

Ideación suicida en la población adulta de Chile: Prevalencia y factores asociados según etapa del curso de vida

Vania Martínez^{1,2,3}, Marcelo A. Crockett^{2,3,a,*}, Belén Vargas^{1,3,4,a}, Bert Kaempfe-Vásquez^{5,a}, Rocío Martínez-Gutiérrez^{5,6,b}, Alejandro Riquelme-Bórquez^{1,a}, Pía Álvarez^{5,b}, Javiera Erazo^{1,a}.

Suicidal Ideation in the Adult Population of Chile: Prevalence and Associated Factors Across the Life Course

RESUMEN

Contar con datos actualizados de prevalencia de ideación suicida y sus factores asociados es fundamental para orientar estrategias preventivas. **Objetivo:** Examinar la prevalencia y la relación entre factores sociodemográficos, indicadores de salud y consumo de sustancias con la ideación suicida en una muestra comunitaria de personas adultas en Chile. **Métodos:** Se realizó un análisis secundario de los datos de 19.989 personas adultas residentes en zonas urbanas de Chile, extraídos de la Encuesta Nacional de Salud, Sexualidad y Género 2022-2023. La encuesta incluyó información sociodemográfica, indicadores de salud, consumo de sustancias, e ideación suicida durante la vida y en los últimos 12 meses. Se utilizaron modelos de regresión logística estratificados por edad para lo cual se definieron tres grupos: adultez emergente (18 a 29 años), adultez media (30 a 59 años) y personas mayores (60 años o más). **Resultados:** La prevalencia de ideación suicida fue de 17,4% durante la vida y 5,2% en los últimos 12 meses, siendo mayor en mujeres, adultos emergentes y en las macrozonas sur y Región Metropolitana. Las variables que presentaron una asociación estadísticamente significativa más fuerte con la ideación suicida en los tres grupos etarios fueron antecedentes de depresión (ideación durante la vida Odds Ratio ajustadas [ORa] \geq 4,54; 12 meses ORa \geq 3,72) y presentar síntomas actuales de ansiedad y/o depresión (durante la vida ORa \geq 2,62; 12 meses ORa \geq 3,34). El resto de las variables mostraron una asociación con la ideación suicida dependiendo del grupo de edad. Para todos los grupos se observó una relación inversa entre

¹Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

²Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA), Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

³Núcleo para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes (Imhay). Santiago, Chile.

⁴Programa de Doctorado en Psicoterapia, Universidad de Chile y Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

⁵Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

⁶Doctoral Program in Health Policy, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada.

^aPsicólogo(a).

^bSocióloga.

*Correspondencia: Marcelo A. Crockett / mcrockett@uchile.cl
Profesor Alberto Zañartu 1030, Independencia, Santiago, Chile.

Financiamiento: Este estudio recibió el apoyo de ANID – Programa Iniciativa Científica Milenio – NCS2021_081 y ANID – Fondecyt Regular – N°1221230. BV recibe financiamiento de ANID/PFCHA/DOCTORADO NACIONAL/2021_21212114. Las fuentes de financiamiento no influyeron en el diseño del estudio, la recolección, análisis e interpretación de los datos, y redacción de este reporte.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Recibido: 15 de julio de 2025.

Aceptado: 01 de septiembre de 2025.

calidad de vida autopercebida ($ORa \leq 0,64$) y evaluación de salud autopercebida con la ideación suicida ($ORa \leq 0,59$). **Conclusiones:** Se observó una alta prevalencia de ideación suicida y similitudes y diferencias en los factores asociados a la ideación suicida entre los distintos grupos etarios.

Palabras clave: Chile; Depresión; Factores sociodemográficos; Ideación suicida; Prevalencia.

ABSTRACT

Having updated data on the prevalence of suicidal ideation and its associated factors is essential to guide preventive strategies. **Aim:** to examine the prevalence and relationship between sociodemographic factors, health indicators, and substance use with suicidal ideation in a community sample of adults in Chile. **Methods:** A secondary analysis of data from 19,989 adult residents in urban areas of Chile, extracted from the National Survey of Health, Sexuality and Gender 2022-2023, was performed. The survey included sociodemographic information, health indicators, substance use, and suicidal ideation during lifetime and in the last 12 months. Logistic regression models stratified by age were used, for which three groups were defined: emerging adulthood (18 to 29 years), middle adulthood (30 to 59 years), and older persons (60 years or more). **Results:** The prevalence of suicidal ideation was 17.4% during life and 5.2% in the last 12 months, being higher in women, emerging adults, and residents of the macro-zones south and the Metropolitan Region. The variables that presented the strongest statistically significant association with suicidal ideation in the three age groups were having a history of depression (lifetime ideation adjusted Odds Ratio [ORa] ≥ 4.54 ; 12-month $ORa \geq 3.72$) and presenting current symptoms of anxiety and/or depression (lifetime $ORa \geq 2.62$; 12-month $ORa \geq 3.34$). The rest of the variables showed an association with suicidal ideation depending on the age group. For all groups, an inverse relationship was observed between self-perceived quality of life ($ORa \leq 0.64$) and self-perceived health with suicidal ideation ($ORa \leq 0.59$). **Conclusions:** a high prevalence of suicidal ideation and similarities and differences in the factors associated with suicidal ideation were observed among the different age groups.

Keywords: Chile; Depression; Prevalence; Sociodemographic Factors; Suicidal Ideation.

El suicidio constituye un problema de salud pública a nivel mundial, con cerca de 727.000 muertes registradas en 2021¹. Su prevención ha sido reconocida como una prioridad global¹ e incorporada en los Objetivos de Desarrollo Sostenible². En Chile, desde 2013 existe un Programa Nacional de Prevención del Suicidio³, y las tasas de mortalidad por esta causa disminuyeron entre 2010 y 2019⁴. Más allá de las cifras, las muertes por suicidio conllevan un profundo impacto en las comunidades. A pesar de ello, muchas personas en riesgo suicida no acceden a servicios de salud mental⁵, lo que dificulta su prevención.

En este contexto, la ideación suicida, como parte del espectro de la suicidalidad, es un indicador clave para la detección temprana y la intervención oportuna⁶. Este fenómeno se asocia frecuentemente a problemas de salud mental, como depresión⁷, ansiedad⁸, autolesiones no suicidas⁹, trastorno por uso de sustancias¹⁰, experiencias de tipo psicótico e insomnio¹¹. Asimismo, ciertas condiciones sociodemográficas como ser mujer, tener bajos ingresos, menor nivel educativo¹², estar desempleado^{11,12}, ser soltero¹¹, pertenecer a minorías sexuales y de género¹³, se han vinculado a mayor riesgo de ideación suicida.

En Chile, datos poblacionales de personas mayores de 18 años, recolectados entre 2016 y 2017, indican que el 10,7% declaró haber pensado seriamente en suicidarse en algún momento de su vida y el 2,2% en los últimos 12 meses¹⁴. Asimismo, el 3,9% afirmó haber hecho un plan para suicidarse en algún momento de su vida y 1,5% en los últimos 12 meses¹⁴. Sin embargo, se desconoce si estas prevalencias se han mantenido o han cambiado en el tiempo.

Contar con datos actualizados y representativos a nivel nacional es fundamental para orientar estrategias preventivas basadas en evidencia. Este estudio tiene como objetivo examinar la prevalencia de la ideación suicida y su relación con factores sociodemográficos, indicadores de salud y consumo de sustancias en personas adultas en Chile, según la etapa del curso de vida.

Métodos

Participantes

Los datos utilizados en este estudio provienen de la Encuesta Nacional de Salud, Sexualidad y Género (ENSSEX) 2022-2023, realizada por el Ministerio de Salud. Participaron 20.392 personas mayores de 18 años residentes en zonas urbanas a lo largo de Chile. La encuesta empleó un muestreo de áreas probabilístico, estratificado geográficamente y en cuatro etapas (comunas, manzanas censales, viviendas ocupadas y personas mayores de 18 años). El marco muestral se basó en el Censo 2017, con un error muestral absoluto de $\pm 0,7$ a nivel nacional¹⁵. La muestra de este estudio estuvo compuesta por 19.989 personas entre 18 y 100 años ($M=44,8$ años, error estándar= 0,25) quienes contestaron las preguntas sobre ideación suicida (n observaciones perdidas= 403).

Medidas

Factores sociodemográficos. Se incluyeron las variables edad, sexo, identidad de género (construida a partir de las variables sexo asignado al nacer y género reportado actualmente para distinguir las personas cisgénero [personas cuyo sexo e identidad de género coinciden] y transgénero y género diverso [personas cuyo sexo e identidad de género son diferentes]), orientación sexual, nacionalidad, autoidentificación de etnia indígena (que considera las 10 etnias indígenas reconocidas por ley en Chile hasta 2022), años de educación, situación laboral, situación de pareja actual y macrozona de residencia, organizadas en Norte (desde Arica y Parinacota hasta Coquimbo), Centro (Valparaíso hasta Biobío), Sur (desde La Araucanía hasta Magallanes), y Región Metropolitana. Adicionalmente, se incorporó una variable de necesidades económicas, construida a partir de respuestas negativas a las preguntas: "¿Diría que el ingreso mensual del hogar les permite pagar sin necesidad de créditos o préstamos ...los servicios básicos como luz, agua o gas? y/o... los alimentos para comer durante todo el mes?"

Indicadores de salud. Se incluyeron las variables antecedentes de depresión diagnosticada por un médico alguna vez en la vida, antecedente de enfermedad física (migrañas o dolores de cabeza

frecuentes, trastorno musculoesquelético, diabetes, bocio, enfermedad de la tiroides e hipertensión) alguna vez en la vida, calidad de vida y evaluación de salud autopercebidas, ambas medidas en una escala Likert de 5 puntos (que va de 1= muy mala a 5= muy buena). Adicionalmente, los participantes contestaron el Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4)¹⁶ para evaluar la presencia de síntomas de ansiedad y/o depresión en las últimas dos semanas. Esta escala consta de 4 ítems que se responden en una escala Likert de 4 puntos (que va de 0= nunca a 3= casi todos los días). Se utilizó el punto de corte de 6 puntos propuesto por los autores para indicar la presencia de al menos síntomas moderados de ansiedad y/o depresión¹⁶.

Consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses. Se preguntó por el consumo de alcohol, marihuana y otras drogas (cocaína, drogas inyectables, alucinógenos, hongos y poppers) en los últimos 12 meses.

Ideación suicida. La ideación suicida se evaluó mediante los ítems "pensar seriamente en suicidarse" y "hacer un plan para suicidarse", considerando dos periodos temporales: durante la vida y en los últimos 12 meses. Para cada periodo, se construyó una variable dicotómica denominada ideación suicida, que se consideró presente si la persona respondió afirmativamente al menos a uno de los dos ítems.

Procedimiento

El estudio primario ENSSEX fue aprobado por el Comité Ético Científico de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades de la Pontificia Universidad Católica de Chile (ID Protocolo: 211102002). Los participantes fueron entrevistados de forma presencial en sus hogares por encuestadores capacitados. Antes de responder la encuesta, se les solicitó otorgar su consentimiento informado. Los encuestadores fueron supervisados por el equipo a cargo de la encuesta. Toda la información relacionada con el proceso de aplicación de la encuesta se encuentra disponible en informes de la encuesta^{15,17}.

Análisis

Considerando que podrían existir diferencias

en la distribución de las características de la población según la edad (como los años de educación, antecedente de enfermedad física, entre otras), todos los resultados fueron estratificados por esta variable. Para ello se definieron tres grupos a partir de las etapas relevantes del curso de vida: adultos emergentes (18 a 29 años), adultos (30 a 59 años) y personas mayores (60 años o más).

Se utilizaron porcentajes y medias para describir las variables del estudio estratificados por edad. Asimismo, se estimaron las prevalencias de ideación suicida según sexo, edad y macrozona de residencia y se examinaron sus posibles diferencias mediante la prueba χ^2 corregida por el diseño de la encuesta.

Para analizar la relación entre los factores sociodemográficos, indicadores de salud y consumo de sustancias con la ideación suicida, se realizaron modelos de regresión logística múltiples estratificados por edad. Para estos análisis, se utilizaron variables combinadas de ideación suicida durante la vida y en los últimos 12 meses (que incluye los ítems pensar seriamente y hacer un plan para suicidarse), con el objetivo de aumentar el poder estadístico y facilitar la interpretación de los resultados. Estas variables se trataron como variables dependientes y el resto como variables independientes, las cuales se incluyeron todas simultáneamente en cada modelo.

Además, se realizaron modelos para examinar la relación entre calidad de vida y evaluación de salud autopercebidas con la ideación suicida, utilizando modelos ajustados por las variables sociodemográficas.

Para todos los análisis se utilizaron factores de expansión con el propósito de que los resultados fueran representativos de la población adulta de Chile. El manejo de datos perdidos se realizó mediante el método de análisis de casos disponibles. Los análisis se realizaron en Stata 17.

Resultados

El 23,1%, 54,0% y 22,8% de la muestra estuvo compuesta por los grupos de 18-19 años, 30-59 años y 60 años o más, respectivamente. Las características de la muestra estratificadas por edad están en la tabla 1.

Tabla 1. Variables del estudio estratificadas por edad.

| | Total N= 19.989 | 18 - 29 años N= 5.075 | 30 – 59 años N= 9.913 | 60 años o más N= 5.001 |
|------------------------------------|----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| Variables sociodemográficas | | | | |
| Sexo (%) | | | | |
| Masculino | 48,4 | 50,7 | 49,4 | 43,5 |
| Femenino | 51,6 | 49,4 | 50,6 | 56,5 |
| Identidad de género (%) | | | | |
| Cisgénero | 99,0 | 98,3 | 99,2 | 99,1 |
| Transgénero y género diverso | 1,0 | 1,7 | 0,8 | 0,9 |
| Orientación sexual (%) | | | | |
| Heterosexual | 96,1 | 91,3 | 96,8 | 99,2 |
| LGBQ | 3,9 | 8,7 | 3,2 | 0,8 |
| Nacionalidad (%) | | | | |
| Chilena | 95,3 | 94,7 | 94,0 | 98,8 |
| Extranjera | 4,7 | 5,3 | 6,0 | 1,2 |
| Etnia indígena (%) | | | | |
| No | 90,5 | 87,9 | 90,5 | 93,2 |
| Sí | 9,5 | 12,1 | 9,5 | 6,8 |
| Años de educación (%) | | | | |
| <8 años | 16,3 | 2,1 | 11,5 | 42,1 |
| 8-12 años | 43,0 | 42,4 | 45,1 | 38,6 |
| >12 años | 40,7 | 55,5 | 43,4 | 19,3 |
| Trabajo actual (%) | | | | |
| No | 40,7 | 43,9 | 26,5 | 71,1 |
| Sí | 59,3 | 56,1 | 73,5 | 28,9 |
| Necesidades económicas (%) | | | | |
| No | 84,6 | 86,4 | 85,4 | 80,8 |
| Sí | 15,4 | 13,6 | 14,6 | 19,2 |
| Pareja actual (%) | | | | |
| No | 37,1 | 50,8 | 28,6 | 43,6 |
| Sí | 62,9 | 49,2 | 71,4 | 56,4 |
| Macrozona (%) | | | | |
| Norte | 12,3 | 13,0 | 13,1 | 9,6 |
| Centro | 30,4 | 32,0 | 29,9 | 30,0 |
| Sur | 11,1 | 14,6 | 10,9 | 8,0 |

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN / RESEARCH ARTICLE

Ideación suicida en la población adulta de Chile: Prevalencia y factores asociados según etapa del curso... - V. Martínez, et al.

...continuación tabla 1.

| Total | 18 - 29 años N= 19.989 | 30 – 59 años N= 5.075 | 60 años o más N= 9.913 | N= 5.001 |
|------------------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------|----------|
| Región Metropolitana | 46,2 | 40,3 | 46,1 | 52,4 |
| Variables relacionadas a la salud | | | | |
| Antecedentes depresión (%) | | | | |
| No | 82,6 | 85,0 | 81,5 | 78,4 |
| Sí | 17,4 | 15,0 | 18,5 | 21,6 |
| Antecedentes enfermedad física (%) | | | | |
| No | 55,2 | 78,0 | 58,5 | 24,2 |
| Sí | 44,8 | 22,0 | 41,5 | 75,8 |
| Calidad de vida (M) | 3,8 | 4,0 | 3,9 | 3,6 |
| Evaluación salud (M) | 3,7 | 4,0 | 3,8 | 3,4 |
| PHQ-4 (%) | | | | |
| 0-5 | 87,1 | 87,1 | 87,5 | 86,0 |
| 6-12 | 12,9 | 12,9 | 12,5 | 14,0 |
| Consumo sustancias 12 meses | | | | |
| Alcohol (%) | | | | |
| No | 37,2 | 31,0 | 34,2 | 50,5 |
| Sí | 62,8 | 69,0 | 65,8 | 49,5 |
| Marihuana (%) | | | | |
| No | 83,4 | 64,7 | 85,0 | 98,6 |
| Sí | 16,6 | 35,3 | 15,0 | 1,4 |
| Otras drogas (%) | | | | |
| No | 95,3 | 91,1 | 95,3 | 99,8 |
| Sí | 4,7 | 8,9 | 4,7 | 0,2 |

Notas. LGBQ = Lesbianas, gays, bisexuales y questioning. PHQ-4 = Patient Health Questionnaire-4.

En cuanto a las prevalencias de ideación suicida (Tabla 2), un 15,6% declaró haber pensado seriamente en suicidarse en algún momento de su vida, y un 4,6% lo hizo en los últimos 12 meses. Asimismo, el 7,5% afirmó haber hecho un plan para suicidarse en algún momento de su vida, y 2,2% en los últimos 12 meses. La prevalencia de ideación suicida durante la vida fue de 17,4% y en los últimos 12 meses fue de 5,2%. Se observó un aumento de la prevalencia de ideación suicida a medida que disminuye la edad, una mayor prevalencia durante la vida en las personas de sexo

femenino y en las personas que residen en las macrozonas Región Metropolitana y Sur (Tabla 2).

La tabla 3 incluye las asociaciones ajustadas entre las variables independientes y la ideación suicida durante la vida estratificadas por edad. Las variables que mostraron una relación estadísticamente significativa más estrecha con la ideación suicida en los tres grupos de edad fue tener antecedente de depresión y tener síntomas actuales de ansiedad y/o depresión según el PHQ-4. El resto de las variables mostraron una asociación con la ideación suicida dependiendo del grupo de edad.

Tabla 2. Prevalencias de ideación suicida durante la vida y 12 meses.

| | Pensar seriamente en suicidarse | | Hacer plan para suicidarse | | Ideación suicida | |
|-------------------------|--|----------|---------------------------------------|----------|-----------------------------|----------|
| | % (IC 95%) | p | % (IC 95%) | p | % (IC 95%) | p |
| Durante la vida | | | | | | |
| Total | 15,6 (14,4-16,6) | | 7,5 (6,9-8,2) | | 17,4 (16,4-18,5) | |
| Sexo | | < ,001 | | ,009 | | < ,001 |
| Masculino | 13,5 (12,4-14,7) | | 6,8 (6,0-7,7) | | 15,5 (14,4-16,7) | |
| Femenino | 17,5 (16,1-19,0) | | 8,3 (7,5-9,1) | | 19,2 (17,7-20,8) | |
| Edad | | < ,001 | | < ,001 | | < ,001 |
| 18-29 | 20,8 (18,9-22,8) | | 11,4 (10,0-13,0) | | 23,7 (21,7-25,9) | |
| 30-59 | 15,0 (13,9-16,3) | | 7,3 (6,5-8,1) | | 16,8 (15,6-18,1) | |
| 60 o más | 11,6 (10,2-13,2) | | 4,3 (3,5-5,4) | | 12,4 (10,9-14,0) | |
| Macrozona | | < ,001 | | < ,001 | | < ,001 |
| Norte | 12,0 (10,5-13,7) | | 5,9 (4,8-7,1) | | 13,5 (12,0-15,3) | |
| Centro | 14,0 (12,4-15,7) | | 5,7 (4,9-6,6) | | 15,3 (13,8-17,1) | |
| Sur | 17,4 (15,6-19,4) | | 9,5 (8,6-10,5) | | 19,9 (18,1-21,8) | |
| Región Metropolitana | 17,1 (15,4-19,0) | | 8,8 (7,7-10,0) | | 19,2 (17,4-21,2) | |
| 12 meses | | | | | | |
| Total | 4,6 (4,1-5,1) | | 2,2 (1,9-2,5) | | 5,2 (4,7-5,8) | |
| Sexo | | ,232 | | ,176 | | ,138 |
| Masculino | 4,3 (3,7-5,0) | | 1,9 (1,4-2,5) | | 4,9 (4,1-5,7) | |
| Femenino | 4,8 (4,2-5,5) | | 2,4 (2,0-2,9) | | 5,6 (4,9-6,3) | |
| Edad | | < ,001 | | < ,001 | | < ,001 |
| 18-29 | 7,0 (6,0-8,2) | | 3,5 (2,8-4,3) | | 8,1 (6,9-9,4) | |
| 30-59 | 4,2 (3,5-5,0) | | 2,0 (1,6-2,6) | | 4,9 (4,1-5,8) | |
| 60 o más | 3,1 (2,3-4,0) | | 1,2 (0,9-1,8) | | 3,3 (2,6-4,2) | |
| Macrozona | | ,003 | | ,033 | | < ,001 |
| Norte | 4,4 (3,6-5,4) | | 1,7 (1,3-2,4) | | 5,0 (4,2-5,9) | |
| Centro | 3,5 (2,8-4,3) | | 1,7 (1,3-2,2) | | 3,8 (3,1-4,7) | |
| Sur | 5,6 (4,7-6,5) | | 2,9 (2,4-3,6) | | 6,6 (5,7-7,7) | |
| Región Metropolitana | 5,1 (4,3-6,1) | | 2,4 (1,8-3,1) | | 5,9 (4,9-7,0) | |

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN / RESEARCH ARTICLE

Ideación suicida en la población adulta de Chile: Prevalencia y factores asociados según etapa del curso... - V. Martínez, et al.

Tabla 3. Odds ratio e intervalos de confianza al 95% estimados según modelos de regresión logística múltiple para medir la asociación entre las variables sociodemográficas, relacionadas a la salud y consumo de sustancias con la ideación suicida durante la vida estratificadas por edad.

| | Total | | 18 - 29 años | | 30 - 59 años | | 60 años o más | |
|--------------------------------|-------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|---------------|--------------|
| | ORa | IC95% | ORa | IC95% | ORa | IC95% | ORa | IC95% |
| Sexo femenino | 0,91 | 0,78 - 1,05 | 0,94 | 0,66 - 1,33 | 0,71* | 0,56 - 0,90 | 1,26 | 0,87 - 1,83 |
| Transgénero y género diverso | 1,73 | 0,89 - 3,39 | 3,47* | 1,36 - 8,84 | 1,36 | 0,53 - 3,52 | 1,22 | 0,15 - 10,17 |
| Orientación sexual LGBTQ | 2,21* | 1,61 - 3,03 | 2,05* | 1,30 - 3,26 | 1,92* | 1,18 - 3,12 | 0,56 | 0,20 - 1,57 |
| Nacionalidad extranjera | 0,92 | 0,62 - 1,35 | 0,97 | 0,54 - 1,76 | 0,76 | 0,48 - 1,21 | 1,67 | 0,43 - 6,50 |
| Etnia indígena | 1,06 | 0,83 - 1,35 | 0,85 | 0,54 - 1,32 | 1,03 | 0,75 - 1,41 | 1,24 | 0,68 - 2,27 |
| Años de educación ¹ | | | | | | | | |
| 8-12 años | 0,94 | 0,81 - 1,09 | 0,94 | 0,74 - 1,18 | 0,91 | 0,74 - 1,12 | 1,87* | 1,25 - 2,78 |
| < 8 años | 1,07 | 0,85 - 1,33 | 0,82 | 0,37 - 1,84 | 1,73* | 1,26 - 2,36 | 1,77* | 1,15 - 2,72 |
| Trabajo actual | 1,00 | 0,88 - 1,18 | 1,07 | 0,82 - 1,40 | 0,74* | 0,59 - 0,94 | 1,39 | 0,95 - 2,02 |
| Necesidades económicas | 1,20 | 0,96 - 1,50 | 1,43 | 0,92 - 2,20 | 1,13 | 0,85 - 1,51 | 1,08 | 0,74 - 1,58 |
| Pareja actual | 0,85* | 0,73 - 1,00 | 0,98 | 0,73 - 1,31 | 0,74* | 0,61 - 0,89 | 0,96 | 0,69 - 1,34 |
| Macrozona ² | | | | | | | | |
| Centro | 1,12 | 0,89 - 1,41 | 0,96 | 0,66 - 1,40 | 1,23 | 0,87 - 1,74 | 1,17 | 0,72 - 1,92 |
| Sur | 1,44* | 1,14 - 1,83 | 1,13 | 0,86 - 1,48 | 1,62* | 1,12 - 2,33 | 1,29 | 0,83 - 2,00 |
| Región Metropolitana | 1,29* | 1,04 - 1,60 | 1,19 | 0,89 - 1,59 | 1,44* | 1,03 - 2,01 | 1,24 | 0,79 - 1,97 |
| Antecedente depresión | 5,37* | 4,71 - 6,12 | 6,10* | 4,29 - 8,66 | 5,78* | 4,73 - 7,06 | 4,54* | 3,45 - 5,98 |
| Antecedente enfermedad | 1,17 | 0,99 - 1,38 | 1,57* | 1,12 - 2,21 | 1,39* | 1,14 - 1,69 | 1,22 | 0,79 - 1,90 |
| PHQ-4 ≥ 6 | 2,76* | 2,32 - 3,28 | 3,11* | 2,07 - 4,66 | 2,65* | 2,09 - 3,36 | 2,62* | 1,83 - 3,75 |
| Consumo alcohol 12m | 1,20* | 1,05 - 1,39 | 1,21 | 0,90 - 1,63 | 1,06 | 0,88 - 1,28 | 1,47* | 1,07 - 2,03 |
| Consumo marihuana 12m | 1,91* | 1,47 - 2,47 | 2,18* | 1,55 - 3,07 | 1,16 | 0,87 - 1,55 | 3,10* | 1,29 - 7,46 |
| Consumo otras drogas 12m | 1,88* | 1,39 - 2,55 | 1,19 | 0,80 - 1,78 | 2,76* | 1,87 - 4,07 | 1,13 | 0,21 - 5,99 |

Notas. LGBTQ= Lesbianas, gays, bisexuales y questioning. ORa= Odds Ratio ajustadas. PHQ-4= Patient Health Questionnaire-4. ¹Categoría de referencia 12 años o más. ²Categoría de referencia macrozona norte. *p<0,05.

En los grupos de 18-29 y 30-59 años, las personas LGBTQ y con antecedente de enfermedad física mostraron mayores posibilidades de reportar ideación suicida. Por otra parte, en los grupos de 30-59 y 60 o más años, las personas con menos años de educación (12 o menos años de educación para el grupo de 60 años o más y 8 o menos años de educación para el grupo de 30-59 años) mostraron más posibilidades de reportar ideación suicida en comparación a quienes tienen 12 o más años de educación. En el grupo de 18-29 años, las personas trans y género diverso y quienes consumieron marihuana se asoció a mayor reporte de ideación suicida. En el grupo de 30-59 años, las personas de sexo femenino, quienes tienen trabajo y pareja actuales tuvieron menos posibilidades de reportar ideación suicida, en cambio quienes consumieron otras drogas diferentes a alcohol y marihuana, y quienes residen en las macrozonas Sur y Región Metropolitana respecto a la macrozona Norte tuvieron más posibilidades. En el grupo de 60 o más años, quienes reportaron consumo de alcohol y marihuana tuvieron más posibilidades de reportar ideación suicida.

Para la ideación suicida en los últimos 12 meses (Tabla 4), las variables que se asociaron significativamente de forma más estrecha en los tres grupos edad luego de ajustar por otras variables fueron tener antecedente de depresión y los síntomas actuales de ansiedad y/o depresión según el PHQ-4. En los grupos de 18-29 y 30-59 años, quienes reportaron consumo de marihuana y otras drogas tuvieron más posibilidades de tener ideación suicida, al igual que quienes tienen entre 8 y 12 años de educación para el grupo 18-29 años y 8 o menos años de educación para el grupo de 30-59 años en comparación a quienes tienen 12 o más años de educación. En el grupo de 30-59 años, las personas de sexo femenino y las personas con pareja actual tuvieron menores posibilidades de tener ideación suicida, así como las personas que se identificaron con una etnia indígena y residen en la macrozona Centro respecto a la macrozona Norte en el grupo de 18-29 años.

Por otro lado, para todos los grupos de edad

se observa una relación inversa y estadísticamente significativa entre calidad de vida autopercibida y evaluación de salud autopercibida con la ideación suicida (Tabla 5).

Discusión

Los resultados de este estudio entregan evidencia actualizada de un aumento en la prevalencia de ideación suicida respecto a los reportados previamente por la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017¹⁴. Este incremento podría deberse tanto a una mayor disposición a reportar esta experiencia, como a un aumento del malestar psíquico, influido por el alza de síntomas depresivos y ansiosos que se ha evidenciado en Chile en los últimos años¹⁸.

Por otra parte, se observó una mayor prevalencia de ideación suicida durante la vida en personas de sexo femenino, y durante la vida y últimos 12 meses en personas más jóvenes y de las macrozonas sur y Región Metropolitana. Estos resultados coinciden con la Encuesta Nacional de Salud 2016- 2017¹⁴ en cuanto a las diferencias según sexo, pero no en cuanto a las diferencias por edad y zona de residencia. Esto podría reflejar un cambio en los grupos más susceptibles a presentar ideación suicida en el país. Además, las diferencias territoriales abren nuevas interrogantes respecto a las razones que explicarían un aumento de la prevalencia. Por ejemplo, la Región Metropolitana presentó una mayor prevalencia a pesar de su mayor acceso a servicios, lo que podría reflejar estrés urbano, sobrecarga del sistema o mayor visibilización del malestar. En la macrozona sur la mayor prevalencia podría relacionarse con menor acceso a servicios especializados y condiciones de aislamiento geográfico. Si bien la menor exposición a luz solar podría plantearse como posible explicación, la literatura señala que no hay asociación con la conducta suicida¹⁹ y su relación con la ideación suicida todavía requiere mayor investigación²⁰. Estos hallazgos destacan la importancia de considerar el contexto territorial en el diseño de políticas públicas de salud mental, incluyendo el acceso a servicios de salud mental y aspectos socioculturales.

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN / RESEARCH ARTICLE

Ideación suicida en la población adulta de Chile: Prevalencia y factores asociados según etapa del curso... - V. Martínez, et al.

Tabla 4. Odds ratio e intervalos de confianza al 95% estimados según modelos de regresión logística múltiple para medir la asociación entre las variables sociodemográficas, relacionadas a la salud y consumo de sustancias con la ideación suicida 12 meses estratificadas por edad.

| | Total | | 18 - 29 años | | 30 - 59 años | | 60 años o más | |
|--------------------------------|-------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|---------------|--------------|
| | ORa | IC95% | ORa | IC95% | ORa | IC95% | ORa | IC95% |
| Sexo femenino | 0,77* | 0,59 - 0,99 | 0,91 | 0,58 - 1,43 | 0,63* | 0,41 - 0,97 | 0,75 | 0,41 - 1,37 |
| Transgénero y género diverso | 1,28 | 0,48 - 3,39 | 0,89 | 0,27 - 2,97 | 1,53 | 0,57 - 4,13 | 3,32 | 0,13 - 82,30 |
| Orientación sexual LGBQ | 1,53 | 0,99 - 2,36 | 1,47 | 0,87 - 2,46 | 1,41 | 0,66 - 3,00 | 0,56 | 0,10 - 3,22 |
| Nacionalidad extranjera | 1,14 | 0,65 - 2,01 | 1,02 | 0,46 - 2,30 | 1,02 | 0,50 - 2,07 | 0,42 | 0,10 - 1,81 |
| Etnia indígena | 0,92 | 0,62 - 1,35 | 0,59* | 0,38 - 0,91 | 1,03 | 0,55 - 1,93 | 1,14 | 0,57 - 2,27 |
| Años de educación ¹ | | | | | | | | |
| 8-12 años | 0,99 | 0,78 - 1,25 | 1,50* | 1,05 - 2,13 | 0,78 | 0,55 - 1,13 | 0,91 | 0,42 - 2,01 |
| < 8 años | 1,47* | 1,01 - 2,13 | 2,37 | 0,93 - 6,04 | 2,02* | 1,21 - 3,36 | 1,40 | 0,61 - 3,23 |
| Trabajo actual | 1,04 | 0,81 - 1,32 | 1,03 | 0,70 - 1,52 | 0,84 | 0,57 - 1,24 | 1,12 | 0,61 - 2,06 |
| Necesidades económicas | 1,21 | 0,86 - 1,71 | 1,18 | 0,71 - 1,95 | 1,22 | 0,80 - 1,87 | 1,22 | 0,65 - 2,30 |
| Pareja actual | 0,65* | 0,53 - 0,81 | 0,79 | 0,54 - 1,15 | 0,52* | 0,36 - 0,73 | 0,83 | 0,52 - 1,32 |
| Macrozona ² | | | | | | | | |
| Centro | 0,68* | 0,48 - 0,96 | 0,48* | 0,28 - 0,84 | 0,90 | 0,54 - 1,51 | 0,65 | 0,30 - 1,39 |
| Sur | 1,01 | 0,76 - 1,33 | 0,85 | 0,54 - 1,32 | 1,16 | 0,71 - 1,90 | 0,75 | 0,35 - 1,61 |
| Región Metropolitana | 0,91 | 0,67 - 1,24 | 0,73 | 0,44 - 1,20 | 1,18 | 0,71 - 1,98 | 0,83 | 0,42 - 1,64 |
| Antecedente depresión | 4,63* | 3,48 - 6,15 | 5,16* | 3,33 - 7,98 | 3,72* | 2,46 - 5,61 | 8,32* | 4,44 - 15,58 |
| Antecedente enfermedad | 1,01 | 0,76 - 1,33 | 1,19 | 0,79 - 1,79 | 1,42 | 0,99 - 2,04 | 0,62 | 0,31 - 1,22 |
| PHQ-4 ≥ 6 | 4,15* | 3,18 - 5,40 | 4,13* | 2,61 - 6,52 | 4,56* | 2,95 - 7,05 | 3,34* | 1,93 - 5,79 |
| Consumo alcohol 12m | 1,13 | 0,86 - 1,49 | 0,82 | 0,48 - 1,39 | 1,31 | 0,90 - 1,92 | 0,93 | 0,56 - 1,54 |
| Consumo marihuana 12m | 2,55* | 1,89 - 3,45 | 3,11* | 1,96 - 4,92 | 1,64* | 1,01 - 2,66 | 2,56 | 0,75 - 8,74 |
| Consumo otras drogas 12m | 2,10* | 1,41 - 3,12 | 1,90* | 1,04 - 3,48 | 2,38* | 1,31 - 4,32 | - | - |

Notas. LGBQ= Lesbianas, gays, bisexuales y questioning. ORa= Odds Ratio ajustadas. PHQ-4= Patient Health Questionnaire-4. ¹Categoría de referencia 12 años o más. ²Categoría de referencia macrozona norte. *p<0,05.

Tabla 5. Odds ratio e intervalos de confianza al 95% estimados según modelos de regresión logística múltiple para medir la asociación entre calidad de vida y evaluación de salud autopercibidas con ideación suicida durante la vida y 12 meses estratificado por edad.

| | Total | | 18 - 29 años | | 30 - 59 años | | 60 años o más | |
|-----------------------------------|-------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|---------------|-------------|
| | ORa | IC95% | ORa | IC95% | ORa | IC95% | ORa | IC95% |
| Ideación suicida durante la vida | | | | | | | | |
| Calidad de vida | 0,64* | 0,58 - 0,72 | 0,63* | 0,52 - 0,77 | 0,60* | 0,52 - 0,68 | 0,61* | 0,47 - 0,78 |
| Evaluación de salud | 0,59* | 0,55 - 0,63 | 0,53* | 0,45 - 0,62 | 0,54* | 0,48 - 0,59 | 0,58* | 0,48 - 0,70 |
| Ideación suicida últimos 12 meses | | | | | | | | |
| Calidad de vida | 0,53* | 0,44 - 0,63 | 0,55* | 0,43 - 0,71 | 0,44* | 0,36 - 0,53 | 0,54* | 0,34 - 0,86 |
| Evaluación de salud | 0,52* | 0,46 - 0,59 | 0,59* | 0,49 - 0,72 | 0,43* | 0,36 - 0,51 | 0,44* | 0,34 - 0,58 |

Notas. Los modelos se ajustaron por sexo, identidad de género, orientación sexual, nacionalidad, etnia indígena, años de educación, trabajo actual, necesidades económicas, pareja actual y macrozona. ORa= Odds Ratio ajustadas. *p<0,05.

El antecedente de depresión y los síntomas actuales de ansiedad y/o depresión fueron los factores que mostraron una asociación más estrecha con la ideación suicida en todos los grupos de edad. Estos resultados coinciden con estudios previos que han documentado una relación entre la depresión⁷ y ansiedad⁸ con la ideación suicida, lo que subraya la necesidad de fortalecer la pesquisa y atención temprana de los problemas de salud mental.

Entre los factores sociodemográficos, indicadores de salud y consumo de sustancias asociados a la ideación suicida, se observaron múltiples diferencias entre los grupos etarios. Esto podría indicar que ciertas variables aumentan o disminuyen las posibilidades de presentar ideación suicida dependiendo del momento del ciclo vital. Este patrón es consistente con el modelo de curso de vida, el cual propone que las experiencias en determinadas etapas de la vida pueden configurar

trayectorias de riesgo diferentes para el riesgo suicida²¹. Por ejemplo, tener antecedente de alguna enfermedad física se asoció con mayores posibilidades de presentar ideación suicida durante la vida en los grupos entre 18-29 años y 30-59 años, pero no en el de 60 años o más. Es posible que el impacto de una enfermedad física en la ideación suicida pueda ser mayor en edades más tempranas donde este tipo de condiciones resultan menos esperadas y pueden generar una mayor disrupción en el funcionamiento y los proyectos vitales. Las personas LGBTQ y trans y género diverso presentaron mayores posibilidades de tener ideación suicida durante la vida, especialmente en el grupo más joven, lo que coincide con la evidencia sobre el impacto en la salud mental del estigma y discriminación hacia estas comunidades²² y que a mayor edad se fortalece la resiliencia para enfrentar estas adversidades²³. La relación entre consumo de sustancias psicoactivas

e ideación suicida también mostró diferencias por edad, lo cual es importante de indagar en futuros estudios considerando la etapa vital y la presencia de otros trastornos. Aún no está claro en qué medida esta relación se explica por automedicación, por el hecho de que los problemas de salud mental induzcan el consumo, o por la existencia de una vulnerabilidad compartida^{24,25}. Contrario a lo esperado²⁶, la ideación suicida fue menor en las mujeres que en los hombres en el grupo de 30-59 años, lo que podría deberse a que en el estudio se controló por múltiples factores simultáneamente, eliminando el efecto de otros factores que típicamente muestran más las mujeres, como por ejemplo el antecedente de depresión²⁷. Es necesario explorar otras posibles explicaciones a estos resultados, con particular foco en la diferenciación entre ideación y conducta suicida. Un hito importante en esta etapa podría ser la maternidad, la que tradicionalmente es considerada un factor protector para muerte por suicidio²⁸, sin embargo, existe literatura que cuestiona lo anterior²⁹ y se ha planteado que podría asociarse a mayor ideación suicida³⁰.

Por otro lado, calidad de vida y evaluación de salud autopercebidas fueron aspectos que se relacionaron de forma negativa con la ideación suicida en los tres grupos etarios, lo que coincide con lo reportado en la literatura^{26,31,32}. Esto refuerza la importancia de integrar componentes que promuevan el bienestar, más allá de la reducción de factores de riesgo en las políticas públicas orientadas a la prevención del suicidio.

Dentro de las limitaciones de este estudio está el uso de un diseño transversal, el cual no permite dar cuenta de direccionalidad en las asociaciones encontradas. Adicionalmente, en este estudio no se utilizaron medidas para examinar comportamientos suicidas, por lo que los resultados solo dan cuenta de la ideación suicida. Esto es importante de considerar dado que existen diferencias entre ambos indicadores (ideación y comportamiento), por ejemplo, en Chile se ha observado mayores tasas de mortalidad por suicidio en hombres que en mujeres, especialmente en hombres de 70 años o más⁴, pero en este estudio se observó un porcentaje mayor de ideación suicida en mujeres.

Al corresponder a una encuesta que indaga sobre experiencias durante la vida, los resultados podrían estar influenciados por sesgos de memoria que pudieran influir en una sub o sobre estimación de los fenómenos en estudio. Por otra parte, la encuesta de donde se obtuvieron los datos para este estudio no reclutó participantes de zonas rurales, lo que limita la representatividad de los resultados a dicha población.

Los resultados dieron cuenta de una alta prevalencia de ideación suicida en la población adulta en Chile, así como similitudes y diferencias en las variables asociadas a la ideación suicida según la etapa del curso de vida³³. Estos hallazgos subrayan la necesidad de fortalecer la prevención del suicidio en tres niveles: prevención universal con enfoque territorial y de curso de vida; prevención selectiva, dirigida a grupos de mayor riesgo (por ejemplo, jóvenes LGBTQ+); y prevención indicada basada en la detección temprana y en una respuesta oportuna desde los servicios de salud para abordar la ideación suicida en la población.

Futuros estudios podrían examinar las diferencias según edad de forma longitudinal, así como examinar si estos factores se asocian también a comportamientos suicidas.

Referencias

1. World Health Organization. *Suicide worldwide in 2021: Global health estimates*. Geneva: World Health Organization; 2025. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/381495/9789240110069-eng.pdf?sequence=1>
2. United Nations. *SDG Indicators Sustainable Development Goals*. New York: United Nations Statistics Division; 2025. Disponible en: <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/>
3. Ministerio de Salud. *Programa nacional de prevención del suicidio. Orientaciones para su implementación*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2013. Disponible en: <https://uchile.cl/dam/jcr:a952b085-6686-4a7b-81e4-c015bccf18ab/programa-nacional-prevencion.pdf>
4. Ministerio de Salud. *Informe de mortalidad por suicidio en Chile: 2010-2019*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2022. Disponible en: https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/06/2022.06.10_Informe.de.la.decada.pdf
5. Tang S, Reily NM, Arena AF, Sheanoda V, Han J, Draper B, et al. Predictors of not receiving mental health services among people at risk of suicide: A systematic review. *J Affect Disord*. 2022; 301: 172-188.
6. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor RC, Oquendo MA, Pirkis J, et al. *Suicide and suicide risk*. *Nat Rev Dis*

- Primers. 2019; 5(1): 74.
7. Ribeiro JD, Huang X, Fox KR, Franklin JC. Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: Meta-analysis of longitudinal studies. *Br J Psychiatry*. 2018; 212(5): 279-286.
 8. Bentley KH, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Fox KR, Nock MK. Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2016; 43: 30-46.
 9. Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Chang BP, et al. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med*. 2016; 46(2): 225-236.
 10. Poorolajal J, Haghtalab T, Farhadi M, Darvishi N. Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: A meta-analysis. *J Public Health*. 2016; 38(3): e282-91.
 11. Misiak B, Samochowiec J, Gawęda Ł, Frydecka D. Association of sociodemographic, proximal, and distal clinical factors with current suicidal ideation: findings from a nonclinical sample of young adults. *Eur Psychiatr*. 2023; 66(1): e29.
 12. Jang S. Differences in risk factors for suicidal ideation among younger, middle-aged, and older adults. *Mood Emot*. 2021; 19(2): 47-54.
 13. Marchi M, Arcolin E, Fiore G, Travascio A, Uberti D, Amaddeo F, et al. Self-harm and suicidality among LGBTIQ people: A systematic review and meta-analysis. *Int Rev Psychiatry*. 2022; 34(3-4): 240-256.
 14. Ministerio de Salud. Informe Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Salud mental 2: Comportamiento suicida. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2021. Disponible en: https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/2021.09.28_Informe-Suicidio-ENS-2016-17.pdf
 15. Ministerio de Salud. Informe metodológico Encuesta Nacional de Salud, Sexualidad y Género 2022-2023. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2022.
 16. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: The PHQ-4. *Psychosomatics*. 2009; 50(6): 613-621.
 17. Ministerio de Salud. Manual de trabajo de campo Encuesta Nacional de Salud, Sexualidad y Género 2022-2023. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2022.
 18. Bravo D, Errázuriz A, Contrucci I, Campos D. Termómetro de la salud mental en Chile ACHS-UC: Ronda undécima. Santiago; 2025. Disponible en: <https://www.achs.cl/termometro2025/>
 19. Gao J, Cheng Q, Duan J, Xu Z, Bai L, Zhang Y, et al. Ambient temperature, sunlight duration, and suicide: A systematic review and meta-analysis. *Sci Total Environ*. 2019; 646: 1021-1029.
 20. Komulainen K, Hakulinen C, Lipsanen J, Partonen T, Pulkki-Råback L, Kähönen M, et al. Associations of long-term solar insolation with specific depressive symptoms: Evidence from a prospective cohort study. *Journal of Psychiatric Research*. 2022; 151: 606-610.
 21. Johns L, Zhong C, Mezuk B. Understanding suicide over the life course using data science tools within a triangulation framework. *J Psychiatry Brain Sci*. 2023; 8(1).
 22. Frost DM, Meyer IH. Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance. *Current Opinion in Psychology*. 2023; 51: 101579.
 23. Koziara K, Mijas ME, Galbarczyk A, Wycisk J, Pliczko MP, Krzych-Miłkowska K, et al. It gets better with age: Resilience, stigma, and mental health among lesbian, gay, bisexual, transgender and queer persons from Poland. *Front Psychol*. 2022; 13.
 24. Garey L, Olofsson H, Garza T, Rogers AH, Kauffman BY, Zvolensky MJ. Directional effects of anxiety and depressive disorders with substance use: A review of recent prospective research. *Curr Addict Rep*. 2020; 7(3): 344-355.
 25. Rioux C, Huet AS, Castellanos-Ryan N, Fortier L, Le Blanc M, Hamaoui S, et al. Substance use disorders and suicidality in youth: A systematic review and meta-analysis with a focus on the direction of the association. *PLoS ONE*. 2021; 16(8): e0255799.
 26. Jang J, Jung HS, Wang J, Kim S. Effects of health-related quality of life on suicidal ideation and depression among older Korean adults: A cross-sectional study. *Psychiatry Investig*. 2021; 8(1): 31-38.
 27. Hyde JS, Mezulis AH. Gender differences in depression: Biological, affective, cognitive, and sociocultural factors. *Harv Rev Psychiatry*. 2020; 28(1): 4-13.
 28. Sörberg Wallin A, Sjöqvist H, Dehara M, Wells MB, Dykxhoorn J, Kosidou K, et al. Parenthood and lower risk of suicide in women and men: The total Swedish population followed across adulthood. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2022; 57(11): 2241-2250.
 29. Townsend H. "She was feeling overwhelmed at home caring for her children": Expectations of "intensive motherhood" as a risk factor for young women's suicide. *Violence Against Women*. 2025; 31(11): 2803-2829.
 30. Reid HE, Pratt D, Edge D, Wittkowski A. What makes a perinatal woman suicidal? A grounded theory study. *BMC Psychiatry*. 2022; 22(1): 386.
 31. Fairweather-Schmidt AK, Batterham PJ, Butterworth P, Nada-Raja S. The impact of suicidality on health-related quality of life: A latent growth curve analysis of community-based data. *J Affect Disord*. 2016; 203: 14-21.
 32. Ki M, Lapierre S, Gim B, Hwang M, Kang M, Dargis L, et al. A systematic review of psychosocial protective factors against suicide and suicidality among older adults. *Int Psychogeriatr*. 2024; 36(5): 346-370.
 33. Steele IH, Thrower N, Noroian P, Saleh FM. Understanding suicide across the lifespan: A United States perspective of suicide risk factors, assessment & management. *Journal of Forensic Sciences*. 2018; 63(1): 162-171.