



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias de la Salud

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

**“Asco moral” y variables emocionales
asociadas a las obsesiones sexuales en el
TOC: una revisión sistemática**

Trabajo fin de estudio presentado por:	Elena Flores García
Modalidad:	Revisión Sistemática
Director/a:	Andrea Krotter Díaz
Fecha:	15/05/2026

Resumen

El objetivo de este trabajo fue revisar la evidencia disponible sobre el papel del asco moral en las obsesiones sexuales del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Se realizó una revisión sistemática en PubMed, PsycINFO y Web of Science mediante una estrategia de búsqueda centrada en TOC, obsesiones sexuales o pensamientos tabú, y variables emocionales y cognitivas afines, como asco, asco moral, culpa, vergüenza y contaminación mental.

Los estudios localizados sugieren que el asco, en particular en su dimensión moral y autodirigida, podría estar implicado en la vivencia egodistónica de las intrusiones sexuales, así como en procesos de evitación, neutralización y mantenimiento del malestar. No obstante, la evidencia disponible resulta todavía dispersa y con frecuencia indirecta, ya que procede mayoritariamente de trabajos sobre el asco en el TOC de forma general o sobre pensamientos inaceptables en sentido amplio.

En conclusión, el asco moral constituye una hipótesis clínica de especial interés y prometedora para comprender las obsesiones sexuales, aun insuficientemente delimitada en la literatura específica sobre esta dimensión sintomática.

Palabras clave: TOC, obsesiones sexuales, asco moral, pensamientos tabúes, revisión sistemática

Abstract

The aim of this study was to review the available evidence on the role of moral disgust in sexual obsessions in obsessive-compulsive disorder (OCD). A systematic review was conducted using PubMed, PsycINFO, and Web of Science through a search strategy focused on OCD, sexual or taboo obsessions, and related emotional and cognitive variables, including disgust, moral disgust, guilt, shame, and mental contamination.

The identified studies suggest that disgust, particularly in its moral and self-directed forms, may be involved in the ego-dystonic experience of sexual intrusions, as well as in processes of avoidance, neutralization, and the maintenance of distress. However, the available evidence remains scattered and is often indirect, as it derives mainly from studies on disgust in OCD more broadly or on unacceptable thoughts in a wider sense.

In conclusion, moral disgust represents a clinically relevant and promising hypothesis for understanding sexual obsessions, although it remains insufficiently delineated in the specific literature on this symptom dimension.

Keywords: OCD, sexual obsessions, moral disgust, taboo thoughts, systematic review

Índice de contenidos

1. Marco teórico	8
1.1. El trastorno obsesivo compulsivo: características clínicas	8
1.2. Obsesiones sexuales: definición y presentación clínica	10
1.3. Diferenciación entre pensamientos sexuales intrusivos no patológicos y obsesiones sexuales clínicamente significativas	13
1.4. Conceptualización del asco moral	16
1.5. Sensibilidad al asco y vulnerabilidad psicopatológica	19
1.6. Asco moral, culpa y contaminación mental	21
2. Justificación.....	24
3. Objetivos.....	27
3.1. Objetivo general.....	27
3.2. Objetivos secundarios	27
4. Pregunta de investigación.....	28
4.1. Preguntas específicas:	29
5. Metodología.....	29
5.1. Estrategia de búsqueda	29
5.2. Criterios de inclusión y exclusión	30
5.3. Extracción y síntesis de resultados.....	31
5.4. Evaluación del riesgo de sesgo/calidad metodológica	32
6. Resultados.....	33
6.1. Diagrama de flujo	33
6.2. Características generales de los estudios.....	35
6.3. Síntesis descriptiva de los resultados	39

7. Discusión y conclusiones.....	42
7.1. Limitaciones	45
7.2. Prospectiva	47
7.3. Conclusión general	49
Referencias bibliográficas	51
Anexo A. Revisiones previas relacionadas con obsesiones sexuales, sexualidad y constructos afines en el TOC.....	65
Tabla A1. <i>Revisiones previas sobre obsesiones sexuales, sexualidad y constructos afines en el TOC</i>	65
Anexo B. Tablas de extracción de datos y evaluación de los estudios incluidos	66
B1. Extracción de datos.....	66
Tabla B1. <i>Características de los estudios incluidos</i>	67
Tabla B2. <i>Estudios de caso / caso único</i>	69
Tabla B3. <i>Estudios de reconocimiento, estigma o recomendación terapéutica mediante viñetas</i>	69
Tabla B4. <i>Principales hallazgos y limitaciones de los estudios empíricos</i>	70
Tabla B5. <i>Principales hallazgos y limitaciones de los estudios de caso / caso único</i>	73
Tabla B6. <i>Principales hallazgos y limitaciones de los estudios con viñetas sobre reconocimiento, estigma o recomendación terapéutica</i>	73
B2. Evaluación de calidad.....	75
Tabla B7. <i>Evaluación JBI de estudios observacionales transversales mediante checklist JBI Analytical Cross-Sectional Studies</i>	75
Tabla B8. <i>Evaluación JBI de estudios cuasi-experimentales mediante checklist JBI Quasi-Experimental Studies</i>	76
Tabla B9. <i>Evaluación crítica de ensayos controlados aleatorizados mediante la checklist JBI Randomized Controlled Trials</i>	77

Tabla B10. Evaluación <i>JB1 de estudios de caso y caso único mediante la checklist JB1 Case Reports</i>	78
Tabla B11. <i>Evaluación de Calidad Metodológica del Estudio SCED según Criterios SCRIBE 2016</i>	78

Índice de figuras

Figura 1. *Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios según PRISMA 2020*

..... 34

1. Marco teórico

1.1. El trastorno obsesivo compulsivo: características clínicas

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno mental de notable relevancia clínica. Su frecuencia, tendencia a la cronicidad y capacidad para generar una importante carga funcional lo sitúan como un problema de primer orden en salud mental (Stein et al., 2019). Desde el punto de vista fenomenológico, el cuadro se define por la presencia de obsesiones, compulsiones o ambas. Las obsesiones son pensamientos, imágenes, impulsos o urgencias persistentes e intrusivos que se experimentan como no deseados. Las compulsiones, en contrapartida, consisten en conductas repetitivas o actos mentales ritualizados que la persona realiza para reducir el malestar o neutralizar una amenaza percibida (Brock et al., 2024). Esta articulación entre intrusión, ansiedad y respuesta neutralizadora forma el núcleo clínico del trastorno, y permite diferenciarlo de una simple exageración de rasgos de orden o control (Brock et al., 2024; Pinto et al., 2022).

Las estimaciones clásicas sitúan la prevalencia a lo largo de la vida entre el 2% y el 3% (Stein et al., 2019), y la Encuesta Nacional de Comorbilidad–Replicación (*National Comorbidity Survey Replication*, NCS-R) reportó cifras del 2,3% en prevalencia vital y del 1,2% en los últimos 12 meses (Ruscio et al., 2010). No obstante, datos transnacionales más recientes sugieren cifras superiores, ya que en las Encuestas Mundiales de Salud Mental (*World Mental Health Surveys*, WMH) se describió una prevalencia vital combinada del 4,1% y del 3,0% en 12 meses (Stein et al., 2025). Atendiendo al conjunto, las estimaciones de prevalencia del TOC oscilan, según el estudio y el marco muestral, entre aproximadamente el 2% y el 4,1% para la prevalencia vital, y entre el 1,2% y el 3,0% para la prevalencia en 12 meses. Y respecto al patrón de inicio, Ruscio et al. (2010) situaron la edad media de inicio en los 19,5 años. Por su

parte, Stein et al. (2025) subrayaron el carácter temprano del trastorno, al observar que la mitad de los casos comienzan antes de los 17 años y más del 80% antes de los 24¹.

La literatura disponible muestra de forma consistente que el TOC presenta una marcada heterogeneidad clínica, más que la configuración de un síndrome uniforme (Stein et al., 2019; Cervin et al., 2022). Desde esta perspectiva, se ha propuesto que el trastorno se organiza en dimensiones sintomáticas relativamente estables, capaces de resumir buena parte de su complejidad fenomenológica (Mataix-Cols et al., 2005).

Entre esas dimensiones, el factor de pensamientos prohibidos² resulta especialmente relevante para este trabajo, ya que agrupa obsesiones agresivas, sexuales, religiosas y somáticas junto con compulsiones de comprobación (Bloch et al., 2008). Los trabajos más recientes han reforzado además la idea de una estructura dimensional más compleja del TOC, subrayando la centralidad de dimensiones como la incompletitud y los pensamientos perturbadores dentro de la red sintomática (Cervin et al., 2022).

Ahora, la heterogeneidad no se limita al contenido de los síntomas. También afecta a su trayectoria clínica. Los síntomas del TOC pueden ser más estables de lo que se suponía, aunque algunas manifestaciones concretas fluctúen dentro de dimensiones más amplias (Mataix-Cols et al., 2002). A ello se suma la elevada comorbilidad descrita en estudios epidemiológicos. De hecho, existe una asociación importante del TOC con otros trastornos, especialmente de ansiedad, del estado de ánimo, del control de impulsos y por uso de sustancias. Además, a mayor gravedad del cuadro se reporta una asociación con peor *insight* y mayor deterioro funcional, lo que subraya que la severidad no depende solo del contenido de las obsesiones, y ha de tenerse en cuenta el grado en que interfieren de forma más amplia en el funcionamiento psicológico y conductual del paciente (Ruscio et al., 2010).

¹Las diferencias entre estimaciones epidemiológicas deben interpretarse con cautela, ya que pueden depender del diseño del estudio, los instrumentos diagnósticos empleados, los criterios de inclusión y el carácter nacional o transnacional de las muestras analizadas.

²En la literatura anglosajona, esta dimensión suele corresponderse con expresiones como *forbidden thoughts*, *taboo thoughts* o *unacceptable thoughts*, categorías que habitualmente incluyen obsesiones agresivas, sexuales y religiosas.

El impacto funcional del TOC ha sido documentado de forma consistente. Eisen et al. (2006) mostraron, en una muestra de 197 adultos, que tanto la calidad de vida como el funcionamiento psicosocial estaban marcadamente afectados. Coluccia et al. (2016), en una revisión sistemática y metaanálisis, revelaron diferencias desfavorables para los pacientes con TOC frente a controles sanos en calidad de vida global, así como en los dominios laboral-social, familiar y emocional.

Finalmente, merece atención el riesgo de suicidio en pacientes con TOC, que aparece superior al de la población general. En un estudio poblacional con 36.788 pacientes suecos, Fernández de la Cruz et al. (2017) observaron que dicho riesgo disminuía, pero seguía siendo sustancial, incluso tras ajustar por comorbilidad psiquiátrica (Chen et al., 2024). Concretamente, las personas con TOC presentan un riesgo significativo tanto de intento de suicidio como de ideación suicida (Pellegrini et al., 2020).

1.2. Obsesiones sexuales: definición y presentación clínica

En el marco del TOC, las obsesiones sexuales pueden definirse como pensamientos, imágenes, impulsos o dudas de contenido sexual que irrumpen de forma repetida, no deseada e intrusiva, y que son vividos como incompatibles con el autoconcepto, los valores o las intenciones de la persona (Williams & Farris, 2011; Chaudhary et al., 2022). Desde un punto de vista psicopatológico, su relevancia reside en la forma en que ese contenido es experimentado, como perturbador, moralmente amenazante o potencialmente revelador de una identidad temida, más que como una elaboración voluntaria coherente con el deseo. El trabajo sobre cogniciones intrusas ha señalado reiteradamente que la mera presencia de pensamientos no deseados, incluso de temática sexual, no basta para hablar de obsesiones en sentido psicopatológico. Lo decisivo es la combinación entre intrusión, valoración amenazante, malestar persistente y estrategias de neutralización o control. Reducir las obsesiones sexuales a "pensamientos sexuales desagradables" es un aspecto clínicamente insuficiente y conceptualmente impreciso (Byers et al., 1998; Clark et al., 2000; Julien et al., 2007).

El contenido sexual, por sí solo, no permite inferir deseo, intención ni riesgo conductual. En el TOC, el pensamiento suele organizarse en torno a una posibilidad temida —no buscada— que activa duda, vigilancia interna y conductas de neutralización. En contraste, en otros cuadros el contenido puede ser congruente con el deseo, perseguido activamente³ o integrado de otra manera en la vida sexual de la persona (Vella-Zarb et al., 2017; Bruce et al., 2018).

En términos clínicos, las obsesiones sexuales suelen aparecer acompañadas de vergüenza, secreto y temor a ser malinterpretadas, circunstancia que puede dificultar su detección y adecuada exploración clínica (Cathey & Wetterneck, 2013; Glazier et al., 2013). En una muestra clínica de 293 adultos con TOC primario de por vida, Grant et al. (2006) evidenciaron antecedentes de obsesiones sexuales en el 24,9 % de los participantes y obsesiones sexuales actuales en el 13,3 %. En población infantojuvenil, Fernández de la Cruz et al. (2013) señalaron que aproximadamente una cuarta parte de los pacientes presentaba obsesiones sexuales, mientras que Weidle et al. (2022) comunicaron una prevalencia del 18 % en una muestra clínica de niños y adolescentes. En suma, estos datos sugieren que no se trata de una manifestación excepcional ni restringida a la edad adulta.

Fenomenológicamente, las obsesiones sexuales pueden adoptar formas diversas, pensamientos sobre actos sexuales con familiares, conductas sexualmente inapropiadas, dudas obsesivas sobre la orientación sexual o temores persistentes a sentirse atraído por niños o a poder dañarlos sexualmente (Grant et al., 2006; Williams & Farris, 2011). Esta heterogeneidad está documentada tanto en muestras pediátricas como adultas y desaconseja reducir el fenómeno a una sola presentación clínica (Fernández de la Cruz et al., 2013; Weidle et al., 2022). De hecho, las viñetas sobre obsesiones acerca de homosexualidad y sobre niños figuran entre las más propensas al error diagnóstico (Glazier et al., 2013).

³ Es apropiado precisar que, en el TOC, la persona puede acercarse voluntariamente al contenido temido, por ejemplo, mediante comprobaciones mentales, autoobservación de la excitación, exposición autoiniciada a estímulos o búsqueda de certeza sobre el significado de sus pensamientos. Sin embargo, esa aproximación no tiene una finalidad gratificante ni expresa congruencia con el deseo, suele cumplir una función compulsiva de verificación, neutralización o reducción de la duda.

En población infantojuvenil, Weidle et al. (2022) describen, entre otros contenidos, pensamientos sobre actos sexuales con miembros de la familia, conductas sexualmente inapropiadas y homosexualidad. En los estudios sobre obsesiones centradas en la orientación sexual, Williams y Farris (2011) encontraron que el 11,9% de su muestra había presentado síntomas a lo largo de la vida y el 8% presentaban síntomas actuales. Bruce et al. (2018), a su vez, caracterizan el TOC temático pedofílico⁴ por preocupaciones excesivas y pensamientos intrusivos angustiosos sobre la posibilidad de sentirse atraído por niños o de abusar sexualmente de ellos, insistiendo en la importancia del diagnóstico diferencial con el trastorno pedofílico. En estos casos, el juicio clínico debe basarse en la función psicopatológica del pensamiento más que en su contenido literal, y suelen identificarse compulsiones mentales y conductas de neutralización que cuestionan la idea de cuadros "puramente obsesivos" (Williams et al., 2011; Williams et al., 2022).

Volviendo al problema del diagnóstico diferencial, este tiene implicaciones teóricas y asistenciales. Bruce et al. (2018) advirtieron que confundir una presentación de TOC temático pedofílico con un trastorno pedofílico puede favorecer intervenciones inapropiadas y agravar el miedo, la ansiedad y depresión del paciente. De forma convergente, Vella-Zarb et al. (2017) subrayan que el diagnóstico diferencial requiere explorar varias áreas clínicas significativas para distinguir las obsesiones sexuales del TOC de los pensamientos sexuales recurrentes presentes en parafilias y otros trastornos sexuales no parafílicos (Williams et al., 2022; Allely & Pickard, 2024). El riesgo de confusión no es solo teórico; Perez et al. (2022) observaron tasas de diagnóstico incorrecto significativamente mayores para la viñeta de obsesiones sexuales/parafílicas que para las de contaminación o simetría, cuestión que continúa recibiendo atención en revisiones recientes sobre sexualidad y TOC (de la Iglesia-Larrad et al., 2025).

⁴ En este trabajo, la expresión *TOC temático pedofílico* se utiliza en sentido descriptivo, siguiendo la literatura clínica sobre obsesiones sexuales en el TOC, y no como una categoría diagnóstica autónoma recogida en los manuales diagnósticos. Designa una presentación obsesiva en la que el contenido temido gira en torno a la posibilidad de sentirse atraído por menores o de dañarlos sexualmente, sin que esa denominación implique por sí misma la presencia de un interés pedofílico.

De manera integrada, la investigación permite sostener con solidez que las obsesiones sexuales son una manifestación reconocible del TOC y que su rasgo definitorio no es el tema sexual en sí, sino su carácter intrusivo, egodistónico y compulsivamente gestionado. Menos firme resulta la delimitación de sus subtipos, su peso pronóstico específico y la validez de algunas generalizaciones ampliamente repetidas.

No obstante, la base empírica adolece de varias limitaciones, dado que predominan los estudios transversales y las muestras de pacientes ya atendidos en contextos especializados. Existe, así, heterogeneidad terminológica entre "obsesiones sexuales", "obsesiones sobre la orientación sexual", "TOC temático pedofílico" y "pensamientos tabúes". Y además, es probable una infradeclaración favorecida por vergüenza y miedo al estigma. Una revisión sistemática reciente sobre la variante centrada en la orientación sexual identificó solo once estudios, ilustrando el carácter aún fragmentario de esta línea de investigación (Allely & Pickard, 2024).

1.3. Diferenciación entre pensamientos sexuales intrusivos no patológicos y obsesiones sexuales clínicamente significativas

Distinguir entre pensamientos sexuales intrusivos no patológicos y obsesiones sexuales clínicamente significativas no puede establecerse de forma válida a partir del contenido temático aislado. Así, se parte de que existe una continuidad fenomenológica entre intrusiones comunes y obsesiones clínicas (ambos fenómenos comparten, al menos parcialmente, el hecho de irrumpir de manera involuntaria y ser experimentados como no buscados). Pese a ello, dicha continuidad no autoriza a equiparlos. Precisamente porque el contenido puede superponerse, la distinción debe desplazarse hacia otras variables, como el modo de aparición, la recurrencia, valoración subjetiva, capacidad percibida de control, respuesta emocional y estrategias de neutralización asociadas (Rachman & de Silva, 1978; Purdon & Clark, 1993, 1994).

Trabajos clásicos en población no clínica respaldan esta cautela diagnóstica. Purdon y Clark (1993, 1994) examinaron pensamientos intrusivos en muestras universitarias e incluyeron contenidos comparables a obsesiones de temática sexual, mientras que Byers et al. (1998) se

centraron específicamente en los pensamientos sexuales intrusivos en población no clínica. Estos trabajos apoyan la idea de que la aparición de cogniciones sexuales intrusivas no es exclusiva del ámbito clínico.

La evidencia comparativa más consistente procede de la revisión sistemática con metaanálisis de Audet et al. (2023). Frente a intrusiones similares en población no clínica, las cogniciones intrusas de temática obsesiva en personas con TOC se asocian con mayores niveles de malestar, culpa, emoción negativa e interferencia, y se experimentan como más incontrolables, inaceptables y egodistónicas.

Lo anterior, cuando se compara con otras poblaciones clínicas arroja diferencias menos uniformes, relacionadas principalmente con una mayor persistencia, pervasividad y distrés, más que con un único rasgo distintivo. Esto plantea que la distinción clínica no depende exclusivamente del contenido de la intrusión, sino del abanico de características fenomenológicas y valorativas que acompañan su aparición. Con todo, la síntesis no elimina toda ambigüedad, ya que los estudios revisados operan con constructos parcialmente solapados y definiciones no siempre homogéneas de términos como intrusión, obsesión o egodistonia.

Por otro lado, bajo la perspectiva de los modelos cognitivos del TOC, la diferencia entre una intrusión no clínica y una obsesión se sitúa en el significado que se le atribuye y en las respuestas que suscita. Con esto, la percepción de incontrolabilidad y la creencia de poder actuar sobre la intrusión predicen su frecuencia y persistencia (Purdon & Clark, 1994).

Posteriormente Clark et al. (2000) observaron que la fusión pensamiento-acción de probabilidad predijo la controlabilidad percibida en ambos tipos de intrusiones, aunque la activación fisiológica subjetiva fue relevante específicamente en las sexuales y la preocupación por actuar en las no sexuales. De forma convergente, Corcoran y Woody (2008) mostraron que, en muestras no clínicas, los pensamientos intrusivos más frecuentes tendían a valorarse como más personalmente significativos, en línea afín a hallazgos posteriores (Audet et al., 2023; Weiss et al., 2024).

Otro punto de interés es que las obsesiones sexuales dentro del TOC rara vez aparecen aisladas de procesos compulsivos. Williams et al. (2011) observaron que los pensamientos inaceptables o tabú (incluidas las obsesiones sexuales, agresivas y religiosas) se asociaban con compulsiones mentales y búsqueda de reaseguración, lo que llevó a cuestionar la validez del llamado *TOC de tipo obsesivo puro (pure obsessional type)*⁵. De forma convergente, Brakoulias et al. (2013) documentaron que la dimensión de pensamientos inaceptables/tabú estaba compuesta por obsesiones sexuales, religiosas y agresivas impulsivas, junto con rituales mentales.

Eso sí, la diferenciación se vuelve todavía más delicada cuando el diagnóstico diferencial incluye parafilias y trastornos sexuales no parafilicos. Vella-Zarb et al. (2017) advierten de forma explícita que el malestar subjetivo, por sí solo, no constituye un criterio diagnóstico fiable y que ninguna característica aislada basta para establecer el diagnóstico diferencial. La evaluación, en este sentido, sin basarse en una única heurística, ha de sostenerse en el examen articulado de múltiples características clínicas (Bruce et al., 2018; Siev et al., 2011). Desde esta perspectiva, la oposición entre "pensamiento sexual deseado" y "pensamiento sexual no deseado" puede tener cierto valor orientador, pero no deja de ser insuficiente si se emplea de forma automática o fuera del plano clínico global.

Por otra parte, Weiss et al. (2024) han propuesto que la diferenciación entre intrusiones y obsesiones no debería reducirse únicamente a la valoración cognitiva posterior al pensamiento, también puede implicar su relación con el contexto. En su revisión, sugieren que las obsesiones tienden a mostrar una menor vinculación con el contexto interno y externo, y proponen el término *descontextualización de los pensamientos (decontextualization of thoughts)* para describir la pérdida progresiva de esa conexión durante el desarrollo del trastorno. No obstante, esta línea sigue siendo provisional, la evidencia que se ha revisado es limitada, se apoya principalmente en autoinformes y requiere mayor confirmación

⁵ El concepto es una etiqueta descriptiva utilizada para presentaciones del TOC en las que predominan obsesiones sin rituales manifiestos. La evidencia sugiere, sin embargo, que estos cuadros suelen acompañarse de compulsiones mentales y búsqueda de reaseguración, por lo que el término puede resultar equívoco.

experimental, abarcando el esclarecimiento de si dicha descontextualización actúa como causa o como consecuencia del TOC.

1.4. Conceptualización del asco moral

Esta noción se utiliza para describir una respuesta de rechazo ante determinadas transgresiones normativas que se juzgan como incorrectas y repulsivas, contaminantes, degradantes o profanadoras. Una referencia temprana e influyente fue la propuesta de Rozin et al. (1999), quienes articularon la *hipótesis de la tríada CA (CAD Triad Hypothesis⁶)* y plantearon una asociación entre distintas emociones *morales* (desprecio, ira y asco) y tipos de códigos normativos. En ese marco, el asco aparecía vinculado de forma característica a las violaciones de la divinidad o pureza, es decir, a infracciones percibidas como mancilladoras de un orden corporal o simbólico, mientras, las violaciones relativas a la comunidad se asociaban primariamente con el desprecio. Aunque la investigación ulterior ha mostrado que la correspondencia entre emociones y dominios morales es menos nítida de lo que ese primer esquema podía sugerir.

Tybur et al. (2009) propusieron una reformulación esencial al distinguir tres dominios funcionales del asco: patógeno, sexual y moral. Posteriormente, sostuvieron que el asco no debe entenderse como una emoción unitaria orientada exclusivamente a la evitación de enfermedad, sino como un sistema con funciones diferenciadas en relación con la evitación de patógenos, la elección sexual y ciertas decisiones morales (Tybur et al., 2013). Dicho giro fue conceptualmente importante dado que permitió abandonar una visión homogénea del asco y abrió la discusión sobre hasta qué punto el llamado asco moral comparte procesos con formas más básicas del asco.

⁶ Tuvo un valor heurístico e interés histórico y teórico importante en la organización inicial del campo, pero la idea de una correspondencia fuerte, estable y biunívoca entre emociones discretas y dominios morales no se confirmó de forma uniforme. En particular, se ha observado que la ira moral responde de manera más consistente a claves como el daño y la intencionalidad, y el asco parece discriminar mejor aquellas infracciones con un componente corporal o de pureza más marcado. Se interpreta más como un marco orientador que como un mapa cerrado de correspondencias uno a uno entre emoción y dominio moral (Rozin et al., 1999; Russell & Giner-Sorolla, 2011, 2013; Chapman & Anderson, 2013).

Se destaca uno de los trabajos más citados en apoyo de esta línea, Chapman et al. (2009), que examinó los solapamientos entre el rechazo gustativo, el asco ante contaminantes y lo que los autores operacionalizaron como *asco moral* (*moral disgust*). La evidencia suele interpretarse como indicio de que ciertas transgresiones morales pueden reclutar componentes de sistemas de rechazo más básicos. Conviene, sin embargo, no extraer una conclusión excesiva, la existencia de similitudes expresivas no implica que el asco moral y el asco físico sean equivalentes, ni que toda desaprobación moral intensa deba interpretarse en términos de asco.

Uno de los debates centrales ha sido su distinción respecto de la ira moral. El asco se diferencia mejor cuando la transgresión implica una violación corporal, mientras que en las no corporales suele mezclarse con la ira. Por ello, el “asco moral” resulta más preciso si se restringe a experiencias de impureza o contaminación, perdiendo valor como sinónimo general de reprobación intensa (Russell y Giner-Sorolla, 2011, 2013). Aclaración decisiva, dado que el término “asco moral” gana precisión cuando se reserva para transgresiones vividas en clave de impureza, contaminación o envilecimiento corporal, y pierde valor analítico cuando se usa como sinónimo general de reprobación intensa.

La evidencia posterior apunta a una especificidad parcial: el asco moraliza sobre todo el dominio de pureza más que justicia o daño, y su sensibilidad se asocia principalmente con juicios de pureza (Horberg et al., 2009; Wagemans et al., 2018). Más recientemente, el metaanálisis de Donner et al. (2023) informó una asociación global significativa entre sensibilidad rasgo al asco y juicio moral, pero encontró moderadores clave, el vínculo era más fuerte para el asco sexual y juicios de santidad/pureza que para otras combinaciones. Esta literatura no respalda, por tanto, una concepción indiscriminada del asco moral, pero sí nos da idea de que su peso es más consistente en transgresiones organizadas en torno a pureza, sexualidad y santidad que en el conjunto de la moralidad.

Una cosa es, no obstante, la relación entre sensibilidad disposicional al asco y severidad del juicio moral, y otra distinta la hipótesis de que la inducción incidental de asco endurezca de forma causal los juicios morales. En este punto, la evidencia sigue siendo controvertida.

El metaanálisis de Landy y Goodwin (2015) documentó un efecto pequeño del asco incidental sobre la severidad del juicio moral, pero también señaló indicios de sesgo de publicación; de hecho, cuando ese sesgo se tenía en cuenta, el efecto desaparecía. Desde lo más actual, la revisión de Landy (2025) sigue presentando esta cuestión como un debate abierto en psicología moral contemporánea. Con todo, trabajos también recientes han reportado apoyo para la hipótesis de amplificación, aunque con una heterogeneidad considerable y con moderadores metodológicos relevantes (Salvo et al., 2025).

No sería prudente afirmar sin reservas que el asco intensifica de forma estable la condena moral, porque la relación parece depender del tipo de manipulación, del dominio moral evaluado, de las medidas empleadas y de la calidad metodológica de los estudios. A ello se suma una objeción conceptual relevante: parte de lo interpretado como asco moral podría reflejar problemas de medida o la presencia de elementos incidentales que suscitan asco físico en los estímulos⁷ (Kayyal et al., 2015). En una línea afín, Royzman et al. (2014) sostuvieron que, en violaciones del código de divinidad sin patógenos, predomina más bien la ira que el asco, mientras que Schein et al. (2016) propusieron que el daño percibido media la relación entre asco e inmoralidad. Estas objeciones no invalidan el concepto, pero sí reducen su alcance explicativo y obligan a operativizarlo con cautela.

La investigación más reciente invita a considerar que el problema no se resuelve simplemente escogiendo entre dos tesis extremas (es decir, que el asco moral sea solo una metáfora de la ira o que constituya siempre una emoción totalmente diferenciada). Las expresiones de asco moral reflejan tanto asco como ira, por un lado, el asco moral tendría funciones diferenciables; por otro, su lenguaje puede utilizarse en ocasiones para transmitir ira moral (van der Eijk y Columbus, 2023). Una propuesta integradora que puede dar explicación a por qué la literatura ha encontrado a la vez datos favorables a la especificidad del asco moral y datos compatibles con la idea de que muchas verbalizaciones de "asco" condensan, en realidad, una respuesta moral más compleja.

⁷ Los participantes a veces son limitados a la etiqueta "disgust", o ciertos escenarios inmorales incluyen indicios de patógenos, de manera que se puede inflar artificialmente la asociación entre inmoralidad y asco.

A la vista del estado de la evidencia, puede proponerse una definición operativa del asco moral como una respuesta aversiva de retirada y rechazo ante transgresiones valoradas como impuras, contaminantes, degradantes o profanadoras, sobre todo cuando comprometen el cuerpo, la sexualidad o los límites normativos de pureza (Russell y Giner-Sorolla, 2013). Esta definición, sin embargo, debe formularse con tres cautelas.

Primero, la bibliografía disponible lo vincula con mayor consistencia al dominio de pureza/santidad que al conjunto de la moralidad. Segundo, sus fronteras con la ira moral son porosas y dependen en parte del tipo de transgresión (y de cómo se mida la experiencia emocional). Tercero, la evidencia experimental sobre su papel causal, sobre todo cuando el asco es incidental, sigue siendo discutida. En consecuencia, resulta aconsejable emplear el término de forma restrictiva, sin tratarlo como una categoría omnicompreensiva de condena moral o una explicación universal de la severidad del juicio moral.

1.5. Sensibilidad al asco y vulnerabilidad psicopatológica

A partir de un punto de vista conceptual, conviene distinguir entre propensión al asco y sensibilidad al asco. La primera remite a la tendencia o facilidad con la que una persona experimenta asco, en tanto que la segunda alude al grado en que esa experiencia es vivida como aversiva, perturbadora o difícil de tolerar (Olatunji et al., 2011; Georgiadis et al., 2020).

Parte de la literatura ha recurrido a constructos amplios de *propensión al asco* (*disgust proneness*) que agrupan componentes relacionados, que no equivalentes, y los desarrollos psicométricos posteriores han mostrado que las medidas del asco presentan una estructura no estrictamente unidimensional, con componentes que pueden mostrar distinta utilidad según el fenómeno clínico analizado. Cualquier afirmación sobre "el asco" como factor unitario de vulnerabilidad ha de hacerse con prudencia (Georgiadis et al., 2020; Mitchell & Olatunji, 2024; Olatunji et al., 2015).

La evidencia disponible sugiere que las disposiciones relacionadas con el asco se asocian con síntomas de ansiedad y trastornos afines, si bien esa asociación no es homogénea ni autoriza una lectura indiscriminadamente transdiagnóstica (Olatunji et al., 2017; Mitchell & Olatunji,

2024). El metaanálisis de Olatunji et al. (2017), por ejemplo, estableció que las personas con mayor sintomatología ansiosa tendían a presentar niveles más elevados de asco disposicional que los controles, y que tal relación parecía especialmente marcada en cuadros más estrechamente vinculados a estímulos o preocupaciones relevantes para el asco.

Ese mismo patrón, sea como fuere, obliga a introducir una precisión importante, la magnitud de la asociación varía según el contenido sintomático y tipo de trastorno considerado, por lo que el asco no parece operar con la misma relevancia en todos los cuadros ni en todas sus dimensiones clínicas. Es más exacto hablar de una vulnerabilidad parcial y contextual que de un factor general de riesgo psicopatológico con igual peso en toda la psicopatología (Olatunji et al., 2017; Mitchell & Olatunji, 2024).

Olatunji et al. (2011) hallaron que el TOC mostraba mayor propensión al asco que el TAG y los controles, pero no mayor sensibilidad al asco que el TAG; en esta última, ambos grupos clínicos superaban a los controles. Lo que cuestiona que la sensibilidad al asco sea un marcador específico del TOC. En realidad, tal sensibilidad podría reflejar un componente clínico menos específico, al tiempo que la propensión al asco parecería mostrar mayor especificidad para determinadas expresiones obsesivo-compulsivas, principalmente las relacionadas con contaminación (Bhikram et al., 2017).

Ahora, la cuestión decisiva no es solo si existe asociación, sino qué estatuto causal puede atribuirse a esa relación. Aquí los trabajos son menos concluyentes. En un seguimiento de 12 semanas, los cambios en el asco predijeron los síntomas de contaminación, pero específicamente a través de la sensibilidad al asco, no de la propensión al asco (Olatunji, 2010). A su vez, la propensión mostró un carácter más estable y se relacionó de manera más estrecha con la sintomatología obsesivo-compulsiva, yendo más a una distinción funcional entre ambas dimensiones (Olatunji, 2010; Olatunji et al., 2020).

Sin embargo, otro estudio con una muestra clínica (Melli et al., 2019), cuestionó que la propensión elevada al asco funcionara inequívocamente como antecedente del TOC de contaminación. Aspecto que se complejiza cuando también se encuentra que la propensión al asco predice síntomas obsesivo-compulsivos totales, pero no síntomas de lavado (en este

último caso, la dirección observada fue inversa) (Olatunji y Kim, 2024). Paralelamente, en Brady et al. (2021), en la sintomatología de contaminación, la aversión a los gérmenes media parcialmente la relación entre propensión al asco y síntomas. Lo anterior desaconseja planteamientos simples del tipo "la sensibilidad al asco causa el trastorno". De hecho, el corpus disponible es más compatible con relaciones no uniformes, potencialmente bidireccionales y dependientes de la dimensión sintomática.

Conviene añadir la especificidad por contenido. A saber, no toda vulnerabilidad relacionada con el asco apunta al mismo tipo de obsesiones. Un análisis bifactorial de la Escala de los Tres Dominios del Asco (*Three Domains of Disgust Scale*) mostró que las puntuaciones globales de asco no captan de forma exhaustiva la estructura del constructo y que, una vez controlado el factor general, el dominio de asco patógeno mantenía la relación más consistente con un factor latente de síntomas obsesivo-compulsivos (Olatunji et al., 2015). Esta diferenciación por dominios se reproduce también cuando se analiza el contenido específico de las obsesiones, en una muestra infantojuvenil clínica con trastornos de ansiedad y relacionados, la propensión al asco predecía específicamente obsesiones de contaminación, por su parte, la sensibilidad al asco se asociaba de manera específica con *obsesiones morales*⁸ (Georgiadis et al., 2020). Así, los distintos componentes del asco pueden vincularse de forma diferencial con contenidos obsesivos distintos. Teniendo en cuenta, en la extrapolación a obsesiones sexuales en adultos, que estos estudios no examinan directamente ese subtipo obsesivo ni permiten generalizar sus resultados a esa población (Olatunji et al., 2015; Georgiadis et al., 2020).

1.6. Asco moral, culpa y contaminación mental

La contaminación mental se ha descrito como una experiencia de suciedad, mancha o impureza sentida en ausencia de contacto físico con un contaminante identificable, generalmente vivida como una sensación interna y asociada, en muchos casos, a impulsos de lavado, neutralización o evitación (Fairbrother et al., 2005).

⁸ La asociación observada con *obsesiones morales* no autoriza a equiparar sin más esta categoría con las obsesiones sexuales, ni a asumir identidad fenomenológica entre ambas. La extrapolación al subtipo sexual requiere evidencia específica adicional.

En el ámbito del TOC, este constructo ha pasado de ser una propuesta clínica sugerente a convertirse en un objeto de estudio con sustento empírico creciente. Sin embargo, los estudios disponibles siguen siendo metodológicamente heterogéneos y de calidad variable. El conjunto de la información revisada mostró, asimismo, un predominio de estudios experimentales y una presencia más limitada de estudios con muestras clínicas (Millar et al., 2023). Sería pues plausible reconocer la contaminación mental como un fenómeno clínicamente relevante y conceptualmente diferenciable de la contaminación por contacto, aunque parece más adecuado no fijar límites cerrados sobre el alcance exacto de sus mecanismos y su papel dentro de la fenomenología obsesivo-compulsiva.

Los estudios experimentales han mostrado que situaciones imaginadas de inmoralidad o interacción no consentida pueden generar contaminación mental sin contacto físico directo. Por ejemplo, un escenario de beso no consentido induce sensaciones de suciedad, emociones negativas y urgencia de lavado (Fairbrother et al., 2005). Este efecto se intensifica cuando se manipula experimentalmente la inmoralidad del acto y del agente (Elliott & Radomsky, 2009), y el asco moral produce valoraciones de contaminación mental y fusión pensamiento-acción más intensas que el asco nuclear o la ansiedad (Ouellet-Courtois & Radomsky, 2023).

De hecho, en muestras clínicas con TOC, el asco patógeno predecía la contaminación por contacto y el asco sexual la contaminación mental, mientras que el asco moral no fue predictor significativo tras controlar ansiedad y depresión (Poli et al., 2019). Resultados que concuerdan con trabajos previos que mostraron que la propensión al asco contribuye a la contaminación mental cuando se activa ante estímulos internos sexuales o íntimos (Melli et al., 2014), y que factores como la traición, violación de límites corporales y contenido sexualmente no deseado amplifican estas reacciones más que la mera transgresión moral (Elliott & Radomsky, 2009, 2012). La revisión sistemática de Millar et al. (2023) destacó precisamente estos hallazgos como datos relevantes sobre la diferenciación entre dominios de asco y formas de contaminación en el TOC.

Junto al asco, otra emoción frecuentemente vinculada a las obsesiones sexuales es la culpa. En el estudio de las obsesiones sexuales ha sido propuesta como emoción central. Aunque la literatura no respalda de forma uniforme que una culpa rasgo global explique por sí sola la

sintomatología obsesivo-compulsiva. En la literatura temprana, no se encontraron diferencias claras entre pacientes con TOC y pacientes con ansiedad en medidas generales de culpa, lo que ha servido para distinguir entre la culpa como afecto primario y la reacción secundaria frente a ella (Steketee et al., 1991). Esta observación inicial se ha visto confirmada en estudios clínicos posteriores, en los que la culpa rasgo no predecía significativamente los síntomas del TOC, a diferencia de la propensión al asco en la sintomatología contaminante (Melli et al., 2015).

El foco se ha desplazado, por tanto, hacia la forma en que la culpa es experimentada y evaluada más que hacia su mera presencia. La sensibilidad a la culpa se asociaba sobre todo con pensamientos inaceptables y responsabilidad por daño y, tras controlar depresión y creencias obsesivas, añadía poder explicativo específicamente para pensamientos inaceptables (Hellberg et al., 2023). De forma convergente, la dimensión punitiva del miedo a la culpa se relacionaba con síntomas obsesivo-compulsivos incluso tras controlar culpa, vergüenza, responsabilidad por daño, ansiedad y depresión (Kenny et al., 2023). Esto está alineado con la hipótesis de que la sensibilidad a la culpa (entendida como una evaluación negativa e intolerante de la experiencia de culpa) podría ser más relevante que la culpa rasgo inespecífica, pese a que los resultados apuntan de manera más nítida a síntomas de comprobación y responsabilidad por daño que al conjunto del trastorno (Melli et al., 2017)⁹.

En tal contexto, la contaminación mental puede entenderse como una experiencia de suciedad interna asociada a vivencias de mancillamiento, degradación, traición o compromiso moral, propuesta inicialmente respaldada por estudios sobre agresión sexual y escenarios no consentidos (Fairbrother & Rachman, 2004). No obstante, no parece ser un marcador específico de los pensamientos inaceptables, dado que se ha vinculado con múltiples dimensiones del TOC, sugiriendo vulnerabilidades más generales. Por tanto, ante la ausencia de diseños longitudinales y de muestras clínicas centradas en obsesiones sexuales, resulta

⁹ Un refinamiento conceptual adicional proviene de la noción de culpa deontológica, según la cual en el TOC tendría especial importancia una culpa ligada a la transgresión de una norma moral interna, incluso en ausencia de daño material consumado (Mancini & Gangemi, 2015). La evidencia experimental reporta que la inducción de culpa deontológica puede aumentar conductas no clínicas a la comprobación y al lavado en voluntarios sanos, y trabajos sucesivos la han vinculado también con correlatos subjetivos y fisiológicos de asco.

premature defender una cadena causal uniforme entre asco moral, culpa, contaminación mental y compulsión (Jacoby et al., 2018).

2. Justificación

La elección de las obsesiones sexuales en el TOC como objeto de estudio se justifica por su presencia documentada en muestras clínicas y su inclusión recurrente dentro de determinadas dimensiones sintomáticas del trastorno. En el marco de la estructura dimensional del trastorno, las obsesiones sexuales suelen situarse dentro de la dimensión de pensamientos inaceptables o tabú. Esta dimensión está compuesta por obsesiones sexuales, religiosas y agresivas impulsivas, frecuentemente asociadas a rituales mentales (Brakoulias et al., 2013; Siev et al., 2011).

La literatura reciente mantiene dicha organización sintomática y describe el agrupamiento como un conjunto de obsesiones sexuales, agresivas y religiosas, con frecuencia vinculadas a rituales mentales u otras formas encubiertas de neutralización (Williams et al., 2022; Mahoney et al., 2025; Fernandez et al., 2024). Es más preciso situar las obsesiones sexuales dentro de este dominio más amplio de pensamientos tabú o repugnantes que considerarlas un fenómeno aislado.

Este enfoque resulta conceptualmente relevante porque obliga a distinguir entre el contenido de una intrusión y su significado psicopatológico. La investigación clásica ya demostró que los pensamientos sexuales o agresivos no deseados no son exclusivos de la población clínica, Rachman y de Silva (1978) y posteriormente Salkovskis y Harrison (1984) señalaron que las obsesiones normales son frecuentes y comparten rasgos formales, incluso de contenido, con las clínicas, aunque difieren en frecuencia, intensidad, duración y consecuencias. Posteriormente, Purdon y Clark (1994) analizaron en población no clínica la valoración cognitiva de estos pensamientos, la respuesta emocional asociada y los intentos de control. Esto indica que el interés clínico reside en cómo se interpretan las obsesiones sexuales y sus consecuencias, no en su contenido, evitando así tanto la patologización indiscriminada como la trivialización de casos significativos.

La relevancia del tema se ve reforzada, además, por el papel del estigma y la vergüenza en la experiencia clínica del TOC y en el acceso al tratamiento. La vergüenza mantiene una asociación positiva con el TOC y puede constituir una barrera para la búsqueda de ayuda, además de contribuir al deterioro de la calidad de vida (Laving et al., 2023). Aspecto con peso en las obsesiones de contenido tabú, incluidas las sexuales, dado que tales contenidos se han relacionado con temor a la estigmatización, a ser malinterpretado y con mayores dificultades para su revelación (Perez et al., 2022; Cathey & Wetterneck, 2013).

Y es que, las barreras no se limitan a factores logísticos o financieros. La vergüenza y el estigma figuran entre los principales obstáculos que dificultan el acceso al tratamiento en personas con síntomas obsesivo-compulsivos (Marques et al., 2010). Más aún, el problema no se circunscribe únicamente a la reticencia del paciente a comunicar sus síntomas. Los profesionales de salud mental, del mismo modo, presentan mayores dificultades diagnósticas ante las presentaciones tabú (Perez et al., 2022).

Esta cuestión tiene implicaciones asistenciales importantes. La confusión entre determinadas presentaciones de TOC de contenido sexual y otros trastornos sexuales aumenta el riesgo de formulaciones clínicas inadecuadas e intervenciones poco ajustadas, con el consiguiente riesgo de intensificar el malestar y reforzar la autoestigmatización del paciente (Bruce et al., 2018). Las dificultades diagnósticas pueden contribuir al retraso en la búsqueda de ayuda y en el acceso a un abordaje terapéutico adecuado, prolongando innecesariamente el sufrimiento clínico (Ferreira et al., 2021). Además de que una confusión diagnóstica también puede dar lugar a consecuencias forenses o jurídicas especialmente adversas (Bonagura et al., 2022).

En todo esto, cobra especial pertinencia el análisis centrado en la relación entre obsesiones sexuales y asco moral. La evidencia sobre asco y TOC es amplia, empero se ha desarrollado prioritariamente en torno a los síntomas de contaminación y las respuestas de repugnancia vinculadas a suciedad, enfermedad o contacto corporal (Berle & Phillips, 2006; Cisler et al., 2009; Bhikram et al., 2017).

Sin embargo, análisis sobre rigidez moral y *emociones morales* en TOC sugieren que los procesos morales pueden desempeñar un papel de peso en el trastorno (Whitton et al., 2014;

Fontenelle et al., 2018). Esta línea, pese a lo expuesto, sigue siendo más fragmentaria cuando se intenta aplicar de manera concreta a las obsesiones sexuales (Mitchell et al., 2024). Conviene plantear la asociación entre sexualidad intrusiva y asco moral como una hipótesis plausible que requiere mayor clarificación conceptual y empírica (Jin et al., 2025).

En relación con ello, se identificaron varias revisiones previas sobre obsesiones sexuales, sexualidad en el TOC, contaminación mental y subtipos afines, tanto narrativas como sistemáticas. No obstante, hasta donde se tiene constancia, no se recuperó en las búsquedas realizadas una revisión previa que reproduzca de forma específica la relación entre obsesiones sexuales y asco moral como eje principal de análisis. Algunas se centraron en la fenomenología y tratamiento cognitivo-conductual de las obsesiones sexuales, otras en la sexualidad en el TOC en sentido amplio, y otras en constructos próximos, como la contaminación mental o el TOC centrado en la orientación sexual (*Sexual Orientation Obsessive-Compulsive Disorder*, SO-OCD). Esta revisión se sitúa, por tanto, en un punto insuficientemente delimitado en la literatura previa (véase Anexo A).

A la luz de lo dicho, la novedad del trabajo reside en abordar de forma crítica una intersección todavía parcial, pues la investigación sobre vergüenza en TOC continúa emergiendo y ofrece hallazgos mixtos, la sexualidad sigue describiéndose como una dimensión frecuentemente pasada por alto, y el asco moral ha recibido menos atención que otras formas de asco más clásicamente estudiadas en el trastorno (Laving et al., 2023; de la Iglesia-Larrad et al., 2025; Ouellet-Courtois & Radomsky, 2023).

En este sentido, el valor es de orden analítico y clarificador con el fin de delimitar mejor el fenómeno, revisar críticamente sus principales modelos explicativos y poner de relieve qué aspectos cuentan con apoyo empírico y cuáles permanecen abiertos. Esta orientación es coherente con la producción científica reciente, que sigue subrayando la necesidad de guías clínicas específicas para el tratamiento de pensamientos tabú en TOC (Williams et al., 2022). Igualmente lo es con revisiones actuales que, en subcampos próximos como el SO-OCD, continúan insistiendo en que se trata de áreas que requieren recomendaciones clínicas y metodológicas más precisas (Allely & Pickard, 2024).

En resumen, la elección de la temática queda justificada por cuatro razones: su relevancia clínica dentro del TOC; la necesidad de diferenciar con precisión entre intrusión sexual no patológica y obsesión clínicamente significativa; el impacto del estigma, la vergüenza y el error diagnóstico sobre su detección y tratamiento; y la existencia de un espacio todavía insuficientemente esclarecido en torno al papel de variables morales, destacando el asco moral, en la experiencia y mantenimiento de estos síntomas, de manera que una clarificación más precisa de estos procesos podría contribuir, aparte de la comprensión teórica, a una evaluación e intervención clínica más ajustadas.

3. Objetivos

El presente trabajo se propone analizar, desde una perspectiva clínica y conceptual, la relación entre las obsesiones sexuales en el TOC y la experiencia de asco moral. Se trata de una temática particularmente sensible y frecuentemente estigmatizada, tanto por el contenido de las intrusiones como por las interpretaciones morales que suelen suscitar.

3.1. Objetivo general

Analizar el papel del asco moral en las obsesiones sexuales del TOC, atendiendo a su relevancia en la vivencia subjetiva del síntoma, en la valoración amenazante del contenido intrusivo y los mecanismos que favorecen su mantenimiento clínico.

3.2. Objetivos secundarios

Este trabajo persigue los siguientes objetivos específicos:

1. Delimitar conceptualmente qué debe entenderse por obsesiones sexuales en el marco del TOC, diferenciándolas tanto de las cogniciones sexuales intrusivas no patológicas como de deseos, fantasías o intereses sexuales egosintónicos.
2. Examinar el concepto de asco moral y justificar su pertinencia teórica para comprender determinadas formas de malestar asociadas a este tipo de obsesiones, específicamente cuando el contenido es vivido como contaminante, degradante o incompatible con la identidad moral de la persona.

3. Analizar de qué modo la valoración moral del pensamiento, junto con emociones como el asco, la culpa o la vergüenza, puede intensificar la relevancia clínica de la intrusión y favorecer respuestas de neutralización, evitación o comprobación.
4. Considerar cómo el carácter estigmatizado de esta sintomatología puede favorecer su ocultación, dificultar su comunicación en contextos clínicos y reforzar el sufrimiento subjetivo de quienes la padecen.
5. Extraer implicaciones clínicas derivadas de esta revisión, con especial atención a la evaluación psicopatológica y la comprensión más afinada de los factores emocionales que intervienen en este *subtipo obsesivo*.

4. Pregunta de investigación

La pregunta de investigación de esta revisión sistemática se estructurará a partir de una adaptación del modelo PICO, utilizado para delimitar de forma precisa los componentes fundamentales de una pregunta de investigación. Si bien este modelo se desarrolló principalmente para estudios de intervención, su lógica puede aplicarse de manera flexible a revisiones centradas en fenómenos clínicos y variables psicológicas.

La población (P) estará formada por personas con diagnóstico de TOC que presenten obsesiones sexuales. La intervención o exposición (I/E) no se entenderá aquí en sentido terapéutico, sino como la presencia de obsesiones sexuales en tanto manifestación específica dentro del espectro sintomático del TOC. La comparación (C) (cuando exista en los estudios) podrá establecerse con personas con TOC sin obsesiones sexuales, con otros subtipos obsesivos o con población no clínica que experimente pensamientos sexuales intrusivos no patológicos.

Por su parte, los resultados (O) incluirán las principales variables analizadas en los desarrollos sobre el fenómeno: características clínicas, malestar asociado, valoraciones cognitivas, estrategias de neutralización, impacto funcional y determinadas emociones morales implicadas en su vivencia. Entre estas últimas, el asco moral recibirá atención específica, en la medida en que pueda intervenir en la interpretación amenazante del pensamiento y su mantenimiento psicopatológico.

Tabla 1. Componentes de la pregunta de investigación según adaptación del modelo PICO

Elemento PICO	Descripción en el presente trabajo
Población (P)	Personas con diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo que presentan obsesiones sexuales.
Intervención/Exposición (I/E)	Presencia de obsesiones sexuales como fenómeno clínico de interés.
Comparación (C)	TOC sin obsesiones sexuales, otros subtipos obsesivos o población no clínica con intrusiones sexuales no patológicas.
Resultados (O)	Variables clínicas, cognitivas y emocionales asociadas, con especial atención al posible papel del asco moral.

Nota. Adaptación propia del modelo PICO realizada para la formulación de la pregunta de investigación.

¿Qué evidencia empírica existe sobre las características clínicas, cognitivas y emocionales asociadas a las obsesiones sexuales en personas con TOC, incluyendo el posible papel del asco moral en su vivencia y mantenimiento?

4.1. Preguntas específicas:

1. ¿Qué papel desempeñan las emociones morales y la sensibilidad al asco en la vivencia y mantenimiento de las obsesiones sexuales o pensamientos tabú en el TOC?
2. ¿Qué evidencia existe sobre el reconocimiento diagnóstico y el estigma asociado a las obsesiones sexuales en contextos clínicos y de población general?

5. Metodología

5.1. Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed, Web of Science y PsycINFO el 3 de abril de 2026, en el periodo comprendido entre 2000-2026 para identificar estudios sobre el trastorno obsesivo-compulsivo vinculados a las obsesiones sexuales y a variables emocionales y cognitivas relevantes para su comprensión clínica, como el asco, la culpa, la vergüenza y la contaminación mental. La restricción temporal tiene como fin concentrar la mayor parte de

las publicaciones relevantes sobre TOC, modelos dimensionales y constructos como la contaminación mental. El proceso de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión de estudios se representa mediante un diagrama de flujo elaborado conforme a las directrices PRISMA.

Por su parte, la estrategia se estructuró del siguiente modo:

Tabla 2. Ecuaciones de búsqueda empleadas en las bases de datos consultadas

Base de datos	Ecuación de búsqueda
PubMed	("Obsessive-Compulsive Disorder"[Title/Abstract] OR OCD[Title/Abstract]) AND ("sexual obsessions"[Title/Abstract] OR "sexual intrusive thoughts"[Title/Abstract] OR "sexual orientation OCD"[Title/Abstract] OR "pedophilia OCD"[Title/Abstract]) AND (disgust OR "moral disgust" OR shame OR guilt OR "mental contamination")
Web of Science	(Topic = "obsessive-compulsive disorder" OR OCD) AND (Topic = "sexual obsessions" OR "sexual intrusive thoughts" OR "taboo thoughts" OR "unacceptable thoughts") AND (Abstract = "moral disgust" OR shame OR guilt OR "mental contamination")
PsycINFO	Línea 1: "obsessive compulsive disorder" OR OCD; Línea 2: "sexual obsessions" OR "sexual intrusive thoughts" OR "unacceptable thoughts" OR "taboo thoughts"; Línea 3: disgust OR "moral disgust" OR guilt OR shame OR "mental contamination". Combinación final: Línea 1 AND Línea 2 AND Línea 3.

Nota. Los términos incluidos dentro de cada bloque se combinaron mediante el operador booleano *OR*, mientras que los tres bloques principales se combinaron entre sí mediante *AND*. La estrategia mantuvo una estructura conceptual común en las tres bases de datos, aunque los términos concretos y los campos de búsqueda se adaptaron parcialmente a las características de recuperación de cada plataforma. En PubMed, varios términos se restringieron al campo *Title/Abstract* para aumentar la precisión de la búsqueda.

5.2. Criterios de inclusión y exclusión

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión: 1) artículos empíricos cuantitativos, cualitativos o mixtos; 2) estudios que abordaran el TOC y ofrecieran información sobre obsesiones sexuales, pensamientos tabúes o variables emocionales y cognitivas directamente

relacionadas con su vivencia, como asco moral, culpa, vergüenza, contaminación mental o sensibilidad al asco; 3) estudios centrados en población clínica con TOC o en población no clínica cuando permitieran establecer comparaciones útiles para el diagnóstico diferencial entre pensamientos sexuales intrusivos no patológicos y obsesiones sexuales clínicamente significativas; y 4) publicaciones disponibles a texto completo, en inglés o español.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes: 1) estudios centrados exclusivamente en otras dimensiones del TOC sin conexión conceptual con las obsesiones sexuales o con las variables emocionales de interés; 2) trabajos puramente teóricos, editoriales, cartas al editor o resúmenes de congresos sin desarrollo completo; 3) estudios duplicados; 4) trabajos centrados en fenómenos sexuales egosintónicos, parafilias u otros trastornos sexuales que no aportaran elementos útiles para el diagnóstico diferencial con el TOC; y 5) estudios en los que la referencia a pensamientos tabú, asco o contaminación no permitiera discriminar si los hallazgos eran aplicables al subtipo de obsesiones sexuales.

5.3. Extracción y síntesis de resultados

Las variables extraídas incluyeron: país o contexto del estudio, tamaño muestral, distribución por sexo, media de edad, método de evaluación del TOC o de los síntomas obsesivo-compulsivos, método de evaluación del asco o del asco moral (cuando procedía) y otras variables psicológicas relevantes, como culpa, vergüenza, ansiedad, creencias obsesivas, estigma, reconocimiento diagnóstico o contaminación mental.

Debido a la heterogeneidad metodológica de los estudios incluidos, la extracción de datos se organizó en tablas diferenciadas según el tipo de diseño: estudios empíricos con muestra grupal, estudios de caso único y estudios basados en viñetas sobre reconocimiento, estigma o recomendación terapéutica. Posteriormente, los hallazgos se sintetizaron de forma narrativa, atendiendo tanto a las características metodológicas de los estudios como a las principales variables psicológicas examinadas. Véanse las Tablas del Anexo B.

5.4. Evaluación del riesgo de sesgo/calidad metodológica

Dada la diversidad metodológica de los estudios incluidos, la evaluación del riesgo de sesgo requirió el uso de herramientas específicas adaptadas al diseño de cada investigación.

Los estudios analíticos transversales se valoraron mediante la *Lista de verificación para la evaluación crítica de estudios transversales analíticos del JBI* (*JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies*). Este instrumento consta de 8 ítems que examinan aspectos como la claridad de los criterios de inclusión, descripción de la muestra y su contexto, la validez y fiabilidad con que se midieron tanto la exposición como los resultados, el control ejercido sobre los factores de confusión y la solidez del análisis estadístico empleado (Joanna Briggs Institute, 2020a).

Cuando se trataba de estudios de caso o caso único, recurrimos a la *Lista de verificación para la evaluación crítica de informes de casos del JBI* (*JBI Critical Appraisal Checklist for Case Reports*). También compuesta por 8 ítems y centrada en la descripción clínica del paciente, las pruebas diagnósticas realizadas, intervención aplicada, evolución posterior del caso y lecciones clínicas que pueden extraerse (JBI, 2020b).

Por su parte, la *Lista de verificación para la evaluación crítica de estudios cuasi-experimentales del JBI* (*JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies*), con sus 9 ítems, se aplicó a los estudios cuasi-experimentales. En este caso, los criterios valoraban la relación causa-efecto, comparabilidad entre grupos, presencia de grupo control, mediciones antes y después de la intervención, el seguimiento y la adecuación del tratamiento estadístico (JBI, 2020c).

Para los ensayos controlados aleatorizados, se utilizó la *Lista de verificación para la evaluación crítica de ensayos controlados aleatorizados del JBI* (*JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials*), con 13 ítems que evalúan aspectos clave como la verdadera aleatorización de los participantes a grupos de tratamiento, el ocultamiento de la asignación, la comparabilidad de grupos al inicio del estudio, el enmascaramiento de participantes, administradores del tratamiento y evaluadores de resultados, la similitud del tratamiento

entre grupos excepto por la intervención evaluada, el seguimiento completo y descrito, el análisis por intención de tratar, la medición idéntica de resultados entre grupos, la fiabilidad de las mediciones y la adecuación del análisis estadístico (JBI, 2020d).

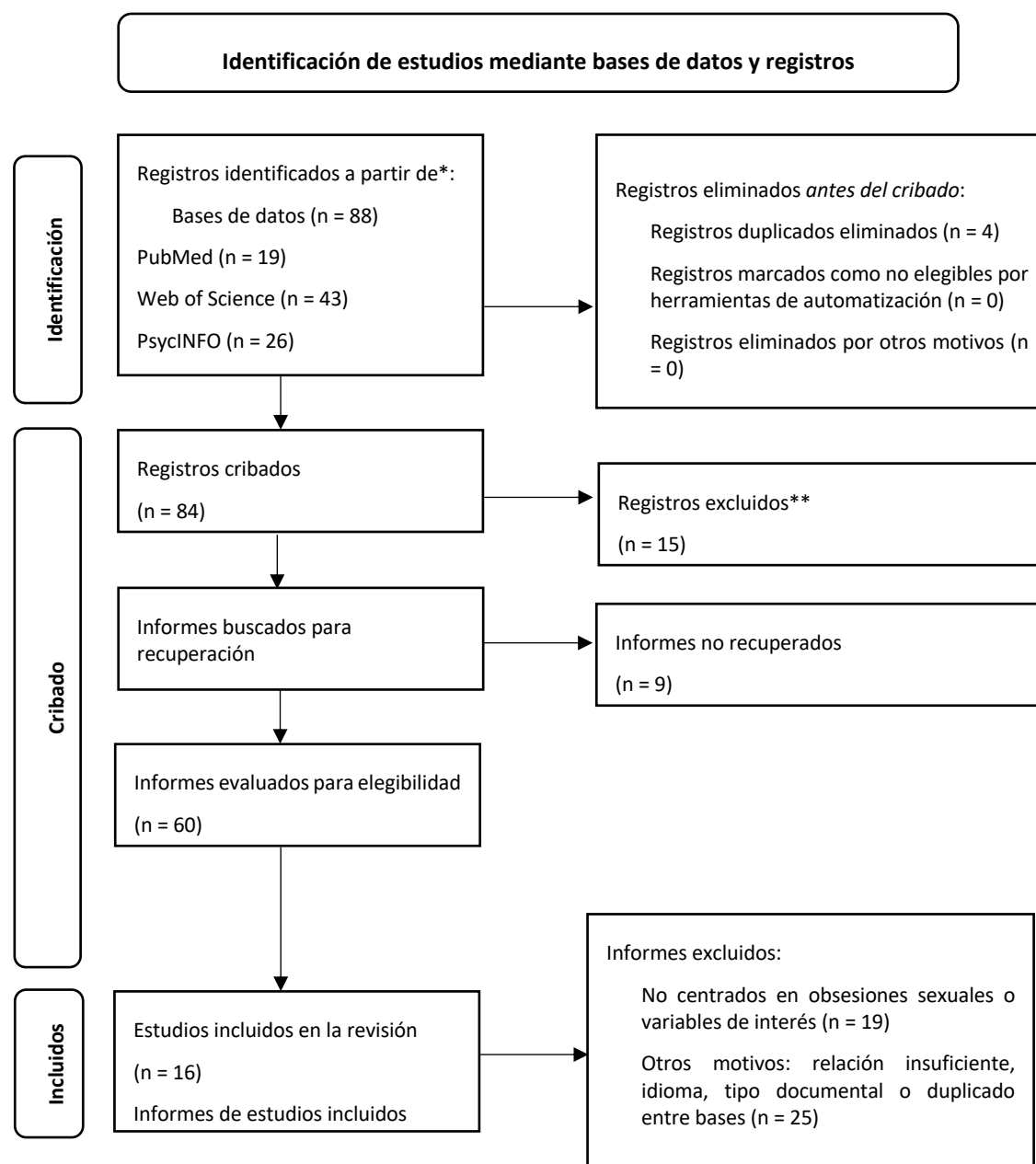
En todos los casos, cada ítem se calificó como "sí", "no", "no claro" o "no aplicable". La interpretación de los resultados se realizó de forma descriptiva, atendiendo al cumplimiento de los distintos criterios en cada estudio, sin establecer un punto de corte uniforme para todos los diseños (Joanna Briggs Institute, 2020a, 2020b; JBI, 2020c, 2020d).

Como inciso, uno de los estudios incluidos (Osivwemu et al., 2025) utilizó un diseño de caso único experimental (*Single-Case Experimental Design*, SCED) con metodología A/B-FU, y reconociendo que el JBI no dispone actualmente de una herramienta de evaluación crítica específica para diseños SCED, este estudio fue evaluado mediante los criterios SCRIBE 2016 (*Single-Case Reporting Guideline in BEhavioural Interventions*; Tate et al., 2016), que son los estándares internacionales de calidad para este tipo de diseños. Los restantes estudios experimentales, cuasi-experimentales y de caso único se evaluaron con las correspondientes checklists JBI.

6. Resultados

6.1. Diagrama de flujo

El proceso de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión de los estudios se representó mediante un diagrama de flujo conforme a las directrices PRISMA 2020 (Page et al., 2021). La búsqueda inicial permitió identificar 88 registros en las bases de datos consultadas. Tras eliminar los duplicados y aplicar los criterios de cribado y elegibilidad, se incluyeron finalmente 16 estudios en la revisión.

Figura 1*Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios según PRISMA 2020*

Nota. Diagrama de flujo del proceso de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión de estudios. Elaboración propia a partir de las directrices PRISMA 2020 (Page et al., 2021).

6.2. Características generales de los estudios

Los 16 estudios incluidos mostraron una marcada heterogeneidad en términos de procedencia geográfica, tipo de muestra, enfoque metodológico y variables analizadas. Conjuntamente, integraron aproximadamente 3.548 participantes o casos, que abarcaban muestras clínicas y no clínicas, profesionales de salud mental y diseños de caso único. Aunque la distribución por sexo debe interpretarse con cautela debido a la variabilidad de las muestras y al uso de cifras redondeadas en los trabajos originales, los datos disponibles indican que aproximadamente un 33,8% fueron hombres, un 65,9% mujeres y un 0,2% se clasificaron en otra categoría o no fueron especificados. En cuanto a la edad, aquellos estudios que la reportaron mostraron medias entre 18,61 y 40,29 años, con un promedio ponderado aproximado de 23,6 años.

Las muestras incluyeron personas con diagnóstico clínico de TOC, población no clínica, profesionales de salud mental y casos individuales. La mayor proporción de estudios procedió de Estados Unidos (7/16; 43,8%), seguida de Australia y Reino Unido, con dos estudios cada uno (2/16; 12,5% respectivamente). Además, se identificaron estudios realizados en Irlanda, Italia, Corea del Sur, Latinoamérica y un contexto mixto Estados Unidos/Canadá (1/16; 6,3% respectivamente). Atendiendo al diseño principal de cada trabajo, ocho fueron observacionales transversales o comparativos (8/16; 50,0%), dos emplearon diseños experimentales o de inducción (2/16; 12,5%), cuatro utilizaron viñetas clínicas para evaluar reconocimiento diagnóstico, estigma o recomendación terapéutica (4/16; 25,0%) y dos correspondieron a estudios de caso o caso único (2/16; 12,5%). La tabla siguiente presenta las características principales de los estudios incluidos.

Información ampliada sobre la extracción de datos, los resultados principales y la evaluación metodológica puede consultarse en el Anexo B.

Tabla 1*Características generales de los estudios incluidos*

Estudio	País/contexto	Diseño	Muestra / N	% hombres / mujeres	Edad media	Tipo de muestra	Variable principal evaluada
Abramowitz et al. (2003)	EE. UU.	Observacional transversal / cuasi-experimental pre-post	132 adultos con TOC	53,0% hombres; 47,0% mujeres	36,01 (DE = 13,9)	Clínica	Dimensión de pensamientos inaceptables, clústeres sintomáticos, rituales mentales y respuesta a ERP
Berman et al. (2020)	EE. UU.	Ensayo controlado aleatorizado con diseño entre sujetos	70 jóvenes no clínicos	32,9% hombres; 67,1% mujeres	19,76 (DE = 1,62)	No clínica	Obsesiones autógenas y reactivas; culpa, vergüenza, bochorno, reactividad emocional y conflicto con valores
Chawla et al. (2022)	Australia, clínica en Sydney	Observacional transversal	48 adultos con TOC	54,2% hombres; 45,8% mujeres	30,94 (DE = 9,65)	Clínica	Preocupaciones existenciales asociadas a obsesiones agresivas y sexuales
Ching et al. (2021)	EE. UU./Canadá; muestra universitaria de Nueva Inglaterra	Observacional transversal	592 adultos jóvenes	30,2% hombres; 69,8% mujeres	19,16 (DE = 1,52)	No clínica / universitaria	Síntomas obsesivo-compulsivos de orientación sexual, homofobia, propensión y sensibilidad al asco
Hellberg et al. (2023)	EE. UU.; UNC / Rogers Memorial Hospital	Observacional transversal	164 adultos jóvenes y adultos	51,2% hombres; 48,2% mujeres	30,91 (DE = 11,61)	Clínica	Sensibilidad a la culpa, pensamientos inaceptables y responsabilidad por daño
Jacoby et al. (2018)	EE. UU.; universidad del sureste	Observacional transversal	304 jóvenes no clínicos, tras cribado	30,6% hombres; 69,4% mujeres	18,61 (DE = 1,33)	No clínica	Contaminación mental, síntomas obsesivo-compulsivos dimensionales, fusión pensamiento-acción e intolerancia a la incertidumbre

Estudio	País/contexto	Diseño	Muestra / N	% hombres / mujeres	Edad media	Tipo de muestra	Variable principal evaluada
Kim et al. (2020)	Corea del Sur	Observacional transversal comparativo	110 adultos jóvenes: 65 con TOC y 45 controles	TOC: 80% hombres; 20% mujeres. Controles: 91% hombres; 9% mujeres	TOC: 22,9 (DE = 3,5); controles: 22,6 (DE = 2,0)	Clínica y controles	Fusión pensamiento-acción, culpa rasgo, responsabilidad inflada y dimensiones obsesivo-compulsivas
Melli et al. (2015)	Italia	Observacional transversal	98 jóvenes adultos con TOC	53,1% hombres; 46,9% mujeres	32,0 (DE = 10,4)	Clínica	Propensión al asco, culpa rasgo, ansiedad, depresión y dimensiones sintomáticas del TOC
Mitchell et al. (2024)	EE. UU.	Observacional transversal, dos estudios	Estudio 1: 70 adultos con TOC; Estudio 2: 458 adultos jóvenes no clínicos	Estudio 1: 20% hombres; 80% mujeres. Estudio 2: 16,4% hombres; 83,6% mujeres	Estudio 1: no especificada; Estudio 2: 19,37 (DE = 2,06)	Mixta: clínica y no clínica	Obsesiones autógenas y reactivas; asco patógeno, moral y sexual
Visvalingam et al. (2022)	Australia, Sydney	Ensayo controlado aleatorizado con diseño intrasujeto	55 jóvenes: 46 clínicos y 9 subclínicos	21,8% hombres; 74,5% mujeres; resto no especificado	18,82 (DE = 4,85)	Clínica / subclínica	Inducciones de obsesiones sexuales, de daño, contaminación y simetría; vergüenza, ansiedad e inmoralidad percibida
Osivwemu et al. (2025)	Reino Unido	Diseño experimental de caso único, A/B-FU	1 caso	Varón heterosexual con TOC	28 años	Caso único clínico	TOC centrado en la orientación sexual, vergüenza, ansiedad, comprobación, preocupación y compulsiones
Warnock-Parkes et al. (2012)	Reino Unido	Estudio de caso / caso único	1 caso	Varón con TOC	40 años	Caso único clínico	Contaminación mental vinculada a traición; comparación entre TCC estándar y terapia cognitiva adaptada

Estudio	País/contexto	Diseño	Muestra / N	% hombres / mujeres	Edad media	Tipo de muestra	Variable principal evaluada
Canavan (2024)	Irlanda	Observacional transversal mediante viñetas	514 psicoterapeutas adultos	26,1% hombres; 73,5% mujeres; 0,4% otro	No especificada	Profesionales	Reconocimiento diagnóstico, recomendación de EBT/ERP, confianza clínica, potencial de daño y disposición a trabajar con el caso
McCarty et al. (2017)	EE. UU.	Observacional transversal mediante viñetas	738 adultos no clínicos	39,3% hombres; 60,3% mujeres; 0,4% otro	No especificada	No clínica / población general	Reconocimiento del TOC, distancia social, miedo/peligrosidad y severidad percibida
Perez et al. (2022)	Latinoamérica, multicéntrico	Observacional transversal mediante viñetas	83 profesionales de salud mental	32,5% hombres; 67,5% mujeres	40,29 (DE = 10,57)	Profesionales	Impresión diagnóstica, recomendación terapéutica, confianza en TOC y orientación teórica
Steinberg y Wetterneck (2017)	EE. UU.	Observacional transversal mediante viñetas	110 participantes: 66 clínicos y 44 estudiantes	23,7% hombres; 76,3% mujeres	35,60 (DE = 11,56)	Profesionales / estudiantes	Estigma, rechazo social, preocupación, revelación de pensamientos intrusivos y disposición ante distintos contenidos obsesivos

Nota. TOC = trastorno obsesivo-compulsivo; DE = desviación estándar; ERP = exposición con prevención de respuesta; EBT = tratamiento basado en la evidencia; TCC = terapia cognitivo-conductual; A/B-FU = línea base/intervención/seguimiento. Cuando la edad media o algún dato sociodemográfico no aparecía en la tabla de extracción original, se indicó como “no especificado”.

6.3. Síntesis descriptiva de los resultados

En cuanto al contenido de los hallazgos, la evidencia incluida se organizó en cuatro núcleos principales: caracterización clínica de las obsesiones sexuales y pensamientos tabú, variables emocionales y morales, variables cognitivas y contaminación mental, y reconocimiento diagnóstico/estigma. Del total de estudios, nueve aportaron datos cuantitativos sobre variables emocionales o cognitivas asociadas a obsesiones sexuales, pensamientos tabú o dimensiones próximas del TOC (9/16; 56,3%), cuatro examinaron reconocimiento diagnóstico o estigma mediante viñetas clínicas (4/16; 25,0%), dos correspondieron a estudios de caso o caso único (2/16; 12,5%) y solo uno incorporó explícitamente el asco moral como dominio diferenciado (1/16; 6,3%). Dada esta distribución, la síntesis se presenta distinguiendo entre evidencia directa sobre obsesiones sexuales y evidencia indirecta procedente de constructos afines.

Las obsesiones sexuales, agresivas y religiosas conformaron una dimensión común de pensamientos inaceptables o repugnantes, más que un subtipo aislado de contenido exclusivamente sexual (Jacoby et al., 2018). Abramowitz et al. (2003) observaron que quienes presentaban estos pensamientos inaceptables mostraron obsesiones agresivas, sexuales y religiosas junto con rituales mentales, comprobaciones y neutralización encubierta. Resulta llamativo que la peor respuesta a la terapia cognitivo-conductual se observara en casos de acumulación, no en aquellos con pensamientos inaceptables. En cuanto a la evidencia específica sobre SO-OCD, esta procedió de un estudio de caso único en el que se observó mejoría clínica tras una intervención psicológica adaptada (Osivwemu et al., 2025).

En el plano emocional, las obsesiones autógenas o tabú se asociaron con emociones autoconscientes y con el conflicto frente a los valores personales. La inducción experimental de dicho tipo de obsesiones (Berman et al., 2020) incrementó la culpa, la vergüenza y el bochorno, especialmente cuando la intrusión amenazaba directamente los valores del individuo. Además, en población clínica (Chawla et al., 2022), la ansiedad ante la muerte se relacionó con obsesiones agresivas, mientras que cuestiones de identidad, falta de sentido vital y culpa se relacionaron con obsesiones sexuales, en continuidad con la relevancia

posterior de la sensibilidad a la culpa (Hellberg et al., 2023). Por otra parte, las inducciones de obsesiones sexuales y de daño (Visvalingam et al., 2022) provocaron más vergüenza y ansiedad que las de contaminación y simetría, así como mayor valoración de inmoralidad.

Los hallazgos sobre asco y culpa fueron heterogéneos. Las obsesiones reactivas se relacionaron con mayor asco patógeno, mientras que las autógenas mostraron asociaciones variables según los distintos dominios de asco evaluados (Mitchell et al., 2024). Coherentemente con este patrón diferencial, en muestra clínica la propensión al asco predijo síntomas de contaminación y simetría, pero no los pensamientos inaceptables (Melli et al., 2015). En el ámbito específico de los síntomas SO-OC, la sensibilidad al asco medió parcialmente la relación entre homofobia y sintomatología (Ching et al., 2021), si bien cabe señalar que no se evaluaron ni el asco moral ni muestras clínicas con SO-OCD propiamente dicho. Respecto a la culpa, la sensibilidad hacia tal emoción se asoció con pensamientos inaceptables y responsabilidad por daño (Hellberg et al., 2023), aunque la culpa rasgo no predijo ninguna dimensión del TOC al controlar ansiedad y depresión (Melli et al., 2015).

Por otro lado, entre las variables cognitivas, la fusión pensamiento-acción se vinculó con responsabilidad por daño y pensamientos inaceptables (Kim & Lee, 2020), dimensión también asociada a neutralización encubierta (Abramowitz et al., 2003), pese a que su contribución explicativa fue modesta. Asimismo, la contaminación mental se asoció con contaminación, pensamientos inaceptables, responsabilidad por daño y simetría/incompletitud (Jacoby et al., 2018), abarcando contenidos temáticos de naturaleza sexual, inmoral, de traición y violenta. Un caso clínico de contaminación mental vinculada a traición ilustra la posible relevancia clínica de este fenómeno y la utilidad de intervenciones psicológicas adaptadas cuando la formulación estándar resulta insuficiente (Warnock-Parkes et al., 2012).

Los estudios con viñetas revelaron menor reconocimiento diagnóstico y mayor estigmatización en las presentaciones tabú y de daño. Este patrón se observó tanto en población general (McCarty et al., 2017) como profesionales (Canavan, 2024; Perez et al., 2022), donde las presentaciones de contaminación y simetría se identificaron con más facilidad que la responsabilidad por daño o las obsesiones sexuales, agresivas y religiosas. Resulta significativo que la viñeta sexual fuera atribuida con frecuencia a un trastorno

parafilico (Perez et al., 2022), si bien otros estudios la describen dentro del dominio de pensamientos inaceptables (Abramowitz et al., 2003). Además, estos sesgos se asociaron con mayor distancia social, preocupación o menor disposición a revelar o abordar clínicamente determinados pensamientos intrusivos de contenido sexual, agresivo o pedofílico intrusivo (Canavan, 2024; Steinberg & Wetterneck, 2017).

En síntesis, a pregunta de investigación principal puede responderse de forma parcialmente afirmativa, existe evidencia sobre características clínicas, cognitivas y emocionales asociadas a las obsesiones sexuales. Sin embargo, la especificidad respecto al asco moral es limitada, predominando estudios sobre constructos relacionados como sensibilidad al asco, vergüenza, culpa y contaminación mental.

Por su parte, las cuestiones más específicas se responden mediante dos bloques diferenciados de evidencia. En lo referente a la primera pregunta, sobre el papel de las emociones morales y la sensibilidad al asco, se responde a través de estudios que documentan asociaciones significativas entre obsesiones sexuales o pensamientos tabú y variables como vergüenza autodirigida (Mitchell et al., 2024), sensibilidad a la culpa (Hellberg et al., 2023), propensión y sensibilidad al asco (Melli et al., 2015; Ching et al., 2021), y contaminación mental (Jacoby et al., 2018). Estos hallazgos, complementados con evidencia experimental sobre inducción de contaminación mental mediante escenarios de traición y violación moral (Berman et al., 2020; Visvalingam et al., 2022), sugieren que las emociones morales participan en la vivencia egodistónica y el mantenimiento del malestar, aunque los mecanismos específicos del asco moral permanecen insuficientemente diferenciados de otros constructos afines.

Finalmente, la segunda pregunta específica, relativa al reconocimiento diagnóstico y al estigma, se responde mediante estudios con viñetas que revelan tasas significativamente menores de identificación correcta para presentaciones de obsesiones sexuales, agresivas y religiosas en comparación con obsesiones de contaminación o simetría, tanto en población general (McCarty et al., 2017) como en profesionales de salud mental (Canavan, 2024; Perez et al., 2022). Patrón acompañado de atribuciones diagnósticas erróneas (particularmente la confusión con trastornos parafilicos), mayor distancia social percibida, y menor disposición a revelar pensamientos intrusivos de contenido sexual o a trabajar clínicamente con ciertos

casos (Steinberg & Wetterneck, 2017). En conjunto, se subraya la existencia de barreras tanto en el reconocimiento clínico como en la comunicación terapéutica de este subtipo sintomático.

7. Discusión y conclusiones

El objetivo fue analizar la evidencia empírica disponible sobre las características clínicas, cognitivas y emocionales asociadas a las obsesiones sexuales en TOC, prestando especial atención al posible papel del asco moral en su vivencia subjetiva y mantenimiento psicopatológico.

Los principales hallazgos son: 1) las obsesiones sexuales en el TOC no pueden comprenderse únicamente a partir de su contenido sexual, sino atendiendo al significado moral, identitario y contaminante que la persona atribuye a la intrusión; 2) la evidencia localizada no permite afirmar que el asco moral constituya un mecanismo causal específico en este subtipo obsesivo, aunque sí señala un campo de asociación clínicamente relevante entre obsesiones sexuales o pensamientos tabú y variables como vergüenza, culpa, sensibilidad al asco, contaminación mental, evitación y neutralización; 3) los estudios revisados muestran que estas obsesiones se integran dentro de un dominio más amplio de pensamientos inaceptables o tabú, habitualmente caracterizado por elevada egodistonia, malestar subjetivo, rituales mentales y búsqueda de seguridad; y 4) el carácter estigmatizado del contenido sexual favorece la ocultación de los síntomas, dificulta su comunicación en contextos clínicos y aumenta el riesgo de errores diagnósticos.

A partir de estas evidencias, se responde parcialmente a la pregunta de investigación planteada. En conjunto, la evidencia localizada sugiere que las obsesiones sexuales en el TOC se comprenden mejor desde los modelos cognitivos y dimensionales del trastorno que desde una lectura centrada exclusivamente en el contenido sexual de la intrusión. Esta interpretación es coherente con la literatura que diferencia las intrusiones no clínicas de las obsesiones clínicamente significativas en función de variables como la valoración amenazante, la egodistonia, el malestar, la interferencia y las estrategias de control o neutralización asociadas (Purdon & Clark, 1993, 1994; Clark et al., 2000; Audet et al., 2023). De ahí que el

resultado principal de esta revisión no apunta a que el contenido sexual sea por sí mismo patológico, sino a que adquiere relevancia clínica cuando es interpretado como moralmente revelador, peligroso o incompatible con la identidad de la persona.

Este hallazgo se alinea con los trabajos que sitúan las obsesiones sexuales dentro de la dimensión más amplia de pensamientos inaceptables o tabú, junto con obsesiones agresivas y religiosas, frecuentemente acompañadas de rituales mentales, búsqueda de seguridad y comprobaciones encubiertas (Abramowitz et al., 2003; Williams et al., 2011; Brakoulias et al., 2013; Williams et al., 2022). Desde esta perspectiva, las variables identificadas en los estudios revisados (culpa, vergüenza, temor a ser malinterpretado, evitación, neutralización y contaminación mental) no deberían entenderse como elementos aislados, sino como componentes de una misma dinámica obsesiva en la que la intrusión adquiere un significado personal excesivo. Clínicamente, esto refuerza la necesidad de explorar no solo “qué” piensa la persona, más exactamente es “qué cree que dice de ella” el hecho de haber tenido ese pensamiento.

Respecto al posible papel del asco moral, los resultados de esta revisión apoyan una hipótesis clínicamente plausible, aunque todavía insuficientemente demostrada de forma directa. La literatura sobre asco moral ha señalado que esta emoción se vincula con experiencias de impureza, degradación o transgresión de normas de pureza, pero también ha advertido de sus fronteras imprecisas con la ira moral, la culpa y otras formas de rechazo moral (Tybur et al., 2009, 2013; Russell & Giner-Sorolla, 2011, 2013). En consonancia con ello, los estudios revisados permiten relacionar las obsesiones sexuales o pensamientos tabú con sensibilidad al asco, culpa, vergüenza y contaminación mental, pero no permiten concluir que el asco moral funcione como un mecanismo causal específico de este subtipo obsesivo (Melli et al., 2015; Ching et al., 2021; Hellberg et al., 2023; Mitchell et al., 2024). La aportación de esta revisión consiste más en delimitar un campo de asociación clínicamente relevante que en establecer una explicación causal cerrada.

En relación con la primera pregunta específica, la bibliografía analizada sugiere que las emociones morales y la sensibilidad al asco pueden contribuir al mantenimiento de las obsesiones sexuales al aumentar la relevancia subjetiva del pensamiento, intensificar la

percepción de amenaza y favorecer respuestas de evitación, comprobación o neutralización. Interpretación que resulta coherente con la literatura sobre contaminación mental, que ha mostrado cómo determinadas experiencias de transgresión, traición o violación de límites pueden producir sensaciones de suciedad interna incluso en ausencia de contacto físico directo (Jacoby et al., 2018; Berman et al., 2020; Visvalingam et al., 2022; Ouellet-Courtois & Radomsky, 2023). No obstante, dado que tales constructos aparecen frecuentemente solapados, futuras investigaciones deberían diferenciar con mayor precisión el peso específico del asco moral frente al asco sexual, la culpa deontológica, la vergüenza autodirigida y la contaminación mental (D'Olimpio & Mancini, 2014).

En cuanto a la segunda pregunta específica, la evidencia muestra que las obsesiones sexuales presentan importantes dificultades de reconocimiento diagnóstico y un elevado potencial estigmatizante. Este resultado coincide con estudios previos que han señalado que las obsesiones sexuales suelen acompañarse de vergüenza, ocultación y temor a ser malinterpretado, lo que puede dificultar su comunicación en el contexto clínico (Cathey & Wetterneck, 2013; Glazier et al., 2013). Además, los trabajos con viñetas reportan mayores tasas de error diagnóstico en presentaciones sexuales, agresivas o religiosas del TOC que en síntomas más prototípicos, como contaminación o simetría, tanto en población general como en profesionales de salud mental (McCarty et al., 2017; Perez et al., 2022; Canavan, 2024). Esta dificultad tiene una implicación clínica directa, la evaluación debe incorporar una exploración cuidadosa de la egodistonía, la función compulsiva de las conductas de comprobación y el diagnóstico diferencial con fenómenos sexuales egosintónicos o parafilicos (Vella-Zarb et al., 2017; Bruce et al., 2018).

En síntesis, la respuesta a la pregunta de investigación debe formularse con reserva. La evidencia disponible indica que las obsesiones sexuales en el TOC se asocian con una constelación de variables clínicas, cognitivas y emocionales que incluyen egodistonía, malestar, culpa, vergüenza, sensibilidad al asco, contaminación mental, evitación y neutralización. Sin embargo, la literatura aún no permite afirmar que el asco moral sea un mecanismo específico ni causal en este subtipo obsesivo. Esta conclusión es coherente con el carácter todavía fragmentario del campo y con revisiones recientes que subrayan la necesidad de mayor precisión conceptual, muestras clínicas específicas y diseños metodológicos más

sólidos en el estudio de la sexualidad, los pensamientos tabú y el TOC (Allely & Pickard, 2024; de la Iglesia-Larrad et al., 2025).

7.1. Limitaciones

La evidencia localizada sobre el papel del asco moral en las obsesiones sexuales del TOC resultó limitada y, en buena medida, indirecta. Esto es así en cuanto a que, si bien la estrategia de búsqueda incluyó términos específicos relativos al TOC, las obsesiones sexuales o tabú y variables como asco, asco moral, culpa, vergüenza y contaminación mental, los estudios finalmente incluidos no evaluaron de manera directa y específica el asco moral como mecanismo de mantenimiento de las obsesiones sexuales en muestras clínicas. Así, más que confirmar una relación empíricamente establecida entre asco moral y obsesiones sexuales, los resultados permiten delimitar un campo de asociación entre obsesiones sexuales/tabú y variables próximas como sensibilidad al asco, propensión al asco, vergüenza, culpa, sensibilidad a la culpa y contaminación mental (Ching et al., 2021; Hellberg et al., 2023; Jacoby et al., 2018; Melli et al., 2015; Mitchell et al., 2024; Visvalingam et al., 2022).

Una segunda limitación relevante es la heterogeneidad metodológica de los estudios incluidos. Se integraron investigaciones con muestras clínicas y no clínicas, empleando diseños transversales, experimentales, viñetas y casos únicos. Esta diversidad permitió obtener una visión amplia del fenómeno, pero impidió realizar una síntesis cuantitativa homogénea y limita la comparación directa entre estudios. A ello se suma que, aunque el número total de participantes o casos incluidos en la revisión fue amplio, varios estudios presentaron tamaños muestrales reducidos, especialmente aquellos realizados con muestras clínicas, diseños experimentales o estudios de caso único. Además, varios trabajos no se centraban exclusivamente en obsesiones sexuales, sino en constructos más amplios (pensamientos inaceptables, obsesiones autógenas, contaminación mental, síntomas de orientación sexual o presentaciones tabú en sentido general, entre otros) (Jacoby et al., 2018; Mitchell et al., 2024). De ahí que parte de la evidencia haya tenido que interpretarse como información relacionada pero no estrictamente específica del subtipo de obsesiones sexuales.

Por otro lado, las características de las muestras condicionan también la generalización de los resultados. Algunos estudios recurrieron a población universitaria o participantes no clínicos, aspecto que reduce la extrapolación directa a personas con diagnóstico clínico de TOC y obsesiones sexuales (Berman et al., 2020; Ching et al., 2021; Mitchell et al., 2024). Otros trabajos utilizaron viñetas para examinar reconocimiento diagnóstico, estigma o recomendación terapéutica y, por ende, sus resultados informan sobre actitudes y atribuciones ante presentaciones clínicas hipotéticas, pero no necesariamente sobre la evaluación o intervención en contextos asistenciales reales (Canavan, 2024; McCarty et al., 2017; Perez et al., 2022; Steinberg & Wetterneck, 2017). Del mismo modo, la evidencia específica sobre intervención en SO-OCD procedió de diseños de caso único, útiles para generar hipótesis clínicas y aun así insuficientes para establecer conclusiones sólidas sobre eficacia terapéutica generalizable (Osivwemu et al., 2025).

La variabilidad conceptual y terminológica representa otra dificultad importante. Se emplearon términos parcialmente solapados, como obsesiones sexuales, pensamientos tabú, pensamientos inaceptables, obsesiones autógenas, SO-OCD, contaminación mental, asco moral, asco sexual, propensión al asco y sensibilidad al asco. El asco moral, en particular, no siempre aparece operacionalizado de forma diferenciada frente a otras modalidades de asco o frente a emociones morales próximas como culpa, vergüenza o ira moral (Russell & Giner-Sorolla, 2011, 2013; Tybur et al., 2009, 2013). La falta de uniformidad conceptual limita la posibilidad de establecer inferencias firmes sobre su papel específico en la vivencia de las obsesiones sexuales (Ching et al., 2021; Melli et al., 2015; Mitchell et al., 2024).

El propio proceso de revisión presenta limitaciones adicionales. Pese a haberse seguido un procedimiento estructurado de identificación, cribado y selección conforme a PRISMA 2020, la revisión no elimina por completo el riesgo de sesgo de selección, singularmente en un campo donde los términos de búsqueda no siempre capturan de forma uniforme la diversidad terminológica empleada para describir las obsesiones sexuales y los pensamientos tabú (Allely & Pickard, 2024; de la Iglesia-Larrad et al., 2025; Page et al., 2021).

Finalmente, aunque se realizó una evaluación de la calidad metodológica mediante herramientas adaptadas al diseño de los estudios (incluyendo listas de verificación JBI y

criterios SCRIBE para casos únicos), dicha valoración se interpretó de forma descriptiva, sin aplicar un punto de corte uniforme. Esta decisión implica que la revisión no jerarquiza los estudios mediante una puntuación única de calidad ni excluye automáticamente investigaciones con limitaciones metodológicas. Por ende, los resultados deben entenderse como una síntesis crítica de un campo emergente y heterogéneo.

7.2. Prospectiva

Una línea prioritaria de trabajo consistiría en abandonar formulaciones excesivamente generales sobre "el asco" y avanzar hacia una delimitación más precisa de sus dominios (Mitchell & Olatunji, 2024). La revisión muestra que el asco aparece evaluado mediante propensión, sensibilidad o dominios generales, pero no como asco moral específicamente vinculado a obsesiones sexuales clínicas. Futuras investigaciones deberían diferenciar de forma explícita entre asco patógeno, asco sexual, asco moral, contaminación mental, culpa y vergüenza, evitando tratar estos constructos como equivalentes. Tal precisión no es meramente terminológica, sino que permitiría saber si el malestar de las obsesiones sexuales se organiza principalmente en torno a la amenaza moral del yo, a la suciedad interna, al temor a la excitación, al riesgo percibido o a la intolerancia de emociones autoconscientes (Ouellet-Courtois & Radomsky, 2023; Laving et al., 2023).

Resulta igualmente necesario desarrollar estudios con muestras clínicas específicamente compuestas por personas con TOC y obsesiones sexuales, confirmadas mediante evaluación diagnóstica estructurada. Buena parte de la evidencia disponible procede de muestras no clínicas, viñetas o dimensiones amplias de pensamientos inaceptables. En esto, los diseños son útiles, pero no permiten conocer con suficiente precisión si los mismos procesos se reproducen en pacientes que presentan obsesiones sexuales clínicamente significativas. Se habría de incluir, además, una evaluación diferencial cuidadosa frente a parafilias, dudas normativas sobre la identidad sexual, preocupaciones sexuales egosintónicas u otros cuadros clínicos en los que el contenido sexual tenga una función psicopatológica distinta (Bruce et al., 2018; Vella-Zarb et al., 2017).

Otra cuestión destacada es la secuencia temporal de los procesos implicados. La literatura actual posibilita describir asociaciones entre obsesiones sexuales/tabú y variables como vergüenza, culpa, sensibilidad al asco, contaminación mental o fusión pensamiento-acción, pero apenas permite establecer qué aparece primero, qué mantiene el problema y qué cambia durante el tratamiento. Diseños longitudinales, estudios de diario o métodos de evaluación ecológica momentánea podrían ayudar a observar cómo evoluciona una intrusión sexual en tiempo real (p.ej., aparición del pensamiento, interpretación moral, activación de vergüenza o asco, urgencia de neutralización, comprobación, evitación y alivio transitorio), buscando de una comprensión estática del síntoma a una formulación más funcional y dinámica.

En el plano experimental, sería útil diseñar paradigmas que comparen obsesiones sexuales, agresivas, religiosas, de contaminación y simetría, midiendo de forma diferenciada asco moral, asco sexual, culpa, vergüenza, amenaza identitaria y contaminación mental. El reto será hacerlo sin inducir contenidos innecesariamente gráficos ni reforzar una lectura sensacionalista de las obsesiones sexuales. Una vía más rigurosa podría consistir en manipular el significado atribuido a la intrusión (por ejemplo, su supuesta inmoralidad, peligrosidad o relevancia identitaria) en lugar de centrarse únicamente en el contenido explícito del pensamiento. Así se podría evaluar si el factor decisivo no es "lo sexual" en sí, más bien la interpretación moral y autorreferencial que convierte la intrusión en una amenaza para el yo.

En cuanto a la intervención clínica, los resultados sugieren que no basta con trasladar mecánicamente los protocolos generales de exposición con prevención de respuesta a las obsesiones sexuales, aunque estos sigan siendo un marco terapéutico central en el TOC. Una prospectiva más ajustada sería explorar adaptaciones clínicas que integren el trabajo con vergüenza, culpa, sensibilidad a la culpa, contaminación mental y miedo a ser malinterpretado (Laving et al., 2023; Millar et al., 2023). Esto conlleva formular con mayor precisión qué se expone, qué se previene y qué significado teme confirmar el paciente. Considerando que, en algunos casos, la compulsión no consistirá solo en comprobar o evitar, sino en intentar demostrar internamente que la intrusión no dice nada sobre la identidad moral, sexual o relacional de la persona.

También sería pertinente desarrollar programas breves de formación para profesionales centrados en el diagnóstico diferencial de las obsesiones sexuales. Los estudios con viñetas incluidos en la revisión reportan dificultades de reconocimiento y atribuciones erróneas, especialmente cuando el contenido sexual se confunde con riesgo real o con trastornos parafilicos. En consecuencia, se podría evaluar si una formación específica sobre egodistonia, neutralización encubierta, compulsiones mentales, búsqueda de reaseguración y evitación reduce el error diagnóstico y mejora la recomendación de tratamientos basados en la evidencia.

Finalmente, se tendría que incorporar con mayor cuidado la perspectiva subjetiva de quienes presentan este tipo de obsesiones. La literatura ya ha descrito vergüenza, ocultación y temor al estigma, pero todavía falta comprender con mayor profundidad cómo las personas nombran su experiencia, qué temen que el clínico interprete, qué barreras encuentran para revelar el contenido y qué elementos de la intervención facilitan o dificultan la alianza terapéutica. Lo que evitaría dos riesgos opuestos: trivializar las obsesiones sexuales como simples pensamientos intrusivos comunes o sobredimensionarlas como señales de peligrosidad. La aportación futura más valiosa probablemente no consista en confirmar de forma aislada el papel del asco moral, sino en situarlo dentro de una arquitectura clínica más compleja, donde interactúan moralidad, identidad, vergüenza, contaminación interna, estigma y neutralización compulsiva.

7.3. Conclusión general

La evidencia revisada permite sostener que las obsesiones sexuales constituyen una manifestación clínicamente relevante y documentada dentro del espectro sintomático del TOC. Lo que las define no es tanto el contenido sexual de las intrusiones en sí mismo como la vivencia egodistónica, amenazante y moralmente perturbadora que generan en quien las padece. A lo largo de los estudios analizados se aprecia de manera consistente que estas obsesiones tienden a acompañarse de elevados niveles de vergüenza, culpa, temor a la estigmatización y conductas de neutralización, factores que contribuyen a su ocultación y que explican, al menos en parte, las dificultades diagnósticas descritas en contextos clínicos.

Respecto al objetivo principal de este trabajo, los resultados apuntan a que el asco — especialmente en sus dimensiones moral, autodirigida y vinculada a la contaminación interna— podría desempeñar un papel relevante en la forma en que ciertas intrusiones sexuales son interpretadas y mantenidas clínicamente. Con todo, la literatura disponible no permite afirmar de manera concluyente la existencia de un modelo explicativo unificado, ni trazar una relación causal claramente delimitada entre asco moral y obsesiones sexuales. Gran parte de la evidencia sigue siendo indirecta, pues procede de investigaciones sobre pensamientos tabú en sentido amplio, contaminación mental o dimensiones generales del TOC, más que de estudios centrados específicamente en este tipo de obsesiones.

Otro aspecto que merece atención es el solapamiento conceptual y metodológico que presentan constructos como asco moral, contaminación mental, culpa deontológica y sensibilidad al asco. Esta superposición dificulta establecer fronteras precisas entre ellos y obliga a interpretar los hallazgos con cautela. A ello se suma la heterogeneidad terminológica y fenomenológica observable entre estudios, que limita la comparabilidad de los resultados y refleja que el campo se encuentra todavía en una fase parcialmente exploratoria.

Desde una perspectiva clínica, los hallazgos revisados refuerzan la necesidad de evaluaciones psicopatológicas cuidadosas que distingan entre obsesiones sexuales egodistónicas y fenómenos sexuales egosintónicos o parafilicos, evitando interpretaciones literales del contenido intrusivo. Cobra especial importancia, además, considerar el peso de la vergüenza, el miedo al juicio moral y el estigma en la experiencia subjetiva de estos pacientes, pues dichos factores pueden favorecer el silencio clínico, el retraso en la búsqueda de ayuda y la perpetuación del sufrimiento.

De forma integrada, se sugiere que el estudio del asco moral aplicado a las obsesiones sexuales representa una línea de investigación prometedora, aunque todavía insuficientemente consolidada en términos empíricos. Más que ofrecer respuestas definitivas, la principal aportación de esta revisión reside en delimitar de forma sistemática una zona de evidencia fragmentada, distinguir entre hallazgos directamente relacionados con obsesiones sexuales y extrapolaciones procedentes de constructos clínicos próximos, y señalar la necesidad de modelos integradores que permitan comprender con mayor precisión cómo

determinadas emociones morales y procesos de contaminación subjetiva participan en la interpretación amenazante de las intrusiones sexuales dentro del TOC.

Referencias bibliográficas

- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Schwartz, S. A., & Furr, J. M. (2003). Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(6), 1049–1057. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.6.1049>
- Allely, C. S., & Pickard, M. (2024). A systematic scoping review of the literature on sexual orientation obsessive compulsive disorder (SOOCD): Important clinical considerations and recommendations. *Psychiatry Research, 342*, 116198. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116198>
- Audet, J. S., Bourguignon, L., & Aardema, F. (2023). What makes an obsession? A systematic-review and meta-analysis on the specific characteristics of intrusive cognitions in OCD in comparison with other clinical and non-clinical populations. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 30*(6), 1446–1463. <https://doi.org/10.1002/cpp.2887>
- Berle, D., & Phillips, E. S. (2006). Disgust and obsessive-compulsive disorder: an update. *Psychiatry, 69*(3), 228–238. <https://doi.org/10.1521/psyc.2006.69.3.228>
- Berman, N. C., Hayaki, J., & Szkutak, A. (2020). Emotion generation and regulation following an intrusion induction: Implications for taboo or autogenous obsessions. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 69*, 101593. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2020.101593>
- Bhikram, T., Abi-Jaoude, E., & Sandor, P. (2017). OCD: obsessive-compulsive ... disgust? The role of disgust in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatry & Neuroscience : JPN, 42*(5), 300–306. <https://doi.org/10.1503/jpn.160079>
- 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. *The American Journal of Psychiatry, 165*(12), 1532–1542. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08020320>

- Bonagura, A., Abrams, D., & Teller, J. (2022). Diagnostic Differential Between Pedophilic-OCD and Pedophilic Disorder: An Illustration with Two Vignettes. *Archives of Sexual Behavior*, 51(4), 2359–2368. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02273-5>
- Brady, R. E., Badour, C. L., Arega, E. A., Levy, J. J., & Adams, T. G. (2021). Evaluating the mediating effects of perceived vulnerability to disease in the relation between disgust and contamination-based OCD. *Journal of Anxiety Disorders*, 79, 102384. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102384>
- Brakoulias, V., Starcevic, V., Berle, D., Milicevic, D., Moses, K., Hannan, A., Sammut, P., & Martin, A. (2013). The characteristics of unacceptable/taboo thoughts in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 54(7), 750–757. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.02.005>
- Brock, H., Rizvi, A., & Hany, M. (2024). *Obsessive-Compulsive Disorder*. In *StatPearls*. StatPearls.
- Bruce, S. L., Ching, T. H. W., & Williams, M. T. (2018). Pedophilia-Themed Obsessive-Compulsive Disorder: Assessment, Differential Diagnosis, and Treatment with Exposure and Response Prevention. *Archives of Sexual Behavior*, 47(2), 389–402. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1031-4>
- Byers, E. S., Purdon, C., & Clark, D. A. (1998). Sexual intrusive thoughts of college students. *Journal of Sex Research*, 35(4), 359–369. <https://doi.org/10.1080/00224499809551954>
- Canavan, R. (2024). Recognition rates, treatment recommendations and stigma attributions for clients presenting with taboo intrusive thoughts: A vignette-based survey of psychotherapists. *Counselling and Psychotherapy Research*, 24(1), 51–62. <https://doi.org/10.1002/capr.12557>
- Cathey, A. J., & Wetterneck, C. T. (2013). Stigma and disclosure of intrusive thoughts about sexual themes. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(4), 439–443. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.09.001>
- Cervin, M., Miguel, E. C., Güler, A. S., Ferrão, Y. A., Erdoğan, A. B., Lazaro, L., Gökçe, S., Geller, D. A., Yulaf, Y., Başgöl, Ş. S., Özcan, Ö., Karabekiroğlu, K., Fontenelle, L. F., Yazgan, Y., Storch, E. A., Leckman, J. F., do Rosário, M. C., & Mataix-Cols, D. (2022). Towards a definitive symptom structure of obsessive-compulsive disorder: a factor and network analysis of 87

- distinct symptoms in 1366 individuals. *Psychological Medicine*, 52(14), 3267–3279.
<https://doi.org/10.1017/S0033291720005437>
- Chapman, H. A., & Anderson, A. K. (2013). Things rank and gross in nature: a review and synthesis of moral disgust. *Psychological Bulletin*, 139(2), 300–327.
<https://doi.org/10.1037/a0030964>
- Chapman, H. A., Kim, D. A., Susskind, J. M., & Anderson, A. K. (2009). In bad taste: evidence for the oral origins of moral disgust. *Science (New York, N.Y.)*, 323(5918), 1222–1226.
<https://doi.org/10.1126/science.1165565>
- Chaudhary, S., Singh, A. P., & Varshney, A. (2022). *Psychodynamic perspective of sexual obsessions in obsessive-compulsive disorder*. *Annals of Neurosciences*, 29(2–3), 159–165.
<https://doi.org/10.1177/09727531221115305>
- Chawla, S., Menzies, R. E., & Menzies, R. G. (2022). Existential concerns in OCD with aggressive and sexual obsessions. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 32, Article 100710. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2022.100710>
- Chen, M. H., Pan, T. L., Cheng, C. M., Chang, W. H., Bai, Y. M., Su, T. P., Chen, T. J., & Tsai, S. J. (2024). Obsessive-compulsive disorder and suicide: a longitudinal study in Taiwan. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 33, e42.
<https://doi.org/10.1017/S2045796024000477>
- Ching, T. H. W., Rouleau, T. M., Turner, E., & Williams, M. T. (2021). Disgust sensitivity mediates the link between homophobia and sexual orientation obsessive-compulsive symptoms. *Cognitive Behaviour Therapy*, 50(6), 452–465.
<https://doi.org/10.1080/16506073.2020.1861083>
- Cisler, J. M., Olatunji, B. O., & Lohr, J. M. (2009). Disgust, fear, and the anxiety disorders: a critical review. *Clinical Psychology Review*, 29(1), 34–46.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.09.007>
- Clark, D.A., Purdon, C.L., & Byers, E.S. (2000). Appraisal and control of sexual and non-sexual intrusive thoughts in university students. *Behaviour Research and Therapy*, 38(5), 439–55.
 DOI: 10.1016/S0005-7967(99)00047-9
- Coluccia, A., Fagiolini, A., Ferretti, F., Pozza, A., Costoloni, G., Bolognesi, S., & Goracci, A. (2016). Adult obsessive-compulsive disorder and quality of life outcomes: A systematic review

- and meta-analysis. *Asian Journal of Psychiatry*, 22, 41–52.
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.02.001>
- Corcoran, K. M., & Woody, S. R. (2008). Appraisals of obsessional thoughts in normal samples. *Behaviour Research and Therapy*, 46(1), 71–83.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.10.007>
- D'Olimpio, F., & Mancini, F. (2014). Role of deontological guilt in obsessive-compulsive disorder-like checking and washing behaviors. *Clinical Psychological Science*, 2(6), 727–739.
<https://doi.org/10.1177/2167702614529549>
- de la Iglesia-Larrad, J. I., González-Bolaños, R. K., Peso Navarro, I. M., de Alarcón, R., Casado-Espada, N. M., & Montejo, Á. L. (2025). Sexuality and Related Disorders in OCD and Their Symptoms. *Journal of Clinical Medicine*, 14(19), 6819.
<https://doi.org/10.3390/jcm14196819>
- Donner, M. R., Azaad, S., Warren, G. A., & Laham, S. M. (2023). *Specificity versus generality: A meta-analytic review of the association between trait disgust sensitivity and moral judgment*. *Emotion Review*, 15(1), 63–84. <https://doi.org/10.1177/17540739221114643>
- Eisen, J. L., Mancebo, M. A., Pinto, A., Coles, M. E., Pagano, M. E., Stout, R., & Rasmussen, S. A. (2006). Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. *Comprehensive Psychiatry*, 47(4), 270–275. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.11.006>
- Elliott, C. M., & Radomsky, A. S. (2009). Analyses of mental contamination: Part I, experimental manipulations of morality. *Behaviour Research and Therapy*, 47(12), 995–1003.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.03.004>
- Elliott, C. M., & Radomsky, A. S. (2012). Mental contamination: the effects of imagined physical dirt and immoral behaviour. *Behaviour Research and Therapy*, 50(6), 422–427.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.03.007>
- Fairbrother, N., & Rachman, S. (2004). Feelings of mental pollution subsequent to sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 42(2), 173–189.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00108-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00108-6)
- Fairbrother, N., Newth, S. J., & Rachman, S. (2005). Mental pollution: feelings of dirtiness without physical contact. *Behaviour Research and Therapy*, 43(1), 121–130.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.12.005>

- Fernández de la Cruz, L., Barrow, F., Bolhuis, K., Krebs, G., Volz, C., Nakatani, E., Heyman, I., & 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.22097>
- Fernández de la Cruz, L., Rydell, M., Runeson, B., D'Onofrio, B. M., Brander, G., Rück, C., Lichtenstein, P., Larsson, H., & Mataix-Cols, D. (2017). Suicide in obsessive-compulsive disorder: a population-based study of 36 788 Swedish patients. *Molecular Psychiatry*, 22(11), 1626–1632. <https://doi.org/10.1038/mp.2016.115>
- Fernandez, S., Daffern, M., Moulding, R., & Nedeljkovic, M. (2024). A critical comparison of aggressive intrusive thoughts in obsessive compulsive disorder and aggressive scripts in offender populations. *Aggression and Violent Behavior*, 76, Article 101920. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2024.101920>
- Ferreira, C., Ferreira, L., Pombo, S., & Vieira, R. X. (2021). Clinical Challenges in Pedophilia-Themed Obsessive-Compulsive Disorder. *Acta Medica Portuguesa*, 34(10), 692–695. <https://doi.org/10.20344/amp.13296>
- Fontenelle, L. F., Frydman, I., Hoefle, S., Oliveira-Souza, R., Vigne, P., Bortolini, T. S., Suo, C., Yücel, M., Mattos, P., & Moll, J. (2018). Decoding moral emotions in obsessive-compulsive disorder. *NeuroImage Clinical*, 19, 82–89. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2018.04.002>
- Georgiadis, C., Schreck, M., Gervasio, M., Kemp, J., Freeman, J., Garcia, A., & Case, B. (2020). Disgust propensity and sensitivity in childhood anxiety and obsessive-compulsive disorder: Two constructs differentially related to obsessional content. *Journal of Anxiety disorders*, 76, 102294. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102294>
- Glazier, K., Calixte, R. M., Rothschild, R., & Pinto, A. (2013). High rates of OCD symptom misidentification by mental health professionals. *Annals of clinical psychiatry : official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 25(3), 201–209.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.01.007>

- Hellberg, S. N., DuBois, C., Myers, N. S., Rodriguez, C., Butcher, M., Ojalehto, H. J., Riemann, B., & Abramowitz, J. S. (2023). The contribution of guilt sensitivity in the prediction of obsessive-compulsive disorder symptom dimensions: Replication and extension. *Journal of Anxiety Disorders*, 97, 102728. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2023.102728>
- Horberg, E. J., Oveis, C., Keltner, D., & Cohen, A. B. (2009). Disgust and the moralization of purity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(6), 963–976. <https://doi.org/10.1037/a0017423>
- Jacoby, R. J., Blakey, S. M., Reuman, L., & Abramowitz, J. S. (2018). *Mental contamination obsessions: An examination across the obsessive-compulsive symptom dimensions. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 17, 9–15. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.08.005>
- Jin, H., Wan, K., Chen, X., Zhang, W., Chen, K., Xiao, J., Jiang, J., Liu, Y., Zhang, Q., Tang, Y., Li, X., Sheng, R., & Zhu, C. (2025). Temporal characteristics of moral disgust in obsessive-compulsive disorder (OCD) from a lexical perspective: An ERPs and sLORETA study. *Journal of affective disorders*, 380, 535–544. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.03.093>
- JB. (2020a). *Checklist for analytical cross sectional studies*. https://jbi.global/sites/default/files/2020-08/Checklist_for_Analytical_Cross_Sectional_Studies.pdf
- JB. (2020b). *Checklist for case reports*. https://jbi.global/sites/default/files/2020-08/Checklist_for_Case_Reports.pdf
- JB. (2020c). *Checklist for quasi-experimental studies*. https://jbi.global/sites/default/files/2020-08/Checklist_for_Quasi-Experimental_Appraisal_Tool.pdf
- JB. (2020d). *Checklist for randomized controlled trials*. https://jbi.global/sites/default/files/2020-08/Checklist_for_RCTs.pdf
- Julien, D., O'Connor, K. P., & Aardema, F. (2007). Intrusive thoughts, obsessions, and appraisals in obsessive-compulsive disorder: a critical review. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 366–383. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.12.004>
- Kayyal, M. H., Pochedly, J., McCarthy, A., & Russell, J. A. (2015). On the limits of the relation of disgust to judgments of immorality. *Frontiers in Psychology*, 6, 951. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00951>

- Kenny, N. C., Starcevic, V., & Berle, D. (2023). Associations between fear of guilt and obsessive–compulsive symptoms. *Behaviour Change*, 40(3), 169–181. <https://doi.org/10.1017/bec.2022.14>
- Kim, J. E., & Lee, S. J. (2020). Thought-Action Fusion as Predictors of Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions. *Psychiatry Investigation*, 17(12), 1226–1235. <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0292>
- Koolwal, A., Agarwal, S., Manohar, S., Koolwal, G. D., & Gupta, A. (2020). Obsessive–compulsive disorder and sexuality: A narrative review. *Journal of Psychosexual Health*, 2(1), 37–43. <https://doi.org/10.1177/2631831819896171>
- Kuty-Pachecka M. (2021). Sexual obsessions in obsessive-compulsive disorder. Definitions, models and cognitive-behavioural therapy. Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne o charakterze seksualnym. Definicja, modele i terapia poznawczo-behawioralna. *Psychiatria Polska*, 55(1), 39–52. <https://doi.org/10.12740/PP/112051>
- Landy J. F. (2025). What Does Disgust Have to Do With Moral Judgment?. *Wiley interdisciplinary reviews. Cognitive Science*, 16(5), e70015. <https://doi.org/10.1002/wcs.70015>
- Landy, J. F., & Goodwin, G. P. (2015). Does Incidental Disgust Amplify Moral Judgment? A Meta-Analytic Review of Experimental Evidence. *Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 10(4), 518–536. <https://doi.org/10.1177/1745691615583128>
- Laving, M., Foroni, F., Ferrari, M., Turner, C., & Yap, K. (2023). The association between OCD and Shame: A systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Clinical Psychology*, 62(1), 28–52. <https://doi.org/10.1111/bjc.12392>
- McCarty, R. J., Guzick, A. G., Swan, L. K., & 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. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.12.006>
- Mahoney, A., Chu, A., Shiner, C., Millard, M., & Brakoulias, V. (2025). Treatment outcomes across OCD symptom dimensions in internet-delivered cognitive behaviour therapy: A routine care evaluation. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 44, Article 100937. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2025.100937>

- Mancini, F., & Gangemi, A. (2015). Deontological guilt and obsessive compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 49(Pt B), 157–163. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.05.003>
- Marques, L., LeBlanc, N. J., Weingarden, H. M., Timpano, K. R., Jenike, M., & Wilhelm, S. (2010). Barriers to treatment and service utilization in an internet sample of individuals with obsessive-compulsive symptoms. *Depression and Anxiety*, 27(5), 470–475. <https://doi.org/10.1002/da.20694>
- Mataix-Cols, D., Rauch, S. L., Baer, L., Eisen, J. L., Shera, D. M., Goodman, W. K., Rasmussen, S. A., & Jenike, M. A. (2002). Symptom stability in adult obsessive-compulsive disorder: data from a naturalistic two-year follow-up study. *The American Journal of Psychiatry*, 159(2), 263–268. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.2.263>
- Mataix-Cols, D., Rosario-Campos, M. C., & Leckman, J. F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 162(2), 228–238. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.228>
- Melli, G., Bulli, F., Carraresi, C., & Stopani, E. (2014). Disgust propensity and contamination-related OCD symptoms: The mediating role of mental contamination. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 77–82. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.01.002>
- Melli, G., Carraresi, C., Poli, A., Marazziti, D., & Pinto, A. (2017). The role of guilt sensitivity in OCD symptom dimensions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(5), 1079–1089. <https://doi.org/10.1002/cpp.2071>
- Melli, G., Chiorri, C., Carraresi, C., Stopani, E., & Bulli, F. (2015). The role of disgust propensity and trait guilt in OCD symptoms: A multiple regression model in a clinical sample. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 5, 43–48. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.01.007>
- Melli, G., Poli, A., Chiorri, C., & Olatunji, B. O. (2019). Is Heightened Disgust Propensity Truly a Risk Factor for Contamination-Related Obsessive-Compulsive Disorder?. *Behavior Therapy*, 50(3), 621–629. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.10.002>
- Millar, J. F. A., Coughtrey, A. E., Healey, A., Whittal, M., & Shafran, R. (2023). The current status of mental contamination in obsessive compulsive disorder: A systematic review. *Journal*

- of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 80, 101745. DOI: 10.1016/j.jbtep.2022.101745
- Mitchell, B. J., & Olatunji, B. O. (2024). State of the Science: Disgust and the Anxiety Disorders. *Behavior Therapy*, 55(6), 1144–1157. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.02.005>
- Mitchell, B. J., Al-Shawaf, L., & Coifman, K. G. (2024). In obsessive-compulsive disorder, autogenous and reactive obsessions are differentiated by disgust and mating strategies. *Personality and Individual Differences*, 223, 112620. 10.1016/j.paid.2024.112620.
- Mitchell, B. J., Coifman, K. G., & Olatunji, B. O. (2024). Is disgust more resistant to extinction than fear? A meta-analytic review of laboratory paradigms. *Behaviour Research and Therapy*, 174, 104479. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2024.104479>
- Olatunji B. O. (2010). Changes in disgust correspond with changes in symptoms of contamination-based OCD: a prospective examination of specificity. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(3), 313–317. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.01.003>
- Olatunji, B. O., & Kim, J. (2024). Examining reciprocal relations between disgust proneness and OCD symptoms: A four-wave longitudinal study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 82, 101907. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2023.101907>
- Olatunji, B. O., Armstrong, T., & Elwood, L. (2017). Is Disgust Proneness Associated With Anxiety and Related Disorders? A Qualitative Review and Meta-Analysis of Group Comparison and Correlational Studies. *Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 12(4), 613–648. <https://doi.org/10.1177/1745691616688879>
- Olatunji, B. O., Cox, R. C., & Cole, D. A. (2020). The longitudinal structure of disgust proneness: Testing a latent trait-state model in relation to obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 135, 103749. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103749>
- Olatunji, B. O., Ebesutani, C., & Kim, E. H. (2015). Examination of a bifactor model of the Three Domains of Disgust Scale: specificity in relation to obsessive-compulsive symptoms. *Psychological Assessment*, 27(1), 102–113. <https://doi.org/10.1037/pas0000039>

- Olatunji, B. O., Tart, C. D., Ciesielski, B. G., McGrath, P. B., & Smits, J. A. (2011). Specificity of disgust vulnerability in the distinction and treatment of OCD. *Journal of Psychiatric Research*, 45(9), 1236–1242. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.01.018>
- Osivwemu, E.-O., Simmonds-Buckley, M., Gaskell, C., & Kellett, S. (2025). Treating sexual orientation obsessive-compulsive disorder with cognitive analytic therapy: Case report and quasi-experimental outcome evaluation. *Reports*, 8(2), Article 51. <https://doi.org/10.3390/reports8020051>
- Ouellet-Courtois, C., & Radomsky, A. S. (2023). Can immorality be contracted? Appraisals of moral disgust and contamination fear. *Behaviour Research and Therapy*, 166, 104336. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104336>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pellegrini, L., Maietti, E., Rucci, P., Casadei, G., Maina, G., Fineberg, N. A., & Albert, U. (2020). Suicide attempts and suicidal ideation in patients with obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 276, 1001–1021. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.115>
- Pereira Ferreira, L., Nunes Ferreira, C., & Ferreira Lourenço, M. (2020). Trastorno obsesivo-compulsivo, obsesiones sexuales y (dis)función sexual: Una revisión narrativa. *Psicosomática y Psiquiatría*, (15), 28–35. <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum1505>
- Perez, M. I., Limon, D. L., Candelari, A. E., Cepeda, S. L., Ramirez, A. C., Guzik, A. G., Kook, M., La Buissonniere Ariza, V., Schneider, S. C., Goodman, W. K., & Storch, E. A. (2022). Obsessive-Compulsive Disorder Misdiagnosis among Mental Healthcare Providers in Latin America. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 32, 100693. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2021.100693>
- Pinto, A., Teller, J., & Wheaton, M. G. (2022). Obsessive-Compulsive Personality Disorder: A Review of Symptomatology, Impact on Functioning, and Treatment. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, 20(4), 389–396. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20220058>

- Poli, A., Melli, G., & Radomsky, A. S. (2019). Different Disgust Domains Specifically Relate to Mental and Contact Contamination Fear in Obsessive-Compulsive Disorder: Evidence From a Path Analytic Model in an Italian Clinical Sample. *Behavior Therapy, 50*(2), 380–394. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.07.006>
- Purdon, C., & Clark, D. A. (1993). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behaviour Research and Therapy, 31*(8), 713–720. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(93\)90001-b](https://doi.org/10.1016/0005-7967(93)90001-b)
- Purdon, C., & Clark, D. A. (1994). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part II. Cognitive appraisal, emotional response and thought control strategies. *Behaviour Research and Therapy, 32*(4), 403–410. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90003-5](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90003-5)
- Purdon, C. (2004). Cognitive-behavioral treatment of repugnant obsessions. *Journal of Clinical Psychology, 60*(11), 1169–1180. <https://doi.org/10.1002/jclp.20081>
- Rachman, S. (2004). Fear of contamination. *Behaviour Research and Therapy, 42*(11), 1227–1255. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.10.009>
- Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy, 16*(4), 233–248. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(78\)90022-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(78)90022-0)
- Royzman, E., Atanasov, P., Landy, J. F., Parks, A., & Gepty, A. (2014). CAD or MAD? Anger (not disgust) as the predominant response to pathogen-free violations of the divinity code. *Emotion (Washington, D.C.), 14*(5), 892–907. <https://doi.org/10.1037/a0036829>
- Rozin, P., Lowery, L., Imada, S., & Haidt, J. (1999). The CAD triad hypothesis: a mapping between three moral emotions (contempt, anger, disgust) and three moral codes (community, autonomy, divinity). *Journal of Personality and Social Psychology, 76*(4), 574–586. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.76.4.574>
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry, 15*(1), 53–63. <https://doi.org/10.1038/mp.2008.94>
- Russell, P. S., & Giner-Sorolla, R. (2011). Moral anger, but not moral disgust, responds to intentionality. *Emotion (Washington, D.C.), 11*(2), 233–240. <https://doi.org/10.1037/a0022598>

- Russell, P. S., & Giner-Sorolla, R. (2013). Bodily moral disgust: what it is, how it is different from anger, and why it is an unreasoned emotion. *Psychological Bulletin*, 139(2), 328–351. <https://doi.org/10.1037/a0029319>
- Salkovskis, P. M., & Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions--a replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22(5), 549–552. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(84\)90057-3](https://doi.org/10.1016/0005-7967(84)90057-3)
- Salvo, G., Ottaviani, C., & Mancini, F. (2025). Bidirectional interplay of disgust and morality: Meta-analytic investigations. *Personality and Individual Differences*, 236, Article 113032. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2024.113032>
- Schein, C., Ritter, R. S., & Gray, K. (2016). Harm mediates the disgust-immorality link. *Emotion (Washington, D.C.)*, 16(6), 862–876. <https://doi.org/10.1037/emo0000167>
- Siev, J., Steketee, G., Fama, J. M., & Wilhelm, S. (2011). Cognitive and Clinical Characteristics of Sexual and Religious Obsessions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(3), 167–176. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.25.3.167>
- Stein, D. J., Costa, D. L. C., Lochner, C., Miguel, E. C., Reddy, Y. C. J., Shavitt, R. G., van den Heuvel, O. A., & Simpson, H. B. (2019). Obsessive-compulsive disorder. *Nature Reviews. Disease Primers*, 5(1), 52. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0102-3>
- Stein, D. J., Ruscio, A. M., Altwaijri, Y., Chiu, W. T., Sampson, N. A., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Chardoul, S., Gureje, O., Hu, C., Karam, E. G., McGrath, J. J., Navarro-Mateu, F., Scott, K. M., Stagnaro, J. C., Torres, Y., Vladescu, C., Wciórka, J., Xavier, M., ... Kessler, R. C. (2025). Obsessive-compulsive disorder in the World Mental Health surveys. *Research Square*, rs.3.rs-6090427. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-6090427/v1>
- Steinberg, D. S., & Wetterneck, C. T. (2017). OCD Taboo Thoughts and Stigmatizing Attitudes in Clinicians. *Community Mental Health Journal*, 53(3), 275–280. <https://doi.org/10.1007/s10597-016-0055-x>
- Steketee, G., Quay, S., & White, K. (1991). Religion and guilt in OCD patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 5(4), 359–367. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(91\)90035-R](https://doi.org/10.1016/0887-6185(91)90035-R)
- Tate, R. L., Perdices, M., Rosenkoetter, U., McDonald, S., Togher, L., Shadish, W., Horner, R., Kratochwill, T., Barlow, D. H., Kazdin, A., Sampson, M., Shamseer, L., & Vohra, S. (2016). The Single-Case Reporting Guideline In BEhavioural Interventions (SCRIBE) 2016:

- Explanation and elaboration. *Archives of Scientific Psychology*, 4(1), 10–31.
<https://doi.org/10.1037/arc0000027>
- Tybur, J. M., Lieberman, D., & Griskevicius, V. (2009). Microbes, mating, and morality: individual differences in three functional domains of disgust. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(1), 103–122. <https://doi.org/10.1037/a0015474>
- Tybur, J. M., Lieberman, D., Kurzban, R., & DeScioli, P. (2013). Disgust: evolved function and structure. *Psychological Review*, 120(1), 65–84. <https://doi.org/10.1037/a0030778>
- van der Eijk, F., & Columbus, S. (2023). Expressions of moral disgust reflect both disgust and anger. *Cognition & Emotion*, 37(3), 499–514.
<https://doi.org/10.1080/02699931.2023.2183179>
- Vella-Zarb, R. A., Cohen, J. N., McCabe, R. E., & Rowa, K. (2017). *Differentiating Sexual Thoughts in Obsessive-Compulsive Disorder From Paraphilias and Nonparaphilic Sexual Disorders*. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(3). DOI: 10.1016/j.cbpra.2016.06.007
- Visvalingam, S., Crone, C., Street, S., Oar, E. L., Gilchrist, P., & Norberg, M. M. (2022). The causes and consequences of shame in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 151, 104064. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104064>
- Wagemans, F. M. A., Brandt, M. J., & Zeelenberg, M. (2018). Disgust sensitivity is primarily associated with purity-based moral judgments. *Emotion (Washington, D.C.)*, 18(2), 277–289. <https://doi.org/10.1037/emo0000359>
- Warnock-Parkes, E., Salkovskis, P. M., & Rachman, J. (2012). When the problem is beneath the surface in OCD: the cognitive treatment of a case of pure mental contamination. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40(4), 383–399.
<https://doi.org/10.1017/S1352465812000252>
- Weidle, B., Skarphedinsson, G., Højgaard, D. R. M. A., Thomsen, P. H., Torp, N. C., Melin, K., & Ivarsson, T. (2022). *Sexual obsessions in children and adolescents: Prevalence, clinical correlates, response to cognitive-behavior therapy and long-term follow up*. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 32, 100708.
<https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2022.100708>
- Weiss, F., Schwarz, K., & Endrass, T. (2024). Exploring the relationship between context and obsessions in individuals with obsessive-compulsive disorder symptoms: a narrative

review. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1353962.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1353962>

Whitton, A. E., Henry, J. D., & Grisham, J. R. (2014). Moral rigidity in obsessive-compulsive disorder: do abnormalities in inhibitory control, cognitive flexibility and disgust play a role?. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(1), 152–159.

<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.10.001>

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.2010.10.019>

Williams, M. T., Farris, S. G., Turkheimer, E., Pinto, A., Ozanick, K., Franklin, M. E., Liebowitz, M., Simpson, H. B., & Foa, E. B. (2011). Myth of the pure obsessional type in obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 28(6), 495–500.

<https://doi.org/10.1002/da.20820>

Williams, M. T., Whittal, M. L., & La Torre, J. (2022). *Best practices for CBT treatment of taboo and unacceptable thoughts in OCD. The Cognitive Behaviour Therapist*, 15, e15.

<https://doi.org/10.1017/S1754470X22000113>

Anexo A. Revisiones previas relacionadas con obsesiones sexuales, sexualidad y constructos afines en el TOC

Tabla A1. Revisiones previas sobre obsesiones sexuales, sexualidad y constructos afines en el TOC

Cita	Tipo de revisión	Foco principal	Hallazgos principales	Relevancia para la presente revisión
Allely y Pickard (2024)	Revisión sistemática de alcance	SO-OCD dentro del TOC	El SO-OCD es relativamente frecuente, suele ser malinterpretado y puede recibir abordajes inadecuados si se confunde con conflicto identitario.	Cercana por subtipo sexual/tabú y por el sufrimiento egodistónico; se restringe a la orientación sexual y no al asco moral.
Audet et al. (2023)	Revisión sistemática y metaanálisis	Características diferenciales de las obsesiones en el TOC frente a población no clínica y otros trastornos	Las obsesiones en el TOC se asocian con mayor malestar, culpa, emoción negativa e interferencia funcional.	No se centra en obsesiones sexuales, pero resulta muy relevante para el componente cognitivo-emocional del presente trabajo.
de la Iglesia-Larrad et al. (2025)	Revisión de la literatura	Sexualidad, disfunción y síntomas sexuales en el TOC	Refiere que las obsesiones sexuales se asocian con inicio más temprano, sexo masculino, mayor gravedad clínica, peor <i>insight</i> y mayor tasa de suicidio.	Es la síntesis más amplia y reciente del dominio sexual en el TOC; su foco resulta más amplio que la pregunta específica de este trabajo.
Koolwal et al. (2020)	Revisión narrativa	Sexualidad en el TOC: disfunción sexual, relaciones, ROCD, obsesiones sexuales y efectos del tratamiento	La sexualidad en el TOC sigue siendo un área insuficientemente investigada e integra distintas dimensiones clínicas relacionadas con su impacto funcional.	Aporta contexto clínico amplio; foco más general, no se centra en el asco moral.
Kuty-Pachecka (2021)	Revisión narrativa	Obsesiones sexuales en el TOC	Revisa definiciones, modelos explicativos y abordaje cognitivo-conductual de las obsesiones sexuales, subrayando su carácter egodistónico y relevancia clínica.	Coincide en población y subtipo; no desarrolla una revisión específica sobre asco moral.

Cita	Tipo de revisión	Foco principal	Hallazgos principales	Relevancia para la presente revisión
Millar et al. (2023)	Revisión sistemática	Contaminación mental en el TOC	La contaminación mental constituye un constructo robusto en el TOC, con implicaciones para su evaluación y tratamiento.	No aborda obsesiones sexuales de forma directa, aunque revisa un constructo afectivo-cognitivo próximo al asco moral y a la impureza del yo.
Pereira Ferreira et al. (2020)	Revisión narrativa	TOC, obsesiones sexuales, conducta sexual compulsiva y disfunción sexual	Las obsesiones sexuales generan un elevado malestar, pueden confundirse con conflictos identitarios y la impureza del yo y la disfunción sexual poseen relevancia clínica.	De las revisiones más próximas por subtipo obsesivo y correlatos clínicos, aunque no toma el asco moral como eje central.
Purdon (2004)	Revisión narrativa	TOC con obsesiones repugnantes, especialmente sexuales, agresivas y blasfemas	Sitúa las obsesiones sexuales dentro del dominio de los pensamientos tabú o repugnantes y revisa su conceptualización clínica y su abordaje cognitivo-conductual.	Coincide en el núcleo de las obsesiones sexuales egodistónicas; no aborda específicamente el asco moral ni emplea un método sistemático.

Nota. Revisiones previas relacionadas con obsesiones sexuales, sexualidad en el TOC y constructos clínicamente próximos, con el fin de situar la presente revisión en el estado actual de la literatura. Estos trabajos no forman parte de los estudios empíricos incluidos en la síntesis principal. La última columna sintetiza la pertinencia de cada trabajo y principales diferencias respecto de la presente revisión, especialmente en relación con el foco específico en el asco moral.

Anexo B. Tablas de extracción de datos y evaluación de los estudios incluidos

B1. Extracción de datos

Tabla B1. Características de los estudios incluidos

Estudio	País / contexto	Muestra	% sexos	Edad media	Evaluación del TOC	Evaluación del asco / asco moral / variable afín	Otras variables extraídas
Abramowitz et al. (2003)	EE. UU.	132 adultos con TOC	53,0% hombres; 47,0% mujeres	36,01 (DE = 13,9)	Y-BOCS <i>Symptom Checklist</i> + Y-BOCS total; entrevista DSM-IV	No evalúa asco moral	BDI; clústeres sintomáticos; respuesta a ERP
Berman et al. (2020)	EE. UU.	70 jóvenes no clínicos	32.9% hombres; 67.1% de mujeres	19,76 (DE = 1,62)	Muestra no clínicas; obsesiones autógenas vs reactivas; usa medidas OC y de regulación emocional	No mide asco moral; variables afectivas = culpa, vergüenza, bochorno y reactividad emocional	Regulación emocional, conflicto con valores, AO vs RO
Chawla et al. (2022)	Australia (clínica en Sydney)	48 adultos con TOC	54,2% hombres; 45,8% mujeres	30.94 (DE = 9.65)	ADIS-5L y DOCS modificado para obsesiones agresivas y sexuales	No evalúa asco moral; variables principales = preocupaciones existenciales (muerte, identidad, significado, aislamiento, culpa)	ECQ, BFAS, duración del OCD, comorbilidad
Ching et al. (2021)	EE. UU./Canadá; muestra universitaria de Nueva Inglaterra	592 adultos jóvenes	69,8% mujeres; 30,2% hombres	19,16 (DE = 1,52)	Autoinforme de síntomas SO-OC en muestra heterosexual universitaria	Propensión al asco y sensibilidad al asco; el asco moral se menciona como línea futura, no como variable principal ya medida en el fragmento revisado	Homofobia; género como covariable
Hellberg et al. (2023)	EE. UU. (UNC / Rogers Memorial Hospital)	164 adultos jóvenes y adultos	48.2% mujeres; 51.2% hombres	30,91 (DE = 11.61)	DOCS	No evalúa asco moral; variable afectiva principal = sensibilidad a la culpa (GSQ)	Depresión (QIDS-SR), creencias obsesivas (OBQ), LPA

Estudio	País / contexto	Muestra	% sexos	Edad media	Evaluación del TOC	Evaluación del asco / asco moral / variable afín	Otras variables extraídas
Jacoby et al. (2018)	EE. UU. (universidad del sureste)	304 jóvenes no clínicos (tras cribado)	30.6% hombres; 69,4% mujeres	18,61 (DE = 1,33)	DOCS	No hay medida directa de asco moral en el estudio; variable central = contaminación mental (VOCI-MC)	CCS, CTAF, IUS-12, AAQ-II
Kim et al. (2020)	Corea del Sur	110 adultos jóvenes (65 TOC + 45 controles)	Adultos con TOC: 80% hombres; 20% mujeres; controles: 91% hombres; 9% mujeres	Adultos con TOC: 22.9 (DE = 3.5); controles: 22.6 (DE = 2.0)	DOCS y OCI / OCI-R	No mide asco moral; variables centrales = TAF, culpa rasgo y responsabilidad inflada	Comparación OCD vs controles; regresiones jerárquicas
Melli et al. (2015)	Italia	98 jóvenes adultos con TOC	53,1% hombres; 46,9% mujeres	32,0 (DE = 10,4)	ADIS-IV y DOCS	Evalúa propensión al asco (DPQ), pero no asco moral específico	TGSS, BAI, BDI-II
Mitchell et al. (2024)	EE. UU.	Estudio 1: 70 adultos con TOC; estudio 2: 458 adultos jóvenes no clínicos	Estudio 1: 20 % hombres; 80 % mujeres; Estudio 2: 16.4 % hombres; 83.6 % mujeres	Estudio 1: No especificada; Estudio 2: 19.37 (DE = 2.06)	Obsesiones autógenas y reactivas; instrumento concreto no localizado en el fragmento revisado	Sí evalúa asco patógeno, moral y sexual	STMO, LTMO, ansiedad rasgo; mediación del asco sexual en Estudio 2
Visvalingam et al. (2022)	Australia (Sydney)	55 jóvenes (46 clínicos, 9 subclínicos)	74,5% mujeres; 21,8% hombres; resto no visible/no especificado	18,82 (DE = 4,85)	Y-BOCS-II <i>Severity</i> y <i>checklist</i> /síntomas OCD	No evalúa asco moral; variables afectivas centrales = vergüenza y ansiedad inducidas experimentalmente	Inducciones de obsesiones de daño, sexual, contaminación y simetría

Tabla B2. Estudios de caso / caso único

Estudio	País / contexto	Muestra	% sexos	Edad media	Evaluación del TOC	Evaluación del asco / asco moral / variable afín	Otras variables extraídas
Osivwemu et al. (2025)	Reino Unido	Varón 1 heterosexual con TOC		28 años	SO-OCS y Y-BOCS	No evalúa asco moral; variables idiográficas = vergüenza, ansiedad, comprobación, preocupación y compulsiones	SCED A/B, medidas idiográficas y nomotéticas, depresión, calidad de vida
Warnock-Parkes, Salkovskis y Rachman (2012)	Reino Unido	1 Varón con TOC		40 años	Gravedad OCD valorada por clínico y paciente; Y-BOCS, OCI y VOCI-MC	No evalúa asco moral; foco en contaminación mental	Caso resistente al tratamiento; comparación CBT estándar vs terapia cognitiva adaptada

Tabla B3. Estudios de reconocimiento, estigma o recomendación terapéutica mediante viñetas

Estudio	País / contexto	Muestra	% sexos	Edad media	Evaluación del TOC	Evaluación del asco / asco moral / variable afín	Otras variables extraídas
Canavan (2024)	Irlanda	514 psicoterapeutas adultos	26,1% hombres; 73,5% mujeres; 0,4% otro	No especificada	No evalúa TOC en pacientes reales; usa viñetas de presentaciones OCD	No evalúa asco moral	Reconocimiento diagnóstico, recomendación de EBT/ERP, confianza, potencial de daño, disposición a trabajar con el caso

Estudio	País / contexto	Muestra	% sexos	Edad media	Evaluación del TOC	Evaluación del asco / asco moral / variable afín	Otras variables extraídas
McCarty et al. (2017)	EE. UU.	738 adultos no clínicos	39.3% hombres; 60.3% mujeres; 0,4% otro	No especificada	Viñetas de síntomas OCD (contaminación, simetría, daño, tabú)	No evalúa asco moral	Reconocimiento de OCD, distancia social, miedo/peligrosidad, severidad percibida
Perez et al. (2022)	Latinoamérica multicéntrico	83 profesionales de salud mental	32.5% hombres; 67,5% mujeres	40,29 (DE = 10,57)	Viñetas de OCD; impresión diagnóstica y recomendación terapéutica	No evalúa asco moral	Años de experiencia, orientación teórica, nivel educativo, confianza en OCD, recomendación de CBT
Steinberg y Wetterneck (2017)	EE. UU.	110 adultos jóvenes no clínicos (66 clínicos + 44 estudiantes)	23.7% hombres; 76,3% mujeres	35,60 (DE = 11,56)	No evalúa TOC en pacientes reales; usa viñetas sobre contenidos obsesivos	No evalúa asco moral	Estigma, rechazo social, preocupación, revelación/pensamientos intrusivos, nivel educativo y formación

Tabla B4. Principales hallazgos y limitaciones de los estudios empíricos

Autor/año	Resultado principal	Relación con asco moral / culpa / vergüenza / etc.	Limitaciones
Abramowitz et al. (2003)	Identificaron cinco clústeres sintomáticos (daño, contaminación, acumulación, pensamientos inaceptables y simetría). Los rituales mentales fueron especialmente	No evalúa asco, culpa o vergüenza como variables centrales; su interés es	El checklist Y-BOCS no era un inventario empíricamente derivado, la solución de clústeres no se validó en una muestra

Autor/año	Resultado principal	Relación con asco moral / culpa / vergüenza / etc.	Limitaciones
	frecuentes en la dimensión de pensamientos inaceptables, y el grupo de acumulación mostró una peor respuesta a la TCC/ERP.	la heterogeneidad sintomática y la respuesta terapéutica.	independiente, no hubo ratings formales de adherencia, el grupo de acumulación fue pequeño y la comorbilidad no se evaluó de forma estandarizada.
Berman et al. (2020)	Obsesiones autógenas generaron más culpa, vergüenza y bochorno que las obsesiones reactivas; el conflicto con los valores personales intensificó ese efecto y la reactividad emocional explicó mayores dificultades de regulación.	Se relaciona directamente con culpa y vergüenza, aunque no con asco moral.	Muestra universitaria no clínica, poca reactividad emocional en la condición RO, no se evaluaron estrategias concretas de regulación y no se distinguieron tipos específicos de asco.
Chawla et al. (2022)	Las preocupaciones existenciales se asociaron con la gravedad global del TOC; la ansiedad ante la muerte se relacionó con las obsesiones agresivas, mientras que las preocupaciones relativas a la identidad, falta de sentido y culpa se asociaron con las obsesiones sexuales.	La variable afectiva/conceptual más próxima aquí es la culpa, no el asco moral.	La especificidad de los hallazgos debe interpretarse con cautela; el ECQ no estaba validado explícitamente en clínica, las subescalas DOCS agresión/sexual se separaron ad hoc y la muestra era pequeña.
Ching et al. (2021)	La sensibilidad al asco, pero no la propensión al asco; medió parcialmente la relación entre homofobia y síntomas obsesivo-compulsivos SO-OC.	Evalúa sensibilidad y propensión al asco; el asco moral aparece como posible línea futura, no como variable principal medida en el estudio.	Diseño transversal, impide establecer causalidad entre homofobia, sensibilidad al asco y síntomas SO-OC, limitación de generalización a otros grupos demográficos y culturales, se requiere replicación en pacientes clínicos con SO-OCD
Hellberg et al. (2023)	Sensibilidad a la culpa se asoció especialmente con las obsesiones de pensamientos inaceptables y responsabilidad por daño; además, aportó capacidad explicativa adicional para las obsesiones repugnantes	El foco afectivo principal es la culpa; no evalúa asco moral.	Posibles sesgos de tratamiento y sin evaluación formal de confiabilidad interevaluador, análisis correlacionales, falta de distinción entre distintos tipos de

Autor/año	Resultado principal	Relación con asco moral / culpa / vergüenza / etc.	Limitaciones
Jacoby et al. (2018)	después de controlar por depresión y creencias obsesivas. El LPA identificó 3 perfiles distintos La contaminación mental se relaciona no solo con la contaminación, sino también con los pensamientos inaceptables, la responsabilidad por daño y la simetría, lo que sugiere una vulnerabilidad más general y no exclusiva de un único subtipo.	No estudia el asco moral de forma directa; se centra en la contaminación mental, la IU, la evitación experiencial y las distorsiones cognitivas relacionadas.	culpa o emociones relacionadas como el asco moral Muestra no clínica, baja frecuencia/ <i>distress</i> de contaminación mental, predominio de jóvenes universitarias caucásicas, autoinformes y diseño correlacional.
Kim et al. (2020)	Las TAF asociaron sobre todo con “responsabilidad por daño” y “pensamientos inaceptables”; en particular, TAF-probabilidad respecto a otros predijo de manera positiva los pensamientos inaceptables, mientras que la TAF-probabilidad respecto a uno mismo lo hizo negativamente.	El estudio se relaciona más con culpa rasgo y responsabilidad inflada que con asco o vergüenza.	Incremento explicativo pequeño, autoinformes, subescalas cortas, muestra relativamente pequeña y casi toda masculina; posible influencia de la medicación por el diseño transversal.
Melli et al. (2015)	La propensión al asco predijo síntomas de contaminación y simetría; la culpa rasgo no predijo de forma significativa ningún síntoma del TOC en los análisis de regresión.	Evalúa la propensión al asco y la culpa rasgo; no estudia de forma específica el asco moral.	Baja variabilidad en las puntuaciones de culpa rasgo; limitaciones en la comparabilidad entre estudios.
Mitchell et al. (2024)	Las obsesiones reactivas se asociaron con mayor asco patógeno; las obsesiones autógenas se asociaron con una mayor orientación al apareamiento a corto plazo y una menor orientación a largo plazo; el asco sexual medió la relación AO→STMO solo en el Estudio 2.	Es uno de los trabajos más próximos al estudio del asco, ya que diferencia entre asco patógeno, asco moral y asco sexual; la mediación significativa se observó en el asco sexual.	Los autores señalan la necesidad de muestras comunitarias con mejor representación de género y etnia/raza para mejorar la generalización.
Visvalingamet al. (2022)	Las inducciones de obsesiones sexuales y de daño generaron más vergüenza y ansiedad que las de contaminación o simetría; la vergüenza se asoció además con compulsión y evitación más allá de la ansiedad.	Estudia de forma directa la vergüenza como emoción relevante en OCD; no se centra en asco moral.	Muestra compuesta mayormente estudiantes con TOC moderado, no representar casos más severos del trastorno; baja cantidad de participantes con SO-OC

Tabla B5. Principales hallazgos y limitaciones de los estudios de caso / caso único

Autor/año	Resultado principal	Relación con asco moral / culpa / vergüenza / etc.	Limitaciones
Osivwemu et al. (2025)	En un varón con SO-OCD, 6 de 7 medidas idiográficas respondieron al tratamiento; hubo reducción clínicamente significativa y fiable en SO-OCD y depresión, mantenida en seguimiento.	No evalúa asco moral; entre las variables idiográficas se incluyeron vergüenza, ansiedad, comprobación, preocupación y compulsiones.	Se proponen diseños con mayor validez interna, como A/B/A/B o ABC, y seguimientos más largos.
Warnock-Parkes, Salkovskis y Rachman (2012)	Tras 6 sesiones de CBT estándar no hubo cambios relevantes; posteriormente, con 14 sesiones de terapia cognitiva adaptada a contaminación mental, la gravedad del OCD descendió de rango severo a no clínico.	No evalúa asco moral; el eje clínico central es la contaminación mental.	Generalización limitada por ser un caso único, posible efecto secuencial del CBT previo, participación de varios terapeutas, algunas medidas no captaban bien la contaminación mental y el VOCI-MC permaneció por encima del punto de corte al final.

Tabla B6. Principales hallazgos y limitaciones de los estudios con viñetas sobre reconocimiento, estigma o recomendación terapéutica

Autor/año	Resultado principal	Relación con asco moral / culpa / vergüenza / etc.	Limitaciones
Canavan (2024)	Las viñetas de pensamientos intrusivos tabú fueron significativamente menos reconocidas como OCD que las de	No estudia asco moral; su foco está en estigma, reconocimiento	Bajo reconocimiento de TOC por psicoterapeutas, baja

Autor/año	Resultado principal	Relación con asco moral / culpa / vergüenza / etc.	Limitaciones
McCarty et al. (2017)	contaminación o simetría; además, las recomendaciones de terapias basadas en la evidencia fueron bajas, y el reconocimiento correcto del OCD aumentó la probabilidad de recomendar EBT.	diagnóstico y recomendación terapéutica.	recomendación de terapias basadas en evidencia, posible sesgo de muestra
	Reconocimiento del TOC mayor en los subtipos de simetría/incompletitud y contaminación que en los de daño o pensamientos tabú; además, la condición de pensamientos tabú generó más estigma, y etiquetar correctamente el caso como TOC se asoció con menor distancia social y menor miedo.	El estudio se relaciona con estigma y percepción social, no con asco moral, culpa o vergüenza como variables medidas directamente.	Posibles sesgos de encuesta, medidas de estigma como proxies, viñetas no exhaustivas, reconocimiento operativizado como simple etiquetado de "OCD" y personaje ficticio solo masculino y joven.
Perez et al. (2022)	Entre profesionales de salud mental de LATAM, los errores diagnósticos fueron más frecuentes en viñetas sexuales, agresivas y religiosas que en contaminación o simetría; la viñeta sexual se atribuyó a menudo a parafilia, y la identificación correcta se asoció con recomendar CBT.	No mide asco moral; se centra en diagnóstico incorrecto, nivel formativo y recomendación terapéutica.	Tamaño reducido y heterogeneidad de la muestra, viñetas clínicas y respuestas auto-reportadas; baja mención del tratamiento con exposición; representación desigual de países latinoamericanos
Steinberg y Wetterneck (2017)	Hallaron diferencias de estigma entre tipos de viñeta, y el rechazo social disminuía a mayor formación/experiencia.	Se relaciona con estigma clínico; no con asco moral, culpa o vergüenza medidos directamente.	Reclutamiento estrecho y no aleatorizado, cuestionario de estigma modificado sin normas, necesidad de muestras mayores y más aleatorias, y conveniencia de comparar el efecto de distintos tipos de personaje en la viñeta.

B2. Evaluación de calidad**Tabla B7. Evaluación JBI de estudios observacionales transversales mediante checklist JBI Analytical Cross-Sectional Studies**

Estudio	CI	MS	MV	CE	CF	ECF	RV	AE
Abramowitz et al. (2003) Estudio 1	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No claro	Sí	Sí
Canavan (2024)	Sí	Sí	Sí	No aplicable*	No	No	Sí	Sí
Chawla et al. (2022)	Sí	Sí	No claro	No claro	Sí	Sí	No claro	Sí
Ching et al. (2021)	No claro	Sí	Sí	No aplicable**	Sí	Sí	Sí	Sí
Hellberg et al. (2023)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Jacoby et al. (2018)	Sí	Sí	Sí	No aplicable***	No	No	Sí	Sí
Mitchell et al. (2024)	Sí	Sí	Sí	No claro	Sí	Sí	Sí	Sí
Melli et al. (2015)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
McCarty et al. (2017)	Sí	Sí	Sí	No aplicable ⁺	No	No	Sí	Sí
Perez et al. (2022)	Sí	Sí	Sí	No aplicable [‡]	No	No	Sí	Sí
Steinberg y Wetterneck (2017)	Sí	Sí	Sí	No aplicable [§]	No	No	Sí	Sí

Nota. CI = criterios de inclusión claros; MS = muestra y contexto descritos; MV = variables o exposición medidas de forma válida y fiable; CE = criterio estándar para la condición; CF = factores de confusión identificados; ECF = estrategias para abordar los factores de confusión; RV = resultados medidos de forma válida y fiable; AE = análisis estadístico apropiado.

* CE (no aplicable): Se mide capacidad de reconocimiento de TOC en viñetas, no diagnostica condición en los participantes.

** CE (no aplicable): No se diagnostica condición clínica; se miden constructos dimensionales mediante auto-reportes en muestra no clínica.

*** CE (no aplicable): Investiga síntomas dimensionales de contaminación mental en población general no clínica, no diagnóstico categórico TOC.

[†] CE: El estudio mide capacidad de reconocimiento de síntomas TOC en viñetas por población general, no diagnostica TOC en participantes.

[‡] CE: No diagnostica TOC en los participantes; evalúa conocimiento/competencia diagnóstica de la muestra profesional.

[§] CE: Evalúa estigma de clínicos hacia presentaciones sintomáticas TOC, no diagnostica TOC ni otra condición clínica en participantes.

Tabla B8. Evaluación JBI de estudios cuasi-experimentales mediante checklist JBI Quasi-Experimental Studies

Estudio	CEf	PC	ASI	GC	MPP	SC	MI	RF	AE
Abramowitz et al. (2003) Estudio 2	Sí	No claro	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí

Nota. CEf = relación causa-efecto clara; PC = participantes comparables; ASI = atención similar salvo la intervención; GC = grupo control; MPP = múltiples mediciones pre y post; SC = seguimiento completo o adecuadamente descrito; MI = misma medición en las comparaciones; RF = resultados medidos de forma fiable; AE = análisis estadístico apropiado.

Tabla B9. Evaluación crítica de ensayos controlados aleatorizados mediante la checklist JBI Randomized Controlled Trials

Estudio	AV	OA	GI	CP	CA	CE	TI	SC	AA	MI	MF	AE	DA
Visvalingam et al. (2022)	Sí	No claro	No aplicable*	No	No claro	No aplicable**	Sí	Sí	Sí	No claro	Sí	Sí	Sí
Berman et al. (2020)	Sí	No claro	Sí	No	No claro	No aplicable***	Sí	Sí	Sí	Sí	Parcial [†]	Sí	Sí

Nota. AV = aleatorización verdadera; OA = ocultación de la asignación; GI = grupos similares al inicio; CP = cegamiento de los participantes; CA = cegamiento en quienes administraron la intervención; CE = cegamiento de los evaluadores; TI = tratamiento idéntico salvo intervención; SC = seguimiento completo; AA = análisis de los participantes en los grupos a los que fueron asignados; MI = medición idéntica de resultados; MF = medición fiable de resultados; AE = análisis estadístico apropiado; DA = diseño apropiado.

* GI: diseño intrasujeto; cada participante completó las condiciones, sin grupos paralelos independientes.

** CE: resultados autoinformados (p. ej., VAS); no hay evaluadores externos.

*** CE: todos los resultados autoinformados vía Qualtrics; no hay evaluadores externos.

[†] MF: DERS-S validada ($\alpha = .90$); SEI y VLQ-R son medidas *ad hoc* sin datos de fiabilidad reportados.

Tabla B10. Evaluación JBI de estudios de caso y caso único mediante la checklist JBI Case Reports

Estudio	DG	HT	CP	DT	IN	PI	EA	LC
Warnock-Parkes et al. (2012)	No claro	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No claro	Sí

Nota. DG = datos demográficos; HT = historia clínica y cronología; CP = condición clínica inicial; DT = pruebas diagnósticas; IN = intervención descrita; PI = estado posterior a la intervención; EA = eventos adversos o daños; LC = lecciones clínicas.

Tabla B11. Evaluación de Calidad Metodológica del Estudio SCED según Criterios SCRIBE 2016

Estudio	DE	MV	BE	MR	MC	AE	RE	VI	VE	FT
Osivwemu et al. (2025)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Parcial	Sí	Sí	Parcial

Nota. DE = diseño especificado; MV = medidas válidas y fiables; BE = línea base estable; MR = medición repetida; MC = medida de control; AE = análisis estadístico apropiado; RE = replicación del efecto; VI = minimización de amenazas a validez interna; VE = discusión de la validez externa; FT = fidelidad del tratamiento.