



REVISTA MULTIDISCIPLINAR EPISTEMOLOGÍA DE LAS CIENCIAS

Volumen 3, Número 3
Julio-Septiembre 2026

Edición Trimestral

CROSSREF PREFIX DOI: 10.71112

ISSN: 3061-7812, www.omniscens.com

Revista Multidisciplinar Epistemología de las Ciencias

Volumen 3, Número 3
julio-septiembre 2026

Publicación trimestral
Hecho en México

La Revista Multidisciplinar Epistemología de las Ciencias acepta publicaciones de cualquier área del conocimiento, promoviendo una plataforma inclusiva para la discusión y análisis de los fundamentos epistemológicos en diversas disciplinas. La revista invita a investigadores y profesionales de campos como las ciencias naturales, sociales, humanísticas, tecnológicas y de la salud, entre otros, a contribuir con artículos originales, revisiones, estudios de caso y ensayos teóricos. Con su enfoque multidisciplinario, busca fomentar el diálogo y la reflexión sobre las metodologías, teorías y prácticas que sustentan el avance del conocimiento científico en todas las áreas.

Contacto principal: admin@omniscens.com

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación

Se autoriza la reproducción total o parcial del contenido de la publicación sin previa autorización de la Revista Multidisciplinar Epistemología de las Ciencias siempre y cuando se cite la fuente completa y su dirección electrónica.

Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución 4.0.



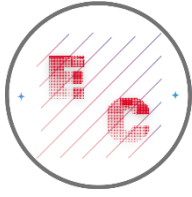
Copyright © 2026: Los autores



9773061781003

Cintillo legal

Revista Multidisciplinar Epistemología de las Ciencias Vol. 3, Núm. 3, julio-septiembre 2026, es una publicación trimestral editada por el Dr. Moises Ake Uc, C. 51 #221 x 16B , Las Brisas, Mérida, Yucatán, México, C.P. 97144 , Tel. 9993556027, Web: <https://www.omniscens.com>, admin@omniscens.com, Editor responsable: Dr. Moises Ake Uc. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2024-121717181700-102, ISSN: 3061-7812, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor (INDAUTOR). Responsable de la última actualización de este número, Dr. Moises Ake Uc, fecha de última modificación, 1 julio 2026.



Revista Multidisciplinar Epistemología de las Ciencias

Volumen 3, Número 3, 2026, julio-septiembre

DOI: <https://doi.org/10.71112/nmhdxy74>

**INTERVENCIÓN COGNITIVO- CONDUCTUAL MEDIANTE EXPOSICIÓN Y
PREVENCIÓN DE RESPUESTA EN UNA PACIENTE CON TRASTORNO
OBSESIVO- COMPULSIVO: ESTUDIO DE CASO**

**COGNITIVE- BEHAVIORAL INTERVENTION THROUGH EXPOSURE AND
RESPONSE PREVENTION IN A PATIENT WITH OBSESSIVE- COMPULSIVE
DISORDER: A CASE STUDY**

Carlos Iván Mantuano Arteaga

Ecuador

**Intervención cognitivo- conductual mediante exposición y prevención de
respuesta en una paciente con trastorno obsesivo- compulsivo: estudio de caso**
**Cognitive- behavioral intervention through exposure and response prevention in
a patient with obsessive- compulsive disorder: a case study**

Carlos Iván Mantuano Arteaga^{a,*}

carlosmantuano7777@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-0606-3625>

*Autor de correspondencia: carlosmantuano7777@hotmail.com, ^aInvestigador independiente,
Ecuador

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue describir el proceso de evaluación psicológica, formulación clínica, intervención cognitivo-conductual y evolución terapéutica de una paciente con trastorno obsesivo-compulsivo tratada mediante exposición con prevención de respuesta. Se desarrolló un estudio de caso clínico descriptivo, con enfoque mixto y diseño pretest-posttest en una participante de 39 años, mediante entrevista clínica, observación e instrumentos psicométricos, seguido de 16 sesiones individuales de intervención. Los principales hallazgos muestran una evolución clínica favorable: la puntuación del BDI-II disminuyó de 31 a 15 puntos, mientras que se observó atenuación de las manifestaciones obsesivas-compulsivas, reducción de conductas ritualizadas y mayor manejo de la ansiedad. Se concluye que la intervención contribuyó al fortalecimiento de recursos cognitivos y conductuales, aunque persistieron manifestaciones residuales. El carácter de caso único, la ausencia de grupo de comparación y de seguimiento limita la generalización y atribución causal de resultados.

Palabras clave: trastorno obsesivo-compulsivo; terapia cognitivo-conductual; exposición con prevención de respuesta; estudio de caso; intervención psicológica.

ABSTRACT

The aim of this study was to describe the psychological assessment, clinical formulation, cognitive-behavioral intervention, and therapeutic evolution of a patient with obsessive-compulsive disorder treated with exposure and response prevention. A descriptive clinical case study was conducted with a mixed-methods approach and a pretest-posttest design in a 39-year-old participant. Data was collected through clinical interviews, observation, and psychometric instruments, followed by 16 individual intervention sessions. The main findings show a favorable clinical evolution: the BDI-II score decreased from 31 to 15 points, while an attenuation of obsessive-compulsive manifestations, a reduction in ritualized behaviors, and improved anxiety management were observed. It is concluded that the intervention contributed to the strengthening of cognitive and behavioral resources, although residual manifestations persisted. The single-case nature of the study, the absence of a comparison group, and the lack of follow-up limit the generalizability and causal attribution of the results.

Keywords: obsessive-compulsive disorder; cognitive-behavioral therapy; exposure and response prevention; case study; psychological intervention.

Recibido: 19 agosto 2026 | Aceptado: 10 septiembre 2026 | Publicado: 11 septiembre 2026

INTRODUCCIÓN

El trastorno obsesivo- compulsivo (TOC) se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones. De acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014) las obsesiones consisten en pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes que son experimentados como intrusivos; por su parte, las compulsiones son conductas repetitivas o actos mentales que el individuo se siente obligado a realizar en respuesta a su obsesión o de acuerdo a las reglas que debe cumplir de manera rígida.

Entre las manifestaciones obsesivas más frecuentes se encuentran el temor a la contaminación o a los gérmenes, el miedo a perder u olvidar información importante y la aparición de pensamientos agresivos dirigidos hacia sí mismos o hacia otras personas (Loureiro et al., 2026). En respuesta a estas obsesiones, suelen desarrollarse compulsiones como el lavado excesivo de manos, la limpieza reiterada, la organización meticulosa de objetos y la comprobación repetitiva de situaciones o pertenencias, conductas que, aunque reducen temporalmente la ansiedad, contribuyen al mantenimiento del trastorno (Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, 2024).

La prevalencia anual del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en Estados Unidos es del 1,2 %, y a nivel internacional se estima en torno al 1,1 % al 1,8 %. Las mujeres adultas presentan una incidencia ligeramente mayor de este trastorno en comparación con los hombres, quienes con mayor frecuencia manifiestan síntomas durante la infancia (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Además de las manifestaciones propias del trastorno, el TOC compromete significativamente el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida. Estudios realizados en pacientes adultos dan cuenta de la intensidad de los síntomas obsesivos-compulsivos relacionado con un mayor deterioro del bienestar emocional, las relaciones interpersonales, el

desempeño ocupacional y las actividades de la vida diaria, evidenciando una disminución progresiva de la calidad de vida conforme aumenta la gravedad del trastorno (Eisen et al., 2006).

Asimismo, revisiones recientes destacan que las alteraciones en las funciones ejecutivas propias del TOC producen limitaciones en la planificación, la flexibilidad cognitiva, el control inhibitorio y la capacidad adaptativa, lo que afecta la autonomía y el funcionamiento cotidiano de los pacientes (Campuzano et al., 2024).

La evidencia científica actual respalda de forma consistente a la terapia cognitiva-conductual (TCC) como el tratamiento psicológico de primera elección para el TOC. En este sentido, las guías clínicas elaboradas por el Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (De Mathis et al., 2023) establecen, a partir de una revisión sistemática de la literatura, que la TCC basada en la exposición con prevención de respuesta (EPR) constituye la intervención psicológica con mayor nivel de evidencia para adultos con TOC, recomendando su aplicación mediante protocolos estructurados que contemplan la frecuencia, duración y adaptaciones de las sesiones considerando las necesidades clínicas de cada paciente.

Estos planteamientos son consistentes con los hallazgos de Aburto et al. (2024), quienes identificaron que la TCC, particularmente mediante la EPR, fue la intervención no farmacológica con mayor efectividad para reducir la sintomatología obsesivo-compulsiva, observándose mejorías clínicas significativas e incluso la remisión a niveles subclínicos en diversos casos. De la misma manera, los autores destacan que las intervenciones dirigidas por un terapeuta, desarrolladas en sesiones semanales y adaptadas a la gravedad del cuadro clínico, obtuvieron los mejores resultados terapéuticos.

ese mismo marco, Martínez & Reivan (2025) señalan que la TCC continúa integrando el tratamiento de primera línea para el TOC, generalmente en combinación con inhibidores

selectivos de la recaptación de serotonina, aunque advierten que su implementación enfrenta aún limitaciones asociadas a la disponibilidad de recursos especializados, el acceso a servicios de salud y la resistencia de pacientes frente a las técnicas de exposición.

Pese al amplio respaldo científico que posee la TCC para el tratamiento del TOC, la descripción detallada de casos clínicos es también relevante para comprender el proceso de evaluación, formulación clínica, planificación terapéutica y evolución individual de pacientes en contextos asistenciales reales. En ese sentido, los estudios de caso complementan la evidencia derivada de ensayos clínicos y revisiones sistemáticas al ilustrar la aplicación de intervenciones basadas en la evidencia frente a las particularidades de cada presentación clínica.

Bajo esta perspectiva, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿cómo se desarrolló el proceso de evaluación e intervención cognitivo-conductual basado en exposición con prevención de respuesta en una paciente con trastorno obsesivo-compulsivo y cuál fue su evolución clínica? En consecuencia, el presente estudio propone como objetivo describir el proceso de evaluación psicológica, formulación clínica, intervención cognitivo-conductual y evolución terapéutica de una paciente con trastorno obsesivo-compulsivo tratada mediante exposición con prevención de respuesta.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

El presente estudio se desarrolló bajo un enfoque mixto, que integró información cualitativa obtenida mediante la entrevista clínica, la anamnesis y la observación conductual, con información cuantitativa derivada de la aplicación de instrumentos psicométricos estandarizados durante las fases pre y postratamiento. Desde el punto de vista metodológico, correspondió a un estudio de caso clínico descriptivo, con un diseño de evaluación pretest-postest en un único participante, que documentó el proceso de evaluación psicológica,

formulación clínica, intervención cognitivo-conductual y evaluación terapéutica de una paciente con TOC.

El artículo se elaboró a partir de un caso desarrollado originalmente como trabajo de titulación en la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Técnica de Manabí. El manuscrito se reorganizó conforme al formato de un artículo científico preservando la información clínica obtenida durante el proceso y actualizando la fundamentación teórica con evidencia reciente. Asimismo, la organización y comunicación del estudio siguió las recomendaciones de la Psychocare Guidelines (De Mathis et al., 2023), orientadas a fortalecer la transparencia y calidad metodológica de los reportes de caso en Psicología Clínica.

El proceso de evaluación e intervención se desarrolló en la cámara de Gesell de la carrera de Psicología Clínica de la universidad en mención, un espacio destinado a la atención psicológica supervisada y a la formación clínica de estudiantes. La participante fue una mujer de 39 años con diagnóstico de TOC, quien acudió voluntariamente a consulta debido a la persistencia de sintomatología obsesivo-compulsiva que afectaba significativamente su funcionamiento cotidiano.

Procedimiento de evaluación

La evaluación clínica comprendió una entrevista clínica semiestructurada, anamnesis personal y familiar, observación conductual y la aplicación de instrumentos psicométricos estandarizados. A partir de esta información, se estableció el diagnóstico clínico, se caracterizó la gravedad de la sintomatología obsesiva-compulsiva y se identificaron variables cognitivas y emocionales relevantes para la formulación clínica del caso. Finalizada la intervención, se realizó una evaluación postratamiento mediante la reaplicación clínica de los instrumentos correspondientes para valorar la evaluación clínica alcanzada.

Los instrumentos utilizados durante la evaluación clínica y su propósito dentro del proceso diagnóstico y terapéutico se presentan en la tabla 1.

Tabla 1.

Instrumentos utilizados en el caso clínico

Instrumento	Propósito
Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)	Evaluó la gravedad y características de obsesiones y compulsiones
Inventario clínico Multiaxial de Millon	Evaluó rasgos y patrones de personalidad
Inventario de Depresión de Beck- II	Evaluó sintomatología depresiva
Escala de ansiedad de Hamilton	Evaluó intensidad de ansiedad

Procedimiento terapéutico

El proceso terapéutico comprendió dieciséis sesiones individuales de aproximadamente 50 minutos de duración. Inicialmente se realizó la evaluación clínica y la formulación del caso, seguida de una fase de psicoeducación sobre el trastorno obsesivo-compulsivo y el modelo cognitivo-conductual. Posteriormente, se implementó un programa de intervención basado principalmente en técnicas de exposición con prevención de respuesta, complementadas con reestructuración cognitiva, técnicas de relajación, estrategias para el manejo de la ansiedad y prevención de recaídas. Finalmente, se efectuó una evaluación postratamiento con el propósito de valorar la evolución clínica y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.

Consideraciones éticas

Para preservar la confidencialidad de la paciente, toda la información presentada fue anonimizada, suprimiendo cualquier dato que permitiera su identificación. La paciente participó voluntariamente en el proceso de evaluación e intervención psicológica y autorizó el desarrollo del proceso terapéutico dentro del contexto de la formación clínica desarrollada en la Cámara de Gesell.

RESULTADOS

Los resultados conseguidos se presentan a partir de una descripción sistemática de la evolución clínica del caso, considerando la evaluación recopilada inicialmente, el proceso de intervención cognitivo-conductual y la valoración posterior al tratamiento. Para iniciar, se caracteriza la condición clínica de la paciente antes de la intervención, atendiendo a manifestaciones sintomáticas identificadas y a los resultados obtenidos mediante los instrumentos de evaluación utilizados.

A posteriori, se describe el desarrollo de la intervención, así como las principales estrategias terapéuticas implementadas en función de las necesidades halladas en la formulación del caso. Para finalizar, se presenta la evolución de la paciente una vez realizada la intervención, contrastando, en la medida en que los datos lo permitan, los resultados obtenidos antes y después del tratamiento.

Dicha comparación permite identificar los principales cambios observados en la sintomatología obsesiva-compulsiva y en las áreas de funcionamiento abordadas durante el proceso terapéutico. Asimismo, se añaden aquellos cambios clínicos y conductuales registrados durante la intervención que contribuyen a contextualizar la evolución del caso. La presentación se organiza con tablas y descripción narrativa, con el objeto de integrar resultados cuantitativos con la evolución clínica observada a lo largo del proceso.

Evaluación inicial

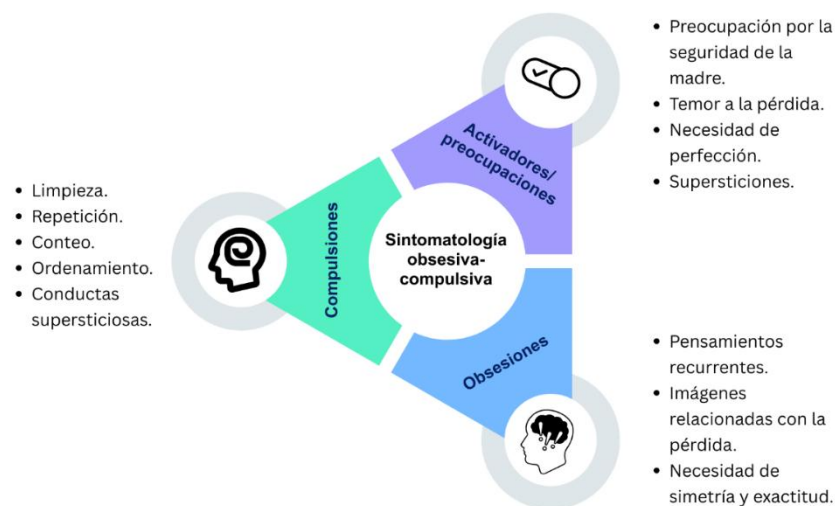
La evaluación inicial permitió identificar un cuadro clínico en el que se evidenciaron pensamientos obsesivos y conductas compulsivas con interferencia en la vida cotidiana. La paciente, mujer de 39 años de edad, profesional y trabajadora en un centro de educación superior, acudió voluntariamente a una consulta dado el malestar relacionado a la sintomatología obsesiva-compulsiva.

Aunque el diagnóstico del TOC había sido establecido previamente, la historia clínica recopilada durante el proceso situó el inicio de las primeras manifestaciones en la infancia, asociadas con preocupaciones intensas respecto a la seguridad y posible muerte de la madre. La paciente describió pensamientos e imágenes frecuentes relacionadas con este hecho, frente a los cuales desarrollaba conductas ritualizadas destinadas a reducir el malestar y la ansiedad experimentados.

Entre las manifestaciones clínicas destacaron la necesidad de simetría, exactitud y perfección, la limpieza reiterada del entorno, los rituales de repetición, las conductas de conteo y ordenamiento, así como respuestas de creencias supersticiosas. La paciente refirió que determinadas actividades debían repetirse en diversas ocasiones hasta alcanzar una condición percibida como adecuada, mientras que la imposibilidad de ejecutar los rituales se acompañaba de niveles elevados de ansiedad.

Figura 1.

Principales manifestaciones clínicas identificadas durante la evaluación inicial



De manera particular, la limpieza constituía una conducta frecuente realizada diariamente, y a menudo, hasta dos veces al día. Asimismo, se identificó un antecedente

familiar relevante, dado que la paciente refirió la presencia de conductas de acumulación en su madre y en su abuela materna. Para complementar la caracterización inicial, la tabla 2 presenta los principales resultados obtenidos mediante los instrumentos de evaluación psicológica aplicados a la paciente.

Tabla 2.

Resultado de la evaluación psicológica inicial

Instrumento	Área evaluada	Principales resultados
Y-BOCS	Sintomatología obsesivo-compulsiva	Puntuaciones clínicamente significativas en obsesión por simetría/ exactitud, compulsiones de limpieza, rituales de repetición, conteo, ordenamiento y otras compulsiones.
Inventario clínico Multiaxial de Millon	Patrones de personalidad y síndromes clínicos	Patrones narcisistas (95), compulsivo (102), y pasivo-agresivo (90); patología severa de personalidad borderline (86); síndrome de ansiedad (99), bipolaridad (87) y distimia (90).
Inventario de Depresión de Beck- II	Sintomatología depresiva	31 puntos, descritos como depresión mayor clínicamente significativa.
Escala de ansiedad de Hamilton	Sintomatología ansiosa	Nivel alto de ansiedad, con manifestaciones de ansiedad, tensión, miedos y síntomas somáticos generales.

Nota. Se presentan los principales hallazgos reportados para cada instrumento de acuerdo con las dimensiones evaluadas.

En conjunto estos datos permitieron establecer una caracterización inicial de la sintomatología que trascendía la presencia aislada de obsesiones y compulsiones, al coexistir con manifestaciones de ansiedad y alteración en el estado de ánimo. Dicha caracterización constituyó el punto de partida para la planificación de la intervención cognitivo-conductual desarrollada posteriormente.

Formulación e intervención

Una vez que se estableció el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo, se procedió a organizar la presentación clínica de la paciente en función de los principales contenidos obsesivos, respuestas emocionales y conductas compulsivas identificadas. La sintomatología consistió en pensamientos e imágenes relacionadas con el temor a la pérdida de la madre, preocupaciones en torno a la limpieza y tendencia al perfeccionamiento, incluida la atribución de significados particulares a determinados objetivos y números (ej.: que le obsequien cuatro rosas o estar en un cuarto piso).

Estos contenidos se acompañan de conductas ritualizadas que pretenden reducir el malestar experimentado, entre ellas la repetición de varias acciones, el contacto con objetos, el rechazo de elementos considerados imperfectos y conductas relacionadas con la limpieza y el orden.

A partir de esta caracterización, la intervención se orientó a reducir la intensidad de las ideas obsesivas, disminuir los rituales y comportamientos compulsivos y atenuar la ansiedad asociada a la sintomatología. En términos de organización clínica los objetivos y las principales estrategias empleadas se sintetizan en la siguiente tabla.

Tabla 3.

Fases, objetivos y estrategias de la intervención cognitivo-conductual

Fase	Sesiones	Objetivo principal	Estrategias empleadas
Evaluación y psicoeducación	1– 5	Caracterizar la sintomatología, establecer diagnóstico y favorecer la comprensión del TOC y tratamiento	Entrevista clínica, anamnesis, observación, evaluación psicométrica y psicoeducación

Intervención cognitivo- conductual	6– 13	Reducir las obsesiones, compulsiones y ansiedad asociada	Exposición con prevención de respuesta (EPR), reestructuración cognitiva, confrontación, desensibilización sistemática, técnicas de reducción de ansiedad y manejo de estrés
Consolidación y prevención de recaídas	14– 15	Favorecer el mantenimiento de los cambios y el automanejo	Prevención de respuesta y manejo de recaídas
Evaluación postratamiento	16	Valorar la evaluación clínica y los logros alcanzados	Retest/ postest y valoración cuantitativa del proceso.

El proceso terapéutico se desarrolló en 16 sesiones individuales de aproximadamente 50 minutos, realizadas en la cámara de Gesell. Las tres primeras sesiones se concentraron en la entrevista, anamnesis personal y familiar, observación clínica, establecimiento del encuadre y evaluación psicológica mediante los instrumentos seleccionados.

Una vez confirmado el diagnóstico, las sesiones cuarta y quinta se orientaron a la psicoeducación, brindando información respecto a la naturaleza del TOC, sus manifestaciones, creencias asociadas, dudas y características del tratamiento. Asimismo, se procedió a explicar al paciente el tipo de intervención que se realizaría y el pronóstico esperado. Con esto, se estableció un marco de comprensión del problema y preparar a la paciente para su participación en el proceso terapéutico.

La sexta sesión ocupó la fase central de la intervención, donde se emplearon técnicas de confrontación, reestructuración cognitiva, desensibilización sistemática, así como estrategias para disminuir la ansiedad y el manejo de estrés. De forma particular, el trabajo terapéutico se alineó hacia los contenidos específicos de las obsesiones y las conductas compulsivas identificadas durante la evaluación, en lugar de abordar la sintomatología de forma general.

En ese marco, se trabajaron contenidos obsesivos que se relacionaban con la limpieza, el miedo a la pérdida, el significado atribuido a determinados objetos y el perfeccionamiento.

Asimismo, dentro de esta fase la EPR constituyó una de las estrategias centrales, aplicada mediante la imaginación, ejemplos y exposición gradual y controlada, con el objeto de trabajar directamente sobre la sintomatología obsesiva-compulsiva; para complementar, se emplearon técnicas de control de impulsos y procedimientos de relajación asociados a Schultz y Jacobson.

Por su parte, en las sesiones 14 y 15, se priorizó la prevención de recaídas y el automanejo, mediante el trabajo con prevención de respuesta y la preparación de la paciente para la culminación del tratamiento. Con esta etapa se orientó el cierre del proceso hacia el manejo autónomo de las dificultades trabajadas durante las sesiones anteriores. Para finalizar, en la sesión 16 se realizó la evaluación postratamiento mediante la aplicación de las medidas correspondientes y de este modo valorar el estado de la paciente y los cambios alcanzados durante el proceso terapéutico.

Evolución postratamiento

Al finalizar las 16 sesiones de intervención se realizó una evaluación postratamiento que permitió valorar la evolución clínica de la paciente y los cambios observados en relación con las dificultades develadas durante la evaluación inicial. Esta valoración permitió documentar los cambios alcanzados durante el proceso terapéutico y valorar el cumplimiento de los objetivos planteados, más que establecer nuevamente el diagnóstico o determinar la eficacia de la intervención en términos experimentales. Por tanto, la valoración final integró los resultados de la reevaluación psicológica con la observación clínica de las manifestaciones trabajadas durante el proceso terapéutico.

Tabla 4.*Comparación de los principales indicadores clínicos pre y postratamiento*

Indicador	Evaluación inicial	Evaluación postratamiento	Evolución
Sintomatología depresiva (BDI-II)	31 puntos. Depresión mayor clínicamente significativa	15 puntos. Perturbación leve del estado de ánimo	Reducción de 16 puntos (51,6%)
Sintomatología obsesivo-compulsiva (Y-BOCS)	Presencia clínicamente significativa de obsesiones de simetría/ exactitud y compulsiones de limpieza, repetición, conteo y otras	Disminución de la intensidad de las obsesiones y compulsiones a un mayor manejo de los pensamientos persistentes	Atenuación de las manifestaciones obsesivo-compulsivas con reducción de respuestas ritualizadas
Sintomatología ansiosa (Hamilton)	Nivel alto de ansiedad, tensión, miedos y síntomas somáticos generales	Menor interferencia de la ansiedad en el manejo de respuestas obsesivo-compulsivas	Manejo de la ansiedad y del malestar asociado, favoreciendo la incorporación de técnicas de relajación, control de impulsos y manejo del estrés

El cambio cuantitativo más evidente correspondió a la sintomatología depresiva. La puntuación del BDI-II pasó de 31 puntos al inicio del tratamiento a 15 puntos al finalizarlo, lo que representa una reducción absoluta de 16 puntos y una disminución relativa del 51,6%. En cuanto a la sintomatología obsesiva- compulsiva, la evaluación inicial había identificado manifestaciones clínicamente significativas relacionadas con la necesidad de exactitud, limpieza o lavado, repetición, conteo, ordenamiento y otras compulsiones.

La evolución descrita durante el tratamiento evidenció una reducción gradual de la intensidad de estas manifestaciones, acompañadas del desarrollo de recursos para controlar

los pensamientos persistentes y, consecuentemente, las conductas repetitivas. En el componente ansioso, la evaluación inicial había identificado un nivel alto de ansiedad, acompañado de tensión, miedos y síntomas somáticos generales. Durante la intervención se incorporaron técnicas de relajación, control de impulsos y manejo del estrés, mientras que las sesiones últimas se enfocaron en la prevención de recaídas y el automanejo.

Tabla 5.

Correspondencia entre manifestaciones clínicas, intervención y evolución postratamiento

Manifestación obsesiva-compulsiva	Conducta asociada	Intervención principal	Evolución observada
Temor la pérdida o posible muerte de la madre	Tocar determinados objetos para prevenir la pérdida	EPR, exposición imaginativa y reestructuración cognitiva	Disminución progresiva de la intensidad de la respuesta obsesivo-compulsiva
Preocupaciones relacionadas con la limpieza	Conductas reiteradas de limpieza	EPR y técnicas de manejo de ansiedad	Atenuación de la intensidad de la conducta ritualizada
Necesidad de perfeccionamiento y exactitud	Rechazo de objetos considerados imperfectos	Reestructuración cognitiva, confrontación y exposición	Mayor capacidad para afrontar situaciones asociadas con la necesidad de perfección
Rituales de repetición	Repetición de determinadas acciones	EPR y prevención de respuesta	Disminución progresiva de las conductas repetitivas
Significado atribuido a determinados objetos	Conductas ritualizadas para evitar acontecimientos negativos	EPR y reestructuración cognitiva	Reducción de la intensidad de las respuestas compulsivas

La evolución observada permite apreciar que el proceso terapéutico se estructuró alrededor de las características particulares de la sintomatología de la paciente. Durante las sesiones 6 a 13 se identificaron y abordaron directamente los contenidos obsesivos relacionados con la limpieza, el miedo a la pérdida, el significado dado a determinados objetos y el perfeccionamiento, así como las conductas compulsivas correspondientes.

La exposición con prevención de respuesta es una de las estrategias centrales del proceso. Su aplicación a través de la imaginación, ejemplos y exposición gradual permitió trabajar directamente sobre las respuestas ritualizadas, en tanto que la reestructuración cognitiva y las técnicas de confrontación fueron complementadas con procedimientos de relación y manejo de la ansiedad y estrés.

Los resultados descritos en el caso indican que la paciente paulatinamente disminuyó las obsesiones y compulsiones y desarrolló estrategias para controlar los pensamientos que persistían y, con ello, las conductas repetitivas. Esto resulta relevante porque la evolución no debe entenderse como una desaparición absoluta de los pensamientos obsesivos, sino como una modificación en la manera de responder ante ellos y una disminución de las conductas utilizadas para neutralizarlos. En conjunto, los resultados muestran una evaluación clínica favorable, aunque no equivalente a la desaparición completa del trastorno.

Desde esta perspectiva, los hallazgos permiten caracterizar el proceso como una intervención orientada a la no eliminación inmediata de la toda manifestación sintomática, sino al fortalecimiento progresivo de recursos cognitivos y conductuales para afrontar las obsesiones, reducir respuestas compulsivas y manejar la ansiedad asociada.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente estudio de caso muestran una evolución clínica favorable de la paciente después de 16 sesiones de intervención cognitivo-conductual, especialmente en relación con la intensidad de las manifestaciones obsesivo-compulsivas, el manejo de conductas ritualizadas y la sintomatología emocional asociada. El hallazgo resulta congruente con la evidencia acumulada que reconoce a la TCC, particularmente cuando incorpora EPR, como una de las principales intervenciones psicológicas para el TOC (De Mathis et al., 2023; Hezel & Simpson, 2019; Öst et al., 2022).

La evolución observada en este caso resultó consistente con metaanálisis que han examinado específicamente la EPR. Song et al. (2022), identificaron un efecto favorable de la EPR sobre la sintomatología obsesivo-compulsiva, además de reducciones en síntomas depresivos y ansiosos. Esto adquiere relevancia frente al presente caso, dado que la intervención además de proporcionar información sobre el trastorno, incorporó progresivamente ejercicios de exposición, prevención de respuestas y estrategias complementarias enfocadas en la ansiedad y el manejo de estrés.

Sin embargo, la mejoría observada no debe interpretarse como consecuencia de la exposición, puesto que el protocolo aplicado en la paciente consideró también psicoeducación, reestructuración cognitiva, confrontación, desensibilización sistemática, entre otras. Esta particularidad coincide con la concepción contemporánea de la TCC para el TOC, en la que la exposición constituye un componente fundamental, que puede aunarse a procedimientos cognitivos y conductuales dirigidos hacia las variables específicos que mantienen la sintomatología.

Esta integración de componentes terapéuticos ha sido descrita por Ganesh et al. (2024), quienes aplicaron una intervención cognitivo-conductual híbrida que incorporó EPR y

reestructuración cognitiva, encontrando una reducción importante de la sintomatología obsesivo-compulsiva y una recuperación de actividades educativas al finalizar el tratamiento.

Respecto a esto, Spencer et al. (2023) señalan que los modelos cognitivos y conductuales brindan el fundamento teórico y empírico de la TCC para el TOC y sitúan la EPR como un componente indispensable del tratamiento. Asimismo, Rector et al. (2026) encontraron en una muestra de 245 participantes que tanto la TCC como una intervención cognitiva basada en mindfulness se asociaron con efectos importantes en la sintomatología, encontrando además cambios en determinadas creencias obsesivas durante el proceso terapéutico.

De esta forma, la evolución de la paciente se puede comprender como resultado de un proceso terapéutico multimodal dentro del marco cognitivo-conductual, más que como efecto aislado de una única técnica.

La intervención respondió de forma específica a estas manifestaciones, alineándose coherentemente con la literatura actual, que reconoce que el TOC presenta diferentes dimensiones sintomáticas y que la formulación clínica permite identificar los procesos cognitivos y conductuales relevantes en cada paciente (Abramowitz et al., 2026).

La pertinencia de esta individualización adquiere importancia al considerar el papel del perfeccionismo y las preocupaciones relacionadas con la exactitud en el caso analizado. La necesidad de ejecutar determinadas actividades hasta alcanzar una condición percibida como correcta fue una de las manifestaciones más incidentes de la paciente y se abordó mediante estrategias cognitivas y exposición.

Los hallazgos de Callaghan et al. (2024), extraídos a partir de un metaanálisis que integró 416 estudios y más de 113.000 participantes, muestran asociaciones de magnitud media entre las preocupaciones perfeccionistas y síntomas de ansiedad, depresión y TOC, mientras que las denominadas tendencias perfeccionistas presentaron asociaciones de menor magnitud.

En una línea similar, Cludius et al. (2022) encontraron niveles elevados de perfeccionismo en personas con TOC y señalaron la relación de determinadas preocupaciones perfeccionistas con dudas acerca de las propias acciones, aunque advirtieron la existencia de cierta superposición entre estas dimensiones y la propia sintomatología obsesiva-compulsiva. Por consiguiente, en el presente caso el perfeccionismo puede comprenderse como una característica cognitiva vinculada a la necesidad de certeza y exactitud observada durante la evaluación, aunque el diseño empleado no permite establecerlo como un factor causal del trastorno.

Complementariamente, Melo & Rodrigues (2021), en una revisión sistemática de estudios sobre funcionamiento neurocognitivo en adultos con TOC, hallaron alteraciones relacionadas primordialmente con flexibilidad cognitiva, memoria de trabajo, control inhibitorio y planificación. Los autores advierten, sin embargo, que estas características varían según la edad, la gravedad y las comorbilidades. En el presente caso, estos hallazgos contextualizan la presencia de la rigidez cognitiva y necesidad de exactitud observadas durante la evaluación.

Esta interpretación encuentra cabida en los modelos cognitivos-conductuales del TOC, es así que Spencer et al. (2023) plantean que las obsesiones adquieren relevancia clínica no exclusivamente por su aparición, sino por la interpretación que el individuo realiza de ellas, entre las que se incluye la sobreestimación de la amenaza, la necesidad de certeza y determinadas formas de fusión pensamiento-acción. Desde este enfoque, la intervención sobre los significados atribuidos a los pensamientos, objetos o acontecimientos temidos puede contribuir a disminuir la necesidad de neutralizarlos mediante conductas ritualizadas.

La evolución observada en las compulsiones puede explicar, a su vez, desde el mecanismo de mantenimiento propuesto por la EPR. Las conductas ritualizadas pueden otorgar una reducción inmediata del malestar, pero como consecuencia contribuye al

reforzamiento de la conducta al utilizarse como estrategia de neutralización. La EPR interrumpe este proceso al favorecer que el paciente se exponga al estímulo o pensamiento temido sin ejecutar la respuesta compulsiva.

Una expresión clínica de este mecanismo fue descrita por Kim et al. (2026) en un caso de TOC relacionado con daño, en el que las conductas compulsivas de comprobación y “prueba” reducían temporalmente el malestar, pero terminaban reforzando las interpretaciones amenazantes y manteniendo el ciclo obsesivo-compulsivo.

Por otro lado, la literatura sobre respuesta terapéutica permite también contextualizar esta evolución sin sobredimensionarla. McDonald et al. (2023) en una revisión sistemática de estudios sobre predictores de respuesta a TCC y EPR, encontraron resultados similares respecto de las variables capaces de predecir la evolución terapéutica. Algunas investigaciones identificaron asociaciones entre gravedad inicial, evitación, adherencia y resultados; mientras que, otras variables, como la duración del trastorno o determinadas características demográficas, no mostraron asociaciones consistentes.

A partir de este último estudio mencionado, se puede interpretar el presente caso a partir del impedimento de atribuir la evolución observada a una única característica individual de la paciente. Más apropiada resulta, por tanto, consideración la interacción entre la formulación clínica, la participación en el tratamiento, la aplicación progresiva de las técnicas y la correspondencia entre estrategias utilizadas y manifestaciones identificadas.

En ese sentido, la evolución del caso guarda similitud con otros estudios clínicos individuales. Baeza (2024), en un caso único con diseño A-B, empleó TCC, EPR, reestructuración cognitiva y estrategias de regulación emocional, encontrando una reducción de la puntuación Y-BOCS de 33 a 22 puntos y del BDI-II de 18 a 10 puntos, además de cambios en las creencias obsesivas. De la misma forma,

González (2026) reportó en otro estudio de caso una intervención integrada de TCC, EPR y estrategias de regulación emocional, con disminuciones en medidas de depresión, ansiedad y TOC. Estas coincidencias, desde luego, no permiten establecer equivalencia entre los casos ni demostrar una eficacia generalizable, pero sí sitúan la evolución observada en la paciente dentro de un patrón clínico descrito previamente en intervenciones del mismo tipo.

La relación entre TOC y síntomas emocionales encuentra también respaldo en la literatura reciente sobre regulación emocional, Martínez & Reivan (2025) identificaron dificultades ligadas a la claridad emocional, aceptación, control de impulsos, evitación y conductas desadaptativas en personas con TOC. Esto permite contextualizar la incorporación de técnicas de relación y de manejo de ansiedad y estrés dentro de la intervención aplicada; no obstante, estas estrategias deben considerarse complementarias a la EPR y la intervención cognitivo-conductual.

El funcionamiento cotidiano, es también otro aspecto a interpretar dentro del marco de resultados, ya que el TOC puede comprometer actividades, relaciones y bienestar incluso cuando determinados síntomas no alcanzan niveles extremos de severidad. Eisen et al. (2006) evidenciaron precisamente que la gravedad de los síntomas obsesivos-compulsivos guarda relación con diferentes dimensiones de la calidad de vida.

Bajo esta perspectiva, los resultados pueden interpretarse también a partir del cambio conductual y funcional. Guillén (2024), en un estudio de caso basado en TCC, utilizó un análisis funcional para identificar la relación entre antecedentes, conductas compulsivas y consecuencias, orientando posteriormente la intervención hacia la exposición, el reconocimiento de conductas de evitación, el manejo de pensamientos rumiantes y la prevención de recaídas. El estudio reportó, al finalizar el proceso, una reducción de distorsiones cognitivas y un incremento de conductas adaptativas.

La fase de cierre y prevención de recaídas es importante también precisamente porque una evolución favorable no equivale a la desaparición completa del TOC. La evidencia reconoce que, aunque la EPR produce mejorías importantes, una proporción de pacientes continúa presentando síntomas residuales o puede experimentar recaídas. Reuter et al. (2024) señalan que la remisión completa no se alcanza en todos los pacientes y que la gravedad inicial puede ser una dificultad para alcanzar resultados óptimos.

Esta consideración se sustenta también en los hallazgos de Foa et al. (2022), quienes evaluaron el mantenimiento de los resultados terapéuticos en adultos que habían alcanzado el bienestar después de recibir EPR junto con tratamiento farmacológico. Aunque los participantes habían conseguido esta evolución favorable, durante el seguimiento se encontraron casos de empeoramiento, particularmente en quienes suspendieron la medicación.

Esto pone de manifiesto lo necesario de considerar la evolución terapéutica como proceso que requiere seguimiento y estrategias de prevención de recaídas, más que como con un punto final definido por la disminución de los síntomas al término de la intervención. En su conjunto, los resultados sugieren que la intervención cognitivo-conductual permitió producir cambios clínicamente relevantes, aunque estos no sean equivalentes a la eliminación completa de la sintomatología. Esta evolución resulta compatible con la evidencia que respalda la TCC y la EPR en el TOC, pero también con la literatura que advierte que la respuesta terapéutica es heterogénea y que la remisión completa no constituye un resultado universal.

CONCLUSIONES

El presente estudio permitió cumplir el objetivo planteado al describir de manera integral el proceso de evaluación psicológica, formulación clínica, intervención cognitivo-conductual y evolución terapéutica de una paciente con trastorno obsesivo-compulsivo. La evaluación inicial permitió identificar un patrón de obsesiones y compulsiones de ansiedad, sintomatología depresiva e interferencia en el funcionamiento cotidiano.

Después de 16 sesiones de tratamiento, se observó una evolución clínica favorable, caracterizada por la disminución de las conductas ritualizadas, y un mayor manejo de pensamientos persistentes, lo que sugiere que la intervención cognitivo-conductual contribuyó al fortalecimiento de recursos para afrontar la sintomatología. Cabe destacar que la evolución no supuso la desaparición completa del trastorno, sino una modificación favorable en la manera de responder ante las obsesiones y una reducción de respuestas compulsivas.

Entre las principales limitaciones se reconoce el carácter de caso único, la ausencia de un grupo de comparación o de un seguimiento posterior al tratamiento, condiciones que impiden establecer relaciones causales y generalizar los resultados a otras personas con TOC.

Declaración de conflicto de interés

El autor declara no tener ningún conflicto de interés relacionado con esta investigación.

Declaración de contribución a la autoría

Carlos Mantuano Arteaga: conceptualización, curación de datos, análisis formal, adquisición de fondos, investigación, metodología, administración del proyecto, recursos, software, supervisión, validación, visualización, redacción del borrador original, revisión y edición de la redacción.

Declaración de uso de inteligencia artificial

El autor declara que utilizó la inteligencia artificial como apoyo para este artículo, y también que esta herramienta no sustituye de ninguna manera la tarea o proceso intelectual. Después de rigurosas revisiones con diferentes herramientas en la que se comprobó que no existe plagio como constan en las evidencias, el autor manifiesta y reconoce que este trabajo fue producto de un trabajo intelectual propio, que no ha sido escrito ni publicado en ninguna plataforma electrónica o de IA.

REFERENCIAS

- Abramowitz, J., Abramovitch, A., McKay, D., & Draffin, A. (2026). Management of obsessive-compulsive disorder in adults. *BMJ*, 392, e083443. <https://doi.org/10.1136/bmj-2024-083443>
- Aburto, R., Pineda, F., Téllez, C., & Pastorino, M. (2024). Abordaje diagnóstico y terapéutico no farmacológico, trastorno obsesivo compulsivo en adultos. *Revisión sistemática. Revista Torreón Universitario*, 13(38), 164–184. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10041264>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana. <https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
- Baeza, V. (2024). Caso clínico: Aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual para el tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo. [Tesis de maestría, Universidad Miguel Hernández de Elche]. <http://dspace.umh.es/handle/11000/33615>
- Callaghan, T., Greene, D., Shafran, R., Lunn, J., & Egan, S. J. (2024). The relationships between perfectionism and symptoms of depression, anxiety and obsessive-compulsive

- disorder in adults: A systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 53(2), 121–132. <https://doi.org/10.1080/16506073.2023.2277121>
- Campuzano, S., Montoya, R., Carvajal, J., Campuzano, S., Montoya, R., & Carvajal, J. (2024). Relación entre trastorno obsesivo-compulsivo y alteración en funciones ejecutivas. *Acta Neurológica Colombiana*, 40(2). <https://doi.org/10.22379/anc.v40i2.865>
- Cludius, B., Landmann, S., Külz, A.-K., Takano, K., Moritz, S., & Jelinek, L. (2022). Direct and indirect assessment of perfectionism in patients with depression and obsessive-compulsive disorder. *PloS One*, 17(10), e0270184. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270184>
- De Mathis, M., Chacon, P., Boavista, R., Sousa, M., Ferreira, P., Nocito, M., Ferrão, Y. A., De Queiroz, E. F., Lopes, A., Rodrigues, A., Diniz, J., Fontenelle, L., Conceição, M., Shavitt, R. G., Felipe, R. de M., Constantino, E., & Da Conceição, D. (2023). Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders guidelines for the treatment of adult obsessive-compulsive disorder. Part II: Cognitive-behavioral therapy. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 45(5), 431–447. <https://doi.org/10.47626/1516-4446-2023-3081>
- Eisen, J., Mancebo, M., Pinto, A., Coles, M., Pagano, M., Stouf, R., & Rasmussen, S. (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>
- Foa, E., Simpson, H., Gallagher, T., Wheaton, M., Gershkovich, M., Schmidt, A., Huppert, J., Imms, P., Campeas, R., Cahill, S., DiChiara, C., Tsao, S. D., Puliafico, A., Chazin, D., Asnaani, A., Moore, K., Tyler, J., Steinman, S., Sanches-LaCay, A., ... Rosenfield, D. (2022). Maintenance of Wellness in Patients With Obsessive-Compulsive Disorder Who Discontinue Medication After Exposure/Response Prevention Augmentation. *JAMA Psychiatry*, 79(3), 1–9. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.3997>

- Ganesh, S., Sharma, L., & Das, B. (2024). Hybrid Tele-cognitive Behavioural Therapy (Ht-CBT) for Obsessive-compulsive Disorder: An Innovation Integrating In-person and Online Psychotherapy. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 46(3), 276–278.
<https://doi.org/10.1177/02537176231219768>
- González, A. (2026). Intervención cognitivo-conductual y dialéctico-conductual en trastorno obsesivo-compulsivo comórbido con trastorno límite de la personalidad: Reporte de caso. *Ciencia y Psique*, 5(8), 169–195.
<https://revistas.urp.edu.pe/index.php/cienciaypsique/article/view/8850>
- Guillén, K. (2024). Estudio de caso de una persona con trastorno obsesivo compulsivo y la formación de conductas adaptativas desde una intervención cognitiva conductual [Tesis de maestría, Universidad de las Américas].
<http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/16494>
- Hezel, D., & Simpson, B. (2019). Exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A review and new directions. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(Suppl 1), S85–S92. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_516_18
- Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. (2024). Trastorno obsesivo-compulsivo: Cuando los pensamientos no deseados o comportamientos repetitivos toman control. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-obsesivo-compulsivo>
- Kim, T. H., Piscopo, K., & Kokkinias, A. (2026). Severe harm-related obsessive-compulsive disorder with violent compulsions: A case report of psychopathology, risk conceptualisation and clinical management. *Psychiatry Research Case Reports*, 5(1), 100313. <https://doi.org/10.1016/j.psycr.2026.100313>
- Loureiro, C., Dos Santos-Ribeiro, S., Moreira-de-Oliveira, M., Laurito, L., Hühne, V., Torres, B., Twohig, M., de Menezes, G., & Fontenelle, L. (2026). Acceptance and commitment

therapy for obsessive compulsive disorder: Cross-cultural systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 196, 263–273.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2026.01.035>

Martínez, F., & Reivan, G. (2025). Desregulación Emocional Como Factor del Trastorno Obsesivo Compulsivo: Una Revisión Sistemática. *Revista Multidisciplinaria Investigación Contemporánea*, 3(2), 1. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10167526>

McDonald, S., Melkonian, M., Karin, E., Dear, B., Titov, N., & Wootton, B. (2023). Predictors of response to cognitive behavioural therapy (CBT) for individuals with obsessive-compulsive disorder (OCD): A systematic review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 51(4), 302–319. <https://doi.org/10.1017/S1352465823000103>

Melo, M. de C., & Rodrigues, L. (2021). Funcionamento executivo em adultas com Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Uma revisão sistemática da literatura. *Neuropsicologia Latinoamericana*, 13(3), 63–78. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2075-94792021000300063&script=sci_arttext

Öst, L., Enebrink, P., Finnes, A., Ghaderi, A., Havnen, A., Kvale, G., Salomonsson, S., & Wergeland, G. J. (2022). Cognitive behavior therapy for obsessive-compulsive disorder in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 159, 104170. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104170>

Rector, N., Hawley, L., McCabe, R., Rowa, K., Key, B., Kassardjian, K., Richter, M., Sittampalam, S., & Shifrin, A. (2026). Cognitive-Behavioural Therapy vs. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: Effectiveness and Treatment Mechanisms. *Cognitive Therapy and Research*, 50(2), 275–290. <https://doi.org/10.1007/s10608-025-10669-z>

- Reuter, B., Miano, A., Wassermann, J., & Elsner, B. (2024). Why does exposure-based therapy fail in some individuals with obsessive-compulsive disorder? Expert Review of Neurotherapeutics, 24(8), 723–726. <https://doi.org/10.1080/14737175.2024.2365949>
- Song, Y., Li, D., Zhang, S., Jin, Z., Zhen, Y., Su, Y., Zhang, M., Lu, L., Xue, X., Luo, J., Liang, M., & Li, X. (2022). The effect of exposure and response prevention therapy on obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. Psychiatry Research, 317, 114861. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114861>
- Spencer, S., Stiede, J., Wiese, A., Goodman, W., Guzick, A., & Storch, E. (2023). Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. The Psychiatric clinics of North America, 46(1), 167–180. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2022.10.004>