



Atención prehospitalaria ante la conducta suicida: revisión de intervenciones sanitarias y papel potencial de enfermería

Pre-hospital care for suicidal behaviour: a review of healthcare interventions and the potential role of nursing

M^a Dolores Huguet Sáiz (1), Desirée Camús Jorques (2) y Nadia Bruna Valero

(1) Hospital General de Valencia (España)

(2) Universidad de Valencia (España)

Resumen: El presente trabajo analiza el papel de enfermería en la atención a la conducta suicida en el ámbito extrahospitalario. A través de una revisión sistemática de la literatura, se seleccionaron ocho estudios relevantes. Los resultados muestran que la intervención enfermera se limita mayormente a funciones técnicas y físicas, con escasa participación en la evaluación del riesgo suicida o el abordaje psicosocial, careciendo de un enfoque integral. Esta limitación se relaciona con la falta de formación específica en salud mental y la carencia de protocolos adaptados a emergencias psicosociales. Las intervenciones realizadas por el Servicio de Emergencias Médicas (SEM) se centran en el control físico del paciente, su traslado y el manejo de la vía aérea y la administración de medicación, es decir, en la intervención clínica descuidando la psicosocial. Se destaca el papel emergente de modelos de atención conjunta, como el Equipo de Co-Respuesta (CRT), que mejoran la eficacia de la intervención, la seguridad del paciente y la continuidad de cuidados. En conclusión, se subraya la necesidad de fortalecer el rol de enfermería en la atención integral extrahospitalaria del suicidio en contextos extrahospitalarios mediante formación especializada y guías clínicas claras.

Palabras clave: Conducta suicida, Enfermería, Emergencia extrahospitalaria, Atención integral, Evidencia científica.

Abstract. This study analyzes the role of nursing in the care of suicidal behavior in the out-of-hospital setting. Through a systematic review of the literature, eight relevant studies were selected. The results show that nursing intervention is mostly limited to technical and physical functions, with little involvement in the assessment of suicidal risk or psychosocial approach, lacking a comprehensive approach. This limitation is related to the lack of specific training in mental health and the lack of protocols adapted to psychosocial emergencies. Interventions carried out by the Emergency Medical Service (EMS) focus on physical control of the patient, their transfer and airway management, and the administration of medication, i.e., on clinical intervention, neglecting the psychosocial aspect. The emerging role of joint care models, such as the Co-Response Team (CRT), which improve the effectiveness of intervention, patient safety and continuity of care in the community setting, is highlighted. In conclusion, the need to strengthen the role of nursing in comprehensive out-of-hospital suicide care in out-of-hospital settings through specialized training and clear clinical guidelines is emphasized.

Keywords: Suicidal Behavior, Nursing, Pre-hospital Emergency, Comprehensive Care, Scientific Evidence.

Recibido: 22/10/25 Revisado: 01/06/26 Preprint: 04/08/26 Aceptado: 15/09/26 Publicado: 01/01/27

Referencia normalizada: Huguet Sáiz, M.D., Camús Jorques, D. y Bruna Valero, N. (2026). Atención prehospitalaria ante la conducta suicida: revisión de intervenciones sanitarias y papel potencial de enfermería. *Ehquidad. International Welfare Policies and Social Work Journal*, 27, 233-266. <https://doi.org/10.15257/ehquidad.2027.0009>

Correspondencia: Desirée Camús Jorques, Universidad de Valencia (España). Correo electrónico: desiree.camus@uv.es

1. INTRODUCCIÓN

La conducta suicida representa uno de los desafíos más complejos para los sistemas sanitarios a nivel mundial. Se trata de un fenómeno multifactorial, repetitivo y de carácter únicamente humano que se ha presenciado en todas las épocas y sociedades, y que incluye todos aquellos comportamientos que van desde los intentos de suicidio, considerados actos autolesivos y autodestructivos realizados por el sujeto con la intención de morir y que han sido fallidos, hasta los suicidios consumados (la persona fallece), pasando por los planes suicidas y las tentativas (Celada y Barrachina, 2019; Guerra et al., 2010; Juanós et al., 2023).

Por tanto, se trata de un grave problema de salud pública que sufren todas las regiones del mundo, tanto los países de ingresos altos, como los de ingresos bajos o medianos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, cada año, más de 726000 personas al año se suicidan y muchas más lo intentan (Organización Mundial de la Salud, 2024). El suicidio consumado es el tipo de conducta suicida que más llevan a cabo los hombres (llegando a triplicar la tasa en comparación con las mujeres). Sin embargo, al hablar de los intentos de suicidio esta situación se revierte, y son las mujeres las que lo realizan con mayor frecuencia (Antón et al., 2021; Martín, 2016).

Esta problemática, de alta carga emocional y social, afecta no solo a quienes la padecen, sino también a su entorno más cercano y a los profesionales que intervienen en su atención (Celada y Barrachina, 2019). La conducta suicida, tanto suicidio consumado como intento de suicidio, provoca un gran sufrimiento en la familia, ya que ocasiona una alteración y desorganización en el núcleo familiar. Este distrés se debe tanto a la pérdida de un miembro que decide quitarse la vida como a la constante preocupación por la posible pérdida de quien está en riesgo. Por tanto, los patrones de vida establecidos en una familia suelen verse afectados cuando se presenta un comportamiento suicida, lo que genera un cambio en su dinámica, ya sea ajustándose a la ausencia de un integrante o concentrando la atención en la persona con riesgo de suicidio (Pastor et al., 2023; Pérez y Lorenzo, 2004).

El intento de suicidio de un miembro de la familia genera una sensación de alerta en los cercanos y, como lo expresan muchos, “la pérdida de la tranquilidad”, ya que es común que surjan comportamientos tan variados como el mimo, la sobreprotección, la incredulidad, el rechazo o el distanciamiento. Por otra parte, el suicidio consumado provoca una profunda reflexión en los demás integrantes, generando interrogantes sobre su posible responsabilidad y, dependiendo de cómo funcionara la familia previamente, puede generar sufrimiento, una reacción de duelo patológico y desajustes neuróticos o psicóticos, según la vulnerabilidad de los familiares (Pérez y Lorenzo, 2004).

El duelo por suicidio suele ser más duradero y conllevar problemas de salud más graves, como trastornos emocionales y físicos, lo que lleva a los familiares a recurrir con mayor frecuencia a médicos particulares o servicios de salud públicos (Pastor et al., 2023). Después de un suicidio consumado, los miembros de la familia deben de enfrentar de manera inmediata una serie de problemas, tales como la colaboración con las autoridades policiales y legales, la contratación de los servicios funerarios y comunicar la noticia a familiares y amigos cercanos incluyendo la causa de la muerte (Baños, 2022). A estos familiares que sufren la pérdida de un ser querido por el acto suicida se les denomina “supervivientes” (Maizquiez, 2023). Posteriormente el impacto del suicidio se extiende tanto a corto como a largo plazo, provocando problemas psicológicos (pensamientos suicidas, desesperanza, ansiedad y estrés) y físicos (náuseas, vómitos, dificultad para respirar, aumento de la frecuencia cardíaca, entumecimiento, incapacidad para mantenerse de pie o respuestas psicosomáticas como pérdida del apetito, dolor físico, dolores abdominales intensos, problemas para dormir o visiones de ver al difunto) en los familiares y su círculo cercano (Baños, 2022).

En este escenario, los SEM desempeñan un papel fundamental, al constituir, en muchas ocasiones el primer punto de contacto entre la persona en crisis y el sistema sanitario (Celada y Barrachina, 2019). Este servicio de emergencias se activa a través del 112, lo que garantiza una respuesta coordinada e integral, donde cada servicio de emergencias despliega sus recursos, ofreciendo así una intervención biopsicosocial en el lugar del accidente. Habitualmente, un servicio de emergencias interviene cuando la conducta ya ha tenido lugar, y en contadas ocasiones cuando se está gestando la idea (Camús y Cortés, 2017; Pacheco y Robles, 2011).

La intervención en el entorno extrahospitalario ante una conducta suicida requiere una respuesta inmediata, coordinada y profesional, que no solo garantice la seguridad física del paciente, sino que también contemple un abordaje humanizado, centrado en la valoración del riesgo y la contención emocional.

En este sentido, el personal de enfermería, como parte esencial de los equipos de emergencias asume funciones clave en la atención inicial, la toma de decisiones clínicas y la coordinación con otros niveles asistenciales. No obstante, a pesar de su relevancia, el abordaje enfermero en situaciones de conducta suicida sigue siendo un área poco explorada en la literatura científica (Maizquiez, 2023).

El profesional de enfermería tiene un papel esencial en el suicidio consumado y el intento de autolisis en el ámbito de emergencias extrahospitalarias, ya que actúa como primer nexo de actuación. Debe de estar formado para brindar cuidados y apoyo emocional tanto a pacientes como a sus familias en casos de conducta suicida. Se considera que la enfermería, es la profesión con más oportunidades de intervenir e identificar pacientes con riesgo suicida en el ámbito extrahospitalario. Esto incluye la capacidad de detección de signos y síntomas, administración de tratamientos adecuados, monitoreo del paciente, y comunicación efectiva con el equipo médico. Aunque esta área carece de recursos suficientes, la actuación de enfermería debe basarse en un conocimiento sólido para proporcionar la ayuda necesaria (Arroyo y Barea, s. f.; Juanós et al., 2023; Maizquiez, 2023).

Entre las estrategias enfermeras positivas durante esta intervención se encuentran el acompañamiento psicológico y físico, la relación terapéutica de confianza con el paciente, la creación de un ambiente seguro, la observación de las necesidades del paciente, el uso de escalas de detección del riesgo suicida y la colaboración con otros profesionales para ofrecer una intervención rápida y precisa. También se enfatiza la importancia de retirar los objetos peligrosos, reducir los factores de riesgo y basar las actuaciones en protocolos (Antón, 2023).

Las enfermeras de emergencias extrahospitalarias no son especialistas en salud mental, e informan de la falta de formación específica en este ámbito, lo que afecta la calidad de los cuidados. Para mejorar la calidad asistencial, se deben establecer protocolos de actuación y ofrecer formación continua a los profesionales.

Es decir, el personal de enfermería tiene pocos recursos para la atención psicológica requerida en este tipo de situaciones. La evaluación del paciente con conducta suicida es un proceso complejo que deber ser realizado por especialistas en salud mental, e incluye la valoración del estado psicopatológico, la presencia de enfermedades somáticas y el apoyo social del paciente (Antón, 2023; Maizquiez, 2023).

El modelo de intervención psicológica en el ámbito extrahospitalario se basa en los principios de la intervención en crisis, con el objetivo de ofrecer apoyo psicológico “in situ”, en el lugar del suceso. Esta intervención está dirigida a una o varias personas que, tras experimentar un evento crítico o traumático, pueden iniciar un proceso adaptativo. Así la intervención en crisis empieza tras el suceso traumático, en el momento previo a que se determine si la resolución final será positiva o negativa (Guerra et al., 2010; Pacheco, 2016).

Según el procedimiento SAMUR-PC, se activa al psicólogo siempre y cuando el paciente no presente lesiones susceptibles de atención médica. Además, este profesional valora la escena garantizando la seguridad y autoprotección de la dotación, actuando según el procedimiento de urgencias psiquiátricas al acercarse al lugar y al paciente. Establece coordinación y trabajo en conjunto con los otros profesionales presentes en el lugar, y si ya hay un profesional que ha logrado un rapport (vínculo de confianza y comunicación efectiva entre el paciente y el profesional) adecuado con el paciente, evalúa si es conveniente intervenir. En la intervención psicológica en pacientes con ideación autolítica y autolesiones, según este procedimiento, se empleará la escala de detección de riesgo suicida. En los intentos autolíticos en curso se debe comenzar por reducir la estimulación ambiental y realizar un acercamiento progresivo al paciente, personalizar el contacto verbal y realizar una valoración psicológica rápida, identificando signos de alteración fisiológica, cognitiva, emocional y motora. También se debe evaluar si existe consumo de tóxicos, así como los antecedentes psiquiátricos y orgánicos, y los tratamientos actuales y previos del paciente. Es fundamental evaluar el plan de suicidio, el grado de elaboración cognitiva, la impulsividad, la desesperanza y las conductas de cierre. En caso de que haya familiares

presentes, hacer preguntas buscando la información más relevante como intentos autolíticos previos o posibles desencadenantes. Facilitar la identificación de alternativas, factores protectores y anclajes, y establecer junto con el paciente la necesidades inmediatas y posteriores. Por último, es crucial proporcionar apoyo psicosocial y negociar el traslado a un hospital para valoración psiquiátrica (Manual de Procedimientos SAMUR-Protección Civil, 2024).

En situaciones de conducta suicida, la intervención psicológica no solo debe centrarse en el paciente, sino también en los familiares allegados. En un suicidio consumado es importante amortiguar el impacto psicológico del suceso, evitando retraumatización, y apoyar al facultativo en la comunicación de malas noticias. Es crucial, que los profesionales de salud mental ofrezcan apoyo y atención a los supervivientes del acto suicida, ya que esta situación traumática tiene una gran repercusión (Manual de Procedimientos SAMUR-Protección Civil, 2024; Martín, 2016). Para ayudar a los familiares a afrontar el duelo y prevenir el riesgo de un nuevo suicidio se disponen de diversos tipos de intervenciones: el apoyo entre iguales o pares (grupo de apoyo formados por personas que atraviesan situaciones similares, el apoyo social (respaldo de seres cercanos, amigos, vecinos y compañeros de trabajo) y apoyo profesional (especialistas en salud mental) (Maizquiez, 2023).

Con la finalidad de evaluar una unidad psiquiátrica de urgencias extrahospitalarias desde las perspectivas de la enfermera de urgencias prehospitalarias, se llevó a cabo en la parte sureste de Suecia un proyecto piloto. Se creó una unidad psiquiátrica de emergencia (PAP), en el que una enfermera de urgencias extrahospitalarias acompañaba a una enfermera psiquiátrica especializada en evaluar a personas con enfermedades mentales. Por medio de entrevistas, se llegó a la conclusión que las enfermeras extrahospitalarias mejoraron sus habilidades de comunicación y el conocimiento referente a enfermedades mentales. Entre sus resultados se encuentran que trabajar en equipo interprofesional y poder acceder al historial médico permiten una atención más exacta y segura, y que un ambiente de atención adecuado fomenta la colaboración con la policía y

fortalece la confianza de los pacientes y sus familiares. La cooperación con la policía aumentó en este proyecto al poder contactar rápida y directamente con el servicio, en caso de necesitarlo (Todorova et al., 2022).

Otro estudio que pone a prueba la respuesta conjunta de varios organismos es el realizado en Nueva Zelanda y Australia. En él se muestran beneficios de los CRT en las crisis mentales y suicidios. El CRT está compuesto por un equipo multidisciplinario, tres miembros se encargaban de la respuesta inmediata (un policía, un paramédico uniformado, y un especialista de salud mental de civil) y formaría una unidad móvil, lista para responder a las emergencias de salud mental en el lugar. Además, cuenta con otros dos miembros del equipo (un profesional de salud mental y un policía) que actuarían como equipo de enlace “local”, actuando desde la base. El estudio, finalmente, mostró que la colaboración entre agencias mejoró la resolución de las crisis en la comunidad, redujo las hospitalizaciones, acortó los tiempos de respuesta de urgencias y disminuyó las visitas repetidas (Every-Palmer et al., 2023).

En lo que respecta a España, tal y como expone Camús (Castillo et al., 2024) en sus estudios de investigación, para afrontar las situaciones de emergencia social, se dispone de servicios de atención a estas emergencias, que son servicios cuya competencia es intervenir en el ámbito social e integral de las situaciones que quedan desprotegidas por culpa de una emergencia social. Así pues, actualmente los servicios de atención a las emergencias sociales y sanitarias que prestan intervención psicosocial en el lugar del incidente en diversas ciudades españolas con una atención ininterrumpida las 24 horas los 365 días del año no son muchos. Se presentan a continuación algunos ejemplos de servicios que funcionan actualmente: SAMUR PC Madrid, Servicio de Emergencias Sociales de la Comunidad de Madrid, el Centro de Urgencias y Emergencias Sociales de Barcelona (CUESB), Servicio de Emergencias Sociales del Ayuntamiento de Sevilla (SES), SAMUR Social de la ciudad de Madrid, El Servicio Municipal de Urgencias Sociales (SMUS) del Ayuntamiento de Bilbao, Servicio de Urgencias Sociales del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz y el Servicio de Atención a Urgencias Sociales(SAUS) y Apoyo

y Colaboración en Emergencias de la ciudad de Valencia (Camús y Cortés, 2017; Castillo et al., 2024).

El SAMUR Social de Madrid está en funcionamiento desde junio de 2004 y es considerado en Europa como un modelo pionero. Además, este servicio ha sido extendido hasta la ciudad de Valencia con la creación del SAUS. El SAUS, que forma parte de los servicios del Ayuntamiento de Valencia, y tal y como el SAMUR Social, es un servicio que ofrece protección a los ciudadanos frente a las situaciones de emergencia social, ofreciendo una intervención psicosocial basada en las necesidades detectadas.

Este nuevo recurso en Valencia está diseñado para ser un servicio de acceso abierto para cualquier persona, y, además, tiene acceso directo desde el SAMU. Esto facilita una respuesta ágil y urgente a las emergencias sociales, como son los intentos de suicidio, el suicidio consumado o el apoyo para comunicar malas noticias entre otros, gracias a un árbol de decisiones integrado en la plataforma 112, que clasifica rápidamente el tipo de emergencia, como social. Para ello se requiere de un operador con experiencia en la identificación de las emergencias sociales y en la evaluación de estas de forma telefónica, activando de este modo el servicio SAUS. El SAMU tendrá acceso al SAUS directamente por vía telefónica por medio del CICU (Centro de Información y Coordinación de Urgencias). Por tanto, el SAUS trabajará siempre en estrecha coordinación con otros equipos de emergencia de la ciudad, siguiendo protocolos conjuntos, y requerirá de la presencia de trabajador social que tendrá un rol específico, junto con la función del psicólogo, quien debería de estar presente diariamente en el equipo. El trabajador social siempre se trasladará al sitio de la emergencia social acompañado del técnico de integración. Por su parte, el psicólogo acudirá a la escena cuando se precise su intervención, en general en situaciones que demanda apoyo psicosocial como: accidentes de tráfico, agresiones sexuales, intentos autolíticos, suicidios consumados, evaluación e intervención en ideación suicida o tentativas de suicidio, control psicológico durante intentos de suicidio en curso (Camús y Cortés, 2017).

Este trabajo tiene como propósito analizar y comprender el rol que desempeña la enfermera de emergencias extrahospitalarias ante los pacientes con conducta suicida, a través de una revisión sistemática de la literatura científica internacional; especialmente en España. Para ello, se identifican las principales intervenciones realizadas por los SEM en distintos contextos internacionales, se examinan modelos de atención conjunta en los que participa enfermería, y se describe el tipo de asistencia y abordaje específico que realiza estos colectivos en situaciones de crisis suicida.

2. METODOLOGÍA

El propósito de este trabajo es analizar y comprender el rol que desempeña la enfermera de emergencias extrahospitalarias ante los pacientes con conducta suicida, a través de una revisión sistemática de la literatura científica internacional.

El objetivo general de esta investigación es conocer el rol de la enfermera de emergencias extrahospitalarias ante los pacientes que presentan conducta suicida en las emergencias extrahospitalarias.

Los objetivos específicos de este estudio han sido:

1. Identificar las intervenciones realizadas por los SEM en diferentes contextos internacionales frente a la conducta suicida.
2. Conocer distintos modelos de atención coordinada que integran la actuación de enfermería en situaciones de conducta suicida en el ámbito extrahospitalario.
3. Describir el tipo de asistencia y el abordaje específico que realiza el personal de enfermería ante conductas suicidas en el entorno prehospitalario.

Y las preguntas de investigación:

1. ¿Qué intervenciones realizan los SEM en los diferentes contextos internacionales frente a la conducta suicida?
2. ¿Qué modelos de atención coordinada integran la actuación de enfermería en situaciones de conducta suicida en el ámbito extrahospitalario?
3. ¿Qué tipo de asistencia y abordaje específico realiza el personal de enfermería ante conductas suicidas en el entorno prehospitalario?

La presente revisión sistemática se ha realizado para cumplir con el objetivo ya mencionado. Para garantizar la exhaustividad y transparencia en el proceso, la revisión se realizó siguiendo las directrices de la declaración PRISMA.

Se formuló la pregunta de investigación mediante la metodología PICO para centrar la temática del estudio y realizar correctamente la búsqueda sobre evidencia científica. Una vez confeccionada la pregunta de investigación (¿Qué rol tiene enfermería en el manejo de pacientes con conducta suicida en emergencias extrahospitalarias?), la siguiente búsqueda se enfocará en dar respuesta a dicho interrogante. De esta forma, se consigue el objetivo principal del estudio, ya que deriva de esta pregunta que se detalla en la Tabla 1.

Tabla 1. Pregunta clínica estructurada por medio de formato PICO

Formulación de la pregunta PICO	
P	Pacientes con conducta suicida en emergencias extrahospitalarias
I	Intervenciones de enfermería en emergencias extrahospitalarias frente a la conducta suicida
C	-
O	Conocer el rol de enfermería

Fuente: Elaboración propia.

La búsqueda bibliográfica se realizó en seis bases de datos (PUBMED, EMBASE, DIALNET, CINAHL, ENFISPO, SCOPUS), utilizando los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeSC) y los Medical Subject Headings (MeSH), términos libres y operadores booleanos, tal y como queda reflejado en la Tabla 2.

Tabla 2. Términos DeSC y MeSH usados en las bases de datos

Palabra clave	DeSC	MeSH
Conducta suicida	Suicidio OR Suicidio completo OR Intento de suicidio	Suicide OR Completed Suicide OR Attempt Suicide
AND		
Emergencias extrahospitalarias	Servicios médicos de urgencia OR Emergencias prehospitalarias	Emergency Medical Services OR Prehospital Emergency Care
AND		
Intervención	Intervenciones	Intervention
AND		
Enfermería	Enfermería	Nursing

Fuente: Elaboración propia.

La estrategia de búsqueda y la combinación de términos se adaptó a cada base de datos según sus características. Esta estrategia según las diferentes bases de datos junto a sus resultados aplicando filtros queda presentada en la siguiente Tabla 3.

Tabla 3. Estrategia de búsqueda

BASES DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS
PUBMED	("Suicide" OR "suicidal behavior" OR "Completed suicide" OR "Attempt Suicide") AND	38
CINAHL	("Emergency Medical Services" OR "Prehospital Emergency Care") AND ("intervention*")	18
SCOPUS		38
EMBASE	("Suicide" OR "Completed suicide" OR "Attempt Suicide") AND ("Emergency Medical Services" OR "Prehospital Emergency Care") AND ("intervention*") AND ("nurs*")	292
DIALNET	("suicidio" OR "suicidio consumado" OR "intento de suicidio" OR "conducta suicida" OR "Ideas suicidas") AND ("Servicios de emergencia médicas" OR "atención prehospitalaria de urgencias" OR "extrahospitalaria")	9
ENFISPO		5

Fuente: Elaboración propia.

Según la cantidad de resultados aportados en las bases de datos, se aplicaron unos filtros u otros, o ninguno. En la base de datos PUBMED se empleó el texto completo y que los documentos hubiesen sido publicados entre 2019 hasta la actualidad (2025), en SCOPUS y EMBASE se filtró por años y por idioma (español o inglés). En lo referente a las bases de datos DIALNET y CINAHL tan sólo se tuvo en cuenta el texto completo, y en ENFISPO debido a la escasez de resultados se decidió no aplicar filtros.

Se establecieron los criterios de inclusión y exclusión antes de proceder a la selección de artículos.

Criterios de inclusión

1. Artículos escritos en los últimos 5 años, desde 2019 a la actualidad.
2. Idioma del artículo: inglés o español.
3. Artículos con texto completo gratuito.
4. Artículos que expongan la actuación de enfermería u otros profesionales en la atención a pacientes con conducta suicida en emergencias extrahospitalarias a nivel internacional.

Criterios de exclusión

1. Artículos escritos con anterioridad al año 2019.
2. Artículos que centren la actuación frente a la conducta suicida desde una atención en el ámbito hospitalario o ambulatorio.

Los artículos seleccionados fueron evaluados mediante las plantillas de Critical Appraisal Skills Programme-Español (CASPe) para estudios de cohortes, véase en la Tabla 4, (Cabello, 2005a) y revisiones sistemáticas, véase en la Tabla 5 (Cabello, 2005b).

Tabla 4. Plantilla CASPe para estudios de cohortes

Referencias y año	Preguntas										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
DeCou et al. 2021	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Every-Palmer et al. 2023	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Koster et al. 2024	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Frank et al. 2024	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Ferreira et al. 2019	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Nota. Para evaluar la calidad metodológica de los estudios de cohortes, las preguntas CASPe distinguen tres dimensiones: validez (preguntas del 1 al 5), resultados (preguntas 6 y 7) y aplicabilidad (preguntas del 8 al 11).

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5. Plantilla CASPe para revisión sistemática

Referencias y año	Preguntas									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Shaw et al. 2021	Sí	Sí	Sí	Si	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Shirzad et al. 2021	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Barroso 2019	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí

Nota. La evaluación de la calidad metodológica de las revisiones sistemáticas con las preguntas CASPe se plantea en tres dimensiones: validez (preguntas del 1 al 5), resultados (preguntas 6 y 7) y aplicabilidad (preguntas del 8 al 10).

Fuente: Elaboración propia.

3. RESULTADOS

Tras la búsqueda avanzada en las diferentes bases de datos científicas se obtuvieron un total de 400 artículos, aplicando los filtros (idioma: inglés o español, texto completo y la fecha de publicación) correspondientes en cada una de ellas. A través del gestor bibliográfico Mendeley se eliminaron 78 artículos duplicados, quedando 322. Posteriormente, tras la lectura de los títulos y resúmenes, se descartaron 307 artículos por no cumplir con los criterios de inclusión. De los 16 artículos seleccionados para lectura completa, se excluyeron 4 por no aportar información relevante para los objetivos del presente trabajo, 2 por centrarse en un nivel de atención hospitalario o ambulatorio y otros 2 por su tipología de estudio. Finalmente, y como se presenta en la Figura 1, se incluyeron 8 artículos para la realización de esta revisión, al cumplir con todos los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

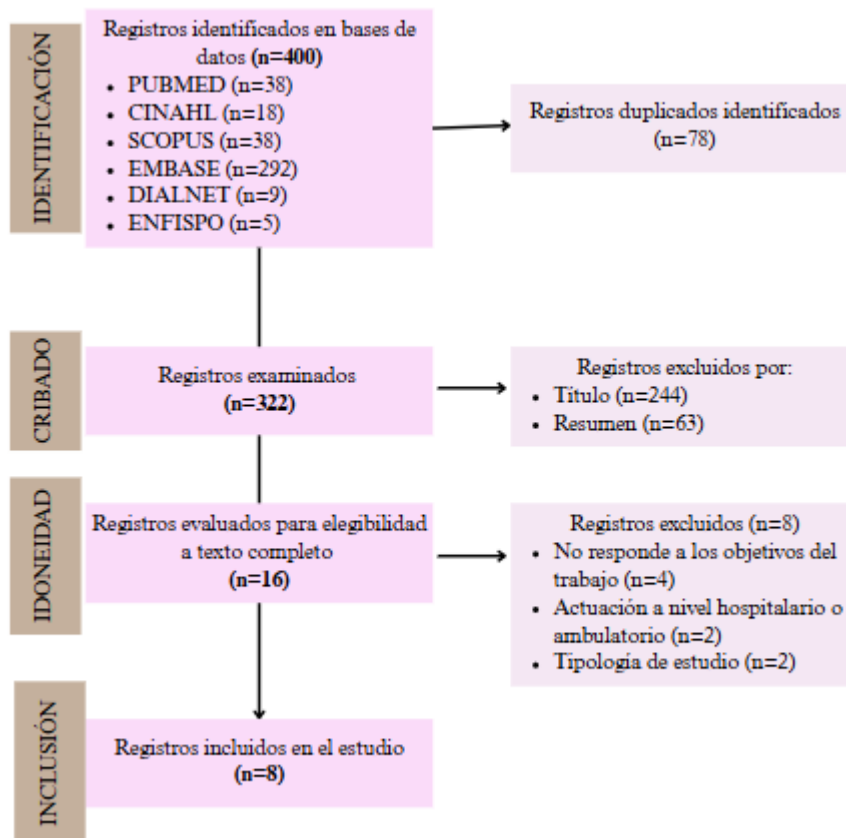


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA 2020

Fuente: Elaboración propia.

Tras seleccionar los artículos y valorar su calidad metodológica mediante la lista de comprobación CASPe, se exponen los artículos relacionados con las intervenciones de los SEM frente a la conducta suicida en el medio extrahospitalario:

El primer artículo es un estudio observacional retrospectivo y descriptivo realizado por DeCou et al. (2021), y que se centra en la evaluación de distintos protocolos de atención prehospitalaria en el estado de Washington, con el objetivo de identificar la presencia o ausencia de protocolos específicos frente al suicidio y la autolesión. Tras su revisión, se evidencia una escasa orientación de información dirigida a los SEM en cuanto a la evaluación y manejo de pacientes con conducta suicida.

La mayoría de los protocolos se enfocan principalmente en garantizar la seguridad del entorno (incluida la sujeción del paciente) y en el traslado a un centro hospitalario para la evaluación psiquiátrica. Únicamente un tercio de los condados contaba con protocolos específicos frente al suicidio o autolesiones, y no se encontró asociación entre la urbanización del condado y la existencia de dichos protocolos. Sólo algunos contemplan alternativas a la atención hospitalaria, entre ellas: dejar al paciente bajo el cuidado de un adulto responsable, seguimiento médico por contacto telefónico y el traslado a un centro de recuperación.

Las intervenciones específicas relacionadas con el suicidio únicamente fueron incluidas en unos pocos protocolos; aproximadamente la mitad de ellos se centra en la evaluación del riesgo, mientras que la otra mitad menciona signos o síntomas asociados. Cabe destacar que varios protocolos subrayan la importancia de brindar apoyo emocional y calma al paciente como parte esencial del abordaje, y que en la mayoría de los condados para asegurar la escena o ayudar en el tratamiento involuntario del paciente, se requiere la participación de las fuerzas del orden.

Por último, el artículo sugiere que podrían existir alternativas efectivas a la hospitalización mediante protocolos específicos de atención prehospitalaria dirigidos al suicidio o autolesión, los cuales deberían incluir herramientas capaces de evaluar el riesgo suicida basado en la evidencia, colaboración con profesionales de salud mental (como equipos móviles de crisis o servicios de salud móviles integrados), así como la derivación a recursos disponibles las 24 horas.

El segundo estudio, cuasiexperimental, llevado a cabo en Nueva Zelanda por Every-Palmer et al. (2023) desde el mes de marzo de 2020 hasta el mes de marzo de 2021, puso a prueba la respuesta conjunta de distintos organismos para lograr una gestión más rápida, integral y segura de las crisis de salud mental. Se analizaron y compararon las llamadas a emergencias relacionadas con la salud mental o crisis suicidas durante los días en que operaba el CRT y los días en que no.

Las llamadas se recibían a través del número de emergencias de Nueva Zelanda (111), y el Centro de Comunicaciones de la policía o del servicio de ambulancias determinaba a través del operador si se trataba de un caso de salud mental general o con riesgo suicida. En los casos pertinentes, la llamada era asignada al CRT, compuesto por un grupo multidisciplinario, y cuya unidad de respuesta móvil estaba formada por tres integrantes (un agente de policía uniformado, un paramédico también uniformado y un especialista en salud mental vestido de civil). Se analizaron 1273 llamadas de emergencias: 881 con CRT y 392 sin CRT. Los resultados mostraron beneficios evidentes de esta intervención coordinada: la mayoría de las crisis se resolvieron en el entorno comunitario (el 62,9% de las personas atendidas fueron en sus hogares) y luego el CRT organizó el seguimiento con los servicios de salud mental o el médico de cabecera, menos del 32% de los casos con CRT requirieron admisión a urgencias, frente al 45 % sin CRT, y a un mes del grupo CRT mostró menos hospitalizaciones psiquiátricas. Se redujo la necesidad de hospitalizaciones y se acortaron los tiempos de respuesta de los servicios de emergencia y disminuyeron las visitas recurrentes.

El tercer estudio es un estudio retrospectivo realizado por Koster et al. (2024) en los Países Bajos, que evaluó las habilidades, experiencia e intervenciones específicas que los P-HEMS pueden aportar al ámbito prehospitalario. El equipo está formado por un médico altamente especializado (en anestesia o cirugía traumatológica), una enfermera de vuelo y un piloto. Cuando la misión se encuentra a distancias cortas o hay condiciones meteorológicas adversas, utilizan un automóvil adecuadamente equipado. El estudio analizó 23878 activaciones del P-HEMS, de las cuales 259 fueron casos de intoxicaciones: 61,4% por drogas recreativas, 28,2% por intentos de suicidio y 10,4% accidentales. Además, se analizó casos que involucraron intoxicaciones severas (intentos autolíticos, intoxicaciones no intencionadas o por drogas selectivas) desde enero de 2013 hasta julio de 2020. Las intervenciones realizadas por el P-HEMS incluyeron: la intubación prehospitalaria (en 142 pacientes de 159 intubados, los otros restantes lo llevó a cabo un equipo de ambulancia), la reanimación cardiopulmonar (RCP); el uso de sedantes y

relajantes musculares frecuentemente empleados en pacientes intubados por P-HEMS, la administración de antidotos específicos (azul de metileno, nitrito de sodio, glucagón, bicarbonato de sodio, naloxona) y lavado gástrico. Se demostró que este equipo proporciona un abordaje más eficaz de la vía aérea, gracias a la formación del médico en técnicas de intubación y sedación, y permite la administración oportuna de antidotos en situaciones críticas. El P-HEMS proporciona habilidades avanzadas y equipamiento especializado que contemplan la atención estándar de ambulancias, mejorando el manejo prehospitalario de intoxicaciones graves.

El cuarto artículo, es un estudio retrospectivo realizado por Frank et al. (2024), con los datos de los servicios de emergencia en helicóptero en Dresde (Alemania), entre el 1 de enero de 2008 y el 31 de diciembre de 2020, que analizó detalladamente las circunstancias específicas que rodean las emergencias relacionadas con el suicidio o intento de suicidio en el contexto prehospitalario. Se estudiaron 277 misiones: 52 suicidios consumados, 183 intentos y 42 amenazas. Entre los 241 pacientes vivos, 101 fueron intubados y 25 reanimados. La sobredosis fue el método preferido por la mayoría, seguido de los saltos desde altura y el ahorcamiento. La mayoría de los casos se atendieron de noche, siendo los pacientes varones los más atendidos (edad mediana: 31,5 años). Al momento de la llegada del helicóptero, 24 pacientes fueron declarados fallecidos al no presentar signos vitales. De los que aún presentaban signos vitales, 36 requirieron intubación endotraqueal con ventilación mecánica y 18 maniobras de RCP. El estudio destaca la necesidad de registrar y analizar estos casos para mejorar la intervención, así como la importancia de formación específica para el personal de rescate en el manejo de conductas suicidas y el apoyo psicológico tanto para los familiares como para los equipos, dado el alto impacto emocional que generan estos casos. Se propone el enfoque BELLA como guía de actuación para establecer contacto con el paciente en 5 pasos (construir relaciones, entender la situación, aliviar y lidiar con el sufrimiento, involucrar a otros y actuar con un enfoque adecuado).

El quinto artículo, una revisión exploratoria llevada a cabo en el Reino Unido por Shaw et al. (2021), se centra en la asistencia de los SEM en casos de ahorcamiento, dado que sigue siendo el método más común de suicidio en ese país. Para los SEM, es crucial definir el ahorcamiento en función de si el paciente presenta o no paro cardíaco, para de esta manera llevar a cabo una intervención u otra. En ausencia de paro, se brinda atención según el estado clínico presente y se realiza evaluación psicológica para investigar las razones detrás del intento de ahorcamiento. En caso de paro, se deben aplicar los protocolos estándar de reanimación, considerando aspectos como la intencionalidad deliberada del acto, la posible ingesta de sustancias y la edad del paciente. Factores como la ausencia de RCP por testigos, una puntuación de 3 en la GCS, tiempo de ahorcamiento superior a 30 minutos, asistolia y pupilas dilatadas sin respuestas se asocian a un pronóstico desfavorable, mientras que el contacto con el suelo y un tiempo de suspensión menor a 5 minutos se relacionó con una mejor evolución. Se resalta la importancia de abordar correctamente la vía aérea (intubar se precisa debido a las lesiones de las estructuras anatómicas) y el debate sobre el uso del collarín (por las lesiones de las estructuras anatómicas). Se identificaron 16 estudios (mediana:53 pacientes) y se analizaron factores pronósticos específicos como tiempo de suspensión, RCP realizada por testigos, estado de coma y otros factores clínicos. El estudio también subraya la necesidad de que los profesionales sanitarios tengan habilidades en sedación y anestesia, y menciona que el impacto psicológico en testigos (familiares, amigos, vecinos, ...) y profesionales es un área que requiere mayor investigación. Se concluye que el ahorcamiento es extremadamente letal y requiere atención inmediata, destacando la necesidad de protocolos específicos y estudios que incluyan el impacto psicológico en equipos de emergencias y familiares.

El sexto artículo, realizado por Shirzad et al. (2021) y enfocado en Irán propone un protocolo para el manejo prehospitalario de pacientes, centrado en el rol de los técnicos sanitarios. Como en otros protocolos de emergencias psiquiátricas, los principios básicos incluyen: seguridad del paciente y del profesional, evaluación y diagnóstico del paciente, y manejo de este de forma farmacológica o conductual. La seguridad del paciente es el primer nivel de acción, se valora la escena, se detectan riesgos vitales como el acceso a armas u objetos peligrosos, se valora el nivel de riesgo junto con la identificación de síntomas de agresión inminente y se considera el apoyo adicional (presencia policial) y del entorno familiar si ayudan a construir un ambiente más seguro y estable. Luego, se analiza el historial clínico del paciente y la familia, así como el físico y psicológico. Si no ha habido intento de suicidio, se prioriza establecer una relación empática y respetuosa mediante la interacción verbal que es la base de la intervención, recurriendo a la medicación solo si fracasa la intervención conductual. Esta se basa en recomendaciones como presentarse, comunicarse con tono tranquilo y seguro, invitar al paciente a expresarse, reducir estímulos externos y evitar falsas promesas. Si ha habido intento de suicidio, se brinda atención médica inmediata: valorando los signos vitales, observando si estos son estables o no. Si el paciente está estable se traslada a un centro médico, pero si se encuentra inestable, se estabiliza y se transporta al centro más cercano. Todos son trasladados al hospital salvo aquellos con bajo riesgo que pueden ser controlados en el hogar por decisión del profesional de salud mental del hospital. En caso de que el paciente fallezca, se confirma el deceso con certeza, se notifica inmediatamente a la policía para que descarten la posibilidad de homicidio, y el técnico sanitario ofrece apoyo psicológico a los familiares desde la empatía y la calma, evitando críticas y aconsejando acudir a un psicólogo si lo necesitan o presentan síntomas de estrés agudo.

Finalmente, se analizan los artículos 7 y 8 centrados en el papel de la enfermería ante la conducta suicida en emergencias extrahospitalarias.

El séptimo artículo es un estudio cuantitativo transversal llevado a cabo por Ferreira et al. (2019) en Brasil durante el año 2014, en el que se analizaron las llamadas registradas por el personal de enfermería en 10 ambulancias de SVB. Se documentaron las características sociodemográficas y clínicas de las asistencias, y escasamente los signos y síntomas de los pacientes con comportamiento suicida en los registros de enfermería, aunque, las alteraciones psiquiátricas (como síntomas psicóticos, trastornos del estado de ánimo o del pensamiento) fueron las más registradas, seguidas de los casos que presentaban agitación psicomotora. El método más utilizado fue la intoxicación por medicamentos, seguido por lesiones con armas no letales, ahorcamiento, caídas, quemaduras y accidentes automovilísticos. Las intervenciones más habituales llevadas a cabo por el personal de enfermería, según los expedientes revisados, se orientaron al seguimiento de parámetros clínicos como la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la frecuencia respiratoria, la saturación de oxígeno, entre otros. Menos frecuentes fueron la medición de glucosa, contención mecánica, inmovilización cervical, desobstrucción de las vías aéreas, uso de férula y RCP. Los únicos procedimientos aplicados de forma generalizada fueron la monitorización de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca. No se pudo determinar si otros cuidados de enfermería fueron escasos o simplemente no fueron registrados de manera adecuada. El artículo subraya la escasa formación del personal de enfermería en el abordaje del comportamiento suicida, y cómo sus acciones tienden a centrarse en lo físico al no sentirse debidamente preparados para atender a personas en riesgo de suicidio.

El octavo artículo, una revisión bibliográfica realizada por Barroso (2019), analiza el abordaje de la conducta suicida por parte del personal de enfermería en el entorno extrahospitalario. Se resalta la necesidad de intervenir eficazmente para evitar la consumación del intento, mediante la evaluación de síntomas y la prevención la descompensación psicológica. Se destaca la rapidez de respuesta de los SEM y la importancia de una atención adecuada. El psicoterapeuta Alejandro Rocamora propone el modelo de intervención en crisis AFVA: acoger, focalizar el problema, valorar la gravedad y actuar, que consta de otras 5 fases. En la primera fase se asegura la escena; en la segunda, se realiza una valoración inicial de la persona, subrayando el papel fundamental de enfermería en la identificación del riesgo suicida y en la elaboración de planes de seguridad y cuidado. La tercera fase implica establecer contacto con la víctima a través de una comunicación verbal y no verbal adecuada. En esta etapa no se pretende convencer ni racionalizar con la víctima, sino ganar tiempo para facilitar la estabilización emocional. Se expresa la intención de ayuda, se realiza la presentación del profesional y se inicia un acercamiento respetuoso solicitando previamente permiso, y se evitan movimientos bruscos. En la cuarta fase se emplean herramientas básicas de comunicación interpersonal, entre las que destacan la empatía, la escucha activa, y el silencio como estrategias de contención emocional. Por último, en la fase de interacción verbal, se tiene en cuenta que, a mayor tiempo de conversación y desahogo, menor será la ansiedad y el malestar psicológico. Para ello se requieren técnicas como el parafraseo, y preguntas breves y directas en primera instancia, que luego permitan profundizar en el relato del paciente. Tras la intervención el paciente se traslada sedado en una UVI móvil a centro hospitalario o, si no está sedado, en SVB con vigilancia continua de un profesional.

4. DISCUSIÓN

Los resultados de esta revisión sistemática evidencian que, aunque la conducta suicida es una emergencia compleja y multifactorial que requiere atención especializada, su abordaje extrahospitalario sigue estando escasamente protocolizado, especialmente en lo que respecta al rol de enfermería. A pesar de ello, se pone de relieve el papel fundamental que esta desempeña en dicho contexto. La atención prehospitalaria ante pacientes con riesgo suicida se caracteriza por la diversidad de protocolos, niveles de formación y estructuras de intervención entre diversos países.

La presente revisión tuvo como objetivo identificar las intervenciones que llevaban a cabo los SEM en el ámbito extrahospitalario frente a la conducta suicida. Los resultados muestran que lo SEM carecen, en muchos casos, de protocolos específicos que orienten adecuadamente el manejo y evaluación de la conducta suicida, tal como refleja el estudio seleccionado de DeCou et al. (2021) en el estado de Washington. Las actuaciones descritas en los protocolos analizados se centran en garantizar la seguridad del entorno y trasladar al paciente al hospital. Esto coincide con los hallazgos de la revisión incluida en el estudio de Shirzad et al. (2021), donde se enfatiza que la primera acción ante estas situaciones debe de ser la evaluación de la zona para asegurar la seguridad del paciente y de terceros.

Además, el estudio observacional retrospectivo de DeCou et al. (2021), sugiere, entre otras cosas que, para evitar hospitalizaciones innecesarias, podrían promoverse la colaboración con profesionales de salud mental. Esta propuesta se vincula con el segundo objetivo específico de esta revisión sobre conocer los distintos modelos de atención coordinada que integran la actuación de enfermería en situaciones de conducta suicida en extrahospitalaria.

En este sentido, el estudio de Every-Palmer et al. (2023), que analiza el modelo colaborativo en Nueva Zelanda, constituye un ejemplo relevante. El CRT integrado por personal policial, paramédico y especialistas en salud mental, ha demostrado ser eficaz para resolver crisis en el entorno comunitario, reduciendo la necesidad de hospitalización y mejorando los tiempos de respuesta. Esta experiencia pone en valor la atención multidisciplinar, donde la enfermería puede desempeñar un rol proactivo como enlace entre lo sanitario y lo psicosocial. Este enfoque también se ve reflejado en el estudio cualitativo de Todorova et al. (2022), desarrollado en el sureste de Suecia. En él se destaca la coordinación entre la enfermera de urgencias prehospitalarias y la enfermera psiquiátrica especializada en la PAP, lo que permite obtener beneficios similares a los obtenidos por el modelo CRT: atención más precisa y segura al paciente gracias al acceso al historial clínico, mejora de la colaboración con la policía mediante vías de contacto más eficaces, y un entorno asistencial que favorece la confianza de pacientes y familiares. Estas intervenciones se corresponden directamente con el objetivo específico de esta revisión, al mostrar cómo la integración de enfermería en dispositivos coordinados potencia la respuesta sanitaria ante la conducta suicida. De forma similar, en España se han implementado procedimientos colaborativos que incorporan progresivamente el abordaje psicosocial en el ámbito extrahospitalario. Ejemplo de ello son el SAMUR-PC Madrid, que permite la activación de un psicólogo (Manual de Procedimientos SAMUR-Protección Civil, 2024), o el SAUS de Valencia, un recurso que cuenta con trabajador social y psicólogo y que es activado por el SAMU ante emergencias sociales como la conducta suicida (Camús y Cortés, 2017). Aunque el rol específico de enfermería no siempre se detalla en estos dispositivos, su presencia en equipos multidisciplinarios como estos resulta fundamental para garantizar una atención integral y humanizada en situaciones de alta vulnerabilidad.

En relación con el objetivo de identificar las intervenciones realizadas por los SEM en el ámbito extrahospitalario, los resultados de los artículos 3,4 y 5 (Frank et al., 2024; Koster et al., 2024; Shaw et al., 2021) incluidos en esta revisión concuerdan en señalar la importancia del abordaje adecuado de la

vía aérea (como la intubación endotraqueal) y la RCP en situaciones de conducta suicida especialmente en intoxicaciones y ahorcamientos, caídas de gran altura, heridas por arma blanca y disparos están menos analizados. El artículo 3, de Koster et al. (2024), centrado en intoxicaciones graves, destaca el papel del SEM en la administración de antidotos. A pesar de ello, se deduce que su participación en maniobras críticas es esencial en situaciones límites derivadas de intentos autolíticos, tal y como se menciona en la revisión bibliográfica de Maizquez (2023), que subraya la importancia de la intervención enfermera en casos de intoxicación por su capacidad en la identificación de signos y síntomas de la intoxicación y en la actuación de forma rápida, previniendo complicaciones graves.

Algunos estudios incluidos en esta revisión también resaltan la importancia de la evaluación psicológica de los pacientes, así como el apoyo emocional por parte de los SEM a la víctima y familiares. El estudio de DeCou et al. (2021) menciona que varios de los protocolos reconocen la importancia de calmar al paciente y de apoyarle emocionalmente, pero no profundiza en la intervención y evaluación psicológica, algo similar a lo observado en los estudios de Frank et al.(2024) y Shaw et al.(2021). En contraste, la revisión realizada por Shirzad et al.(2021) en Irán aporta un enfoque valioso y estructurado para la intervención psicológica en el ámbito prehospitalario ante la conducta suicida. Este protocolo asigna un rol claro a los técnicos sanitarios (equivalentes funcionales al personal de enfermería en algunos sistemas), incluye una secuencia lógica para la intervención, y en la esfera emocional reconoce la necesidad de establecer una relación empática con el paciente, involucrar a la familia y priorizar la estabilización emocional, convirtiéndose en una guía potencialmente replicable en otros contextos. Esta información coincide con lo reflejado en el algoritmo de atención presencial de la conducta suicida publicado por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco (Martín-Barrajón et al., 2024), que enfatiza la importancia de que los profesionales de los SEM presenten habilidades comunicativas y de establecer una relación empática basada en la interacción verbal, esencial en estos escenarios.

La actuación de los SEM variará en función del tipo de conducta suicida al que estén atendiendo, tal como se expone en los resultados de la revisión del estudio de Shirzad et al. (2021). Es decir, según se trate de un suicidio consumado, un plan o una ideación suicida, la intervención se enfocará más en lo físico (prima salvar la vida) o en lo psicológico, en consonancia con lo descrito en la revisión de Celada y Barrachina (2019).

En cuanto al objetivo general del estudio y al específico sobre el rol de enfermería, los resultados de los artículos 7 y 8 abordan específicamente esta cuestión. El artículo 7, un estudio cuantitativo transversal de Ferreira et al.(2019), muestra que el rol de enfermería queda limitado en muchas ocasiones a la monitorización de parámetros fisiológicos, observándose la ausencia de intervenciones psicológicas o contención emocional, así como una escasa documentación de los síntomas psiquiátricos. Este hallazgo se relaciona con la falta de formación específica sobre salud mental y suicidio entre los profesionales de enfermería, como también destaca la tesis doctoral de Pachecho (2016), donde se reconoce que no se puede afrontar de manera eficaz el suicidio sin la colaboración de los SEM, la formación adecuada del personal y el desarrollo de protocolos de actuación. Es esta línea, el estudio exploratorio cualitativo de tipo fenomenológico de Ripoll et al. (2021) plantea que la atención integral se logra gracias a protocolos y procedimientos conjuntos entre los distintos servicios de emergencias extrahospitalarias, lo que favorece una coordinación eficaz entre recursos sanitarios, psicológicos y sociales, optimizando tiempos y actuaciones.

Por el contrario, el artículo 8, una revisión española de Barroso (2019) pone de relieve el papel de la enfermería centrado en la actuación psicológica ante una crisis suicida y en la valoración del riesgo, a través del modelo AFVA. Este modelo promueve una comunicación empática y respetuosa, fomentando la expresión de preocupaciones por parte del paciente, evitando estresores y promesas falsas. Coincide en muchos aspectos con la actuación de los técnicos sanitarios en el estudio iraní de Shirzad et al. (2021). También se destacan la escucha activa y el silencio, como elementos esenciales para lograr la estabilización emocional del paciente.

En relación con el apoyo psicológico de enfermería a los familiares, no se han hallado estudios que respalden este rol de forma específica. Sin embargo, el protocolo iraní mencionado podría servir como referencia, ya que el técnico sanitario cumple funciones similares a las que realiza enfermería en otros países. Por tanto, se puede deducir que, ante un suicidio consumado, enfermería debe afrontar la situación con calma y empatía hacia el entorno cercano de la víctima, procurando su contención emocional y recomendando atención psicológica si es necesario.

Los resultados obtenidos en esta investigación visualizan la escasez de estudios sobre la atención psicosocial en emergencias extrahospitalarias relacionadas con la conducta suicida. En general, los estudios analizados se centran en la asistencia, en lugar de realizar un abordaje integral. Sin embargo, la atención integral aporta beneficios en la población, tanto en su salud como en su bienestar biopsicosocial a corto y largo plazo, como evidencia Ripoll et al. (2021). Por ello la enfermería, desde su enfoque holístico se posiciona como la profesión más capacitada para detectar emergencias psicosociales y activar los protocolos pertinentes para resolverlas de forma eficaz.

En conjunto los resultados subrayan una necesidad urgente de formación especializada, protocolos clínicos adaptados a la práctica enfermera, y una mayor integración de la salud mental en los servicios de emergencias extrahospitalarios. El fortalecimiento del rol de la enfermería en este contexto puede mejorar significativamente la respuesta sanitaria ante el suicidio, reducir el sufrimiento emocional y prevenir futuras crisis.

Este estudio presentó varias limitaciones. La primera de ellas es la escasa literatura existente sobre la actuación específica de enfermería ante la conducta suicida en el entorno de la emergencia extrahospitalaria. Esta limitación se debe, en gran medida, a que el abordaje de estos casos suele ser multidisciplinar y a las diferencias en el rol de enfermería según el sistema sanitario de cada país. Durante la búsqueda bibliográfica, se constató que la mayoría de los artículos disponibles se centraban en

intervenciones de soporte vital avanzado, priorizando el manejo físico del paciente (intubación, estabilización hemodinámica, administración de antidotos, etc.) frente a la atención psicológica o emocional en fases iniciales, sin integrar por tanto una atención biopsicosocial.

En este sentido, uno de los objetivos de esta revisión era identificar modelos de intervención que incluyeran una atención integral por parte del personal de enfermería en el entorno extrahospitalario, así como su papel en el afrontamiento con la familia y entorno de la víctima, como primer paso antes de la derivación al psiquiatra hospitalario. Sin embargo, esta dimensión fue escasamente abordada en los estudios encontrados, ya que la mayoría de los artículos se centraban exclusivamente en intervenciones clínicas orientadas al soporte vital.

Asimismo, debe considerarse la heterogeneidad metodológica y geográfica de los estudios incluidos, lo que dificulta la comparación directa entre resultados y limita la generalización de las conclusiones. Por otro lado, algunas de las investigaciones analizadas presentan bajo nivel de evidencia o se basan en muestras reducidas y diseños descriptivos o cualitativos. Finalmente, la revisión se limitó a artículos publicados en determinados idiomas y periodos temporales, así como aquellos con acceso al texto completo gratuito, lo que podría haber excluido investigaciones relevantes que abordaran con mayor profundidad el componente psicoemocional de la intervención enfermera en el ámbito extrahospitalario.

5. CONCLUSIONES

La atención extrahospitalaria ante la conducta suicida representa un desafío importante para los SEM, especialmente para el colectivo de enfermería, cuya labor se ve condicionada por la escasa presencia de protocolos específicos que guíen su intervención. La evidencia revisada muestra que, en la práctica actual, la participación enfermera se centra mayoritariamente en el manejo clínico del deterioro físico inmediato (como control de parámetros vitales y cuidados físicos), sin que exista una integración sistemática de intervenciones psicosociales o de acompañamiento emocional, tanto para el

paciente como para sus familiares. Además, se observa que la falta de formación específica en salud mental y suicidio entre el personal de enfermería prehospitalaria es una barrera para ofrecer una atención integral, empática y adaptada a las necesidades del paciente.

Los modelos colaborativos implementados en otros contextos internacionales, como los CRT en Nueva Zelanda o las PAP en Suecia, demuestran que la coordinación entre enfermería, profesionales de salud mental y cuerpos de seguridad mejora la atención y reduce hospitalizaciones innecesarias. No obstante, el rol de la enfermera aún no está claramente definido en estos dispositivos, lo que evidencia la necesidad de clarificar sus funciones dentro de estas estructuras interdisciplinarias.

Asimismo, se observa que las actuaciones más frecuentes por parte de los SEM ante la conducta suicida incluyen la garantía de seguridad y el traslado del paciente. Y en casos de intoxicación o ahorcamiento, se destacan el manejo de la vía aérea avanzada, la RCP y la administración de medicación.

En este ámbito, la incorporación de herramientas estructuradas de intervención en crisis, como el modelo AFVA, podrían mejorar la respuesta de enfermería, siempre que se implementen de forma adecuada dentro de los SEM. Además, la correcta identificación del tipo de conducta (ideación, plan o suicidio consumado) resulta esencial para orientar las estrategias de intervención tanto físicas como psicológicas.

En conjunto, los hallazgos de esta revisión señalan la urgencia de redefinir el papel de la enfermería en la atención extrahospitalaria ante la conducta suicida, avanzando hacia un modelo más holístico, que contemple no solo el abordaje físico del paciente, sino también la valoración del riesgo suicida mediante escalas validadas, la atención emocional y psicosocial del paciente y su derivación segura. Para ello, es imprescindible contar con protocolos específicos, formación continua en salud mental y un entorno organizacional que facilite la integración plena del enfoque enfermero en equipos interprofesionales.

6. CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

Conceptualización (MDHS, DCJ, NBV); Curación de datos (MDHS, DCJ, NBV); Análisis formal (MDHS, DCJ, NBV); Adquisición de fondos (MDHS, DCJ, NBV); Investigación (MDHS, DCJ, NBV); Metodología (MDHS, DCJ, NBV); Administración del proyecto (MDHS, DCJ, NBV); Recursos (MDHS, DCJ, NBV); Software (MDHS, DCJ, NBV); Supervisión (MDHS, DCJ, NBV); Validación (MDHS, DCJ, NBV); Visualización (MDHS, DCJ, NBV); Redacción como borrador inicia (MDHS, DCJ, NBV); Redacción como revisión y edición (MDHS, DCJ, NBV). Los porcentajes de las contribuciones son MDHS (33%), DCJ (33%) y NBV (33%). Todos los autores leyeron y aprobaron el manuscrito final.

7. REFERENCIAS

- Antón, M. (2023). Intervenciones enfermeras efectivas en el manejo extrahospitalario del paciente con ideación autolítica. Una revisión bibliográfica [Trabajo fin de grado, Universidad de Valladolid] *Facultad de Enfermería de Valladolid*.
- Antón, V., García, L., Fernández, P., Gómez de Segura, B., Guerra, R. y Pérez, M. (2021). Conducta suicida. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(11), 1-10.
- Arroyo, L. M., y Barea, J. M. (s. f). *Perfil del Paciente con Intento Autolítico y Actuación de Enfermería en los Servicios de Urgencias*. Manuscrito no publicado.
- Baños, J. (2022). Duelo por suicidio: ¿qué sucede después en la familia? *Rev. investig. Psicol*, 25(1), 159-70. <https://doi.org/10.15381/RINVP.V25I1.22287>.
- Barroso, S. (2019). Manejo enfermero del paciente con ideas suicidas en el ámbito extrahospitalario. *Revista Enfermería CyL*, 11(2), 1-8.
- Cabello, J.B. (2005a) Plantilla para ayudarte a entender estudios de cohortes. En CASPe (Ed.), *Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica*. (Cuaderno II, pp.23-27). CASPe.
- Cabello, J.B. (2005b) Plantilla para ayudarte a entender una revisión sistemática. En CASPe (Ed.), *Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica*. (Cuaderno I, pp.13-17). CASPe.

- Camús, D. y Cortés, J. I. (2017). Propuesta de un servicio de emergencias sociales de atención 24 horas los 365 días en la ciudad de Valencia. *Comunitaria: International Journal of Social Work and Social Sciences*, 13(13), 23-48. <https://doi.org/10.5944/comunitania.13.2>.
- Castillo, M., Camús, D. y Arroyo, A. (2024). Afectación psicológica de los profesionales de urgencias y emergencias extrahospitalarias ante la atención a la conducta suicida. *Ehquidad: International Welfare Policies and Social Work Journal*, 23,11-44.
- Celada, F. J. y Barrachina, J. M. (2019). *Atención e intervención al intento de suicidio en emergencias*. ResearchGate.
- DeCou, C. R., Huppert, T., Kume, K., Veras, P., Comtois, K. A. y Rea, T. (2021). Prehospital Patient Care Protocols for Suicidality in Washington State. *Prehospital Emergency Care*, 25(3), 432-37. <https://doi.org/10.1080/10903127.2020.1771489>
- Every-Palmer, S., Kim, A. H. M., Cloutman, L. y Kuehl, S. (2023). Police, ambulance and psychiatric co-response versus usual care for mental health and suicide emergency callouts: A quasi-experimental study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 57(4), 572-582.
- Ferreira, T. D. G., Vedana, K.G. G., do Amaral, L. C., Pereira, C. C. M., Zanetti, A. C. G., Miasso, A. I. y Borges, T. L. (2019). Assistance related to suicidal behavior at a mobile emergency service: Sociodemographic and clinical associated factors. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(2), 136-142. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.11.012>
- Frank, M. D., Heuschild, B., Abdelhafiz, O., Lewitzka, U., Braun, J., Braun, D. y Petrowski, K. (2024). Air Rescue Missions for Suicide: A Retrospective Analysis of a 12-Year Period From a German Rescue Helicopter Base. *Air Medical Journal*, 43, 535-543. <https://doi.org/10.1016/j.amj.2024.09.003>.
- Guerra, J., Lerma, A. y Haranburu, M. (2010). Técnicas psicológicas de rescate en intentos de suicidio. *Emergencias*, 22, 381-83.
- Juanós, E., Casanova, G., Moreno, A. R., Torrubia, E., Capera, J. y Mora, G. (2023). Actitudes y percepciones de las enfermeras hacia la conducta suicida: Revisión sistemática de estudios cualitativos. *Índex de Enfermeria*, 32(4). <https://doi.org/10.58807/indexenferm20236395>

- Koster, C. H., Verheul, R. F., Schober, P. y Schwarte, L. A. (2024). Prehospital Care of Severely Intoxicated Patients by a Dutch Physician-Staffed Helicopter Emergency Medical Services: A Retrospective Study. *Air Medical Journal*, 43(4), 308-312. <https://doi.org/10.1016/J.AMJ.2024.01.010>.
- Maizquez, I. (2023). *Papel enfermero en el intento de autolisis en el ámbito de las urgencias extrahospitalarias*. Universidad Europea de Valencia.
- Manual de Procedimientos SAMUR-Protección Civil. (2024). *Asistencia psicológica en conducta suicida (ideación, autolesiones, suicidio en curso y suicidio consumado)*.
- Martín, V. (2016). Conducta suicida. Protocolo de intervención. *Revista INFAD De Psicología*, 2(1), 233-250.
- Martín-Barrajón, P., Alba, B. y Delgado, R (2024). Intervención en crisis suicidas en los servicios de emergencias médicas. *Emergencias*, 36, 470-473. <https://doi.org/10.55633/s3me/054.2024>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024). *Suicidio*.
- Pacheco, T. y Robles, J. I. (2011). Emergencias extrahospitalarias: el paciente suicida. *Sanid. Mil.*, 67(4), 345-353. <https://doi.org/10.4321/S1887-85712011000500003>
- Pacheco, T. (2016). *Factores predictores de la conducta suicida y actuaciones preventivas en el ámbito extrahospitalario*. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología, Madrid.
- Pastor, N., Vargas, J. y Alarcón, Y. (2023). Reflexión sobre el impacto de la conducta suicida en el funcionamiento de las familias. *Tejidos Sociales*, 5(1), 1-16.
- Pérez, V. T. y Lorenzo, Z. (2004). Repercusión familiar del comportamiento suicida. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 20(5-6).
- Ripoll, L., Camús, D. y Ballesta, M. (2021). Atención integral en urgencias y emergencias extrahospitalarias en València. *Ehquidad. International Welfare Policies and Social Work Journal*, 15, 161-192. <https://doi.org/10.15257/ehquidad.2021.0007>
- Shaw, G., Thompson, L. y McClelland, G. (2021). Hangings attended by emergency medical services: a scoping review. *British paramedic journal*, 5(4), 40-48. <https://doi.org/10.29045/14784726.2021.3.5.4.40>.

- Shirzad, F., Gholamzad, S., Shafiee, M. y Shariat, S. V. (2021). Development of a pre-hospital emergencies protocol for the management of suicidal patients in Iran. *BMC Emergency Medicine*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/S12873-021-00437-Z>
- Todorova, L., Johansson, A. y Ivarsson, B. (2022). A prehospital emergency psychiatric unit in an ambulance care service from the perspective of Prehospital Emergency Nurses: A qualitative Study. *Healthcare*, 10(1), 50. <https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE10010050>