

---

# Tools for Treating Obsessive-Compulsive Disorder Among Latinos

# 7

Monnica T. Williams, Judy Mier-Chairez,  
and Adriana Peña

---

## Prevalence of Obsessive-Compulsive Disorder Among Latinos

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a severe illness that has been considered one of the top ten causes of disability worldwide, with a global burden comparable to that of schizophrenia (Ayuso-Mateos, 2006; Lopez & Murray, 1998). OCD includes the experience of intrusive distressing thoughts, urges, and/or images and accompanying behaviors done in an attempt to neutralize the resulting anxiety (American Psychiatric Association [APA], 2013). Individuals with OCD may struggle with obsessions and compulsions for up to 17 hours a day or more (Gallup, 1990). OCD is highly disabling, with

nearly two-thirds of those afflicted reporting severe role impairment (Ruscio, Stein, Chiu, & Kessler, 2010). People with OCD have much higher rates of unemployment (22% vs. 6%; Koran, Thienemann, & Davenport, 1996). The vast majority of individuals with OCD meet criteria for an additional mental disorder (90%), with 40.7% also suffering from major depressive disorder and 38.6% suffering from a comorbid substance use disorder (Ruscio et al., 2010). Lifetime prevalence rates for OCD are estimated at 1.6–2.3% (Kessler et al., 2005; Ruscio et al., 2010).

The National Latino and Asian-American Study (NLAAS) found that Latino/as experience equal rates for most major mental health issues compared to the overall population (Alegría et al., 2007); however, that study did not assess for the presence of OCD. The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R;  $N = 5424$ ) compared mental health prevalence rates in different ethnoracial groups (Breslau et al., 2006) and indicated that Latino Americans had three times the prevalence rate of OCD than European Americans, although this finding was not significantly different. Another study comparing OCD prevalence in European Americans and the Mexican American Latino subgroup found no significant differences (Karno et al., 1989). Thus, it may be most appropriate to report OCD prevalence at the subgroup level, but the extant literature is lacking as data is mostly unavailable. Lack of information is likely the

---

M.T. Williams, PhD (✉)  
University of Connecticut, Department of  
Psychological Sciences, 406 Babbidge Road,  
Unit 1020, Storrs, CT 06269-1020, USA  
e-mail: [monnica.williams@uconn.edu](mailto:monnica.williams@uconn.edu)

J. Mier-Chairez  
University of Louisville, Center for Mental Health  
Disparities, Department of Psychological & Brain  
Sciences, Louisville, KY, USA

A. Peña  
University of Louisville, Center for Mental Health  
Disparities, Department of Psychological & Brain  
Sciences, Louisville, KY, USA

Spalding University, Department of Psychology,  
Louisville, KY, USA

result of difficulty recruiting Latinos for mental health research studies (Wetterneck et al., 2012) and cultural nonequivalence of OCD measures (e.g., Williams, Turkheimer, Schmidt, & Oltmanns, 2005).

---

## OCD Symptoms in Latinos

OCD symptom differences in Latino Americans also remain widely unexplored compared to other groups. OCD is a heterogeneous disorder, and it is important to accurately understand symptom differences cross-culturally because patients without the most common presentations (i.e., compulsive washing and overt repetitive checking) may not be quickly identified by medical professionals. One study that did focus on symptom differences in a nonclinical sample found that Latino/a Americans demonstrated a higher rate of contamination symptoms than European Americans (Williams et al., 2005). Another study compared six symptom dimensions of OCD in a nonclinical sample and found equal rates among most dimensions (i.e., hoarding, obsessing, neutralizing, washing, and ordering), but European Americans were significantly higher on checking than Latino/as (Burgess, Smith, Cervantes, & Wetterneck, 2009). However, findings may differ in a clinical population; thus, it is important to examine these constructs in clinically diagnosed samples. There have been some studies on OCD in Hispanic countries, and overall findings appear to suggest a predominance of contamination, symmetry, and sexual obsessions, as well as washing, checking, cleaning, and repeating compulsions (Chavira et al., 2008; Nicolini et al., 1997). Findings from cross-national epidemiological research indicate differences in OCD symptomology across Latino and European American populations, particularly in the content of obsessions, which may be due to sociocultural influences (Chavira et al., 2008).

One large study comparing European American ( $N = 3986$ ) and Latino American ( $N = 473$ ) adults found that Latino/as may have higher levels of interpersonal functioning and

social support, but an OCD diagnosis was significantly related to problems with interpersonal functioning (Hernandez, Plant, Sachs-Ericsson, & Joiner, 2005). The resulting impairment could be particularly damaging in youth, who are still struggling to develop their identities. This may result in increased enmeshment with family, which may be more problematic in more collectivistic cultures, such as Latino culture. A recent study of young adults supported this need for investigation as they found that lower familial social support and higher familial stress correlated to higher OC symptoms in Latino, but not in European or African Americans (Sawyer et al., 2013). Given that acculturated adolescents are at increased risk for mental health issues than their less acculturated peers (Gonzales, Dearnorff, Formoso, Barr, & Barrera., 2006), acculturation and parenting styles may be important variables.

Another important consideration for the Latino population is the evidence that individuals in this group often express symptoms related to mental health disorders, such as anxiety and depression, in the form of physical complaints (i.e., somatization; Chavira et al., 2008; Guarnaccia, Martinez, & Arcosta, 2005). A clinician without this knowledge may only look for cognitive and behavioral symptoms and potentially miss an OCD diagnosis. Religiosity in the Latino population is another factor clinicians should consider. Fifty-nine percent of Latino/as in the USA identify as Catholic, almost triple the percentage of European Americans (Kosmin & Keysar, 2009). Given that Catholics are more likely to have OCD than other religious groups (Himle, Taylor, & Chatters, 2012), religion may be an important factor in the phenomenology of OCD in the Latino population. Specifically, in Catholic individuals who are highly religious, a belief that thoughts are very important is predictive of OC symptoms (Sica, Novaro, & Sanavio, 2002).

---

## Treatment for OCD in Latinos

There is a persistent mental health disparity among Latino Americans compared to European Americans. At approximately 16% of the US

population, the Latino population is expanding at a rate beyond the current research capacity necessary to understand the nature of their risks for psychiatric disorders. Although, the NLAAS epidemiological study did not assess participants for OCD, leaving a vast chasm in our knowledge of the disorder in this underserved population, the study did demonstrate that while U.S.-born Latinos were beginning to use more mental health services, they did so at a lower rate. Interestingly, Latino/as have demonstrated similar utilization of mental health services from social service agencies or general physicians compared to European Americans, but significantly less services from mental health professionals (i.e., psychologists, psychiatrists, and therapists; Alegria et al., 2002). Overall, less than 9% of those with a mental disorder contact a mental health professional and fewer than 20% of these individuals seek help through a general health care provider. The higher number seeking treatment from general health care providers is likely in part due to the tendency of Latino/as to somaticize mental health symptoms, as mentioned previously (Wetterneck et al., 2012). Recent immigrants are even less likely to seek out these services (U.S. Department of Health and Human Services [USDHHS], 2001), even though the very process of immigration may increase stress. An important additional barrier is that twice as many Latino/as are uninsured compared to European Americans (U.S. Census, 2015), although this may be changing with the enactment of the Affordable Care Act (Alexander, Billow, Bufka, Walters, & Williams, 2016).

Despite differences in the OC symptoms and service utilization reported between Latino/as and European Americans, no culturally specific assessment or treatment for Latino/a Americans with OCD has been developed. Research has noted an absence of Latinos being assessed or treated at OCD specialty clinics (Foa et al., 1995; Williams et al., 2015), which supports the epidemiological finding that these groups are undertreated and less likely to receive the most effective treatments for OCD. Based on current knowl-

edge, exposure and response prevention (EX/RP) is the recommended course of treatment, as it has been shown to be efficacious in other groups (Abramowitz, 2006), though it should be noted that conceptualization of OC symptoms in ethnic minority groups using the cognitive-behavioral model remains in question (Wheaton, Berman, Fabricant, & Abramowitz, 2013).

---

## A Treatment Plan

At the initiation of treatment, the client's language preference should be obtained. Though a Latino/a client may be bilingual, speaking in the client's *preferred* language has been shown to lower drop-out rates (Paris, Anez, Bedregal, Andres-Hyman, & Davidson 2005; Sue, Fujino, Hu, Takeuchi, & Zane, 1991). Latino/a clients should not only be matched with a clinician by language but also, when possible, with a clinician of a similar ethnic background, also keeping in mind that Latino/as are a heterogeneous group. Latino/as are similar to other ethnic minority populations in that they face a strong cultural stigma against mental health disorders. Being clear at the beginning of treatment about confidentiality could help push past some of the reticence to disclose. Clinicians may also choose to emphasize the directive, task-oriented, and generally short-term nature of EX/RP treatment because of the evidence that Latino/as prefer directive methods (Anger-Diaz, Schlanger, Ricon, & Mendoza, 2004; Santisteban et al., 2003). In addition to the exposure and response prevention protocol detailed below (based on Foa, Yadin, & Lichner, 2012; Yadin, Lichner, & Foa, 2012), the clinician should be aware of and incorporate cultural values held by many Latino/as such as religious faith and close family relationships. This is particularly important for establishing a therapeutic alliance. The treatment plan below lists names of measures, worksheets, and handouts in Spanish, shown in Table 7.1; however, their English counterparts are also available if the client prefers English.

**Table 7.1** List of Spanish tools for OCD

List of work sheets and tools (provided)	Description
A. El Ciclo de TOC <i>The OCD cycle</i>	This handout describes the process by which obsessions are followed by anxiety, which then are followed by compulsions, and finally symptom relief.
B. Trastorno Obsesivo-Compulsivo Dimensiones de los Síntomas <i>Obsessive-compulsive disorder symptom dimensions</i>	This handout describes the various symptom dimensions of OCD, which include contamination symptoms, symmetry and organization, unacceptable/taboo thoughts, doubts, and harm. The work sheet also provides a list of associated disorders.
C. Pensamientos Inaceptables/ Tabú <i>Unacceptable/taboo thoughts</i>	This handout describes various types of unacceptable/taboo thoughts, which include sexual, scrupulosity, aggression, and other related thoughts.
D. Información Sobre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo <i>Information on OCD</i> (Foa, Yadin, & Lichner, 2012; Yadin et al., 2012)	This handout describes some basic facts about OCD in order to help give the client some answers around common questions. The information provided describes symptoms of OCD, what causes OCD, how a person can get OCD, and two important associations in OCD.
E. Supresión de pensamientos y pensamientos intrusivos <i>Thought suppression and intrusive thoughts</i> (Psychology Tools)	This fact sheet describes the process of thought suppression and how trying not to think of something results in thinking more about it.
F. Exposición y Prevención de la Respuesta <i>Exposure and response prevention</i> (Psychology Tools)	This work sheet describes exposure and ritual prevention and how it requires the person to expose themselves to the trigger and resist completing the compulsion. It also provides a graph for the person to track their SUDS with the exposures.
G. Auto Monitorización de Rituales <i>Self-monitoring of rituals</i> (Foa et al., 2012; Yadin, Lichner, & Foa, 2012)	This work sheet helps the person track the rituals they perform each day. It consists of fill-ins that requests what ritual was performed, what time it was performed, what triggered it, the person's associated SUDS level, and how much time was spent on the ritual.
H. Dimensional OCD scale (DOCS; Abramowitz et al., 2010; López-Solà et al., 2014; Wetterneck, Siev, Smith, Adams, & Slimcowitz, 2015)	The DOCS is a self-report measure that assesses the four most common OCD symptom dimensions: contamination, responsibility for harm, unacceptable thoughts, and symmetry, completeness, and exactness. We also include a new supplementary subscale for sexually intrusive thoughts (DOCS-SIT).
I. Jerarquía de Evitación <i>Avoidance hierarchy</i> (Psychology Tools)	This work sheet has a ladder on the left side of it and two columns on the right. In the instructions it asks the person to create a hierarchy/ladder of situations or places they avoid and to also list the associated anxiety level.
J. Experimento de Comportamiento <i>Behavioral experiment planning</i> (Psychology Tools)	This work sheet helps the person process the various steps in a behavioral experiment. It is divided into four different sections: prediction, experiment, outcome, and learning. Each section has questions that prompt the individual to help them describe what they thought would happen, what they did, what ended up happening, and what they learned.
K. Hoja de Tareas Diarias <i>Daily homework work sheet</i>	This work sheet helps the person track and describe details of their exposure homework assignments. The work sheet consists of fill-ins where the therapist writes the type of exposure and then the client fills in how long it lasted, when it occurred, and the associated SUDS level for each exposure. This creates a record of the exposures clients have completed for homework and tracks how the SUDS level has changed.
L. TOC Prevención de Recaída: Consejos Rápidos <i>OCD relapse prevention handout</i>	This handout explains what to expect after treatment, including that occasional unwanted thoughts are normal, often brought on by stress. It reminds clients to keep resisting compulsions, practice exposures as needed, and how to identify a relapse.

## Session Outline

### *Session 1: Treatment Planning – Setting the Stage*

1. The Basics
  - (a) Begin the session with introductions to help the client familiarize themselves with you. Describe the plan for the session explaining that it will consist largely of information gathering and laying the foundation for the treatment approach.
2. Psychoeducation and Information Gathering
  - (a) Describe the “El Ciclo de TOC” (Appendix A) document to explain this model of the disorder and how compulsions strengthen the OCD.
  - (b) Inquire about the client’s experience of OCD including history and symptom description using “Trastorno Obsesivo-Compulsivo Dimensiones de los Síntomas” (Appendix B) as an aid. If the client has any taboo thoughts, then also review “Pensamientos Inaceptables/Tabú” (Appendix C).
  - (c) Use the “Información Sobre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo” form to define OCD and its components (Appendix D).
  - (d) Guide the client to make a link between their obsessions and compulsions.
3. Why EX/RP? The Rationale
  - (a) Provide a thorough explanation for the use of exposure/response prevention treatment, specifically its aim to disrupt the associations that feed OCD.
  - (b) Recommended worksheet: “Exposición y Prevención de la Respuesta” (Appendix F).
4. What is EX/RP?
  - (a) Outline the highlights of EX/RP treatment such as when you will build the exposure hierarchy, when exposures will begin, and the homework schedule.
  - (b) Acknowledge that treatment may at times be taxing but also emphasize that substantial time and effort are necessary for positive outcomes.
  - (c) Allow time for any questions the client may have.
5. Self-Monitoring and Homework

- (a) Describe, practice, and troubleshoot self-monitoring of rituals.
  - (b) Assign the “Auto Monitorización de Rituales” (Appendix G) worksheet to be completed daily and brought to the next session.
  - (c) The client is also to review the “El Ciclo de TOC” (Appendix A) document daily to reinforce this model of the disorder.
6. Measurement
    - (a) Give the client the DOCS (Appendix H) to get a baseline of symptom severity by symptom dimension.

### *Session 2: Treatment Planning – In Depth*

1. Review Homework
  - (a) Go over the self-monitoring work sheets, providing clarifications, and making corrections as necessary.
  - (b) Discuss “Información Sobre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo” (Appendix D), answer any questions, and ask the client to identify two types of associations that occur in their experience of OCD.
2. Review the Rationale for EX/RP
3. OCD Symptom Information Gathering
  - (a) Expand upon the discussion in session 1 on the client’s OCD symptoms, gathering more details.
  - (b) Introduce the subjective units of distress scale (SUDs) and instruct the client on how it is to be used.
  - (c) Set SUDs anchor points (0, 50, 100).
  - (d) Ask the client to describe specific situations, thoughts, and images that cause distress and have them rate SUDs for each.
4. Create a Treatment Plan
  - (a) Use the information collected to select items for exposure based on SUDs ratings.
  - (b) Build the exposure hierarchy using the “Jerarquía de Evitación” form (Appendix H).
5. Commitment
  - (a) Revisit the conversation on the time and effort necessary for treatment and garner an agreement from the client toward this end.
  - (b) Emphasize the importance of complying with the exposure plan (both in session

and at home) and the rules for ritual prevention.

(c) Answer any questions.

#### 6. Homework

(a) Self-monitoring of rituals.

(b) Review OCD informational handouts for reinforcement of this model.

### *Session 3: Exposure and Ritual Prevention*

#### 1. Review Homework

(a) Go over the self-monitoring work sheets providing clarifications and making corrections as necessary.

#### 2. Client Explanation of OCD Model

(a) Ask the client to describe the model of OCD, and how it is relevant to their treatment.

(b) Have the client provide the rationale for using EX/RP.

#### 3. In-Session Exposure

(a) Recall the exposure plan, guided by the hierarchy, and do the exposure exercise (imaginal and/or in vivo).

(b) Therapist should demonstrate exposure to client before asking client to do it.

(c) Use the “Exposición y Prevención de la Respuesta” (Appendix F) to illustrate how the exposure and habituation work.

(d) If the client is unwilling to do an exposure, consider a behavioral experiment instead, using “Experimento de Comportamiento” (Appendix J).

#### 4. Prepare for Exposure Homework

(a) Explain the importance of practicing exposure independently in between sessions with the therapist.

(b) With the client, select items from the hierarchy for exposure homework.

(c) Ensure the client is familiar with how to use the “Hoja de Tareas Diarias” (Appendix K) work sheet to track their homework.

#### 5. Ritual Prevention

(a) Provide specific instructions for ritual prevention.

#### 6. Homework

(a) Continue self-monitoring of rituals daily using the “Auto Monitorización de Rituales” (Appendix G) work sheet.

(b) Do the agreed upon exposure practice homework.

### *Sessions 4–15: Exposure and Ritual Prevention*

#### 1. Review Homework

(a) Go over the self-monitoring work sheets and, if necessary, bring attention to any problems with ritual prevention.

(b) Go over “Hoja de Tareas Diarias” (Appendix K) form to monitor exposure practice homework.

#### 2. Review Progress

(a) Make time to review the client’s progress regularly and also ask them to share any changes, struggles, or obstacles they have noticed.

#### 3. In-Session Exposure

(a) Use the hierarchy to systematically continue with exposures in session.

#### 4. Homework

(a) In session, assign exposure practice homework to be completed before the next session.

(b) The client is also to continue self-monitoring of rituals tracking daily for review in the following therapy session.

### *Sessions 16–17: Home Visits*

#### 1. Review Progress in New Setting

(a) It is recommended that the therapist conduct home visits during or after the office therapy sessions have ended. This allows the therapist to observe the home environment and the client’s functioning in it as well as provide instructions for exposure exercises in this environment.

(b) The “home visit” does not have to be at the client’s home and should be relocated if the client particularly struggles with OCD symptoms in another environment such as work, public places, etc.

(c) Note areas of concern to address during home visit.

#### 2. Assess Progress

(a) Give the client the DOCS (Appendix H) to determine improvement for each symptom dimension.

### *Sessions 18–19: Relapse Prevention*

#### 1. Review Homework

(a) Go over the “Hoja de Tareas Diarias” (Appendix K) to monitor success with exposure practice homework.

2. Review Progress
  - (a) Review the hierarchy to ensure mastery of all items.
3. In-Session Exposure
  - (a) Ask the client to identify any areas of lingering difficulty.
  - (b) Invite the client to devise his/her own exposure for managing the obsession.
  - (c) Conduct the client-devised exposure during the session.
4. Homework
  - (a) Advise the client to devise his/her own exposures for daily homework based on any current concerns using the “Hoja de Tareas Diarias” (Appendix K).
  - (b) Ask the client to make note of any areas of difficulty.
3. Assess Progress
  - (a) Give the client the DOCS (Appendix H) to confirm improvement for each symptom dimension.
4. Review typical causes and signs of relapse and give the handout “TOC Prevención de Recaída: Consejos Rápidos” (Appendix L).
5. Make a plan for follow-up check in appointments in 3–6 months.

---

### Spanish Language Tools for Assessment and Treatment of OCD

There are several psychological assessments that may be used when evaluating a Latino/a client for OCD symptoms. Various measures have been translated into Spanish, many of which have been validated with Latino/a clinical samples. Translated measurement tools include the Yale-Brown obsessive-compulsive scale (Y-BOCS), dimensional obsessive-compulsive scale (DOCS), and obsessive-compulsive inventory-revised (OCI-R). See Table 7.2 for a detailed list of preferred measures when assessing for OCD in Latino/as.

#### *Session 20: Final Session*

1. Review Homework
  - (a) Review the “Hoja de Tareas Diarias” (Appendix K) to monitor success with self-devised exposures.
2. Provide guidelines for normal behavior and discuss this with client (i.e., typical washing, cleaning, checking, etc.).

**Table 7.2** Common validated measures for OCD

Measures for youth	Description
Mini-international neuropsychiatric interview for children/adolescents (MINI-KID; Sheehan et al., 2010)	A semi-structured clinical interview, designed to aid in making reliable DSM-IV and ICD-10 psychiatric diagnoses, including OCD. The MINI-KID provides information about the participant's age of onset and comorbid conditions. It is available in Spanish
Children's Yale–Brown obsessive-compulsive scale – Severity Scale and Checklist (CY-BOCS; Scahill et al., 1997)	The CY-BOCS is a 10-item, semi-structured clinician-rated severity scale for OCD with subscales for obsessions and compulsions, and a total severity score. A Spanish version was found to have good psychometric properties (Ulloa et al., 2004). A checklist of 60 items assesses the presence of specific OC symptoms
Obsessive-compulsive inventory – Child version (OCI-CV; Foa et al., 2010)	This is a 21-item pediatric self-report measure of OCD severity, validated in youth aged 7–17. The OCI-CV includes subscales consisting of doubting/checking, obsessing, hoarding, washing, ordering, and neutralizing
Measures for adults	Description
Mini-international neuropsychiatric interview (MINI; Sheehan et al., 1998)	The MINI is a semi-structured clinical interview that provides information about the participant's psychiatric diagnoses, age of onset and comorbid conditions, including OCD. The measure is also available in Spanish
Yale–Brown obsessive-compulsive scale – Severity Scale and Checklist (Y-BOCS; Goodman et al., 1989)	The Y-BOCS is a 10-item clinician-rated scale that measures obsessions and compulsions. The psychometric properties of the Y-BOCS have been examined in a non-clinical sample of Latino Americans (Washington, Norton, & Temple, 2008). Available in Spanish
Yale–Brown obsessive-compulsive scale – Severity Scale and Checklist II (YBOCS-II; Storch et al., 2010)	The YBOCS-II is a revised version of the Y-BOCS (Goodman et al., 1989) that can provide a method of assessing symptom presence and severity
Obsessive-compulsive inventory-revised (OCI-R; Foa et al., 2002)	The OCI-R is an 18-item self-report measure that yields distress ratings over the past month for six symptom areas: washing, checking, ordering, obsessing, hoarding, and neutralizing. It is available in Spanish (Malpica, Ruiz, Godoy & Gavino, 2009)
Dimensional OCD scale (DOCS; Abramowitz et al., 2010; López-Solà et al., 2014; Wetterneck et al., 2015)	The DOCS is a 20-item self-report measure that assesses the four most common OC symptom dimensions: contamination, responsibility for harm, unacceptable thoughts, and symmetry, completeness and exactness. The sexually intrusive thoughts supplementary scale is also included (DOCS-SIT) in Spanish (Appendix H)
Florida obsessive-compulsive inventory (FOCI; Storch et al., 2007)	The FOCI is a new self-report questionnaire that has separate scales for symptom enumeration (the checklist) and evaluation of symptom severity (severity scale)
Clark-Beck obsessive-compulsive inventory (CBOCI; Clark, Anthony, Beck Swinson, & Steer, 2005)	The CBOCI is a 25-item measure developed to assess frequency and severity of obsessive and compulsive symptoms. Available in Spanish (Belloch, Reina, García-Soriano, & Clark, 2009)
Obsessive belief questionnaire – brief version (OBQ-44; Steketee, 2005)	The OBQ-44 contains three factors corresponding to empirically distinguishable belief domains: (a) the tendency to overestimate threat and perceived responsibility, (b) the need for perfectionism and certainty, and (c) overestimates of the importance of and need to control thoughts
Family accommodation scale (FAS; Calvocoressi et al., 1995)	The FAS is a 12-item semi-structured interview to assess the degree to which family members assist people with OCD in their rituals or avoidance behaviors. It has been validated in Spanish families and adolescents (Otero & Rivas, 2007)

**Acknowledgment** *Psychology Tools* work sheets are courtesy of Dr. Matthew Whalley.



## Appendix A



## Appendix B

# + Trastorno Obsesivo-Compulsivo

## Dimensiones de los Síntomas



## Appendix C

# + Pensamientos Inaceptables/Tabú



## Appendix D

### Información Sobre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo

---

ESTA HOJA INFORMATIVA:

- SÍNTOMAS DE TOC
  - ¿QUÉ CAUSA EL TOC?
  - ¿CÓMO OBTUVO EL TOC?
  - DOS ASOCIACIONES IMPORTANTES EN EL TOC
- 

#### Síntomas de TOC

Esta estimado que 112 millones de personas en el mundo tienen trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Hombres y mujeres desarrollan TOC a velocidades similares y se ha visto en todos grupos de edad desde niñez hasta edad adulta. TOC típicamente empieza gradualmente, pero también puede empezar repentinamente. Síntomas pueden mejorar o empeorar a veces, y esto puede ser influenciado por eventos estresantes. Como los síntomas usualmente se empeoran a medida que las personas envejecen a veces ellos no se acuerdan cuando el TOC empezó. Las personas a veces se pueden recordar de un incidente específico que lo desencadenó.

Así como el nombre insinúa, los síntomas de TOC incluyen obsesiones y compulsiones.

#### *Obsesiones Comunes*

- Dudas perturbadoras o no deseadas
- Pensamientos perturbadores sobre el daño, la contaminación, el sexo, temas religiosos, o la salud

#### *Compulsiones Comunes*

- Demasiado lavando, chequeando, rezando, y repitiendo actividades de rutina
- Pensamientos especiales diseñados a contrarrestar pensamientos negativos.

Puede ser que usted también note que ciertas situaciones, lugares, o objetos desencadenen pensamientos preocupantes y lo lleva a impulsos de realizar rituales (también llamado compulsiones). Rituales son acciones usted hace para tratar de sentir mejor después do que tiene una obsesión. Usted también podría encontrarse evitando situaciones, lugares, y objetos que lo molestan.

#### Causas del TOC

Las razones que muchas personas desarrollan el TOC mientras que otros no, no se ha comprendido en su totalidad. Algunos expertos han propuesto que ciertos “errores de pensamiento” sobre daños ocurren en el TOC.

Ejemplos de tales errores de pensamiento son:

- Pensando de algo malo es lo mismo que hacerlo, o querer hacerlo
- Las personas deben de poder controlar todos sus pensamientos todo el tiempo
- Si una persona no impide un daño, es lo mismo que causar el daño
- Una persona siempre esta responsable por un daño independientemente de las circunstancias

Aunque esto explica los tipos de erros de pensamiento que cometen las personas con el TOC, no explica porque algunas personas tienen el TOC y otros no.

Se ha descubierto que personas con el TOC tienen la química cerebral anormal que involucra la *serotonina*, un químico que es importante para el funcionamiento del cerebro. La química serotonina extraña ha sido observada en personas con el TOC, y medicamentos que alivian los síntomas de TOC también cambian los niveles de serotonina. Sin embargo, no se conoce si la química serotonina es en verdad una razón por el desarrollo del TOC. En este momento la investigación está en curso.

También hay evidencia que el TOC corre entre familias. Es difícil saber cuánto de esto es debido a lo que los niños aprenden de su familia mientras su crecimiento (crianza), y cuanto es genético (naturaleza). Sin embargo, personas con el TOC frecuentemente tienen otros familiares con el TOC o trastornos relacionados como la ansiedad, depresión, y el acaparamiento. Si aparece que el TOC tiene un componente genético muy fuerte.

### **¿Cómo obtuvo el TOC?**

Muchas personas le gustaría saber que causa el TOC y como lo obtuvieron. Probablemente es una combinación de factores biológicos/genéticos y eventos estresantes de el vida que lo causan a ocurrir. A veces drogas recreacionales o de la calle pueden desencadenar la TOC en personas que son susceptibles al TOC. Pero usualmente no es posible saber exactamente que causo el TOC para cualquier persona en particular. Muchas personas gastan mucho tiempo tratando de describir como lo obtuvieron, pero esto no es muy útil. Afortunadamente, hay tratamientos efectivos para el trastorno que no requieren una explicación de porqué o como una persona desarrollo el TOC.

Científicos si entienden mucho de los *síntomas* del TOC y esto es muy importante para tratar el trastorno. Su terapeuta le ayudara aprender más de sus síntomas de TOC, el cual le ayudara a

mejorar. El TOC es una colección de hábitos que, como se mencionó anteriormente, involucra pensamientos, ideas, imágenes, o impulsos indeseados y perturbadores (*obsesiones*). Junto con estos pensamientos, tiene sentimientos indeseados de incomodidad extrema o ansiedad y impulsos fuertes de hacer algo para reducir la angustia. Debido a esto, las personas se acostumbran a usar pensamientos o acciones especiales para tratar de deshacerse de la ansiedad (rituales compulsivos). Estas costumbres de pensamiento, sentimiento, y acción son muy desagradables, desperdician, y son difíciles de parar sin ayuda.

### **Dos asociaciones importantes en el TOC**

Hay dos tipos de asociaciones o conexiones que son una parte importante del TOC y entendiendo las dos lo ayudara con su terapia. La terapia está diseñada para romper los dos tipos de asociaciones.

Asociación 1: Primera es la asociación (conexión) entre ciertos objetos, pensamientos, o situaciones y la ansiedad/incomodidad. Por ejemplo, piensa en algo que usted trata de evitar o que usted aguanta con sufrimiento porque lo hace perturbado. Es probable que usted tiene una asociación entre esta situación y la perturbación que le causa.

Asociación 2: El segundo tipo de asociación es la conexión entre haciendo un ritual/compulsión y disminuyendo la angustia. O sea, después de que realiza sus rituales obsesivos-compulsivos usted se siente un poco mejor temporariamente. Por lo tanto, usted continua a realizar el comportamiento más frecuentemente para obtener mas alivio.

Trate de identificar cuales situaciones aumentan su incomodidad (Asociación #1) y luego identifique los comportamientos o pensamientos que usted usa para reducir la incomodidad (Asociación #2). Haciendo esto le ayudara en su tratamiento.

Desafortunadamente, realizando rituales para sentirse mejor no sirve mucho a la larga. Su angustia baja por un tiempo corto y luego regresa otra vez. Frecuentemente, usted se consigue haciendo más y más rituales para tratar de deshacerse de la ansiedad. Pronto, ya está gastando tanto tiempo y energía en los rituales que no tiene tiempo o energía para otras cosas importantes en su vida, como el trabajo/estudio, la familia, las amistades, y la recreación.

Para tratar el TOC, las asociaciones describas arriba tienen que estar debilitadas o rotas. Su terapia está diseñada a hacer esto, y su terapeuta le va a enseñar ejercicios que le van a ayudar a llegar ahí. Estos ejercicios se llaman exposición y prevención de rituales, y va a aprender más sobre ellos de su terapeuta.

Adaptado de: Yadin, E., Lichner, T. K., & Foa, E. B. (2012). *Treating Your OCD with Exposure and Response (Ritual) Prevention: Workbook*. Philadelphia: Oxford University Press.

## Appendix E

### Supresión de pensamientos y pensamientos intrusivos



Cuando nos confrontamos con pensamientos o memorias dolorosas, es natural querer alejarlos. Lamentablemente, los seres humanos no son muy buenos en no pensar acerca de algo.

Puedes tratar esto contigo mismo

Por los próximos 30 segundos trata lo más que puedas en no pensar en un oso blanco

Cuenta cuantas veces pensaste en el oso blanco

Probablemente encuentres que es bastante difícil

Mientras más intentes en no pensar en algo, más vas a terminar pensando en eso (tenemos pensamientos intrusivos que no queremos acerca de los asuntos que tratamos de suprimir). Peor aún, una vez paramos el tratar de no pensar en algo hay una tendencia en pensar más de lo usual en ese asunto por un tiempo después. Esto se llama “efecto de rebote”.

Este efecto es aún más fuerte cuando intentamos suprimir algo emocional y sabemos que las personas con ansiedad o depresión tienden a encontrar aún más difícil el suprimir pensamientos indeseables.

## Appendix F

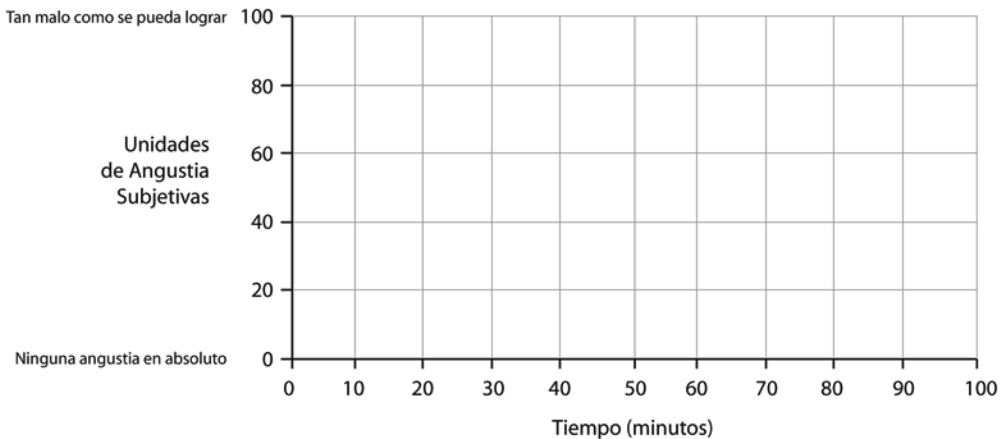
### Exposición y prevención de la respuesta

Exposición y Prevención de la Respuesta tiene que ver con exponiéndose a una situación que desencadena sus obsesiones o compulsiones (exposición), y luego deliberadamente resistiendo el impulso a realizar la compulsión que normalmente le aliviaría su ansiedad (prevención de la respuesta)

<b>Situación / Desencadenante</b> ¿Cuáles situaciones desencadenan mi obsesión?	<b>Obsesión</b> ¿Cuál es el pensamiento, imagen, deseo, o impulso que me molesta?	<b>Compulsión</b> ¿Qué hago para hacerme sentir mejor cuando tengo la obsesión?

#### Instrucciones:

1. Expóngase al desencadenante
2. Resista a la realización de la compulsión
3. Anote cuan angustiado/a se siente con el tiempo usando el grafico abajo
4. Si realiza la compulsión, expóngase al desencadenante otra vez





## Exposición y prevención de la respuesta

Exposición y Prevención de la Respuesta tiene que ver con exponiéndose a una situación que desencadena sus obsesiones o compulsiones (exposición), y luego deliberadamente resistiendo el impulso a realizar la compulsión que normalmente le aliviaría su ansiedad (prevención de la respuesta)

### Situación / Desencadenante

¿Cuáles situaciones desencadenan mi obsesión?

*Viendo cosas sucias –  
las peores cosas son los  
pañales usados o las  
curitas*

### Obsesión

¿Cuál es el pensamiento, imagen, deseo, o impulso que me molesta?

*Imagen de mi familia  
enfermándose – sería mi  
culpa*

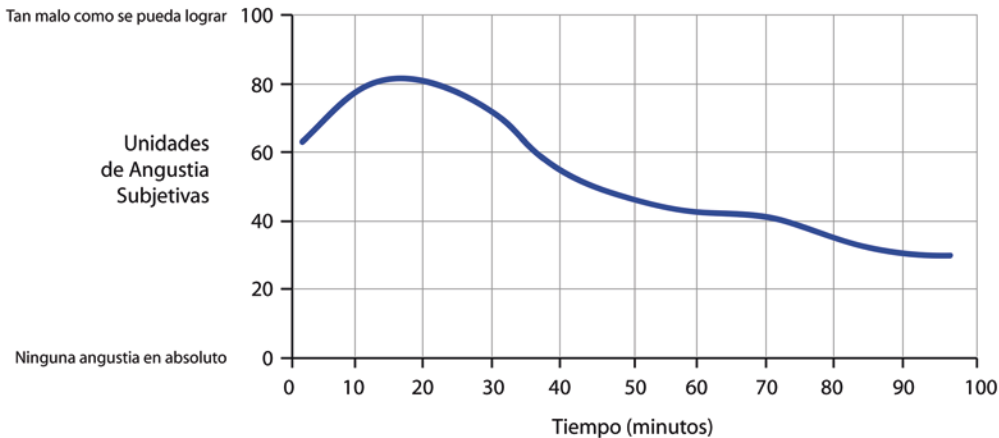
### Compulsión

¿Qué hago para hacerme sentir mejor cuando tengo la obsesión?

*Me limpio y limpio  
cualquier cosa que mis  
familiares podrían tocar*

### Instrucciones:

1. Exponerse al desencadenante – *Sostener un pañal usado*
2. Resista a la realización de la compulsión – *No lavarme las manos*
3. Anote cuan angustiado/a se siente con el tiempo usando el grafico abajo
4. Si realiza la compulsión, expóngase al desencadenante otra vez



## Appendix G

### Auto monitorización de Rituales

<b>Nombre</b>		<b>Fecha</b>	
---------------	--	--------------	--

<b>Tiempo de Día</b>	<b>Situación/Actividad/Pensamiento que evoca el ritual</b>	<b>SUDS<sup>1</sup> (0-100)</b>	<b>Descripción de ritual</b>	<b>Numero de minutos gastados en el ritual</b>
6:00 – 6:30 A.M.				
6:30 – 7:00				
7:00 – 7:30				
7:30 – 8:00				
8:00 – 8:30				
8:30 – 9:00				
9:00 – 9:30				
9:30 – 10:00				
10:00 – 10:30				
10:30 – 11:00				
11:00 – 11:30				
11:30 – 12:00 P.M.				
12:00 – 12:30				
12:30 – 1:00				
1:00 – 1:30				
1:30 – 2:00				
2:00 – 2:30				
2:30 – 3:00				
3:00 – 3:30				

Tiempo de Día	Situación/Actividad/Pensamiento que evoca el ritual	SUDS <sup>1</sup> (0-100)	Descripción de ritual	Numero de minutos gastados en el
3:30 – 4:00				
4:00 – 4:30				
4:30 – 5:00				
5:00 – 5:30				
5:30 – 6:00				
6:00 – 6:30				
6:30 – 7:00				
7:00 – 7:30				
7:30 – 8:00				
8:00 – 8:30				
8:30 – 9:00				
9:00 – 9:30				
9:30 – 10:00				
10:00 – 10:30				
10:30 – 11:00				
11:00 – 11:30				
11:30 – 12:00 A.M.				
12:00 – 6:00				

<sup>1</sup>SUDS= Unidades de Angustia Subjetivas

**Notas:**

## Appendix H

# DOCS

En este cuestionario se le pregunta sobre 4 tipos de preocupaciones diferentes que puede que usted esté (o no esté) experimentando. Para cada tipo de preocupación, hay una descripción del tipo de pensamientos (a veces llamados obsesiones) y conductas (a veces llamadas rituales o compulsiones) que son típicas de ese tipo de preocupación en particular, seguida de 5 preguntas sobre sus experiencias en relación con estos pensamientos y conductas. Por favor, lea cada descripción detenidamente y responda a las preguntas para cada categoría basándose en las experiencias que usted ha tenido **durante el último mes**.

### Categoría 1: Preocupaciones relacionadas con gérmenes y contaminación.

*Ejemplos...*

- Pensar o sentir que está contaminado/a porque estuvo en contacto con ciertos objetos o personas o estuvo cerca de ellos.
- Sentir que está contaminado/a porque estuvo en ciertos lugares (por ejemplo, un cuarto de baño).
- Pensar en gérmenes, enfermedades o en la posibilidad de propagar la contaminación.
- Lavarse las manos, usar desinfectante de manos, ducharse, cambiarse de ropa o limpiar objetos debido a preocupaciones sobre la contaminación.
- Seguir una rutina determinada (por ejemplo, en el cuarto de baño o al vestirse) debido a la contaminación.
- Evitar ciertas personas, objetos o lugares debido a la contaminación.

Las siguientes preguntas se refieren a sus experiencias con pensamientos y conductas relacionados con la contaminación durante el último mes. Recuerde que sus experiencias pueden ser diferentes de los ejemplos mencionados anteriormente. Por favor, rodee con un círculo el número junto a su respuesta.

1. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo le han ocupado al día los pensamientos de contaminación y las conductas de limpieza debidas a la contaminación?

- 0 Ninguno
- 1 Menos de una hora al día
- 2 Entre 1 y 3 horas al día
- 3 Entre 3 y 8 horas al día
- 4 Ocho horas o más al día

2. ¿ Ha evitado situaciones para no tener pensamientos de contaminación o para no tener que pasar tiempo lavándose, limpiando o duchándose?

- 0 En absoluto
- 1 Evitación leve
- 2 Evitación moderada
- 3 Evitación grave
- 4 Evitación extrema de casi todas las cosas

3. Si ha tenido pensamientos de contaminación pero no ha podido limpiar, lavarse o ducharse (ni eliminar la contaminación de otra forma), ¿cuánto malestar o ansiedad ha tenido?

- 0 Ningún malestar/ansiedad
- 1 Ansiedad/malestar leve
- 2 Ansiedad/malestar moderado
- 3 Ansiedad/malestar grave
- 4 Ansiedad/malestar extremo

4. ¿En qué medida se ha visto afectada su vida diaria (trabajo, escuela, cuidado personal, vida social) por los pensamientos de contaminación y por limpiar, lavarse o ducharse de forma excesiva o realizar conductas de evitación?

- 0 Mi vida no se ha visto afectada
- 1 Un poco afectada, pero en general funciono bien
- 2 Muchas facetas de mi vida están afectadas, pero a pesar de ello me manejo bien
- 3 Muchas facetas de mi vida están afectadas, y me cuesta funcionar
- 4 Mi vida está completamente afectada y no puedo funcionar en absoluto

5. Cuando intenta ignorar los pensamientos de contaminación y abstenerse de conductas como limpiar, lavarse, ducharse u otros rituales para descontaminarse, ¿le resulta difícil?

- 0 En absoluto
- 1 Un poco difícil
- 2 Bastante difícil
- 3 Muy difícil
- 4 Extremadamente difícil

**Categoría 2: Preocupaciones relacionadas con causar daño, provocar lesiones o traer mala suerte.***Ejemplos...*

- Dudar de si ha cometido un error que podría hacer que sucediera algo horrible o perjudicial.
- Pensar que pueda haber ocurrido un accidente, desastre o daño físico terrible u otra desgracia y que usted no fue lo suficientemente precavido para evitarlo.
- Pensar que usted podía evitar algún daño o desgracia haciendo las cosas de una determinada manera, contando hasta cierto número o evitando determinados números o palabras "negativos".
- Pensar que podía perder algo importante que es poco probable que pierda (por ejemplo, la cartera, papeles, documentos personales...).
- Comprobar cosas como cerraduras, enchufes, la cartera, etc. más de lo necesario.
- Comprobar repetidamente o preguntar a otras personas para asegurarse de que no ha pasado (o no va a pasar) algo malo.
- Repasar mentalmente cosas del pasado para asegurarse de que no hizo nada malo.
- Necesitar hacer las cosas en una secuencia determinada para evitar que ocurran cosas dañinas o desastres.
- Necesitar contar hasta cierto número o evitar ciertos números negativos por miedo a que ocurra algo malo.

Las siguientes preguntas se refieren a sus experiencias con los pensamientos y conductas relacionados con causar daño o desastres durante el último mes. Recuerde que sus experiencias pueden ser ligeramente diferentes de los ejemplos mencionados anteriormente. Por favor, rodee con un círculo el número situado junto a su respuesta.

1. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo le han ocupado al día los pensamientos sobre posibles daños o desastres y las comprobaciones o esfuerzos para que le tranquilicen asegurándole que esas cosas no pasan (o no han pasado)?

- 0 Ninguno/
- 1 Menos de una hora al día
- 2 Entre 1 y 3 horas al día
- 3 Entre 3 y 8 horas al día
- 4 Ocho horas o más al día

2. ¿Ha evitado situaciones para no tener que comprobar si había algún peligro o para no tener que preocuparse por la posibilidad de haber causado algún daño o provocado algún desastre?

- 0 En absoluto
- 1 Evitación leve
- 2 Evitación moderada
- 3 Evitación grave
- 4 Evitación extrema de casi todas las cosas

3. Cuando ha tenido pensamientos sobre la posibilidad de provocar algún daño o desastre, o en el caso de no poder comprobar o pedir que le tranquilizaran, ¿cuánto malestar o ansiedad ha sentido?

- 0 Ningún malestar/ansiedad
- 1 Ansiedad/malestar leve
- 2 Ansiedad/malestar moderado
- 3 Ansiedad/malestar grave
- 4 Ansiedad/malestar extremo

4. ¿En qué medida su vida diaria (trabajo, colegio, cuidado personal, vida social) se ha visto afectada por los pensamientos sobre causar algún daño o provocar desastres, o por comprobar demasiado o pedir que le tranquilicen en exceso?

- 0 Mi vida no se ha visto afectada
- 1 Un poco afectada, pero en general funciono bien
- 2 Muchas facetas de mi vida están afectadas, pero a pesar de ello me manejo bien
- 3 Muchas facetas de mi vida están afectadas, y me cuesta funcionar
- 4 Mi vida está completamente afectada y no puedo funcionar en absoluto

5. Cuando intenta ignorar los pensamientos sobre daños o desastres y abstenerse de comprobar o de solicitar a otros que le tranquilicen, ¿le resulta difícil?

- 0 En absoluto
- 1 Un poco difícil
- 2 Bastante difícil
- 3 Muy difícil
- 4 Extremadamente difícil

**Categoría 3: Pensamientos inaceptables/prohibidos**

Ejemplos...

- Tener pensamientos desagradables sobre sexo, cosas inmorales o violencia que le vienen a la mente en contra de su voluntad.
- Pensar que podría hacer algo horrible, indecente o que le avergüence que en realidad usted no quiere hacer.
- Repetir una acción o hacer las cosas en una secuencia determinada debido a un mal pensamiento.
- Realizar mentalmente alguna acción o rezar para deshacerse de un pensamiento no deseado o desagradable.
- Evitar ciertas personas, lugares o situaciones que le provocan pensamientos no deseados o desagradables.

Las siguientes preguntas se refieren a sus experiencias con pensamientos no deseados que vienen a su mente en contra de su voluntad y a comportamientos dirigidos a afrontar este tipo de pensamientos durante el último mes. Recuerde que sus experiencias pueden ser ligeramente diferentes de los ejemplos mencionados anteriormente. Por favor, rodee con un círculo el número situado junto a su respuesta.

1. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo le han ocupado al día los pensamientos desagradables no deseados y las acciones (físicas o mentales) que realiza debido a estos pensamientos?

- 0 Ninguno
- 1 Menos de una hora al día
- 2 Entre 1 y 3 horas al día
- 3 Entre 3 y 8 horas al día
- 4 Ocho horas o más al día

2. ¿Ha evitado situaciones, lugares, objetos u otras cosas (por ejemplo, números o personas) que le desencadenan pensamientos no deseados o desagradables?

- 0 En absoluto
- 1 Evitación leve
- 2 Evitación moderada
- 3 Evitación grave
- 4 Evitación extrema de casi todas las cosas

3. Cuando le han venido a la mente pensamientos no deseados o desagradables en contra de su voluntad, ¿ha sentido ansiedad o malestar?

- 0 Ningún malestar/ansiedad
- 1 Ansiedad/malestar leve
- 2 Ansiedad/malestar moderado
- 3 Ansiedad/malestar grave
- 4 Ansiedad/malestar extremo

4. ¿En qué medida se ha visto afectada su vida diaria (trabajo, escuela, cuidado personal, vida social) a causa de estos pensamientos no deseados o desagradables o por las acciones (físicas y/o mentales) para evitar o afrontar estos pensamientos?

- 0 Ningún tipo de alteración
- 1 Un poco de alteración, pero en general funciono bien
- 2 Bastantes cosas/aspectos están alteradas/os, pero todavía me manejo bien
- 3 Mi vida está alterada en muchos aspectos y tengo dificultades para afrontarla
- 4 Mi vida está completamente alterada y no puedo funcionar en absoluto

5. Cuando intenta ignorar los pensamientos no deseados o desagradables o dejar de realizar acciones (físicas o mentales) para afrontar estos pensamientos, ¿le resulta difícil?

- 0 Nada difícil
- 1 Un poco difícil
- 2 Moderadamente difícil
- 3 Muy difícil
- 4 Extremadamente difícil

**Categoría 4: Preocupaciones sobre simetría y la necesidad de que las cosas estén “bien” o “como tienen que estar”.**

Ejemplos...

- Necesitar que las cosas sean/estén simétricas, uniformes, equilibradas o exactas.
- Sentir que algo no está “del todo bien”.
- Repetir algo del día a día hasta que tiene la sensación de que lo ha hecho “bien” o “equilibradamente”.
- Contar cosas absurdas (por ejemplo, azulejos del techo, el número de palabras en una frase, etc.).
- Poner las cosas en un orden determinado cuando no es necesario.
- Tener que repetir algo de una manera determinada hasta que está “bien”.

Las siguientes preguntas se refieren a sus sensaciones de que algo no está “bien” y sus conductas dirigidas a conseguir una sensación de orden, simetría o equilibrio durante el último mes. Recuerde que sus experiencias pueden ser ligeramente diferentes a los ejemplos mencionados anteriormente. Por favor, rodee con un círculo el número situado junto a su respuesta.

1. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo le han ocupado al día los pensamientos no deseados sobre simetría, orden o equilibrio o las conductas dirigidas a conseguir simetría, orden o equilibrio?

- 0 Ninguno
- 1 Menos de una hora al día
- 2 Entre 1 y 3 horas al día
- 3 Entre 3 y 8 horas al día
- 4 Ocho horas o más al día

2. ¿Ha evitado situaciones, lugares u objetos asociados con sensaciones de que algo no estaba simétrico o no estaba “del todo bien”?

- 0 En absoluto
- 1 Evitación leve
- 2 Evitación moderada
- 3 Evitación grave
- 4 Evitación extrema de casi todas las cosas

3. Cuando ha tenido la sensación de que algo no estaba “del todo bien”, ¿ha sentido malestar o ansiedad?

- 0 Ningún malestar/ansiedad
- 1 Ansiedad/malestar leve
- 2 Ansiedad/malestar moderado
- 3 Ansiedad/malestar grave
- 4 Ansiedad/malestar extremo

4. ¿En qué medida se ha visto afectada su vida diaria (trabajo, escuela, cuidado personal, vida social) por la sensación de que las cosas no estaban “del todo bien”, y por los esfuerzos para conseguir que las cosas estuvieran en orden o como usted sentía que tenían que estar??

- 0 Mi vida no se ha visto afectada
- 1 Un poco afectada, pero en general funciono bien
- 2 Muchas facetas de mi vida están afectadas, pero a pesar de ello me manejo bien
- 3 Muchas facetas de mi vida están afectadas, y me cuesta funcionar
- 4 Mi vida está completamente afectada y no puedo funcionar en absoluto.

5. Cuando intenta ignorar los pensamientos sobre la falta de simetría y orden, y no ceder al impulso de ordenar las cosas o de repetir ciertas conductas, ¿le resulta difícil?

- 0 Nada difícil
- 1 Un poco difícil
- 2 Moderadamente difícil
- 3 Muy difícil
- 4 Extremadamente difícil

Escala dimensional de síntomas obsesivo-compulsivos.

Traducción/adaptación al español: Miquel A. Fullana, Clara López-Solà, Alberto Pertusa. \*Miquel.Fullana@kcl.ac.uk

Referencia original: Abramowitz, J. S. et al. (2010). Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychological Assessment*, 22, 180-98.

### Categoría 5: Pensamientos intrusivos sexuales

#### Ejemplos...

- Pensamientos desagradables acerca de alguien del mismo sexo si usted es heterosexual
- Pensamientos de hacer cosas horribles, indecentes, o penosas de carácter sexual que usted realmente no quiere hacer (incluyendo actos sexuales con niños o figuras de autoridad)
- Pensamientos de forzar a alguien que haga algo sexualmente o de ser forzado/a a hacer un acto sexual
- Repitiendo una acción o siguiendo una rutina especial debido a pensamientos intrusivos sexuales
- Realizando mentalmente una acción o rezando para deshacerse de un pensamiento desagradable o no deseado
- Evitación de personas, lugares, situaciones, u otros provocantes de pensamientos intrusivos sexuales

Las siguientes preguntas se refieren a sus experiencias con pensamientos sexuales que vienen a su mente en contra de su voluntad y a comportamientos dirigidos a afrontar estos pensamientos durante el último mes. Recuerde que sus experiencias pueden ser un poco diferentes de los ejemplos mencionados anteriormente. Por favor rodee con un círculo el número situado junto a su respuesta:

1. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo le han ocupado al día los pensamientos intrusivos sexuales y las acciones (físicas o mentales) que realiza debido a estos pensamientos?
 

0	Ningún tiempo
1	Menos de una hora cada día
2	Entre 1 y 3 horas cada día
3	Entre 3 y 8 horas cada día
4	8 horas o más cada día
  
2. ¿En qué medida ha estado evitando situaciones, lugares, objetos, y otros recordatorios (e.g., números, personas) que provocan pensamientos intrusivos sexuales?
 

0	Para nada
1	Evitación leve
2	Evitación moderada
3	Evitación grave
4	Evitación extrema de casi todas las cosas
  
3. ¿Cuándo pensamientos intrusivos sexuales vienen a mente en contra de su voluntad, que angustiado/a o ansioso/a se pone?
 

0	Ninguna angustia/ansiedad
1	Angustia/ansiedad leve
2	Angustia/ansiedad moderado
3	Angustia/ansiedad grave
4	Angustia/ansiedad extrema
  
4. ¿En qué medida ha sido interrumpida su vida diaria (trabajo, escuela, cuidado personal, vida social) por pensamientos intrusivos sexuales y los esfuerzos para evitar o afrontar estos pensamientos?
 

0	Ningún tipo de alteración
1	Un poco de alteración, pero en general funciona bien.
2	Bastantes cosas/aspectos están alteradas/os, pero todavía me manejo bien
3	Mi vida está alterada en muchos aspectos y tengo dificultades para afrontarla
4	Mi vida está completamente alterada y no puedo funcionar en absoluto
  
5. ¿Qué difícil es para usted ignorar pensamientos intrusivos sexuales y abstenerse de realizar acciones (físicas o mentales) para afrontar estos pensamientos cuando intenta de ignorarlos?
 

0	Nada difícil
1	Un poco difícil
2	Moderadamente difícil
3	Muy difícil
4	Extremadamente difícil


Referencia original: Wetterneck, C. T., Siev, J., Smith, A. H., Adams, T.G., & Slimcowitz, J.C. (2015). Assessing Sexually Intrusive Thoughts: Parsing Unacceptable Thoughts on the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Behavior Therapy*, 46(4). doi: 10.1016/j.beth.2015.05.006



## Appendix I

### Jerarquía de Evitación

Construye una escalera de lugares o situaciones que evitas. En la parte de arriba de la escalera coloca los que te provocan más ansiedad. Abajo pon lugares o situaciones que evitas, pero que no te molestan tanto. En medio de la escalera pon los que están "entre medio". Dale a cada ítem una puntuación entre 0-100% según lo ansioso que te sentirías si tuvieras que estar en esa situación. Supera tu ansiedad abordando estas situaciones, empezando por la parte de abajo de la escalera.

	Situación	Ansiedad (0-100%)
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

## Appendix J

### ¿Cuándo tendría que pasar?

#### Predicción

- ¿Cuál es tu predicción?
- ¿Qué es lo que esperas que suceda?
- ¿Cómo sabrías si se hizo realidad?

Califica cuán fuerte crees que esto va a suceder (0-100%)

#### Experimento

- ¿Qué experimentos podría pobar esa predicción? (dónde y cuándo)
- ¿Qué conductas de seguridad se necesitarían dejar de lado?
- ¿Cómo sabrías que tu predicción se hizo realidad?

#### Resultado

- ¿Qué sucedió?
- ¿Tu predicción fue precisa?

#### Aprendizaje

- ¿Qué fue lo que aprendiste?
- ¿Cuán probable es que tus predicciones sucederán en el futuro?

Califica qué tanto estás de acuerdo con tu predicción original (0-100%)

## ¿Cuándo tendría que pasar?

### Predicción

¿Cuál es tu predicción?  
 ¿Qué es lo que esperas que suceda?  
 ¿Cómo sabrías si se hizo realidad?

*Si hablo en público, temblaré tanto que la gente lo notará y se reirá de mí*

Califica cuán fuerte crees que esto va a suceder (0-100%)

**90%**

### Experimento

¿Qué experimentos podría probar esa predicción? (dónde y cuándo)  
 ¿Qué conductas de seguridad se necesitarían dejar de lado?  
 ¿Cómo sabrías que tu predicción se hizo realidad?

*Hablar alto en la siguiente reunión del lunes- Podría presentar alguna de la información que he querido mostrar  
 Necesitaría hacer gestos con las manos y no agarrarme a la mesa  
 Podría preguntar a mis amigos si ellos notaron que temblaba mientras hablaba*

### Resultado

¿Qué sucedió?  
 ¿Tu predicción fue precisa?

*Estaba realmente nervioso y estaba muy atento a mis manos  
 Mis amigos dijeron que hable bien y que ellos no pudieron notar me temblar*

### Aprendizaje

¿Qué fue lo que aprendiste?  
 ¿Cuán probable es que tus predicciones sucederán en el futuro?

*Aunque me sentí nervioso cuando hablaba no fue obvio para las otras personas*

Califica qué tanto estás de acuerdo con tu predicción original (0-100%)

**50%**

**Appendix K****HOJA DE TAREAS DIARIAS**

Exposición: \_\_\_\_\_

Cantidad de Tiempo por Dedicar: \_\_\_\_\_

Día que lo hizo: \_\_\_\_\_ Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora cuando lo termino: \_\_\_\_\_

SUDS (0-100): al comienzo: \_\_\_\_\_ punto más alto: \_\_\_\_\_ al final: \_\_\_\_\_

SUDS=(Unidades de Angustia Subjetivas)

Exposición: \_\_\_\_\_

Cantidad de Tiempo por Dedicar: \_\_\_\_\_

Día que lo hizo: \_\_\_\_\_ Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora cuando lo termino: \_\_\_\_\_

SUDS (0-100): al comienzo: \_\_\_\_\_ punto más alto: \_\_\_\_\_ al final: \_\_\_\_\_

Exposición: \_\_\_\_\_

Cantidad de Tiempo por Dedicar: \_\_\_\_\_

Día que lo hizo: \_\_\_\_\_ Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora cuando lo termino: \_\_\_\_\_

SUDS (0-100): al comienzo: \_\_\_\_\_ punto más alto: \_\_\_\_\_ al final: \_\_\_\_\_

Tareas por completar antes de la Próxima Cita:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Traer a la Próxima Cita:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

**HOJA DE TAREAS SEMANALES**

Exposición: \_\_\_\_\_

Cantidad de Tiempo de dedicar: \_\_\_\_\_

Día que lo hizo: \_\_\_\_\_ Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora cuando lo termino: \_\_\_\_\_

SUDS (0-100): al comienzo: \_\_\_\_\_ punto más alto: \_\_\_\_\_ al final: \_\_\_\_\_

Día que lo hizo: \_\_\_\_\_ Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora cuando lo termino: \_\_\_\_\_

SUDS (0-100): al comienzo: \_\_\_\_\_ punto más alto: \_\_\_\_\_ al final: \_\_\_\_\_

Día que lo hizo: \_\_\_\_\_ Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora cuando lo termino: \_\_\_\_\_

SUDS (0-100): al comienzo: \_\_\_\_\_ punto más alto: \_\_\_\_\_ al final: \_\_\_\_\_

Día que lo hizo: \_\_\_\_\_ Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora cuando lo termino: \_\_\_\_\_

SUDS (0-100): al comienzo: \_\_\_\_\_ punto más alto: \_\_\_\_\_ al final: \_\_\_\_\_

Exposición: \_\_\_\_\_

Cantidad de Tiempo de dedicar: \_\_\_\_\_

Día que lo hizo: \_\_\_\_\_ Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora cuando lo termino: \_\_\_\_\_

SUDS (0-100): al comienzo: \_\_\_\_\_ punto más alto: \_\_\_\_\_ al final: \_\_\_\_\_

Día que lo hizo: \_\_\_\_\_ Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora cuando lo termino: \_\_\_\_\_

SUDS (0-100): al comienzo: \_\_\_\_\_ punto más alto: \_\_\_\_\_ al final: \_\_\_\_\_

Día que lo hizo: \_\_\_\_\_ Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora cuando lo termino: \_\_\_\_\_

SUDS (0-100): al comienzo: \_\_\_\_\_ punto más alto: \_\_\_\_\_ al final: \_\_\_\_\_

Día que lo hizo: \_\_\_\_\_ Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora cuando lo termino: \_\_\_\_\_

SUDS (0-100): al comienzo: \_\_\_\_\_ punto más alto: \_\_\_\_\_ al final: \_\_\_\_\_

## Appendix L

### TOC Prevención de Recaída : Consejos Rápidos

Pensamientos intrusivos son esperados y pueden persistir

- Acuérdesse que hasta las personas sin TOC experimentan algunos pensamientos intrusivos, entonces está bien si usted todavía los siente hasta después de tratamiento
- Es posible que observe que la frecuencia de sus pensamientos intrusivos fluctúa durante el curso de terapia, está bien!
- Tiempos de estrés pueden causar que los síntomas de TOC aumenten- acuérdesse de usar las herramientas que aprendió en terapia para manejarlos, hasta si se parece difícil.
- Nuevas situaciones como una nueva relación romántica, tener un hijo, o cambiar de trabajo pueden causar que los síntomas se regresen o que se empeoren.

Acuérdesse que resistiendo compulsiones mantiene el TOC lejos

- Cuando usted note pensamientos intrusivos, préstele buena atención a su respuesta a los pensamientos
  - ¿Estoy evitando?
  - ¿Estoy actualizando rituales?
- Si respondió 'sí' a las preguntas de arriba, acuérdesse de hacer lo opuesto a lo que el TOC le está diciendo que haga: enfrenta los miedos y resiste los rituales!

Sea su propio/a terapeuta

- Hasta si no este experimentando ansiedad elevada, acuérdesse de regularmente retarse a si mismo a practicar no evitar y a llevar a cabo exposiciones de "vida real"
- Mantenga una lista de estrategias útiles que aprendió en terapia para que pueda repasarlas después del tratamiento
- Antes de que termine el tratamiento, asegúrese de trabajar con su terapeuta para crear un plan para ayudarle enfrentar cualesquiera retos que queden cuando este solo/a

Lapso vs. Recaída

- Conozca la diferencia entre un 'lapso' y una 'recaída'
- Lapso- un regreso parcial de síntomas previos
- Recaída- un regreso de síntomas y un regreso del nivel de funcionamiento que tuvo antes de tratamiento
- Consiga grupos de apoyo localmente o en el internet
- Si su familia fue involucrada en el tratamiento, ellos pueden ser una fuente de energía durante tiempos difíciles
- Seguimiento: Póngase en contacto con su terapeuta cada 3 a 6 meses para asegurarse que el TOC no se está regresando.

## References

- Abramowitz, J. S. (2006). In review: The psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *51*(7), 407–416.
- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., Olatunji, B. O., Wheaton, M. G., Berman, N. C., Losardo, D., ... Hale, L. R. (2010). Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: Development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychological Assessment*, *22*(1), 180–198. <https://doi.org/10.1037/a0018260>
- Alegria, M., Canino, G., Rios, R., Vera, M., Calderon, J., Rusch, D., & Ortega, A. N. (2002). Inequalities in use of mental health services among Latinos, African-Americans, and non-Latino Whites. *Mental Health Care for Latinos*, *53*, 1547–1555.
- Alegria, M., Mulvaney-Day, N., Woo, M., Torres, M., Gao, S., & Oddo, V. (2007). Correlates of past-year mental health service use among Latinos: Results from the national Latino and Asian-American study. *American Journal of Public Health*, *97*, 76–83.
- Alexander, J. F., Billow, R. H., Bufka, L., Walters, A., & Williams, M. T. (2016, February). Serving the unserved under the Affordable Care Act (ACA): Making reform a reality for diverse patients. Presentation for the *APA State Leadership Conference*, Washington, DC. doi: [10.1037/e504612016-001](https://doi.org/10.1037/e504612016-001)
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders (5th ed)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Anger-Diaz, B., Schlanger, K., Ricon, C., & Mendoza, A. B. (2004). Problem solving across cultures: Our Latino experience. *Journal of Systematic Therapies*, *23*, 11–27.
- Ayuso-Mateos, J. L. (2006). *Global burden of obsessive-compulsive disorder in the year 2000*. World Health Organization.
- Belloch, A., Reina, N., García-Soriano, G., & Clark, D. A. (2009). The Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventory (C-BOCI): Validation for their use in Spanish populations. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *14*(2), 95–105.
- Breslau, J., Aguilar-Gaxiola, S., Kendler, K. S., Su, M., Williams, D., & Kessler, R. C. (2006). Specifying race-ethnic differences in risk for psychiatric disorder in a USA national sample. *Psychological Medicine*, *36*(1), 57–68. <https://doi.org/10.1017/S0033291705006161>
- Burgess, A.J., Smith, A.H., Cervantes, M.E., & Wetterneck, C.T. (2009, November). *Variations in the report of Obsessive-Compulsive symptomatology and mental health beliefs across ethnicities*. Poster presented at the 43rd Annual Association for Behavioral Cognitive Therapies Conference, New York, NY.
- Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., Trufan, S. J., Goodman, W. K., McDougle, C. J., & Price, L. H. (1995). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *152*, 441–443.
- Chavira, D. A., Garrido, H., Bagnarello, M., Azzam, A., Reus, V. I., & Mathews, C. A. (2008). A comparative study of obsessive-compulsive disorder in Costa Rica and the United States. *Depression and Anxiety*, *25*(7), 609–619.
- Clark, D. A., Anthony, M. M., Beck, A. T., Swinson, R. P., & Steer, R. A. (2005). Screening for obsessive and compulsive symptoms: Validation of the Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, *17*(2), 132–143.
- Foa, E. B., Coles, M., Huppert, J. D., Pasupuleti, R. V., Franklin, M. E., & March, J. (2010). Development and validation of a child version of the obsessive compulsive inventory. *Behavior Therapy*, *41*(1), 121–132.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Goodman, W. K., Hollander, E., Jenike, M. A., & Rasmussen, S. A. (1995). DSM-IV field trial: Obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *152*, 90–96.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langer, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002). The obsessive-compulsive inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, *14*(4), 485–496.
- Foa, E. B., Yadin, E., & Lichner, T. K. (2012). *Exposure and response (ritual) prevention for obsessive-compulsive disorder: Therapist guide* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Gallup. (1990). *A Gallup study of obsessive-compulsive sufferers*. Princeton, NJ: Author.
- Gonzales, N. A., Deardorff, J., Formoso, D., Barr, A., & Barrera, M. (2006). Family mediators of the relation between acculturation and adolescent mental health. *Family Relations*, *55*, 318–330.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., ... Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, I: Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, *46*, 1006–1011.
- Guarnaccia, P. J., Martinez, I., & Arcosta, H. (2005). Mental health in the Hispanic immigrant community: An overview. *Journal of Immigrant and Refugee Services*, *3*, 21–46.
- Hernandez, A., Plant, A., Sachs-Ericsson, N., & Joiner, T. E. (2005). Mental health among Hispanics and Caucasians: Risk and protective factors contributing to prevalence rates of psychiatric disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, *19*(8), 844–860.
- Himle, J. A., Taylor, R. J., & Chatters, L. M. (2012). Religious involvement and obsessive-compulsive disorder among African Americans and Black Caribbeans. *Journal of Anxiety Disorders*, *26*(4), 502–510.
- Karno, M., Golding, J. M., Burnam, M. A., Hough, R. L., Escobar, J., Wells, K. M., & Boyer, R. (1989). Anxiety disorders among Mexican Americans and non-Hispanic whites in Los Angeles. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *177*, 202–209.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset of DSM-IV disorders in

- the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602.
- Koran, L. M., Thienemann, M. L., & Davenport, R. (1996). Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153(6), 783–788.
- Kosmin, B. A., & Keysar, A. (2009). *American religious identification survey 2008: Summary report*. Trinity College.
- López-Solà, C., Gutiérrez, F., Pino, A., Rosado, S., Taberner, J., Segalàs, C., ... Fullana, M. A. (2014). Spanish version of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DOCS): Psychometric properties and relation to obsessive beliefs. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 206–214.
- Lopez, A. D., & Murray, C. C. J. L. (1998). The global burden of disease, 1990–2020. *Nature Medicine*, 4(11), 1241–1243.
- Malpica, M. J., Ruiz, V. M., Godoy, A., & Gavino, A. (2009). Inventario de Obsesiones y Compulsiones-Revisado (OCI-R): Aplicabilidad a la población general. *Anales De Psicología*, 25(2), 217–226.
- Nicolini, H., Benilde, O., Giuffra, L., Paez, F., Mejia, J., Sanchez de Carmona, M., ... Ramon de la Fuente, J. (1997). Age of onset, gender and severity in obsessive-compulsive disorder: A study on a Mexican population. *Salud Mental*, 20(3), 1–4.
- Otero, S., & Rivas, A. (2007). Adaptation and validation of the family accommodation scale for OC symptoms in a sample of Spanish adolescents. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 35(2), 99–104.
- Paris, M., Anez, L., Bedregal, L., Andres-Hyman, R., & Davidson, L. (2005). Help seeking and satisfaction among Latinas: The roles of setting, ethnic identity, and therapeutic alliance. *Journal of Community Psychology*, 33(3), 299–312.
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorders in the national comorbidity survey replication. *Molecular Psychiatry*, 15(1), 53–63.
- Santisteban, D. A., Perez-Vidal, A., Coatsworth, J. D., Kurtines, W. M., Schwartz, S. J., LaPerriere, A., et al. (2003). Efficacy of brief strategic family therapy in modifying Hispanic adolescent behavior problems and substance use. *Journal of Family Psychology*, 17, 121–133.
- Sawyer, B. A., Leavell, S., Bach, N., Williams, M. T., Rosen, R., Leen, S., ..., & Pearson, G. D. (2013, July). Family support and OC symptoms in Hispanic American College Students. Poster presented at the *International OCD Foundation Annual Conference*, Atlanta, GA.
- Scahill, L., Riddle, M. A., McSwiggin-Hardin, M., Ort, S. I., King, R. A., Goodman, W. K., ... Leckman, J. F. (1997). Children's Yale-Brown obsessive compulsive scale: Reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 844–852.
- Sheehan, D. V., Sheehan, K. H., Shytle, R. D., Janavs, J., Bannon, Y., Rogers, J. E., ... Wilkinson, B. (2010). Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(3), 313–326.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl 20), 22–33.
- Sica, C., Novara, C., & Sanavio, E. (2002). Religiousness and obsessive-compulsive cognitions and symptoms in an Italian population. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 813–823.
- Steketee, G. (2005). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory DOUBLEHYPHENpart 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, 43(11), 1527–1542. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.07.010>
- Storch, E. A., Bagner, D., Merlo, L. J., Shapira, N. A., Geffken, G. R., Murphy, T. K., & Goodman, W. K. (2007). Florida obsessive-compulsive inventory: Development, reliability, and validity. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 851–859. <https://doi.org/10.1002/jclp.20382>
- Storch, E. A., Rasmussen, S. A., Price, L. H., Larson, M. J., Murphy, T. K., & Goodman, W. K. (2010). Development and psychometric evaluation of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale—Second Edition. *Psychological Assessment*, 22(2), 223–232. <https://doi.org/10.1037/a0018492>
- Sue, S., Fujino, D., Hu, L., Takeuchi, D., & Zane, N. (1991). Community mental health services for ethnic minority groups: A test of the cultural responsiveness hypotheses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(4), 533–540.
- Ulloa, R. E., de la Peña, F., Higuera, F., Palacios, L., Nicolini, H., & Avila, J. M. (2004). Validity and reliability of the Spanish version of Yale-Brown obsessive-compulsive rating scale for children and adolescents. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 32(4), 216–221.
- U.S. Census (2015). Health Insurance Coverage in the United States: 2014. Table 5. Retrieved from <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2015/demo/p60-253.pdf>
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). (2001). *Mental health: Culture, race, and ethnicity—A supplement to mental health: A report of the surgeon general*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services. Retrieved from <http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/cre/>
- Washington, C. S., Norton, P. J., & Temple, S. (2008). Obsessive-compulsive symptoms and obsessive-compulsive disorder: A multiracial/ethnic analysis of a student population. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(6), 456–461.



- Wetterneck, C., Little, T., Rinehart, K., Cervantes, M. E., Hyde, E., & Williams, M. T. (2012). Latinos with obsessive-compulsive disorder: Mental healthcare utilization and inclusion in clinical trials. *Journal of Obsessive-Compulsive & Related Disorders, 1*(2), 85–97.
- Wetterneck, C. T., Siev, J., Smith, A. H., Adams, T. G., & Slimcowitz, J. C. (2015). Assessing sexually intrusive thoughts: Parsing unacceptable thoughts on the dimensional obsessive-compulsive scale. *Behavior Therapy, 46*(4). doi:[10.1016/j.beth.2015.05.006](https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.05.006)
- Wheaton, M. G., Berman, N. C., Fabricant, L. E., & Abramowitz, J. S. (2013). Differences in obsessive-compulsive symptoms and obsessive beliefs: A comparison between African Americans, Asian Americans, Latino Americans, and European Americans. *Cognitive Behaviour Therapy, 42*(1), 9–20. doi:[10.1080/16506073.2012.701663](https://doi.org/10.1080/16506073.2012.701663)
- Williams, M. T., Turkheimer, E., Schmidt, K., & Oltmanns, T. (2005). Ethnic identification biases responses to the Padua Inventory for obsessive-compulsive disorder. *Assessment, 12*(2), 174–185.
- Williams, M. T., Sawyer, B., Leonard, R. C., Ellsworth, M., Simms, J. V., & Riemann, B. C. (2015). Minority participation in a major residential and intensive outpatient program for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 5*, 67–75. doi:[10.1016/j.jocrd.2015.02.004](https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.02.004)
- Yadin, E., Lichner, T. K., & Foa, E. B. (2012). *Treating your OCD with exposure and response (ritual) prevention: Workbook*. Philadelphia, PA: Oxford University Press.