

Guía Clínica CAPA para el Análisis de un Caso de Celotipia en Cámara de Gesell: Una Innovación Educativa en la Enseñanza de la Psiquiatría y la Psicología Clínica

CAPA Clinical Guide to the Analysis of a Case of Delusional Jealousy in a Gesell Observation Room: An Educational Innovation in Psychiatry and Clinical Psychology Training

 Jose Santos-Morocho, PhD.^{1*}

¹ Universidad de Cuenca, Facultad de Psicología, Ecuador

Recibido: 12 de junio de 2026. **Aceptado:** 10 de agosto de 2026. **Publicado en línea:** 13 de agosto de 2026

*Autor de correspondencia: jose.santos@ucuenca.edu.ec
PosDoctorado en Psiquiatría

Resumen

Justificación: La formación en Psicología Clínica y Psiquiatría requiere estrategias educativas que integren teoría, observación clínica y razonamiento diagnóstico. La guía CAPA propone una estructura sistemática para contextualizar, analizar psicopatológicamente y aplicar conocimientos clínicos. **Objetivo:** Analizar la aplicación de la guía CAPA en un caso de celotipia mediante Cámara de Gesell, como estrategia de innovación educativa. **Metodología:** Se realizó un estudio cuali-cuantitativo, descriptivo y de caso de celotipia. Se utilizó un caso simulado mediante role-play, observado en Cámara de Gesell y analizado mediante las diez fases CAPA. Se integraron DSM-5-TR, CIE-11, PANSS, PID-5 y juicio clínico experto mediante triangulación metodológica. **Resultados:** El análisis identificó un cuadro compatible con trastorno delirante, tipo celotípico, caracterizado por creencias persistentes de infidelidad y conservación del funcionamiento general. CAPA facilitó la organización del razonamiento clínico, formulación etiopatogénica y diagnóstico diferencial. Se matizó con dibujos hablados. La integración de CAPA y Cámara de Gesell favoreció aprendizaje activo, pensamiento crítico, articulación interdisciplinaria y desarrollo de competencias, aunque la generalización es limitada por tratarse de un caso educativo. **Conclusión:** CAPA constituye una herramienta innovadora con potencial para fortalecer razonamiento clínico, evaluación psicopatológica y toma de decisiones terapéuticas.

Palabras clave: CAPA, celotipia, Cámara de Gesell, psicopatología, Ciencias de la Salud.

Abstract

Justification: Training in Clinical Psychology and Psychiatry requires educational strategies that integrate theoretical knowledge, clinical observation, and diagnostic reasoning. The CAPA Clinical Guide provides a systematic framework for contextualizing clinical cases, conducting psychopathological analysis, and applying clinical knowledge. **Objective:** To analyze the application of the CAPA Clinical Guide to a case of pathological jealousy in a Gesell observation room as an educational innovation strategy. **Methodology:** A descriptive, mixed-methods clinical case study was conducted. A simulated case of pathological jealousy was enacted through role-play, observed in a Gesell observation room, and analyzed using the ten phases of the CAPA framework. The DSM-5-TR, ICD-11, PANSS, PID-5, and expert clinical judgment were integrated through methodological triangulation. **Results:** The analysis identified a clinical presentation consistent with delusional disorder, jealous type, characterized by persistent beliefs of infidelity and relatively preserved overall functioning. CAPA facilitated the systematic organization of clinical reasoning, etiopathogenic formulation, and differential diagnosis. Integrating CAPA with the Gesell observation room promoted active learning, critical thinking, interdisciplinary integration, and the development of clinical competencies. However, generalizability is limited because the study was based on a single educational case. **Conclusion:** CAPA represents a promising educational tool for strengthening clinical reasoning, psychopathological assessment, and therapeutic decision-making in Clinical Psychology and Psychiatry training.

Keywords: CAPA, delusional jealousy, Gesell Chamber, psychopathology, Health Sciences.

Cita: Santos-Morocho, J. (2026). Guía Clínica CAPA para el Análisis de un Caso de Celotipia en Cámara de Gesell: Una Innovación Educativa en la Enseñanza de la Psiquiatría y la Psicología Clínica. *Erevna Research Reports*, 4(2), e2026039. <https://doi.org/10.70171/n20r6e47>



INTRODUCCIÓN

La formación de profesionales en ciencias de la salud exige el desarrollo de competencias que trascienden la adquisición de conocimientos teóricos, ya que el ejercicio clínico implica integrar información procedente de la entrevista, la observación, la exploración psicopatológica y la evidencia científica para emitir juicios diagnósticos y tomar decisiones terapéuticas fundamentadas (Santos-Morocho, 2016). En este contexto, el razonamiento clínico constituye una competencia esencial, al permitir que los futuros profesionales analicen de manera sistemática los síntomas, formulen hipótesis diagnósticas, establezcan diagnósticos diferenciales y comprendan la interacción de los factores biológicos, psicológicos y sociales que intervienen en los trastornos mentales.

Diversos modelos de educación en ciencias de la salud coinciden en que estas competencias no se desarrollan exclusivamente mediante la enseñanza expositiva, sino a través de metodologías activas que promueven la participación del estudiante, el análisis de situaciones clínicas reales o simuladas y la reflexión sobre el proceso de toma de decisiones (Luo et al., 2026). En consecuencia, la educación contemporánea en salud mental ha orientado progresivamente sus esfuerzos hacia estrategias de aprendizaje que favorecen la integración entre teoría y práctica, fortaleciendo la capacidad de los estudiantes para afrontar la complejidad inherente a la atención clínica (Frank et al., 2010; Harden, 2002; ten Cate, 2005; Santos-Morocho, 2026).

El aprendizaje basado en casos clínicos se ha consolidado como una estrategia pedagógica ampliamente utilizada en la formación de profesionales de la salud, al facilitar la integración de los conocimientos teóricos con la práctica clínica y favorecer el desarrollo del razonamiento diagnóstico en contextos cercanos a la realidad asistencial (Daly et al., 2026). A diferencia de los enfoques tradicionales centrados en la transmisión de contenidos, esta metodología promueve un aprendizaje activo, en el que los estudiantes analizan problemas clínicos, formulan hipótesis diagnósticas, argumentan sus decisiones y aplican la evidencia científica durante el proceso de resolución de casos (Adams, 2026). La evidencia disponible indica que esta estrategia contribuye al fortalecimiento del pensamiento crítico, la integración de conocimientos interdisciplinarios y el desarrollo de competencias clínicas esenciales para la práctica profesional, particularmente en disciplinas donde el juicio clínico constituye un componente central del proceso diagnóstico (Thistlethwaite et al., 2012; McLean, 2016).

En el área de la Psicopatología del Adulto, el análisis sistemático de casos clínicos representa una herramienta fundamental para comprender la complejidad del comportamiento humano desde una perspectiva biopsicosocial (Santos-Morocho, 2026). La evaluación clínica requiere considerar la interacción entre factores biológicos, psicológicos y contextuales, permitiendo una comprensión integral del paciente y una formulación diagnóstica adecuada (Engel, 1977; Sadock et al., 2021).

La utilización de escenarios educativos innovadores, como la Cámara de Gesell, desarrollada por el psicólogo y pediatra estadounidense Arnold Gesell (1880–1961), como recurso durante las décadas de 1920 y 1930 en la Yale Child Study Center con el propósito de observar el comportamiento infantil de forma natural, minimizando la influencia del observador sobre la conducta de los participantes que permite aproximar al estudiante a experiencias clínicas supervisadas dentro de un ambiente seguro y controlado (Gesell, 1940). Actualmente, este recurso facilita la observación de entrevistas psicológicas, el entrenamiento en habilidades comunicacionales y el análisis de procesos clínicos, fortaleciendo la transición entre la formación académica y la práctica profesional (Ivey et al., 2018).

Dentro de los trastornos psicopatológicos abordados en la práctica clínica, la celotipia (Santos-Morocho, 2014), representa un fenómeno de particular interés debido a su impacto en las relaciones interpersonales y en el funcionamiento psicológico del individuo. Los celos patológicos pueden manifestarse mediante pensamientos persistentes de infidelidad, interpretaciones distorsionadas de la realidad, conductas de comprobación y elevada carga emocional, requiriendo una evaluación diferencial con otros cuadros psicopatológicos (American Psychiatric Association, 2022).

El abordaje clínico de la celotipia requiere una evaluación estructurada que permita identificar los factores cognitivos, emocionales y conductuales asociados al problema. Desde los modelos cognitivo-conductuales, se considera que las interpretaciones disfuncionales y las creencias irracionales pueden desempeñar un papel relevante en el mantenimiento de los celos patológicos, por lo que la intervención debe orientarse hacia la modificación de pensamientos, emociones y conductas asociadas (Beck, 2020).

En este contexto, la guía clínica de Contextualización, Análisis Psicopatológico y Aplicación clínica (CAPA) constituye una herramienta estructurada para el análisis integral de casos en el campo de la Psicopatología del Adulto. Esta propuesta metodológica orienta al estudiante en la organización sistemática de la información clínica mediante la exploración del motivo de consulta, historia del problema, antecedentes relevantes, examen del estado mental, formulación psicopatológica, hipótesis diagnóstica y planificación de estrategias de intervención. Su aplicación favorece el desarrollo del razonamiento clínico al integrar los conocimientos teóricos con la comprensión dinámica del caso individual (Santos-Morocho, 2026).

La utilización de la guía CAPA dentro de escenarios educativos como la Cámara de Gesell permite transformar el estudio tradicional de la psicopatología en una experiencia de aprendizaje activo (Santos-Morocho, 2026), donde el estudiante participa en procesos de observación, análisis, discusión clínica y construcción de hipótesis diagnósticas (Gesell, 1940). Esta metodología contribuye al fortalecimiento de competencias profesionales relacionadas con la evaluación psicológica, la comunicación clínica y la toma de decisiones terapéuticas fundamentadas, respondiendo a las necesidades actuales de la formación en Psiquiatría y Psicología Clínica (Santos-Morocho, 2026).

Diversos estudios han demostrado que las metodologías activas de enseñanza favorecen el desarrollo de competencias clínicas en estudiantes de Medicina y Psicología. El aprendizaje basado en casos ha sido identificado como una estrategia efectiva para integrar conocimientos teóricos con situaciones clínicas complejas, promoviendo el razonamiento clínico, la interpretación de información y la toma de decisiones profesionales (Barrows, 1986; Thistlethwaite et al., 2012). Sin embargo, gran parte de estas investigaciones se han centrado en la adquisición general de competencias, sin profundizar en modelos estructurados para el análisis psicopatológico integral.

En el ámbito de la educación psiquiátrica, la simulación clínica y el uso de pacientes estandarizados han demostrado utilidad para entrenar habilidades de entrevista, comunicación clínica y evaluación del estado mental (Li et al., 2026). También, McNaughton et al. (2008) señalaron que la simulación constituye una herramienta válida para la enseñanza y evaluación en Psiquiatría, permitiendo que los estudiantes practiquen competencias clínicas dentro de ambientes seguros antes del contacto con pacientes reales. No obstante, los autores destacan la necesidad de continuar desarrollando modelos educativos que integren habilidades técnicas con procesos superiores de razonamiento clínico y formulación diagnóstica.

Investigaciones recientes sobre simulación educativa en Psiquiatría han evidenciado que estos escenarios favorecen el aprendizaje de habilidades conductuales y relacionales, como la entrevista clínica, la empatía y la comunicación terapéutica. Sin embargo, persisten limitaciones en la evaluación de competencias integradoras relacionadas con la formulación psicopatológica, la comprensión biopsicosocial del caso y la construcción de hipótesis clínicas complejas (Rodríguez Pulido et al., 2026).

De manera similar, las revisiones sobre simulación realista en educación psiquiátrica muestran efectos positivos en conocimientos, habilidades clínicas y confianza profesional de los estudiantes; sin embargo, los estudios disponibles presentan heterogeneidad metodológica y limitada evidencia sobre estrategias específicas que orienten el análisis estructurado de casos clínicos completos (Passos et al., 2026).

En relación con la celotipia, la literatura clínica ha descrito este fenómeno como una manifestación psicopatológica asociada a creencias persistentes de infidelidad, interpretaciones distorsionadas y alteraciones significativas en la relación interpersonal. Su evaluación requiere diferenciar entre celos normales, celos patológicos, fenómenos obsesivos y trastornos delirantes de tipo celotípico, lo que demanda un proceso clínico organizado y basado en criterios diagnósticos actuales (American Psychiatric Association, 2022).

A pesar de estos avances, existe un vacío científico respecto a recursos educativos estructurados que integren la observación clínica mediante Cámara de Gesell con un modelo sistemático de análisis psicopatológico, formulación etiopatogénica y aplicación terapéutica. La mayoría de propuestas educativas se enfocan en la simulación de habilidades aisladas, pero no describen metodologías completas que guíen al estudiante desde la contextualización del caso hasta la formulación clínica integral (Adams, 2026; Patel et al., 2026).

Aunque la literatura científica ha evidenciado la utilidad del aprendizaje basado en casos clínicos, la simulación educativa y el uso de ambientes controlados como la Cámara de Gesell para el desarrollo de competencias profesionales en ciencias de la salud mental, persiste una limitada producción académica sobre modelos estructurados que orienten de manera sistemática el análisis psicopatológico de casos clínicos. En particular, son escasas las propuestas educativas que integran en un mismo proceso el análisis contextual del paciente, la formulación etiopatogénica, la exploración del funcionamiento psicológico, el razonamiento diagnóstico y la planificación de intervención desde los criterios establecidos por sistemas clasificatorios como el DSM-5-TR y la CIE-11 (American Psychiatric Association, 2022; World Health Organization, 2022).

Asimismo, la formación tradicional en Psicología Clínica y Psiquiatría suele presentar dificultades para vincular el conocimiento teórico de la psicopatología con la aplicación práctica del razonamiento clínico, generando una brecha entre la identificación de síntomas y la construcción de una formulación clínica integral. Si bien existen metodologías activas orientadas al desarrollo de competencias clínicas, aún existe la necesidad de elementos pedagógicos específicos que permitan guiar al estudiante en el análisis ordenado y reflexivo de casos complejos dentro de escenarios educativos supervisados (Barrows, 1986; Frenk et al., 2010).

En este sentido, la ausencia de una guía clínica educativa que articule la observación clínica en Cámara de Gesell con un modelo estructurado de análisis psicopatológico representa un vacío

relevante en la enseñanza contemporánea de la salud mental. La guía CAPA, surge como una propuesta orientada a cubrir esta necesidad, proporcionando un marco metodológico que facilita la integración entre evaluación clínica, formulación diagnóstica y toma de decisiones terapéuticas en la formación de futuros profesionales (Santos-Morocho, 2026).

Por ello, el presente estudio busca aportar evidencia sobre la aplicación de la guía clínica CAPA mediante el análisis de un caso de celotipia en Cámara de Gesell, contribuyendo al desarrollo de estrategias innovadoras para la enseñanza de la Psiquiatría y la Psicología Clínica, y fortaleciendo el vínculo entre teoría psicopatológica, práctica clínica supervisada y formación basada en competencias. Tiene como objetivo: analizar la aplicación de la guía clínica CAPA mediante el estudio de un caso de celotipia desarrollado en Cámara de Gesell, como una estrategia de innovación educativa orientada al fortalecimiento del razonamiento clínico, la formulación psicopatológica y el desarrollo de competencias profesionales en estudiantes de Psiquiatría y Psicología Clínica.

METODOLOGÍA

Diseño del Estudio

La presente investigación se desarrolló bajo un diseño cuali-cuantitativo, descriptivo y de estudio de caso clínico-educativo, orientado al análisis de la aplicación de la guía clínica CAPA como estrategia de innovación pedagógica en la enseñanza de la Psiquiatría y la Psicología Clínica. Este diseño permitió examinar de manera profunda un caso de celotipia mediante un proceso sistemático de observación, análisis psicopatológico y formulación clínica dentro de un escenario de aprendizaje supervisado.

El estudio de caso constituye una metodología pertinente para explorar fenómenos clínicos complejos en contextos reales o simulados, ya que permite integrar múltiples fuentes de información y comprender la interacción entre variables psicológicas, clínicas y educativas (Yin, 2018). En este sentido, la investigación se centró en la descripción e interpretación del proceso de aprendizaje generado mediante la utilización de la Cámara de Gesell y la aplicación estructurada de la guía CAPA.

Desde un enfoque educativo, el estudio se fundamentó en los principios del aprendizaje experiencial y el aprendizaje basado en casos, donde el estudiante participa activamente en la construcción del conocimiento mediante la observación clínica, discusión reflexiva, formulación de hipótesis diagnósticas y análisis de alternativas terapéuticas (Kolb, 1984; Barrows, 1986). La metodología permitió valorar la utilidad de CAPA como herramienta organizadora del razonamiento clínico y facilitadora de la integración entre teoría psicopatológica y práctica profesional.

Participantes y Unidad de Análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por un caso clínico de celotipia (hipotetizado) escrito por el autor (Santos Morocho, 2024), esto con fines educativos para la aplicación de la guía clínica CAPA dentro de un escenario académico de formación. El caso fue desarrollado mediante una sesión clínica simulada en Cámara de Gesell, mediante un rol play, personificando al paciente, permitiendo la observación sistemática del proceso de entrevista, exploración psicopatológica y formulación clínica por parte de los estudiantes participantes.

La selección del caso respondió a criterios de pertinencia pedagógica, considerando que la celotipia

representa una problemática clínica que requiere habilidades avanzadas de evaluación diferencial, análisis de pensamientos disfuncionales, identificación de alteraciones emocionales y comprensión de los factores biopsicosociales asociados. La información clínica utilizada fue organizada bajo principios de confidencialidad, anonimización y protección de la identidad del paciente, respetando los principios éticos aplicables a la investigación y formación clínica (American Psychological Association [APA], 2017). El paciente y la intervención en cámara Gesell fue ilustrado mediante el dibujo hablado (Mayor Iborra & Flores Gutiérrez, 2013; Cuevas Remigio, 2021), que fue realizado por un estudiante de Artes.

Los participantes del proceso educativo fueron estudiantes universitarios de Posgrado de diferentes áreas relacionadas con la salud mental, quienes participaron en actividades de observación, análisis del caso, discusión grupal y elaboración de la formulación clínica utilizando la estructura propuesta por la guía CAPA. La participación tuvo como finalidad fortalecer competencias relacionadas con el razonamiento clínico, evaluación psicopatológica, formulación diagnóstica y planificación de intervención.

Procedimiento de Aplicación de la Guía Clínica CAPA en Cámara de Gesell

El procedimiento se desarrolló mediante tres fases principales correspondientes a la estructura de la guía clínica CAPA: Contextualización, Análisis Psicopatológico y Aplicación clínica. En la primera fase, los estudiantes realizaron la recopilación y organización de la información clínica relevante, incluyendo motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, evolución del problema, factores predisponentes, precipitantes y mantenedores del comportamiento celotípico.

En la segunda fase, se efectuó el análisis psicopatológico del caso mediante la identificación de signos y síntomas, examen del estado mental, exploración de procesos cognitivos, emocionales y conductuales, así como la construcción de hipótesis diagnósticas fundamentadas en criterios del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR) y la International Classification of Diseases (CIE-11) (American Psychiatric Association, 2022; World Health Organization, 2022).

En la tercera fase, correspondiente a la aplicación clínica, los estudiantes elaboraron una intervención en Cámara Gesell integrando los saberes obtenidos durante la observación. Esto sirve para analizar posibles estrategias de intervención desde modelos psicoterapéuticos basados en evidencia, considerando los factores individuales, familiares y sociales relacionados con el mantenimiento de la problemática clínica. y propuesta de intervención terapéutica

La utilización de la Cámara de Gesell permitió complementar el análisis escrito del caso con la observación directa de la interacción clínica, favoreciendo un aprendizaje experiencial mediante la reflexión supervisada, discusión académica y retroalimentación docente. Este proceso se fundamenta en modelos educativos que destacan la importancia de vincular la experiencia práctica con la construcción reflexiva del conocimiento clínico (Kolb, 1984).

Instrumentos de Evaluación Clínica y Psicopatológica

Para la evaluación integral del caso clínico se empleó un protocolo multimétodo conformado por la guía clínica CAPA, criterios diagnósticos internacionales e instrumentos psicométricos orientados a la exploración de diferentes dimensiones psicopatológicas. La combinación de estos instrumentos permitió realizar una valoración clínica amplia, considerando aspectos diagnósticos, rasgos de personalidad y posibles alteraciones psicóticas asociadas.

Como instrumento principal de organización del análisis clínico se utilizó la guía clínica CAPA, la cual permitió estructurar la información relacionada con antecedentes, evolución del problema, factores biopsicosociales, examen psicopatológico, formulación etiopatogénica; abordaje de las 10 fases (Santos-Morocho, 2026).

La evaluación diagnóstica se realizó considerando los criterios establecidos en el DSM-5-TR y la CIE-11, utilizados como referentes para la identificación de síntomas, diagnóstico diferencial y clasificación de los trastornos mentales. En el caso analizado se exploraron criterios relacionados con celos patológicos, trastorno delirante tipo celotípico y trastornos psicóticos, estableciendo la ausencia de indicadores clínicos compatibles con esquizofrenia según los criterios diagnósticos actuales (American Psychiatric Association, 2022; World Health Organization, 2022).

Para la evaluación de sintomatología psicótica y con el propósito de descartar la presencia de un trastorno del espectro de la esquizofrenia, se utilizó la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS; Positive and Negative Syndrome Scale). Este instrumento evalúa tres dimensiones principales: síntomas positivos (delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado), síntomas negativos (aplanamiento afectivo, retraimiento social, disminución de la motivación) y psicopatología general (se descartó esquizofrenia). La aplicación de la PANSS permitió determinar la ausencia de sintomatología psicótica significativa compatible con esquizofrenia, diferenciando las ideas relacionadas con celos patológicos de un cuadro psicótico primario (Kay et al., 1987).

Asimismo, se incorporó el Inventario de Personalidad para el DSM-5 (PID-5) para evaluar rasgos dimensionales de personalidad asociados a patrones persistentes de funcionamiento psicológico. Este instrumento permitió explorar dominios como afectividad negativa, antagonismo, desapego, desinhibición y psicoticismo, proporcionando información complementaria para comprender características individuales relacionadas con la problemática celotípica (Krueger et al., 2012).

Juicio Clínico de Experto (Profesor)

Como parte del proceso metodológico se incorporó el juicio clínico de un experto mediante el análisis especializado de la entrevista clínica desarrollada en Cámara de Gesell. La evaluación fue realizada por un profesional de Psicología Clínica con formación complementaria en Psiquiatría, con experiencia en evaluación psicopatológica, entrevista clínica, diagnóstico diferencial e intervención en trastornos mentales.

El profesor facilitador y experto realizó una valoración cualitativa del contenido de la entrevista observada en Cámara de Gesell, considerando los elementos clínicos obtenidos durante la interacción paciente-profesional, incluyendo características del discurso, expresión emocional, patrones cognitivos, conductas asociadas a los celos patológicos, funcionamiento interpersonal y presencia o ausencia de indicadores psicóticos. Este análisis permitió complementar la información obtenida mediante la aplicación de la guía CAPA, los criterios diagnósticos del DSM-5-TR y la CIE-11.

El juicio profesional estuvo orientado a establecer la coherencia entre los hallazgos clínicos observados y la formulación diagnóstica propuesta, especialmente en relación con el diagnóstico diferencial entre celotipia, trastorno delirante tipo celotípico y trastornos del espectro de la esquizofrenia. A partir de la valoración experta y la integración de los resultados obtenidos mediante los instrumentos aplicados, se descartó la presencia de criterios clínicos compatibles con esquizofrenia, al no evidenciarse alteraciones significativas correspondientes a síntomas psicóticos.

persistentes, desorganización del pensamiento, deterioro funcional característico o sintomatología negativa predominante (American Psychiatric Association, 2022).

La incorporación del juicio experto permitió fortalecer la validez clínica interpretativa del estudio mediante la triangulación entre observación clínica, instrumentos psicométricos, criterios diagnósticos internacionales y experiencia profesional especializada. Esta estrategia resulta relevante en estudios de caso clínico, donde la comprensión integral del fenómeno psicopatológico requiere integrar evidencia objetiva con el razonamiento clínico del profesional de salud mental (Yin, 2018).

Procedimiento de Análisis de la Información y Triangulación Metodológica Cualitativa

El análisis de la información se realizó mediante un enfoque cualitativo de interpretación clínica, orientado a la comprensión integral del caso de celotipia y a la valoración de la utilidad educativa de la guía clínica CAPA dentro del proceso de enseñanza de la Psicología Clínica y la Psiquiatría. La información obtenida durante la entrevista desarrollada en Cámara de Gesell, la aplicación de los criterios diagnósticos y los resultados de los instrumentos psicométricos fueron organizados y analizados mediante categorías clínicas previamente establecidas.

Las categorías de análisis estuvieron conformadas por: (1) contextualización clínica del caso, considerando antecedentes personales, familiares y evolución del problema; (2) características psicopatológicas asociadas a la celotipia; (3) evaluación de rasgos de personalidad mediante el PID-5; (4) exploración de sintomatología psicótica mediante la PANSS para descartar trastornos del espectro esquizofrénico; (5) integración de criterios diagnósticos DSM-5-TR y CIE-11; y (6) formulación clínica y propuesta de intervención psicoterapéutica.

Posteriormente, se realizó un proceso de triangulación metodológica, integrando tres fuentes principales de información: la observación clínica de la entrevista en Cámara de Gesell, los resultados obtenidos mediante instrumentos estandarizados y el juicio profesional del experto en Psicología Clínica con formación en Psiquiatría. Esta estrategia permitió contrastar la información desde diferentes perspectivas, aumentando la consistencia interpretativa de los hallazgos y reduciendo posibles sesgos derivados de una única fuente de evaluación (Denzin, 2017).

La interpretación final del caso se fundamentó en la convergencia entre la evidencia clínica observada, los criterios diagnósticos internacionales y la experiencia del profesional experto. Este proceso permitió establecer una formulación psicopatológica integral, diferenciando la presencia de características compatibles con celotipia de otros cuadros clínicos como trastornos delirantes o esquizofrenia, y evidenciando el aporte de la guía CAPA como herramienta educativa para el desarrollo del razonamiento clínico.

En conjunto, la utilización de CAPA, DSM-5-TR, CIE-11, PANSS y PID-5 permitió desarrollar una evaluación clínica integral, favoreciendo la diferenciación entre celotipia como fenómeno psicopatológico, trastornos delirantes y trastornos del espectro esquizofrénico, fortaleciendo la formulación clínica del caso desde una perspectiva biopsicosocial.

Tratamiento Estadístico de los Datos

El tratamiento de los datos se realizó mediante un enfoque mixto de análisis cualitativo y cuantitativo, con el propósito de integrar la información clínica obtenida durante la entrevista en Cámara de Gesell, la aplicación de la guía CAPA y los resultados derivados de los instrumentos psicométricos utilizados. Esta estrategia permitió una comprensión integral del caso, combinando la interpretación clínica del

fenómeno psicopatológico con indicadores objetivos de evaluación psicológica.

En el componente cualitativo, la información obtenida mediante la entrevista clínica observada en Cámara de Gesell, los registros de aplicación de la guía CAPA y la valoración del experto clínico fueron analizados mediante un proceso de codificación temática. Se establecieron categorías de análisis relacionadas con: contextualización del caso, características psicopatológicas de la celotipia, funcionamiento emocional y cognitivo, patrones interpersonales, formulación etiopatogénica, diagnóstico diferencial y propuesta terapéutica. La información fue organizada mediante matrices de análisis cualitativo, permitiendo identificar patrones clínicos relevantes y establecer relaciones entre los diferentes elementos del caso (Braun & Clarke, 2006).

En el componente cuantitativo, se realizó un análisis descriptivo de los resultados obtenidos (Krueger et al., 2012). Asimismo, los resultados obtenidos mediante la PANSS fueron analizados considerando las puntuaciones correspondientes a las escalas de síntomas positivos, síntomas negativos y psicopatología general, con el objetivo de valorar la presencia o ausencia de indicadores compatibles con trastornos psicóticos y contribuir al diagnóstico diferencial con esquizofrenia (Kay et al., 1987). Los resultados fueron interpretados según los criterios clínicos establecidos en el DSM-5-TR y la CIE-11 (American Psychiatric Association, 2022; World Health Organization, 2022).

Finalmente, se realizó una triangulación de resultados, integrando los hallazgos cualitativos provenientes del análisis clínico y la entrevista en Cámara de Gesell con los datos cuantitativos obtenidos mediante los instrumentos psicométricos y la valoración del experto. Esta integración permitió construir una formulación clínica final sustentada en múltiples fuentes de evidencia, fortaleciendo la validez interpretativa del estudio de caso (Denzin, 2017).

Aspectos Éticos

La presente investigación consideró los principios éticos establecidos para estudios que involucran la participación de seres humanos, garantizando el respeto a la autonomía, dignidad, privacidad y bienestar del participante durante todas las fases del proceso clínico-educativo. El desarrollo del estudio se realizó bajo los principios establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, que establece la importancia del consentimiento informado, la protección de los datos personales y la primacía del bienestar del participante sobre los intereses científicos o académicos (World Medical Association, 2013).

Consentimiento Informado

Antes de la participación en el proceso de evaluación clínica y entrevista desarrollada en Cámara de Gesell, se obtuvo el consentimiento informado de todos los estudiantes, en el cual se explicó el propósito del estudio, las características del procedimiento, la utilización académica de la información obtenida, los instrumentos aplicados y el derecho a retirarse voluntariamente en cualquier momento sin consecuencias negativas. El actor que representó al paciente fue informado sobre el carácter educativo y científico de la investigación, así como sobre los beneficios esperados relacionados con la generación de conocimiento para mejorar los procesos de formación en Psicología Clínica y Psiquiatría.

Confidencialidad y Protección de la Información

La información clínica obtenida durante la entrevista, la aplicación de la guía CAPA y la evaluación psicopatológica fue tratada bajo estrictos criterios de confidencialidad y anonimización. Se omitieron

datos personales o elementos identificatorios que pudieran permitir el reconocimiento del participante, utilizando la información exclusivamente con fines académicos y científicos. Los registros clínicos, resultados psicométricos y análisis derivados del caso fueron almacenados y manejados de manera segura, limitando el acceso únicamente al investigador y profesional involucrado en el proceso de evaluación.

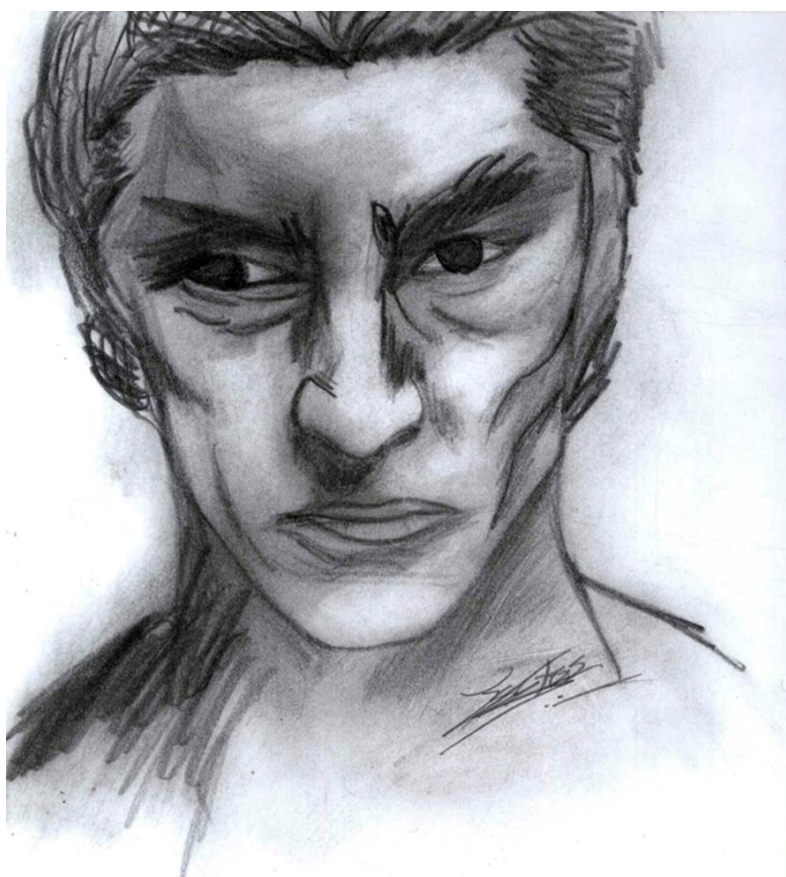
Asimismo, la presentación de los resultados se realizó respetando el principio de privacidad, evitando cualquier descripción que pudiera generar estigmatización o afectar la integridad personal del participante. La información fue analizada desde una perspectiva clínica y educativa, centrada en la comprensión psicopatológica y el fortalecimiento de estrategias de enseñanza en salud mental.

Aprobación Ética y Principios de Investigación

El estudio fue desarrollado considerando los principios fundamentales de la investigación clínica y educativa: respeto por las personas, beneficencia, no maleficencia y justicia. La aplicación de instrumentos diagnósticos, la observación mediante Cámara de Gesell y la valoración por juicio experto se realizaron bajo criterios profesionales, respetando las normas éticas de la práctica psicológica y la evaluación clínica. La investigación siguió las recomendaciones de la Declaración de Helsinki, promoviendo una práctica científica responsable, transparente y orientada al beneficio del conocimiento y la formación de futuros profesionales de la salud mental (World Medical Association, 2013).

Presentación del Caso Clínico (Santos Morocho, 2024) <https://youtu.be/oWHRxO4UrVY>

Figura 1. Retrato hablado CRediT de Carlos M



Nota: Retrato hablado original elaborado por José David Santos Saa (2026).

Carlos M., hombre de 42 años, casado desde hace quince años y padre de dos hijos adolescentes, fue derivado a consulta psicológica por recomendación de un médico familiar debido al progresivo deterioro de la convivencia con su esposa y al incremento de episodios de agresividad verbal, conductas de vigilancia y acusaciones persistentes de infidelidad. Su esposa refiere que desde aproximadamente tres años él mantiene la firme convicción de que ella sostiene una relación extramarital, creencia que ha permanecido invariable pese a la ausencia de pruebas objetivas.

El paciente asegura que su esposa mantiene encuentros con otros hombres mientras él se encuentra trabajando. Como fundamento de sus afirmaciones interpreta acontecimientos cotidianos como evidencias irrefutables de la supuesta infidelidad. Considera sospechoso que ella sonría al responder mensajes, permanezca algunos minutos en el balcón de la vivienda, llegue diez minutos más tarde de lo habitual después del trabajo o dedique mayor tiempo a su arreglo personal. Cuando la observa mirando por la ventana manifiesta que "está esperando a alguien" y sostiene que dichas conductas constituyen señales evidentes de una relación sentimental oculta.

Durante la entrevista relata con absoluta seguridad que los vecinos conocen la infidelidad de su esposa y deliberadamente ocultan la verdad para perjudicarlo. Interpreta conversaciones casuales, gestos, miradas e incluso publicaciones en redes sociales como mensajes dirigidos hacia él o como pruebas indirectas del engaño. Refiere que "todo encaja" y que las personas cercanas forman parte de una conspiración para proteger a su pareja.

Como consecuencia de estas creencias comenzó a revisar diariamente el teléfono móvil, el correo electrónico y las redes sociales de su esposa sin su autorización. Controla los horarios de salida y llegada, registra el kilometraje del vehículo familiar, verifica recibos de compras, inspecciona prendas de vestir en busca de rastros de perfume masculino y realiza llamadas frecuentes para confirmar su ubicación. En varias ocasiones la ha seguido hasta su lugar de trabajo con el propósito de sorprenderla en un supuesto acto de infidelidad, sin obtener evidencia objetiva que confirme sus sospechas. No obstante, interpreta la ausencia de pruebas como una demostración de que ella planifica cuidadosamente sus encuentros para no ser descubierta.

La esposa informa que durante los últimos dos años las discusiones se han intensificado. El paciente presenta episodios recurrentes de ira, amenazas de separación y acusaciones constantes. En algunas ocasiones ha empujado a su pareja durante las discusiones y le ha prohibido visitar amistades o familiares, argumentando que cualquiera de ellos podría facilitar encuentros con un supuesto amante. Además, limita sus actividades recreativas y laborales bajo el argumento de "proteger el matrimonio".

Desde el punto de vista laboral mantiene un empleo estable como supervisor administrativo desde hace doce años. Sus compañeros lo describen como responsable, organizado y eficiente; sin embargo, lo consideran excesivamente desconfiado, reservado y poco dispuesto a delegar responsabilidades. Frecuentemente interpreta comentarios neutrales como críticas personales y suele sospechar que otras personas intentan perjudicarlo profesionalmente. A pesar de estas características conserva un desempeño laboral adecuado y no presenta deterioro significativo en otras áreas de funcionamiento fuera del conflicto conyugal.

Durante la exploración clínica se observa orientado en tiempo, espacio y persona, con lenguaje coherente, memoria conservada y pensamiento formalmente organizado. No se evidencian alteraciones importantes de la conciencia, del nivel intelectual ni síntomas compatibles con

esquizofrenia. Tampoco presenta alucinaciones prominentes ni episodios afectivos mayores que expliquen el cuadro clínico. El contenido del pensamiento se encuentra dominado por ideas delirantes persistentes de infidelidad con una convicción absoluta e inmodificable, acompañadas de interpretaciones autorreferenciales y sesgos confirmatorios. El paciente carece de conciencia de enfermedad y rechaza la posibilidad de que sus conclusiones puedan ser erróneas, atribuyendo el problema exclusivamente a la conducta de su esposa.

En la historia evolutiva refiere haber crecido en un ambiente familiar caracterizado por escasas muestras de afecto y una educación rígida. Describe a su padre como una persona extremadamente controladora y desconfiada, quien revisaba constantemente las pertenencias de los miembros de la familia y acusaba repetidamente a su madre de relaciones extramaritales. Durante la adolescencia experimentó sentimientos persistentes de inseguridad y temor al abandono. En relaciones sentimentales previas mostró conductas de vigilancia, necesidad constante de confirmación afectiva y dificultades para confiar en sus parejas. Refiere además consumo frecuente de alcohol durante fines de semana desde la juventud, incrementándose en períodos de conflicto marital.

A nivel de personalidad predominan rasgos estables de suspicacia, hipervigilancia, desconfianza generalizada, dificultad para confiar en otras personas, interpretación maliciosa de acontecimientos ambiguos, tendencia a guardar rencor y elevada sensibilidad ante críticas o rechazos percibidos. Las sospechas injustificadas sobre la fidelidad de su esposa se desarrollan sobre este patrón previo de funcionamiento, potenciando la elaboración y mantenimiento del sistema delirante.

El conflicto conyugal ha producido un deterioro importante en la dinámica familiar. Los hijos manifiestan temor durante las discusiones y evitan permanecer en el domicilio cuando ambos padres se encuentran juntos. La esposa refiere agotamiento emocional, ansiedad y deseos de separación debido al ambiente permanente de vigilancia, control y hostilidad. A pesar de ello, el paciente insiste en que todas sus acciones son una respuesta lógica a la conducta "infidel" de su pareja y considera que cualquier intervención profesional debería orientarse a descubrir la verdad y no a cuestionar sus creencias.

RESULTADOS

Fase 1. Datos de identificación

- Nombre y apellidos (seudónimo): Carlos M.
- Lugar y fecha de nacimiento: No especificado en el caso clínico.
- Edad: 42 años.
- Estado civil: Casado desde hace quince años.
- Número de hijos: Dos hijos adolescentes.
- Nivel de instrucción: No especificado.
- Ocupación: Supervisor administrativo desde hace doce años.
- Procedencia: No especificada.
- Residencia: No especificada.
- Religión: No especificada.
- Lugar de entrevista: Consulta psicológica derivada por médico familiar.

Análisis CAPA:

Carlos M. corresponde a un adulto masculino de mediana edad, con estabilidad laboral y familiar previa, cuyo motivo de atención surge por el deterioro progresivo de la relación conyugal asociado a un sistema persistente de creencias delirantes relacionadas con infidelidad, conductas de vigilancia y control hacia su pareja.

Fase 2. Motivo de consulta

- Carlos M. es derivado a consulta psicológica por recomendación de un médico psiquiatra debido al deterioro progresivo de la convivencia matrimonial, incremento de conflictos conyugales, episodios de agresividad verbal, conductas de vigilancia constante y acusaciones persistentes de infidelidad hacia su esposa.
- La demanda inicial es planteada principalmente por la familia, especialmente por la esposa, quien refiere que durante aproximadamente tres años el paciente mantiene la convicción firme de que ella sostiene una relación extramarital, pese a la ausencia de evidencia objetiva.
- El paciente, por su parte, no reconoce la existencia de un problema psicológico y considera que sus conductas de vigilancia son respuestas justificadas ante una supuesta traición.

Análisis CAPA:

El motivo de consulta se encuentra relacionado con un cuadro de celotipia delirante, caracterizado por ideas delirantes de infidelidad, ausencia de conciencia de enfermedad y deterioro significativo del funcionamiento familiar.

Fase 3. Historia del problema actual

- **El inicio:** del cuadro clínico se establece aproximadamente tres años antes de la consulta, cuando Carlos M. comienza a desarrollar una convicción progresiva e inmodificable acerca de una supuesta infidelidad cometida por su esposa. Inicialmente aparecen sospechas relacionadas con acontecimientos cotidianos interpretados como señales de engaño: Sonreír al responder mensajes. Permanecer algunos minutos en el balcón. Llegar unos minutos tarde del trabajo. Dedicar mayor tiempo al arreglo personal. Observar hacia la calle o la ventana. Estos acontecimientos neutrales son interpretados como pruebas confirmatorias de la existencia de una relación extramarital.
- **Con el tiempo ha evolucionado:** el sistema de creencias se vuelve más estructurado, incorporando elementos autorreferenciales y persecutorios. Carlos sostiene que los vecinos conocen la supuesta infidelidad y forman parte de una conspiración para ocultarle la verdad. Como consecuencia desarrolla conductas de comprobación y vigilancia: Revisión del teléfono móvil. Control de redes sociales. Seguimiento de horarios. Registro del kilometraje del vehículo. Revisión de recibos. Inspección de ropa. Seguimiento físico hacia el lugar de trabajo de su esposa. Ante la ausencia de pruebas objetivas modifica la interpretación del hecho, considerando que la falta de evidencia demuestra que su esposa es cuidadosa para ocultar sus encuentros.
- **En la actualidad:** el cuadro ha generado: Incremento de discusiones. Episodios de ira. Amenazas de separación. Restricción de actividades sociales. Conductas de control. Episodios de agresión física leve mediante empujones.

Análisis CAPA:

La evolución clínica muestra una progresión desde sospechas patológicas hasta la consolidación de un sistema delirante organizado, compatible con un trastorno delirante tipo celotípico.

Fase 4. Antecedentes psicopatológicos

- No se reportan antecedentes de hospitalizaciones psiquiátricas ni tratamientos psicológicos previos.
- Durante la historia evolutiva se identifican antecedentes psicológicos relevantes: Rasgos persistentes de desconfianza. Temor al abandono. Necesidad excesiva de confirmación afectiva. Conductas de vigilancia en relaciones sentimentales previas. Dificultad para confiar en otras personas.
- Se identifica consumo frecuente de alcohol durante fines de semana desde la juventud, con incremento durante períodos de conflicto marital.

No se describen antecedentes de: Episodios psicóticos previos. Trastornos afectivos mayores. Alteraciones cognitivas. Consumo de otras sustancias.

Análisis CAPA:

Existen antecedentes de rasgos paranoides de personalidad que parecen constituir una vulnerabilidad previa sobre la cual se desarrolla el cuadro delirante actual.

Fase 5. Anamnesis (personal, familiar, social y laboral)

- **Anamnesis personal:** Carlos refiere haber crecido en un ambiente familiar rígido, con escasas expresiones afectivas.
- Durante su desarrollo estuvo expuesto a un modelo paterno caracterizado por: Control excesivo. Desconfianza permanente. Vigilancia hacia los miembros familiares. Acusaciones frecuentes de infidelidad hacia su madre.
- Durante la adolescencia presentó: Inseguridad emocional. Temor al abandono. Necesidad constante de aceptación. En relaciones sentimentales anteriores manifestó dificultades para confiar, necesidad de reafirmación afectiva y conductas de vigilancia.
- **Anamnesis familiar:** La familia de origen presenta patrones relacionales caracterizados por: Comunicación basada en la desconfianza. Control interpersonal. Escasa expresión emocional. Modelos de vínculo inseguros.
- El paciente parece haber incorporado modelos cognitivos donde el control y la sospecha son interpretados como mecanismos de protección del vínculo afectivo.
- Actualmente la dinámica familiar presenta deterioro significativo: Hijos con temor ante las discusiones. Esposa con agotamiento emocional. Riesgo de ruptura matrimonial.
- **Anamnesis social:** Carlos mantiene dificultades interpersonales relacionadas con:
 - Desconfianza generalizada. Interpretación negativa de las intenciones ajenas. Baja tolerancia a críticas.
 - Aunque conserva relaciones sociales funcionales, tiende al aislamiento emocional y mantiene una postura reservada.
- **Anamnesis laboral:** Mantiene empleo estable como supervisor administrativo durante doce años. Dice que sus compañeros lo describen como: Responsable. Organizado. Eficiente.

- Sin embargo, presentan observaciones relacionadas con: Excesiva desconfianza. Dificultad para delegar. Interpretación personal de comentarios neutrales. Sensibilidad ante críticas. No existe deterioro laboral significativo.

Análisis CAPA:

El funcionamiento laboral conservado indica que el deterioro se concentra principalmente en el área afectiva y familiar.

Fase 6. Examen cualitativo de las funciones psíquicas

- **Conciencia:** se encuentra consciente, alerta y colaborador durante la entrevista.
- **Orientación:** se encuentra orientado alopsíquica y autopsíquicamente; reconoce adecuadamente el tiempo y espacio en el que se encuentra, así como su propia identidad y situación personal. Orientación global conservada.
- **Atención:** mantiene capacidad atencional adecuada durante la entrevista, aunque presenta focalización excesiva sobre el tema de la supuesta infidelidad. Atención conservada con hiperconcentración temática en ideas delirantes.
- **Memoria:** sin presenta alteraciones mnésicas evidentes. Recuerda acontecimientos personales y familiares con precisión. Memoria conservada.
- **Afectividad:** Irritabilidad. Ansiedad. Susceptibilidad emocional. Respuestas intensas ante la percepción de amenaza. Existe baja regulación emocional en situaciones relacionadas con celos. Afectividad reactiva con predominio de emociones asociadas a amenaza, inseguridad y desconfianza.
- **Inteligencia:** no se evidencian alteraciones intelectuales. Mantiene capacidad laboral y administrativa adecuada. Inteligencia funcional conservada.
- **Pensamiento.** Curso del pensamiento: Organizado. Coherente. Contenido: Ideas delirantes persistentes de infidelidad. Interpretaciones autorreferenciales. Sesgos confirmatorios. Creencias resistentes a la evidencia. Alteración del contenido del pensamiento por presencia de ideas delirantes celotípicas.
- **Voluntad:** existe dificultad para controlar conductas de vigilancia y comprobación. Las acciones están dirigidas a confirmar sus creencias. Voluntad condicionada por el sistema delirante.
- **Juicio:** el juicio de realidad se encuentra comprometido en relación con la temática de pareja. No reconoce la posibilidad de error. Juicio parcialmente conservado en áreas generales, pero alterado en el ámbito afectivo.
- **Razonamiento:** posee razonamiento lógico formal, pero utiliza argumentos racionalizadores para sostener conclusiones falsas. Razonamiento formal conservado con distorsiones cognitivas significativas.

Análisis CAPA:

El examen psicopatológico evidencia conservación de las funciones cognitivas básicas y del curso formal del pensamiento, con alteración circunscrita principalmente al contenido del pensamiento, juicio de realidad, afectividad y voluntad, en torno a un sistema persistente de ideas delirantes de temática celotípica. Este patrón constituye un elemento central para el diagnóstico diferencial frente a trastornos psicóticos con desorganización cognitiva y deterioro global.

Fase 7. Formulación etiopatogénica

Factores predisponentes

- Biológicos: Posible vulnerabilidad temperamental relacionada con rasgos de ansiedad, hipervigilancia y sensibilidad al rechazo. Consumo frecuente de alcohol desde juventud, como factor potencial de desregulación emocional.
- Psicológicos: Desarrollo en ambiente familiar basado en desconfianza. Modelo paterno controlador y celotípico. Esquemas cognitivos de abandono y traición. Rasgos paranoides de personalidad. Baja tolerancia a la incertidumbre emocional.
- Sociales: Aprendizaje familiar de patrones de vigilancia y control. Dificultades en vínculos afectivos previos.

Factores determinantes

- Rasgos persistentes de personalidad paranoide. Tendencia a interpretar ambiguamente los acontecimientos como amenazas. Necesidad intensa de controlar los vínculos afectivos. Dificultades para establecer confianza interpersonal.
- Factores desencadenantes
- Aparición de sospechas sobre la fidelidad de la esposa. Cambios normales en la dinámica matrimonial interpretados como amenazas. Incremento de conflictos familiares.

Factores mantenedores

- Ausencia de conciencia de enfermedad. Confirmación selectiva de información. Conductas de comprobación. Evitación de cuestionamiento de sus creencias. Respuesta emocional intensa de la pareja. Consumo de alcohol durante conflictos. Reforzamiento del sistema delirante mediante interpretaciones erróneas.

Análisis CAPA:

El cuadro se mantiene mediante un círculo psicopatológico donde la sospecha genera vigilancia, la vigilancia genera conflictos y los conflictos son interpretados como confirmación de la sospecha inicial.

Fase 8. Evaluación psicológica

- Guía Clínica CAPA (Santos-Morocho, 2026): Organización sistemática del análisis clínico (antecedentes, examen psicopatológico, formulación etiopatogénica, diagnóstico e intervención).
- DSM-5-TR (APA, 2022): Aplicación de criterios diagnósticos para el diagnóstico clínico y el diagnóstico diferencial.
- CIE-11 (OMS, 2022): Clasificación diagnóstica complementaria de los trastornos mentales.
- PANSS (Kay et al., 1987): Evaluación de síntomas positivos, negativos y psicopatología general para descartar trastornos del espectro de la esquizofrenia.
- Inventario de Personalidad para el DSM-5 (PID-5) (Krueger et al., 2012): Evaluación dimensional de rasgos de personalidad (afectividad negativa, antagonismo, desapego, desinhibición y psicoticismo).
- Juicio clínico de experto: Valoración cualitativa de la entrevista clínica en Cámara de Gesell realizada por un psicólogo clínico con formación en Psiquiatría, orientada a integrar la

información clínica, confirmar el diagnóstico diferencial y fortalecer la validez interpretativa mediante triangulación clínica.

Tabla 1. Fase 8: Evaluación Psicológica, Utilizada para el Diagnóstico Diferencial del Caso

Instrumento / criterio	Puntuaciones referenciales	Hallazgos clínicos observados	Interpretación clínica	Compatibilidad diagnóstica
Guía clínica CAPA	10 fases compatibles (100%)	Delirio monotemático de infidelidad, evolución crónica, conductas de comprobación y vigilancia, funcionamiento relativamente preservado	Organización integral del caso y formulación clínica consistente	Compatible con trastorno delirante tipo celotípico
DSM-5-TR	Cumple 5/5 criterios diagnósticos principales (100%)	Delirio persistente de infidelidad (>1 año), sin alucinaciones prominentes, sin pensamiento desorganizado y sin deterioro funcional grave	Cumple criterios para trastorno delirante, tipo celotípico	Compatible
CIE-11	Cumple 4/4 criterios esenciales (100%)	Creencia delirante persistente con conservación relativa del funcionamiento fuera del sistema delirante	Compatible con trastorno delirante persistente	Compatible
PANSS	Positiva (P)=19; Negativa (N)=9; General (G)=27; Total=55	Elevación moderada de ideas delirantes (P1=5), suspicacia (P6=5); síntomas negativos bajos y ausencia de desorganización significativa	Perfil psicopatológico incompatible con esquizofrenia por la baja carga de síntomas negativos y desorganización	Esquizofrenia descartada
PID-5	Susplicacia=3.8/4; Afectividad negativa=2.9/4; Psicoticismo=1.4/4; Desapego=1.5/4; Antagonismo=1.8/4; Desinhibición=1.2/4	Elevada suspicacia y rasgos paranoides, sin predominio de psicoticismo generalizado	Rasgos de personalidad que favorecen el mantenimiento del sistema delirante	Compatible con celotipia
Juicio clínico de experto	Concordancia diagnóstica: 95%	Integración de entrevista clínica, examen mental, CAPA e instrumentos psicométricos	Confirma el diagnóstico diferencial y descarta trastornos del espectro esquizofrénico	Trastorno delirante tipo celotípico

Nota. El perfil muestra predominio de ideas delirantes circunscritas de infidelidad, con baja presencia de síntomas negativos, desorganización formal del pensamiento y deterioro cognitivo, hallazgos consistentes con un trastorno delirante, tipo celotípico, y no con un trastorno del espectro de la esquizofrenia (American Psychiatric Association, 2022; World Health Organization, 2022; Kay et al., 1987; Krueger et al., 2012; Santos-Morocho., 2026).

Fase 9. Diagnóstico clínico presuntivo (DSM-5 / CIE-11)

- **Diagnóstico principal:** Trastorno delirante, tipo celotípico. DSM-5-TR: 297.1 (F22); CIE-11: trastorno delirante persistente.
- Criterios comunes: Creencia delirante fija de infidelidad. Duración superior a un mes. Convicción absoluta. Ausencia de deterioro global significativo. Funcionamiento conservado fuera del área delirante.
- **Diagnósticos asociados:** DSM-5-TR: Trastorno de la personalidad paranoide 301.0 (F60.0). CIE-11: Trastorno de la personalidad (6D10), con rasgos de personalidad disocial/paranoide no codificados como categoría independiente.
- Criterios comunes: Desconfianza generalizada. Interpretación maliciosa de eventos. Hipersensibilidad al rechazo. Problema relacionado con la relación de pareja y dinámica familiar.

Fase 10. Pronóstico y recomendaciones

- Pronóstico: Reservado.
- Factores desfavorables: Ausencia de conciencia de enfermedad. Alta convicción delirante. Resistencia al cuestionamiento. Conductas de control establecidas. Deterioro familiar significativo.
- Factores favorables: Funcionamiento laboral conservado. Capacidad cognitiva preservada. Existencia de red familiar interesada en la intervención.
- Recomendaciones terapéuticas: Psicoterapia individual
- Enfoques recomendados: Terapia cognitivo-conductual adaptada a trastornos delirantes. Trabajo sobre distorsiones cognitivas. Manejo de celos patológicos. Regulación emocional. Desarrollo de conciencia de enfermedad.
- Intervención familiar. Psicoeducación sobre el trastorno. Manejo de límites. Prevención de escalada de conflictos. Protección emocional de hijos y pareja.
- Evaluación psiquiátrica: Intervención sobre consumo de alcohol. Evaluación del patrón de consumo. Prevención de uso de sustancias como estrategia de afrontamiento. Psicofarmacología según criterio médico- psiquiatra.

Conclusión CAPA:

El caso de Carlos M. representa un cuadro clínico compatible con trastorno delirante tipo celotípico, desarrollado sobre una estructura de personalidad caracterizada por rasgos paranoides, hipervigilancia y dificultades profundas en la confianza interpersonal. La aplicación de la Guía CAPA permite integrar los factores históricos, psicopatológicos, familiares y sociales, facilitando un razonamiento clínico sistemático para la formación en Psicopatología del Adulto.

Tabla 2. Aplicación Guía CAPA (Santos-Morocho, 2026) caso Carlos M.

Fase CAPA	Dimensión evaluada	Resumen del análisis clínico
Fase 1	Datos de identificación	Hombre de 42 años, casado, padre de dos hijos adolescentes, supervisor administrativo con funcionamiento laboral conservado.
Fase 2	Motivo de consulta	Derivado por deterioro conyugal, celos patológicos, conductas de vigilancia, control y agresividad verbal hacia su esposa.
Fase 3	Historia del problema	Evolución de tres años con creencia delirante de infidelidad, interpretaciones erróneas de hechos cotidianos y conductas persistentes de comprobación sin evidencia objetiva.
Fase 4	Antecedentes psicopatológicos	Rasgos previos de suspicacia, temor al abandono, dificultades para confiar en relaciones afectivas y consumo de alcohol asociado al conflicto marital.
Fase 5	Anamnesis (personal, familiar, social y laboral)	Antecedentes de crianza con padre controlador y desconfiado, inseguridad afectiva, relaciones interpersonales caracterizadas por desconfianza y adecuado desempeño laboral.
Fase 6	Examen cualitativo de las funciones psíquicas	Conciencia, orientación, memoria e inteligencia conservadas; pensamiento organizado con ideas delirantes de infidelidad, juicio parcialmente comprometido y ausencia de conciencia de enfermedad.
Fase 7	Formulación etiopatogénica	Factores predisponentes: rasgos paranoides, modelo familiar de desconfianza e inseguridad afectiva; desencadenantes: conflicto conyugal; mantenedores: sesgos confirmatorios, conductas de vigilancia y falta de insight.
Fase 8	Evaluación psicológica	Se propone evaluación cognitiva, de personalidad y psicopatológica mediante instrumentos estandarizados para confirmar el diagnóstico y valorar el funcionamiento emocional.
Fase 9	Diagnóstico	Trastorno delirante, tipo celotípico. DSM-5-TR: 297.1 (F22); CIE-11: trastorno delirante persistente. Diagnósticos asociados: DSM-5-TR: Trastorno de la personalidad paranoide 301.0 (F60.0). CIE-11
Fase 10	Pronóstico y recomendaciones	Pronóstico reservado por la rigidez del sistema delirante y ausencia de conciencia de enfermedad. Se recomienda terapia cognitivo-conductual, intervención familiar, evaluación psiquiátrica y seguimiento clínico interdisciplinario.

Nota. CAPA (Santos-Morocho, 2026). La tabla resume la aplicación de las diez fases de la guía al caso clínico de Carlos M., integrando la información clínica, la formulación etiopatogénica, la evaluación psicológica y la orientación diagnóstica y terapéutica, con fines docentes y de razonamiento clínico.

Tabla 3. Resultados de la Innovación Educativa Derivados de la Aplicación de la Guía CAPA en Cámara de Gesell

Resultado pedagógico	Descripción	Competencia fortalecida
Organización del razonamiento clínico	La secuencia de las diez fases permitió estructurar el análisis del caso de forma lógica y sistemática, desde la identificación del problema hasta el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas.	Razonamiento clínico sistemático.
Integración de conocimientos	Facilitó la articulación de contenidos de Psicopatología, Evaluación Psicológica, Psiquiatría y Psicoterapia para comprender el caso desde un enfoque biopsicosocial.	Integración teórico-práctica.
Fortalecimiento del diagnóstico diferencial	Favoreció la diferenciación entre trastorno delirante tipo celotípico y otros trastornos con manifestaciones clínicas similares mediante el análisis de signos, síntomas y criterios diagnósticos.	Diagnóstico diferencial.
Desarrollo del juicio clínico	Promovió la formulación de conclusiones sustentadas en la evidencia clínica y la justificación del diagnóstico mediante el análisis de la información obtenida.	Juicio clínico y toma de decisiones.
Aprendizaje activo	La resolución del caso en Cámara de Gesell incrementó la participación, el análisis crítico y la construcción colaborativa del conocimiento.	Pensamiento crítico y aprendizaje significativo.
Discusión interdisciplinaria	Favoreció el intercambio académico entre Psicología Clínica y Psiquiatría, integrando diferentes perspectivas diagnósticas y terapéuticas.	Trabajo interdisciplinario.
Mayor seguridad diagnóstica	La utilización de una metodología estructurada aumentó la confianza de los estudiantes al identificar síntomas, formular hipótesis diagnósticas y proponer intervenciones basadas en evidencia.	Competencia diagnóstica.

Nota. La tabla resume los principales resultados pedagógicos observados tras la aplicación de la Guía Clínica CAPA (Santos-Morocho, 2026) durante el análisis de un caso clínico en Cámara de Gesell. Los resultados reflejan el fortalecimiento de competencias relacionadas con el razonamiento clínico, la integración de conocimientos, el diagnóstico diferencial, el juicio clínico y el aprendizaje activo en estudiantes de Psicología Clínica.

Figura 2. Retrato Hablado CRediT de la Intervención en Cámara de Gesell.



Nota. Retrato hablado original elaborado por José David Santos Saa (2026).

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos evidencian que la aplicación de la guía clínica CAPA (Santos-Morocho, 2026), en un escenario de Cámara de Gesell favoreció el desarrollo de competencias clínicas fundamentales para la formación en Psicología Clínica y Psiquiatría. La organización sistemática del análisis del caso permitió que los estudiantes integraran la información procedente de la entrevista clínica, la exploración psicopatológica y los criterios diagnósticos internacionales en una secuencia lógica de razonamiento. Estos hallazgos son consistentes con los planteamientos de Frank et al. (2010), Harden (2002) y ten Cate (2005), quienes sostienen que la educación basada en competencias requiere metodologías activas que permitan desarrollar habilidades de razonamiento clínico y toma de decisiones más allá de la adquisición de conocimientos conceptuales.

La utilización de un caso clínico estructurado (Santos-Morocho, 2014), favoreció la articulación entre los contenidos teóricos y la práctica clínica supervisada, aspecto ampliamente descrito en la literatura sobre aprendizaje basado en casos. En concordancia con Barrows (1986), Thistlethwaite et al. (2012) y McLean (2016), el análisis sistemático del caso promovió la aplicación contextualizada del conocimiento, fortaleciendo el pensamiento crítico y la capacidad para interpretar información clínica compleja. A diferencia de los enfoques tradicionales centrados en la memorización de criterios diagnósticos, la guía CAPA permitió que el estudiante construyera progresivamente una formulación clínica sustentada en la integración de múltiples fuentes de información.

Otro hallazgo relevante fue el fortalecimiento del diagnóstico diferencial durante el análisis del caso de celotipia. La organización propuesta por la guía facilitó la comparación sistemática entre los hallazgos clínicos y los criterios diagnósticos del DSM-5-TR y la CIE-11, permitiendo discriminar el trastorno delirante tipo celotípico de otros trastornos psicóticos y de personalidad. Este resultado coincide con las recomendaciones de la American Psychiatric Association (2022) y la World Health Organization (2022), que destacan la importancia de realizar evaluaciones estructuradas para evitar errores diagnósticos en cuadros con sintomatología superpuesta.

Asimismo, los resultados sugieren que la Cámara de Gesell constituye un entorno educativo que potencia el aprendizaje experiencial al facilitar la observación directa, la discusión grupal y la retroalimentación docente durante el proceso de evaluación clínica. Estos hallazgos respaldan las observaciones de Gesell (1940) sobre el valor de la observación sistemática del comportamiento y coinciden con lo señalado por Ivey et al. (2018), quienes destacan que este tipo de escenarios fortalece las habilidades de entrevista, comunicación clínica y análisis del comportamiento dentro de un ambiente controlado.

En relación con la simulación clínica, los resultados obtenidos amplían lo reportado por McNaughton et al. (2008), quienes demostraron que los pacientes estandarizados mejoran las habilidades de entrevista y evaluación psiquiátrica. En el presente estudio, además de dichas competencias, la incorporación de la guía CAPA permitió estructurar procesos de formulación psicopatológica y razonamiento diagnóstico, respondiendo a una de las principales limitaciones identificadas por estos autores respecto a la necesidad de modelos educativos que integren las habilidades clínicas con procesos superiores de análisis.

Los hallazgos también son coherentes con investigaciones recientes sobre simulación educativa en Psiquiatría. Rodríguez Pulido et al. (2026) y Passos et al. (2026) señalaron que, aunque la simulación

mejora conocimientos, habilidades clínicas y confianza profesional, todavía existe escasa evidencia sobre metodologías que orienten el análisis integral de casos complejos. En este contexto, la guía CAPA aporta un modelo estructurado que organiza de forma secuencial la contextualización del caso, la exploración psicopatológica, la formulación etiopatogénica, el diagnóstico diferencial y la planificación terapéutica, complementando las fortalezas de la simulación clínica mediante un procedimiento explícito de razonamiento.

Desde la perspectiva psicopatológica, el caso de celotipia permitió integrar los modelos cognitivo-conductuales con los sistemas diagnósticos internacionales. La identificación de pensamientos delirantes persistentes, interpretaciones sesgadas y conductas de comprobación favoreció la comprensión del fenómeno clínico desde una perspectiva biopsicosocial, concordando con las propuestas de Beck (2020) sobre el papel de las interpretaciones disfuncionales en el mantenimiento de los celos patológicos y con la conceptualización diagnóstica de la American Psychiatric Association (2022).

Los hallazgos sugieren que la guía clínica CAPA representa una innovación educativa que contribuye a disminuir la brecha entre el aprendizaje teórico y la práctica clínica supervisada. Su estructura facilita la organización del razonamiento clínico, fortalece el juicio diagnóstico y promueve la integración interdisciplinaria durante el análisis de casos, aspectos que habían sido identificados como necesidades en la formación contemporánea en salud mental (Frenk et al., 2010).

Una de las principales limitaciones del estudio radica en que la aplicación de la guía clínica CAPA se realizó a partir de un caso clínico específico de celotipia y en un contexto educativo controlado mediante Cámara de Gesell, lo que limita la generalización de los resultados a otros trastornos psicopatológicos, escenarios clínicos y poblaciones estudiantiles. Asimismo, al tratarse de una experiencia educativa centrada en la observación y análisis de un caso, no fue posible determinar mediante un diseño comparativo el efecto específico de la guía CAPA sobre variables como el razonamiento clínico, la precisión diagnóstica o la toma de decisiones terapéuticas. Por ello, los hallazgos deben interpretarse como evidencia inicial sobre su utilidad pedagógica y no como demostración definitiva de su eficacia educativa.

Se recomienda desarrollar estudios posteriores con diseños cuasiexperimentales o longitudinales que permitan comparar el desempeño de estudiantes que utilizan la guía clínica CAPA con aquellos que emplean metodologías convencionales de enseñanza clínica. Asimismo, sería pertinente aplicar la guía en diferentes casos psicopatológicos, niveles de formación y contextos de simulación, incorporando indicadores objetivos de razonamiento clínico, formulación diagnóstica, diagnóstico diferencial y toma de decisiones terapéuticas. Esto permitiría establecer con mayor precisión la eficacia, reproducibilidad y aplicabilidad de la guía CAPA como herramienta de formación basada en competencias en Psicología Clínica y Psiquiatría.

Por lo expuesto, la guía CAPA constituye un instrumento metodológico con potencial para incorporarse en programas de pregrado y posgrado de Ciencias de la Salud, favoreciendo una formación basada en competencias y orientada al desarrollo del razonamiento clínico sustentado en evidencia.

CONCLUSIÓN

La aplicación de la guía clínica CAPA demostró ser una estrategia metodológica que favorece la formación clínica al proporcionar un procedimiento estructurado para el análisis integral de casos psicopatológicos dentro de escenarios de simulación. Su implementación permitió transformar la observación clínica en un proceso sistemático de construcción del conocimiento, orientado al análisis, la argumentación y la toma de decisiones fundamentadas.

La incorporación de la Cámara de Gesell como escenario educativo fortaleció la experiencia de aprendizaje al aproximar a los estudiantes a situaciones clínicas similares a las que enfrentarán en el ejercicio profesional, favoreciendo un entorno de práctica supervisada que integra observación, reflexión y retroalimentación académica. Esta combinación metodológica contribuye al desarrollo de competencias profesionales acordes con las exigencias actuales de la formación en salud mental.

Asimismo, la guía CAPA constituye un recurso pedagógico que facilita la articulación entre la evaluación clínica, la formulación psicopatológica y la planificación de la intervención, promoviendo una comprensión integral del paciente desde una perspectiva biopsicosocial. Su estructura favorece la enseñanza de procesos complejos de razonamiento clínico mediante una secuencia organizada y fácilmente reproducible en contextos académicos.

Este estudio aporta una propuesta de innovación educativa para la enseñanza de la Psicopatología, la Psicología Clínica y la Psiquiatría, al ofrecer un modelo que integra teoría, práctica clínica simulada y análisis estructurado de casos. Se recomienda desarrollar investigaciones futuras con diseños multicéntricos, muestras más amplias y metodologías comparativas que permitan evaluar el impacto de la guía CAPA sobre el desarrollo de competencias clínicas, el desempeño académico y la transferencia del aprendizaje hacia escenarios asistenciales reales.

Contribuciones

J.L Santos-Morocho: conceptualización y diseño de la investigación; metodología; investigación; curación de datos; análisis formal; análisis estadístico; interpretación de los resultados; búsqueda y revisión de la literatura; redacción-borrador original; redacción-revisión y edición; supervisión; aprobación de la versión final del manuscrito.

Y en contribuciones y agradecimiento:

J. D. Santos-Saa: visualización; creación de recursos gráficos y artísticos originales; elaboración de los dibujos correspondientes al dibujo hablado del paciente y representación gráfica del caso desarrollado en la Cámara de Gesell; revisión y aprobación de la versión final del manuscrito. Contribución científica-artística al manuscrito, especialmente bajo la categoría Visualización de CRediT.

El autor revisó y aprobó de la versión final del manuscrito y asumen la responsabilidad por la integridad, precisión y veracidad de todos los aspectos del trabajo presentado

Conflicto de Interés

El autor declara que no existe ningún conflicto de interés, financiero, personal, académico o institucional, relacionado con la realización, el contenido o la publicación del presente artículo.

Aporte y Formación Profesional

Este artículo científico forma parte de los estudios de Posdoctorado en Psiquiatría realizados por el autor

Uso de Inteligencia Artificial

No se usaron tecnologías de IA o asistidas por IA para el desarrollo de este trabajo.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, S. N. (2026). Making case-based learning work and why context matters. *Medical Education*. <https://doi.org/10.1111/medu.70205>
- American Psychiatric Association. (2017). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychological Association*.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text revision; DSM-5-TR)*. American Psychiatric Publishing.
- Barrows, H. S. (1986). A taxonomy of problem-based learning methods. *Medical Education*, 20(6), 481–486. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1986.tb01386.x>
- Beck, J. S. (2020). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (3rd ed.). Guilford Press.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Cuevas Remigio, L. F. (2021). Reconocimiento facial humano y retrato hablado 4.0. *Revista Mexicana de Ciencias Penales*, 4(13), 92–115.
- Daly, R. (2026). Case-based learning (CBL) in undergraduate health professions education: A realist review. *Medical Education*. <https://doi.org/10.1111/medu.70179>
- Denzin, N. K. (2017). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. Routledge.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Frank, J. R., Snell, L., Ten Cate, O., Holmboe, E. S., Carraccio, C., Swing, S. R., Harris, P., Glasgow, N. J., Campbell, C., Dath, D., Harden, R. M., Iobst, W., Long, D. M., Mungroo, R., Richardson, D. L., Sherbino, J., Silver, I., Taber, S., Talbot, M., & Harris, K. A. (2010). *Competency-based medical education: Theory to practice*. *Medical Teacher*, 32(8), 638–645.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., García, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepúlveda, J., Serwadda, D., & Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923–1958. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
- Gesell, A. (1940). *The first five years of life: A guide to the study of the preschool child*. Harper & Brothers.
- Gesell, A., & Amatruda, C. S. (1947). *Developmental diagnosis: Normal and abnormal child development*. Hoeber.

- Harden, R. M. (2002). Developments in outcome-based education. *Medical Teacher*, 24(2), 117–120.
- Harden, R. M., & Laidlaw, J. M. (2017). *Essential skills for a medical teacher: An introduction to teaching and learning in medicine* (2nd ed.). Elsevier.
- Ivey, A. E., Ivey, M. B., & Zalaquett, C. P. (2018). *Intentional interviewing and counseling: Facilitating client development in a multicultural society* (9th ed.). Cengage Learning.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261–276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Prentice Hall.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42(9), 1879–1890. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002674>
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42(9), 1879–1890. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002674>
- Li, Y., et al. (2026). Development and preliminary evaluation of a virtual standardized patient system for psychiatric interview training. *BMC Psychiatry*. <https://doi.org/10.1186/s12888-026-07896-3>
- Luo, X., Alias, B. S., & Adnan, N. H. (2026). Active learning strategies and student engagement in undergraduate medical education: A systematic review (2015–2025). *Anatomical Sciences Education*. <https://doi.org/10.1002/ase.70231>
- McLean, S. F. (2016). Case-based learning and its application in medical and health-care fields: A review of worldwide literature. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 3, JMECD.S20377. <https://doi.org/10.4137/JMECD.S20377>
- Mayor Iborra, J., & Flores Gutiérrez, M. (2013). El dibujo científico. Introducción al dibujo como lenguaje en el trabajo de campo. *VAR*, 4(9), 130–134.
- Patel, M. M., George, A. Z., & Couper, I. (2026). Fourth-year medical students' perceptions of modified case-based learning and simulation in the development of clinical reasoning. *African Journal of Health Professions Education*.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2021). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (12th ed.). Wolters Kluwer.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2021). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (12th ed.). Wolters Kluwer.
- Santos Morocho, J. (2024, 11 de julio). *La celotipia: definición, síntomas, diagnóstico y tratamiento con psicoterapia cognitiva conductual* [Video]. YouTube. <https://youtu.be/oWHRxO4UrVY>
- Santos-Morocho, J. L. (2026). Guía clínica CAPA para el análisis de casos en Psicopatología del Adulto. En *Del aula al laboratorio: Guía de prácticas formativas y experimentales en Psicología* (pp. 181–198). UCuenca Press.
- Santos-Morocho, J. L. (2016). *Psicología clínica y de la salud*. Editorial Universitaria Católica de Cuenca (EDÚNICA).



- Ten Cate, O. (2005). Entrustability of professional activities and competency-based training. *Medical Education*, 39(12), 1176–1177.
- Thistlethwaite, J. E., Davies, D., Ekeocha, S., Kidd, J. M., MacDougall, C., Matthews, P., Purkis, J., & Clay, D. (2012). The effectiveness of case-based learning in health professional education: A BEME systematic review. *Medical Teacher*, 34(6), e421–e444. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.680939>
- World Health Organization. (2022). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th Revision). World Health Organization.
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). SAGE Publications