MODELO DE SESIÓN ÚNICA ESENCIAL (MSUE)

Protocolo estructurado de 40 minutos para contextos de alta demanda

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). Modelo de sesión única esencial (MSUE): protocolo estructurado de 40 minutos. León, Guanajuato, México.

Registro ante INDAUTOR en trámite | Folio interno: IMA-SMC-2026-003

NOTA SOBRE LA NATURALEZA DE ESTA OBRA

Este libro no es un manual de psicoterapia general ni una promesa de curas exprés. Es el protocolo operativo de un modelo preciso: cuarenta minutos estructurados en cinco fases para que un solo encuentro produzca cambio real y documentable.

Lo aquí descrito proviene de la práctica clínica del autor en contextos de alta demanda y se sostiene en la literatura internacional sobre terapia de sesión única, citada con rigor verificable. Es el segundo volumen de una serie de cuatro obras sobre atención en salud mental.

ÍNDICE

Prólogo **5**

PRIMERA PARTE — FUNDAMENTOS DEL MODELO **6**

Cap. 1: Qué Es y Qué No Es el Modelo de Sesión Única Esencial 7

Cap. 2: Los Seis Principios Rectores 9

Cap. 3: Base de Evidencia Verificada 11

SEGUNDA PARTE — LA SESIÓN DE 40 MINUTOS **13**

Cap. 4: Fase 1: Vínculo y Encuadre (0 a 5 Minutos) 14

Cap. 5: Fase 2: Evaluación Focal (5 a 15 Minutos) 16

Cap. 6: Fase 3: Intervención Terapéutica (15 a 30 Minutos) 18

Cap. 7: Fases 4 y 5: Cierre, Recursos y Despedida (30 a 40 Minutos) 20

TERCERA PARTE — ADAPTACIONES POR POBLACIÓN **22**

Cap. 8: Niños y Adolescentes 23

Cap. 9: Adultos Mayores y Pacientes en Crisis 24

CUARTA PARTE — REGISTRO, OPERACIÓN Y LÍMITES **25**

Cap. 10: Registro Clínico y Contextos de Aplicación 26

Cap. 11: Implementación, Evaluación y Límites del Modelo 28

APÉNDICES **30**

Apéndice A: Tabla de Fases y Tiempos de la Sesión 31

Apéndice B: Tabla de Correspondencia Motivo-Técnica-Enfoque 32

Apéndice C: Formato Mínimo de Registro de Sesión Única 33

Referencias Bibliográficas **34**

Declaración de Autoría y Originalidad **35**

PRÓLOGO
CADA ENCUENTRO PUEDE SER COMPLETO

Hay una escena que todo psicólogo de primer nivel conoce: termina la consulta, el paciente agradece conmovido, y el terapeuta piensa "ojalá vuelva". A veces vuelve. Muchas veces no —no por fracaso, sino porque obtuvo lo que necesitaba, porque la vida se interpuso o porque el sistema no le ofreció una segunda cita a tiempo.

Durante años, la clínica enseñó a leer esa única sesión como un tratamiento interrumpido. Este libro propone leerla de otra manera: como un tratamiento completo en sí mismo, si se conduce con método. Esa es la tesis de la Terapia de Sesión Única internacional y la experiencia que este protocolo organiza en cuarenta minutos estructurados bajo un nombre propio: MSUE, Modelo de Sesión Única Esencial. Esencial porque se queda con lo indispensable —foco, técnica, tarea— y descarta lo accesorio; modelo porque cada uno de sus pasos es entrenable, medible y replicable.

Lo que aquí se presenta nació en la consulta real —unidades saturadas, pacientes que llegan una sola vez, relojes que no se detienen— y se sostiene en décadas de investigación internacional que este libro cita con precisión verificable. No promete milagros de cuarenta minutos: promete un método para que ningún encuentro se desperdicie.

Este volumen es el segundo de una serie de cuatro obras del mismo autor: el protocolo de triage escalonado, este modelo de sesión única, el manual de jornadas de fin de semana y la obra integradora Cuando una sesión es suficiente. Cada libro conserva su estructura propia y puede leerse de forma independiente.

PRIMERA PARTE

FUNDAMENTOS DEL MODELO

Capítulo 1
Qué Es y Qué No Es el Modelo de Sesión Única Esencial

El Modelo de Sesión Única Esencial (MSUE) es la adaptación operativa de la Terapia de Sesión Única internacional —Single Session Therapy (SST)— a los contextos mexicanos de alta demanda: un modelo de intervención psicológica diseñado para situaciones donde el paciente acude una sola vez, por elección propia, por limitaciones de acceso, por urgencia situacional o por las condiciones del sistema de salud que lo atiende.

Este modelo no debe confundirse con una terapia incompleta o deficiente. Por el contrario, el MSUE parte de un supuesto clínico fundamental: cada sesión puede ser completa en sí misma. El terapeuta trabaja con la convicción de que el encuentro presente es suficiente para generar un cambio significativo, real y duradero en la vida del consultante.

NOTA CLÍNICA

Una sesión no es terapia incompleta. Es la duración que la mayoría de los pacientes elige cuando se les ofrece terminar cuando el trabajo clínico esté hecho.

El dato que lo cambió todo

A mediados de los años ochenta, en Kaiser Permanente de California, Moshe Talmon descubrió algo incómodo: hiciera lo que hiciera el terapeuta, la duración más frecuente de la psicoterapia era una sola sesión. En lugar de archivarlo como abandono, llamó a esos pacientes y preguntó por qué habían venido una sola vez. La gran mayoría estaba satisfecha: había obtenido lo que buscaba. En el estudio prospectivo posterior, 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 significativa en su motivo de consulta (Talmon, 1990; Hoyt et al., 2018).

Tres hallazgos de aquella investigación sostienen este libro: la sesión única es la duración modal de la psicoterapia; la primera sesión es potencialmente la más terapéutica; y la TSU es el modo más costo-efectivo de terapia (Talmon, 2012). Décadas de práctica internacional posterior —servicios walk-in en Canadá y Australia, intervenciones de sesión única digitales y metaanálisis de intervenciones breves— confirman que lo breve puede ser genuinamente útil (Schleider & Weisz, 2017; Hoyt et al., 2018).

Lo que el MSUE no es

El MSUE no es terapia recortada por falta de recursos ni una excusa institucional para no dar seguimiento. No es aplicable a todo: psicosis activa, riesgo suicida inminente, violencia en curso o descompensación orgánica exigen otras rutas —este libro las señala con precisión en cada capítulo—. Y no es obligatoriamente la última sesión: el modelo deja la puerta abierta. El MSUE no prohíbe regresar; simplemente se niega a desperdiciar el presente por esperar un futuro que quizá no llegue.

El MSUE frente a terapia breve tradicional

La terapia breve tradicional supone pocas sesiones; el MSUE supone una sola como unidad completa de trabajo. La diferencia no es de cantidad sino de diseño: en terapia breve el terapeuta distribuye el proceso en el tiempo disponible, en el MSUE condensa el proceso en el tiempo existente. Esto cambia la escucha —se busca lo movible hoy, no la historia completa—, cambia la intervención —se elige lo practicable esta semana— y cambia el cierre —se celebra lo logrado en lugar de prometer lo pendiente. Un terapeuta formado en modelos largos que simplemente "acorta" fracasa; uno que rediseña para cuarenta minutos funciona.

Una viñeta ilustrativa

Mujer de 38 años, primera consulta, motivo: "no puedo dormir desde que mi mamá murió hace dos meses". Foco acordado al minuto doce: culpa por no haber estado presente el último día. Intervención: carta no enviada escrita en sesión durante doce minutos, leída en voz alta, resignificada con dos preguntas. Tarea: leerla cada noche durante una semana y anotar qué cambia. Cierre con red: hermana identificada como apoyo. Una sola sesión, un foco, una técnica, una tarea. El seguimiento telefónico al mes reportó sueño normalizado y duelo en curso funcional. No todos los casos responden así; pero todos merecen intentarlo con método.

Dónde se aplica

Contexto de aplicación	Por qué funciona la TSU ahí
Centros de salud, IMSS, ISSSTE y primer nivel con alta demanda	Convierte la restricción de citas en diseño clínico en lugar de resignación
Consultas escolares, comunitarias y universitarias	Atiende población flotante que rara vez regresa al mismo servicio
Crisis situacional o duelo reciente	Interviene en la ventana donde el cambio es más probable
Poblaciones con dificultad de acceso geográfico o económico	Maximiza el único encuentro disponible
Pacientes que solicitan explícitamente una sola consulta	Respeta la autonomía en lugar de imponer encuadres largos
Intervenciones post-catástrofe o en emergencia	Ofrece estructura aplicable por equipos rotativos

Capítulo 2
Los Seis Principios Rectores

Este protocolo se rige por seis principios clínicos que orientan cada decisión terapéutica durante la sesión. No son decoración: cada uno se traduce en conductas observables del terapeuta que este libro detalla fase por fase.

Principio de suficiencia

Esta sesión es suficiente. El terapeuta no trabaja pensando en la próxima cita, sino en maximizar el impacto del encuentro presente. Conducta observable: el encuadre temporal se comunica en los primeros minutos como estructura que beneficia, nunca como disculpa.

Principio de foco

No se aborda todo. Se identifica un elemento central sobre el cual concentrar la intervención. Conducta observable: antes del minuto quince, terapeuta y paciente pueden nombrar en una frase el foco del día. Si no pueden, la sesión va a la deriva.

Principio de recursos

El paciente llega con fortalezas. El trabajo es identificarlas y activarlas, no solo explorar el problema. Conducta observable: el protocolo FOCALIZA dedica dos de sus ocho letras —zona de recursos y aspiración— a lo que el paciente sí tiene y sí quiere.

Principio de colaboración

La relación terapéutica es horizontal. El consultante es experto en su propia vida. Conducta observable: las decisiones de foco y de tarea se negocian en voz alta, nunca se imponen. El plan final se dice con las palabras del paciente.

Principio de concreción

Cada sesión debe producir al menos una acción concreta que el paciente pueda implementar al salir. Conducta observable: la tarea de las próximas 24 a 72 horas queda escrita —en papel del paciente o dictada— antes del minuto treinta y ocho.

Principio de apertura

El modelo no cierra la puerta. Si el paciente desea regresar, es bienvenido. Conducta observable: la despedida incluye información explícita de seguimiento, líneas de crisis y la frase que este protocolo prescribe: regresar no es fracasar.

Cómo se entrena cada principio

Los principios se entrenan por separado antes de integrarse. Suficiencia: practicar encuadres en role-play hasta decirlo sin disculparse. Foco: ejercicios de resumir casos en una frase contra reloj. Recursos: entrenar la pregunta de excepciones hasta que salga natural. Colaboración: grabarse y contar cuántas decisiones impuso versus negoció. Concreción: revisar tareas de sesiones reales y calificarlas por verificabilidad. Apertura: ensayar la despedida completa en menos de dos minutos. La supervisión del modelo revisa estos observables, no intenciones.

Capítulo 3
Base de Evidencia Verificada

Este modelo se fundamenta exclusivamente en literatura verificable. Cada afirmación de este capítulo remite a una fuente que el lector puede localizar; las referencias completas, con identificadores digitales donde existen, están al final del libro.

El estudio fundacional

Talmon (1990), en Single Session Therapy: Maximizing the Effect of the First (and Often Only) Therapeutic Encounter (Jossey-Bass, San Francisco), documentó con cientos de casos que la duración modal de la psicoterapia es una 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 el motivo original, además de mejorías asociadas en otras áreas. Veinticinco años después, el mismo autor confirmó que estos hallazgos siguen entre los más consistentes de la psicoterapia basada en evidencia (Talmon, 2012).

La expansión internacional

Hoyt, Bobele, Slive, Young y Talmon (2018), en Single-Session Therapy by Walk-In or Appointment (Routledge), sistematizaron la experiencia de servicios walk-in de Canadá, Australia y Estados Unidos: la sesión única por diseño —no por abandono— produce satisfacción y resultados comparables entre quienes se detienen en una sesión y quienes continúan. La literatura posterior confirma que UNO es la duración más frecuente entre quienes asisten, seguida de dos y luego tres sesiones.

Intervenciones breves estructuradas

El metaanálisis de Schleider y Weisz (2017), la revisión de Hymmen, Stalker y Cait (2013) —que confirmó que la mayoría de los usuarios encuentra suficiente y útil la sesión única, aunque con limitaciones metodológicas—, y el trabajo fundacional de Talmon configuran una base convergente:, publicado en el Journal of Consulting and Clinical Psychology, mostró efectos prometedores de las intervenciones de sesión única en jóvenes. 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. Junto con el trabajo fundacional de Talmon, estas fuentes configuran una base convergente: lo breve e intencional puede funcionar. Este respaldo conecta al MSUE con la ciencia de intervenciones escalables, no solo con la tradición clínica.

Marcos diagnósticos y de apoyo

El modelo utiliza el DSM-5 como lenguaje diagnóstico (American Psychiatric Association, 2013) y la Guía de Intervención mhGAP de la OMS —versión 2.0 en inglés (WHO, 2016) y su edición en español (OPS, 2017)— como respaldo para la atención en niveles no especializados. En México, las rutas de referencia se alinean con el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica (CENETEC, s.f.).

Para qué cuadros hay respaldo

La efectividad de la TSU está documentada para ansiedad, depresión leve a moderada, crisis situacionales, duelo no complicado y trastornos adaptativos. Para psicosis activa, riesgo suicida inminente, violencia en curso o descompensación orgánica, la evidencia indica otras rutas: este protocolo las prescribe en los capítulos 5 y 9 en lugar de forzar la sesión única donde no corresponde.

Cómo leer esta evidencia sin ingenuidad ni escepticismo

Tres cautelas honestas. Primera: los estudios fundacionales no asignaron aleatoriamente a una sesión versus muchas; compararon a quienes eligieron detenerse con quienes continuaron, así que parte del efecto es autoselección de casos adecuados. Segunda: la mayoría de la evidencia viene de sistemas anglosajones con walk-in; su traslado a consulta mexicana de alta demanda es plausible pero debe medirse localmente —por eso el Capítulo 11 exige indicadores propios—. Tercera: la satisfacción alta no equivale a remisión clínica en todos los cuadros; el modelo funciona mejor en problemas focales y recientes que en patología crónica estructural. Ninguna de estas cautelas invalida el modelo; las tres obligan a aplicarlo donde corresponde y a medirlo siempre.

Nota metodológica del autor

Se eliminaron de versiones previas de este documento dos citas que no superaron verificación —un artículo de 2022 en una revista de existencia no confirmada y un estudio de 2021 ausente de la lista de referencias—. Este libro solo afirma lo que puede probar. Esa es también una posición clínica: no prometer al paciente lo que la evidencia no sostiene.

SEGUNDA PARTE

LA SESIÓN DE 40 MINUTOS

Capítulo 4
Fase 1: Vínculo y Encuadre (0 a 5 Minutos)

La sesión se organiza en cinco fases clínicas con tiempos máximos sugeridos. El terapeuta debe ser flexible dentro de estos rangos, pero disciplinado en el cumplimiento del encuadre temporal total.

NOTA CLÍNICA

Los tiempos son umbrales, no relojes de carrera. En clínica real, una fase se extiende cuando el paciente lo exige y se compensa en la siguiente; nunca se recorta en el vínculo.

Fase	Tiempo	Objetivo clínico
Fase 1: Vínculo y Encuadre	0-5 min	Alianza terapéutica rápida y contrato de tiempo
Fase 2: Evaluación Focal	5-15 min	Motivo central, historia breve y recursos (FOCALIZA)
Fase 3: Intervención Terapéutica	15-30 min	Una técnica a profundidad sobre el foco
Fase 4: Cierre y Recursos	30-38 min	Aprendizaje consolidado, plan de acción y red
Fase 5: Despedida Terapéutica	38-40 min	Cierre emocional, opciones y puerta abierta

El inicio tiene un objetivo doble: establecer una alianza terapéutica sólida en el menor tiempo posible y comunicar el encuadre temporal. El encuadre no debe presentarse como una limitación, sino como una estructura que beneficia al consultante.

Intervenciones verbales sugeridas

- "Hoy tenemos 40 minutos juntos. Quiero que sean completamente tuyos. ¿Qué es lo más importante que necesitas que suceda en este tiempo?"
- "No importa si es la primera o la única vez que nos vemos: podemos hacer trabajo real y significativo en este espacio."
- "¿Cómo llegaste aquí hoy? ¿Qué te trajo?"

Técnicas de esta fase

Escucha activa empática con reflejo, paráfrasis y validación emocional; pregunta de apertura orientada al resultado esperado; y normalización explícita de la consulta única como modalidad válida y respaldada. La validación temprana no es cortesía: es la condición para que el paciente entregue material sensible en los minutos siguientes.

Errores típicos de la Fase 1

Extender la bienvenida más allá de cinco minutos por ansiedad del terapeuta; pedir la historia completa antes de definir el foco; y presentar el tiempo como disculpa ("ojalá tuviéramos más tiempo"), lo que devalúa el encuentro antes de empezar. El encuadre se dice una vez, con calidez y firmeza, y se sostiene.

Material difícil en cinco minutos

Llanto intenso: no interrumpir, ofrecer pañuelos sin prisa, esperar y luego anclar —"quédate con lo que sientes ahorita, eso es lo que vamos a trabajar"—. Enojo hacia el terapeuta o el sistema: validarlo como dato, no defenderse, convertirlo en foco candidato. Silencio prolongado: tolerarlo hasta un minuto, luego devolverlo como pregunta —"¿qué pasa por tu mente en este silencio?"—. Acompañantes que hablan por el paciente: agradecer su presencia, pedir cinco minutos a solas para el encuadre y reincorporarlos después con rol definido. La Fase 1 no evita lo difícil: lo recibe rápido para poder trabajarlo.

Capítulo 5
Fase 2: Evaluación Focal (5 a 15 Minutos)

Esta fase es el corazón diagnóstico del modelo. El objetivo es identificar el motivo central de consulta, diferenciar el problema presentado del problema subyacente y mapear brevemente los recursos del paciente, con preguntas estratégicas que movilizan información clave en poco tiempo.

Protocolo FOCALIZA: las ocho áreas en diez minutos

- F, Foco principal: ¿cuál es el problema que más le pesa hoy?
- O, Origen situacional: ¿desde cuándo está así y qué lo desencadenó?
- C, Consecuencias funcionales: ¿cómo afecta su vida cotidiana —trabajo, familia, descanso—?
- A, Anteriores intentos de solución: ¿qué ha intentado y qué funcionó aunque sea un poco?
- L, Locus de control: ¿se percibe con capacidad de cambio o a merced del problema?
- I, Indicadores de riesgo: ideación suicida, violencia, síntomas psicóticos, consumo de riesgo.
- Z, Zona de recursos: fortalezas, redes de apoyo, experiencias previas de superación.
- A, Aspiración: ¿qué quiere lograr hoy específicamente, aunque sea algo pequeño?

Preguntas clínicas clave

- "Si al terminar esta sesión algo hubiera cambiado, aunque sea un poco, ¿qué sería eso?" —pregunta del milagro adaptada al MSUE—.
- "¿Cuándo fue la última vez que este problema no estaba presente o era menor? ¿Qué era diferente?"
- "En una escala del 1 al 10, ¿dónde estás hoy con este problema? ¿Qué tendría que pasar para subir un punto?"
- "¿Quién sabe que estás aquí hoy? ¿Tienes apoyo en casa?"

Indicadores de riesgo que modifican el protocolo

- Ideación suicida activa: se abandona la estructura estándar y se prioriza evaluación de riesgo con plan de seguridad y canalización urgente.
- Síntomas psicóticos activos: derivación psiquiátrica inmediata; la sesión única no es el encuadre.
- Violencia doméstica activa: protocolo de seguridad y activación de red de apoyo.
- Intoxicación o descompensación orgánica: no se continúa la sesión estándar; atención médica primero.

Al minuto quince, terapeuta y paciente deben poder nombrar el foco en una frase. Si hay más de un foco candidato, se elige junto con el paciente cuál pesa más hoy; los demás quedan registrados para eventual seguimiento, nunca ignorados.

Presentado versus subyacente: un ejemplo

Paciente que consulta por "problemas con mi hijo adolescente que no obedece". Al explorar consecuencias y

origen, emerge que las discusiones estallaron tras la separación de la paciente hace cuatro meses y que el verdadero peso es la culpa y la soledad, no la desobediencia. El foco acordado: "el dolor de estar sola en la crianza desde la separación". La técnica ya no es pautas de crianza sino validación y activación de red. Equivocarse de foco aquí habría producido una sesión correcta sobre el problema equivocado. La pregunta que revela lo subyacente casi siempre es la de consecuencias: "¿y eso cómo te deja a ti?".

Cuando el paciente no focaliza

Algunos pacientes dispersan: cinco problemas, ninguno desarrollado. La maniobra es externalizar la elección con la escala: "de todo lo que me cuentas, si solo pudiéramos mover una cosa hoy, ¿cuál te cambiaría más la semana?". Si aún así no elige, el terapeuta propone con transparencia: "te propongo que trabajemos esto hoy por tal razón; ¿te parece?". Decidir por el paciente sin transparentarlo rompe la colaboración; no decidir rompe la sesión.

Capítulo 6
Fase 3: Intervención Terapéutica (15 a 30 Minutos)

Esta es la fase de mayor trabajo clínico. Una vez identificado el foco, el terapeuta elige la técnica más apropiada para el motivo de consulta y el perfil del paciente. La regla de oro: una sola técnica trabajada a profundidad rinde más que tres aplicadas superficialmente.

Tabla de correspondencia motivo-técnica

Motivo de consulta	Técnica recomendada	Enfoque base
Ansiedad aguda / pánico	Respiración diafragmática + reestructuración cognitiva	TCC
Duelo reciente	Narrativa del vínculo + ritual de cierre simbólico	Humanista / Narrativa
Crisis situacional	Resolución de problemas en 5 pasos	TCC / Breve
Baja autoestima	Identificación de fortalezas + carta al yo futuro	Positiva / Humanista
Conflicto relacional	Escucha de la otra narrativa + comunicación asertiva	Sistémica
Estrés laboral / burnout	Activación conductual + higiene de límites	Conductual
Ideación suicida pasiva	Evaluación de riesgo + plan de seguridad personal	Crisis
Trastorno adaptativo leve	Validación emocional + recursos de afrontamiento	Integrativa
Dificultad de toma de decisiones	Tabla de pros y contras + clarificación de valores	TCC / ACT
Culpa / vergüenza	Autocompasión + redefinición narrativa	ACT / Mindfulness

Cómo elegir en treinta segundos

Tres preguntas ordenan la elección: ¿cuál es el foco en una frase?, ¿qué técnica domino yo para ese foco?, ¿qué puede practicar el paciente esta misma semana? Si la técnica ideal no es la que el terapeuta domina, se aplica la mejor entre las dominadas: una reestructuración cognitiva bien hecha supera a una silla vacía improvisada. La honestidad técnica también es ética.

Profundizar en lugar de acumular

Quince minutos alcanzan para una secuencia completa si se respeta el orden: introducir la técnica en lenguaje del paciente, practicarla dentro de la sesión —no explicarla para la casa—, verificar qué cambió con la escala breve y ajustar una vez. El paciente debe salir habiendo experimentado el cambio, no habiéndolo entendido en teoría. La experiencia dentro de la sesión es el predictor de la práctica fuera de ella.

Intervención en vivo: secuencia modelo

Minuto 15 a 17: presentar la técnica en una frase con el lenguaje del paciente —"vamos a probar algo con esa

culpa, aquí mismo"—. Minuto 17 a 25: ejecutarla con el terapeuta guiando activamente, no observando. Minuto 25 a 28: medir con la escala breve —"¿del 1 al 10, dónde quedó eso que estaba en 8?"—. Minuto 28 a 30: si se movió, consolidar con instrucción de repetición; si no se movió, ajustar una variable —intensidad, imagen, frase— y reintentar una vez. Solo un ajuste: dos técnicas distintas en quince minutos equivalen a ninguna.

Adaptar sobre la marcha

Si el paciente llora y no puede seguir la técnica cognitiva, se cambia a contención y respiración sin anunciarlo como fracaso: "vamos a calmarnos primero con esto". Si intelectualiza todo, se pide ejemplo concreto reciente y se trabaja sobre ese. Si rechaza la técnica propuesta, se negocia alternativa en treinta segundos, no se impone. La fidelidad al modelo es fidelidad al foco y al tiempo, no a una técnica específica.

Lo que no cabe en esta fase

Historias completas, trabajo con más de un foco, técnicas que requieren varias sesiones para mostrar efecto y cualquier intervención que el terapeuta no pueda supervisar en su aplicación inicial. La ambición clínica se dosifica: mejor un problema movido que tres mencionados.

Capítulo 7
Fases 4 y 5: Cierre, Recursos y Despedida (30 a 40 Minutos)

El cierre es tan importante como la apertura. El objetivo es que el paciente salga con algo concreto: una comprensión nueva, una herramienta, un plan de acción o, como mínimo, la sensación de haber sido escuchado de verdad. Esta fase consolida el aprendizaje de la sesión.

Elementos del cierre terapéutico

- Resumen del trabajo realizado, hecho por el terapeuta o en co-construcción con el paciente.
- Identificación de al menos UN recurso nuevo que el paciente descubrió hoy.
- Tarea concreta o acción específica para las próximas 24 a 72 horas, escrita y verificada.
- Psicoeducación breve sobre el motivo de consulta si aplica, máximo dos minutos.
- Red de apoyo: al menos una persona de confianza identificada por nombre.
- Recursos comunitarios disponibles: líneas de crisis, grupos de apoyo, servicios locales.

Preguntas de consolidación

- "¿Qué es lo más útil que te llevas de hoy?"
- "¿Qué vas a hacer diferente esta semana, aunque sea algo pequeño?"
- "¿Quién puede apoyarte si lo necesitas esta semana?"
- "Si pudieras decirle algo a la versión de ti que llegó hace 40 minutos, ¿qué le dirías?"

La despedida como acto clínico

La despedida en el MSUE es deliberada, nunca casual: reconocimiento del trabajo realizado, validación del esfuerzo del paciente y puerta explícitamente abierta. Se informa seguimiento disponible, se entrega material psicoeducativo impreso si existe y se recuerda que regresar no es fracasar, sino una decisión inteligente.

Frase de cierre recomendada: "Hiciste algo valioso hoy al venir. Llevas contigo más de lo que crees. Si en algún momento necesitas regresar, aquí estaremos. Y si no regresas, confío en que tienes lo que necesitas para seguir adelante."

Control del tiempo en los últimos diez minutos

Minuto 30: iniciar el resumen aunque la intervención pida más tiempo; lo inconcluso documentado vale más que lo perfecto sin cierre. Minuto 35: tarea escrita y red identificada. Minuto 38: despedida. Los dos minutos finales son colchón, no relleno: si sobran, se usan para reforzar el recurso descubierto, jamás para abrir material nuevo.

NOTA CLÍNICA

Lo inconcluso escrito en el expediente vale más que lo perfecto no documentado: el siguiente profesional —o tú mismo en la próxima sesión— agradecerá el hilo.

Diseñar tareas a prueba de olvido

Toda tarea cumple cuatro condiciones: específica —qué, cuándo, dónde—; mínima —tan pequeña que fallarla cueste más que hacerla—; observable —el paciente sabrá decir si la hizo—; y anclada —ligada a una rutina existente, como después del café de la mañana—. "Piensa en positivo" no es tarea; "escribir tres líneas cada noche antes de dormir sobre algo que salió menos mal hoy" sí lo es. La tarea se escribe en papel del paciente, se lee en voz alta y se verifica comprensión: "dime con tus palabras qué vas a hacer el miércoles".

Seguimiento telefónico breve

Una llamada de cinco minutos a los 30 días multiplica el valor de la sesión: verifica tarea, refuerza logro, detecta recaída temprana y ofrece retorno sin burocracia. Se agenda con permiso del paciente antes de despedirse. Donde no haya capacidad para llamar a todos, se prioriza: riesgo moderado, duelo reciente y casos con tarea conductual. El seguimiento no es cortesía: es la segunda mitad del tratamiento.

TERCERA PARTE

ADAPTACIONES POR POBLACIÓN

Capítulo 8
Niños y Adolescentes

El protocolo de 40 minutos es adaptable según el perfil del consultante. La estructura de cinco fases no cambia; cambia el lenguaje, el ritmo y los aliados.

Niños de 6 a 12 años

- Reducir preguntas abstractas: metáforas, dibujo o juego simbólico sustituyen el interrogatorio en la Fase 3, que puede extenderse a 20 minutos si el medio es el juego.
- Involucrar al cuidador en la Fase 4: el plan de acción se construye con quien convivirá con el niño, nunca solo con el niño.
- Sustituir la escala numérica por termómetro emocional visual.
- El foco se negocia en lenguaje concreto: "¿qué es lo que más te molesta en la escuela?" rinde más que "¿cuál es tu motivo de consulta?".

Adolescentes de 13 a 18 años

- Confidencialidad explícita desde el inicio, con su único límite declarado: riesgo vital propio o de terceros.
- Evitar lenguaje clínico; usar el vocabulario del adolescente sin impostarlo.
- Focos frecuentes: identidad, relaciones, presión académica, redes sociales.
- Técnicas preferidas: narrativa, terapia de aceptación y compromiso (ACT) y activación conductual.
- Con padres: informar proceso sin traicionar contenido; la alianza con el adolescente es el activo terapéutico y se protege.

La alianza triangular con padres

Con menores, el terapeuta sostiene dos alianzas: con el niño y con sus cuidadores. La regla de reparto: al cuidador se le informa dirección del trabajo y su parte del plan; al niño se le garantiza que sus palabras no viajan sin permiso salvo riesgo. La primera entrevista con padres dura diez minutos y produce una frase de encuadre para ellos: "su parte es sostener en casa lo que aquí practicamos". Padres que sabotean la tarea —interrogan al niño, ridiculizan el termómetro— se abordan directamente en la Fase 4, nunca se ignoran por cortesía.

Señales para escalar en población infantojuvenil

Autolesión aunque sea "superficial", acoso escolar con sintomatología, consumo de sustancias en menores, trastorno alimentario con pérdida de peso y cualquier revelación de abuso: ninguno se contiene en sesión única. Se estabiliza, se protege y se canaliza el mismo día.

Capítulo 9
Adultos Mayores y Pacientes en Crisis

Adultos mayores de 60 años

- Ritmo más lento, mayor tiempo de respuesta, verificación frecuente de comprensión.
- Focos frecuentes: duelo, soledad, pérdida de roles, salud y autonomía.
- Incorporar reminiscencia terapéutica como técnica en Fase 3: la historia de superación propia es el recurso más potente.
- Verificar red de apoyo social real y acceso efectivo a servicios de salud, no solo su existencia nominal.
- Descartar deterioro cognitivo que explique el cuadro antes de formular en términos puramente emocionales.

Pacientes en crisis: protocolo modificado

- La Fase 1 se extiende: el vínculo es prioritario sobre el foco; nadie en crisis entrega material sensible a un extraño apurado.
- La Fase 2 se centra exclusivamente en evaluación de riesgo estructurada.
- La Fase 3 se sustituye: no hay técnica terapéutica convencional, hay plan de seguridad escrito con señales de alarma, estrategias, contactos y medios asegurados.
- La Fase 4 es red de apoyo más canalización urgente si aplica.
- Límite declarado: este modelo NO es suficiente para crisis suicida activa. Se contiene, se protege y se canaliza de inmediato. Intentar terapia donde se necesita contención es impericia, no valentía.

Contención paso a paso en crisis

Uno: bajar el ritmo propio antes de pedir calma; el sistema nervioso del terapeuta es el primer instrumento. Dos: nombrar lo observable —"veo que tiemblas, respira conmigo"— en lugar de preguntar qué pasa. Tres: una sola pregunta de seguridad —"¿estás a salvo ahorita?"— y actuar según la respuesta. Cuatro: plan escrito mínimo antes de que salga por la puerta. Cinco: contacto siguiente con nombre, fecha y teléfono real. La crisis no admite las cinco fases; admite presencia, seguridad y ruta. Lo demás se reconstruye después.

CUARTA PARTE

REGISTRO, OPERACIÓN Y LÍMITES

Capítulo 10
Registro Clínico y Contextos de Aplicación

Todo modelo de atención requiere documentación compatible con expedientes institucionales y con la NOM-004-SSA3-2012. El formato mínimo de registro para una sesión única es el siguiente.

Campo	Contenido
Fecha y hora de atención	
Nombre del consultante	
Edad / Sexo	
Motivo de consulta	En palabras del paciente
Foco identificado	En términos clínicos
Técnica aplicada	
Respuesta del paciente	A la intervención
Indicadores de riesgo	Sin riesgo / Bajo / Moderado / Alto
Recursos identificados	Fortalezas, red, experiencias previas
Tarea o acción acordada	Para 24-72 horas, verificada
Red de apoyo mencionada	Nombre y vínculo
Canalización requerida	No / Sí — Especificar destino y urgencia
Observaciones clínicas	
Firma del psicólogo	Nombre, cédula y firma

Reglas de documentación

Registrar en palabras del paciente el motivo y en términos clínicos el foco: ambas versiones importan, la primera para la alianza, la segunda para la continuidad. Los indicadores de riesgo se marcan siempre, incluso en negativo: el riesgo descartado y documentado protege al paciente y al profesional. La tarea acordada queda escrita tal como el paciente la entendió, no como el terapeuta la formuló.

Contextos donde este modelo rinde

- Centros de salud, IMSS, ISSSTE y unidades de primer nivel con alta demanda.
- Consultas escolares, comunitarias y universitarias.
- Atención en crisis situacional o duelo reciente.
- Poblaciones con dificultad de acceso geográfico o económico.
- Pacientes que explícitamente solicitan una sola consulta.

- Intervenciones post-catástrofe o en contextos de emergencia.

En todos ellos la lógica es la misma: convertir la restricción de acceso en diseño clínico, no en resignación.

Auditoría del registro

Cada mes, el responsable revisa una muestra de expedientes con cinco preguntas: ¿consta el foco en una frase?, ¿la técnica corresponde al foco?, ¿el riesgo está marcado incluso en negativo?, ¿la tarea es verificable?, ¿hay red identificada por nombre? El registro que falla en dos o más puntos devuelve el caso a supervisión, no a sanción. La auditoría mide al sistema para entrenarlo, no al terapeuta para castigarlo.

Capítulo 11
Implementación, Evaluación y Límites del Modelo

Implementación en 60 días

Días 1 a 20: capacitación del equipo en las cinco fases con sesiones simuladas y cronómetro real; nadie opera el modelo sin haberlo practicado. Días 21 a 40: operación supervisada con revisión de una de cada cinco sesiones. Días 41 a 60: operación autónoma con reunión semanal de casos difíciles. Indicadores desde el día uno: foco definido antes del minuto 15, tarea escrita antes del 38, riesgo evaluado en el 100 por ciento de las sesiones.

Evaluación de resultados

Medir al menos: escala breve de entrada y salida del motivo, cumplimiento de la tarea a los 30 días en muestra aleatoria, tasa de retorno solicitado versus programado y satisfacción con dos preguntas estandarizadas. Sin estos cuatro datos, el modelo opera a ciegas.

Límites declarados

El MSUE no sustituye tratamientos longitudinales donde están indicados: trastornos graves persistentes, personalidad con descompensación crónica, adicciones establecidas o violencia estructural requieren otros encuadres. El modelo tampoco funciona sin terapeuta entrenado: cuarenta minutos estructurados exigen más pericia, no menos, que cincuenta minutos libres. Declarar los límites es lo que hace confiable al método.

Perfil y errores del terapeuta MSUE

El modelo exige tolerancia a la incertidumbre, velocidad de formulación y comodidad con el cierre: terapeutas que necesitan "entender todo" antes de intervenir sufren en cuarenta minutos. Errores de novato: alargar la Fase 1 por simpatía, enamorarse de una técnica y forzarla en todos los casos, cerrar sin tarea escrita y prometer seguimiento que el sistema no puede dar. Todos se corrigen con supervisión sobre sesiones reales cronometradas, no con más teoría.

Investigación futura propia

Cada unidad que opere el modelo genera datos listos para estudio: puntajes de entrada y salida por motivo, tasas de retorno, cumplimiento de tarea a 30 días. Publicar esos resultados locales —aunque sean modestos— es la contribución que este libro espera de sus lectores: la evidencia internacional trajo el modelo hasta aquí; la evidencia mexicana lo llevará más lejos.

Cierre del autor

Este modelo nació de la experiencia clínica directa en contextos de alta demanda y recursos limitados, realidad cotidiana de la atención psicológica en México. La Terapia de Sesión Única no es un recurso de segunda clase: es una respuesta digna, ética y efectiva para quienes, por las razones que sean, solo tienen un encuentro

disponible. Cada sesión puede ser completa. Cada encuentro puede ser transformador.

Lo que sigue en la serie

El MSUE resuelve el encuentro individual. Pero muchos encuentros ocurren donde el sistema está más delgado: el fin de semana. El siguiente volumen —Protocolo de Salud Mental en Fin de Semana— lleva esta misma lógica de suficiencia a la jornada intensiva. Y Cuando una sesión es suficiente reúne las piezas en la tesis completa.

APÉNDICES

Instrumentos operativos del protocolo

Apéndice A
Tabla de Fases y Tiempos de la Sesión

Fase	Tiempo	Objetivo clínico
Fase 1: Vínculo y Encuadre	0-5 min	Alianza terapéutica rápida y contrato de tiempo
Fase 2: Evaluación Focal	5-15 min	Motivo central, historia breve y recursos (FOCALIZA)
Fase 3: Intervención Terapéutica	15-30 min	Una técnica a profundidad sobre el foco
Fase 4: Cierre y Recursos	30-38 min	Aprendizaje consolidado, plan de acción y red
Fase 5: Despedida Terapéutica	38-40 min	Cierre emocional, opciones y puerta abierta

Uso: imprimir en media carta y tener a la vista durante la sesión. Los tiempos son máximos sugeridos; la disciplina está en el total de cuarenta minutos, la flexibilidad en el reparto interno.

Apéndice B
Tabla de Correspondencia Motivo-Técnica-Enfoque

Motivo de consulta	Técnica recomendada	Enfoque base
Ansiedad aguda / pánico	Respiración diafragmática + reestructuración cognitiva	TCC
Duelo reciente	Narrativa del vínculo + ritual de cierre simbólico	Humanista / Narrativa
Crisis situacional	Resolución de problemas en 5 pasos	TCC / Breve
Baja autoestima	Identificación de fortalezas + carta al yo futuro	Positiva / Humanista
Conflicto relacional	Escucha de la otra narrativa + comunicación asertiva	Sistémica
Estrés laboral / burnout	Activación conductual + higiene de límites	Conductual
Ideación suicida pasiva	Evaluación de riesgo + plan de seguridad personal	Crisis
Trastorno adaptativo leve	Validación emocional + recursos de afrontamiento	Integrativa
Dificultad de toma de decisiones	Tabla de pros y contras + clarificación de valores	TCC / ACT
Culpa / vergüenza	Autocompasión + redefinición narrativa	ACT / Mindfulness

Nota: la tabla orienta, no prescribe. La elección final combina foco del paciente, dominio del terapeuta y practicabilidad en una semana.

Apéndice C
Formato Mínimo de Registro de Sesión Única

Campo	Contenido
Fecha y hora de atención	
Nombre del consultante	
Edad / Sexo	
Motivo de consulta	En palabras del paciente
Foco identificado	En términos clínicos
Técnica aplicada	
Respuesta del paciente	A la intervención
Indicadores de riesgo	Sin riesgo / Bajo / Moderado / Alto
Recursos identificados	Fortalezas, red, experiencias previas
Tarea o acción acordada	Para 24-72 horas, verificada
Red de apoyo mencionada	Nombre y vínculo
Canalización requerida	No / Sí — Especificar destino y urgencia
Observaciones clínicas	
Firma del psicólogo	Nombre, cédula y firma

Este formato es compatible con expediente institucional conforme a la NOM-004-SSA3-2012 y con el sistema CliniCore Pro. Conserve copia del riesgo evaluado en todos los casos, incluidos los negativos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

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

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

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.

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

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.

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

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

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 —incluidos el modelo MSUE, el protocolo FOCALIZA, las tablas de correspondencia y los formatos de registro— es original y no ha sido publicada previamente bajo ningún otro título ni registro.

2. Los fundamentos teóricos provienen de literatura científica verificable debidamente citada; ninguna afirmación de efectividad excede lo documentado por sus fuentes.

3. Las técnicas clínicas mencionadas pertenecen al acervo público de la psicoterapia (TCC, ACT, narrativa, sistémica, humanista) y se emplean aquí como referencias metodológicas, sin reproducción textual de manuales protegidos.

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