



**Facultad de Psicología**

**Carrera de Psicología Clínica**

**Lugares elegidos para cometer suicidio en América latina**

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Licenciada  
en Psicología Clínica

Autor:

**Estefanny Michelle Arias Pesantez**

Directora:

**Ana Lucía Pacurucu Pacurucu PhD.**

**Cuenca - Ecuador**

**2026**

### **Dedicatoria**

A mi padre, pues en él se reflejan todos los esfuerzos que han hecho posible este camino.

Su constancia, sacrificio y su amor incondicional han sido el motor que me impulsó a seguir adelante, y porque sus ojos cansados de cada lucha por verme feliz y triunfando, merecen esta recompensa.

A mi madre, por ser la primera en creer en mí y por su apoyo, amor y complicidad inquebrantable en cada etapa de mi vida, por sostenerme en los momentos más difíciles, por escucharme y brindarme siempre lo mejor. A ambos, les expreso mi profundo amor. Asimismo, me dedico este logro, por haber tenido el valor de perseguir mis sueños, por no rendirme ante las dificultades y por atreverme a recorrer un camino que hace años atrás parecía difícil. Hoy al mirar atrás, reconozco el crecimiento, fortaleza y determinación que me permitieron llegar hasta aquí.

### **Agradecimiento**

Agradezco, a Dios, por ser mi guía y fuente de fortaleza a lo largo de este proceso, permitiéndome alcanzar esta meta.

A mis padres, por su apoyo brindándome siempre la oportunidad de formarme académicamente, sin importar los esfuerzos. Su confianza y dedicación han sido fundamentales para la culminación de este logro. A mis hermanos por ser mi fuente de motivación, alegría, aprendizaje y por contribuir en mi crecimiento personal.

A mis abuelos, por brindarme su apoyo en el trabajo y ser mis segundos padres. A Anita, Fabricio y Fernanda, por su orientación y acompañamiento durante este proceso, los cuales fueron esenciales para mi formación y desarrollo académico.

Finalmente, a Ariana, Simone, Paula, quienes desde primer ciclo han estado a mi lado, gracias por su ayuda, palabras, por escucharme, aconsejarme y por cada sonrisa que hizo este camino más fácil.

## Resumen

El suicidio constituye un problema de salud pública donde las tasas van en aumento, específicamente en América Latina. A pesar de los avances en la comprensión de los factores de riesgo y protección, factores psicológicos, sociales y epidemiológicos; aun se ha presentado escasa atención al papel que desempeñan los lugares elegidos para llevar a cabo este acto. Por ello, el presente estudio tiene como objetivo identificar los lugares elegidos para cometer suicidio en América Latina, considerando variables como el género, edad, métodos utilizados y tendencias expuestas por los medios de comunicación. Esta investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, de tipo descriptivo, mediante una revisión bibliográfica sistematizada, basada en el modelo PRISMA 2020. Los principales resultados encontrados señalan que los lugares mayoritariamente elegidos para cometer suicidio son los domicilios y los puentes, observando un patrón significativo en el género masculino y un patrón recurrente en los jóvenes-adultos (15-29 años) de América Latina. Finalmente, se encontró que los espacios públicos en América Latina, no cuentan con la implementación de estrategias de prevención focalizadas a escenarios de alto riesgo que han sido usadas en otros contextos.

*Palabras clave:* suicidio, lugares, escenarios, América Latina, prevención

### **Abstract**

Suicide constitutes a public health problem where rates are increasing, specifically in Latin America. Despite advances in the understanding of risk and protective factors, psychological, social, and epidemiological factors; little attention has still been paid to the role played by the places chosen to carry out this act. Therefore, the present study aims to identify the places chosen to commit suicide in Latin America, considering variables such as gender, age, methods used, and trends exposed by the media. This research was developed under a qualitative approach, of a descriptive type, through a systematized bibliographic review, based on the PRISMA 2020 model. The main results found indicate that the places mostly chosen to commit suicide are homes and bridges, observing a significant pattern in the male gender and a recurrent pattern in young adults (15-29 years old) in Latin America. Finally, it was found that public spaces in Latin America do not have the implementation of prevention strategies focused on high-risk scenarios that have been used in other contexts.

*Keywords:* suicide, places, scenarios, Latin America, prevention

## Contenido

Resumen .....	4
Abstract.....	5
Introducción.....	9
Capítulo 1 .....	11
Suicidio.....	11
Conducta Suicida .....	11
Teorías psicológicas del suicidio .....	12
Psicogénesis de la vivencia suicida.....	14
<i>Fase de consideración</i> .....	15
<i>Fase de ambivalencia</i> .....	15
<i>Fase de decisión</i> .....	15
Manifestaciones de la conducta suicida.....	15
Componentes de la conducta suicida .....	16
Factores de riesgo .....	16
<i>Los factores distribuidos en diferentes ámbitos:</i> .....	17
Factores protectores .....	18
Fenómeno sociodemográfico en Latino América .....	19
Dimensiones de género .....	21
Construcción social y estereotipos del suicidio .....	22
Métodos y lugares.....	23
Contextos urbanos y rurales.....	25
Carácter simbólico .....	26
Influencia del entorno .....	27

Capítulo 2 .....	29
Metodología.....	29
Tipo de investigación.....	29
Objetivo general.....	29
Objetivos específicos .....	29
Criterios de elegibilidad.....	30
<i>Criterios de inclusión</i> .....	30
<i>Criterios de exclusión</i> .....	30
Estrategia de búsqueda.....	30
Procesos y selección de estudios.....	32
Capítulo 3 .....	34
Resultados.....	34
Puentes .....	36
Domicilio .....	37
Barrera en puentes .....	43
Intervención estructural en acantilados.....	45
Discusión .....	46
Conclusión .....	49
Limitaciones .....	51
Recomendaciones .....	51
Referencias bibliográficas .....	52

**Índice de tablas y figuras**

Figura 1 .....	34
Tabla 1 .....	36
Tabla 2 .....	37
Tabla 3 .....	41

## **Introducción**

En la actualidad, a nivel mundial el suicidio se constituye como uno de los principales problemas de salud pública rodeado de estigmas, mitos, miedos y tabúes; esto es debido a su creciente impacto en diferentes grupos y contextos socioculturales. Según registros internacionales, cada año más de 720.000 personas fallecen por suicidio evidenciando la magnitud del problema. La organización Panamericana de la Salud (2023), muestra que en la región de las Américas es la única en el mundo que desde el año 2000 se han incrementado los casos de suicidio, donde la tasa promedio es de nueve casos por cada cien mil habitantes. Al observar estas cifras, se evidencia una problemática creciente en América, sumándole que diversos factores de riesgo, son los que influyen en la vulnerabilidad de las personas de tener una conducta suicida.

Distintas investigaciones se han centrado en variables como los trastornos mentales, riesgos psicológicos y factores sociodemográficos, si bien estos elementos son importantes para comprender el suicidio, se puede evidenciar que se ha prestado menor atención a otros aspectos también importantes que pueden intervenir en la conducta suicida. Uno de estos es el lugar o escenario donde se comete el suicidio, elemento que puede estar influenciado por características sociales, culturales, simbólicas y ambientales que pueden determinar dicha conducta. En América Latina, las investigaciones sobre los lugares elegidos para cometer suicidio continúan siendo limitadas a comparación con otras partes del mundo; varios estudios se centran en factores epidemiológicos, métodos utilizados, variables sociodemográficas, dejando de lado el análisis del entorno físico donde ocurren estos actos, que dificultan la comprensión del suicidio.

La presente investigación bibliográfica busca contribuir al conocimiento científico sobre el suicidio analizando los lugares elegidos para cometer dicho acto, es por esto que se

plantea la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los lugares elegidos para cometer suicidio en América Latina? Además, el documento se estructura en tres capítulos principales que permiten abordar el fenómeno del suicidio. El primer capítulo, presenta el marco teórico donde se revisan los conceptos, componentes, teorías, factores de riesgo, factores protectores, fenómenos sociodemográficos, métodos, diferencias de género y la influencia del entorno. El segundo capítulo describe la metodología empleada como el tipo de investigación, criterios de selección, estrategias de búsqueda, procesos de selección y las directrices del método PRISMA 2020. El tercer capítulo, expone los resultados de la investigación; en este apartado se identifican los principales lugares, tales como puentes y domicilios; características como el género, edad, y se describe los sistemas de prevención empleados en otros países fuera de América Latina. Esta investigación se realiza con el fin de identificar los lugares encontrados en la literatura y reflexionar sobre la importancia de considerar el entorno físico para la prevención del suicidio.

## **Capítulo 1**

### **Suicidio**

El suicidio es definido como un acto deliberado que termina con la propia vida, según la Organización Mundial de la Salud, demostrando un grave problema de salud pública debido a que cada año aproximadamente más de 720 000 personas fallecen con dicho acto. Existen varios puntos de vulnerabilidad, sin embargo, hasta 2021 se ha registrado que el suicidio es la tercera causa de muerte entre las personas de 15 a 29 años; siendo un problema que afecta en todas las partes del mundo por múltiples factores tales como sociales, culturales, biológicos, ambientales a lo largo de la vida (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025).

En diversas regiones del mundo existe una reducción de mortalidad por suicidio, sin embargo, en América, desde el año 2000 las tasas de suicidio han ido en aumento registrando un 17% de suicidios, alcanzando cerca de 100.000 fallecimientos en el 2021. Esto indica que el suicidio trae consecuencias a nivel individual, familiar y social. Asimismo, la OPS, indica que el 20% de los países con mayores tasas de mortalidad se encuentran en la región americana, como Guyana (40,8), Surinam (25,9), Uruguay (18,8), Estados Unidos (14,5), Haití (11,2), Canadá (10,3) y Cuba (10,2). Además, los hombres representan una elevada tasa con el 79% de casos, no obstante, las mujeres también han ido en aumento, aunque en menor proporción; es por esto que es primordial abordar según distintas variables el aumento de mortalidad en ambos sexos (OPS | Organización Panamericana de la Salud, 2025).

#### **Conducta Suicida**

Desde un enfoque biomédico, el suicidio se suele entender como un síntoma producto de una enfermedad, lo que conduce a perder de vista su esencia intencional. Como

señaló Jaspers (1959), el suicidio no es para la depresión lo que la fiebre es para la infección, cuestionando las explicaciones puramente diagnósticas centradas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en inglés) o el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (Allsopp et al., 2019).

Existe una idea central sobre el suicidio presente en la definición clásica de Durkheim (2004), quien lo describía como toda muerte resultante de un acto realizado por la propia víctima con conocimiento del resultado fatal (Neira, 2018). Desde esta perspectiva la comprensión del suicidio requiere considerar tres elementos que interactúan entre sí: la intención, el acto y el resultado.

La intención es la voluntad deliberada y consciente del individuo de provocarse la muerte, elemento central para diferenciar el suicidio de otras conductas. El acto corresponde a la conducta concreta mediante la cual la persona intenta causarse daño tal como señalaba Durkheim (2004), es una acción ejecutada por la propia víctima sabiendo que podría producir un desenlace fatal, se presenta en formas directas, planificadas, impulsivas o encubiertas. Finalmente, el resultado se refiere a la consecuencia del acto, que puede culminar en la muerte (suicidio consumado) o en la supervivencia (intento de suicidio), incluyendo situaciones donde el desenlace difiere de la intención inicial. Estos tres componentes nos permiten diferenciar y clasificar las conductas suicidas, comprender su complejidad y delimitar fenómenos relacionados, como los intentos fallidos o las muertes accidentales que se asemejan al suicidio (García et al., 2019).

### **Teorías psicológicas del suicidio**

Teoría psicológica interpersonal propuesta por Thomas Joiner (2005), es un modelo sobre el mecanismo por el cual una persona pasa de una ideación suicida a la conducta suicida, plantea que las personas que mueren por suicidio es por el deseo de morir y la

capacidad adquirida para hacerlo; este deseo surge con dos experiencias interpersonales, la percepción de ser una carga para los demás y la pertenencia no lograda que se refiere a una vivencia persistente de desconexión social y la falta de vínculos. Esta interacción entre experiencias aumenta la probabilidad de una ideación suicida, no obstante, la persona no solo debe tener el deseo, sino que haya podido ir desarrollando la disminución del miedo a la muerte y la tolerancia al dolor físico.

Asimismo, se asocia con dos variables; la desesperanza que actúa como mediadora entre la ideación pasiva donde se muestran los deseos, contemplaciones, ideas activas que abarcan la planificación, el pensamiento suicida donde se intensifica el acto; y la otra variable es la impulsividad donde las conductas impulsivas incluyen experiencias dolorosas que llevan al sufrimiento reduciendo ese temor a la muerte. Esta teoría es una explicación integradora de lo personal y cómo actúan frente al deseo y capacidad de querer morir (Trejo, 2023).

La teoría del apoyo social, donde las relaciones interpersonales y el apoyo emocional funcionan como factores protectores ante el suicidio, esto resulta beneficioso para cualquier persona debido a que con una red de apoyo sólida se puede obtener más recursos para poder afrontar situaciones de estrés o crisis emocionales que atraviesen a lo largo de su vida, reduciendo los sentimientos de soledad y desesperanza, de igual forma el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979), plantea que el comportamiento humano se ve influenciado por diversos niveles del entorno que permite defender la idea donde la marginación, discriminación o falta de cohesión social aumenta el riesgo suicida (Gascón, 2025).

La teoría de la autodeterminación propuesta por Ryan y Deci, (1980) es un enfoque psicológico que explica la motivación humana, donde el bienestar psicológico depende de

la satisfacción de las tres necesidades básicas como la autonomía (sentirse responsable de las propias necesidades), la competencia (percibirse eficaz) y la conexión social (sentirse conectado con otros); estas necesidades favorecen la motivación intrínseca, la autorregulación y el bienestar, mientras que la falta de estas necesidades genera sentimientos de frustración, desesperanza y pérdida de sentido a la vida.

Desde una perspectiva psicoanalítica, el suicidio se comprende como un conflicto intrapsíquico donde la pérdida real o imaginaria de un objeto genera un duelo transformándose en melancolía, culpa y auto desvalorización, donde el superyó actúa como castigador para poder atacar al yo. “En más allá del principio del placer”, Freud, explica como la pulsión de muerte predomina en el suicidio, dándose un homicidio invertido, donde el impulso hostil hacia el otro se internaliza y se ejecuta contra sí mismo (Bedout, 2008).

En la teoría cognitiva, el suicidio se basa en patrones de pensamiento disfuncionales y esquemas cognitivos negativos que desorganiza la manera en que el individuo percibe la realidad, esta ideación suicida se fundamenta en la triada cognitiva donde la visión de sí mismos, del mundo y del futuro es negativa, además, se intensifica con los pensamientos automáticos como la inutilidad, culpa y percepción de ser una carga; aumentando así la desesperanza siendo un punto central para la ideación suicida. Asimismo, la rigidez cognitiva y dificultades en la resolución de problemas reducen las alternativas para poder afrontar y poder encontrar una salida a los conflictos llevándolos al suicidio (García y Bahamón, 2017).

### **Psicogénesis de la vivencia suicida**

El suicidio tiene un origen y desarrollo donde no es solo un fenómeno aislado de la personalidad o contexto socio familiar, sino que está relacionado con diferentes

acontecimientos externos como internos. Polginger (1993, como se citó en Echávarri, 2010), nos describe 3 fases donde las personas observan la posibilidad de quitarse la vida:

#### *Fase de consideración*

La persona empieza a ver al suicidio como una forma de salida frente a situaciones que le están generando malestar, angustia o dolor; además se ha observado que la exposición a medios escritos y audiovisuales son los que impulsan a las personas a seguir esta lógica “si otros lo hacen yo también podría”.

#### *Fase de ambivalencia*

Se refleja el conflicto entre las tendencias destructivas y constructivas internas; por un lado, el suicidio no se rechaza y por el otro se duda los “beneficios”, también se habla en esta fase que la duración puede variar e incluso en algunas personas impulsivas no aparece; es fundamental reconocer esta fase en centros de crisis debido a que puede generar oportunidades para promover alternativas y así poder frenar la conducta autodestructiva.

#### *Fase de decisión*

En esta fase, la persona cuenta con un plan de cómo realizar el suicidio, empiezan a existir señales de forma indirecta sobre las intenciones o autolesiones de la persona y mientras más específicos son los detalles el nivel de riesgo aumenta.

### **Manifestaciones de la conducta suicida**

Las conductas relacionadas con el suicidio deben entenderse como un continuo que va desde comportamientos de menor gravedad hasta los más letales, donde cada acción puede anticipar la probabilidad de conductas posteriores más peligrosas.

El parasuicidio o intento suicida, entendido como la simulación del suicidio sin intención real de morir ni intentos previos, implica una amenaza para su vida sin intervención de terceros (OMS, 2018).

Las ideas o ideación suicida, corresponden a los pensamientos sobre como quitarse la vida, con o sin planificación o método. La persona manifiesta el deseo de suicidarse (Caño y Carmona, 2018).

Autolesiones no suicidas, son daños deliberados como cortes o quemaduras que no buscan la muerte y que suelen estar asociados a angustia extrema; desde el DSM-5 se reconocen como un trastorno específico conforme aumenta la gravedad.

El suicidio consumado, cuando la conducta finalmente produce la muerte (Aguilar, 2018).

### **Componentes de la conducta suicida**

La conducta suicida interviene en tres niveles fundamentales: primero es el ámbito emocional donde las personas experimentan un sufrimiento que la desborda, asociándose a depresión, angustia, soledad o situaciones dolorosas. El segundo es el ámbito conductual, evidenciándose la falta de recursos psicológicos para afrontar ese malestar, reflejándose diferentes conductas disruptivas que incluso puede ser la realización de tentativas y parasuicidios como forma de enfrentarse a la situación. El tercero es el ámbito cognitivo donde aparece una desesperanza profunda que lleva a ver la muerte como la única salida, junto a la ideación suicida, expresada de forma de amenaza mediante los pensamientos persistentes de muerte o acabar con su vida (Echeburúa, 2015).

### **Factores de riesgo**

El suicidio es un fenómeno multidimensional debido a que involucra diferentes factores biológicos, psicológicos, sociales e incluso culturales que interactúan entre sí a lo largo del ciclo vital, afectando a diferentes grupos etarios, incluyendo niños, adolescentes, adultos y adultos mayores; generando un gran impacto a nivel personal, familiar o social. Estos factores de riesgo también se clasifican en:

Factores fijos que corresponden a elementos que se ven alterados de manera significativa mediante alguna intervención, como los antecedentes de intento suicida, factores genéticos, género, edad, etnia, estado civil, situación socioeconómica y orientación sexual. Y los factores modificables que se asocia para llevar a cabo el suicidio, interrupción de tratamientos médicos, aislamiento social, coexistencia de enfermedades crónicas e incluso trastornos mentales que derivan al cometer suicidio (Gutiérrez et al., 2006).

*Los factores distribuidos en diferentes ámbitos:*

Ámbito individual donde destacan los trastornos mentales como son la depresión y trastorno bipolar acompañados de sentimientos de desesperanza, representando una mayor proporción de suicidios alcanzando al menos 80% de casos; los trastornos adictivos son un factor elevado, especialmente en etapas avanzadas cuando existe alta impulsividad, acompañada de otros trastornos sin alternativas de solución; los trastornos psicóticos entre el 25% y 50% con este diagnóstico pueden intentar suicidarse, debido a influencia de las alucinaciones o ideas delirantes; el trastorno límite de la personalidad, marcado por la impulsividad y elevada inestabilidad emocional, se asocia de forma significativa con los intentos y el 10% llegan a consumar el suicidio, finalmente encontramos trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia, vinculada con el suicidio, en especial las mujeres en fases avanzadas (Echeburúa, 2015).

Según un estudio realizado por López (2019), en el hospital de Jujuy, Argentina, se analizaron 481 casos de intentos suicidas, para evaluar como los factores psicopatológicos son un riesgo en el intento suicida previo, dando como resultado que el 19,54% presentaba intentos previos y el 28,07% tenía diagnóstico de trastorno mental, predominando los trastornos del estado de ánimo y relacionados con sustancias; mientras el 71,93% no tenían

un diagnóstico de trastorno mental lo cual la presencia psicopatológica no se puede atribuir exclusivamente a la existencia de un trastorno.

Ámbito familiar donde el riesgo aumenta con la presencia de conflictos, desorganización, antecedentes de conductas suicidas, trastornos mentales en la familia, situaciones de violencia, abuso, separación de los seres queridos, bajo nivel socioeconómico, falta de comunicación, negligencia o falta del cuidado por parte de la familia (García, 2024).

Ámbito comunitario, el riesgo se relaciona con el deterioro socioeconómico de la comunidad, la escasa ayuda y falta de servicios relacionados con la salud y educación, limitan a la población que tenga una mejor condición de vida, con una alta incidencia de buscar otras alternativas de terminar con su vida (Corona et al., 2016).

Según Gutiérrez (2023), escoger el suicidio no tiene una causa única, sino que abarca varios factores haciéndolo un fenómeno multidimensional cargada de experiencias emocionales, cognitivas y relacionales que simplemente aceleran el paso de la ideación. Se destaca que existe tres elementos que atraviesa la persona:

1. La elaboración progresiva de la idea suicida asociada a diferentes contextos.
2. Llegada de la frustración y agotamiento psicológico donde a veces los problemas lo ven sin solución y aparece el suicidio como el único escape frente al sufrimiento.
3. Se ven como el problema surgiendo la minusvalía personal, las distorsiones empiezan pensando que su ausencia podría ser mejor para los demás.

### **Factores protectores**

Existen diferentes factores protectores que nos ayudan a disminuir el riesgo de un trastorno mental o una conducta suicida. A nivel individual se necesita un buen estado de

salud, hábitos saludables, buena nutrición, autoestima, optimismo, metas claras con un proyecto de vida; a nivel familiar se necesita un núcleo familiar estable, un grupo de apoyo emocional, comunicación adecuada; y a nivel comunitario se necesita oportunidades educativas, laborales, apoyo social, actividades recreativas y deportivas; finalmente en el nivel institucional donde el apoyo de instituciones comprometidas con la promoción de la salud mental ayude de forma significativa a la prevención del suicidio (Corona et al., 2016).

### **Fenómeno sociodemográfico en Latino América**

Según un estudio epidemiológico del Ecuador, se estima que entre el año 2019 a 2023 se registraron 5.468 muertes por suicidio, con una tasa promedio de 6,71 por cada 100.000 habitantes utilizando datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC). El grupo más afectado corresponde a los hombres con el 78,05% a comparación de las mujeres que se muestra una desigualdad marcada debido a que ellas representan el 21,95%; el grupo de adultos entre 20 y 64 años representa el pico más alto con el 70,25%, seguido por los adolescentes de 10 a 19 años con el 21,10%; la población infantil con el 1,35% y los adultos mayores con el 7,30% representando una menor tasa de muerte por suicidio (Cañarte y Alvarado, 2025).

Para Colombia, un estudio durante el 2023 se evidencia una alta tasa de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes entre los 15 a 29 años siendo el más afectado, le sigue la edad de 30 y 49; mientras que los adultos mayores de 60 años presentan las tasas más bajas, no obstante, mantienen cierto riesgo; además se reportaron 1810 muertes por suicidio que alcanzó el 15,73% y más de 30.021 intentos suicidas en el país por el sistema nacional de vigilancia en salud pública (Polo et al., 2023).

Según el estudio sociodemográfico de Guevara (2024), en Perú se estimó un total de 3666 muertes por suicidio correspondiente al 2021, el grupo etario con más prevalencia es

entre 18 a 39 años que representa el 67,5% de los casos; en hombres el suicidio fue más elevado con un 21,2% a comparación de las mujeres que es más bajo con un 13,4%.

Paraguay tiene como principal causa de muerte el suicidio, en el 2020 se registró 500 muertes, estas cifras se comparó desde el año 2008 donde el suicidio incremento un 218% reflejando una tasa alarmante. El grupo etario más afectado son los jóvenes entre los 15 a 34 años con el 57% de suicidios, siendo los varones con una tasa alta más significativa que las mujeres (Estigarribia, 2021).

La tasa de suicidio en Uruguay se ha vuelto preocupante debido a que hasta 2021 existió una alta incidencia superando los 21.39 casos por cada 100.000 habitantes, en Uruguay varia la edad a comparación de los otros países debido a que las tasas más altas no son en jóvenes sino en adultos mayores de 65 años o más, no obstante, se ha ido incrementando de manera significativa personas entre 25 a 29, 35 a 39 y 85 a 89 años de edad; el género más representativo sigue siendo mayor en los hombres de 36.38 por cada 100.000 habitantes mostrando una marcada disparidad frente a las mujeres con una tasa de 7.29 (Monza y Cracco, 2023).

En Chile existe un evidente patrón entre 1977 y 2018, donde la conducta suicida afecta de manera desproporcionada a los hombres, quienes muestran tasas de mortalidad 5 veces más a comparación de las mujeres; siendo el grupo con mayor riesgo los hombres de 60 años registrando las tasas más elevadas sin ningún cambio; existe una gran diferencia con el grupo de adolescentes y jóvenes debido a que en esta población va en descenso dando como evidencia que los factores sociodemográficos como el género, envejecimiento, aislamiento social, incluso los factores estructurales como las condiciones laborales, crisis económicas contribuyen a que se mantengan o aumenten las tasas en grupos poblacionales específicos (Vidal et al., 2021).

Entre el periodo 2015-2018 los datos del suicidio en Venezuela evidencian una clara predominancia en el género masculino con un 80% de muertes por suicidio a comparación de las mujeres que es mucho menor sin aumento ni disminución; con respecto a la edad, los adultos jóvenes y adultos en edad proactiva entre 20 a 49 años constituyen el grupo con mayor número de suicidios. Este patrón se asocia a diferentes factores como sociales, económicos, etapas del ciclo vital mostrándose en un contexto de vulnerabilidad social (Páez, 2021).

### **Dimensiones de género**

En la región andina por cada muerte por suicidio se estima que hay alrededor de ocho intentos, una proporción considerablemente mayor en mujeres, quienes presentan 4.8 veces más que los hombres. No obstante, las tasas de mortalidad muestran un patrón inverso: donde los hombres registran una mortalidad más alta, aproximadamente de 3,7 fallecimientos masculinos por cada muerte femenina en 2021. Aunque la mortalidad continúa siendo mayor en ellos, entre 2000 y 2021 el incremento porcentual fue más pronunciado en las mujeres, con un aumento del 23% frente al 14,4% observado en los hombres. Asimismo, la mayor proporción de suicidios consumados se concentra en personas mayores de 50 años, representando el 71% de los casos en hombres y el 65% en mujeres reflejando la importancia de considerar factores asociados al envejecimiento y a las transiciones vitales (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2025).

En hombres jóvenes (20 a 29 años), se muestra que los países con las tasas más bajas y estables en este grupo son Brasil, Colombia, Cuba y México; en cambio Argentina y Chile superan a Brasil; y en Ecuador va descendiendo de forma inestable. En cambio, los hombres adultos jóvenes (30 a 44 años) y adultos (45 a 59 años), se mantienen estables o bajas las tasas en Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador y México; pero, Uruguay se coloca

como el país con tasas más altas junto a Cuba. Hombres adultos mayores (60 a 74 años), en Brasil, Colombia, Ecuador y México mantienen tasas bajas; Argentina y Chile decrece; sin embargo, Cuba y Uruguay sigue incrementando las tasas siendo más vulnerable la situación en este grupo. Finalmente, los niveles más elevados se encuentran en Cuba y Uruguay con la edad de (75 años o más), siendo la población de mayor riesgo en el acto suicida (Cárdenas, 2021).

### **Construcción social y estereotipos del suicidio**

Desde una perspectiva de género se evidencia una gran brecha que se ha ido construyendo por la sociedad donde influye de forma diferente tanto en hombres como mujeres para poder expresar y enfrentar su malestar emocional. A las mujeres se les considera como sensibles, expresivas y puestas a mostrarse vulnerables, lo cual les facilita tener una red de apoyo para sentirse seguras, incrementando así una presión sociocultural donde se muestra un estereotipo de perfección con puntos de referencia donde se discrimina su apariencia, desvaloriza sus sentimientos y autoeficacia; generando ideaciones suicidas. Por lo contrario, la masculinidad se ha visto afectada en varones donde tienen que mostrarse de forma fuerte, racionales, autosuficientes y con emociones controladas donde no es necesaria una ayuda de terceros, que a su vez los lleva a comportamientos suicidas asociados a la idea de “ser hombre”, esto quiere decir, que aunque las mujeres tengan más intentos, son los hombres más propensos, impulsivos y a tener tasas más altas de suicidios consumados debido a la presión emocional, minimización de sus problemas que les impiden mostrarse vulnerables (Oliva y Cordoba, 2021).

Los estereotipos existen en todos los ámbitos, como se evidencia en el siguiente artículo donde los roles tradicionales de género se ven involucrados en estigmas para la sociedad; por ejemplo, en contextos como iraní los suicidios o intentos se les atribuye a

infidelidades o transgresiones sexuales, lo que genera culpa y vergüenza que les impide mantener una “conducta correcta” faltando a su moral y llevándola a cometer un acto suicida. En cambio, en los hombres es frecuente el rechazo a la vulnerabilidad y en espacios donde rige la masculinidad, un ejemplo son las cárceles, donde las ideas suicidas son vistas como una falta de carácter o búsqueda de atención promoviendo la ocultación del malestar emocional por miedo a perder un estatus (Wyllie et al., 2025).

### **Métodos y lugares**

Estudios muestran una diferencia entre los hombres y mujeres de los métodos escogidos para el intento suicida, este estudio fue realizado en personas entre 14 y 33 años, aquí se observó que el comportamiento suicida se da más en adolescentes y adultos jóvenes. Donde las mujeres recurren a métodos menos letales, pero más frecuentes como la sobredosis y exsanguinación, en menor proporción se encuentran el salto de altura y el acto de lanzarse bajo un auto en movimiento. Por otro lado, usar métodos más violentos y con letalidad es muy frecuente en hombres como el ahorcamiento, asfixia lo cual muestra que ellos escogen mecanismos más impulsivos y letales incrementando la probabilidad de que el suicidio sea consumado, no obstante, pese a que tienen menos intentos a comparación de las mujeres, los hombres están orientados a un resultado final, en cambio las mujeres a pesar de la variedad de métodos e intentos varias de las veces no resultan efectivas (Tsirigotis et al., 2011).

En América, los diferentes métodos pueden variar según cada país, edad e incluso el género. Si vamos desde el norte de América tenemos que en Canadá cerca del 4% al 5% el método frecuente fue inhalación de gases; en Estados Unidos, el método principal de los hombres son las armas de fuego en todo grupo de edad, mientras que en las mujeres jóvenes su principal método es la asfixia y en adultas mayores es el envenenamiento. En

Brasil, los hombres escogen el ahorcamiento, armas de fuego como principales métodos, sin embargo, se ha observado que el salto de altura y envenenamiento también forman parte de algunos métodos utilizados; por otra parte, Argentina como Venezuela se ha visto que el suicidio igualmente es más frecuente en hombres con las armas (Muñoz et al., 2021).

En Ecuador en un estudio entre el 2001 a 2015, los métodos de suicidio se clasificaron según los códigos del CIE-10, donde el más utilizado fue el ahorcamiento, estrangulación y sofocación (X70), dando el 51,1% de casos; como segundo método fue autointoxicación por plaguicidas (X69) con un 35,2% de muertes; y de tercero se encuentra suicidios cometidos por armas de fuego (X74) con un 7,6% (Ortiz et al., 2017). Al observar los métodos y estudios se evidencia que el tercer método en hombres fue las armas de fuego con una cifra de 45 suicidios mientras en las mujeres fue saltar de un lugar elevado con 6 suicidios (Espinosa, 2023).

El salto de altura, aunque no sea uno de los principales métodos para la conducta suicida, se caracteriza porque se da una muerte de carácter inmediato diferenciándolo de otros métodos donde no puede haber un rescate y se asocia más al acto consumado que a un intento fallido, además, la elección de un puente, edificio o alguna estructura elevada influye en ser escogido por la disponibilidad y accesibilidad que tienen estos lugares que les facilita la acción, este lugar a pesar de no ser tan frecuente se vuelve un lugar de alto riesgo y actúa como un factor facilitador de dicha conducta (Castillo y Castro, 2024).

Estudios realizados en Quito Ecuador, provenientes de la DINASED indica que el lugar que escoge la población son en espacios privados, es decir dentro del hogar o en el lugar de trabajo reportando el 92% de suicidios consumados, estos actos no ocurren en lugares que requieran una alta exposición pública, sino que sean más íntimos y de acceso restringido. En cambio, los métodos utilizados en estos lugares indica que el 69% es por

ahorcamiento, el segundo es la intoxicación con un 23%; analizando estos dos métodos como los más frecuentes y con cifras elevadas provocan que los otros métodos no lleguen a porcentajes relevantes como para ser mencionados (Campo, 2018).

En Jujuy, Argentina, se realizó un estudio sobre los métodos característicos del suicidio mediante los registros del Hospital Pablo Soria donde hubo 481 casos durante el 2007 hasta el 2012; la mayor parte de intentos de suicidio lo realizaron con un solo método; por parte de las mujeres con un 84% de casos, mientras en los varones el uso combinado de métodos, buscaban algo más violento y letal como el ahorcamiento, estrangulación y el uso de drogas. En el artículo se menciona al salto desde un lugar elevado como un método violento representando el 5,2% de todos los métodos registrados, sin especificar los sitios exactos donde lo realizan (López, 2019).

### **Contextos urbanos y rurales**

Diversos estudios muestran que el suicidio tiene un impacto significativamente mayor en zonas rurales en comparación con las urbanas, reflejando como las desigualdades territoriales influyen en este problema. En varios países el campo muestra una baja densidad poblacional limitando un adecuado acceso a servicios básicos donde las escasas conexiones con los procesos de modernización generan condiciones que aumentan el malestar social como personal. El suicidio en la zona rural no es solo un asunto de salud sino también una expresión al sufrimiento asociado a la falta de apoyo y desigualdad territorial. En este estudio se pone en evidencia a varios países de América latina que presentan este problema como es Uruguay, donde las tasas más altas son mayores en la ruralidad; en Colombia, el riesgo es un 32% mayor en la ruralidad en comparación de la ciudad; y en Brasil, las condiciones sociales y culturales que viven las comunidades indígenas aumentan la vulnerabilidad de riesgo suicida (Pérez, 2020).

Dentro de la ruralidad se encuentran ciertos países que destacan sus métodos y lugares cargados de significado territorial y cultural por las cuales cometen suicidios: en Brasil varias de las muertes son por ahorcamiento en espacios visibles dentro del territorio indígena como los árboles; en Colombia, “presentan una epidemia de cuerdas”, debido a que jóvenes se suicidan principalmente por ahorcamiento al igual que Perú, los hombres lo hacen con este método, y las mujeres es por envenenamiento; en Chile el método tradicional es el ahorcamiento colgándose de un árbol entre las montañas. Todo esto se debe que muchos de estos países indígenas les ha tocado vivir un contexto de invasión, pérdida de tierras, consumo de alcohol, conflictos de territorios que su muerte lo hacen en sus mismas tierras como una muerte cultural o posesiones espirituales (Azuerio et.al, 2017).

Paradójicamente la forma en que un pueblo agrícola progresa es la forma por la cual se quita la vida, se ha evidenciado que la intoxicación por los pesticidas es muy común en las comunidades agrícolas rurales de varios países como Venezuela, México, Ecuador, Brasil, donde es normal la accesibilidad a este tipo de productos. Se ha puesto en relevancia este punto debido a que es un fenómeno aislado de los suicidios en comunidades rurales; en este artículo buscan explicaciones alejadas de las clínicas, enfocándose en diversos factores como el que las comunidades niegan o minimizan los problemas de salud mental, la desesperanza y frustración en procesos de modernización, mayor vulnerabilidad del género masculino por diferentes tensiones en los roles e identidades tradicionales; entonces si sumamos todos estos factores llega a provocar que las tasas de suicidio en las comunidades sean iguales o incluso se incrementen superando a las urbanas (Arias y Blanco, 2010).

### **Carácter simbólico**

En “Chiriculapo”, donde las poblaciones rurales existen un gran carácter simbólico, cultural, mítico e incluso emocional a ciertos lugares como lo es esta roca

debido a que la población percibe a dicha roca como un ente que invita al suicida a cometer este acto por su propia voluntad, convirtiéndolo en un escenario que pone a las personas entre la vida y la muerte (Vega, 1997).

### **Influencia del entorno**

Autores sugieren que muchas de las veces estos lugares que tienen una visibilidad pública por los medios de comunicación lo convierten en un punto de referencia para tomar decisiones fatales contra su vida, esto es muy frecuente en puentes más conocidos como el Golden Gate, dando como resultado la imitación o repetición del comportamiento suicida (Muñoz et al., 2005).

En un estudio realizado en Ecuador se observó que hay un factor de riesgo clave en el tema de suicidios que es provocado por la gran influencia mediática en medios digitales que construyen a lugares como simbólicos y apropiados para dichos actos. La investigación se observó en 146 noticias publicadas en portales como El Comercio y El Universo, dentro de estas noticias más del 75,3% incluyen información sobre el lugar donde se comete el suicidio, más allá que dar una noticia lamentable lo pintan como un lugar emblemático el cual se puede acudir y facilitar la identificación e imitación de suicidios anteriores, generando un referente simbólico en personas vulnerables psicológicamente. Todo esto que se ha “normalizado” conduciendo a un riesgo sociocultural e incluso aumentando aún más las conductas suicidas en la población (Ortiz, 2021).

Existe el efecto contagio del suicidio, se convierte en un factor de riesgo, este se origina mediante la difusión de noticias como se había mencionado anteriormente donde van en contra de los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), este contagio hace referencia al efecto “Werther” que nos indica que la forma en la cual mostramos o damos cobertura mediática de la conducta suicida aumenta el riesgo en la

población de que imiten estos actos. El mecanismo subyacente que se genera es que las personas vulnerables o con algún trastorno se identifican con la persona que perdió la vida dándoles alternativas o métodos que podrían funcionarles, esto puede conducir a una conducta de contagios masivos denominado “Mass Clusters” o de imitación que son el “Echo Cluster”, sin embargo, no siempre es malo el mostrar información si es bien presentada y de forma adecuada debido a que también se puede dar un efecto protector o “efecto papageno”, que busca prevenir el suicidio dando alternativas positivas y proporcionando información que ayude frente a las crisis (Benítez, 2022).

Carmona (2012), señala que el suicidio forma parte de un fenómeno psicosocial porque conlleva espacios y personas a ser involucradas de forma indirecta, además los vínculos estructurales como la economía, política, cultura y género convergen de alguna forma transformándose en fuerzas autodestructivas en la población, por este motivo se analiza al suicidio como un problema social y no exclusivamente individual pues los diferentes procesos como la exclusión, violencia, explotación, desigualdad se vuelve un espina en cada persona que muchas de las veces no saben cómo sobrellevarlo provocando a un continuo comportamiento autodestructivo que incrementa la vulnerabilidad al suicidio.

## **Capítulo 2**

### **Metodología**

#### **Tipo de investigación**

El presente estudio corresponde a una revisión bibliográfica, de tipo cualitativo-descriptivo, cuyo objetivo es recopilar, analizar y sintetizar la información disponible sobre los lugares donde se comete suicidio. Es de enfoque descriptivo, debido a que busca caracterizar patrones espaciales según país, sexo, edad; así como identificar medidas preventivas sugeridas en la literatura. La revisión tendrá un enfoque es transversal, dado que se analizarán estudios y datos publicados en diferentes momentos a lo largo de los años.

El proceso de selección y reporte de los estudios encontrados se presentaron mediante el diagrama de flujo PRISMA 2020 (Page et al., 2021).

#### **Objetivo general**

Identificar los lugares elegidos para cometer suicidio en América latina

#### **Objetivos específicos**

1. Recopilar datos que muestren la localización de los lugares frecuentes para cometer suicidios en América Latina
2. Registrar las características que se encuentra en la literatura consultada sobre los lugares de suicidio según variables sociodemográficas como el sexo y la edad
3. Conocer las tendencias y patrones recurrentes en los estudios publicados sobre los lugares de suicidio
4. Describir los sistemas de prevención de suicidio en otros países

## **Criterios de elegibilidad**

Con el objetivo de tener estudios adecuados asegurando calidad y validez científica encontradas en la literatura, se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión para así garantizar un óptimo estudio.

### *Criterios de inclusión*

1. Estudios publicados en español, inglés o portugués.
2. Periodos de los últimos 25 años (bibliográfica)
3. Investigaciones realizadas en países de América Latina sobre los lugares elegidos para cometer suicidio
4. Artículos originales, revisiones, reportes epidemiológicos, documentos oficiales, OMS, OPS, documentales, periódicos, reportajes y noticieros.
5. Todo tipo de edad en la población.

### *Criterios de exclusión*

1. Estudios fuera de América Latina de los lugares para cometer suicidio.
2. Publicaciones que no mencionen la ubicación o no incluyan relación con prevención.
3. Publicaciones que no especifiquen en donde se cometió el suicidio.
4. Duplicados identificados entre las bases de datos.

## **Estrategia de búsqueda**

La estrategia de búsqueda bibliográfica se diseñó de manera sistemática y diferenciada para las diferentes bases de datos cuyo objetivo es el identificar los lugares elegidos para cometer suicidio en América Latina, se realizó en base de datos científicas y reconocidas por su rigor académico, de alcance internacional en Scopus y Dialnet;

regionales en América como SciELO, Redalyc y noticieros; además de institucionales en el caso de que existiera información precisa para explicar el objetivo general de este estudio. Se utilizaron descriptores en español e inglés y fueron combinados mediante operadores booleanos como: AND para integrar palabras claves y que contengan todos los términos especificados; OR es útil para emplear sinónimos para obtener una búsqueda más amplia; y el operador NOT que se utilizó para excluir términos que no corresponden con el objetivo de la investigación.

SciELO se realizó una búsqueda centrándose en los campos de título y resumen, la búsqueda se estructuró entre paréntesis cada palabra para organizarlas de forma jerárquica usando las siguientes combinaciones (suicidio) AND ("salto al vacío" OR precipitación OR "caída desde altura"). suicidio AND ("espacio público" OR domicilio). ((suicidio) OR (salto)) AND (puente). En la base de datos se aplicaron los siguientes filtros donde se limitó la búsqueda entre los periodos de 2000 a 2025 en países de Latinoamérica, el idioma seleccionado fue en español, inglés y portugués, las áreas por temática son en psicología, legal, salud, multidisciplinario, neurociencia, política, servicios, psiquiatría, cuidado, ciencias, medicina y ocupacional; seleccionando únicamente artículos científicos de revistas y con disponibilidad de texto completo.

Dialnet la búsqueda se centró en los campos de título y resumen aplicando la siguiente combinación "suicidio" AND "puente". Se aplicó únicamente el filtro de artículos de revistas.

Scopus en esta base de datos se centró en los campos título del artículo, palabras clave, resumen, teniendo en cuenta que es una base internacional debido a eso las siguientes combinaciones fueron con términos en inglés para una búsqueda más eficaz. suicide AND prevention AND jumping AND bridges OR “public spaces”. Los filtros aplicados para la

siguiente búsqueda fueron por año entre el 2000 hasta 2025, tipo de documento solo artículos y revisiones, finalmente que sean de acceso abierto, es decir que puedan ser descargados.

Redalyc se realizó la búsqueda sistematizada utilizando diferentes combinaciones como (suicidio) AND ("salto al vacío" OR precipitación OR "caída desde altura") relacionadas con los lugares elegidos para cometer suicidio, sin embargo, la página no permitió aplicar filtros más precisos que delimitaran los resultados, se aplicaron entre los años 2000 a 2025, países dentro de Latino América, idioma español, inglés o portugués y haciendo un cribado preliminar mediante la revisión de títulos y resúmenes de las primeras páginas de resultados, se evidenció que la mayoría de artículos presentados no se relacionaban con el tema ya mencionado anteriormente, es decir no especificaba el lugar; por lo que Redalyc fue descartado del proceso de selección debido a la falta de aportación para la investigación.

### **Procesos y selección de estudios**

El proceso de selección de los estudios se analizó de manera descriptiva, comparando patrones entre países, áreas públicas, privadas y variables demográficas. Para identificar los métodos y lugares, así como tendencias comunes y diferencias relevantes entre contextos, para obtener los hallazgos de la literatura existente. Este proceso se realizó en base a los criterios de elegibilidad en función de los criterios de inclusión y exclusión establecidos anteriormente para la revisión bibliográfica.

En una primera etapa todos los artículos recuperados de cada base de datos se importaron a un gestor bibliográfico (Zotero) con el fin de poder organizar los estudios encontrados, mediante Zotero los artículos fueron clasificados por carpetas para agilizar su

revisión identificando y eliminando los duplicados con la ayuda de esta Zotero y de forma manual con una tabla de Excel.

En la segunda etapa se realizó el proceso de cribado o screening por títulos y resúmenes de los artículos seleccionados para poder aplicar los criterios de inclusión y exclusión establecidos anteriormente descartando investigaciones que no abarquen de forma explícita el tema relacionado con los lugares elegidos para cometer suicidio en América Latina y con los sistemas de prevención para el suicidio en otros países. En el proceso de elegibilidad, los artículos que superaron el cribado pasaron a una revisión de texto completo, esta revisión se hizo de forma manual para poder determinar si cumple con los criterios y defender los objetivos planteados.

Finalmente, los artículos que cumplieron con los criterios y objetivos establecidos fueron seleccionados para los resultados de dicha investigación, este proceso y redacción será presentado mediante el diagrama de flujo según el formato PRISMA 2020 (Page et al., 2021), garantizando la transparencia de la selección de documentos.

Para la extracción de datos se realizó una matriz para evidenciar los artículos relevantes para los resultados de dicha investigación donde se evidenciará el título del artículo, año, resumen, palabras clave y DOI, mediante el empleo de tablas poniendo en evidencia los resultados de la literatura científica y se señalará si es el caso los vacíos en el área de investigación que puedan orientar a futuras investigaciones.

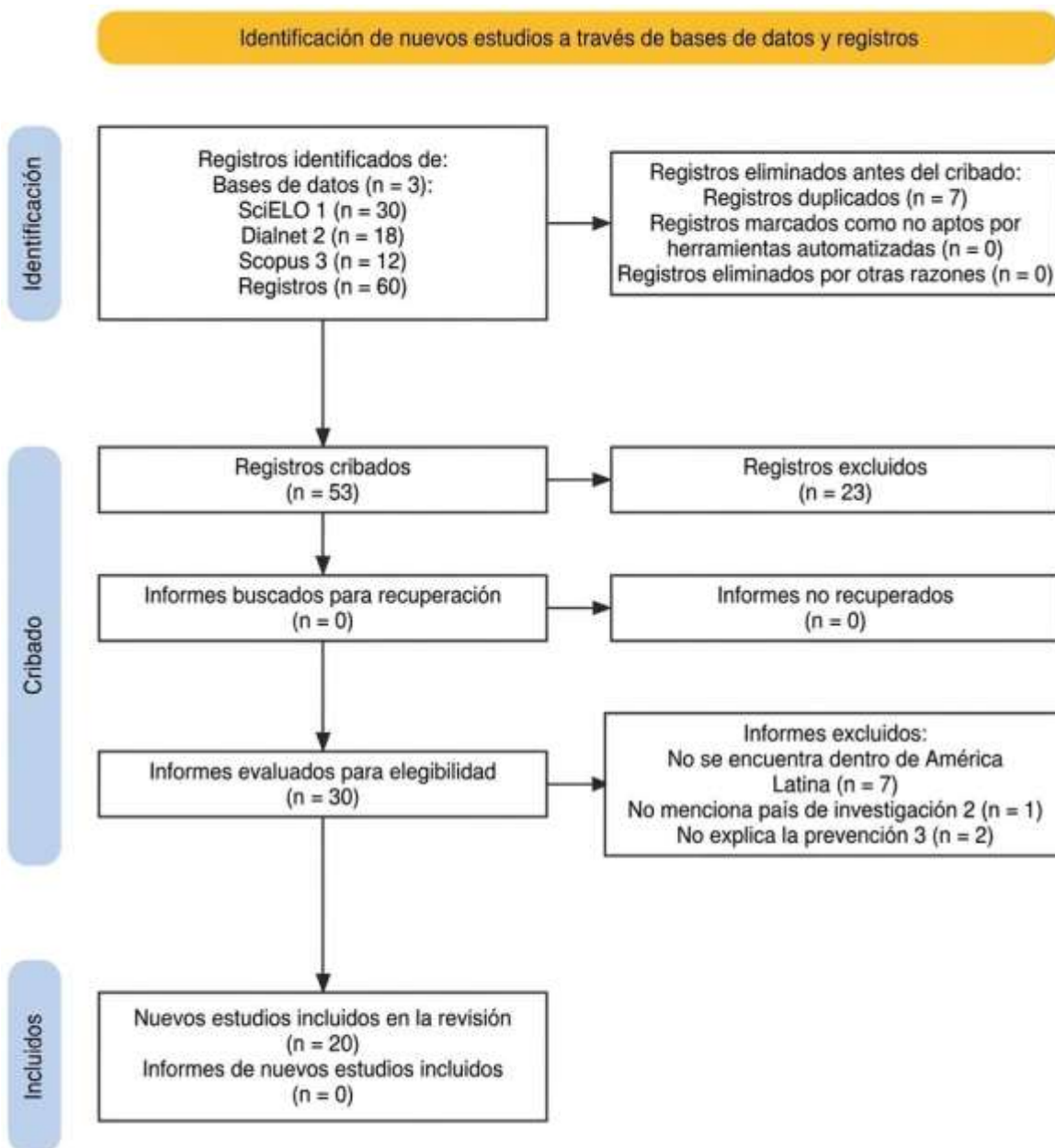
### **Capítulo 3**

#### **Resultados**

En el presente capítulo se expone los resultados obtenidos de la revisión de la literatura sobre los lugares elegidos para cometer suicidio en América Latina y los mecanismos de prevención de los lugares escogidos a nivel mundial. El análisis se realizó siguiendo las directrices del método PRISMA para dicha revisión bibliográfica. En la fase de identificación se encontraron 60 registros provenientes de las bases de datos consultadas, SciELO, Dialnet y Scopus, luego se realizó la revisión de resultados eliminando 7 registros debido a que están duplicados, dando como resultado en la fase de cribado 53 artículos, en esta etapa se hizo una revisión mediante el título y resumen permitiendo eliminar 23 artículos a causa de que no coincidían con la temática que se va a trabajar. Así dio como resultado un total de 30 artículos; en el momento de la elegibilidad basándose únicamente de los criterios de inclusión y exclusión se hizo una depuración de 7 artículos que no se encontraban dentro de América Latina, 1 artículo que no mencionaba el país de investigación y 2 artículos que no mencionaban el método de prevención. En esta fase final tras la lectura, los estudios que cumplieron con los criterios de elegibilidad fueron incluidos en la revisión bibliográfica, constituyéndose con un total de 20 artículos para el análisis del presente estudio (figura 1).

#### **Figura 1**

*Diagrama de flujo Prisma 2020*



Para los siguientes resultados se analizaron en base a cuatro ejes principales, A) Lugares para cometer suicidio, B) Características según variables sociodemográficas, C) Patrones y tendencias sobre los lugares de suicidio y D) Sistemas de prevención en lugares de suicidio en otros países.

Localización de los lugares frecuentes para cometer suicidios en América Latina y sus respectivas variables sociodemográficas

A partir de los artículos seleccionados se destacó los puentes urbanos para la conducta suicida dentro de América Latina, en la Tabla 1 se evidencia los principales estudios que analizan este escenario.

**Tabla 1**

*Características de los estudios sobre suicidio en puentes*

Autores	País	Año	Escenario	Título del artículo
J. Muñoz V., J. Vega D., C. Mendoza A., H. Muñoz V.	Perú	2005	Puente Villena	Suicidio e intento de suicidio por salto de altura en el Puente Villena.
Ángela Villantoy- Echegaray, Lizardo Cruzado	Perú	2018	Puente Chilina	Prevención primaria del suicidio y el Puente Chilina de Arequipa.

**Puentes**

Un escenario dentro de América Latina, para el acto suicida fue el salto de altura en el Puente Villena, ubicado en el distrito de Miraflores en Lima, Perú, este estudio fue construido entre el año 1988 hasta el 2003, registrándose 32 suicidios consumados y 33 intentos de suicidio que equivale a 65 eventos relacionados con la conducta suicida en esta precipitación. En esta investigación se evidenció que el sexo masculino tiene un predominio elevado de suicidios consumados con un 65,5%, con respecto a la edad, se da con mayor frecuencia el grupo entre 20 a 29 años representando un 27.8% en suicidios (Muñoz et al., 2005).

Además, el estado civil indicó que las personas solteras involucradas en un suicidio consumado representan el 66,7% de riesgo mientras el 84,61% son de intentos suicidas; en relación con la procedencia analizada en la literatura, indica que el 78,5% de suicidios consumados correspondía de personas provenientes de otros distritos fuera de Miraflores, mientras que en los intentos suicidas alrededor de un 100% también pertenecen a otros distritos para atentar contra su vida; siendo el lunes el día con más incidencia con 28,1% para que se realice un suicidio consumado (Muñoz et al., 2005).

Otro puente para los suicidios es el Puente Chilina, ubicado en la ciudad de Arequipa, Perú; Desde de que se realizó la inauguración en el 2014 hasta el 2018 se han registrado 19 suicidios consumados, el presente artículo menciona que los intentos de suicidio son aún más numerosos, aunque no especifican una cifra exacta; a pesar de saber que es un puente que facilita la ocurrencia de suicidios en el artículo se menciona que hasta la fecha no se han instalado barreras de protección para poder impedir el lanzamiento de personas desde dicho puente. (Villantoy y Cruzado, 2018).

### **Domicilio**

Un segundo escenario encontrado en la literatura con relación al suicidio consumado e intentos de suicidio es el domicilio. Se presenta de forma resumida en la Tabla 2.

**Tabla 2**

*Características de los estudios sobre suicidio en el domicilio.*

Autores	País	Año	Escenario	Título del artículo
Hendyelle Rodrigues Ferreira e Silva, Wanderley Pinheiro de Holanda Júnior, Dário Luis do	Brasil	2025	Domicilio	Suicide attempts by poisoning recorded at a toxicological information

Nascimento Magalhães, Alan Queiroz de Souza Santos, Karla do Nascimento Magalhães, Maria Augusta Drago Ferreira					and assistance center: a cross-sectional study, Fortaleza 2022
Guilherme Gomes, Luis Chaga, Giovana Bonessoni Felizar, Rogério Tomasi, Jeanice de Freitas Fernandes, Renata dos Santos Rabello, Ivana Loraine Lindemann	Brasil	2021	Domicilio		Caracterización de las muertes por suicidio entre 2013-2017
Vilmeyze Larissa De Arruda, Bruna Borges, Samira Reschetti, Fabiana Fernandes, Nathalie Vilma Pollo de Lima, Juliano Bortolini	Brasil	2021	Domicilio		Suicidio entre jóvenes brasileños: una serie temporal de 1997 a 2019
Ronaldo Bonfim de Souza, Julia Costa de Oliveira, Juliana Alvares-Teodoro, Maycoln Leoni Martins Teodoro	Brasil	2020	Domicilio		Suicidios y pueblos indígenas brasileños''
Fernanda Rebelo, Eloísa Caldas, Viviane Heliodoro, Rafaela Rebelo	Brasil	2011	Domicilio		Intoxicación por plaguicidas en el Distrito Federal, Brasil, de 2004 a 2007- análisis de la notificación en centro de información y asistencia toxicológica
Souza, Viviane dos Santos Alves, Murilo da Silva Silva, Lívia Angeli Lino, Débora Cristiane Silva	Brasil	2011	Domicilio		Intentos de suicidio y mortalidad por suicidio en una ciudad del interior de Bahía

---

Flores Nery, Adriana				
Alves Casotti, Cezar Augusto				
Contreras-Cordova, Coco	Perú	2022	Domicilio	Suicidios en el Perú: Descripcion epidemiológica a través del Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF) en el periodo 2017-2021
R. Atencio-Paulino, Joel				
I. Sedano, Carlos Ccoicca-				
Hinojosa, Francklin J. Paucar				
Huaman, Waldir				
Yorleny Arroyo, Ana Sala,	Costa	2014	Domicilio	Tendencia de la mortalidad por casos de intoxicaciones en Costa Rica
Freddy Arias	Rica			
Beatriz Corona Miranda, Karen	Cuba	2020	Domicilio	Estratificación epidemiológica de la mortalidad por suicidio en Cuba, 2011-2016
Alfonso Sagué, Liliam Cuellar				
Luna, Mariela Hernández				
Sánchez, Mireya Álvarez Toste,				
Teresita del Carmen García				

---

Si bien algunos estudios hablan sobre los métodos utilizados y no específicamente en el objetivo de estudio que son los lugares donde ocurre el acto, también fueron incluidos debido a que reportan información relevante señalando al hogar como un escenario frecuente.

En América Latina, el domicilio se sitúa como un escenario de los suicidios e intentos de suicidio, con diferentes variaciones en los distintos países encontrados. En Brasil, varios estudios tuvieron una tendencia consistente y marcada en los resultados: en Fortaleza, se identificó un 88% de intentos por intoxicación, los cuales representan 317 de los 360 casos ocurridos en el hogar, con una tendencia marcada en el género femenino

(61,4%) y mayor frecuencia en adultos jóvenes de 20 a 29 años, donde se tiene una concentración específica en áreas urbanas con un 91,1% (Ferreira e Silva et al., 2025). De igual manera, el Distrito Federal, indica que el 91% de intoxicaciones fueron en el domicilio, las cuales el 44,2% fueron intentos con una prevalencia en mujeres del 54,2% y adultos jóvenes entre 20 a 29 años (35%) (Rebelo et al., 2011).

Asimismo, los suicidios consumados en Brasil, muestran un predominio en el género masculino. En Rio Grande do Sul, el 68,9 % de las 5901 muertes fueron en el domicilio, predominando un 79,3% de los casos en hombres; con una mayor distribución en el grupo etario de 35 a 59 años de edad relacionadas a un 45,9% de las muertes (Gomes et al., 2021). En Bahía el 83,33% de los suicidios consumados se realizaron en el domicilio, con un predominio masculino del 87,5% y mayor frecuencia en adultos de 40 años siendo el 54,16%, mientras los intentos fueron más altos en mujeres con un 53,4% (Souza et al., 2011). De igual forma, en adultos jóvenes brasileños entre 20 a 29 años que cometieron suicidio ocurrieron en el hogar (54,93%); en el caso de hombres fue 10,39 y en mujeres 2,34 por cada 100.000 habitantes (Arruda et al., 2021). En las poblaciones indígenas coincide el domicilio como lugar para el suicidio, con mayor vulnerabilidad en las edades de 15 a 24 años principalmente en hombres alcanzando el 107,5 por cada 100.00 habitantes (Souza et al., 2020).

En Perú, de igual manera se presenta un patrón similar en el domicilio, donde 2579 de los casos representan el 63,4% de los suicidios, evidenciándose un predominio en el sexo masculino (69,5%) y con una edad promedio de 34,87 años. Se identificó que el 70,7% de los suicidios fueron por ahorcamiento dentro del domicilio (Contreras-Cordova et al., 2022). En Costa Rica, el domicilio también se identifica como lugar para los suicidios con un 66% de muerte mediante intoxicación; entre los resultados el sexo masculino

predomina con el 75% y mayor incidencia en las edades de 15-29 años y 30-44 años (Arroyo et al., 2014). Finalmente, en Cuba con el 57,1% de los suicidios ocurren dentro del hogar, en especial el sexo masculino manifestando el 79,9% de mortalidad por suicidios, en personas de 60 años o más (Corona et al., 2020).

En relación, estos datos muestran no solo al domicilio o puentes como escenario del suicidio en América Latina, sino también patrones comunes en variables como el género, edad, métodos, frecuencia en intentos especialmente en mujeres, tipos de conductas, suicidios consumados en hombres; aportando relevantes datos para el estudio.

Otra de las variables descritas en el presente artículo corresponde a la prevención del suicidio fuera de América Latina (véase Tabla 3), donde se identifica estrategias implementadas en diferentes países del mundo con el único objetivo de reducir la prevalencia de suicidios e intentos de suicidio limitando el acceso a estos escenarios.

**Tabla 3**

*Sistemas de prevención de suicidio en otros países*

Autores	País	Año	Escenario	Título del artículo
Stéphane Perron, Sthepanie Burrows, Michel Fournier, Paul Perron, Frédéric Ouellet	Canadá	2013	Puente	Installation of a bridge barrier as a suicide prevention strategy in Montréal, Québec, Canada
Sinyor, Mark.,	Canadá	2025	Puente	Long-Term Impact of the Bloor Viaduct Suicide Barrier on Suicides in Toronto: A

Men, Vera Yu., Chan, Prudence Po Ming., Sanchez Morales, Daniel., Levitt, Anthony J., Schaffer, Ayal				time-series analysis: Effet á long terme de la barriére anti-suicide du viaduct Bloor sur les suicides á Toronto: une analyse chronologique
Law ChiKin, Sveticic, Jerneja, De Leo, Diego	Australia	2014	Puente	Experiment of two rives bridges in Brisbane, Australia
Dwyer J., Spittal M., Scurrah K., Pirkis J., Bugeja L., Clapperton A.	Australia	2023	Puente	Structural intervention at one bridge decreases the overall jumping suicide rate in Victoria, Australia
Bennewith, O., Nowers M., Gunnell D.	Reino Unido	2007	Puente	Effect of barriers on the Clifton suspension bridge, England, on local patterns of suicide: Implications for prevention
Dayna Whitmer, David Woods	Estados Unidos	2013	Puente	Analysis of the Cost effectiveness of a suicide barrier on the Golden Gate Bridge

Shin S., Pirkis J., Clapperton A., Spittal M., San L.	Corea del Sur, Canadá, Estados Unidos	2024	Puentes	Effectiveness of partial restriction of access to means in jumping suicide: lessons from four bridges in three countries
Hemmer A., Meier P., Reisch T.	Suiza	2017	Puentes	Comparing Different Suicide Prevention Measures at Bridges and Buildings: Lessons We Have Learned from a National Survey in Switzerland
Torok M., Passioura J., Konings P., Wong Q., Qian J., Larsen M.	Australia	2023	Acantilados	A Spatial Analysis of Suicide Displacement at a High-Risk Cliff-Based Location Following Installation of a Means Restriction Initiative

### **Barrera en puentes**

En Montreal, Canadá se analizó el impacto de las barreras en el puente “*Jacques-Cartier*” para la prevención de suicidios debido a los múltiples casos registrados; colocando una valla metálica en la parte superior aumentando la altura para poder dificultar el escalamiento. Para observar el impacto el estudio realizó una comparación de las tasas de suicidio antes (1990-2004) y después de la instalación (2005-2009), dando una reducción en las tasas de suicidio, donde no hubo un desplazamiento a puentes cercanos de la región, demostrando que limitar el acceso a puentes o lugares emblemáticos es una estrategia efectiva de prevención (Perron et al., 2013).

La instalación de estas barreras físicas en otro puente de Canadá ha demostrado que es una intervención eficaz y sostenida para la prevención del suicidio debido a que en el puente “*Bloor Viaduct*” en Toronto, demostró la reducción del 49% de suicidios mediante la instalación de una barrera en el año 2003 demostrando esta reducción en los 17 años posteriores sin un aumento de suicidios en puentes (Sinyor et al., 2025).

En Australia, en el “*Gateway Bridge*” evaluó los suicidios entre 1990 y 2012 con un total de 277 suicidios, al implementarse las barreras se muestra como resultado una reducción del 87,5% de suicidios sin desplazamiento hacia otros puentes cercanos (Law et al., 2014). De manera similar, otro estudio realizado en el mismo país, pero en el estado de Victoria, en el “*West Gate Bridge*” demostró el gran impacto que tiene la instalación de barreras en el puente en los periodos de 2009 y 2011 dado que no volvieron a existir registros de suicidios demostrando una disminución del 100% en este escenario; además hubo una reducción en todo el estado de Victoria por suicidio en salto del 65%, lo que genera que el uso de barreras en lugares de alto riesgo es un método efectivo para la prevención en otras estructuras similares (Dwyer et al., 2023).

Las barreras también fueron instaladas en “*Clifton Suspension Bridge*” en Reino Unido, elevando una estructura metálica de hasta dos metros de altura para evitar el salto desde el puente, estas barreras produjeron una reducción del 50% de suicidios disminuyendo de 8 a 4 casos por año desde su implementación (Bennewith et al., 2007).

En el “*Golden Gate Bridge*”, en Estados Unidos, analizaron que sería altamente efectivo la implementación de una barrera física debido a que este puente registra 30 suicidios por año siendo un espacio con alta letalidad de un 98%, sin embargo, se menciona que el uso de otras estrategias utilizadas como el patrullaje, cámaras de vigilancia, teléfonos

de crisis, han ayudado a prevenir numerosos casos, dándole importancia a las diferentes intervenciones de vigilancia y rescate (Whitmer y Woods, 2013).

En un puente de Corea del Sur se instaló cercas de 2,5 metros y sensores impidiendo que las personas escalen en esta estructura, dando una reducción del 63%. En un puente en Canadá se colocaron alambres de púas donde también dio una reducción del 74%; mientras que, en dos puentes de Estados Unidos, donde el primero se instaló púas metálicas y en el segundo se colocó cercas metálicas, demostrando que no hubo una reducción significativa de suicidios durante el periodo de intervención parcial (Shin et al., 2024).

Hemmer et al. (2017) realizó un estudio dentro de 15 lugares donde se cometían suicidios por salto en Suiza, comparando barreras verticales con una disminución de 68,7%, mientras las redes de seguridad alcanzaron una disminución del 77,1%, estas intervenciones dan un buen resultado únicamente cuando el mínimo de cualquier barrera es de 2,3 metros, debido a que dificulta el acceso a estas estructuras para el salto de altura.

### **Intervención estructural en acantilados**

En Australia se realizó una intervención denominada “Gap Park Masterplan” por el alto riesgo de suicidios en acantilados, la instalación de cercas, señalización para ayuda, teléfonos de emergencia y cámaras de vigilancia se instalaron para la prevención de salto en los acantilados; de igual forma para evaluar su impacto compararon un antes y después de la implementación registrando ciertas disminuciones de suicidios en esta área, sin embargo, en zonas cercanas hubo un aumento leve pero no significativo en la incidencia de suicidios. No obstante, el estudio considera que no es un resultado definitivo debido a que debe haber un monitoreo constante para así poder mejorar la efectividad (Torok et al., 2023).

## Discusión

A partir del análisis de los veinte artículos seleccionados, se identificaron patrones iguales en relación al lugar elegido para cometer suicidio en América Latina, en este sentido, los resultados evidencian la presencia de dos escenarios principales: el domicilio como espacio privado y los puentes como espacios públicos, los cuales muestran un entorno de riesgo, diferentes características de género, grupo etario, características de accesibilidad y las diferentes estrategias de prevención implementadas en otros países.

En relación con la información encontrada, se evidencia que la conducta suicida está influenciada por distintos factores sociales, culturales y ambientales que intervienen en la elección del lugar (Gascón, 2025; Corona et al., 2016). De igual manera la influencia de los medios de comunicación son los que refuerzan la visibilidad de estos espacios favoreciendo a procesos de imitación o efecto contagio que incrementa el riesgo en diferentes poblaciones vulnerables (Ortiz, 2021; Benitez, 2022).

Al observar los resultados de América Latina con estudios internacionales, se observa una similitud en estructuras elevadas como son los puentes, edificios como escenarios de alto riesgo para el suicidio (Torok et al., 2023; Whitmer y Woods, 2013). No obstante, una diferencia encontrada en los estudios internacionales los suicidios se centran en espacios públicos de alta visibilidad o recurrentes, mientras que en América Latina el lugar con mayor recurrencia son los domicilios tanto para intentos de suicidio como suicidios consumados (Gomes et al., 2021; Arruda et al., 2021; Contreras-Cordova et al., 2022). Esta diferencia se explica por factores como la privacidad del hogar, la disponibilidad de medios y la menor intervención externa, lo cual coincide con la influencia del entorno descrita en la literatura (Corona et al., 2016).

Los resultados encontrados en la literatura evidencian un predominio del sexo masculino en suicidios consumados y una mayor frecuencia de intentos de suicidio es en mujeres (Gomes et al., 2021; Ferreira e Silva et al., 2025), lo cual se relaciona con las diferencias en los métodos utilizados debido a que los hombres tienden a emplear métodos más letales como el salto de altura o el ahorcamiento, mientras que las mujeres recurren con mayor frecuencia a la intoxicación (Tsirigotis et al., 2011). Este hallazgo se vincula con los estereotipos de género, donde los hombres presentan mayores dificultades para expresar el malestar emocional, incrementando la letalidad de sus conductas (Oliva y Córdoba, 2021). En cuanto a la edad, si bien no existe un patrón único, se identifican tendencias que coinciden con el mismo grupo etario en América Latina, donde los adultos jóvenes y de mediana edad presentan mayor prevalencia, aunque en algunos contextos también se observa mayor riesgo en adultos mayores (Corona et al., 2020; Cañarte y Alvarado, 2025).

Respecto a los patrones y tendencias, se evidencia que los lugares no solo funcionan como escenarios físicos, sino como elementos que estructuran la conducta suicida. En el caso de los puentes, su altura, accesibilidad y visibilidad los convierten en espacios de alta letalidad (Muñoz et al., 2005; Castillo y Castro, 2024), mientras que el domicilio, al ser un espacio íntimo, facilita la ejecución del acto sin interrupciones (Campo, 2018). Estos resultados nos permiten comprender que la elección del lugar responde a la interacción entre factores individuales y contextuales.

En relación con el objetivo de describir los sistemas de prevención, los estudios internacionales muestran que las intervenciones estructurales son altamente efectivas, logrando reducciones significativas en las tasas de suicidio (Perron et al., 2013; Sinyor et al., 2025; Dwyer et al., 2023; Hemmer et al., 2017). Estos estudios coinciden en señalar que limitar el acceso a medios letales es una estrategia eficaz de prevención. No obstante, al

contrastar con América Latina, se evidencia una mínima implementación de estas medidas, lo cual puede estar asociado a factores sociales, económicos y a la persistencia del suicidio como un tema poco visibilizado en la salud pública.

## Conclusión

La presente investigación bibliográfica tuvo como objetivo identificar los lugares elegidos para cometer suicidio en América Latina, así como registrar características como género, edad, conocer tendencias y sistemas de prevención en otros países. A partir de este análisis, se pudo identificar que el suicidio en América Latina se ve influenciado por múltiples factores individuales, sociales, ambientales, lo cuales se relacionan con los espacios que eligen para que ocurra la conducta suicida. En base a los resultados obtenidos se pudo obtener dos escenarios recurrentes dentro de América Latina, estructuras elevadas como los puentes y espacios privados como el domicilio. En el caso de los puentes se evidencia que estos espacios son escenarios con alto riesgo debido a la accesibilidad y visibilidad observándose un predominio en hombres de edad joven adulta.

El otro escenario para los suicidios e intentos es el domicilio, países como Brasil, Costa Rica y Cuba; donde tiene una proporción significativa debido a que el domicilio tiene la disponibilidad de medios, privacidad del entorno y la falta de intervención de terceros. Además, se evidencia variables como el sexo donde predomina el sexo masculino entre adultos jóvenes y adultos de mediana edad. La identificación de estos lugares nos permite observar que el suicidio no solo se debe a factores psicológicos o clínicos, sino también está influenciado por contextos sociales, culturales y ambientales. Al identificar estos lugares puede resultar relevante para el diseño y estudio de futuras estrategias de prevención que no solo se centren en una intervención individual sino también en la modificación de los entornos considerados de alto riesgo.

La evidencia internacional demuestra que diferentes intervenciones estructurales como barreras o redes de seguridad en lugares de alto riesgo como son los puentes, han dado resultados positivos en la disminución de suicidios, sin embargo, para los escenarios

como los domicilios no se han encontrado medidas de prevención donde limiten el acceso a este escenario o que acciones clínicas, comunitarias intervengan en este medio.

Finalmente, se identificó que lugares son escogidos permitiendo tener una perspectiva un poco más amplia sobre el suicidio y así poder desarrollar futuras investigaciones en una región donde el suicidio siempre ha sido un tema de silencio y tabúes entre las diferentes sociedades.

### **Limitaciones**

En esta investigación se pudo evidenciar limitaciones importantes para la interpretación de los resultados debido a la escasez de investigaciones que indiquen lugares específicos para cometer suicidio, ya que la mayoría de los estudios encontrados se centran en métodos utilizados mas no en el escenario específico. En segundo lugar, la limitada información en América Latina para los escenarios dificulta la búsqueda de estrategias de prevención para el suicidio lo que nos obliga a recurrir a la literatura internacional, donde puede resultar cierta discrepancia con países latinoamericanos debido a que las variaciones socioculturales, económicas y políticas en la salud pública es diferente en cada ciudad e incluso país. Finalmente, a pesar de encontrar información relevante frente a los espacios, es necesario señalar que estas investigaciones encontradas su objetivo principal no era el lugar de ocurrencia lo que podría limitar la precisión de los hallazgos.

### **Recomendaciones**

En base a los resultados de esta investigación, resulta importante impulsar futuras investigaciones en América Latina sobre la influencia del entorno en la conducta suicida, con el fin de diseñar estrategias de prevención del suicidio que integren tanto intervenciones individuales como intervenciones para el entorno, priorizando los espacios encontrados que registran mayor riesgo como son los puentes y el domicilio dentro de América Latina, donde se fortalezca la detección y la ayuda temprana para poder tener un adecuado acompañamiento psicológico dentro de contextos privados como públicos, eliminando el estigma y sensibilizando temas de salud mental que fomente la búsqueda de ayuda.

### Referencias bibliográficas

- Aguilar Cárceles, M. M. (2018). Tipología de la conducta suicida. *e-Eguzkilore Zientzia Kriminologikoen Aldizkari Elektronikoa*, (3).  
<https://ojs.ehu.es/index.php/eguzkilore/article/view/19163> Portal de Revistas Científicas
- Allsopp, k., Read, J., Corcoran, R., y Kinderman, P. (2019). Heterogeneity in psychiatric diagnostic classification. *Psychiatry Research*, 279, 15-22.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.07.005>
- Arias, E., Blanco, I. (2010). Una aproximación al entendimiento del suicidio en comunidades rurales y remotas de América Latina. *Estudios Sociológicos*, XXVIII (82), 185-210. <https://www.redalyc.org/pdf/598/59820675008.pdf>
- Arroyo, Y., Sala, A. E., y Arias Mora, F. (2014). Tendencia de la mortalidad por casos de intoxicaciones en Costa Rica. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 23(1), 58–62. [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-14292014000100010&lang=pt](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292014000100010&lang=pt)
- Arruda, V. L., Freitas, B. H. B. M., Marcon, S. R., Fernandes, F. Y., Lima, N. V. P., y Bortolini, J. (2021). Suicídio em adultos jovens brasileiros: Série temporal de 1997 a 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(7). <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.08502021>
- Azuero, A., Kaufman, D., Coriat, J., tassinari, S., Faria, A., Cardona, C., y Rosselli, D. (2017). Suicide in the Indigenous Population of Latin America: A systematic Review. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 46(4), 237- 242.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.12.002>

- Bedout, A. (2008). Panorama actual del suicidio: análisis psicológico y psicoanalítico. *International Journal of Psychological Research*, 1(2), 53-63.  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023508007>
- Bennewith, O., Nowers, M., y Gunnell, D. (2007). Effect of barriers on the Clifton Suspension Bridge, England, on local patterns of suicide: Implications for prevention. *The British Journal of Psychiatry*, 190(3), 266–267.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.027136>
- Benítez, E. (2022). Implicaciones bioéticas en el “efecto de contagio” del suicidio. *Medicina y Ética*, 33(1), 163-204. <https://doi.org/10.36105/mye.2022v33n1.04>
- Campo Ana. (2018). *Impacto del género en los intentos de suicidio en Quito (Ecuador)* [Tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgili.] Tesis Doctorals en Xarxa.  
<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/663365/TESI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Campo, A. (2018). Suicidios en Quito, Ecuador. Etnografía de la muerte autoinfligida desde interpretaciones de la vida. *Universitat Autònoma de Barcelona*.  
[https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2018/hdl\\_10803\\_664098/alca1de1.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2018/hdl_10803_664098/alca1de1.pdf)
- Cañarte, R. y Alvarado, A. (2025). La epidemiología del suicidio en Ecuador desde una perspectiva de salud pública. *Revista Científica Internacional Arandu UTIC*, 12(4), 606-617. <https://doi.org/10.69639/arandu.v12i4.1693>
- Caño, C. y Carmona, J. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Revista Pediatría Atención Primaria*, 20(80), 387-395.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322018000400014](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014)

- Cárdenas, R. (2021). La mortalidad por suicidio en las poblaciones masculinas joven, adulta y adulta mayor en ocho países de Latinoamérica y el Caribe. *RELAP-Revista Latinoamericana de Población*, 15(29), 5-33.  
<http://doi.org/10.31406/relap2021.v15.i2.n29.1>
- Carmona, J. (2012). El suicidio: un enfoque psicosocial. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 3(2), 316-339. <https://www.redalyc.org/pdf/4978/497856285010.pdf>
- Castillo, J., Castro, J. (2024). Estrategias de prevención del suicidio en puentes. *Universidad de Ibagué*.  
<https://repositorio.unibague.edu.co/server/api/core/bitstreams/5d54b88e-cf28-4bf7-babe-0d9f9808fa1c/content>
- Contreras-Córdova, C. R., Atencio-Paulino, J. I., Sedano, C., Ccoicca-Hinojosa, F. J., y Paucar Huaman, W. (2022). Suicidios en el Perú: Descripción epidemiológica a través del Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF) en el periodo 2017–2021. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 85(1), 19–28.  
<https://doi.org/10.20453/rnp.v85i1.4152>
- Corona Miranda, B., Alfonso Sagué, K., Cuellar Luna, L., Hernández Sánchez, M., Álvarez Toste, M., y García Pérez, T. del C. (2020). Estratificación epidemiológica de la mortalidad por suicidio en Cuba, 2011–2016. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(3). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2020000300009&lang=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000300009&lang=pt)
- Corona Miranda, B., Hernández Sánchez, M., y García Pérez, R. M. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgo y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), 90–100. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2016000100011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100011)

- Dwyer J, Spittal MJ, Scurrah K, Pirkis J, Bugeja L. y Clapperton A (2023). Structural intervention at one bridge decreases the overall jumping suicide rate in Victoria, Australia. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 32, e58, 1–7.  
<https://doi.org/10.1017/S2045796023000720>
- Echávarri, A. (2010). Concepto y clasificación de la conducta suicida. *CAPS Manizales*.  
<https://capsmanizales.com/files/3b.-Clasificacion-conducta-suicida.pdf>
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, 33(2), 117-126. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>
- Espinosa, K. (2023). Burden clínico del suicidio en Ecuador: un estudio transversal. *Revista Médica Vozandes*, 33(2), 13-20. [https://revistamedicavozandes.com/wp-content/uploads/2023/01/02\\_AO1.pdf](https://revistamedicavozandes.com/wp-content/uploads/2023/01/02_AO1.pdf)
- Estigarribia, A. (2021). Una aproximación al problema del suicidio en el Paraguay. *Kera Yvoty: reflexiones sobre la cuestión social*, 6, 175-188.  
<https://doi.org/10.54549/ky.6.2021.175>
- Ferreira e Silva, H. R., Holanda Júnior, W. P., Magalhães, D. L. do N., Santos, A. Q. de S., Magalhães, K. do N., y Ferreira, M. A. D. (2025). Suicide attempts by poisoning recorded at a toxicological information and assistance center: A cross-sectional study, Fortaleza, 2022. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 34, e20240885.  
<https://doi.org/10.1590/s2237-96222025v34e20240885.en>
- García Galindo, C. y Bahamón Muñetón, M. J. (2017). Teoría cognitiva y teoría interpersonal psicológica del comportamiento suicida. En J. A. Forero Hidalgo, Y. Hernández Álvarez, M. J. Ortiz Barrero, C. García Galindo, M. J. Bahamón Muñetón, J. A. Herrera Contreras, F. Castro Jiménez, S. G. Bocanegra Delgado, y M. M. Díaz Fuentes (Eds.), *Debates emergentes en Psicología* (pp. 43–53).

Universidad Nacional Abierta y a Distancia.

<https://doi.org/10.22490/9789586516198.04>

- García-Haro, J. M., García-Pascual, H., González-González, M., Barrio-Martínez, S., y García-Pascual, R. (2019). ¿Qué es suicidio? Problemas clínicos y conceptuales. *Apuntes de Psicología*, 37(2), 91–100. <https://doi.org/10.55414/ap.v37i2.807>
- García Haro, J. M., González González, M., y García-Pascual, H. (2023). Dos modelos de crisis suicida: una perspectiva psicológica. *Revista de Psicoterapia*, 29(111), 167–185. <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i111.255>
- García, L. (2024). Conducta suicida / Suicidal behavior. *NPunto*, Vol. VII (73), 4-28. <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/6630de1b4794aart1.pdf>
- Gascón González, Trino Javier. (2025). Afrontando el Suicidio Social: Reflexiones desde la Perspectiva Psicológica. *Revista de Investigacion Psicologica*, (33), 91-107. Epub 00 de mayo de 2025. <https://doi.org/10.53287/xfpw7461mo40d>
- Gomes, G. A., Maronezi, L. F. C., Felizari, G. B., Riffel, R. T., Fernandes, J. de F., y Rabello, R. (2021). Caracterização dos óbitos por suicídio entre 2013–2017. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 70(3). <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000335>
- Guevara, A. (2024). Determinantes sociodemográficos del acto suicida en la población peruana: un análisis multivariable. *Revista Médica Herediana*, 35(4), 204-211. <https://doi.org/10.20453/rmh.v35i4.5020>
- Gutiérrez, M. (2023). Desencadenante final por el cual una persona decide suicidarse, estudio cualitativo. *UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COLOMBIA*. <https://bffrepositorio.unal.edu.co/server/api/core/bitstreams/765e840a-a8ed-4359-8607-b0295ce0311b/content>

- Gutiérrez, A., Contreras, C., y Orozco, R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud mental*, 29(5). <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v29n5/0185-3325-sm-29-05-66.pdf>
- Hemmer, A., Meier, P., y Reisch, T. (2017). Comparing different suicide prevention measures at bridges and buildings: Lessons we have learned from a national survey in Switzerland. *PLoS ONE*, 12(1), e0169625. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169625>
- Law, C.-k., Svetlicic, J., y De Leo, D. (2014). Restricting access to a suicide hotspot does not shift the problem to another location: An experiment of two river bridges in Brisbane, Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 38(2), 134–138. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12157>
- Linares, B., Bikic, F. (1995). Suicidio por salto al vacío. *Medicina legal de Costa Rica*, 11(2-1), 36-38. [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00151995000200007](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00151995000200007)
- López, L. (2019). Perfil de métodos en intentos de suicidio: tendencias e implicancias para la prevención. Jujuy, noroeste de Argentina. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 197-208. <https://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1872>
- Monza, A. Cracco, C. (2023). Suicidio en Uruguay revisión de políticas públicas e iniciativas para su prevención. *Organización Panamericana de la Salud*. <https://www.paho.org/sites/default/files/2023-06/informe-final-salud-mental.pdf>
- Mora, A. (2021). Influencia del fenómeno del suicidio por salto al vacío en las dinámicas cotidianas de las organizaciones comunitarias de los alrededores del puente sobre el río virilla en la ruta 32 (Puente Saprissa). *Universidad Nacional de Costa Rica*.

<https://repositorio.una.ac.cr/server/api/core/bitstreams/ea91f52d-3cbd-4ec3-98b7-ea3b75ea18da/content>

Muñoz, S., Peralta, L., Vera, R., y Clavijo, M. (2021). Factores predisponentes y métodos de suicidio: Mini-revisión de la actualidad. *Revista Médica HJCA*, 13(2), 117-124.

DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2021.13.2.rb.19>

Muñoz, V., Vega, D., Mendoza, A., y Muñoz, V. (2005). Suicidio e intento de suicidio por salto desde altura en el puente Villena. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 68(3-4), 140-

152. <https://doi.org/10.20453/rnp.v68i3-4.1588>

Neira, H. (2018). Suicidio y misiones suicidas: revisitando a Durkheim. *Cinta moebio*, 62,

140-154. <https://www.scielo.cl/pdf/cmoebio/n62/0717-554X-cmoebio-62-00140.pdf>

Oliva, C., Cordoba, P. (2021). Suicidio y discriminación en adolescentes y jóvenes adultos:

análisis sobre las diferencias significativas según género. *III Congreso*

*Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII*

*Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del*

*MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III*

*Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos*

*Aires, Buenos Aires.* <https://www.aacademica.org/000-012/716.pdf>

Organización de las Naciones Unidas. (2025, septiembre 10). América, la única región del mundo donde crece el suicidio. *Noticias ONU.*

<https://news.un.org/es/story/2025/09/1540421>

Organización Mundial de la Salud. (2025, marzo 25). Suicidio.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2025). *Prevención del suicidio.*

<https://www.paho.org/es/temas/prevencion->



*American Journal of Public Health*, 103(7), 1235–1239.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301089>

Polo, E., Bru, A., Beltran, Y., y Martínez, O. (2023). Estudio Sociodemográfico Del Suicidio En Latino América Y Colombia Año 2023. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(5), 10883-10899.

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v7i5.13154](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i5.13154)

Rebelo, F. M., Caldas, E. D., Heliodoro, V. de O., y Rebelo, R. M. (2011). Intoxicação por agrotóxicos no Distrito Federal, Brasil, de 2004 a 2007: Análise da notificação ao Centro de Informação e Assistência Toxicológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(8), 3493–3502. <https://www.scielo.org/article/csc/2011.v16n8/3493-3502/>

Ryan, R. y Deci, E. (2000). Self- Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well- Being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>

Shin S, Pirkis J, Clapperton A, Spittal M, Too LS (2024) Effectiveness of partial restriction of access to means in jumping suicide: lessons from four bridges in three countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 33, e38, 1–5. <https://doi.org/10.1017/S2045796024000428>

Sinyor, M., Men, V. Y., Chan, P. P. M., Sanchez Morales, D., y Levitt, A. J. (2025). Long-term impact of the Bloor Viaduct suicide barrier on suicides in Toronto: A time-series analysis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 70(4).

<https://doi.org/10.1177/07067437241293978>

Souza, V. dos S., Alves, M. da S., Silva, L. A., Lino, D. C. S. F., Nery, A. A., y Casotti, C. A. (2011). Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no

- interior da Bahia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(4), 294–300.  
<https://doi.org/10.1590/S0047-20852011000400010>
- Souza, R. S. B., Oliveira, J. C., Alvares-Teodoro, J., y Teodoro, M. L. M. (2020). Suicídio e povos indígenas brasileiros: revisão sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e58. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.58>
- Torok, M., Passioura, J., Konings, P., Wong, Q., Qian, J., y Larsen, M. E. (2023). A spatial analysis of suicide displacement at a high-risk cliff-based location following installation of a means restriction initiative. *Prevention Science*, 24, 1292–1301.  
<https://doi.org/10.1007/s11121-023-01504-6>
- Trejo-Cruz, V. H. (2023). Teoría psicológica interpersonal del suicidio: relación con intento suicida, impulsividad y desesperanza. *South Florida Journal of Health*, 4(1), 8–13.  
<https://ojs.southfloridapublishing.com/ojs/index.php/jhea/article/view/2006/1572>
- Tsirigotis, K., Gruszczynski, W., y Tsirigotis, M. (2011). Gender differentiation in methods of suicide attempts. *Medical Science Monitor*, 17(8), PH65–PH70.  
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3539603/>
- Vega, G. (1997). Cultura y psiquiatria. El Chiriculapo; roca enigmática que “llama” al suicida. *Revista de la Universidad de Cuenca*, 41.  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/4786>
- Vidal, C. y Carlo, C. (2021). Cambios en la tendencia de mortalidad por suicidio en Chile, 1997-2018. *Salud Colectiva*, 17, e3363. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3363>
- Villantoy, A., Cruzado, L. (2018). Prevención primaria del suicidio y el Puente Chilina de Arequipa. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 81(4), 279-281.  
<https://doi.org/10.20453/rnp.v81i4.3443>

- Whitmer, D. A., y Woods, D. L. (2013). Analysis of the cost effectiveness of a suicide barrier on the Golden Gate Bridge. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 34(2), 98–106. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000179>
- Wyllie, J., Robb, J., Sandford, D., Etherson, M., Belkadi, N., y O'Connor, R. (2025). Suicide-related stigma and its relationship with help-seeking, mental health, suicidality and grief: scoping review. *BJPSych Open*, 11(2), e60. <https://doi.org/10.1192/bjo.2024.857>