralina (150 mg/día).

Este caso destaca la importancia de identificar adecuadamente el TOC con contenido sexual en población pediátrica, diferenciándolo de indicadores de abuso, para evitar intervenciones iatrogénicas y promover abordajes terapéuticos tempranos, sensibles y basados en la evidencia.

Palabras clave: Trastorno obsesivo-compulsivo, obsesiones sexuales, TOC pediátrico, diagnóstico diferencial, Exposición y Prevención de Respuesta, terapia cognitivo-conductual

Abstract: Obsessive-compulsive disorder (OCD) is characterized by the presence of unwanted and intrusive thoughts, images, or impulses (obsessions) and repetitive behaviors or rituals (compulsions) aimed at reducing the resulting

distress. It is estimated to affect between 2% and 4% of the global population.

This paper presents the case of Sofía, a 9-year-old girl who exhibited intrusive sexual thoughts and images, accompanied by repeated reassurance-seeking and checking behaviors. Due to the sexual content of her obsessions, an initial suspicion of child sexual abuse was raised. However, an interdisciplinary evaluation ruled out this hypothesis and confirmed a diagnosis of OCD with sexual obsessions, possibly triggered by accidental exposure to inappropriate online material.

Treatment included cognitive-behavioral therapy with Exposure and Response Prevention (ERP), clinical adaptations tailored to her cognitive profile, and pharmacological intervention with sertraline (150 mg/day).

This case highlights the importance of accurately identifying OCD with sexual content in pediatric populations and differentiating it from potential indicators of abuse, to prevent iatrogenic interventions and promote timely, sensitive, and evidence-based treatment.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, sexual obsessions, pediatric OCD, differential diagnosis, Exposure and Response Prevention, cognitive-behavioral therapy.

INTRODUCCIÓN

Los estudios epidemiológicos dan cuenta que el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es tan frecuente en niños como en adultos, con una tasa de prevalencia a lo largo de la vida de 2% al 4% (Flament et al. 1988; Heyman et al., 2003). Los datos epidemiológicos sugieren que no hay diferencias en la prevalencia entre regiones geográficas y etnias (Rasmussen & Eisen, 1992).

Por lo menos uno de cada 200 niños sufre de TOC, lo que significa por las edades de comienzo que, en

una escuela primaria, 3 a 4 niños padecen la enfermedad; y en un colegio secundario hasta 20 adolescentes podrían padecer este trastorno (March et al., 2001), con la severa disfuncionalidad en lo académico, social, familiar y vocacional que produce. Entre estos niños son pocos los que reciben el diagnóstico adecuado de lo que padecen, y menos aun los que tienen el tratamiento indicado, con el agravante que hoy en día contamos con técnicas psicoterapéuticas y recursos farmacológicos altamente eficaces (Fernández de la Cruz et al., 2013).

El TOC se caracteriza por pensamientos, imágenes o sensaciones no deseadas e intrusivas y comportamientos o rituales repetitivos. Las obsesiones son de naturaleza altamente heterogénea y pueden comúnmente involucrar pensamientos "prohibidos", como obsesiones agresivas, religiosas o sexuales (Mataix-Cols, Rosario-Campos, & Leckman, 2005; Bloch et al., 2008). Estas últimas pueden incluir pensamientos no deseados sobre actos sexuales con miembros de la familia o niños pequeños, comportamiento sexualmente agresivo, infidelidad, actos homosexuales, aparición de imágenes de genitales y actos (Fernández de la Cruz et al., 2013; Williams & Farris, 2011). Las obsesiones sexuales pueden pasar desapercibidas porque quienes las padecen a menudo se avergüenzan de revelar síntomas que podrían percibirse como inaceptables (Baer, 2001). A pesar de esto, se ha encontrado que son frecuentes en adultos con TOC, con una prevalencia reportada que varía entre el 5 y el 24% (Rasmussen & Eisen, 1992). Las obsesiones sexuales también son frecuentes en pacientes adolescentes, con una prevalencia menor reportada en niños más pequeños (Geller et al., 2001).

Estos síntomas no sólo son frecuentes, con más de uno de cada cuatro jóvenes con TOC reportando obsesiones sexuales, sino que también se asociaron con una mayor severidad de los síntomas y niveles más altos de depresión (Fernández de la Cruz et al., 2013). Al igual que en los estudios de adultos, las obsesiones sexuales tienden a aparecer junto con otros pensamientos "prohibidos", como obsesiones agresivas y religiosas, pensamiento mágico, miedo a decir ciertas cosas y compulsiones asociados, como la repetición de acciones, juegos supersticiosos, compulsiones mentales y la necesidad de decir, preguntar o confesar (Fernández de la Cruz et al., 2013; Mataix-Cols et al., 2005; Bloch et al., 2008). Estos datos resaltan la importancia de indagar abierta y directamente sobre las obsesiones sexuales durante la evaluación, incluso en niños muy pequeños.

Las obsesiones sexuales suelen alarmar a familiares y profesionales, y a menudo se malinterpretan como indicios de riesgo de haber padecido abuso sexual, o en el caso de los adolescentes se suma la preocupación por el riesgo de que abusen de otra persona o menor de edad. Por ejemplo, pensar en actos

sexuales con niños pequeños puede interpretarse erróneamente como indicio de pedofilia emergente, sin considerar adecuadamente la posibilidad de TOC. Siempre es imprescindible descartar abuso sexual, pero muchas veces los niños o jóvenes que las padecen pueden ser sometidos a evaluaciones prolongadas o inapropiadas de riesgo de abuso, lo que, a su vez, probablemente aumenten el malestar o angustia que padecen y validen las ideas que tanto teme el niño o adolescente (McKay et al., 2021).

A continuación, describimos un caso clínico de TOC pediátrico en el que se sospechó abuso sexual infantil debido a la naturaleza sexual de los síntomas.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una niña de 9 años con antecedentes familiares relevantes. En la línea materna se registra una tía con diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de ansiedad, depresión y bipolaridad, así como una abuela con antecedentes de ataques de pánico y depresión.

La paciente, a quien llamaremos Sofía, vive alternadamente con ambos progenitores, quienes se separaron cuando ella tenía 3 años. Actualmente mantienen un régimen de tenencia compartida.

A los tres años se le diagnosticó un trastorno del lenguaje receptivo, caracterizado por dificultades en la comprensión del lenguaje oral, que afectan la capacidad para entender palabras, oraciones y consignas verbales acordes a su edad. En ese momento se observaban respuestas limitadas ante las instrucciones y demoras en la comprensión de mensajes complejos, por lo que inició tratamiento fonoaudiológico, el cual se extendió hasta los siete años.

Asimismo, presenta un trastorno dis-ejecutivo, evidenciado en dificultades para planificar y organizar tareas escolares, mantener la atención sostenida, iniciar y finalizar actividades, y gestionar los tiempos de trabajo. Por tal motivo, realiza tratamiento psicopedagógico desde los seis años, el cual continúa en la actualidad. Estas dificultades han tenido un impacto significativo en su desempeño escolar y en la adquisición de habilidades comunicativas y organizativas.

Desde el punto de vista académico, Sofía asiste a una escuela de jornada simple, donde cuenta con acompañamiento pedagógico no docente dos veces por semana. Además, dispone de adecuaciones curriculares metodológicas y, en algunas asignaturas, también adecuaciones de contenido, con el objetivo de favorecer su proceso de aprendizaje y participación escolar.

Sofía realizó tratamiento psicológico entre los años 2023 y 2024 con orientación psicoanalítica. Los objetivos terapéuticos se centraban en el abordaje de conductas impulsivas, la promoción de la autonomía en actividades diarias (como bañarse y dormir sola) y el manejo de pensamientos intrusivos, hoy

comprendidos como los primeros indicios de sintomatología obsesivo-compulsiva.

En diciembre de 2024, la familia acudió a la institución luego de que el equipo terapéutico previo les informara que los pensamientos e imágenes intrusivas de contenido sexual, junto con la necesidad de reaseguro principalmente a través de preguntas reiteradas a los padres, eran indicios de abuso sexual.

En la primera entrevista, se explicó que la presencia de ideas obsesivas de contenido sexual no implica necesariamente la existencia de un antecedente de abuso sexual. No obstante, se consideró indispensable realizar una evaluación especializada para descartar dicha posibilidad, especialmente teniendo en cuenta que provenían de un tratamiento previo en el cual se había sostenido que la niña podría haber sido víctima de abuso.

Se efectuó una interconsulta con una especialista en abuso sexual infantil, quien concluyó que los síntomas y manifestaciones clínicas observadas eran compatibles con un trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) de tipo sexual, asociado al consumo incidental de contenido inapropiado en internet (pornografía o desnudos), descartándose la existencia de abuso sexual.

PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

Evaluación

Al momento de la evaluación, Sofía presentaba un elevado malestar emocional, con una marcada interferencia del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en su dinámica familiar y en su funcionamiento personal. El diagnóstico se estableció a partir de la entrevista clínica con la paciente, complementada con la aplicación de la *Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (CY-BOCS; Scahill et al., 1997) para estimar la gravedad y las características sintomáticas del TOC, y la *Family Accommodation Scale – Self-Rated version* (FAS-SR; Pinto, Van Noppen, & Calvocoressi, 2013) a los padres para evaluar el grado de acomodación familiar.

El puntaje obtenido en la CY-BOCS fue de 22 puntos, correspondiente a un nivel moderado de severidad sintomática. Sofía presentaba obsesiones y compulsiones diarias, que ocupaban un tiempo estimado de más de tres horas por día. Manifestaba un alto nivel de ansiedad y malestar al intentar evitar o interrumpir los chequeos, y aunque los síntomas se presentaban con mayor frecuencia en el hogar, también se observaban manifestaciones del TOC en el ámbito escolar y en otros contextos sociales, obstaculizando su funcionamiento cotidiano.

Las obsesiones predominantes se vinculaban a contenido sexual, con imágenes mentales de genitales, desnudez o besos hacia sus progenitores. Asimismo, se identificaron pensamientos intrusivos de blasfemia, temores de daño hacia sí misma o hacia otros, y

la idea de que decir algo inapropiado podría hacerlo suceder.

Entre las conductas compulsivas se observaron la formulación reiterada de preguntas dirigidas a los padres y a la terapeuta, el repaso mental de situaciones pasadas en busca de reaseguro y la repetición de frases mentales neutralizadoras destinadas a contrarrestar los pensamientos o imágenes intrusivas.

Intervenciones

Se inició psicoterapia individual presencial con una frecuencia semanal. Dadas las dificultades cognitivas asociadas al trastorno dis-ejecutivo, se implementaron adaptaciones en el material clínico, incorporando apoyos visuales, lenguaje concreto y consignas simplificadas, con el fin de facilitar la comprensión, la implicación activa y la adherencia al tratamiento.

En los encuentros iniciales se priorizó el fortalecimiento de la alianza terapéutica con Sofía, propiciando un espacio de confianza y validación emocional. Paralelamente, se inició un proceso de psicoeducación diferenciada dirigida tanto a la paciente como a su familia. Se abordaron aspectos centrales del TOC —su definición, mecanismos de mantenimiento y la técnica de Exposición y Prevención de Respuesta (EPR)— con el objetivo de favorecer la comprensión del cuadro, externalizar los síntomas y reducir la ansiedad y la culpa asociadas (Gavino, 2018; Abramowitz, McKay & Storch, 2017).

A partir de las entrevistas con los padres y de los resultados obtenidos en la FAS-SR, que indicaron un nivel de acomodación moderado en ambos progenitores, se trabajó en la identificación de conductas de reaseguro y en la comprensión de su impacto en el mantenimiento del trastorno. Se enfatizó la importancia de establecer límites consistentes ante las demandas compulsivas, de acuerdo con las pautas acordadas con el equipo terapéutico.

Dado el alto grado de interferencia y la frecuencia de los síntomas obsesivo-compulsivos, se realizó una interconsulta con psiquiatría aproximadamente en la tercera sesión terapéutica, con el objetivo de evaluar la necesidad de tratamiento farmacológico además del psicoterapéutico. Se decide medicar con sertralina llegando a una dosis de 150 mg/d, la medicación favoreció una mejoría anímica y una disminución de la intensidad y frecuencia de las ideas obsesivas (Bandelow et al., 2023).

Se implementó un registro estructurado de situaciones relacionadas con el TOC, orientado a identificar el circuito obsesivo-compulsivo: disparadores situacionales, pensamientos intrusivos, emociones asociadas y conductas de neutralización o evitación. Esta herramienta resultó fundamental para la elaboración de la jerarquía de exposición y para el monitoreo del progreso terapéutico.

Con base en la información recolectada, se diseñó un plan de Exposición y Prevención de Respuesta (EPR) gradual, jerarquizando las situaciones según el nivel de malestar percibido por la paciente. El diseño de las EPR fue guiado por la terapeuta, pero consensado con Sofía, promoviendo un enfoque colaborativo que fortaleció su sentido de agencia y compromiso con el proceso terapéutico (Abramowitz, McKay & Storch, 2017).

Asimismo, cada semana, en función de la experiencia y desempeño de las exposiciones realizadas en el hogar, se procedía a ajustar, ampliar o complejizar las tareas de EPR, asegurando una progresión gradual y tolerable.

Las intervenciones incluyeron:

- EPR parciales, destinadas a incrementar progresivamente la tolerancia al malestar. Se pospusieron las respuestas de reaseguro, comenzando con intervalos de 30 segundos y extendiéndose progresivamente hasta 8 minutos, momento en el cual la paciente toleraba el malestar sin necesitar realizar la compulsión asociada.

- Establecimiento de límites en la cantidad de preguntas permitidas, reduciéndose gradualmente de cuatro a una por episodio (cabe señalar que Sofía no presentaba un número fijo de preguntas, sino que las formulaba hasta experimentar alivio).

- Exposiciones en vivo utilizando material de Educación Sexual Integral (ESI), orientadas a promover la habituación a los contenidos sexuales temidos y favorecer una comprensión adecuada a su. Estas exposiciones incluyeron, por ejemplo, la identificación y correcta verbalización de los genitales masculinos y femeninos —que Sofía inicialmente evitaba nombrar—, así como el uso de videos y folletos adaptados, con el fin de facilitar una familiarización progresiva con la información y reducir la ansiedad asociada.

Los padres colaboraban en el registro para asistir a Sofía en caso de olvidos o dificultades, sin intervenir en el contenido.

En paralelo y para sostener la motivación terapéutica en la EPR, se incorporaron estrategias provenientes de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), haciendo hincapié en los procesos de aceptación, defusión cognitiva y atención plena al momento presente (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999, 2014).

Evolución clínica y resultados del tratamiento

A lo largo del proceso terapéutico se observó una mejoría progresiva en la identificación y manejo de los síntomas obsesivo-compulsivos. Sofía logró reconocer con mayor claridad los pensamientos intrusivos como parte del TOC, lo cual representó un avance significativo en la externalización del trastorno.

En la actualidad, la paciente logra identificar los pensamientos intrusivos y evitar la realización de compulsiones, manteniendo las estrategias de

afrontamiento aprendidas durante el tratamiento (CY-BOCS: puntaje 9, correspondiente a remisión). El malestar emocional asociado a la presencia de obsesiones se ha reducido notablemente, permitiéndole responder con mayor flexibilidad ante las situaciones que anteriormente generaban ansiedad o culpa.

Si bien aún no se encuentra completamente libre de síntomas, Sofía refiere días completos sin experimentar intrusiones y manifiesta sentirse más tranquila y segura frente a la aparición ocasional de pensamientos obsesivos. Este progreso se refleja también en una mejora en la regulación emocional, una disminución de las conductas de búsqueda de reaseguro y una mayor autonomía en la vida cotidiana.

El tratamiento continúa orientado al mantenimiento de los logros obtenidos, la consolidación de las estrategias terapéuticas y la prevención de recaídas, fortaleciendo los recursos personales y familiares adquiridos durante el proceso. Cabe destacar que, más allá de los resultados recientes en la CY-BOCS, el principal indicador de progreso clínico es la funcionalidad. En algunos casos, es posible observar mejorías en las puntuaciones del instrumento sin un cambio funcional significativo, por lo que la evaluación del avance terapéutico debe contemplar tanto los indicadores cuantitativos como el impacto real en la vida cotidiana del paciente.

DISCUSIÓN

Como se mencionó anteriormente, las obsesiones sexuales pueden ser alarmantes y angustiantes tanto para las familias como para los profesionales clínicos, ya que pueden percibirse erróneamente como indicadores de un riesgo potencial de abuso. Esto puede llevar a evaluaciones de riesgo innecesariamente largas y perjudiciales, lo que a su vez puede provocar mayor angustia, rituales, evasión y desconfianza en los profesionales de la salud. Esto podría evitarse si se reconociera mejor la psicopatología/fenomenología clásica del TOC, se incorporará adecuadamente en la formulación del caso, se normalizarán los síntomas en el contexto del TOC y se administrara la TCC de forma habitual (Veale et al., 2009).

Muchos factores pueden ayudar a diferenciar los pensamientos sexuales intrusivos de las personas con TOC de los de los agresores sexuales. Por ejemplo, las personas con TOC se sienten angustiadas y disgustadas por sus pensamientos (son egodistónicos) y, por lo general, intentan evitar las situaciones que los desencadenan. Hacen esfuerzos para suprimir los pensamientos, no actúan en consecuencia, ni buscan masturbarse con esos pensamientos y muy frecuentemente tienen síntomas obsesivo-compulsivos adicionales (Veale et al., 2009). Por el contrario, es probable que un pedófilo considere los pensamientos sexuales como egosintónicos, sea más ambivalente acerca de tener tales pensamientos y los encuentre atractivos al

menos parte del tiempo, o sea cauteloso al revelar sus verdaderos sentimientos.

A veces puede ser difícil evaluar la egodistonía en la población infanto juvenil con TOC, ya que esta población todavía está en el proceso de desarrollo y maduración sexual (Fernández de la Cruz et al., 2013). Por lo tanto, los pacientes pueden sentirse muy confundidos en cuanto a si un pensamiento sexual es deseado o no deseado, permitido o patológico. El joven puede carecer de la madurez cognitiva para identificar los pensamientos como no deseados o puede sentir que, sí admite que desearía no tener síntomas, se le puede pedir que deje de ritualizar, lo que teme que sería difícil y les provocaría ansiedad (Veale et al., 2009). Sin embargo, la aparente ausencia de egodistonía o introspección no excluye el diagnóstico de TOC, especialmente niños y adolescentes.

Algunos pacientes con obsesiones sexuales pueden informar que se sienten excitados en respuesta a sus pensamientos o imágenes no deseados, lo que lleva a la interpretación de que en realidad su sexualidad es patológica. Sin embargo, las personas con TOC pueden ser especialmente sensibles y, en consecuencia, pueden referir excitación cuando en realidad se trata de ansiedad o tensión (Warwick & Salkovskis, 1990). Además, la atención selectiva y la retroalimentación sobre el grado de excitación pueden aumentar tanto el flujo sanguíneo genital y confundir con excitación. Esto no es una indicación de interés sexual, sino de ansiedad (Warwick & Salkovskis, 1990; Veale et al., 2009). Además, contrariamente a la excitación que indica atracción sexual, las sensaciones que surgen de pensamientos sexuales no deseados generalmente están acompañadas de compulsiones abiertas o

encubiertas (Warwick & Salkovskis, 1990). Estas compulsiones pueden incluir monitorear los niveles de excitación para determinar la atracción, mantener suficiente distancia física de los demás para garantizar que no ocurran contactos inapropiados o la seguridad mental de que su sexualidad no es errónea (Warwick & Salkovskis, 1990).

La equivocación al conceptualizar las ideas obsesivas de contenido sexual como problemas de riesgo potenciales o aparentes de abuso sexual en la población infanto-juvenil con TOC puede impedir el resultado exitoso del tratamiento por varias razones. Primero, los terapeutas pueden distraerse del TOC, centrándose en cambio en evaluaciones de riesgo exhaustivas, la gestión del riesgo en sí o la conceptualización errónea del riesgo como un problema separado o comórbido. Segundo, los terapeutas pueden tomar medidas equivocadas para reducir el riesgo aparente que en realidad son contraproducentes en términos de abordar el TOC, al alimentar las preocupaciones obsesivas. Tercero, los terapeutas pueden abstenerse de involucrar a los pacientes en tareas de EPR por temor a aumentar el riesgo aparente, o incluso alentar activamente la evitación de situaciones que desencadenan obsesiones sexuales o agresivas, lo que significa que se impide que el paciente acceda al tratamiento más efectivo.

Los pacientes con obsesiones sexuales presentan mayor deterioro y depresión. En cualquier caso, la monitorización del estado de ánimo y de la ideación suicida puede ser especialmente importante en este grupo, por lo que es posible que los terapeutas consideren que tanto la TCC como la medicación son necesarias para lograr una respuesta óptima.

REFERENCIAS

- Abramowitz, J. S., McKay, D., & Storch, E. A. (2017). *The Wiley handbook of obsessive-compulsive disorders*. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.
- Baer, L. (2001). *The imp of the mind: Exploring the silent epidemic of obsessive bad thoughts*. New York, NY: Dutton.
- Bandelow, B., Zohar, J., Hollander, E., Kasper, S., Möller, H. J., & WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Anxiety, Obsessive-Compulsive and Posttraumatic Stress Disorders. (2002). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Posttraumatic Stress Disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 3(4), 171–199. <https://doi.org/10.3109/15622970209150621>
- Bloch, M. H., Landeros-Weisenberger, A., Rosario, M. C., et al. (2008). Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(12), 1532–1542. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08020320>
- Fernández de la Cruz, L., Barrow, F., Bolhuis, K., Krebs, G., Volz, C., Nakatani, E., ... & Mataix-Cols, D. (2013). Sexual obsessions in pediatric obsessive-compulsive disorder: Clinical characteristics and treatment outcomes. *Depression and Anxiety*, 30(8), 732-740. <https://doi.org/10.1002/da.22099>
- Flament, M. F., Whitaker, A., Rapoport, J. L., Davies, M., Berg, C. Z., Kalikow, K., ... & Shaffer, D. (1988). Obsessive compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(6), 764-771. <https://doi.org/10.1097/00004583-198811000-00018>
- Freeman, J. B., & Garcia, A. M. (2009). *Family-based treatment for young children with OCD: Therapist guide*. New York, NY: Oxford University Press.
- Gavino, A. (2018). *Manual de tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: Guía práctica de terapia cognitivo-conductual con exposición y prevención de respuesta (EPR)*. Madrid: Pirámide.
- Geller, D. A., Biederman, J., Faraone, S., Agranat, A., Cradock, 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.
<https://doi.org/10.1097/00005053-200107000-00009>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso: Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Heyman, I., Fombonne, E., Simmons, H., Ford, T., Meltzer, H., & Goodman, R. (2003). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *International Review of Psychiatry*, 15(2), 178-184.
<https://doi.org/10.1080/0954026021000046146>
- McKay, D., Abramowitz, J. S., & Storch, E. A. (2021). Mechanisms of harmful treatments for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 28(1), 52-59. <https://doi.org/10.1037/cps0000024>
- March, J. S., & Mulle, K. (1998). *OCD in children and adolescents: A cognitive-behavioral treatment manual*. New York, NY: Guilford Press.
- March, J. S., Franklin, M., Nelson, A., et al. (2001). Cognitive-behavioral psychotherapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(1), 8-18.
https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3001_3
- Mataix-Cols, D., Rosario-Campos, M. C., & Leckman, J. F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 228-238.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.228>
- Pinto, A., Van Noppen, B., & Calvocoressi, L. (2013). Development and preliminary psychometric evaluation of a self-rated version of the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(4), 457-465.
<https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2012.06.001>
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15(4), 743-758.
[https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(18\)30205-3](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(18)30205-3)
- Rosa Alcázar, A. I. (2012). *El trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia: Una guía de desarrollo en la familia*. Madrid: Pirámide.
- Scahill, L., Riddle, M. A., McSwiggin-Hardin, M., Ort, S. I., King, R. A., Goodman, W. K., Cicchetti, D., & Leckman, J. F. (1997). Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(6), 844-852. <https://doi.org/10.1097/00004583-199706000-00023>
- Veale, D., Freeston, M., Krebs, G., Heyman, I., & Salkovskis, P. (2009). Risk assessment and management in obsessive-compulsive disorder. *Advances in psychiatric treatment*, 15(5), 332-343. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.004960>
- Warwick, H. M., & Salkovskis, P. M. (1990). Unwanted erections in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 157(6), 919-921.
<https://doi.org/10.1192/bjp.157.6.919>
- Williams, M. T., & Farris, S. G. (2011). Sexual orientation obsessions in obsessive-compulsive disorder: Prevalence and correlates. *Psychiatry Research*, 187(1-2), 156-159.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.12.004>