


Entrevista motivacional y terapia cognitivo conductual para la prevención del suicidio: un estudio experimental de caso único

Motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for suicide prevention: A single-case experimental study

José Nahum Rangel-Villafañá

Centros de Integración Juvenil, A.C., México


jose.rangel@cij.gob.mx

 <https://orcid.org/0000-0002-6394-5883>

Ricardo Sánchez-Domínguez

Centros de Integración Juvenil, A.C., México


ricardo.dominguez@cij.gob.mx

 <https://orcid.org/0000-0001-6221-6091>

Samuel Jurado Cárdenas

Universidad Nacional Autónoma de México, México

jurado@servidor.unam.mx

 <https://orcid.org/0000-0002-6772-6418>

Psicología Iberoamericana vol. 33 núm. 2
e332796 2025

Universidad Iberoamericana, Ciudad de
México
México

Recepción: 01 Noviembre 2024
Aprobación: 31 Marzo 2025

Resumen: La región de las Américas es la única del mundo en donde las tasas de suicidio siguen aumentando. Aunque existen estrategias con evidencia que respalda su uso en esta área, la literatura en favor de la Entrevista Motivacional (EM) para abordar la ideación suicida es limitada. Por ello, el objetivo del estudio fue medir el efecto de la EM en la ideación suicida de personas hospitalizadas en una institución psiquiátrica en la Ciudad de México. Además, se midió el efecto de combinar la EM con Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para abordar pensamientos y conductas relacionadas con el suicidio. Se usó un diseño experimental de caso único con líneas base múltiples no concurrentes entre participantes, dos mujeres (27 y 34 años) y un hombre (28 años). Las personas reportaban ideación suicida, conducta preparatoria e intento de suicidio, con diagnóstico de algún trastorno del espectro depresivo y síntomas de ansiedad. La ideación suicida disminuyó después de introducir la EM, obteniendo tamaños de efecto fuertes (índice NAP). La ideación se mantuvo disminuida durante la fase de TCC, los tamaños de efecto fueron mayores al complementar las intervenciones y no se reportaron intentos de suicidio. Se requiere continuar el estudio del efecto de la EM en pensamientos y conductas relacionadas con el suicidio.

Palabras clave: entrevista motivacional, terapia cognitivo conductual, suicidio, diseño experimental de caso único, prevención.

Abstract: The Americas are the only region in the world where suicide rates continue to rise. Although there are strategies supported by evidence for use in this area, the literature favouring Motivational Interviewing (MI) to address suicidal ideation is limited. Therefore, this study aimed to measure the effect of MI on suicidal ideation in individuals hospitalised in a psychiatric institution in Mexico

City. Additionally, we assessed the impact of combining MI with Cognitive Behavioural Therapy (CBT) to address suicidal thoughts and behaviours. A single-case experimental design with multiple non-concurrent baselines was used across participants: two women (27 and 34 years old) and a man (28 years old). People reported suicidal ideation, preparatory behaviour and attempted suicide, with a diagnosis of a depressive spectrum disorder and anxiety symptoms. Suicidal ideation decreased following the introduction of MI, demonstrating strong effect sizes (NAP index). The ideation remained reduced during the CBT phase; effect sizes were more significant when the interventions were combined, and no suicide attempts were reported. Further research on the impact of MI on suicidal thoughts and behaviours is needed.

Keywords: motivational interviewing, cognitive behavioural therapy, suicide, single-case experimental design, prevention.

Introducción

En el mundo se ha reportado una disminución en las tasas de suicidio con excepción de la región de las Américas, lugar donde se reportó un incremento del 17% entre 2000 y 2019. En correspondencia con la región a la que pertenece, México también ha mostrado una tendencia ascendente en la tasa de suicidios (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2023; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

Para contribuir a la prevención del suicidio es necesario considerar en la atención los factores de riesgo relacionados con este. Algunos de los que se han identificado son la ideación suicida, intentos de suicidio previos, presencia de autolesiones y de eventos traumáticos, impulsividad, así como la presencia de trastornos mentales y del comportamiento, con más frecuencia depresión, ansiedad y trastornos por consumo de sustancias (Favril et al., 2022; Pemau et al., 2024).

Aunque la identificación de factores de riesgo tiene una relevancia clínica, es necesario contribuir a la comprensión del fenómeno a partir de variables de modelos teóricos que tratan de explicarlo. Debido al sustento teórico con el que cuenta (Chu et al., 2017), en el presente estudio se consideró la Teoría Interpersonal del Suicidio (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010). Dicho modelo propone que la intención suicida surge cuando las personas se perciben como carga y carecen de sentido de pertenencia (pertenencia fallida). Sin embargo, para que se presente un intento de suicidio se requiere que la persona, además, haya adquirido la capacidad para suicidarse, la cual incorpora poco o nulo miedo a la muerte y mayor tolerancia al dolor físico.

Los pensamientos y las conductas relacionados con el suicidio son una condición que necesita atención especializada. Por eso, se requiere que los profesionales de la salud utilicen intervenciones basadas en la evidencia, es decir, que hayan mostrado ser efectivas para abordar el fenómeno en cuestión (Rubin & Bellamy, 2012). La Terapia Cognitivo Conductual (TCC), la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) y la Terapia Basada en la Mentalización cuentan con evidencia científica a fin de brindar un abordaje psicoterapéutico efectivo para los pensamientos y conductas relacionadas con el suicidio (Witt et al., 2021; Wu et al., 2022).

Además, existen intervenciones psicosociales breves para disminuir la probabilidad de ocurrencia de intentos de suicidio. El plan de seguridad (Stanley & Brown, 2012), estrategia derivada de la TCC, puede ser administrado en una sesión de 45 minutos aproximadamente (por lo que se entrega en el primer contacto de atención), la cual ha mostrado ser efectiva para disminuir intentos de suicidio (Nuij et al., 2021). Sin embargo, no tiene el mismo efecto

sobre la ideación suicida ni favorece que la persona inicie un tratamiento más extenso.

La Entrevista Motivacional (EM) es una forma particular de hablar con las personas para aumentar su motivación intrínseca e implementar un cambio conductual (Miller & Rollnick, 2023). Se creó para abordar el consumo de sustancias psicoactivas, específicamente que la persona decida iniciar un tratamiento para disminuir su consumo (Miller, 2023), área donde hay evidencia de su efectividad (Schwenker et al., 2023). Debido a que en otras condiciones de salud se requiere implementar cambios comportamentales, la EM se ha utilizado de forma efectiva para aumentar conductas saludables y la adhesión a la farmacoterapia (Frost et al., 2018).

Cuando una persona presenta ideación suicida, puede experimentar ambivalencia respecto a vivir o morir. Con base en sus características, la EM ha sido considerada una herramienta útil para que la persona se incline por mantenerse con vida, pues resolver la ambivalencia en favor del cambio conductual es parte de su esencia (Zerler, 2008). El hecho de que el profesional de la salud ejecute conductas compatibles con EM (expresar empatía, hacer resúmenes, afirmar, hacer preguntas abiertas, entre otras) favorece que la persona transite de la precontemplación a la contemplación, preparación y acción, en favor de mantenerse con vida, iniciando un tratamiento (Hoy et al., 2016).

La evidencia en favor del uso de la EM para abordar la ideación suicida es limitada. En una revisión sistemática (Lundahl et al., 2024) se incorporaron solamente nueve estudios que analizaron su efecto en pensamientos y conductas relacionados con el suicidio, la búsqueda de tratamiento, entre otros. De los estudios incorporados, dos se establecieron como ensayos controlados aleatorizados con menos de 170 participantes en cada uno (Britton et al., 2020; Grupp-Phelan et al., 2019), un estudio preexperimental (Britton et al., 2012) y un cuasi experimento (Sedghy et al., 2020); los cinco restantes se establecieron como estudios piloto con menos de 80 participantes en cada uno. Además, se sabe de reportes de caso (Britton et al., 2008; Zerler, 2009) donde se informó sobre una disminución de internamientos y una mayor utilización de servicios.

Solo ocho de los nueve estudios considerados en la revisión sistemática reportaron resultados al respecto de ideación suicida; de estos, tres informaron una disminución estadísticamente significativa en los niveles de ideación suicida (Britton et al., 2012, 2020; Sedghy et al., 2020). Solo cuatro de los nueve estudios reportaron resultados al respecto de búsqueda de servicios, todos ellos con diferencias estadísticamente significativas del aumento de esta variable (Grupp-Phelan et al., 2019; King et al., 2015; Pfeiffer et al., 2019; Sedghy et al., 2020).

En el estudio se concluyó que la EM no disminuye significativamente pensamientos y conductas relacionados con el suicidio, pero que está vinculada con una mayor búsqueda de servicios, lo cual es un objetivo terapéutico clave en personas con estas características. La literatura sobre el efecto de la EM para disminuir ideación suicida se encuentra en una etapa inicial, por lo que se requieren más estudios para nutrir la evidencia disponible (Lundahl et al., 2024).

Puesto que los diseños experimentales de caso único proporcionan un nivel de evidencia elevado (nivel uno) para evaluar los beneficios de algún tratamiento (OCEBM Levels of Evidence Working Group, 2024), el presente trabajo se fundamentó en esta metodología. Además, se estructuró con apego a los estándares internacionales (*The Single-Case Reporting Guideline In BEhavioural Interventions [SCRIBE]*) para reportar estos estudios (Tate et al., 2016).

Por lo descrito, el objetivo fue medir el efecto de la EM en la ideación suicida de personas hospitalizadas en una institución psiquiátrica en la Ciudad de México. Se planteó la hipótesis de que recibir sesiones de EM disminuiría la frecuencia de pensamientos suicidas en las personas. Además, se midió el efecto de combinarla con la TCC para abordar pensamientos y conductas relacionados con el suicidio.

Método

Diseño

Se utilizó un diseño experimental de caso único con línea base múltiple no concurrente entre tres participantes (Kazdin, 2021). Las líneas base fueron no concurrentes debido al flujo de pacientes que cumplían con los criterios para incorporarse al estudio, por lo que no pudo iniciarse el estudio con las tres personas al mismo tiempo. La línea base estuvo constituida por el tratamiento habitual que las personas reciben en el hospital, es decir, farmacoterapia e intervenciones psicosociales diversas (terapia ocupacional, terapia de grupo, grupos de reflexión, entre otras).

Esta fase duró de entre tres a nueve días. La duración inicial se debió al número mínimo de mediciones necesarias para establecer una tendencia en el desempeño (tres mediciones), para el resto de los participantes se duplicó y triplicó el número de mediciones a fin de tener líneas base con distinta duración. Aunque no se estableció otro cambio de criterio a priori, más que el número de mediciones antes descrito, con base en la inspección visual, se identificó estabilidad en el desempeño de la variable en cuestión (Kazdin, 2011).

Posteriormente inició la fase de EM para abordar la ideación suicida (Britton et al., 2011), compuesta por tres etapas: explorar las razones

para morir, explorar las razones para vivir y fortalecer el compromiso para vivir. La EM se administró en una sesión de alrededor de 60 minutos.

Finalmente, inició la fase de TCC, que consistió en 20 sesiones de 60 minutos cada una, programadas semanalmente. Se implementó el entrenamiento en resolución de problemas, en habilidades sociales, estrategias de regulación emocional y prevención de recaídas.

Las fases se presentaron en un orden preestablecido (línea base, EM y posteriormente TCC), debido a que la EM aborda la ideación suicida y aumenta la motivación intrínseca para generar el cambio conductual (optar por un tratamiento en vez de intentar suicidarse). Cuando se logra lo anterior, se incorpora la TCC que proporciona las herramientas necesarias para implementar el cambio deseado (Britton et al., 2011).

Participantes

Las personas participantes fueron reclutadas por medio del servicio de urgencias de un hospital psiquiátrico público, en la Ciudad de México. Esta institución cuenta con servicios de consulta externa, hospital parcial y hospitalización. Se invitó a participar a personas de 18 a 65 años (finalmente, se incorporaron al estudio tres personas con 27, 28 y 34 años), que presentaran cualquiera de las siguientes condiciones asociadas con la hospitalización (sin que fueran mutuamente excluyentes entre sí): ideación suicida con intención suicida, conducta preparatoria con intención suicida e intento de suicidio reciente. Además, se incluyó en el estudio a personas que presentaran diagnóstico de algún trastorno del espectro ansioso o depresivo (con excepción de síntomas psicóticos). No se incorporó a quienes presentaran diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (pues la intervención ofrecida no cuenta con evidencia para el abordaje de este trastorno), episodio de manía o algún trastorno con sintomatología psicótica (pues imposibilita la entrega de la intervención).

Las personas que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado. Posteriormente, se condujeron entrevistas diagnósticas con base en la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) y la Entrevista Clínica Estructurada (SCID-II), para confirmar la impresión diagnóstica establecida en el expediente clínico (generada por el equipo de psiquiatras del servicio), así como descartar la presencia del trastorno límite de la personalidad, algún episodio de manía o de algún trastorno con sintomatología psicótica. Las características particulares de las personas se describen a continuación.

G. Mujer de 27 años con diagnóstico de episodio depresivo actual grave y síntomas de ansiedad. Reportaba ideación suicida con intención suicida e intento de suicidio interrumpido por su hermano.

E. Hombre de 28 años con diagnóstico de trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave y síntomas de ansiedad. Reportaba ideación suicida con intención suicida y conducta preparatoria con intención suicida.

Y. Mujer de 34 años con síntomas de ansiedad y trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado. Reportaba ideación suicida con intención suicida e intento de suicidio por consumo excesivo de medicamentos.

Escenario

El reclutamiento y el enrolamiento de las personas se llevó a cabo en el área de observación del servicio de urgencias del hospital psiquiátrico, un espacio de 12 camas donde los pacientes pueden permanecer hasta siete días mientras el equipo de profesionales de la salud determina cómo continuará el proceso de atención.

Las sesiones de EM se llevaron a cabo de forma individual en el piso donde los participantes continuaron su hospitalización, utilizando el espacio donde se llevan a cabo las sesiones de terapia grupal, con dos sillas y una mesa. Las sesiones de TCC también se impartieron en dicho espacio. Después del alta hospitalaria, las sesiones restantes se llevaron a cabo en un consultorio para terapia individual, también con dos sillas y una mesa.

Consideraciones éticas

Cada participante firmó un consentimiento informado en el que se describió con detalle el objetivo de la investigación, así como las actividades a realizar. Asimismo, se comunicó a las personas que la información sería tratada de manera confidencial, manteniendo en el anonimato su identidad. De igual forma, se aclaró que podían retirar su consentimiento informado en cualquier momento del proceso de investigación, sin que esto representara alguna afectación en el servicio que brinda la institución.

Se les informó que concluyeran o no las actividades descritas, podían solicitar toda la información relacionada con el estudio, desde aspectos teórico-metodológicos hasta los resultados. El comité de ética en investigación del hospital aprobó el protocolo de intervención, con número de registro 662/2017.

Mediciones y materiales

Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI). Esta entrevista semiestructurada tiene como objetivo diagnosticar trastornos

mentales y del comportamiento con base en los criterios del DSM-IV. Se aplicó una vez antes de iniciar la línea base para establecer diagnósticos de los espectros ansioso y depresivo, y confirmar la ausencia de episodio de manía y sintomatología psicótica.

Entrevista Clínica Estructurada (SCDI-II) (First et al., 1999). Apartado para trastorno límite de la personalidad; entrevista estructurada para la evaluación de trastornos de personalidad. El apartado está constituido por nueve ítems. Se aplicó una vez antes de iniciar la línea base para confirmar la ausencia del trastorno en cuestión.

Autorregistro de pensamientos suicidas. La ideación suicida con intención suicida fue la variable principal en estudio; se registró el total de pensamientos suicidas en el día (frecuencia total por día). En el formato de autorregistro se anotaba su número al final de tres intervalos al día. El primer registro consideraba desde que la persona se despertaba y hasta mediodía, el segundo de mediodía a las 18:00 horas y el último hasta que el paciente se fuera a dormir. Para auxiliar en el registro se les pidió que registraran la respuesta a la siguiente pregunta: *¿Cuántas veces pensé en quitarme la vida?* El autorregistro inició al mismo tiempo que la línea base y se mantuvo constante a través del resto de las fases y hasta concluir la participación en el estudio.

Escala de Ideación Suicida de Beck (Artasánchez, 1999). Con la intención de utilizar dos mediciones para la misma variable, se incorporó esta escala para cuantificar y evaluar la recurrencia de pensamientos suicidas, que está constituida por 21 afirmaciones con tres opciones de respuesta cada una. En población mexicana mostró consistencia interna de .95, sensibilidad del 100% y especificidad de 94%. Se aplicó antes de iniciar y al concluir la línea base, al término de la fase de EM y de manera periódica durante la fase de TCC.

Cuestionario de Necesidades Interpersonales (INQ) (Rangel-Villafañá et al., 2023). Derivado del amplio sustento empírico de la Teoría Interpersonal del Suicidio (TIS) (Chu et al., 2017), se aplicó el instrumento para tener una medición convergente con la ideación suicida. Se utilizó la versión validada en población mexicana de 10 reactivos, con índices de buen ajuste; RMSEA = .054, CFI = .97, TLI = .97, IFI = .97, NFI = .95, $\chi^2 = 59.21$ gl = 34, $p = .005$. La consistencia interna fue de .77 para percibirse como una carga y de .87 para pertenencia fallida. Se aplicó antes de iniciar y al concluir la línea base, al término de la fase de EM y de manera periódica durante la fase de TCC.

Escala de Capacidad Adquirida para el Suicidio (ACSS) (Rangel-Villafañá et al., 2023). Derivado del amplio sustento empírico de la TIS (Chu et al., 2017), se aplicó la escala para tener una medición convergente con intentos de suicidio. Se utilizó la versión validada en población mexicana de 14 reactivos, con índices de buen ajuste;

RMSEA = .011, CFI = .99, TLI = .99, IFI = .99, NFI = .91, $\chi^2 = 86.75$ gl = 84, $p = .397$ y consistencia interna de .77. Se aplicó antes de iniciar y al concluir la línea base, al término de la fase de EM y de manera periódica durante la fase de TCC.

Inventario de Depresión de Beck (González et al., 2015). Mide la gravedad de los síntomas depresivos, por lo que se aplicó para tener mediciones periódicas de esta sintomatología. Esta herramienta está constituida por 21 ítems con cuatro opciones de respuesta. En población mexicana alcanzó una consistencia interna de .87 y .92. Mostró validez convergente con la Escala de Ansiedad ($r = .71$, $p < .001$) y Depresión ($r = .65$, $p < .001$) Hospitalaria. Además, mostró una estructura factorial de dos dimensiones con índices de ajuste aceptables. Se aplicó antes de iniciar y al concluir la línea base, al término de la fase de EM y de manera periódica durante la fase de TCC.

Escala de Ansiedad del Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida (IMADIS) (Jurado-Cárdenas, 2018). Este instrumento mide la presencia síntomas de ansiedad; se utilizó para tener mediciones periódicas de esta sintomatología. Está constituida por 21 reactivos en tres factores (cognitivo, fisiológico y social), con cinco opciones de respuesta. En población mexicana mostró los siguientes índices de ajuste: RMSEA = .04, CFI = .95, TLI = .94, IFI = .95, NFI = .93, $\chi^2 = 3.07$ gl = 186, $p < .001$; tiene validez concurrente con el Inventario de Ansiedad de Beck ($r = .70$, $p < .001$) y consistencia interna de .96. Se aplicó antes de iniciar y al concluir la línea base, al término de la fase de EM y de manera periódica durante la fase de TCC.

Intervención

Entrevista Motivacional (EM). En una sesión de 60 minutos se exploraron las razones para morir y para vivir, y se trabajó en fortalecer el compromiso para vivir (Britton et al., 2011), con base en los principios básicos y habilidades fundamentales de la EM: tener escucha reflexiva, hacer preguntas abiertas, hacer resúmenes, afirmar, empoderar a la persona, expresar empatía precisa, trabajar de forma colaborativa y siendo compasivo (Miller & Rollnick, 2023).

Terapia Cognitivo Conductual (TCC). Después de la sesión de EM se trabajaron 20 sesiones de 60 minutos cada una, programadas semanalmente. Una vez que se estructuró una formulación clínica de cada caso y se validó en conjunto con la persona en atención (ella determina si la formulación clínica realmente describe la situación en la que se encuentra), se administraron las siguientes estrategias: entrenamiento en resolución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, estrategias de regulación emocional, planes de acción ante crisis suicidas y prevención de recaídas (Hayes & Hofmann, 2018).

Ambas intervenciones fueron entregadas por el primer autor, terapeuta cognitivo conductual con maestría y amplia experiencia en la entrega de las dos. Además, el tercer autor supervisó la administración de los procesos terapéuticos.

Plan de análisis

Se realizó la inspección visual de las gráficas, pues se sugiere que es el método más adecuado para el diseño de investigación utilizado, cuando los cambios son robustos (Kazdin, 2011, 2021). Para complementar la inspección visual de la frecuencia de pensamientos suicidas, se calcularon tamaños del efecto a través de dos índices NAP (*Non-overlap of All Pairs*) (Parker & Vannest, 2009) para cada participante. El primero se obtuvo al comparar cada medición en la línea base con cada medición en la fase de EM. En el segundo se comparó cada medición en la línea base con cada medición en la intervención completa (EM + TCC). Es decir, se complementó la inspección visual de las gráficas con un cálculo de tamaño del efecto a través de un índice de no superposición, el índice NAP (Brossart et al., 2014; Manolov & Tanious, 2024).

Resultados

Se entrevistaron a 43 personas, de las cuales 33 no se pudieron incorporar al estudio por su edad, la presencia del trastorno límite de la personalidad o algún trastorno psicótico. De las 10 personas que iniciaron el protocolo, seis dejaron de acudir por complicaciones de distancia, trabajo o escuela, y una no pudo continuar pues como parte de la atención del hospital iniciaron protocolo de Terapia Electroconvulsiva (TEC). De las tres personas de quienes se reportan resultados, dos concluyeron el protocolo de atención mientras que una detuvo su proceso al término de la semana 20, posterior a la séptima sesión de TCC. Esta interrupción se debió a razones laborales, por el tiempo que estuvo hospitalizada y las consultas en la atención ambulatoria, sus autoridades limitaron los permisos para continuar con la atención.

En la Figura 1 se muestra la frecuencia de pensamientos suicidas que reportó cada participante, con base en el autorregistro de pensamientos suicidas. De acuerdo con la inspección visual de las gráficas se observó estabilidad en el desempeño en la línea base de cada persona. Al iniciar la fase de EM se puede observar una disminución en la frecuencia de estos pensamientos, que se mantuvo en la fase de TCC, con puntajes bajos hasta las últimas sesiones. También se muestran los índices NAP de cada participante. Todos los índices reportados señalan un tamaño de efecto fuerte. En *G*, ambos tamaños son de 100%, debido a que no hubo ningún empate entre los puntajes de la

línea base con los de ambas fases de intervención. Además, todos los puntajes de la intervención están por debajo de cualquier puntuación de la línea base. Para *E* se encontraron tamaños de efecto de 97 y 99%, y un punto de la intervención empató con puntuaciones de la línea base. Finalmente, *Y* mostró los índices NAP más bajos (92 y 94%), pues se presentaron más empates entre la línea base y la intervención.

Figura 1

Frecuencia de pensamientos suicidas entre participantes

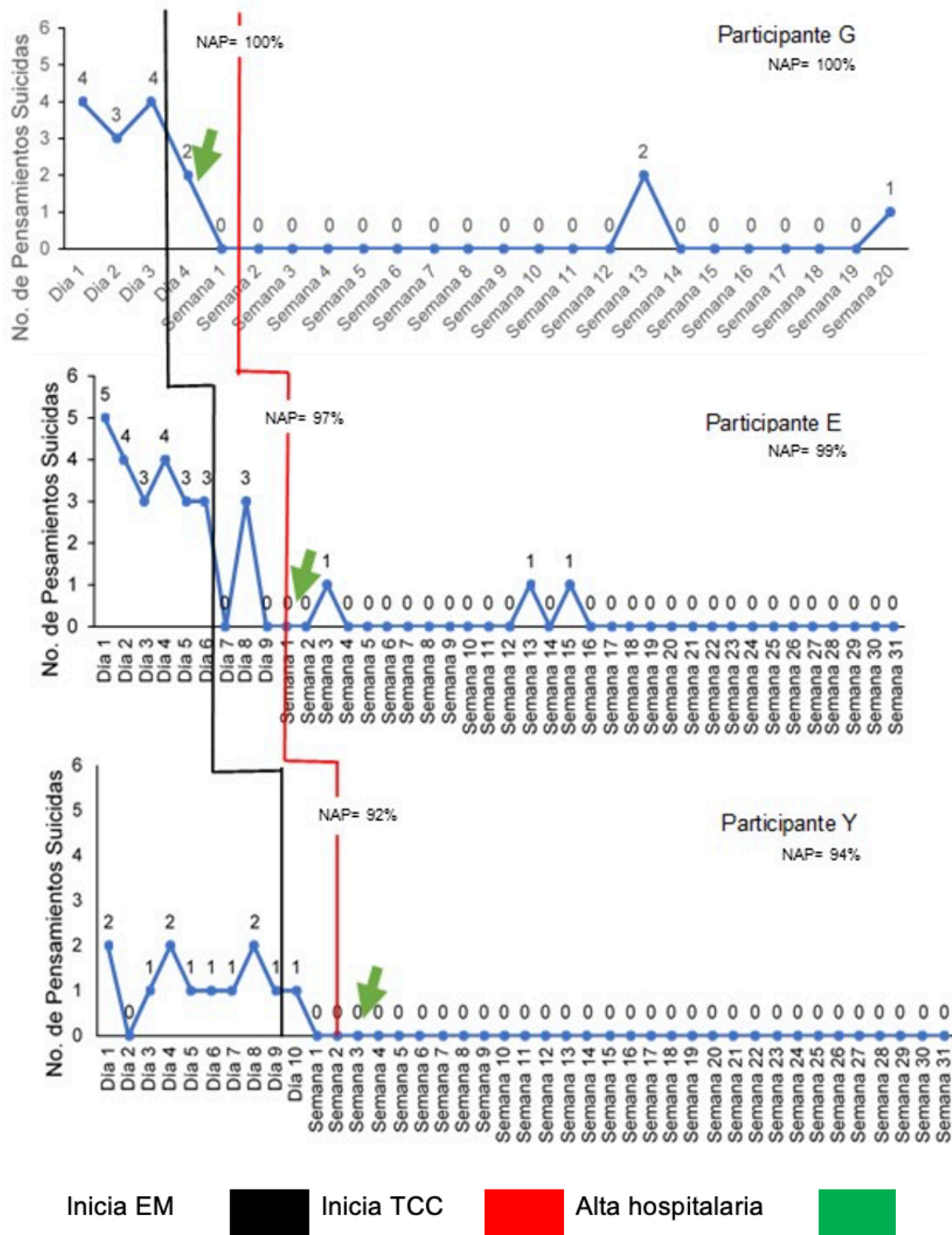


Figura 1

Frecuencia de pensamientos suicidas entre participantes

La Figura 2 muestra los resultados de las personas en las escalas de ideación suicida, depresión y ansiedad. *G* mostró en ideación suicida y depresión una tendencia a la baja en las primeras tres mediciones; posteriormente los puntajes aumentaron, lo cual fue más claro en la sintomatología depresiva. Aunque la ideación suicida también aumentó, se mantuvo por debajo de los puntajes de las primeras dos mediciones. En ansiedad se identificó una clara tendencia ascendente.

Para *E* las tres variables se comportaron de manera similar; antes de iniciar la intervención se mostró una disminución en los puntajes, los cuales guardaron una tendencia a la baja hasta concluido el abordaje. En la Figura 2 también se puede observar un pico en las primeras sesiones de TCC, en los síntomas de depresión y ansiedad, pero no así en ideación suicida.

Finalmente, *Y* mostró puntajes bajos a través de todas las mediciones de ideación suicida y depresión, aunque puede inferirse una leve tendencia a la disminución en ambas. En ansiedad, mostró estabilidad en los puntajes a lo largo de las mediciones, aunque son puntuaciones bajas.

Figura 2

Puntajes en las escalas de ideación suicida depresión y ansiedad

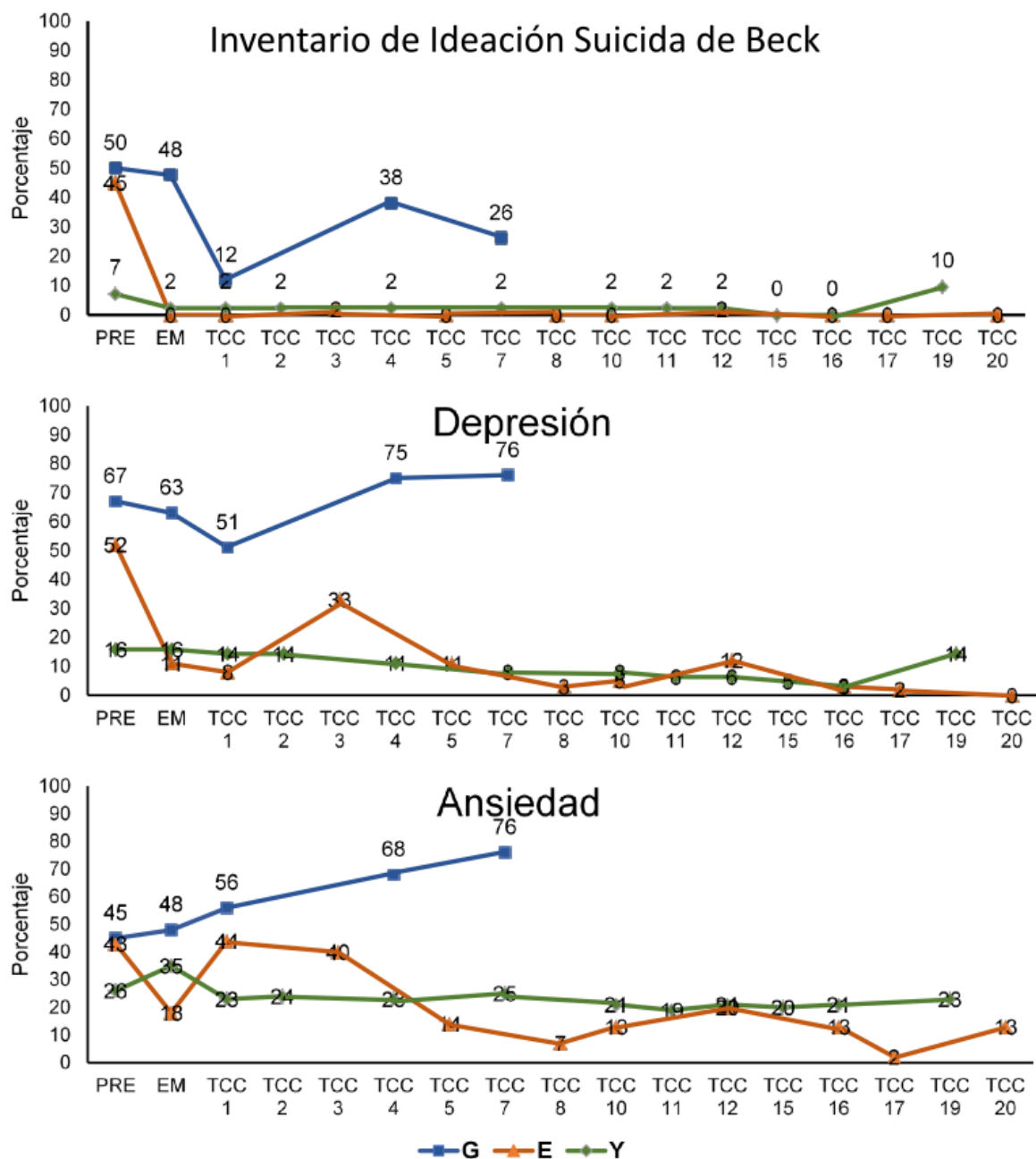


Figura 2

Puntajes en las escalas de ideación suicida depresión y ansiedad

En la Figura 3 se observan los puntajes de la escala de necesidades interpersonales y capacidad adquirida para suicidarse. La percepción de ser una carga de G mostraba estabilidad; posteriormente hubo una

elevación que fue seguida por una disminución en el puntaje. La pertenencia fallida mostró estabilidad a través de las mediciones. Aunque la capacidad adquirida para suicidarse también se mostró estable, se puede percibir una leve tendencia ascendente.

Los puntajes de *E* en la percepción de ser una carga y de pertenencia fallida mostraron una disminución después de iniciar la intervención, la cual alcanzó el puntaje mínimo, que se mantuvo hasta el final. En la sesión uno de TCC se mostró un pico en la pertenencia fallida, de manera semejante sucedió en los puntajes de ansiedad y depresión (Figura 2). En cuanto a la capacidad adquirida para suicidarse se observó estabilidad en la variable, con puntajes elevados.

Y alcanzó puntuaciones bajas en percibirse como carga y pertenencia fallida; luego de iniciada la intervención ambas variables alcanzaron el puntaje mínimo, lo cual se mantuvo hasta la última medición. En la capacidad adquirida se observa una leve tendencia a la baja a partir de la cuarta sesión de TCC.

Figura 3

Puntajes en el INQ y ACSS

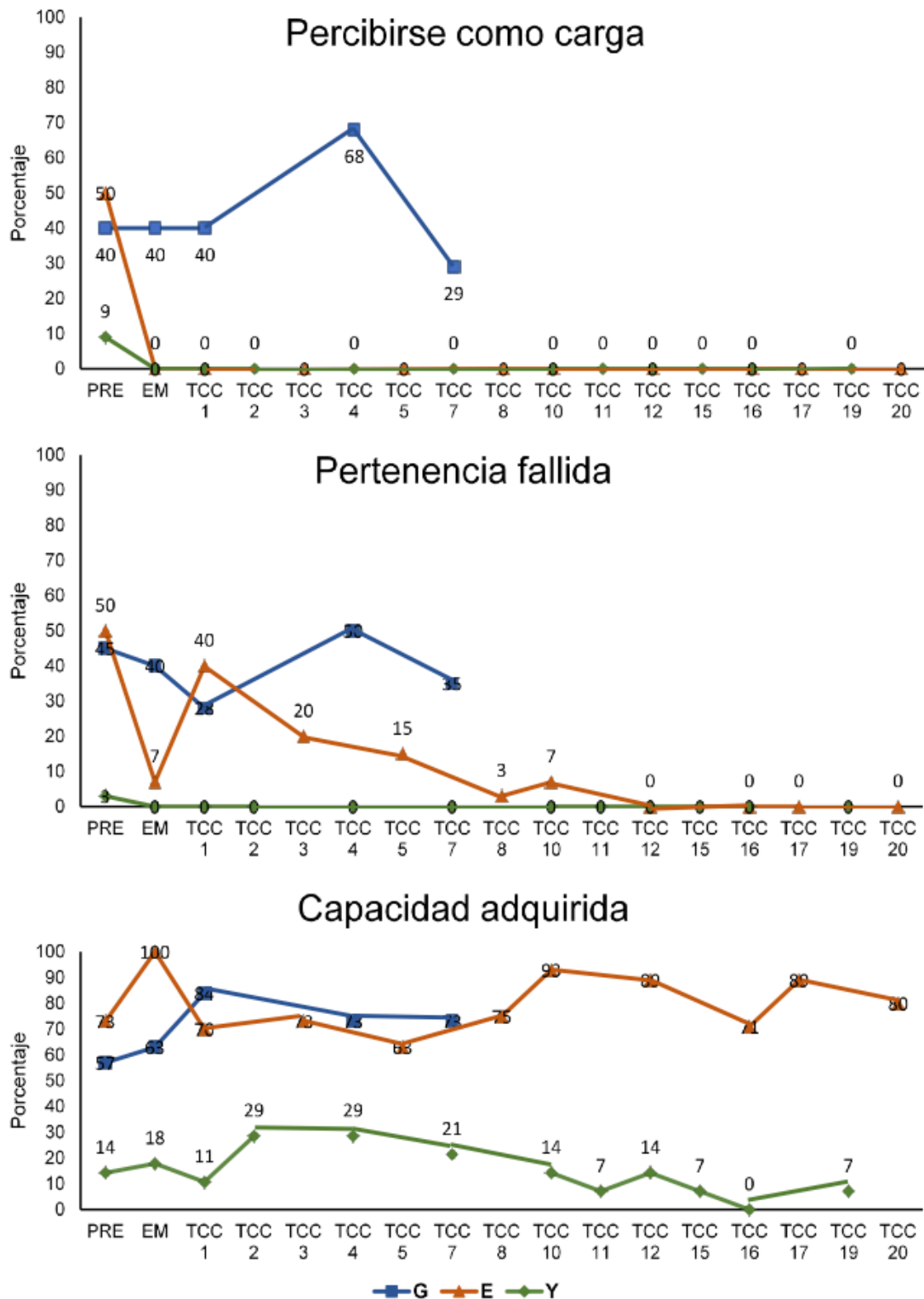


Figura 3

Puntajes en el INQ y ACSS

Discusión

El objetivo del estudio fue medir el efecto de la EM en la ideación suicida. Se planteó la hipótesis de que la EM disminuiría la frecuencia de pensamientos suicidas en las personas, y los resultados obtenidos respaldan esta hipótesis. En la Figura 1, se observa una disminución en la ideación suicida al introducir la EM, lo que es apoyado con tamaños de efecto grandes (índice NAP) en cada persona atendida (Brossart et al., 2014; Manolov & Tanious, 2024). Lundahl et al. (2024) concluyeron que la EM no fue efectiva para disminuir la ideación suicida, pero sí lo fue para aumentar la solicitud de servicios. Estos resultados son de suma importancia, ya que la EM puede facilitar que la persona opte por iniciar un tratamiento en lugar de intentar quitarse la vida como estrategia para reducir su sufrimiento. Además, entre los estudios que se analizaron en la revisión sistemática existen tres en que la ideación suicida disminuyó posterior a la administración de la EM (Britton et al., 2012, 2020; Sedghy et al., 2020).

Es interesante mencionar que en la revisión sistemática (Lundahl et al., 2024) cuatro de los nueve estudios considerados se realizaron con adultos (Britton et al., 2012, 2020; Pfeiffer et al., 2019; Sedghy et al., 2020), cuatro con adolescentes y uno con estudiantes universitarios. Los tres estudios en que se reportó una disminución en la ideación suicida debido a la EM, fueron los que se llevaron a cabo con adultos, aspecto consistente con los hallazgos aquí reportados. Esto sugiere que podría ser necesario algún ajuste en la EM para trabajar con adolescentes.

En el mismo orden de ideas, es pertinente mencionar que los resultados de la fase de TCC coinciden con la literatura (Wu et al., 2022), pues la ideación suicida se mantuvo disminuida y no se registró ningún intento de suicidio durante la atención, ni después de ella. Es necesario aclarar que este resultado se atribuye al efecto combinado de la EM y la TCC. La dosis de EM disminuyó la ideación suicida y permitió que las personas iniciaron la fase de TCC; el hecho de que la ideación se haya mantenido disminuida y no se hayan presentado intentos, se atribuye al efecto combinado de ambos procedimientos.

También es oportuno mencionar que los resultados apoyan la premisa de que combinar la EM y la TCC es una estrategia efectiva para prevenir el suicidio (Britton et al., 2011; Lundahl et al., 2024). Esto con base en que la frecuencia de pensamientos suicidas se mantuvo disminuida en los participantes hasta las últimas sesiones y no se reportó ningún intento de suicidio. Además, los índices de tamaño

del efecto aumentan cuando se combinan ambas fases (EM + TCC) en comparación con la EM aislada. No obstante, es pertinente destacar la relevancia del diseño utilizado, pues permitió evaluar el efecto aislado de la EM en la ideación suicida, aspecto que no pudo ser analizado en los trabajos considerados en la revisión sistemática donde la EM se combinó con otros procedimientos (Lundahl et al., 2024).

Los hallazgos reportados son de relevancia para el campo de estudio de la prevención del suicidio, pues aunque existen intervenciones breves que disminuyen la probabilidad de ocurrencia de intentos de suicidio (Nuij et al., 2021) y hay tratamientos psicoterapéuticos efectivos para ello (Witt et al., 2021; Wu et al., 2022), hace falta considerar una intervención breve que aborde la ideación suicida a fin de resolver la ambivalencia sobre vivir o morir que lleve a las personas a optar por iniciar un tratamiento. Dicho de otra forma, la literatura y los resultados reportados sugieren que se complemente la EM con otros procedimientos basados en la evidencia para abordar pensamientos y conductas relacionados con el suicidio (Lundahl et al., 2024).

Según la hipótesis inicial, la EM busca resolver la ambivalencia que en el caso del suicidio es mantenerse con vida o no (Zerler, 2008). Como ya se estableció, los resultados apoyan dicha hipótesis; no obstante, es pertinente mencionar otras aplicaciones de EM en el mismo campo. Por ejemplo, se ha utilizado para conducir intervenciones breves a fin de restringir el acceso a los medios para quitarse la vida (Britton et al., 2016), y se ha sugerido para aumentar la adhesión al uso del plan de seguridad en adolescentes (Abbott-Smith et al., 2023). Estos aspectos enfatizan la recomendación de emplear la EM para abordar a personas con pensamientos y conductas relacionadas con el suicidio.

También es relevante aclarar que al ser la EM una forma particular de comunicación con las personas (Miller & Rollnick, 2023), este estilo no debe limitarse al primer contacto de atención. Es necesario que los profesionales de la salud se formen, certifiquen y se supervise su implementación, para que brinden todo el espectro de atención con conductas compatibles con EM.

De acuerdo con la literatura, el análisis del efecto de la EM en la ideación suicida aún está en fases iniciales, por lo que se sugiere continuar la investigación en el campo (Lundahl et al., 2024). Los hallazgos de este estudio señalan en la misma dirección, debido a que la mayoría de las investigaciones se han realizado en Estados Unidos y una en Irán (Sedghy et al., 2020). El presente trabajo representa una aportación del efecto de la EM para disminuir la ideación suicida en México, un contexto diferente a los registrados. Esto es especialmente importante, pues los factores de riesgo en países de ingresos altos difieren de aquellos en países con ingresos medios y bajos (Kirtley et al., 2022; Knipe et al., 2019). Además, el 77% de los suicidios en el

mundo se presenta en países como en el que se realizó esta investigación (OMS, 2021).

Con respecto a la medida convergente con la ideación suicida, los resultados fueron acorde con lo esperado, pues en dos de las personas (*E*, *Y*) los puntajes bajos en el INQ coinciden con puntajes bajos en la escala de ideación suicida y baja o nula frecuencia de pensamientos en el autorregistro. Esto es consistente con la TIS (Joiner, 2005), pues una elevada pertenencia fallida y percepción de ser una carga generan el deseo suicida (Van Orden et al., 2010).

Sobre el caso de *G*, es interesante la discrepancia entre el autorregistro de pensamientos suicidas, que mayormente se mantuvo en cero durante las fases de tratamiento, y los puntajes de ideación suicida durante la fase de TCC. Al respecto, se han encontrado inconsistencias en el reporte de ideación suicida entre diferentes métodos de registro, sin que esto represente una respuesta deshonesto intencional por parte de las personas en atención (Deming et al., 2021). No obstante, también se ha reportado que la revelación de ideación suicida es mayor con métodos más anónimos, por lo que se esperaría una frecuencia mayor en el autorregistro (que se realizó de forma individual) y no en la Escala de Ideación Suicida de Beck, como sucedió.

La capacidad adquirida para suicidarse no fue influida por la intervención, pues no se detecta ningún cambio al introducir la EM o la TCC. Este resultado era esperado ya que ninguna de ellas tenía como objetivo disminuir la tolerancia al dolor físico o el miedo a la muerte. Independiente de ello, sigue siendo imperativo medir la capacidad adquirida, pues puntajes elevados de esta en combinación con puntajes elevados en la pertenencia fallida y percepción de ser una carga aumentan la probabilidad de un intento suicida de alta letalidad. Esta combinación no se presentó en ninguna de las personas participantes, lo cual apoya la premisa de la TIS (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010), ya que ninguna persona reportó intentos de suicidio.

Por otro lado, los picos en las puntuaciones de algunos instrumentos podrían ser explicados con eventos relevantes en la vida de las personas. Por ejemplo, para *E*, el pico en las primeras sesiones corresponde con el primer aniversario luctuoso de un familiar cercano. Las elevaciones de *Y* en la última sesión de TCC corresponden con que su hijo de nueve años decidió ya no vivir en su casa, sino en la de otro familiar cercano. Finalmente, la tendencia ascendente de *G* en ansiedad corresponde a dificultades labores importantes que comprometían su permanencia en el trabajo.

El incremento en el puntaje de las mediciones de ansiedad y depresión en el caso de *G* se explican con base en la relación de variables establecida. La presencia de trastornos mentales y del comportamiento es un factor de riesgo (Favril et al., 2022; Pema et

al., 2024), por lo que aumenta la probabilidad de ocurrencia del fenómeno. No obstante, no explican la ocurrencia de este; dicho de otro modo, la presencia o la elevación de estas variables no necesariamente concluirán en un intento de suicidio, como ocurrió en las personas de este estudio.

Los resultados reportados deben considerarse con base en las limitantes del estudio. La primera está asociada al diseño de investigación, pues los diseños experimentales de caso único no tienen el objetivo de generalizar sus hallazgos a la población (Kazdin, 2011, 2021). De esta manera, aunque los resultados sugieren que la EM es efectiva para abordar la ideación suicida y que requiere complementarse con otros procedimientos efectivos, este hallazgo solo es válido en las personas que participaron en el estudio, por lo que se sugiere continuar con el estudio de la EM para abordar la ideación suicida, en complemento con otras estrategias basadas en la evidencia (TCC, TDC, entre otras).

La segunda limitante involucra la principal variable de interés en el estudio, la ideación suicida. Se operacionalizó como la frecuencia de pensamientos suicidas, lo que implica un autorreporte y las limitantes propias de ello. Para tratar de mitigar el sesgo asociado, se implementó la aplicación de la escala de ideación suicida de Beck (dos herramientas para medir una misma variable) y las medidas convergentes (INQ, ACSS, ansiedad y depresión).

La tercera limitante es respeto del tratamiento farmacológico. Debido a que los diseños experimentales de caso único no tienen el objetivo de comparar a las personas entre sí, sino a cada persona consigo misma en momentos diferentes (Kazdin, 2011, 2021), no se recabó información específica del tratamiento farmacológico (tipo de medicamento, dosis y vía de administración). Solo se reportó que las tres personas del estudio recibieron el tratamiento habitual que ofrece el hospital durante la línea base, es decir, intervenciones psicosociales diversas y farmacoterapia.

Conclusiones

El presente estudio contribuye a la literatura que sugiere que la EM es efectiva para disminuir la ideación suicida y ayuda a las personas a que resuelvan la ambivalencia en favor de iniciar un tratamiento. También sustenta que es necesario complementar las conductas compatibles con EM con otros procedimientos efectivos para lograr el cambio que se busca (prevenir intentos de suicidio y suicidios). Además, los hallazgos son consistentes con las premisas propuestas en la Teoría Interpersonal del Suicidio. Sin embargo, es fundamental que la investigación en esta área continúe para puntualizar el beneficio de la EM en el campo de los pensamientos y conductas asociados al suicidio.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología por haber otorgado la beca de doctorado para el primer autor (número de beca: 280353) a través del número de apoyo 414023.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Abbott-Smith, S., Ring, N., Dougall, N., & Davey, J. (2023). Suicide prevention: What does the evidence show for the effectiveness of safety planning for children and young people? – A systematic scoping review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 30(5), 899–910. <https://doi.org/10.1111/jpm.12928>
- Artasanchez, S. (1999). *Factores de riesgo para la ideación suicida: Análisis retrospectivo de factores de interacción y crianza* [Tesis de maestría de la UNAM].
- Britton, P. C., Williams, G. C., & Conner, K. R. (2008). Self-determination theory, motivational interviewing, and the treatment of clients with acute suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychology*, 64(1), 52–66. <https://doi.org/10.1002/jclp.20430>
- Britton, P. C., Patrick, H., Wenzel, A., & Williams, G. C. (2011). Integrating motivational interviewing and self-determination theory with cognitive behavioral therapy to prevent suicide. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(1), 16–27. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.004>
- Britton, P. C., Conner, K. R., & Maisto, S. A. (2012). An open trial of motivational interviewing to address suicidal ideation with hospitalized veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 68(9), 961–971. <https://doi.org/10.1002/jclp.21885>
- Britton, P. C., Bryan, C. J., & Valenstein, M. (2016). Motivational interviewing for means restriction counseling with patients at risk for suicide. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23(1), 51–61. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.09.004>
- Britton, P. C., Conner, K. R., Chapman, B. P., & Maisto, S. A. (2020). Motivational interviewing to address suicidal ideation: A randomized controlled trial in veterans. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 50(1), 233–248. <https://doi.org/10.1111/sltb.12581>
- Brossart, D. F., Vannest, K. J., Davis, J. L., & Patience, M. A. (2014). Incorporating nonoverlap indices with visual analysis for quantifying intervention effectiveness in single-case experimental designs.

Neuropsychological Rehabilitation, 24(3-4). <https://doi.org/10.1080/09602011.2013.868361>

- Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., Rogers, M. L., Podlogar, M. C., Chiurliza, B., Ringer, F. B., Michaels, M. S., Patros, C. H. G., & Joiner, T. E. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological Bulletin*, 143(12), 1313–1345. <https://doi.org/10.1037/bul0000123>
- Deming, C., Harris, J., Castro-Ramirez, F., Glenn, J., Cha, C., Millner, A., & Nock, M. (2021). Inconsistencies in self-reports of suicidal ideation and attempts across assessment methods. *Psychological Assessment*, 33(3), 218–229. <https://doi.org/10.1037/pas0000976>
- Favril, L., Yu, R., Uyar, A., Sharpe, M., & Fazel, S. (2022). Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *Evidence-Based Mental Health*, 25(4), 148–155. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2022-300549>
- First, M., Gibbon, M., Spitzer, R., Williams, J., & Benjamin, L. (1999). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del eje II del DSM-IV*. Masson.
- Frost, H., Campbell, P., Maxwell, M., O'Carroll, R. E., Dombrowski, S. U., Williams, B., Cheyne, H., Coles, E., & Pollock, A. (2018). Effectiveness of motivational interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: A systematic review of reviews. *PLOS ONE*, 13(10), e0204890. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204890>
- González, D. A., Rodríguez, A. R., & Reyes-Lagunes, I. (2015). Adaptation of the BDI-II in Mexico. *Salud Mental*, 38(4), 237–244. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.033>
- Grupp-Phelan, J., Stevens, J., Boyd, S., Cohen, D. M., Ammerman, R. T., Liddy-Hicks, S., Heck, K., Marcus, S. C., Stone, L., Campo, J. V., & Bridge, J. A. (2019). Effect of a motivational interviewing-based intervention on initiation of mental health treatment and mental health after an emergency department visit among suicidal adolescents: A randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 2(12), E1917941. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.17941>
- Hayes, S., & Hofmann, S. (Eds.). (2018). *Process based CBT. The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. New Harbinger Publications.
- Hoy, J., Natarajan, A., & Petra, M. M. (2016). Motivational interviewing and the Transtheoretical Model of Change: Under-explored resources for suicide intervention. *Community Mental Health Journal*, 52(5), 559–567. <https://doi.org/10.1007/s10597-016-9997-2>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2023). *Día mundial para la prevención del suicidio. Comunicado de prensa Núm.542/23*.
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Jurado-Cárdenas, S. (2018). *Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida (IMADIS). Manual para aplicación y calificación*.
- Kazdin, A. (2011). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings*. Oxford University.
- Kazdin, A. (2021). Single-case experimental designs: Characteristics, changes, and challenges. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 115(1), 56–85. <https://doi.org/10.1002/jeab.638>
- King, C. A., Eisenberg, D., Zheng, K., Czyz, E., Kramer, A., Horwitz, A., & Chermack, S. (2015). Online suicide risk screening and intervention with college students: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(3), 630–636. <https://doi.org/10.1037/a0038805>
- Kirtley, O. J., van Mens, K., Hoogendoorn, M., Kapur, N., & de Beurs, D. (2022). Translating promise into practice: A review of machine learning in suicide research and prevention. *The Lancet Psychiatry*, 9(3), 243–252. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00254-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00254-6)
- Knipe, D., Williams, A. J., Hannam-Swain, S., Upton, S., Brown, K., Bandara, P., Chang, S. S., & Kapur, N. (2019). Psychiatric morbidity and suicidal behaviour in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*, 16(10), e1002905. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002905>
- Lundahl, B., Howey, W., Dilanchian, A., Garcia, M. J., Patin, K., Moleni, K., & Burke, B. (2024). Addressing suicide risk: A systematic review of motivational interviewing infused interventions. *Research on Social Work Practice*, 34(2), 158–168. <https://doi.org/10.1177/10497315231163500>
- Manolov, R., & Tanious, R. (2024). Assessing nonoverlap in single-case data: Strengths, challenges, and recommendations. *Journal of Behavioral Education*. <https://doi.org/10.1007/s10864-024-09552-w>
- Miller, W. (2023). The evolution of motivational interviewing. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 51(6), 616–632. <https://doi.org/10.1017/S1352465822000431>
- Miller, W., & Rollnick, S. (2023). *Motivational interviewing. Helping people change and grow* (4th ed.). The Guilford Press.
- Nuij, C., Van Ballegooijen, W., De Beurs, D., Juniar, D., Erlangsen, A., Portzky, G., O'Connor, R. C., Smit, J. H., Kerkhof, A., & Riper, H. (2021). Safety planning-type interventions for suicide prevention:

- Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 219(2), 419–426. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.50>
- OCEBM Levels of Evidence Working Group. (2024). *The Oxford 2011 levels of evidence*. <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/ocebm-levels-of-evidence>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Suicide worldwide in 2019 Global Health Estimates*. World Health Organization.
- Parker, R. I., & Vannest, K. (2009). An improved effect size for single-case research: Nonoverlap of all pairs. *Behavior Therapy*, 40(4), 357–367. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.10.006>
- Pemau, A., Marin-Martin, C., Diaz-Marsa, M., De La Torre-Luque, A., Ayad-Ahmed, W., Gonzalez-Pinto, A., Garrido-Torres, N., Garrido-Sanchez, L., Roberto, N., Lopez-Peña, P., Mar-Barrutia, L., Grande, I., Guinovart, M., Hernandez-Calle, D., Jimenez-Treviño, L., Lopez-Sola, C., Mediavilla, R., Perez-Aranda, A., Ruiz-Veguilla, M., Seijo-Zazo, E., Toll, A., Elices, M., Perez-Sola, V., Ayuso-Mateos, J. L., & the SURVIVE Consortium (2024). Risk factors for suicide reattempt: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 54(9), 1897–1904. <https://doi.org/10.1017/S0033291724000904>
- Pfeiffer, P. N., King, C., Ilgen, M., Ganoczy, D., Clive, R., Garlick, J., Abraham, K., Kim, H. M., Vega, E., Ahmedani, B., & Valenstein, M. (2019). Development and pilot study of a suicide prevention intervention delivered by peer support specialists. *Psychological Services*, 16(3), 360–371. <https://doi.org/10.1037/ser0000257>
- Rangel-Villafaña, J. N., Silva, C., & Jurado-Cárdenas, S. (2023). Spanish validation of the Interpersonal Needs Questionnaire and the Acquired Capability for Suicide Scale among Mexican university students. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 9(1), 22–27. <https://doi.org/10.28931/riiad.2023.1.03>
- Rubin, A., & Bellamy, J. (2012). *Practitioner's guide to using research for evidence-based practice*. John Wiley & Sons.
- Schwenker, R., Dietrich, C. E., Hirpa, S., Nothacker, M., Smedslund, G., Frese, T., & Unverzagt, S. (2023). Motivational interviewing for substance use reduction. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD008063 <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008063.pub3>
- Sedghy, Z., Yoosefi, N., & Navidian, A. (2020). The effect of motivational interviewing-based training on the rate of using mental health services and intensity of suicidal ideation in individuals with suicide attempt admitted to the emergency department. *Journal of Education and Health Promotion*, 9(1), 247. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_344_20

- Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256–264. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>
- Tate, R. L., Perdices, M., Rosenkoetter, U., Shadish, W., Vohra, S., Barlow, D. H., Horner, R., Kazdin, A., Kratochwill, T., McDonald, S., Sampson, M., Shamseer, L., Togher, L., Albin, R., Backman, C., Douglas, J., Evans, J. J., Gast, D., Manolov, R., Mitchell, G., Nickels, L., Nikles, J., Ownsworth, T., Rose, M., Schmid, C. H., & Wilson B. (2016). The Single-Case Reporting Guideline in Behavioural Interventions (SCRIBE) 2016: Explanation and elaboration. *Physical Therapy*, 96(7), e1-e10. <https://doi.org/10.2522/ptj.2016.96.7.e1>
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- Witt, K. G., Hetrick, S. E., Rajaram, G., Hazell, P., Taylor Salisbury, T. L., Townsend, E., & Hawton, K. (2021). Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD013668. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013668.pub2>
- Wu, H., Lu, L., Qian, Y., Jin, X.-H., Yu, H.-R., Du, L., Fu, X.-L., Zhu, B., & Chen, H.-L. (2022). The significance of cognitive-behavioral therapy on suicide: An umbrella review. *Journal of Affective Disorders*, 317, 142–148. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.08.067>
- Zerler, H. (2008). Motivational interviewing and suicidality. En H. Arkowitz, H. Westra, W. Miller, & S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems*. (pp. 173–193). Guilford Press.
- Zerler, H. (2009). Motivational interviewing in the assessment and management of suicidality. *Journal of Clinical Psychology*, 65(11), 1207–1217. <https://doi.org/10.1002/jclp.20643>

Información adicional

redalyc-journal-id: 1339



Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133982026005>

Cómo citar el artículo

Número completo

Más información del artículo

Página de la revista en redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de revistas científicas de Acceso Abierto diamante
Infraestructura abierta no comercial propiedad de la
academia

José Nahum Rangel-Villafaña, Ricardo Sánchez-Domínguez,
Samuel Jurado Cárdenas

**Entrevista motivacional y terapia cognitivo conductual
para la prevención del suicidio: un estudio experimental
de caso único**

**Motivational interviewing and cognitive behavioural
therapy for suicide prevention: A single-case
experimental study**

Psicología Iberoamericana

vol. 33, núm. 2, e332796, 2025

Universidad Iberoamericana, Ciudad de México, México
revista.psicologia@ibero.mx

ISSN: 1405-0943

DOI: <https://doi.org/10.48102/pi.v33i2.796>



CC BY 4.0 LEGAL CODE

Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.