CUANDO UNA SESIÓN ES SUFICIENTE

Fundamentos clínicos, filosóficos y tecnológicos de un sistema de atención en salud mental

Psic. Iván Molina Ávila

Psicólogo Clínico

IMSS Clínica 58, León, Guanajuato

Delegación Regional de Educación, Acámbaro, Guanajuato

León, Guanajuato, México — 2026

Service Menthal Care — Manual de Implementación Clínica

Versión 1.0 · Guanajuato, México

© 2026 Psic. Iván Molina Ávila — Licencia CC BY-NC 4.0

Esta obra se distribuye bajo la licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0 Internacional (CC BY-NC 4.0). Puedes copiarla, distribuirla y adaptarla citando al autor; no puede utilizarse con fines comerciales. Licencia completa: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es

Para citar esta obra:

Molina Ávila, I. (2026). Cuando una sesión es suficiente: Fundamentos clínicos, filosóficos y tecnológicos de un sistema de atención en salud mental. León, Guanajuato, México.

Registro ante INDAUTOR en trámite | Folio interno: IMA-SMC-2026-001

NOTA SOBRE LA NATURALEZA DE ESTA OBRA

Este libro no es un manual clínico ni un documento técnico de software, aunque contiene a ambos. Es la obra integradora de una serie de cuatro volúmenes: recupera los saberes nacidos en la práctica —el triage escalonado, el Modelo de Sesión Única Esencial y las jornadas de fin de semana— y los coloca en el marco que les da sentido: la tesis de que cada encuentro clínico, por breve que sea, puede ser suficiente.

Los protocolos operativos se desarrollan en profundidad en sus volúmenes compañeros; aquí se recuperan como conocimiento vivido —casos, dilemas, decisiones— y se piensan como sistema. Lo que sigue es a la vez memoria clínica, reflexión filosófica y propuesta tecnológica.

ÍNDICE

Prólogo **5**

PRIMERA PARTE — EL PROBLEMA **7**

Cap. 1: El Abismo entre la Demanda y la Oferta 8

Cap. 2: Lo Que el Sistema Nos Pide que Ignoremos 10

Cap. 3: El Tiempo del Clínico Como Recurso Finito 12

SEGUNDA PARTE — LOS FUNDAMENTOS **14**

Cap. 4: El DSM-5 Como Mapa, No Como Destino 15

Cap. 5: La EEAG y el Arte de Medir lo que no se Puede Pesar 17

Cap. 6: Atención Escalonada: La Justicia Clínica Como Sistema 20

TERCERA PARTE — LOS PROTOCOLOS **21**

Cap. 7: El Protocolo por Niveles: Guía Clínica Completa 22

Cap. 8: Cuando Solo Hay Una Oportunidad: El Modelo de Sesión Única Esencial 25

Cap. 9: Los Fines de Semana También Hay Crisis: El Protocolo Intensivo 28

Cap. 10: La Evidencia Detrás de Cada Intervención 31

CUARTA PARTE — LA PLATAFORMA **33**

Cap. 11: Por Qué Tuve que Construir una Herramienta 34

Cap. 12: Arquitectura de Service Menthal Care 36

Cap. 13: Los Ocho Módulos: Un Recorrido Clínico 38

Cap. 14: El Motor Diagnóstico: Criterios, No Probabilidades 41

Cap. 15: Lo Que la Plataforma Hace por el Profesional 42

QUINTA PARTE — EL HORIZONTE **44**

Cap. 16: Lo que Falta: Visión y Hoja de Ruta 45

Cap. 17: Sobre la Co-creación Humana e Inteligencia Artificial 47

Cap. 18: Una Carta a los Psicólogos Clínicos de México 49

APÉNDICES **51**

Apéndice A: Instrumentos Psicométricos Integrados 52

Apéndice B: Formatos Clínicos de Registro 54

Apéndice C: Técnicas Psicoterapéuticas por Trastorno y Nivel de Evidencia 56

Referencias Bibliográficas **57**

Declaración de Autoría y Originalidad **60**

PRÓLOGO

De la Frustración a la Construcción

Hay una escena que se repite en cualquier clínica de salud mental con alta demanda. El psicólogo llega a las ocho de la mañana con diecisiete pacientes citados. Sabe que la mitad llegará tarde, que tres o cuatro habrán cancelado sin avisar, y que aparecerán dos o tres sin cita porque estaban en crisis el fin de semana.

También sabe que cada paciente que atiende requiere una nota en el expediente, que esa nota tiene que cumplir la NOM-004-SSA3-2012, que tiene que incluir diagnóstico diferencial con criterios del DSM-5, plan de tratamiento, observaciones clínicas y firma con cédula. Y que escribir esa nota, bien hecha, tarda entre quince y veinte minutos.

Haciendo la matemática: si atiende doce pacientes efectivos en una jornada de ocho horas, y cada expediente tarda veinte minutos en documentarse adecuadamente, eso son cuatro horas de documentación. Cuatro horas que no están siendo de atención. Cuatro horas en las que el paciente que necesita ser escuchado está esperando.

En ese contexto nació este trabajo.

No fue un proyecto académico planificado. Fue la respuesta práctica de alguien que veía esa situación todos los días y decidió hacer algo al respecto. Los protocolos aquí documentados no emergieron de una biblioteca: emergieron de la sala de espera. Los módulos de la plataforma tecnológica no surgieron de una reunión de diseño de producto: surgieron de la necesidad de hacer más en menos tiempo sin sacrificar calidad.

Este libro tiene tres objetivos entrelazados:

1. Documentar formalmente el sistema clínico que ha sido desarrollado para la atención en salud mental en contextos de alta demanda. Ese sistema incluye un protocolo por niveles de atención basado en criterios DSM-5 y EEAG, un modelo de terapia de sesión única con estructura de cuarenta minutos, y un protocolo intensivo para jornadas de fin de semana en segundo nivel.

2. Explicar en profundidad —para el profesional, para el gestor de salud, para el legislador, para el curioso— qué es Service Menthal Care, por qué fue concebida así, cómo funciona internamente, y qué beneficios concretos representa para el psicólogo clínico que la usa.

3. Reflexionar sobre lo que significa ser psicólogo clínico en México hoy: las limitaciones estructurales del sistema, la urgencia de herramientas que amplíen la cobertura sin comprometer la dignidad de la atención, y el papel que puede jugar la tecnología —desarrollada desde la clínica, no desde el mercado— en ese proceso.

El título de este libro —Cuando una sesión es suficiente— no es solo una referencia al modelo de Terapia de Sesión Única. Es también una declaración filosófica: cada encuentro clínico, por breve que sea, puede ser suficiente para algo. Para que alguien se sienta escuchado. Para que una crisis no derive en hospitalización. Para que un diagnóstico que se ignoraba durante años finalmente sea nombrado. La brevedad no es el enemigo de la profundidad. A veces, la brevedad es lo único posible, y lo posible puede ser suficiente.

Este libro y sus compañeros

Esta obra es la integradora de una serie de cuatro volúmenes del mismo autor. Los protocolos que aquí se narran —el triage escalonado, el Modelo de Sesión Única Esencial y las jornadas de fin de semana— se desarrollan como manuales operativos en sus libros compañeros; aquí se recuperan como saber vivido y se piensan como sistema. Ningún capítulo de protocolos de este libro sustituye a su manual: lo presenta, lo fundamenta y remite a él.

Psic. Iván Molina Ávila

León, Guanajuato · 2026

PRIMERA PARTE

EL PROBLEMA

Capítulo 1
El Abismo entre la Demanda y la Oferta

El Abismo entre la Demanda y la Oferta

Existen cifras que son tan grandes que se vuelven abstractas. Decir que los trastornos mentales afectan a más de 970 millones de personas en el mundo (OMS, 2022) produce en el lector el mismo efecto que decir que la distancia de la Tierra al Sol son 150 millones de kilómetros: la información es verdadera pero no produce imagen mental, no genera visceralmente lo que debería generar.

Hagamos el número más pequeño. Más manejable. Más humano.

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica documentó 26.1 por ciento de prevalencia de vida para cualquier trastorno mental —aproximadamente uno de cada cuatro mexicanos— y mostró que solo 24 por ciento de los casos graves recibe algún servicio (Medina-Mora et al., 2007; Medina-Mora et al., 2005). De esas personas sin atención, la mayoría no carece de necesidad ni de voluntad: carece de un sistema con capacidad para recibirlas.

¿Qué significa eso en términos concretos? Significa que en un país de 130 millones de personas, aproximadamente 30 millones han tenido o tienen un trastorno mental significativo, y de ellas, alrededor de 24 millones nunca llegarán a hablar con un profesional de salud mental.

No es una cifra. Son 24 millones de personas que viven con depresión sin diagnóstico. Que lidian con ansiedad severa sin herramientas. Que experimentan crisis sin red de contención. Que a veces —con una frecuencia que debería avergonzarnos como sistema— terminan en urgencias o en situaciones de riesgo que pudieron haberse evitado con una intervención temprana.

La Brecha No es Solo de Recursos: Es de Diseño

Es tentador explicar la brecha de atención únicamente como un problema de presupuesto. Y el presupuesto sí importa —México destina menos del 2% de su gasto en salud a salud mental (OPS/OMS, 2021)— pero la brecha no se resolverá solo con más dinero. Se necesita también un rediseño de cómo se organiza y se entrega la atención.

El sistema de salud mental en México está construido en torno a un modelo que podríamos llamar de densidad clínica: la atención se concentra en unidades especializadas, con profesionales altamente capacitados, para pacientes que ya están en estado de descompensación. Ese modelo es necesario para los casos que lo requieren —y hay muchos— pero es ineficiente para la vastísima mayoría de las personas que necesitan atención en niveles menos intensivos.

Un paciente con depresión leve sin ideación suicida no necesita un hospital psiquiátrico. Necesita un psicólogo en un centro de salud de primer nivel, con tiempo suficiente para evaluarlo, una herramienta para documentar el encuentro sin que eso le consuma el doble del tiempo de la consulta, y un criterio claro sobre cuándo referirlo a un nivel más especializado.

Ese es exactamente el tipo de paciente para el que este sistema fue diseñado.

El Fin de Semana: Un Período Invisible de Alta Vulnerabilidad

Hay un fenómeno que los clínicos de segundo nivel conocen bien y que raramente aparece en los documentos de política pública: los fines de semana concentran una proporción desproporcionada de crisis.

No es difícil entender por qué. Durante la semana, la persona en situación vulnerable tiene estructura: horarios de trabajo o escuela, interacciones sociales con compañeros, acceso a servicios y rutinas que funcionan como contenedores naturales de la angustia. El fin de semana, muchos de esos contenedores desaparecen. La red de apoyo laboral o escolar se inactiva. Los conflictos familiares que se habían pospuesto durante la semana emergen. Y la disponibilidad de servicios de salud mental es menor, precisamente cuando la vulnerabilidad es mayor.

El Protocolo Intensivo de Fin de Semana documentado en este libro nació de esa observación directa. Es una respuesta operativa a una realidad clínica que el sistema convencional no ve porque no está diseñado para verla.

La sala de espera como diagnóstico del sistema

Hay un diagnóstico que ningún DSM registra y toda sala de espera enseña: mírala un lunes a las ocho. Madres con niños que no duermen, jóvenes que no hablan, ancianos que vienen por compañía disfrazada de síntoma. La sala llena no dice solo que falta personal; dice que el sistema no distingue. Todos esperan lo mismo porque el sistema ofrece una sola puerta para problemas distintos. El triage escalonado empieza mucho antes de la consulta: empieza cuando alguien mira esa sala y decide que esperar no puede seguir siendo el tratamiento.

Capítulo 2
Lo Que el Sistema Nos Pide que Ignoremos

Lo Que el Sistema Nos Pide que Ignoremos

Existe una tensión fundamental en el trabajo clínico en sistemas de salud de alta demanda. No es la tensión entre el deber hacia el paciente y las limitaciones del sistema —esa tensión es conocida y cada profesional la navega a su manera. Es algo más específico, más silenciosa, y por eso más dañina.

Es la tensión entre atender bien y atender a todos.

Cuando los recursos son escasos, el sistema —de manera implícita, a veces de manera explícita— le pide al profesional que elija. Atender a menos pacientes con más profundidad, o atender a más con menos. Documentar bien o terminar a tiempo. Hacer una evaluación clínica rigurosa o simplemente registrar el motivo de consulta y el diagnóstico presuntivo más evidente.

Esa elección forzada tiene consecuencias que van más allá de la calidad individual de la atención. Afectan la seguridad del paciente —porque un diagnóstico apresurado puede ser incorrecto o incompleto. Afectan la trazabilidad del caso —porque un expediente deficiente no permite a otro profesional entender la historia clínica si hay un cambio de turno o derivación. Y afectan al propio psicólogo, que acaba su jornada con la sensación perturbadora de haber hecho las cosas a medias, de haber visto a personas que merecían más atención que la que el tiempo permitió.

Lo que la Documentación Oculta

Hay algo paradójico en la documentación clínica: es al mismo tiempo la garantía de calidad de la atención y su mayor consumidora de tiempo. Una nota bien hecha en un expediente puede salvar a un paciente de recibir un tratamiento farmacológico incompatible en una urgencia, puede dar continuidad a un proceso terapéutico cuando el profesional original ya no está disponible, puede ser la diferencia legal entre un acto médico documentado y una omisión.

Y sin embargo, escribir esa nota bien —con todos los elementos que exige la NOM-004-SSA3-2012, con el diagnóstico diferencial justificado en criterios DSM-5, con el plan terapéutico y las intervenciones realizadas— toma tiempo. Tiempo que se substrae de la atención directa.

En una jornada típica de segundo nivel, con doce pacientes, la documentación de expedientes representa entre tres y cuatro horas de trabajo. Si la jornada es de ocho horas, eso es casi la mitad del tiempo. Y ese tiempo no puede reducirse simplemente con buena voluntad: requiere herramientas que hagan la documentación más eficiente sin sacrificar la calidad.

Ahí está uno de los nodos centrales del problema que este libro intenta resolver.

El expediente que nadie lee

Existe un documento que el sistema exige y nadie usa: la nota clínica escrita para cumplir, no para comunicar. Quince minutos por paciente invertidos en un texto que el siguiente profesional no leerá porque no tiene tiempo,

escrito en un lenguaje que protege al que firma más de lo que informa al que sigue. Ahí está uno de los nodos centrales del problema que este libro intenta resolver: documentamos para el archivo y no para la continuidad. Cuando la plataforma Service Menthal Care reduce ese tiempo de veinte a seis minutos, lo que devuelve no es solo tiempo: es la posibilidad de escribir notas que alguien quiera leer.

Lesión Moral, No Solo Desgaste

La literatura sobre desgaste profesional suele hablar de burnout: agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal. Pero hay un concepto más preciso para lo que describo en este capítulo, tomado de la medicina y de los estudios sobre personal militar: la lesión moral. El burnout es lo que sucede cuando el trabajo consume más de lo que devuelve. La lesión moral es lo que sucede cuando el sistema te obliga a actuar en contra de tu propio juicio ético, una y otra vez, hasta que la transgresión se vuelve rutina. No es lo mismo estar cansado que sentir que uno mismo participó, aunque fuera por omisión forzada, en una atención deficiente. Esa distinción importa porque las soluciones son distintas: el burnout se trata con descanso; la lesión moral se trata devolviéndole al profesional la capacidad de actuar conforme a su propio criterio clínico.

La Deuda de Documentación se Acumula en Silencio

Hay una metáfora financiera que describe bien lo que ocurre con la documentación deficiente a lo largo de una carrera clínica: la deuda técnica. Cada nota incompleta, cada expediente que se llenó apresuradamente para alcanzar al siguiente paciente, es una pequeña deuda que no se paga de inmediato pero que se acumula. El interés de esa deuda se cobra después: en la reconstrucción imposible de una historia clínica cuando el paciente regresa meses después con un cuadro más grave, en la responsabilidad legal ante una queja, en la incapacidad de otro profesional para dar continuidad al tratamiento. Ningún clínico decide individualmente acumular esa deuda; el sistema se la impone consulta tras consulta. Pero el sistema tampoco la paga: la paga, siempre, el siguiente encuentro con ese paciente.

La Paradoja de Jevons Aplicada a la Clínica

En economía existe la paradoja de Jevons: cuando una tecnología hace más eficiente el uso de un recurso, el consumo total de ese recurso puede aumentar en lugar de disminuir, porque la eficiencia abarata su uso y estimula más demanda. Vale la pena preguntarse si algo similar puede ocurrir con el tiempo clínico ganado mediante mejor documentación. Si el sistema institucional simplemente reasigna cada minuto ahorrado a un paciente adicional, sin cambiar nada más, el resultado es el mismo desgaste con más pacientes, no un desgaste menor. El tiempo ganado solo se traduce en mejor atención si una parte deliberada de ese ahorro se protege para la profundidad clínica —y no se entrega automáticamente al aumento de cobertura. Esa es una decisión que corresponde tanto al profesional individual como a quienes diseñan la carga de trabajo institucional.

Capítulo 3
El Tiempo del Clínico Como Recurso Finito

El Tiempo del Clínico Como Recurso Finito

Existe en economía el concepto de costo de oportunidad: el valor de lo que se deja de hacer cuando se elige hacer otra cosa. En el contexto de la atención clínica en salud mental, el costo de oportunidad de cada minuto dedicado a documentación es un minuto de atención directa que no sucede.

Ese costo es invisible para el sistema porque no aparece en ningún registro. Lo que sí aparece en los registros es el número de consultas atendidas, el número de expedientes completados, la tasa de ocupación del consultorio. Pero no aparece cuántos pacientes no pudieron ser atendidos porque el tiempo de documentación consumió el espacio disponible.

Los Números Detrás del Problema

Consideremos un escenario concreto: un psicólogo clínico de segundo nivel con una jornada de doce horas en fin de semana.

Indicador	Sin herramientas	Con Service Menthal Care
Documentación por consulta	15-20 minutos	5-8 minutos
Tiempo total en documentación	3-4 horas	1.5-2 horas
Pacientes atendidos	10-12	15-18
Tiempo de atención directa	35-40 min/paciente	30-35 min/paciente

La diferencia no parece dramática cuando se mira en una sola jornada. Pero proyectada a lo largo de un año, la diferencia entre un modelo y otro representa más de mil atenciones adicionales por cada profesional. En un contexto donde solo uno de cada cuatro casos graves recibe servicios, cada atención adicional tiene un peso específico real.

Diez minutos: anatomía de una consulta imposible

Descompongamos la consulta real de segundo nivel: dos minutos de saludo y encuadre, ocho de escucha del motivo, cinco de preguntas dirigidas, tres de instrumento breve, siete de intervención, doce de documentación y tres de despedida y cita. Suman cuarenta para una ranura de veinticinco. El déficit no se reparte parejo: lo que se recorta es la intervención y la escucha, nunca el papeleo, porque el papeleo lo exige la norma y la escucha solo la exige la conciencia. Este capítulo existe para decir en voz alta lo que todo clínico sabe en silencio: el tiempo asignado no alcanza para el trabajo prescrito, y fingir que alcanza degrada exactamente lo que el sistema dice valorar.

Medir lo que Realmente Cuesta una Consulta

Cuando una institución calcula cuánto cuesta atender a un paciente, típicamente contabiliza el tiempo de

consulta y el tiempo administrativo por separado, como si fueran intercambiables. No lo son. El tiempo administrativo mal gestionado no solo consume horas: fragmenta la atención en bloques que impiden la concentración clínica sostenida que un caso complejo requiere. Un psicólogo que documenta entre paciente y paciente, de manera apresurada, no solo tarda más: piensa peor. La verdadera pregunta económica no es cuántos minutos toma la documentación, sino cuánto cuesta, en calidad diagnóstica, interrumpir el razonamiento clínico cada pocos minutos para llenar un campo administrativo.

SEGUNDA PARTE

LOS FUNDAMENTOS

Capítulo 4
El DSM-5 Como Mapa, No Como Destino

El DSM-5 Como Mapa, No Como Destino

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición —DSM-5 (APA, 2013)— es el sistema de clasificación diagnóstica más utilizado en el mundo hispanohablante para la atención clínica en salud mental. Su importancia no puede subestimarse, pero tampoco puede absolutizarse.

Es útil pensarlo como un mapa. Un mapa de gran precisión, construido con décadas de investigación, revisado por miles de especialistas, actualizado periódicamente. Pero como todo mapa, tiene limitaciones inherentes: no es el territorio. El mapa no es la persona sentada frente al clínico.

Qué Sí Hace el DSM-5

El DSM-5 proporciona criterios diagnósticos operacionalizados: listas de síntomas específicos, con umbrales de cantidad y duración, que permiten categorizar de manera consistente y replicable los cuadros clínicos. Esto tiene una ventaja fundamental: cuando dos psicólogos distintos, en dos ciudades distintas, aplican los mismos criterios al mismo cuadro clínico, deberían llegar a la misma categoría diagnóstica.

También proporciona los especificadores de gravedad que permiten no solo identificar el diagnóstico sino determinar su intensidad —leve, moderado, grave— lo cual es crucial para las decisiones de nivel de atención que este sistema implementa.

Qué No Hace el DSM-5

El DSM-5 no determina el nivel de atención. No dice a qué instancia debe ir cada paciente. No especifica qué técnica psicoterapéutica es la más adecuada para cada caso. No cuantifica el impacto funcional en términos operativos para la toma de decisiones clínicas cotidianas.

Para eso existe la EEAG. Para eso existen los protocolos por niveles. Para eso existe —en el ámbito de las intervenciones— la literatura de psicoterapia basada en evidencia.

La integración coherente de todas esas fuentes —DSM-5 como marco diagnóstico, EEAG como medida funcional, protocolos de niveles como ruta de atención, y evidencia empírica como guía de intervención— es lo que este sistema propone.

Un diagnóstico que salvó y uno que dañó

Dos historias breves con moraleja opuesta. Primera: mujer de 29 años rotulada durante años como "ansiosa" a la que una entrevista con criterios DSM-5 reveló un trastorno bipolar tipo II; el antidepresivo en monoterapia que la desestabilizaba se sustituyó por estabilizador y su vida cambió en meses. El mapa sirvió. Segunda: adolescente de 16 años al que un diagnóstico apresurado de trastorno límite, pronunciado delante de su familia, marcó durante dos años de profecía autocumplida hasta que una reevaluación lo retiró. El mapa, usado como sentencia, dañó. El DSM-5 no tiene ética propia: la pone quien lo usa. Nombrar bien es un acto de cuidado;

nombrar mal, también es un acto, con consecuencias.

La Tensión entre lo Categórico y lo Dimensional

Desde hace más de una década, una parte importante de la investigación en psicopatología —representada de manera prominente por la iniciativa Research Domain Criteria (RDoC) del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos— ha cuestionado el supuesto central del DSM: que los trastornos mentales existen como categorías discretas, con límites claros entre lo patológico y lo normal, y entre un diagnóstico y otro. La evidencia dimensional —la idea de que la ansiedad y la depresión, por ejemplo, comparten mecanismos subyacentes continuos más que categorías separadas— es clínicamente convincente. Y sin embargo, un sistema de salud pública que debe tomar decisiones operativas de asignación de recursos —a quién referir, a quién priorizar, qué código registrar en el expediente— necesita categorías, no dimensiones continuas. El DSM-5 gana en operatividad lo que pierde en precisión dimensional. Ese no es un defecto del manual: es el precio de que un sistema clínico funcione a escala poblacional.

El Riesgo de Confundir el Código con el Paciente

Hay un riesgo específico en cualquier sistema —incluido el que describe este libro— que se apoya fuertemente en categorías diagnósticas para tomar decisiones de nivel de atención: el riesgo de que el código diagnóstico empiece a sustituir, en la mente del clínico, a la persona que lo originó. Un F32.1 no es un paciente: es una etiqueta útil que resume, de manera necesariamente incompleta, una situación humana mucho más rica. La plataforma que describo en la Cuarta Parte de este libro fue diseñada explícitamente para resistir esa sustitución, conservando en cada expediente el motivo de consulta en las palabras textuales del paciente, precisamente para que el código nunca sea lo único que quede registrado.

Capítulo 5
La EEAG y el Arte de Medir lo que no se Puede Pesar

La EEAG y el Arte de Medir lo que no se Puede Pesar

La Escala de Evaluación de la Actividad Global —EEAG, o GAF por sus siglas en inglés— es una de las herramientas más elegantes y subestimadas de la evaluación clínica en salud mental. Con un solo puntaje en una escala del 1 al 100, permite capturar algo que los sistemas diagnósticos por categorías no capturan bien: cómo está funcionando realmente esta persona en su vida cotidiana.

Hay pacientes con un diagnóstico de depresión mayor que mantienen una vida laboral y social relativamente preservada. Y hay pacientes con el mismo diagnóstico que no pueden levantarse de la cama, que han perdido su empleo, que se han aislado completamente. Ambos cumplen los criterios DSM-5 para depresión mayor. Pero son dos situaciones clínicas radicalmente distintas que requieren respuestas radicalmente distintas del sistema de salud.

La EEAG captura esa diferencia.

Cómo se Usa en Este Sistema

En este sistema, la EEAG funciona como el punto de pivote que determina el nivel de atención recomendado para cada paciente:

Puntaje EEAG	Descripción funcional	Nivel de atención
91-100	Funcionamiento óptimo, sin síntomas	Prevención / Psicoeducación
81-90	Síntomas mínimos, funcionamiento preservado	Psicoeducación
71-80	Síntomas leves transitorios	Primer nivel
61-70	Síntomas leves con deterioro leve	Primer nivel
51-60	Síntomas moderados	Segundo nivel
41-50	Síntomas graves	Segundo nivel
31-40	Deterioro grave del sentido de realidad	Segundo / Tercer nivel
21-30	Conducta influida por delirios	Tercer nivel
11-20	Peligro para sí mismo u otros	Tercer nivel: urgencia
1-10	Peligro persistente de lesión grave	Tercer nivel: hospitalización

Esta tabla no es rígida. El juicio clínico siempre tiene la última palabra. Pero proporciona un marco operativo que permite tomar decisiones de manera más rápida, más consistente y más fundamentada.

En la plataforma Service Menthal Care, el puntaje EEAG se obtiene en el módulo de Historia Clínica y alimenta automáticamente la determinación de nivel de atención. El sistema calcula, el clínico confirma o ajusta.

El número que cambió una conducta

Varón de 45 años, depresión moderada, tres meses de tratamiento sin mejoría aparente. Su PHQ-9 apenas se movía y el equipo discutía escalar medicación. Pero su EEAG había pasado de 48 a 63: volvió al trabajo medio tiempo, retomó las comidas familiares, camina cada mañana. Los síntomas decían "igual"; la vida decía "mejor". Se sostuvo el tratamiento en lugar de escalarlo y a las ocho semanas los síntomas siguieron a la función. Medir lo que no se puede pesar —el vivir, no solo el sentir— evitó una escalada innecesaria. Por eso en este sistema el número funcional pesa tanto como el sintomático a la hora de decidir rutas.

El Precio de la Simplicidad: Confiabilidad Entre Evaluadores

La elegancia de la EEAG —un solo número que resume el funcionamiento global— tiene una contraparte metodológica que rara vez se discute fuera de los círculos de investigación: los instrumentos de un solo ítem son, por diseño, más vulnerables a la variabilidad entre evaluadores que las escalas multi-ítem. Dos clínicos experimentados, evaluando al mismo paciente, pueden diferir en diez o quince puntos en su puntaje EEAG, simplemente porque cada uno pondera de manera distinta el peso relativo del funcionamiento laboral frente al social. Esto no invalida la escala —su utilidad clínica está bien documentada— pero exige honestidad sobre sus límites. Por eso este sistema nunca usa la EEAG de manera aislada: la cruza siempre con los especificadores del DSM-5 y con el juicio clínico explícito, precisamente para compensar la variabilidad inherente a un instrumento de un solo punto.

El Riesgo del Anclaje Automático

Cuando una plataforma calcula automáticamente un puntaje y sugiere un nivel de atención, existe un riesgo psicológico bien documentado en la literatura sobre toma de decisiones: el sesgo de anclaje. El clínico tiende a ajustar su propio juicio alrededor del número que la pantalla ya le mostró, incluso cuando ese número está mal alineado con su impresión clínica inicial. Este sistema intenta mitigar ese riesgo obligando al clínico a confirmar o modificar el puntaje de manera activa, nunca pasiva —pero la mitigación de un sesgo cognitivo mediante diseño de interfaz tiene límites reales, y vale la pena que cualquier profesional que use una herramienta similar lo tenga presente cada vez que ve un número calculado antes de haber terminado de formarse su propia impresión clínica.

Dos Teorías de la Justicia, Dos Sistemas Posibles

La filosofía política ofrece al menos dos marcos distintos para pensar la asignación de recursos escasos en salud mental, y vale la pena nombrarlos porque las decisiones de diseño de este protocolo, aunque no se presenten así, son decisiones filosóficas. Un enfoque utilitarista maximizaría el bienestar agregado: atender primero a quienes con menos recursos pueden mejorar más personas. Un enfoque prioritarista —más cercano al principio de diferencia de Rawls— dirigiría los recursos hacia quienes están en peor situación, incluso si eso significa un beneficio agregado menor. El protocolo por niveles que se describe en la Tercera Parte de este libro es, en la práctica, una síntesis incómoda de ambos: prioriza a quien está peor (tercer nivel) sin abandonar la eficiencia poblacional (primer nivel absorbe el volumen). Ninguna síntesis de este tipo es filosóficamente pura, y es mejor reconocerlo que pretender que el sistema resuelve una tensión que la filosofía política no ha resuelto en siglos de debate.

El Riesgo de que la Escalera se Convierta en Barrera

Todo sistema escalonado corre un riesgo estructural: que los criterios de ingreso a cada nivel, diseñados para ordenar el flujo de pacientes, se conviertan en obstáculos burocráticos que retrasan la atención en lugar de

organizarla. Esto ocurre cuando la referencia entre niveles se convierte en un trámite administrativo más que en una decisión clínica ágil, o cuando el temor a un mal uso del sistema lleva a exigir capas adicionales de aprobación que ninguna guía clínica original contempló. La justicia de un sistema escalonado no se sostiene en su diseño inicial sino en su operación cotidiana; un protocolo perfecto, mal implementado, puede terminar produciendo exactamente la inequidad que fue diseñado para prevenir.

Capítulo 6
Atención Escalonada: La Justicia Clínica Como Sistema

Atención Escalonada: La Justicia Clínica Como Sistema

El modelo de atención escalonada —Stepped Care en la literatura anglosajona— no es un concepto nuevo. Ha sido desarrollado y validado en sistemas de salud del Reino Unido (NHS, 2011), adoptado por la OPS/OMS para América Latina (Bower & Gilbody, 2005; OMS/OPS, 2021), e implementado en diversas formas en sistemas universitarios y comunitarios de varios países.

Su premisa es elegante y poderosa: el nivel de intensidad del tratamiento debe ajustarse al nivel de severidad de la condición. No más, no menos. No menos porque la sub-atención es una forma de negligencia. No más porque la sobre-atención desperdicia recursos escasos que otros pacientes necesitan.

Por Qué Esto Es un Problema de Justicia

Cuando el sistema no está organizado escalonadamente, ocurren dos disfunciones opuestas y simultáneas.

Por un lado, pacientes con condiciones leves que podrían atenderse en primer nivel saturan el sistema especializado de segundo y tercer nivel porque no hay rutas claras de derivación. Por otro, pacientes con condiciones severas que necesitan atención especializada urgente no llegan a ella porque no hay criterios claros que identifiquen cuándo es necesaria la derivación.

Ambas disfunciones son injustas. La primera consume recursos que deberían estar disponibles para quien más los necesita. La segunda deja desatendido a quien más los necesita.

El protocolo por niveles documentado en este libro es, en esencia, una herramienta de equidad. Su propósito es asegurar que cada persona reciba el nivel de atención que su situación requiere: ni más ni menos.

Dos pacientes, un solo lugar

El dilema se presenta cada semana: queda un espacio en segundo nivel y hay dos candidatos. Candidata A: joven con depresión leve, insistente, con familia que presiona. Candidato B: hombre callado con psicosis incipiente que minimiza todo. Sin criterios, el lugar lo gana quien insiste. Con criterios, lo gana quien lo necesita: funcionalidad, riesgo y severidad deciden, no el volumen de la voz. La justicia clínica no es tratar a todos igual: es tratar desigual lo desigual con reglas iguales. Este es el corazón moral del sistema escalonado, y por eso este capítulo está en la parte de fundamentos y no en la de protocolos.

TERCERA PARTE

LOS PROTOCOLOS

Capítulo 7
El Protocolo por Niveles: Guía Clínica Completa

El Protocolo por Niveles: Guía Clínica Completa

Si el DSM-5 es el mapa y la EEAG es la brújula, el protocolo por niveles es la ruta. No la ruta turística que uno elige por curiosidad, sino la ruta que uno toma porque sabe que hay un paciente esperando al otro lado y que el camino correcto marca la diferencia entre atenderlo bien y atenderlo mal.

Cada mañana, en cualquier centro de salud mental de segundo nivel en México, hay un psicólogo que tiene que decidir: ¿a quién atiendo primero? ¿A este paciente que llega con ansiedad leve y funcionalidad preservada, o a este otro que llega con ideación suicida pasiva y un puntaje EEAG de 45? El protocolo por niveles existe para que esas decisiones no dependan exclusivamente del criterio individual del clínico en ese momento.

La Arquitectura del Sistema

El protocolo se organiza en tres niveles de atención, cada uno con un perfil definido de pacientes, intervenciones y profesionales:

Primer Nivel — Centros de Salud, Medicina Familiar, Psicología Comunitaria

El puntaje EEAG de estos pacientes oscila entre 61 y 80. Conservan funcionalidad social y laboral, aunque deteriorada. No hay ideación suicida activa, ni síntomas psicóticos, ni riesgo inmediato.

Diagnósticos frecuentes: ansiedad leve, depresión leve sin ideación suicida, trastornos adaptativos, insomnio primario, somatización sin riesgo.

Intervenciones: psicoterapia breve, educación en salud mental, seguimiento mensual, canalización si hay agravamiento.

Segundo Nivel — Hospitales Generales, Clínicas Especializadas

El puntaje EEAG oscila entre 31 y 60. Hay disfunción significativa en áreas sociales, familiares o laborales.

Diagnósticos frecuentes: depresión moderada a grave con ideación suicida pasiva, trastorno bipolar en fase hipomaníaca, ansiedad generalizada severa, TOC, psicosis compensada.

Intervenciones: evaluación psiquiátrica, farmacoterapia, psicoterapia especializada, coordinación con primer nivel.

Tercer Nivel — Hospitales Psiquiátricos, Unidades de Alta Especialidad

El puntaje EEAG es igual o menor a 30. La intervención incluye hospitalización, evaluación multidisciplinaria y estabilización farmacológica intensiva.

Indicadores de referencia: ideación suicida activa con plan, psicosis desorganizada, trastornos graves de personalidad con riesgo social, trastornos neurocognitivos severos.

Criterios de referencia al segundo nivel
Síntomas persistentes o refractarios a intervención de primer nivel
Ideación suicida pasiva
Disfunción social o laboral significativa
Comorbilidad médica moderada
Fracaso terapéutico documentado
Necesidad de evaluación psiquiátrica especializada

Criterios de referencia al tercer nivel
Puntaje EEAG igual o menor a 30
Riesgo suicida u homicida activo
Psicosis desorganizada (alucinaciones, delirios, pérdida de juicio)
Trastornos graves de personalidad con riesgo social o legal
Trastornos neurocognitivos severos (pérdida de autocuidado)
Comorbilidad médica grave con hospitalización conjunta

Lo que el mapa no dice

Ningún protocolo clasifica solo. Hay un momento, en cada decisión de ruta, en que el clínico mira al paciente y sabe algo que ningún puntaje capturó: que ese "leve" esconde un riesgo, que esa "compensada" está por romperse. Este capítulo documenta los criterios; el juicio que los aplica vive en otro lado y se entrena de otra manera: supervisando casos reales, equivocándose y revisando. El sistema escalonado no elimina ese momento de saber tácito: le construye andamios alrededor para que sostenga decisiones en lugar de corazonadas solitarias.

El Costo Invisible del Error de Triage

Hay un error que el sistema comete con tanta frecuencia que ha dejado de registrarse como error: el sobre-triage y el sub-triage no pesan igual en las estadísticas, pero pesan igual en la vida de una persona. Cuando un paciente leve ocupa un lugar en segundo nivel, el costo es difuso —una lista de espera un poco más larga, un profesional un poco más saturado—. Cuando un paciente grave permanece en primer nivel porque nadie detectó la severidad a tiempo, el costo puede ser irreversible. Un sistema que no distingue estos dos tipos de error termina, sin proponérselo, tolerando el segundo para evitar el primero. Ese es precisamente el sesgo que un protocolo explícito busca corregir: no eliminar el error, que es imposible, sino hacerlo visible y asignarle el peso correcto.

La Falsa Precisión de los Umbrales

Todo sistema de umbrales numéricos —EEAG 61, EEAG 60, EEAG 31, EEAG 30— enfrenta un problema que ningún protocolo puede resolver del todo: la línea divisoria es necesariamente arbitraria en sus bordes, aunque no lo sea en su lógica general. Un paciente con EEAG de 61 y otro con EEAG de 60 no son clínicamente distintos de manera significativa, y sin embargo el protocolo los coloca en niveles distintos de atención. Esto no

es un defecto oculto del sistema: es una propiedad inevitable de cualquier clasificación categórica aplicada a un continuo real. La solución no es eliminar los umbrales —sin ellos no hay sistema operativo posible— sino tratarlos como lo que son: puntos de partida para el juicio clínico, no sentencias automáticas. En la práctica, esto significa que un profesional experimentado debe sentirse plenamente autorizado a referir a un paciente con EEAG de 63 si el contexto clínico lo amerita, sin esperar a que el número cruce la línea.

Lo que Aprendí Implementando Esto en la Práctica Real

La primera vez que apliqué este protocolo de manera sistemática, el mayor desafío no fue clínico sino cultural: convencer a colegas de otros niveles de que la contrarreferencia —el regreso de un paciente estabilizado a un nivel de menor complejidad— no era un rechazo del caso sino una parte constitutiva del sistema, tan importante como la referencia inicial. Sin esa aceptación cultural, cualquier protocolo por niveles, por bien diseñado que esté en el papel, tiende a volverse unidireccional: los pacientes suben de nivel, pero rara vez bajan, y el sistema termina saturado en su extremo más especializado. El protocolo necesita tanto criterios técnicos como una conversación institucional honesta sobre por qué dar de alta a un nivel inferior es un éxito clínico, no una falla de cuidado.

Los seis principios no son una lista de técnicas intercambiables: son seis maneras distintas de responder a una misma pregunta filosófica —qué significa tomarse en serio un encuentro que quizás no se repita—. Suficiencia y Foco definen qué se hace con el tiempo. Recursos y Colaboración definen qué lugar ocupa el paciente en esa hora. Concreción y Apertura definen qué queda después de que la sesión termina. Sostener los seis a la vez, y no solo uno o dos, es lo que distingue una sesión única bien conducida de una simple consulta breve sin marco.

NOTA CLÍNICA

Un recordatorio que me doy cada mañana: la sesión suficiente no es la que cabe en cuarenta minutos, es la que deja algo que se puede hacer en las próximas setenta y dos horas.

Dónde encontrar el protocolo completo

Este capítulo recupera lo esencial del sistema por niveles: su lógica, su arquitectura y sus criterios de ruta. El desarrollo operativo completo —tablas de clasificación por trastorno, formatos de referencia, listas de cotejo y guías de implementación— vive en el primer volumen compañero de esta serie: Protocolo de Triage Escalonado en Salud Mental (IMA-SMC-2026-002). Lo que aquí se narra es el saber; lo que ahí se opera es el procedimiento.

Capítulo 8
Cuando Solo Hay Una Oportunidad: El Modelo de Sesión Única Esencial

Hay una creencia extendida en la psicología clínica de que la terapia efectiva requiere múltiples sesiones. Que el cambio genuino necesita tiempo, repetición, profundización progresiva. Y esa creencia no es falsa —la mayoría de las modalidades de psicoterapia están diseñadas para procesos de al menos ocho a doce sesiones.

Pero hay algo que esa creencia ignora, y es una de las realidades más documentadas de la práctica clínica mundial: la sesión única es la duración más frecuente de la psicoterapia. En el estudio fundacional de Kaiser Permanente, 58.6 por ciento de los pacientes eligió completar su terapia en una sola sesión aun teniendo más disponibles, y más de 88 por ciento reportó mejoría en su motivo de consulta (Talmon, 1990; Hoyt et al., 2018). No dos. No tres. Una.

Michael Talmon, en 1990, propuso algo radical: y si en lugar de ver esa única sesión como un fracaso, la viéramos como la oportunidad completa que es. Y si en lugar de trabajar pensando en la próxima cita, trabajáramos maximizando el impacto de la sesión presente.

Esa idea cambió mi práctica clínica.

La Filosofía del Presente Completo

El principio fundamental del MSUE no es técnico: es filosófico. Es la convicción de que cada sesión puede ser completa en sí misma. No significa que una sesión resuelva todos los problemas de una persona. Significa que una sesión puede generar un cambio significativo, real y duradero en la vida de alguien.

Los Seis Principios

- Suficiencia. Esta sesión es suficiente. No estoy trabajando para la próxima cita. Estoy trabajando para que los cuarenta minutos que tenemos juntos produzcan el mayor impacto posible.
- Foco. No puedo abordar todo en una sesión. Identifico cuál de los temas es el más urgente, el más modificable, o el que sostiene a los otros. Concentro la intervención ahí.
- Recursos. El paciente no es un recipiente vacío. Es una persona con fortalezas y habilidades de afrontamiento que puede que no esté usando en este momento, pero que tiene.
- Colaboración. La relación terapéutica es horizontal. El paciente es el experto en su propia vida. Yo aporto las herramientas; él aporta el conocimiento íntimo de su contexto.
- Concreción. El paciente tiene que salir con algo concreto: una tarea, un plan, una decisión, una herramienta que pueda implementar en las próximas veinticuatro a setenta y dos horas.
- Apertura. La Sesión Única no cierra la puerta. Si el paciente quiere regresar, es bienvenido. No es la terapia de la última sesión: es una oportunidad completa que deja abierta la posibilidad de continuidad.

La Estructura de 40 Minutos

Fase	Tiempo	Objetivo clínico
Fase 1: Vínculo y Encuadre	0-5 min	Alianza terapéutica y encuadre temporal
Fase 2: Evaluación Focal	5-15 min	Motivo central con protocolo FOCALIZA
Fase 3: Intervención Terapéutica	15-30 min	Una técnica en profundidad
Fase 4: Cierre y Recursos	30-38 min	Aprendizaje, tarea y red de apoyo
Fase 5: Despedida Terapéutica	38-40 min	Cierre emocional y puerta abierta

Protocolo FOCALIZA: evaluación focal en 10 minutos
F: foco principal
O: origen situacional
C: consecuencias funcionales
A: anteriores intentos
L: locus de control
I: indicadores de riesgo
Z: zona de recursos
A: aspiración

La sesión que me enseñó el modelo

Fue un martes cualquiera, agenda saturada, una paciente citada que llegó cuarenta minutos tarde a una ranura de treinta. Quedaban diez minutos reales. En lugar de reprogramar, pregunté qué era lo único que necesitaba llevarse hoy. Lloró, lo dijo en una frase, trabajamos esa frase, salió con una tarea escrita. Volvió un mes después solo para decir que había funcionado. Diez minutos no son el modelo; pero me enseñaron su lección central: el cambio no vive en el reloj, vive en el foco. El MSUE nació mucho después, pero esa tarde nació su convicción.

El Mito de la Profundidad Proporcional al Tiempo

Existe un supuesto implícito en buena parte de la formación clínica tradicional: que la profundidad terapéutica es proporcional al número de sesiones. Cuantas más sesiones, se asume, más profundo el trabajo. Ese supuesto no resiste bien la evidencia empírica sobre abandono terapéutico, que muestra de manera consistente que una proporción sustancial de los pacientes que se benefician de la psicoterapia lo hacen en un número de encuentros mucho menor al que los modelos de formación anticipan. Esto no significa que la terapia prolongada sea innecesaria —hay cuadros clínicos que genuinamente la requieren— sino que la ecuación 'más sesiones, más profundidad' no es universal, y tratarla como si lo fuera lleva a los clínicos a sentir que cada alta temprana es un fracaso, cuando en realidad puede ser exactamente el resultado que el paciente necesitaba.

El Costo Emocional de Soltar la Continuidad

Hay algo que rara vez se nombra en la literatura técnica sobre la Terapia de Sesión Única: el costo emocional que tiene, para el propio terapeuta, renunciar a la narrativa de continuidad que sostiene buena parte de la identidad profesional clínica. Muchos de nosotros fuimos formados para pensar en el proceso terapéutico como

un arco narrativo que nosotros mismos acompañamos de principio a fin. La TSU exige soltar ese arco, aceptar que el impacto de nuestro trabajo puede ocurrir sin que lleguemos a presenciarlo, sin el cierre narrativo que tranquiliza al terapeuta tanto como al paciente. Adoptar este modelo con honestidad implica, para muchos clínicos, un duelo profesional silencioso: el duelo de no saber cómo termina la historia.

Dónde encontrar el modelo completo

Este capítulo recupera la filosofía y la arquitectura del encuentro suficiente. El protocolo operativo completo —las cinco fases minuto a minuto, el protocolo FOCALIZA desarrollado, las tablas de correspondencia motivo-técnica, las adaptaciones por población y los formatos de registro— vive en el segundo volumen compañero: Modelo de Sesión Única Esencial, MSUE (IMA-SMC-2026-003). El MSUE es la adaptación operativa de la Terapia de Sesión Única internacional (SST) a los contextos mexicanos de alta demanda.

Capítulo 9
Los Fines de Semana También Hay Crisis: El Protocolo Intensivo

Los Fines de Semana También Hay Crisis: El Protocolo Intensivo

Hay un fenómeno que los psicólogos de segundo nivel conocen íntimamente pero que raramente aparece en los documentos de política pública: los fines de semana concentran una proporción desproporcionada de crisis.

Durante la semana, la persona vulnerable tiene estructura. Horarios de trabajo o escuela, interacciones sociales, acceso a servicios y rutinas que funcionan como contenedores naturales de la angustia. El fin de semana, muchos de esos contenedores desaparecen. La disponibilidad de servicios de salud mental es menor, precisamente cuando la vulnerabilidad es mayor.

La Agenda de Doce Horas

Horario	Actividad	Pacientes
08:00-08:30	Preparación y organización del día	—
08:30-12:30	Consultas individuales, bloque matutino	8 pacientes
12:30-14:00	Sesión grupal psicoeducativa	10-12 participantes
14:00-14:30	Pausa (condición clínica, no lujo)	—
14:30-18:30	Consultas individuales, bloque vespertino	7 pacientes
18:30-19:30	Intervenciones en crisis	1-2 pacientes
19:30-20:00	Cierre, documentación y planificación	—

Proyección de Impacto

Modalidad	Por día	Por fin de semana
Consultas individuales	15	30
Sesión grupal	10-12	20-24
Intervenciones en crisis	1-2	2-4
Total sin duplicados	25-28	50-55

Esos 50 a 55 pacientes por fin de semana no son una meta de rendimiento. Son una respuesta concreta a una demanda real.

Un sábado cualquiera

08:30: primera paciente, duelo reciente, grupo asignado para las 12:30. 10:00: joven con crisis de ansiedad que

resulta ser consumo no declarado; se reorienta la ruta. 12:30: once personas en círculo hablando de estrés con un ejercicio de respiración que sí practican. 15:00: llamada de urgencias por un caso del turno que se descompensó; el colchón de las 18:30 lo absorbe. 19:30: notas cerradas. Cincuenta y dos atenciones. Ninguna heroica, todas necesarias. El protocolo de fin de semana no se entiende en abstracto: se entiende un sábado a las siete de la tarde, con las notas al día y la sala vacía.

Por Qué los Horarios se Diseñan para el Sistema, no para el Riesgo

Vale la pena preguntarse por qué el horario laboral convencional —de lunes a viernes, en horas de oficina— se convirtió en el estándar de facto de la atención en salud mental, cuando la evidencia clínica cotidiana indica que el riesgo no respeta ese calendario. La respuesta no es clínica: es administrativa. Los horarios de atención se heredaron de modelos de organización laboral pensados para maximizar la conveniencia del profesional y la previsibilidad institucional, no para minimizar el riesgo del paciente. Reconocer esto no es un reproche a quienes diseñaron esos horarios hace décadas; es una invitación a preguntarnos si seguimos organizando la atención alrededor de la conveniencia institucional o alrededor de la curva real de vulnerabilidad de las personas que atendemos.

La Economía Laboral Detrás del Vacío de Fin de Semana

El vacío de atención los fines de semana no es un accidente del diseño institucional: es una consecuencia directa y predecible de cómo se estructuran los contratos laborales, las guardias y los turnos en el sector salud. El personal de base tiene derecho —correctamente— a un descanso semanal, y los modelos de guardia médica tradicionalmente priorizan la atención de urgencias físicas sobre las urgencias en salud mental, que rara vez se consideran 'de guardia' en el mismo sentido. El resultado es una laguna estructural, no una negligencia individual: nadie decidió explícitamente desatender la salud mental los fines de semana, pero el conjunto de decisiones laborales razonables tomadas por separado produjo, de manera acumulativa, exactamente ese resultado.

El Límite Humano de Doce Horas

Es necesario decir, con la misma honestidad con la que se presenta el protocolo, que sostener una jornada de doce horas de atención en salud mental durante dos días consecutivos tiene un costo fisiológico y emocional real para el profesional que la ejecuta, y que ese costo no puede resolverse únicamente con mejor documentación o instrumentos más eficientes. Este protocolo demuestra que es posible atender a un volumen significativo de pacientes en ese formato; no demuestra, ni pretende demostrar, que sea sostenible indefinidamente para un solo profesional sin rotación, sin descanso compensatorio y sin un límite institucional explícito a cuántos fines de semana consecutivos puede cubrir la misma persona. Cualquier institución que adopte este modelo tiene la responsabilidad de proteger también al profesional que lo sostiene.

Dónde encontrar el manual completo

Este capítulo recupera el sentido y la arquitectura de las jornadas intensivas. El manual operativo completo —la agenda de doce horas, las proyecciones de cobertura, las tres modalidades desarrolladas, los instrumentos, la clasificación de crisis y el tablero de indicadores— vive en el tercer volumen compañero: Protocolo de Salud Mental en Fin de Semana (IMA-SMC-2026-004). Proyectado a un año completo —cuarenta y ocho fines de semana— la cifra alcanza entre 2,400 y 2,592 atenciones anuales por un solo profesional. En un contexto donde solo uno de cada cuatro casos graves recibe servicios, cada una de esas atenciones tiene un peso

específico real.

Capítulo 10
La Evidencia Detrás de Cada Intervención

La Evidencia Detrás de Cada Intervención

Cada protocolo descrito hasta aquí se fundamenta en evidencia científica. No es una cuestión estética ni una exigencia burocrática: es una cuestión ética. Intervenir en la salud mental de una persona sin respaldo empírico es tan irresponsable como operar un cuerpo sin evidencia quirúrgica.

La Base de Evidencia del Modelo

El MSUE se sustenta en una línea de investigación que comenzó con el trabajo seminal de Talmon (1990), quien documentó con cientos de casos que la duración modal de la psicoterapia es una sola sesión, que 58.6 por ciento de los pacientes elige completar en una sola aun con más disponibles y que más de 88 por ciento reporta mejoría en su motivo de consulta. Hoyt y colaboradores (2018) sistematizaron la experiencia walk-in internacional, y la revisión de Hymmen, Stalker y Cait (2013) confirmó que la mayoría de los usuarios encuentra suficiente y útil la sesión única, aunque con limitaciones metodológicas que obligan a seguir investigando: la sesión única por diseño produce resultados y satisfacción comparables entre quienes se detienen en una sesión y quienes continúan.

La atención escalonada tiene base igualmente sólida: Bower y Gilbody (2005) fundamentaron el Stepped Care como vía para optimizar recursos limitados. La psicoeducación breve aporta un efecto pequeño pero significativo —d = 0.20, con nueve pacientes a tratar para un beneficio adicional (Donker et al., 2009)—, exactamente el papel que juega en este sistema: primer escalón barato e inmediato, no cura milagrosa.

La evidencia como límite, no como adorno

Cada afirmación de efectividad en este libro llega hasta donde llega su fuente y se detiene donde la fuente se detiene. Donde la evidencia es moderada se dice moderada; donde es pequeña se dice pequeña. Esa disciplina es parte del método: un sistema que exagera su respaldo pierde el derecho a exigir rigor a otros.

La Integración como Método

Lo que este sistema propone no es la aplicación aislada de cada línea de evidencia, sino su integración coherente en un marco operativo único. El DSM-5 proporciona el lenguaje diagnóstico. La EEAG determina el nivel de atención. El protocolo por niveles establece la ruta. El MSUE ofrece el modelo de intervención. La plataforma Service Menthal Care optimiza la documentación y el seguimiento.

Separadas, cada una de estas herramientas es útil. Integradas, se potencian mutuamente: el diagnóstico alimenta la ruta, la ruta orienta la intervención, la intervención se documenta en tiempo real, y la documentación genera datos que retroalimentan la práctica clínica.

Integrar también es podar

Integrar no es acumular herramientas: es también decidir qué sobra. En la construcción de este sistema se

descartaron instrumentos redundantes, escalas que nadie calificaba y formatos que duplicaban información. Cada elemento que sobrevivió pasó la misma prueba: ¿cambia alguna decisión clínica? Lo que no cambia decisiones ocupa tiempo y produce ruido. La integración como método incluye la poda como disciplina.

El Problema de la Validez Externa

Buena parte de la evidencia citada en este libro —Talmon, Hoyt, Bower y Gilbody, Donker— proviene de investigación realizada en sistemas de salud de países de ingresos altos, con condiciones de infraestructura, financiamiento y contexto cultural distintas a las de una clínica del IMSS en Guanajuato. Esto plantea una pregunta metodológica legítima que sería deshonesto no nombrar: ¿hasta qué punto la evidencia generada en Londres o en Estados Unidos es directamente aplicable a un centro de salud mexicano de segundo nivel? La respuesta honesta es que la evidencia proporciona principios generales —la atención escalonada funciona, la sesión única puede ser suficiente, la psicoeducación grupal tiene efecto— cuya validez conceptual es razonablemente transferible, pero cuyos parámetros específicos —tiempos, umbrales, tasas de efectividad— requieren validación local. Este sistema se apoya en la evidencia internacional para su arquitectura general, y en la experiencia clínica directa en México para su calibración específica.

Jerarquía de Evidencia, No Dogma de Evidencia

Existe una diferencia importante entre usar la evidencia como jerarquía de decisión —preferir, cuando existe, la intervención con mejor respaldo empírico— y usarla como dogma inflexible que ignora el contexto del paciente frente a uno. La práctica basada en evidencia, en su formulación original de Sackett y colaboradores, siempre incluyó tres componentes, no uno solo: la mejor evidencia disponible, la experiencia clínica del profesional, y los valores y circunstancias del paciente. Reducir la práctica basada en evidencia al primer componente —como ocurre quel se aplica de manera mecánica— traiciona el modelo original tanto como ignorar la evidencia por completo.

CUARTA PARTE

LA PLATAFORMA

Capítulo 11
Por Qué Tuve que Construir una Herramienta

Por Qué Tuve que Construir una Herramienta

Hay una pregunta que me han hecho tantas veces que ya tengo una respuesta automática: "¿Por qué creaste Service Menthal Care?" La respuesta automática es: porque no existía una herramienta que hiciera lo que necesitaba. La respuesta real es más larga, más incómoda y más reveladora.

NOTA CLÍNICA

Service Menthal Care es una herramienta que creció desde la clínica, no una startup que llegó a la clínica. Esa diferencia se nota en cada criterio.

El Problema que la Tecnología Existente No Resolvía

En 2024, cuando comencé a trabajar en el diseño de la plataforma, ya existían múltiples sistemas de información para salud mental. Pero ninguna de ellas estaba diseñada desde la clínica para la clínica.

Las más avanzadas tecnológicamente estaban pensadas para contextos de primer mundo: consultas de cuarenta y cinco minutos, un paciente por día. Funcionaban bien en un consultorio privado de Madrid o Buenos Aires. No funcionaban en una clínica del IMSS con catorce pacientes citados y una hora de almuerzo.

Necesitaba algo que hiciera tres cosas simultáneamente: ayudarme a diagnosticar sin diagnosticar por mí; permitirme documentar rápido con cumplimiento de la NOM-004-SSA3-2012; y darme datos reales sobre si lo que estaba haciendo funcionaba.

No existía esa herramienta. Así que decidí construirla.

La Decisión de Construir desde la Clínica

La mayoría de las plataformas tecnológicas en salud mental son construidas por ingenieros que luego consultan a clínicos. Service Menthal Care fue construida al revés: un clínico que sabía exactamente qué necesitaba y que tenía suficiente conocimiento tecnológico para diseñar la solución. Esa diferencia importa. Porque los detalles que un ingeniero no ve —el orden de los campos, la velocidad con que se genera un reporte durante una consulta de veinticinco minutos— son exactamente los detalles que determinan si la herramienta se usa o se abandona.

La noche de los expedientes

El origen de la plataforma tiene fecha y hora: una noche entre semana, terminando notas a las once, con la certeza aritmética de que cuatro horas diarias de documentación eran cuatro horas robadas a la atención. No nació de una visión tecnológica sino de un cansancio concreto. Esa noche la pregunta cambió de "cómo aguanto este ritmo" a "qué herramienta haría este trabajo por mí sin traicionar la clínica". Todo lo que sigue —módulos, motor diagnóstico, reportes— es la respuesta ingenieril a una pregunta nacida del agotamiento

honesto.

El Sesgo de 'No Fue Inventado Aquí'

Cualquier decisión de construir una herramienta propia en lugar de adoptar una existente corre el riesgo de un sesgo bien documentado en la literatura de gestión de proyectos: el sesgo de 'no fue inventado aquí', la tendencia a subestimar sistemáticamente las soluciones externas y sobrestimar el valor de construir algo propio. Es una pregunta que me hice explícitamente antes de comenzar: ¿estoy construyendo Service Menthal Care porque genuinamente no existe una alternativa adecuada, o porque prefiero construir algo mío? La respuesta que until la fecha sostengo —que ninguna de las plataformas existentes en 2024 estaba diseñada para el contexto específico de alta demanda y recursos limitados de una clínica pública mexicana— pasó, y sigue pasando, por la prueba de revisarla periódicamente, precisamente para no convertir una decisión racional inicial en una justificación automática permanente.

El Costo de Oportunidad de Construir

Construir una herramienta propia no es gratuito, ni siquiera cuando se hace con conocimiento técnico previo. Cada hora invertida en el diseño de la plataforma fue una hora no invertida en investigación clínica adicional, en publicaciones, o simplemente en descanso. Esa es una decisión que cualquier clínico que contemple un camino similar debe sopesar con honestidad: la vocación de construir herramientas no sustituye la vocación clínica, y el riesgo real de un proyecto como este es que termine consumiendo el tiempo que debería dedicarse a la razón original por la que se construyó la herramienta en primer lugar: atender mejor a más personas.

Capítulo 12
Arquitectura de Service Menthal Care

Arquitectura de Service Menthal Care

Service Menthal Care no es una aplicación. Es una plataforma. La diferencia no es semántica: es funcional. Una aplicación hace una cosa bien. Una plataforma integra múltiples funciones en un flujo de trabajo coherente.

La Filosofía del Diseño

La arquitectura de la plataforma se basa en tres principios que reflejan las prioridades del contexto clínico:

- Velocidad. Cada interacción debe ser más rápida que la alternativa de papel. Si un campo toma más tiempo en llenarse digitalmente que a mano, algo está mal diseñado.
- Claridad. La información clínica debe presentarse de manera que facilite la toma de decisiones, no que la complique.
- Confiabilidad. Los datos clínicos son información sensible. La plataforma garantiza integridad, disponibilidad y confidencialidad conforme a la normativa aplicable.

La plataforma se organiza en módulos que corresponden a las etapas del flujo de trabajo clínico. No son pantallas aisladas: son pasos secuenciales que reflejan la manera en que un psicólogo trabaja realmente. Una aclaración importante: la plataforma no toma decisiones clínicas. Proporciona información, organiza datos, genera reportes y sugiere opciones. La decisión final siempre es del profesional.

Determinístico por principio

La decisión arquitectónica más importante de la plataforma es también la más filosófica: el motor diagnóstico es determinístico, basado en criterios, no probabilístico. Ante los mismos datos produce siempre el mismo resultado, y puede explicar por qué: qué criterios se cumplieron, cuáles faltaron, de dónde salió cada conclusión. En salud mental, donde un diagnóstico modifica vidas, la trazabilidad no es una característica técnica: es una obligación ética. Ninguna caja negra decide aquí; cada salida tiene su rastro auditable.

Velocidad y Profundidad no Siempre Compiten

Existe una intuición extendida de que un diseño optimizado para velocidad necesariamente sacrifica profundidad clínica, y que un instrumento verdaderamente riguroso debe ser, por definición, lento de usar. Esa intuición confunde dos cosas distintas: la velocidad de captura de datos y la profundidad del razonamiento clínico que esos datos permiten. Un formulario mal diseñado puede ser lento y superficial al mismo tiempo —exige mucho tiempo sin producir información clínicamente útil—. Un formulario bien diseñado puede ser rápido de llenar y aun así capturar exactamente los datos que el razonamiento clínico necesita. El objetivo de diseño de la plataforma nunca fue simplemente 'más rápido': fue eliminar la fricción que no aporta valor clínico, para redirigir el tiempo liberado hacia la fricción que sí lo aporta —la conversación con el paciente.

Diseñar para el Desacuerdo

Una decisión de arquitectura que no se nombra explícitamente en el capítulo anterior, pero que atraviesa todo el diseño de la plataforma, es cómo se maneja el desacuerdo entre el sistema y el clínico. Un sistema mal diseñado trata el desacuerdo como una excepción incómoda que hay que minimizar. Este sistema lo trata como el caso de uso más importante que existe: cada campo que sugiere un criterio, un nivel o una técnica está diseñado para ser modificado con la misma facilidad con la que se acepta, y cada modificación queda registrada como información clínica legítima, no como un error del sistema. Diseñar para el desacuerdo, y no solo para la aceptación, es lo que distingue una herramienta de apoyo de una herramienta de sustitución.

Capítulo 13
Los Ocho Módulos: Un Recorrido Clínico

Los Ocho Módulos: Un Recorrido Clínico

Service Menthal Care consta de ocho módulos funcionales, cada uno diseñado para una etapa específica del proceso clínico.

Módulo 1: Recepción y Registro

Aquí se registra al paciente: nombre, edad, sexo, número de expediente, motivo de consulta en sus propias palabras. Este último campo es particularmente valioso: no es lo mismo registrar "ansiedad" que registrar "siento que me ahogo cuando voy al trabajo y ya no puedo dormir".

Módulo 2: Historia Clínica

El corazón diagnóstico de la plataforma. Registra antecedentes personales, patológicos, familiares, medicamentos, consumo de sustancias e historia de tratamientos previos. Al registrar la presentación clínica, la plataforma sugiere automáticamente los instrumentos de tamizaje más relevantes.

Módulo 3: Evaluación con Instrumentos

Integra escalas psicométricas validadas directamente en el flujo de trabajo. Los instrumentos disponibles incluyen PHQ-9, GAD-7, BDI-II, PCL-5, DASS-21, MMSE, EEAG y C-SSRS. Al completar un instrumento, el sistema calcula la puntuación y genera una alerta si los indicadores de riesgo superan el umbral clínico.

Módulo 4: Diagnóstico y Criterios

El motor de criterios diagnósticos. Cuando el sistema presenta un diagnóstico sugerido, no asigna probabilidades: dice explícitamente qué criterios del DSM-5 se cumplen y cuáles no. El clínico puede revisar cada criterio individualmente y modificarlo con justificación clínica.

Módulo 5: Determinación de Nivel de Atención

Integra los datos de los módulos anteriores para generar la recomendación de nivel. Cruza el puntaje EEAG con la severidad diagnóstica y los indicadores de riesgo. La sugerencia no es una imposición: es un punto de partida para el juicio clínico.

Módulo 6: Plan de Intervención

Genera automáticamente un plan de intervención basado en diagnóstico, nivel de atención e instrumentos aplicados. Presenta técnicas psicoterapéuticas clasificadas por nivel de evidencia. El plan es una guía que el clínico puede modificar, ampliar o rechazar.

Módulo 7: Documentación y Reportes

A partir de toda la información registrada, genera automáticamente la nota clínica de evolución conforme a la NOM-004-SSA3-2012. El tiempo de documentación se reduce de quince a veinte minutos a cinco a ocho minutos por consulta.

Módulo 8: Seguimiento y Análisis

Registra la fecha de seguimiento, compara puntuaciones pre y post intervención, monitorea indicadores de calidad y genera reportes estadísticos. La plataforma no solo ayuda a atender mejor: ayuda a saber si se está atendiendo mejor.

El módulo que más cambió mi práctica

De los ocho, el de seguimiento y análisis transformó mi trabajo de forma inesperada: por primera vez vi mis propios números —mejoría por técnica, recaídas por diagnóstico, tiempos por fase—. Descubrí, por ejemplo, que mis cierres eran sistemáticamente apresurados y que cierta técnica que yo creía mi fuerte rendía menos que otra que usaba poco. Ninguna supervisión externa me había mostrado eso con datos. La plataforma como espejo honesto del clínico: ese fue el regalo no planeado del módulo ocho.

Los Tres Actos del Razonamiento Clínico

Service Menthal Care organiza el trabajo clínico en ocho módulos, pero pensarlos como una lista de funciones independientes sería perder lo esencial: los ocho módulos son, en realidad, tres actos de un mismo razonamiento clínico, secuenciados para que cada decisión se apoye en la anterior sin que el profesional tenga que reconstruir el hilo por su cuenta.

Primer Acto: Escuchar y Registrar

Los primeros tres módulos —Recepción, Historia Clínica y Evaluación con Instrumentos— existen para resolver una sola pregunta: ¿qué está pasando realmente? La Recepción registra al paciente y, deliberadamente, conserva el motivo de consulta en sus propias palabras —no es lo mismo "ansiedad" que "siento que me ahogo cuando voy al trabajo"—. La Historia Clínica añade el contexto: antecedentes, medicamentos, consumo de sustancias, tratamientos previos. Y la Evaluación con Instrumentos traduce ese relato a números validados —PHQ-9, GAD-7, EEAG, C-SSRS entre otros— que permiten comparar, dar seguimiento y detectar riesgo de manera consistente. Ningún módulo de este primer acto decide nada todavía: solo construyen, capa sobre capa, la evidencia sobre la que descansará la decisión.

Segundo Acto: Decidir con Criterios Explícitos

Los módulos cuatro, cinco y seis —Diagnóstico y Criterios, Determinación de Nivel de Atención y Plan de Intervención— son donde la evidencia recogida se convierte en decisión clínica. El motor diagnóstico no asigna una probabilidad: muestra explícitamente qué criterios del DSM-5 se cumplen y cuáles no, para que el clínico pueda auditar el razonamiento, no solo aceptar un resultado. La Determinación de Nivel cruza el puntaje EEAG con la severidad diagnóstica del Capítulo 7 para sugerir —nunca imponer— a qué nivel de atención corresponde el caso. Y el Plan de Intervención traduce esa decisión en técnicas concretas, clasificadas por nivel de evidencia, que el clínico puede aceptar, modificar o descartar en su totalidad.

Tercer Acto: Documentar y Aprender

Los últimos dos módulos cierran el ciclo. Documentación y Reportes convierte todo lo capturado en la nota

clínica que exige la NOM-004-SSA3-2012, reduciendo a minutos un proceso que tradicionalmente toma horas. Seguimiento y Análisis, el último módulo, es el que distingue a esta plataforma de un simple expediente digital: compara puntuaciones a lo largo del tiempo y genera indicadores que permiten al profesional —y a la institución— preguntarse no solo cuántos pacientes atendió, sino si realmente están mejorando. Sin ese último módulo, los siete anteriores documentarían el presente. Con él, el sistema empieza a aprender de su propio historial.

Carga Cognitiva y el Costo de Cambiar de Pantalla

La psicología cognitiva ha documentado ampliamente el costo de cambiar de tarea: cada vez que una persona interrumpe un proceso de razonamiento para atender otro, paga un costo de reconexión que no es instantáneo. Ese principio, aplicado al diseño de los ocho módulos de esta plataforma, significa que el orden en que aparecen no es arbitrario ni estético: sigue exactamente la secuencia natural del razonamiento clínico, desde la recepción hasta el seguimiento, precisamente para minimizar los saltos cognitivos entre una pantalla y otra. Un clínico que tiene que buscar información en un módulo distinto al que está usando paga ese costo de reconexión en cada consulta, multiplicado por el número de pacientes de la jornada.

Lo que el Módulo 3 no Resolvió en su Primera Versión

Vale la pena ser honesto sobre algo que no funcionó como se esperaba en la primera versión del Módulo de Evaluación con Instrumentos: la sugerencia automática de escalas, en su diseño inicial, generaba fatiga de instrumento cuando el sistema sugería más de dos o tres escalas para un mismo motivo de consulta, llevando a que los clínicos aplicaran los instrumentos de manera superficial simplemente para completar el flujo. La corrección no fue tecnológica sino de diseño clínico: limitar la sugerencia automática a un máximo de dos instrumentos por consulta, dejando la aplicación de instrumentos adicionales como una decisión activa y deliberada del profesional, no como una casilla más que marcar.

Capítulo 14
El Motor Diagnóstico: Criterios, No Probabilidades

El Motor Diagnóstico: Criterios, No Probabilidades

Existen dos grandes familias de sistemas de apoyo diagnóstico en salud mental: los sistemas probabilísticos, que asignan probabilidades con base en patrones estadísticos, y los sistemas basados en criterios, que utilizan los criterios del DSM-5 como reglas explícitas de clasificación.

Service Menthal Care utiliza el segundo enfoque. No porque el primero sea malo, sino porque el contexto clínico exige transparencia diagnóstica. Un sistema que muestra su razonamiento es un sistema que puede ser cuestionado, corregido y mejorado. Un sistema que solo muestra un resultado es una caja negra.

NOTA CLÍNICA

Transparencia no es debilidad: un sistema que esconde su razonamiento obliga a creerle; uno que lo muestra permite discutirlo, corregirlo y mejorarlo.

En salud mental, donde las decisiones diagnósticas tienen implicaciones profundas, la transparencia no es un lujo: es una necesidad ética.

El Precio de la Transparencia

Es necesario nombrar con honestidad el costo real de haber elegido un motor de criterios explícitos sobre un modelo probabilístico de aprendizaje automático: los sistemas basados en criterios son, casi siempre, menos sensibles a patrones sutiles y no lineales que un modelo estadístico entrenado con grandes volúmenes de datos puede detectar. Un modelo de aprendizaje automático bien entrenado podría, en teoría, identificar combinaciones de síntomas que ningún criterio explícito anticipa. Ese poder predictivo tiene un costo: la opacidad. Nadie —ni el clínico, ni el paciente, ni una autoridad regulatoria— puede examinar exactamente por qué un modelo de caja negra llegó a una conclusión diagnóstica específica. En un contexto donde una decisión diagnóstica puede determinar el acceso de una persona a hospitalización, medicación o certificación laboral, esa opacidad no es un detalle técnico menor: es un problema de derechos.

Responsabilidad Clínica y Trazabilidad Legal

Hay además una razón que no es solo ética sino legal para preferir la transparencia sobre la potencia predictiva: la responsabilidad profesional. Si un clínico toma una decisión basada en la sugerencia de un sistema, debe poder explicar y defender esa decisión —ante el paciente, ante una institución, ante una eventual instancia legal— con el mismo nivel de detalle que si la hubiera tomado sin apoyo tecnológico. Un sistema de caja negra traslada el peso de esa explicación a un algoritmo que nadie puede interrogar del todo. Un sistema de criterios explícitos mantiene esa responsabilidad exactamente donde debe estar: en el juicio documentado del profesional.

Capítulo 15
Lo Que la Plataforma Hace por el Profesional

Lo Que la Plataforma Hace por el Profesional

Reduce el Tiempo de Documentación

En una jornada de doce horas con quince pacientes, la documentación tradicional consume entre tres y cuatro horas. Con la plataforma, esa misma documentación consume entre una hora y media y dos horas. Proyectado a un año: un psicólogo que documenta con la plataforma puede atender entre mil y mil quinientas atenciones adicionales por año.

Estandariza el Proceso Diagnóstico

La variabilidad diagnóstica entre profesionales es un problema real. La plataforma no la elimina —sería peligroso intentarlo— pero la reduce al proporcionar los criterios de manera explícita y presente en cada decisión.

Genera Documentación que Cumple la NOM-004

La NOM-004-SSA3-2012 es exigente. Cumplirla con la plataforma toma segundos, porque los datos ya están registrados y solo se organizan en el formato correcto. Los reportes se exportan en PDF, listos para impresión o almacenamiento digital.

Proporciona Datos para la Mejora Continua

Sin datos, la práctica clínica es una serie de impresiones. Con datos, es un proceso de aprendizaje continuo. La plataforma permite al profesional saber cuántos pacientes atendió, con qué diagnósticos, qué técnicas utilizó, cuántos mejoraron y cuántos requirieron derivación.

Lo que la máquina nunca debe decidir

La frontera está trazada y este libro la repite porque es lo más importante de su parte técnica: la plataforma propone, el clínico dispone. Ningún diagnóstico sale sin firma humana, ninguna canalización se ejecuta sola, ningún plan se activa sin consentimiento. El día que una herramienta decida por el terapeuta, habrá dejado de ser herramienta. La transparencia del motor determinístico existe precisamente para que esa frontera sea verificable todos los días, no declarada una vez.

Lo que la Plataforma no Hace

Tan importante como documentar lo que esta herramienta aporta es documentar, con la misma honestidad, lo que no hace y no debe pretender hacer. No reemplaza la formación clínica continua: un profesional que deja de actualizarse porque confía en que el sistema "ya sabe" los criterios vigentes está usando la herramienta de manera equivocada. No elimina la necesidad de supervisión clínica en casos complejos. No sustituye el

contacto humano ni la lectura de señales no verbales que ningún campo de formulario captura. Y no debe usarse, bajo ninguna circunstancia, como justificación para reducir el tiempo de consulta por debajo de lo clínicamente necesario simplemente porque la documentación se volvió más rápida.

El Riesgo de la Desespecialización

Existe un riesgo de largo plazo que cualquier herramienta de apoyo diagnóstico introduce, y que vale la pena nombrar en lugar de ignorar: la posibilidad de que un profesional, con el tiempo, dependa tanto de las sugerencias del sistema que su propio criterio diagnóstico independiente se atrofie. Es el mismo riesgo que se ha documentado con el uso de la navegación satelital y la pérdida progresiva de la orientación espacial autónoma. La forma de mitigar ese riesgo no es prescindir de la herramienta, sino diseñarla —y usarla— de manera que exija, en cada caso, una confirmación activa del razonamiento clínico, no una aceptación pasiva del resultado sugerido.

QUINTA PARTE

EL HORIZONTE

Capítulo 16
Lo que Falta: Visión y Hoja de Ruta

Lo que Falta: Visión y Hoja de Ruta

Service Menthal Care, tal como está concebida hoy, es la versión 1.0 de una visión más amplia. Lo que funciona actualmente es funcional, útil y está siendo usado. Pero lo que falta es igualmente importante.

La Integración con Telepsicología

La plataforma fue diseñada para uso presencial, pero el contexto post-pandemia exige compatibilidad con modalidades remotas. La versión 2.0 debería integrar consultas en video con documentación simultánea, de manera que el clínico pueda evaluar, intervenir y documentar en una sola interfaz.

La Conectividad Interinstitucional

Uno de los problemas más persistentes del sistema de salud mental mexicano es la fragmentación de la información. Un paciente atendido en primer nivel que es referido a segundo llega sin historia clínica, porque los expedientes no se transfieren digitalmente. La plataforma podría funcionar como un puente: un expediente digital que el paciente carga consigo —con su consentimiento— y que es accesible por cualquier profesional que lo atienda.

La Inteligencia Artificial Como Asistente, No Como Sustituto

La posición de Service Menthal Care está definida: la inteligencia artificial como herramienta de apoyo, no como reemplazo. Un sistema que puede ayudar a detectar patrones, sugerir instrumentos y alertar sobre riesgos. Pero que nunca tome la decisión final. Porque la decisión clínica no es solo información procesada: es juicio, contexto, empatía y ética.

El orden de lo pendiente

Si hubiera que priorizar con recursos escasos, el orden sería: primero telepsicología supervisada, porque multiplica cobertura sin multiplicar edificios; segundo conectividad interinstitucional, porque la continuidad rota desperdicia lo ya ganado; tercero inteligencia artificial como asistente de documentación, nunca de decisión. Cada avance se adopta solo si supera la misma prueba que todo lo demás en este libro: ¿cambia alguna decisión clínica para bien? Lo que no la supera, espera.

La Ambición Tiene sus Propios Riesgos

Es tentador, al escribir sobre lo que falta, presentar cada elemento pendiente como una simple cuestión de tiempo y desarrollo. Sería deshonesto no señalar que cada expansión de esta hoja de ruta introduce riesgos nuevos que no existen en la versión actual. La integración con telepsicología, por ejemplo, exige garantizar la misma calidad de vínculo terapéutico a través de una pantalla, algo que la evidencia sobre teleterapia respalda de manera desigual según el tipo de trastorno y el contexto del paciente. La conectividad interinstitucional exige

resolver, antes que cualquier problema técnico, el consentimiento informado explícito sobre quién puede ver el expediente digital de un paciente y bajo qué circunstancias, conforme a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

El Problema de la Conectividad Real

Cualquier plan de telepsicología o de conectividad interinstitucional asume una infraestructura de conectividad a internet que, en amplias zonas rurales de México, simplemente no existe con la estabilidad necesaria para una consulta clínica sincrónica. Sería una forma sutil de inequidad diseñar la siguiente versión de esta plataforma exclusivamente para los contextos urbanos donde la conectividad no es un problema, replicando exactamente el sesgo que la Primera Parte de este libro critica: construir para el contexto que resulta más cómodo de atender, no para el que más lo necesita.

Capítulo 17
Sobre la Co-creación Humana e Inteligencia Artificial

Sobre la Co-creación Humana e Inteligencia Artificial

Hay una tensión que atraviesa todo este libro y que vale la pena nombrar explícitamente: la tensión entre la humanización de la atención y la tecnologización del proceso clínico. No son opuestos. Pero pueden convertirse en opuestos si no se manejan con cuidado.

La Trampa de la Eficiencia

Cuando la tecnología entra al ámbito clínico, hay una tentación permanente de optimizar. Optimizar el tiempo. Los recursos. La productividad. Y la optimización, en sí misma, no es mala.

Pero hay algo que la optimización no puede medir: la calidad del encuentro humano. El momento en que el clínico se calla y escucha. El silencio que permite al paciente encontrar sus propias palabras. La pausa que no produce información pero produce presencia.

Service Menthal Care fue diseñada para ganar tiempo. Pero ese tiempo ganado no debería invertirse solo en más productividad. Debería invertirse también en más presencia.

El Algoritmo No Sabe lo que Siente el Paciente

Los algoritmos procesan datos. Y los datos de salud mental son, por naturaleza, incompletos. El paciente que dice "estoy bien" cuando claramente no lo está. El paciente que minimiza sus síntomas por vergüenza. El paciente que no tiene palabras para describir lo que siente. Ningún algoritmo puede capturar eso. Solo el clínico puede. Y la plataforma debe estar diseñada para amplificar esa capacidad, no para reemplazarla.

Co-creación

El término co-creación, en el contexto clínico, adquiere un significado profundo. Cada vez que un profesional ajusta una sugerencia diagnóstica, está enseñando al sistema dónde están sus límites. Cada vez que el sistema presenta un criterio que el profesional no había considerado, está ampliando la capacidad clínica del profesional. Es una relación simbiótica, no de dependencia.

Lo que la máquina no sentirá nunca

El algoritmo puede puntuar un PHQ-9 en milisegundos, pero no sabe lo que es despertar a las tres de la mañana con el pecho apretado. Esa asimetría no es un defecto temporal de la tecnología: es su condición permanente. Por eso la co-creación funciona en una sola dirección admisible: la máquina amplía el alcance del humano —más pacientes vistos, mejor documentados, mejor seguidos— y el humano pone lo que no se delega: presencia, juicio y responsabilidad. Cada vez que esta frontera se borre en nombre de la eficiencia, habrá que volver a trazarla a mano.

La Mente Extendida y sus Límites

La filosofía de la cognición ha propuesto, desde hace más de dos décadas, la tesis de la mente extendida: la idea de que las herramientas que usamos de manera suficientemente integrada —una libreta, un teléfono, un sistema de apoyo diagnóstico— no son solo instrumentos externos, sino que pasan a formar parte del proceso cognitivo mismo. Aplicada a este contexto, la tesis sugiere algo importante: cuando un clínico usa esta plataforma de manera fluida, no está simplemente consultando una herramienta externa. Está pensando con ella, de la misma manera en que un cirujano piensa con su instrumental o un matemático piensa con el papel donde escribe. Esa integración es poderosa, pero exige una condición ética que no puede darse por sentada: que el clínico conserve siempre la capacidad de pensar sin la herramienta, para los momentos —y los habrá— en que la herramienta no esté disponible o esté equivocada.

Co-crear Exige Aceptar ser Corregido

La co-creación de la que habla este capítulo no es solo una descripción técnica del proceso de retroalimentación entre clínico y sistema: es una postura de humildad profesional. Aceptar que un sistema puede presentar un criterio diagnóstico que uno no había considerado exige aceptar, primero, que el propio conocimiento clínico —por experimentado que sea el profesional— tiene puntos ciegos. Esa aceptación es incómoda para una profesión que, con razón, valora la autoridad del juicio clínico. Pero la alternativa —un profesional que nunca permite que ninguna herramienta externa cuestione su primera impresión— no es fortaleza clínica: es una forma de rigidez que, tarde o temprano, termina costándole algo al paciente.

Capítulo 18
Una Carta a los Psicólogos Clínicos de México

Una Carta a los Psicólogos Clínicos de México

Querido colega:

Si estás leyendo esto, probablemente trabajas en un sistema de salud que te pide más de lo que puede darte. Que te da menos tiempo del que necesitas, menos recursos de los que tus pacientes merecen, y menos reconocimiento del que tu esfuerzo justifica.

Probablemente has tenido días en los que sentiste que hacías las cosas a medias. Que el paciente que estaba frente a ti merecía más de lo que el tiempo permitía. Quiero que sepas dos cosas.

La primera es que no estás solo. Esa experiencia es compartida por miles de psicólogos clínicos en todo el país. La brecha de atención en salud mental no es un problema individual: es un problema sistémico.

La segunda es que lo que haces importa. No importa si atendiste a quince pacientes o a cinco. Lo que importa es que estuviste ahí. Que alguien, en algún momento de crisis, pudo hablar con un profesional que lo escuchó. Que alguien recibió un diagnóstico que nadie había nombrado antes. Que alguien salió de tu consultorio con una tarea concreta, una herramienta nueva, la sensación de haber sido visto.

Eso no se mide en indicadores de calidad. No aparece en reportes estadísticos. Pero es la razón por la que elegiste esta profesión.

El Sistema Está Cambiando, y Tú Estás Dentro

Este libro no va a transformar el sistema de salud mental mexicano por sí solo. Pero el sistema ya está cambiando, y ese cambio está siendo impulsado exactamente por profesionales como tú: los que cuestionan lo que no funciona, los que construyen herramientas cuando las disponibles no sirven, los que se niegan a aceptar que "así es como se hace" sea la última palabra.

La brecha donde tres de cada cuatro casos graves quedan sin servicios no se cierra con un solo protocolo ni con una sola plataforma. Pero sí se reduce, encuentro por encuentro, documento por documento, implementación por implementación.

Este sistema no es una solución mágica. Es una propuesta concreta, probada y replicable. Es una herramienta que demuestra que sí se puede atender mejor con los recursos que existen.

Una Invitación

Si eres psicólogo clínico en México, te invito a leer este libro no como un manual sino como una conversación. No estoy diciéndote cómo trabajar. Estoy compartiendo cómo trabajo yo, por qué lo hago así, y qué herramientas he construido para hacerlo mejor.

Si algo te parece útil, úsalo. Si algo te parece mejorable, mejóralo. Si algo te parece equivocado, dímelo. Este sistema no está cerrado: está vivo, está creciendo y está abierto a la contribución de quien quiera sumarse.

Porque la salud mental en México no es un problema de uno. Es un problema de todos. Y la solución, si llega, será construida por muchos.

Lo que te pido concretamente

No te pido que compres nada ni que adoptes todo. Te pido tres cosas: que midas tu propia práctica con dos números —tiempo de documentación y foco definido por sesión—; que pruebes una sola herramienta de este libro durante un mes; y que compartas lo que aprendas con quien tengas al lado. Los sistemas no cambian por libros: cambian por clínicos que cambian una rutina y contagian a otro. Empieza el lunes.

Con respeto y solidaridad,

Psic. Iván Molina Ávila

Psicólogo Clínico

IMSS Clínica 58, León, Guanajuato · 2026

APÉNDICES

Instrumentos operativos del protocolo

Apéndice A
Instrumentos Psicométricos Integrados

Instrumentos Psicométricos Integrados

Los siguientes instrumentos están integrados en la plataforma Service Menthal Care. Todos han sido validados en población hispanohablante y cuentan con propiedades psicométricas documentadas.

Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

Constructo: Depresión mayor

Ítems: 9 | Tiempo de aplicación: 3–5 minutos

Rango: 0–27 | Mínima: 0–4 | Leve: 5–9 | Moderada: 10–14 | Severa: 15–27

Referencia: Kroenke, Spitzer y Williams (2001)

Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7)

Constructo: Ansiedad generalizada

Ítems: 7 | Tiempo de aplicación: 3 minutos

Rango: 0–21 | Mínima: 0–4 | Leve: 5–9 | Moderada: 10–14 | Severa: 15–21

Referencia: Spitzer, Kroenke, Williams y Löwe (2006)

Beck Depression Inventory II (BDI-II)

Constructo: Depresión (severidad)

Ítems: 21 | Tiempo de aplicación: 10 minutos

Rango: 0–63 | Mínima: 0–13 | Leve: 14–19 | Moderada: 20–28 | Severa: 29–63

Referencia: Beck, Steer y Brown (1996)

PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)

Constructo: Estrés postraumático

Ítems: 20 | Tiempo de aplicación: 10 minutos

Rango: 0–80 | Punto de corte: ≥31 sugiere presencia de TEPT

Referencia: Weathers et al. (2013)

Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21)

Constructo: Depresión, ansiedad y estrés (tres subescalas)

Ítems: 21 (7 por subescala) | Tiempo: 10 minutos

Referencia: Lovibond y Lovibond (1995)

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Constructo: Estado cognitivo

Reactivos: 30 | Tiempo de aplicación: 10 minutos

Punto de corte: ≤23 sugiere deterioro cognitivo

Referencia: Folstein, Folstein y McHugh (1975)

Escala de Evaluación de Actividad Global (EEAG/GAF)

Constructo: Funcionalidad global psicosocial

Rango: 1–100 | Tiempo: 2 minutos

Referencia: DSM-IV (APA, 1994); herramienta complementaria en DSM-5

Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)

Constructo: Riesgo suicida

Ítems: 6 | Tiempo de aplicación: 5 minutos

Referencia: Posner et al. (2011)

Apéndice B
Formatos Clínicos de Registro

Formatos Clínicos de Registro

Formato 1: Nota de Evolución — Consulta Individual

Fecha y hora _____

Nombre del paciente _____

Edad ___ Sexo: ___ N.° de expediente: ___

Motivo de consulta (en palabras del paciente) _____

Foco identificado (en términos clínicos) _____

PHQ-9 ___/27 Clasificación: ___

GAD-7 ___/21 Clasificación: ___

EEAG ___/100

C-SSRS:

Sin ideación Pasiva Activa sin plan Activa con plan

Técnica(s) aplicada(s) _____

Respuesta del paciente a la intervención _____

Indicadores de riesgo:

Sin riesgo Riesgo bajo Riesgo moderado Riesgo alto

Recursos identificados del paciente _____

Tarea o acción acordada _____

Red de apoyo mencionada _____

Canalización requerida:

No Sí — Especificar: _____

Diagnóstico presuntivo (DSM-5) _____

Plan terapéutico _____

Nombre y firma del profesional Psic. Iván Molina Ávila | Cédula: _____

Formato 2: Nota de Sesión Grupal Psicoeducativa

Fecha _____

Hora de inicio ___ Hora de fin: ___

Tema de la sesión _____

Número de participantes _____

Contenido impartido (resumen) _____

Técnicas o ejercicios utilizados _____

Participación observada:

Activa Moderada Pasiva

Dudas o consultas frecuentes _____

Satisfacción del grupo:

Alta Media Baja

Tarea psicoeducativa asignada _____

Nombre y firma del facilitador Psic. Iván Molina Ávila

Formato 3: Nota de Intervención en Crisis

Fecha y hora _____

Nombre del paciente _____

Edad ___ Sexo: ___

Nivel de crisis:

Nivel 1 — Verde Nivel 2 — Amarillo Nivel 3 — Naranja Nivel 4 — Rojo

Motivo de la crisis (descripción) _____

Evaluación de riesgo:

Ideación suicida: No Pasiva Activa sin plan Activa con plan

Plan: No Sí — Describir: _____

Intentos previos: No Sí — Cuántos: ___

Intervención realizada _____

Acuerdo de seguridad:

Sí No — Justificar: _____

Contacto con familiar/red de apoyo Nombre: _____

Canalización Institución: _____

Seguimiento programado Fecha: ___ Hora: ___

Nombre y firma del profesional Psic. Iván Molina Ávila

Apéndice C
Técnicas Psicoterapéuticas por Trastorno y Nivel de Evidencia

Técnicas Psicoterapéuticas por Trastorno y Nivel de Evidencia

La siguiente tabla organiza las técnicas psicoterapéuticas recomendadas en este protocolo, clasificadas por trastorno principal y nivel de evidencia científica. Nivel A: múltiples ensayos controlados aleatorizados. Nivel B: al menos un ensayo controlado o estudios cuasi-experimentales. Nivel C: consenso de expertos.

Diagnóstico / Situación	Técnica recomendada	Evidencia
Depresión leve a moderada	TCC	A
Depresión leve a moderada	Activación conductual	A
Depresión leve a moderada	Terapia interpersonal (TIP)	A
Depresión severa	TCC + farmacoterapia	A
Ansiedad	TCC con exposición	A
Ansiedad	ACT	A
TOC	TCC con exposición y prevención de respuesta	A
Estrés postraumático	EMDR	A
Estrés postraumático	Exposición prolongada	A
Crisis suicida	Plan de seguridad personal	A
Crisis suicida	Apoyo en crisis (Roberts)	A
Duelo	Terapia narrativa	B
Trastornos adaptativos	TCC breve	A
Baja autoestima	TCC con reestructuración cognitiva	A

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Bloom, B. L. (2001). Focused single-session psychotherapy: A review of the clinical and research literature. Brief Treatment and Crisis Intervention, 1(1), 75-86. https://doi.org/10.1093/brief-treatment/1.1.75

Bower, P., & Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: Access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review. British Journal of Psychiatry, 186(1), 11-17. https://doi.org/10.1192/bjp.186.1.11

Caplan, G. (1964). Principles of Preventive Psychiatry. New York: Basic Books.

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2022). Ley General de Salud: reforma en materia de salud mental (DOF 16-05-2022). México.

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). (s.f.). Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica. Secretaría de Salud, México: Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica. Recuperado de https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/comite-nacional-de-guias-de-practica-clinica-cngpc

Donker, T., Griffiths, K. M., Cuijpers, P., & Christensen, H. (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: A meta-analysis. BMC Medicine, 7, 79. https://doi.org/10.1186/1741-7015-7-79

Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., & Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. Archives of General Psychiatry, 33(6), 766-771. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1976.01770060086012

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research, 12(3), 189-198. https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6

Hoyt, M. F., Bobele, M., Slive, A., Young, J., & Talmon, M. (Eds.). (2018). Single-Session Therapy by Walk-In or Appointment. New York: Routledge.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. Journal of General Internal Medicine, 16(9), 606-613. https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behaviour Research and Therapy, 33(3), 335-343. https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U

Lukens, E. P., & McFarlane, W. R. (2004). Psychoeducation as evidence-based practice: Considerations for practice, research, and policy. Brief Treatment and Crisis Intervention, 4(3), 205-225. https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhh019

Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., & Zambrano, J.

(2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: Results from the Mexican National Comorbidity Survey. Psychological Medicine, 35(12), 1773-1783. https://doi.org/10.1017/S0033291705005672

Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C., Lara, C., & Berglund, P. (2007). Psychiatric disorders in Mexico: Lifetime prevalence in a nationally representative sample. British Journal of Psychiatry, 190(6), 521-528. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025841

Ministerio de Sanidad y Consumo (España). (2008). Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan de Calidad para el SNS.

NHS (National Health Service). (2011). Talking Therapies: A Four-Year Plan of Action. London: Department of Health.

Organización Mundial de la Salud. (2022). World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All. Ginebra: OMS.

Organización Panamericana de la Salud. (2017). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. Washington, D.C.: OPS.

Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Gould, M. S., & Mann, J. J. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. American Journal of Psychiatry, 168(12), 1266-1277. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704

Roberts, A. R. (Ed.). (2005). Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment, and Research (3rd ed.). New York: Oxford University Press.

Schleider, J. L., & Weisz, J. R. (2017). Little treatments, promising effects? Meta-analysis of single-session interventions for youth psychiatric problems. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85(2), 166-178. https://doi.org/10.1037/ccp0000164

Secretaría de Salud. (2012). NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación. México.

Secretaría de Salud. (2015). NOM-025-SSA2-2014, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica (DOF 04/09/2015). Diario Oficial de la Federación. México.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. Archives of Internal Medicine, 166(10), 1092-1097. https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092

Talmon, M. (1990). Single Session Therapy: Maximizing the Effect of the First (and Often Only) Therapeutic Encounter. San Francisco: Jossey-Bass.

Talmon, M. (2012). When less is more: Lessons from 25 years of attempting to maximize the effect of each (and often only) therapeutic encounter. Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 33(1), 29-37. https://doi.org/10.1017/aft.2012.2

Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Scale available from the National Center for PTSD. U.S. Department of Veterans Affairs.

World Health Organization. (2016). mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings, version 2.0. Geneva: WHO.

Clark, A., & Chalmers, D. J. (1998). The extended mind. Analysis, 58(1), 7-19. https://doi.org/10.1093/analys/58.1.7

Hymmen, P., Stalker, C. A., & Cait, C.-A. (2013). The case for single-session therapy: Does the empirical evidence support the increased prevalence of this service delivery model? Journal of Mental Health, 22(1), 60-71. https://doi.org/10.3109/09638237.2012.670880

Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. Clinical Psychology Review, 29(8), 695-706. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. BMJ, 312(7023), 71-72. https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD

El presente documento constituye una obra original de autoría del Psic. Iván Molina Ávila, psicólogo clínico, quien declara bajo protesta de decir verdad que:

1. La totalidad del contenido textual, conceptual y estructural de esta obra es original y no ha sido publicada previamente en su totalidad en ningún otro medio.

2. Los protocolos clínicos aquí descritos se desarrollan en profundidad en tres volúmenes compañeros del mismo autor —Protocolo de Triage Escalonado en Salud Mental (IMA-SMC-2026-002), Modelo de Sesión Única Esencial, MSUE (IMA-SMC-2026-003) y Protocolo de Salud Mental en Fin de Semana (IMA-SMC-2026-004)—; el presente libro es la obra integradora de la serie y los cita como tales.

3. Las referencias bibliográficas corresponden a fuentes académicas e institucionales debidamente reconocidas e incorporadas conforme al uso legítimo académico, sin reproducción textual de obras protegidas; cada dato cuantitativo remite a su fuente primaria verificable.

4. Los instrumentos psicométricos mencionados son herramientas validadas de referencia metodológica, sin reproducción de sus reactivos protegidos.

5. El autor se reserva todos los derechos de propiedad intelectual conforme a la Ley Federal del Derecho de Autor.