

ACTUACIÓN EN CONDUCTAS AUTOLÍTICAS

Tema 33

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	3
1.1	Datos	3
1.2	Fases	4
1.3	Métodos más frecuentes	4
2	INTERVENCIÓN POR INTENTO DE SUICIDIO	5
2.1	Pautas de intervención.....	5
2.2	Uso del colchón de seguridad	8
2.3	Creencias erróneas.....	9
2.4	El perfil idóneo de la persona negociadora	10
3	RELACIÓN CON LOS SERVICIOS PSICOSOCIALES	11
	BIBLIOGRAFÍA	12

1 INTRODUCCIÓN

Los servicios que prestan los cuerpos de extinción de incendios y salvamentos son de lo más variado, abarcando mucho más que los incendios. En una situación de emergencia originada por una crisis autolítica la víctima precisará recibir atención psicológica. Tan importante es que el personal interviniente sepa dar esa atención, como que la persona experta en psicología que va a intervenir conozca la forma de actuar del equipo de rescate en esa situación.

Los diferentes Servicios de Emergencia deben estar organizados y coordinados entre sí, hasta el punto de formar un verdadero Equipo Multidisciplinar, capaz de resolver las situaciones de emergencia sumando las capacidades de cada uno de los servicios intervinientes.

La Real Academia de la Lengua define emergencia como “una situación de peligro o desastre que requiere acción inmediata”, definición que engloba a la crisis suicida, que es la respuesta desadaptada de una persona ante una situación crítica en la que se sobrepasa su capacidad de afrontamiento.

Desde el punto de vista de los servicios de salvamento, el intento de suicidio es un tipo de intervención en la que además de las técnicas propias de rescate, han de emplearse técnicas de primeros auxilios psicológicos para dar una respuesta integral. Si además sumamos las peculiaridades de la situación en cuanto a estrés, nerviosismo, incertidumbre, etc., que soporta el interviniente, obtenemos como resultado un tipo de intervención muy compleja y delicada. Los servicios de bomberos y bomberas, junto a otros colectivos de emergencia como la policía y los recursos sanitarios, tienen una posición única para determinar el curso y resultado de un intento de suicidio.

1.1 Datos

La intervención por intento de suicidio es cada vez más común. En España se producen a diario casos de suicidio que no son informados por los medios de comunicación para no provocar alarma social y atenuar la tragedia, de manera que los efectos quedan por encima de las causas. La responsabilidad del suicidio no sólo es personal, también es de la sociedad, son las causas sociales las que pueden explicar la cifra de suicidios, a pesar de que hay causas muy variadas, psicológicas, económicas, políticas, etc.

Según la Organización Mundial de la Salud, cada 40 segundos una persona se suicida en el mundo, y cada 3 segundos otra lo intenta, lo que en cifras representa aproximadamente 1 millón de muertes al año o 3.000 diarias, datos que son superiores a los de muertes en conflictos armados o accidentes de tráfico.

Los datos del Instituto Nacional de Estadística indican que el suicidio es la primera causa de muerte externa en España, con 33.677 casos de muerte en los últimos 10 años, a un ritmo de más 3.500 muertes anuales, o lo que es lo mismo, 10 diarias, 1 cada 2,5 horas.

En 2023, el Cuerpo de Bomberos de la Comunidad de Madrid (CBCM) realizamos 220 intervenciones tipificadas como “Salvamento – tentativa de suicidio” (incremento de un 24% respecto a 2022), aumentándose esta cifra a 268 intervenciones en 2024 (incremento de un 14% respecto a 2023).

1.2 Fases

Podemos hablar de 4 fases de transición hacia la autólisis:

- **Fase 1:** la víctima empieza a considerar el suicidio como solución a sus problemas.
- **Fase 2** o fase de ambivalencia: la víctima sopesa los pros y contras de suicidarse.
- **Fase 3:** se produce la decisión firme de suicidio al inclinarse la balanza del lado de los pros de suicidarse.
- **Fase 4:** Es el acto en si en el que la víctima intenta quitarse la vida.

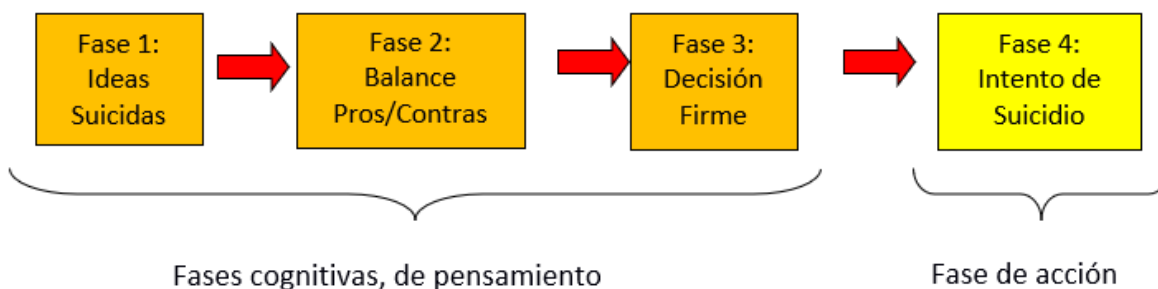


Figura 1. Fases de transición hacia la autólisis. Fuente: CBCM

Por tanto, podemos hablar de dos momentos claros: **las fases cognitivas de ideación suicida** (las tres primeras fases, cuando no se concreta en un acto) y **la fase de acción o conducta suicida** (la última fase, cuando existe un acto potencialmente lesivo y autoinfligido).

1.3 Métodos más frecuentes

Los métodos más frecuentes que suelen encontrar los Servicios de Extinción de Incendios y Salvamentos en sus intervenciones ante intentos de suicidio son:

- Precipitación, tirarse desde una altura.
- Ahorcamiento.
- Intoxicación por medicamentos.
- Heridas graves con cuchillos, armas de fuego...
- Accidentes de tráfico o atropellos intencionados.
- Asfixia.
- Envenenamiento.
- Intoxicación con gases.
- Quemarse o electrocutarse.
- Tragarse objetos punzantes o cortantes.
- Inanición y/o abandonar medicación vital.

2 INTERVENCIÓN POR INTENTO DE SUICIDIO

En el mundo de las emergencias no hay una intervención igual a otra, incluyendo el caso concreto de los intentos de suicidio. Cada persona es un mundo, con sus circunstancias y motivos que le llevan a intentar suicidarse y, aunque no hay palabras mágicas o estrategias universales que reviertan la situación, los bomberos y bomberas seguirán una serie de pautas en su actuación ante crisis suicida.

2.1 Pautas de intervención

El objetivo principal en este tipo de intervención será anular la decisión de suicidarse que tiene la víctima y proceder a su rescate, para que posteriormente los servicios sanitarios y de ayuda psicosocial continúen el proceso de atención y ayuda a la víctima. En toda víctima potencial por intento de suicidio hay una parte de aferra a la vida que habrá que potenciar para que la intervención sea un éxito. La contención de la víctima es una estrategia que se contempla como último recurso y ante un determinado perfil suicida.

En la **recepción de la llamada**, si es la propia víctima la que avisa, se intentará obtener toda la información que se pueda, manteniéndola el mayor tiempo posible al teléfono.

La **llegada al lugar** de la intervención ha de ser lo más discreta posible, evitando las señales sonoras y luminosas de los vehículos. Aunque generalmente la reacción hacia el personal de rescate suele ser favorable, en ocasiones, dichas señales pueden provocar en la víctima el impulso de consumir el suicidio. La llegada discreta también ayudará a reducir el número de ciudadanía en la zona, lo que facilitará mucho el trabajo.

Si el intento de suicidio se produce a la vista del público en general, es conveniente despejar la zona, incluidos los medios de comunicación, por la reacción que estos pueden provocar en la víctima, por las duras imágenes que estos pueden llegar a ver, y para garantizar su seguridad. Para ello, en colaboración con las fuerzas de seguridad, **se creará un perímetro libre de público**.

Con respecto a las personas allegadas ocurre lo mismo: se las retirará del lugar, haciéndonos cargo de ellas en todo momento, en colaboración con los servicios sanitarios. En el caso de que la víctima solicite la presencia de alguien cercano, entonces sí se permitirá que dicha persona acceda a la zona de intervención, excepto en los casos de maltrato, abuso o cuando no se pueda garantizar la seguridad de la persona solicitada, tanto física como psíquica. Si es la persona que está interviniendo la que decide, a modo de estrategia, pedir apoyo de un familiar, previamente le pedirá permiso a la víctima. No se puede olvidar que las personas cercanas a la víctima estarán emocionalmente confundidas y abrumadas por la situación, por lo que se les tratará con tacto, compasión, sensibilidad y apoyo. También pueden ser el origen del problema.

Una de las primeras tareas que debe realizar el equipo de rescate al llegar al lugar es **recabar toda la información posible acerca de la víctima y su situación personal**, preguntando a sus familiares y personas cercanas. Si no se dispone de tiempo para recabar información, esta tarea se realizará de forma paralela a la de acercamiento, anulación y rescate, transmitiendo la información a la persona negociadora mediante un sistema de comunicación que no pueda ser oído por la víctima.

Ejemplos de información importante:

- Nombre de la víctima
- Causas del intento de suicidio

- Problemas Intentos previos y método
- Consumo de drogas o alcohol
- Enfermedad mental o física
- Actividad profesional
- Ambiente socio-familiar
- Gustos y preferencias

Se procurará no sobrecargar el canal de comunicaciones vía walkie, o establecer un canal exclusivo con la persona negociadora, para no interferir en su concentración. La persona encargada de la negociación podrá recibir comunicación, pero no podrá transmitirla o le será muy difícil hacerlo sin que se percate la víctima.

En el momento en que se tenga ya contacto con la víctima, se actuará con mucha tranquilidad y paciencia. Se identificará como bombera o bombero y le dirá su nombre a la víctima, para ir generando un clima de confianza. Se llamará a la víctima por su nombre, información que se habrá obtenido previamente, o si no se le preguntará directamente. El acercamiento debe ser muy progresivo, con cautela y tranquilidad, sin brusquedades, dejando una separación inicial de 4-5 metros, de lo contrario se puede empeorar la situación hasta la situación fatal. Como estrategias de aproximación pueden usarse excusas con motivo de tener más privacidad, estar más cómodos, etc. La actitud del negociador o negociadora a en los primeros momentos será fundamentalmente de escucha y comprensión. Una vez conseguido el contacto con la víctima, en ningún momento se la dejará sola.

Una máxima en el mundo de la emergencia es que **“la seguridad del personal interviniente es lo primero a garantizar”**. Se retirarán objetos peligrosos, como tijeras, cuchillos, objetos contundentes, etc., que disminuyan tanto su seguridad, como la de la víctima. Así mismo, el equipo de rescate irá asegurado si la escena se sucede en altura, teniendo especial cuidado en que la víctima no caiga al vacío por accidente. En ningún caso actuará de forma directa en casos con víctimas violentas, en estos casos serán las fuerzas de seguridad las que actuarán con la colaboración y medios del servicio de salvamento.

De cara a la **estrategia de anulación** es prioritario identificar en cuál de las cuatro fases se encuentra la víctima, ya que cada fase conlleva una estrategia:

- **Fase 1:** se llevará a la víctima a valorar otras alternativas distintas del suicidio.
- **Fase 2:** en base a la información que se ha recabado de la víctima, se procurará inclinar la balanza del lado de los contras que tiene el suicidio.
- **Fase 3:** se intentará generar ambivalencia o dudas ante la firme decisión que tiene el suicida, de manera que se retroceda a la fase 2.
- **Fase 4:** si el suicidio se ha consumado y la persona sigue con vida, se procederá a prestarle atención sanitaria urgente y a realizar el rescate que corresponda en caso de que sea necesario. Si se sospecha que existe una intoxicación por sustancias, se tomarán muestras de éstas (pastillas o frascos vacíos, etc.) e incluso se obtendrá información de familiares y personas cercanas, sin olvidar que también necesitan atención y apoyo.

La relación con la víctima será relajada, no amenazante, empática y amistosa. Se manejarán muchas emociones, de hecho, la emergencia es el contexto donde se da más carta libre a la esfera emocional

del ser humano. El arma principal de la persona que desarrolla la negociación es la comunicación con la víctima y entendiendo que es imposible no comunicarse, **dicha comunicación tendrá las siguientes características:**

- Se utilizará un tono cálido y seguro, sin prisa, cada minuto que pase irá aumentando la probabilidad de éxito. Ganar tiempo permite que el resto de la dotación trabaje en otros dispositivos de seguridad para la víctima y posibilita la llegada de otros recursos asistenciales, El tiempo juega a favor de las personas interviniente, que tiene como peor enemiga a la precipitación. El problema no es que la intervención se prolongue, sino que no evolucione, que se estanque y no avance.
- En la medida que sea posible, se estará físicamente a nivel de la persona.
- No es necesario comenzar a hablar directamente del hecho suicida. Una estrategia de comunicación puede ser preguntar a la víctima por sus necesidades básicas (beber agua, abrigo, etc.), esto cambiará su foco de atención y le hará sentirse atendida y cuidada, seguro que en algún momento será la propia víctima la que dé pie a tratar el tema, momento en el que se le empezará a preguntar sobre sus motivos para querer suicidarse.
- Las preguntas serán globales al principio y se irán haciendo más concretas poco a poco.
- Se utilizarán frases cortas para dejar hablar a la víctima, que debe sentirse libre de decir lo que sienta. Es la víctima la que guiará la comunicación y dará las claves para entenderla y ayudarla. Tiene más probabilidad de fracaso el negociador que habla más de lo que escucha.
- Se aguantarán los momentos de silencio de la víctima, también son comunicación. En personas muy alteradas la comunicación gestual suele ser más clara que la verbal.
- Si la víctima lo permite, el contacto físico puede ser muy positivo, ya que contiene mucho emocionalmente. La contención física de la víctima para evitar el suicidio es una maniobra muy arriesgada, sólo se ejecutará en el caso de que exista completa seguridad de que lo va a llevar a cabo y no hay riesgo, ni para la víctima ni para la persona que la realiza.
- Es una buena idea repetir el mensaje que se recibe de la víctima (parafrasear), para demostrar escucha y atención. La víctima ha de sentirse la persona más importante para la persona negociadora en esos momentos.
- En ningún momento se amenazará, se provocará, se discutirá o se le pondrá un tiempo límite a la víctima; al contrario, se intentará normalizar su situación, transmitiendo comprensión, se le ayudará a expresarse y a poner nombre a sus miedos y problemas.
- Es preferible utilizar la palabra “suicidio” con normalidad, ya que se facilita la comunicación y la víctima no percibe rechazo.
- Se evitarán los reproches, los juicios de valor y las expresiones moralistas, ya que pueden aumentar la sensación de culpa que seguro ya tiene la víctima. Siempre se hablará en positivo. La persona negociadora no debe ser la poseedora de la verdad que guiará a la víctima por la senda correcta, sino que intentará reforzar sus estrategias de afrontamiento.
- Los gestos de la persona que negocia habrán de ser coherentes con el mensaje que transmite, se evitarán los gestos de cansancio. Tanto la comunicación verbal, como la no verbal, han de transmitir seguridad y calma. Si las palabras de apoyo y comprensión van acompañadas de una expresión facial y unos movimientos corporales que afirmen lo que se transmite oralmente, la capacidad comunicativa se verá muy reforzada.

- Una estrategia de mensaje para transmitir a la víctima es que está en esta situación porque aún no ha encontrado un recurso o solución a su problema, pero que existe, el negociador o negociadora buscará posibles razones o soluciones y se centrará en ellas. El estilo de pensamiento de las personas suicidas suele presentar con frecuencia una elevada rigidez y extremismo, lo que provoca una “visión túnel”, que les dificulta contemplar alternativas de afrontamiento a su problema.
- Se evitarán las falsas expectativas o esperanzas infundadas, y las promesas que no se puedan cumplir.
- Se hará entender a la víctima que el suicidio puede ser lento, muy doloroso e incluso infructuoso con graves consecuencias de por vida (tetraplejia).
- Puede facilitar la comunicación que el bombero o bombera negociador/a se comprometa a guardar secreto, siempre y cuando no sea información delictiva o imprescindible para otros servicios.

Siguiendo todas estas pautas, lo más probable y esperado es que la víctima vaya cambiando su actitud y la situación mejore. No obstante, no hay que relajarse, ya que siempre existe el peligro de que suceda el fenómeno conocido como “Rapto Suicida”, en el que la víctima recobra repentinamente el impulso suficiente para consumir el suicidio.

Otro aspecto a cuidar es la imagen pública de la víctima. Se utilizará la discreción tapándole el rostro en el momento que salga al espacio público. Este hecho se le comunicará previamente. Una persona con tendencia suicida suele ser muy censurada por la sociedad.

El **fin de la intervención** se producirá cuando la víctima esté en espacio seguro y atendida por los servicios sanitarios y/o psicológicos. La persona interviniente debe asegurarse de establecer un enlace entre la víctima y el siguiente medio de ayuda. En cuanto a las personas cercanas a la víctima, es muy posible que hagan preguntas, que serán contestadas con honestidad y sin análisis de las razones de lo sucedido.

2.2 Uso del colchón de seguridad

El colchón de seguridad es un material de rescate muy antiguo, que muchos cuerpos de bomberos/as seguimos utilizando para intervenciones en las que se precisa un salvamento en altura rápido y en las que no es posible el uso de otros medios más seguros.

La persona objeto del rescate, para no sufrir daños, o que estos sean leves, ha de caer en el centro del colchón y en una posición muy determinada. Esto queda fuera del control del equipo de rescate, muchas veces es fruto del azar, por lo que es un material que debe emplearse con mucha cautela y sólo en situaciones desesperadas.

En intervenciones por intento de suicidio en altura, según el caso, se valorará el uso del colchón de seguridad. En caso de utilizarse se seguirán estos criterios:

- Se empleará para disminuir la gravedad del salto, en el caso de que éste se produzca.
- En ningún momento se animará o inducirá a la víctima a saltar, ya que la probabilidad de lesión es alta.
- Su montaje intentará realizarse fuera del campo de visión de la víctima si es posible, ya que puede ser un detonante para que ésta se arroje al vacío.



Figura 2. Intento de autolisis en carretera. Fuente: CBCM

2.3 Creencias erróneas

Estas son algunas de las muchas creencias erróneas que hay entorno al suicidio, que todo interviniente ha de borrar de su cabeza:

CREENCIA ERRÓNEA	REALIDAD
“Es mejor no hablar del suicidio para no dar ideas a la víctima”.	Hablando abiertamente del suicidio ayudaremos a la víctima a desahogarse.
“Si dice que se va a suicidar es que no lo va a hacer”.	La mayoría de las personas suicidadas lo han hablado previamente.
“Los suicidas son enfermos mentales o locos”.	La enfermedad mental es un factor de riesgo menos importante que el papel que juega la impulsividad. La víctima puede rechazar la ayuda si ésta va acompañada de connotaciones de alteración de la salud mental, psicopatologías, trastornos, etc.
“No tiene motivos ni problemas”.	Los problemas no son siempre visibles, pueden estar sólo en la cabeza.
“Si se suicidó es porque estaba seguro”.	La mayoría de suicidas tienen dudas, actúan, así como grito de ayuda.
“El verdadero suicida no avisa”.	Siempre suele haber señales antes del suicidio.
“La familia sufre menos porque sabe que ha muerto porque quería”.	La familia se siente culpable y sufre más.

Tabla 1. Creencias erróneas entorno al suicidio

2.4 El perfil idóneo de la persona negociadora

La competencia legal para actuar en una intervención por intento de suicidio es variable según la situación, pudiendo recaer en las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (presencia de violencia), en los recursos Sanitarios, o en los Servicios de Extinción de Incendios y Salvamentos.

Más allá de la competencia, la capacidad necesaria para intervenir de forma correcta en esta situación es la que posee la figura del psicólogo, integrado en el servicio de policía o en el sanitario.

La realidad es que, en la intervención por intento de suicidio, la víctima suele poner una serie de trabas que dificultan el acceso a ella, como por ejemplo estar situada en altura o encerrada detrás de puertas que se encuentran bloqueadas. Este hecho provoca la necesidad de que intervengan los Servicios de Bomberos/as, ya que cuentan con los medios y formación de rescate necesario para solventar dichas trabas. Si a esto le sumamos el perfil tipo de profesionales de rescate, como persona arrojada y resolutiva, suele pasar que sea el bombero o bombera los que negocien con la víctima que intenta el suicidio.

Es importante que los distintos servicios participantes en la intervención actúen como uno solo, sumando sus medios y capacidades al fin último, evitar el intento de suicidio. El equipo de bomberos/as habrá de valorar la posibilidad de que una persona más capacitada en negociación utilice nuestros medios para acceder a la víctima, aunque esto muchas veces no será posible, dada la dificultad técnica que tienen dichos medios, y dada la carencia de personal experto en psicología de emergencia que todavía hay en nuestro país.

Las características personales que ha de tener una buena negociadora o negociador son las siguientes, teniendo en cuenta que se moverá entre la línea divisoria que divide el éxito y el trágico fracaso, con las graves consecuencias que éste puede tener, tanto físicas como psíquicas:

- Amplia experiencia laboral y de vida.
- Prudencia.
- Estabilidad emocional.
- Prestación de cuidados.
- Dominio de la palabra.
- Metódico/a.
- Comunicativo/a.
- Práctico/a.
- Inteligencia.
- Atención.
- Rapidez de pensamiento.
- Creatividad.
- Flexibilidad.
- Comprometido/a.
- Conocimiento de sus debilidades y fortalezas.

- Tolerancia.
- Capacidad de trabajar bajo presión.
- Comprensión.
- Con espíritu de equipo.
- Tranquilidad.
- Paciencia.

En definitiva, una buena persona negociadora habrá de tener un perfil personal y profesional no solo especial, también fuera de lo común, que habrá de completarse con una adecuada formación y entrenamiento.

3 RELACIÓN CON LOS SERVICIOS PSICOSOCIALES

La figura de personal experto en psicología en el mundo de la emergencia es cada vez más común. De hecho, aunque las emergencias psicológicas no son tan palpables como las sanitarias, ya hay operativos de emergencia psicosocial, bien como servicio independiente o incluido en servicios sanitarios. Las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad también suelen contar con psicólogas y psicólogos, que forman parte de la plantilla o trabajan en colaboración directa.

El apoyo psicológico en el entorno de la emergencia, implica acciones de diferente grado de complejidad, para afrontar numerosas y diversas situaciones que tienen como denominador común la afección de personas. Es necesario contar con personal especializado en psicología para determinadas emergencias, ya que van a ofrecer un mayor nivel de atención a la víctima, de manera que se cubrirán necesidades no sólo físicas, sino también psicológicas y sociales.

Se pueden diferenciar **cuatro niveles de atención psicológica**:

NIVEL	INTERVINIENTE	TAREAS
I	Población en general	Acompañamiento. Cubrir necesidades básicas.
II	Bomberos/as, Personal Sanitario, Fuerzas de Seguridad	Acompañamiento. Cubrir necesidades básicas. Atención a estrés agudo. Canalización de reacciones.
III	Psicólogos/as, Psiquiatras, Trabajadoras/es Sociales	Manejo de situaciones críticas. Intervención en crisis. Solución de urgencias psicosociales.
IV	Equipos de Salud Mental	Psicoterapia. Reintegración.

Tabla 2. Niveles de atención psicológica

Las Centrales de Comunicación de los Servicios de Extinción de Incendios y Salvamentos, así como los Centros de Coordinación de Emergencias tienen muy presente en sus protocolos la existencia de este tipo de recursos, de cara a su posible activación, a pesar de que no están implantados en todo el territorio.

Es importante concienciar al personal que interviene de manera directa en emergencia, sobre todo a las jefaturas, de la existencia de los servicios de ayuda psicosocial, ya sean de emergencia o como servicio de prevención y tratamiento (servicios sociales, unidades de salud mental de ambulatorios y

hospitales), para que puedan contar con ellos en la estrategia de intervención durante la emergencia. La formación del personal interviniente en primeros auxilios psicológicos facilitará notablemente la posterior labor del personal profesional de psicología.

BIBLIOGRAFÍA

Albert Molina Compte. Psicología de Emergencias. Manual del Bombero, Organización y Desarrollo Profesional. Edición Junio 2011. Álava: Academia del Policía del País Vasco; 2011.

American Association of Suicidology. Suicide by Cop.

César Flordelís Corral. El paciente poco colaborador. La entrevista motivacional en la atención extrahospitalaria. Asociación de Sanitarios de Bomberos de España.

Consortio de Prevención y Extinción de Incendios de Córdoba. Protocolos de Intervención del Consorcio de Prevención y Extinción de Incendios de Córdoba. Córdoba; 2010.

Cruz Roja Española. Servicios Preventivos. Formación Básica en Socorros. 4ª Edición. Madrid: Cruz Roja Española; 2001.

Cuerpo de Bomberos de la Comunidad de Madrid (2007). *Atención a víctimas*. Manual del CBCM.

Cuerpo de Bomberos del Ayuntamiento de Alicante. Sistemática de Actuación del Cuerpo de Bomberos del Ayuntamiento de Alicante. Alicante.

Cuerpo Nacional de Policía. Manual del Policía Negociador.

Enrique Parada Torres. Psicología y Emergencia. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia. Bilbao: Biblioteca de Psicología Desclee de Brouwer; 2008.

Eva María Ruiz Muñoz. Operaciones de Salvamento. 1ª Edición. Madrid: Ediciones GPS; 2009.

Ferrán Lorente Gironella. Intervención ante intentos autolíticos. Asociación de Sanitarios de Bomberos de España.

Grupo de trabajo de Psicología de Urgencias, Emergencias y Catástrofes del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. I Jornadas de Psicología de Emergencias. Madrid; 2011.

Jesús Guerra, Ana Lerna, Mikel Aranburu. Técnicas psicológicas de rescate en intentos de suicidio. País Vasco: Emergencias 2010; 2009.

Katherine Montecino Aguirre, Robinson Villarroel Pasten. Cómo negociar con un suicida. Praxis Consultores LTDA. Chile; 2012.

OMS, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Prevención del Suicidio. Un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea. Ginebra: OMS; 2009.

Procedimiento de Actuación para Tentativa de Suicidio de Bomberos Comunidad de Madrid; 2020.

Transcripción de las Jornadas sobre Conducta Humana de la Ciudad Autónoma de Melilla.

Tébar del Río, I. (2025). *Intervención de Bomberos en Crisis Suicida*. Cuerpo de Bomberos de la Comunidad de Madrid.