

El suicidio en los jóvenes de Jalisco

COLECCIÓN: INVESTIGACIÓN DIAGNÓSTICA



**El suicidio en los jóvenes de Jalisco.
Investigación Diagnóstica**

Citación sugerida:

Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana. (2024). *El suicidio en los jóvenes de Jalisco*. Colección: Investigación Diagnóstica 2024. Gobierno del Estado de Jalisco.

©2024, Gobierno del Estado de Jalisco
Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana
C. Magisterio 1499, 1^{er} Piso, Miraflores
C.P. 44270, Guadalajara, Jalisco, México

Diseño de la publicación: Carlos Ulloa Romero
Álfonso Ávalos Juárez y Brenda J. Palomera Pérez

Edición y corrección de estilo: Francisco Xavier Segura Domínguez

Primera edición: **agosto de 2024**
Licencia de ISBN en trámite.

Esta publicación fue realizada de acuerdo con lo publicado en el Programa Anual de Evaluación 2023-2024 y financiada por el Fideicomiso 10824 Fondo EVALÚA Jalisco.
Impreso en México / *Printed in Mexico*

La reproducción total o parcial, directa o indirecta, del contenido de la presente obra, por cualquier medio, debe contar con la autorización expresa y por escrito del titular de los derechos patrimoniales, y siempre y cuando se cite la fuente, en términos de lo así previsto por la Ley Federal del Derecho de Autor y, en su caso, de los tratados internacionales aplicables.



Descarga digital

Resumen	9
Introducción	11
Apartado metodológico	15
Marco conceptual del suicidio y sus factores de riesgo	19
Dimensión y evolución de la problemática	23
Características del suicidio de personas jóvenes en Jalisco	25
Diferencias por sexo en los suicidios juveniles en Jalisco	28
Diferencias regionales en los suicidios juveniles en Jalisco	31
Diferencias por grupo etario en los suicidios juveniles en Jalisco	36
Diferencias en tasas por región, por sexo según grupo etario	38
Políticas, programas e intervenciones públicas federales, estatales y municipales	43
Políticas, programas e intervenciones públicas federales	45
Políticas, programas e intervenciones públicas estatales	46
Políticas, programas e intervenciones públicas municipales	47
Conclusiones	59
Referencias bibliográficas	65
Anexos	71
Anexo 1. Metodológico	73
Anexo 2. Comparativo de suicidios juveniles por municipio	74
Anexo 3. Suicidios juveniles por región	77
Anexo 4. Equipo de trabajo	80
Anexo 5. Términos de referencia	81

DIRECTORIO

Gobierno del Estado de Jalisco

Mtro. Enrique Alfaro Ramírez

Gobernador Constitucional del Estado de Jalisco

Mtra. Margarita Sierra Díaz de Rivera

Secretaria de Planeación y Participación Ciudadana

Dra. Mónica T. Ballescá Ramírez

Directora General de Planeación y Evaluación Participativa

Comité Técnico del Fideicomiso 10824, Fondo EVALÚA Jalisco

Mtra. Margarita Sierra Díaz de Rivera

Presidenta del Comité Técnico y Secretaria de Planeación y Participación Ciudadana

Lic. Gloria Judith Ley Ángulo

Subsecretaria de Contabilidad, Presupuesto y Gestión Pública
Secretaría de la Hacienda Pública

Mtro. Miguel Ángel Aceves Huitrón

Encargado de despacho del Enlace Administrativo, Secretaría de Administración

Lic. Aranzazú Méndez González

Coordinadora General, Coordinación General de Transparencia

Mtra. Anna Bárbara Casillas García

Coordinadora General, Coordinación General Estratégica de Desarrollo Social

L.A.F. José Luis Ayala Ávalos

Director General de Control y Evaluación a Organismos Paraestatales, Contraloría del Estado

Dra. Mónica T. Ballescá Ramírez

Secretaria Técnica del Comité y Directora General de Planeación y Evaluación Participativa, Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana

Unidad de Evaluación

Titular

Dra. Mónica T. Ballescá Ramírez

Directora General de Planeación y Evaluación Participativa

Equipo técnico

Mtra. Selene Liliana Michi Toscano

Directora de Evaluación para la Mejora Pública

Lic. Sugey Edith Salazar Delgadillo

Coordinadora de Análisis, Evaluación y Seguimiento

Lic. Nayely Ojeda Camacho

Coordinadora de Proyectos Estratégicos

Lic. Grettel Jaxiel Villaseñor Ramírez

Coordinadora General de Evaluación Institucional

Lic. María Fernanda Meza Carrión

Coordinadora General de Evaluación de la Gestión Pública Especialidad Sectorial

Lic. Ana Pamela Jiménez González

Coordinadora General de Seguimiento de Indicadores Institucionales

Lic. Juan José Nuño Anguiano

Coordinador General de Planeación y Seguimiento de Diseño, Gestión y Resultados de Programas Públicos

Dirección de Planeación Participativa para el Desarrollo

Dra. Mónica Mariscal González

Directora de Planeación Participativa para el Desarrollo

Mtro. Oswaldo Benítez González

Coordinador General de Planeación del Desarrollo en Gestión Municipal

Dra. Sonia Carrillo Llanos

Coordinador General de Planeación y Seguimiento Institucional del Poder Ejecutivo

Lic. Mayra Itzé Miramontes Campoy

Coordinador de análisis, evaluación y seguimiento

Equipo de Investigación

Luis Miguel Sánchez Loyo

Investigador Responsable

Francisco Liévanos Ruiz

Jesua Iván Guzmán González

Equipos de investigación

Contacto:

Dirección General de Planeación y Evaluación Participativa

Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana

Gobierno del Estado de Jalisco

+52 (33) 3819 23 85 extensión 42385

Acrónimos y abreviaturas

COMUSALME	Comité Municipal de Salud Mental
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONSAMA	Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones
IIEG	Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco
IMJUVE	Instituto Mexicano de la Juventud
INEGI	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
PNPS	Programa Nacional de Prevención del Suicidio
SALME	Instituto Jalisciense de Salud Mental
SIPINNA	Sistema de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes
WHO	World Health Organization

Índice de tablas

Tabla 1	Comparación entre suicidios en población total y suicidios en personas jóvenes de 2013 a 2022 en Jalisco	25
Tabla 2	Comparación entre suicidios en población general y personas jóvenes por municipios de 2013 a 2022 en Jalisco	27
Tabla 3	Frecuencia y porcentaje de suicidios de personas jóvenes por número de habitantes según localidad de residencia, de 2013 a 2022 en Jalisco	27
Tabla 4	Número y porcentaje de suicidios juveniles por quinquenios de edad de 2013 a 2022 en Jalisco	27
Tabla 5	Número y porcentaje de suicidios juveniles por ocupación de 2013 a 2022 en Jalisco	27
Tabla 6	Número y porcentaje de suicidios juveniles por nivel de escolaridad de 2013 a 2022 en Jalisco	29
Tabla 7	Número y porcentaje de suicidios juveniles por derechohabencia de 2013 a 2022 en Jalisco	29
Tabla 8	Comparación entre suicidios en población general y juveniles por regiones Jalisco, de 2013 a 2022	29
Tabla 9	Comparación entre suicidios juveniles de mujeres y de hombres de 2013 a 2022 en Jalisco	30
Tabla 10	Comparación entre suicidios juveniles de mujeres y de hombres por regiones de Jalisco, de 2013 a 2022	30
Tabla 11	Número y tasa de suicidios juveniles por sexo y año de 2013 a 2022 en Jalisco	30
Tabla 12	Número y porcentaje de suicidios juveniles por sexo y escolaridad de 2013 a 2022 en Jalisco	32
Tabla 13	Número y porcentaje de suicidios juveniles por sexo y derechohabencia de 2013 a 2022 en Jalisco	32
Tabla 14	Número y porcentaje de suicidios juveniles por escolaridad y región de Jalisco, de 2013 a 2022	33
Tabla 15	Número y porcentaje de suicidios juveniles por tamaño de la localidad de residencia y región de Jalisco, de 2013 a 2022	33

Tabla 16	Número y porcentaje de suicidios juveniles por causa de muerte y región Jalisco, de 2013 a 2022	36
Tabla 17	Número y porcentaje de suicidios juveniles por derechohabencia y región Jalisco, de 2013 a 2022	35
Tabla 18	Número y porcentaje de suicidios de personas jóvenes por grupo de edad 2013-2022 en Jalisco	36
Tabla 19	Matriz de políticas, programas e intervenciones públicas y privadas	49

Índice de gráficas

Gráfica 1	Tasa de suicidios de personas jóvenes por grupo etario 2015-2022 en Jalisco	37
Gráfica 2	Tasa de suicidios de personas jóvenes por grupo etario y sexo de 2015 a 2022 en Jalisco.	38
Gráfica 3	Tasas de suicidios por regiones, grupos etarios y sexo de 2015 a 2022 en Jalisco	41
Gráfica 4	Tasas de suicidios por regiones, grupos etarios y sexo de 2015 a- 2022 en Jalisco.	42



Resumen

El suicidio en personas jóvenes es un problema de salud pública, evidenciado por un aumento en las conductas suicidas en todo el mundo, especialmente en países de ingresos medios y bajos. En México, desde la década de 1990, se ha observado un incremento en la tasa de suicidios en personas jóvenes, representando una proporción significativa de las muertes por suicidio a nivel nacional y estatal.

Datos recientes revelan tasas de suicidio preocupantemente altas en las personas jóvenes en Jalisco, con cifras superiores a la media nacional. Además, Jalisco se encuentra entre los estados con mayor prevalencia de comportamientos suicidas, incluyendo ideación y planes suicidas e intentos de suicidio. El suicidio en personas jóvenes se aborda como un fenómeno multifactorial, influenciado por factores socio-culturales, del entorno inmediato y características individuales, según el modelo biopsicosocial de comportamiento suicida.

A pesar de la creciente preocupación del suicidio en personas jóvenes, la política pública de prevención del suicidio ha sido limitada, en su mayoría bajo la jurisdicción del Sector Salud.

La necesidad de una investigación exhaustiva sobre el suicidio en personas jóvenes en Jalisco se fundamenta en la falta de datos específicos y en la complejidad de los factores asociados a este fenómeno. A pesar de que se reconoce su importancia en los planes estatales de gobernanza y desarrollo social, aún persiste una brecha en la comprensión de las causas subyacentes y la efectividad de las medidas preventivas.

El presente estudio aborda la complejidad del suicidio en personas jóvenes en Jalisco, México, durante la última década (2013-2022), con el objetivo de comprender su evolución, factores asociados y la efectividad de las políticas públicas de prevención.

La metodología se divide en dos partes: un análisis descriptivo y retrospectivo de la evolución de los suicidios en personas jóvenes utilizando datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y del Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco (IIEG), y un análisis cualitativo de las políticas y programas de prevención del suicidio a nivel federal, estatal y municipal para comprender su coherencia e impacto de las políticas públicas.

Los resultados revelan varias tendencias sobre el suicidio en personas jóvenes y oportunidades para la prevención y atención de este problema de salud pública. Se observa que la tasa de suicidio juvenil en 2022 es un 15% más alta que la tasa estatal para la población general. Aunque entre 2013 y 2017 hubo un aumento de 20% en la tasa de suicidio juvenil en Jalisco, en los años posteriores se registró una disminución de 10%. Los municipios con más suicidios juveniles son Mezquitic, Gómez Farías y Teocaltiche, Tlaquepaque y Tonalá. La región Norte cuenta con la mayor proporción de suicidios de personas jóvenes, particularmente de mujeres.

Los resultados resaltan diferencias en las características sociodemográficas de las personas jóvenes que se suicidan. Se observa que hay una proporción mayor de suicidios en hombres que en mujeres, con una ratio de 4:1. La mayoría de los suicidios ocurren en personas

jóvenes de 20 a 24 años, y en el 66% de los casos, contaban con educación secundaria completa o menos.

Por otro lado, hay más proporción de casos de suicidio en localidades de menos de 10 mil y de más de un millón de habitantes respecto del resto de tamaños de localidades. Además, se identifican diferencias regionales y de género en las características sociodemográficas. Las mujeres con mayor escolaridad y los hombres con menor escolaridad son más vulnerables. Los hombres tienen menos derechohabiencia, esto es relevante porque los hombres sin derechohabiencia implica que están desempleados o trabajando en la economía informal, además sin acceso a servicios de salud de un sistema de seguridad social. La región Norte tiene mayor proporción de suicidio de mujeres y la región Centro de hombres. En general en el estado hay un incremento en las tasas de suicidio de hombres de 25 a 29 años en el periodo de estudio (2015-2022). La única región con variaciones en sus tasas fue la Centro, con un aumento significativo en la tasa de hombres de 25 a 29 años y una importante disminución en la tasa en los hombres de 15 a 19 años.

En cuanto a las oportunidades para la prevención, se sugiere implementar políticas diferenciadas por grupo etario, sexo y región del estado, así como acciones específicas para abordar desigualdades de género y vulnerabilidades específicas de cada región. Se destaca la necesidad de enfocarse en la prevención temprana para las mujeres, especialmente en áreas específicas con comunidades indígenas y en la promoción de habilidades para la inclusión laboral para los hombres.

Respecto de las políticas públicas, se identifica la falta de reconocimiento como problema el suicidio en personas jóvenes. En consecuencia, los objetivos, estrategias y acciones no son específicos para atender

las problemáticas de las personas jóvenes asociadas al suicidio. Se hacen esfuerzos de manera limitada y por coyunturas.

Se concluye que se identifica la importancia de proporcionar acceso a servicios de salud mental de calidad y programas de prevención específicos para diferentes grupos demográficos y regiones. Se resalta la necesidad de fortalecer la coordinación entre los niveles federal, estatal y municipal para implementar políticas coherentes y efectivas de prevención del suicidio en personas jóvenes. En resumen, el análisis resalta la urgencia de abordar el suicidio juvenil de manera integral y coordinada entre los órdenes de Gobierno y un enfoque integral que aborde los factores de riesgo desde una perspectiva multidimensional, considerando las diferencias regionales y de género para lograr reducciones significativas en las tasas de suicidio en Jalisco.



Introducción



Introducción

La investigación se enfoca en analizar la evolución de los suicidios en personas jóvenes de 15 a 29 años en Jalisco durante la última década (2013-2022), su relación con variables socioeconómicas y las políticas públicas de prevención. El alcance del estudio se centra en identificar tendencias en el número de suicidios juveniles y su correspondencia con políticas y programas de prevención.

En la metodología para el análisis de la dimensión y evolución del problema se adopta un enfoque descriptivo y retrospectivo, utilizando bases de datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y del Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco (IIEG). Se depuran los datos y se calculan frecuencias y tasas ajustadas por edad. Además, para analizar la pertinencia y coherencia de las políticas públicas sobre la prevención del suicidio en las personas jóvenes se realiza un análisis cualitativo-descriptivo de políticas, programas e intervenciones de prevención del suicidio a nivel federal, estatal y municipal. Se recurre a entrevistas y análisis documental para comprender la coherencia e impacto de dichas políticas.

El marco conceptual aborda el suicidio juvenil como un problema de salud pública, explorando sus factores de riesgo y modelos explicativos. Particularmente se usan modelos complejos que consideran el suicidio como un problema multifactorial con diferentes elementos de riesgo en diferentes etapas de la vida, además de tener perspectiva bio-psico-social.

Los resultados se organizan de la siguiente manera, una descripción de las características

del suicidio de personas jóvenes entre los 15 y 29 años en Jalisco, posteriormente se analizan diferencias sexuales, diferencias por grupo etario y diferencias regionales por separado y para cerrar, se presenta un análisis de la evolución de las tasas de suicidio para cada región del estado, por grupo etario y por sexo de manera conjunta.

Las conclusiones destacan la falta de coherencia y pertinencia en la atención de esta problemática a nivel gubernamental y la necesidad de políticas diferenciadas por grupo etario, sexo y región.





Apartado metodológico



Apartado metodológico

La metodología de esta investigación identificó información, datos, hallazgos y políticas públicas relacionados con los suicidios en personas jóvenes en Jalisco, partiendo de un contexto, nacional y local.

Este trabajo tuvo como objetivo general: Analizar la evolución de los suicidios en personas jóvenes (15 a 29 años) en Jalisco en la última década (2013-2022), su asociación con variables socio-económicas y las políticas públicas destinadas a su prevención.

Su alcance fue: Identificar las tendencias en la evolución del número de suicidios en personas jóvenes en Jalisco en la última década y su correspondencia con las políticas y los programas de prevención del suicidio disponibles actualmente. El tipo de estudio fue Cualitativo- Descriptivo

Se realizó la búsqueda de los documentos de las políticas, programas e intervenciones para la prevención del suicidio en personas jóvenes en el Gobierno Federal y Estatal. Posteriormente, se seleccionaron los documentos que mencionaron los temas referidos. Se ejecutó entrevista semiestructurada con la responsable de Prevención del Suicidio en el Instituto Jalisciense de Salud Mental para conocer sobre los programas y acciones de prevención del suicidio, especialmente en personas jóvenes en la federación, el estado y los municipios. La entrevista fue audio grabada y se tomaron notas durante la misma. Posteriormente fue transcrita.

Las principales fuentes de información consistieron en la revisión de documentos en

fuentes oficiales de los programas federales y estatales, disponibles en los sitios web del Gobierno de México y el Gobierno de Jalisco. Para el Programa Nacional de Prevención del Suicidio se revisó el sitio web de la CONSAMA, instancia rectora del programa. Para las acciones estatales se entrevistó a la responsable de la Prevención del suicidio en SALME. Para las acciones de nivel municipal se analizaron las respuestas de los ayuntamientos a una petición de información realizada a través de SIPINNA.

Así como, Estadísticas de mortalidad general, INEGI. Proyecciones de Población medio año CONAPO 1950-2070. Proyecciones de Población medio año (2015-2030) desagregadas por grupo de edad, sexo y municipios, proporcionadas por el IIEG Jalisco. Se seleccionaron estas fuentes por provenir de instancias oficiales y ser los registros con mayor posibilidad de desagregación.

Como instrumentos se usaron tablas de Excel del INEGI con los datos de mortalidad por suicidio en Jalisco por año. Se usó el software Epidat para los análisis estadísticos.





**Marco
conceptual**



Marco conceptual del suicidio y sus factores de riesgo

La muerte por suicidio en personas jóvenes es un problema de salud pública. Se ha observado un aumento en las conductas suicidas (suicidios, intentos e ideación suicidas), particularmente en personas jóvenes en el mundo. En 2019 se suicidaron más de 700,000 personas (WHO, 2021a); 88% de los suicidios de adolescentes se dan en países de ingresos medios y bajos (WHO, 2021b; Yu y Chen, 2019). En los países de ingresos altos, la tasa de suicidio más elevada es en personas adultas (WHO, 2023). Esto provocó que la mayoría de los estudios sean en personas mayores de 40 años. Recientemente, el aumento en las tasas de suicidio en personas jóvenes ha generado necesidad por estudiar a este grupo de edad.

A nivel nacional, desde de los noventa del siglo pasado, ha aumentado la tasa de suicidios en personas jóvenes. En 1998, los suicidios en personas jóvenes representaron 58% en el país y en Jalisco 65% (INEGI, 1999). En 2000, la tasa de suicidio en personas jóvenes de 20 a 24 años fue la segunda más alta después de los adultos mayores de 80 años (Borges, García Pacheco, et al., 2016).

En 2021, se reportaron 8,447 muertes por suicidio en México; más de la mitad fueron en personas de 15 a 34 años, en su mayoría hombres (INEGI, 2022a). En 2022, las personas jóvenes de 15 a 19 años tuvieron una tasa de 7.7 suicidios, los de 20 a 24 años de 10.6 y de los 25 a 29 la tasa fue de 11.6, la más alta a nivel nacional (INEGI, 2023a), todos ellos por encima de la tasa nacional de 6.2.

La evolución de la tasa de suicidios en Jalisco ha sido fluctuante con tendencia ascendente. En 2017, la tasa estatal fue de 7.9,

ocupando el séptimo lugar nacional (INEGI, 2019). En 2020, la tasa fue de 7.2, ocupando el onceavo lugar (INEGI, 2021a). En 2021, fue de 8.6, en onceavo lugar nacional (INEGI, 2022a). En 2022, fue de 7.7 en treceavo lugar nacional (INEGI, 2023b). Respecto de la tasa de suicidio en personas jóvenes de 15 a 29, en 2021, fue de 12.1, cercana a la media nacional (INEGI, 2022b)

Jalisco se ubica en los estados con mayor prevalencia en comportamientos suicidas. En ideación y planes suicidas (fue la más alta a nivel nacional) y en intento de suicidio (fue la tercera) (Borges, et al., 2019). 63% de los intentos de suicidio en Guadalajara fueron cometidos por personas jóvenes (Sánchez Loyo, et al., 2016).

Los comportamientos suicidas son fenómenos multifactoriales, con diferentes trayectorias de evolución. Varios modelos se han propuesto para comprender el fenómeno suicida, la mayoría reconoce que es el resultado de la interacción entre factores predisponentes y precipitantes (Van Orden, et al., 2010; O'Connor & Kirtley, 2018). El modelo biopsicosocial de comportamiento suicida de Turecki y colaboradores (Turecki & Brent, 2016; Turecki et al., 2019) identifica factores de riesgo en diferentes niveles: a) socio-cultural como los cambios sociales, las crisis económicas, la falta de cohesión social, la poca estabilidad social, las normas socioculturales estrictas y la inestabilidad económica; b) factores del entorno inmediato como la difusión de información inadecuada sobre suicidios en los medios de comunicación, fácil acceso a medios suicidio e imitación de la conducta suicida; c) los factores individuales divididos en:

predisponentes, de desarrollo y precipitantes según su relación temporal con el suicidio.

En estos últimos se ubican, los eventos adversos como ruptura de relaciones, baja en la posición socioeconómica, pérdida de trabajo, aspectos sociodemográficos (tener poca conexión familiar, ser soltero, bajos ingresos y/o estar endeudado), pertenecer a una comunidad LGBT+ o ser maltratado (Turecki, et al., 2019). El suicidio es el resultado de una compleja interacción de factores protectores y de riesgo que afectan de manera diferenciada a los individuos (Wasserman, 2001). Estos factores protectores y de riesgo están mediados por el contexto socioeconómico y político, inequidades por género, edad, clase social, grupo étnico, ubicación geográfica y preferencia sexual, así como por acceso a empleo, educación y salud, y redes sociales de apoyo entre lo más importante (López Contreras, et al., 2019).

A pesar que se identifican factores de riesgo socioculturales, ambientales e individuales para el suicidio en general, se desconocen los factores de riesgo socio-económicos asociados a los cambios en las tasas de suicidio en personas jóvenes en Jalisco y sus municipios en la última década.

La política pública federal para la prevención del suicidio se ha limitado mayormente a la Secretaría de Salud, en el órgano en turno de salud mental, (en 2024) el Consejo Nacional de Salud Mental y Adicciones y su secretariado técnico. Este presentó el programa nacional de prevención del suicidio en 2021. Por lo reciente de su implementación su impacto dista de ser evaluable.

El suicidio en las personas jóvenes en Jalisco se considera un problema de interés público. Este fue reportado en el Diagnóstico del Plan Estatal de Gobernanza y Desarrollo Social 2018-2024, debido a que provocó 16,633 años de vida potencial perdidos, con un

promedio de edad de 35 años en las personas que murieron por suicidio (Gobierno del Estado de Jalisco, 2022b). En Jalisco, la política pública de prevención del suicidio está a cargo del Instituto Jalisciense de Salud Mental, en colaboración con otras instancias estatales y municipales.

Por lo anterior, realizar una investigación (policy brief) sobre suicidio en personas jóvenes es pertinente. Las personas jóvenes se consideran un grupo prioritario en el Plan Estatal de Gobernanza y de Desarrollo de Jalisco (Gobierno del Estado de Jalisco, 2022a). Si bien, la tasa de suicidios en Jalisco alcanzó su máximo histórico en 2021 con 8.55 (Mide Jalisco, 2023), no se cuenta con la tasa de suicidio en personas jóvenes en Jalisco, ni su relación con indicadores de sociales asociados al comportamiento suicidio. A pesar de ser la tercera causa de muerte entre los 15 y 24 años (INEGI, 2023b).

3

Dimensión y evolución de la problemática



Dimensión y evolución de la problemática

Características del suicidio de personas jóvenes en Jalisco

Respecto a los suicidios de personas jóvenes residentes en Jalisco, se registraron 2,289 casos entre 2013 y 2022, en comparación con los 6,021 casos estatales, como se ve en la tabla 1. La tabla muestra una disminución gradual en el porcentaje en los casos de personas jóvenes

suicidas durante el periodo, alcanzando una reducción de 7.93%, pasando de 42.83% en 2013 a 34.9% en 2021. Sin embargo, al analizar las tasas, se observa un aumento en los suicidios de personas jóvenes por cada 100,000 habitantes, aumentando de 9.54 en 2013 a 10.29 en 2022, con tres años (2017, 2020 y 2021) que superaron la tasa de 11. Los aumentos en 2020 y 2021 pudieron darse por el impacto de la pandemia de COVID-19.

Tabla 1. Comparación entre suicidios en población total y suicidios en personas jóvenes de 2013 a 2022 en Jalisco

Año	Población total			Población juvenil			
	Suicidios	Población	Tasa ¹	Suicidios	Población	Tasa ²	%
2013	481	6,315,847	7.62	206	2159815	9.54	42.83
2014	506	6,416,752	7.89	200	2182220	9.16	39.53
2015	527	6,517,990	8.09	204	2200383	9.27	38.71
2016	597	6,623,719	9.01	223	2215126	10.07	37.35
2017	658	6,731,671	9.77	256	2227289	11.49	38.91
2018	630	6,842,772	9.21	234	2237161	10.46	37.14
2019	605	6,954,423	8.70	230	2244367	10.25	38.02
2020	649	7,051,198	9.20	253	2247248	11.26	38.98
2021	722	7,128,481	10.13	252	2246638	11.22	34.90
2022	646	7,214,247	8.95	231	2245573	10.29	35.76

Nota: 1. Tasa ajustada por edad (10-109 años) por 100 mil habitantes. 2. Tasa ajustada por edad (15-29 años) por 100 mil habitantes. Ambas con Proyecciones de Población medio año CONAPO 1950-2070. <https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2020-2070>.

Fuente: https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#datos_abiertos.

Respecto de los municipios con mayor número de suicidios juveniles entre 2013 y 2022 fueron los municipios metropolitanos: Zapopan (365), Guadalajara (321), San Pedro Tlaquepaque (263), Tonalá (194) y Tlajomulco (175). Sin embargo, los municipios con mayor proporción de suicidios juveniles fueron: Gómez Farías (83.3%), Tonaya (80%), Mezquitic (73.3%), San Ignacio Cerro Gordo (66.7%) y Atemajac de Brizuela (66.7%), en comparación con 38.2% de Jalisco. Los municipios de Gómez Farías, Mezquitic, Teocaltiche, San Pedro Tlaquepaque y Tonalá mostraron diferencias significativas de suicidios de personas jóvenes en contraste con el resto de casos de otras edades (10 a 14 años y 30 a 105 años). En un sentido opuesto, Guadalajara, Puerto Vallarta y Yahualica de González Gallo mostraron menor número de suicidios de personas jóvenes en comparación con el resto de casos (véase tabla 2; tabla completa en anexo 1). La disparidad entre los municipios con mayor porcentaje de suicidios juveniles y el promedio estatal, así como aquellos con diferencias significativas entre los casos juveniles y el resto de casos, sugiere la necesidad de abordar específicamente los factores de riesgo en estos lugares.

La tabla 3 muestra que los dos tamaños de localidades con mayor porcentaje de suicidios en personas jóvenes son en localidades de entre 1 y 9, 999 habitantes (17.7%) y de más de un millón de habitantes (28.7%). En cambio, el tamaño de localidad con menos proporción de casos de suicidio juvenil fueron las localidades de 100 mil a 249,999 (3.8%) y de 10 mil a 19,999 (6.3%). La proporción de suicidios juveniles varía según el tamaño de la localidad, con las localidades más grandes y más pequeñas mostrando una proporción más alta, mientras que las localidades de tamaño mediano tienen una proporción más baja de casos de suicidio juvenil.

El medio más frecuente para suicidarse fue el ahorcamiento (82.4%); le siguieron, el envenenamiento por diferentes químicos (9.1%) y el disparo por arma de fuego (4.8%). El ahorcamiento es el método usado en 4 de cada 5 suicidios en personas jóvenes. El ahorcamiento ha sido el medio más usado en el país, debido a su accesibilidad, aunado a las restricciones para el comercio de armas y medicamentos, y la falta de accesibilidad de químicos para envenenamiento.

Respecto del sexo de los casos de suicidio juvenil, se observa una mayor proporción y número de suicidios en hombres que en mujeres (Hombres, $n=1786$, 78%; Mujeres, $n=503$, 22%). Se presentan casi 8 suicidios de hombres por 2 de mujeres. Esto mismo se observa a nivel nacional.

La tabla 4 muestra que el grupo de 20 a 24 años registra más suicidios. Hay una modesta disminución entre los 25 y los 29 años. El menor número de casos es entre los 15 y 19 años.

La tabla 5 muestra el número de casos por ocupación, desafortunadamente, el porcentaje de casos en los cuales la ocupación no está especificada o de manera insuficiente es de casi el 59%. Lo anterior, complica hacer interpretaciones con las restantes ocupaciones.

Respecto de la escolaridad, como se observa en la tabla 6, el mayor número de casos se presenta con secundaria completa (611), seguido por primaria completa (445). Se observa que el número de casos disminuye conforme aumenta la escolaridad a partir de la preparatoria completa. Es importante considerar que, por el grupo etario de estudio (15-29 años), es esperable tener menos casos en los niveles de educación más altos. Sin embargo, considerando que la educación básica y media básica son obligatorias, se esperaría un número menor de casos con niveles educativos inferiores a la secundaria

Tabla 2. Comparación entre suicidios en población general y personas jóvenes por municipios de 2013 a 2022 en Jalisco.

Municipio	G f	J F	%	X ²	P	Municipio	G f	J F	%	X ²	P
Gómez Farías	6	5*	83.3		0.03a	San Pedro Tlaquepaque	582	263*	45.2	13.72	0.0002
Tonaya	5	4	80.0			Tonalá	437	194*	44.4	7.82	0.005
Mezquitic	30	22*	73.3	14.5	0.0001	Guadalajara	1,056*	321	30.4	31.2	.0001
San Ignacio Cerro Gordo	9	6	66.7			Puerto Vallarta	236*	71	30.1	6.2	0.01
Atemajac de Brizuela	3	2	66.7			Yahualica de González Gallo	30*	4	13.3	6.8	0.009
Teocaltiche	31	18*	58.1	5.3	0.02	Estatal	6,021	2,289	38		

Nota. X² con corrección de Yates a dos colas. a: Prueba exacta de Fisher. Tabla con todos municipios en anexos.

Fuente: https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#datos_abiertos.

Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de suicidios de personas jóvenes por número de habitantes según localidad de residencia, de 2013 a 2022 en Jalisco

Tamaño localidad	F	%	Tamaño localidad	F	%
1 a 9,999	406	17.7	250,000 a 499,999	188	8.2
10,000 a 19,999	145	6.3	500,000 a 999,999	249	10.9
20,000 a 49,999	303	13.2	1,000,000 a 1,499,999	656	28.7
50,000 a 99,999	153	6.7	No especificado	41	1.8
100,000 a 249,000	86	3.8			

Fuente: https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#datos_abiertos.

Tabla 4. Número y porcentaje de suicidios juveniles por quinquenios de edad de 2013 a 2022 en Jalisco

Edad	f	%
15-19	635	27.7
20-24	860	37.6
25-29	794	34.7

Fuente: https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#datos_abiertos.

Tabla 5. Número y porcentaje de suicidios juveniles por ocupación de 2013 a 2022 en Jalisco

Ocupación	f	%	Ocupación	f	%
Ocupación no especificada o insuficientemente especificada	1,343	58.7	No trabaja	84	3.7
Trabajadores artesanales	339	14.8	Funcionarios, profesionales y técnicos	67	2.9
Trabajadores en el sector terciario	292	12.8	Trabajadores en el sector secundario	44	1.9
Trabajadores en el sector primario	120	5.2			

Fuente: https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#datos_abiertos.

completa, que representan poco más de 40%. La deserción escolar puede ser uno de los factores subyacentes que pueden contribuir al suicidio.

El número mayor de casos de suicidio se presentan en personas solteras, representando casi el 68% del total de casos. Además, 28% se encontraba en una relación de pareja al momento de morir.

La tabla 7 muestra que el 40.9% de las personas jóvenes que cometieron suicidio, no contaba con derechohabiente. Las dificultades de acceso a los servicios de salud pudieran incrementar el número de muertes por suicidio. Es necesario añadir que el Seguro Popular fue extinguido en 2018, por lo que pudo aumentar el número de personas jóvenes con dificultades de acceso a los servicios de salud. Esto pudiera asociarse al incremento de suicidios en 2020 y 2021, en los cuales el Sistema de salud sufrió interrupciones por la epidemia de COVID-19, entre otros factores.

La tabla 8 muestra la proporción de suicidios juveniles por región del estado. Se observa que las regiones con una proporción de casos superior al 40% son las regiones Norte (47.6%, $p=0.05$) y Altos Norte (42%). La región con menor proporción de suicidios juveniles es la Costa Sur (26.7%, $p=0.008$). Es importante estudiar a fondo las diferencias sociales entre las regiones, ya que la dinámica del fenómeno cambia al norte en comparación con el sur del estado (véase más adelante en las diferencias por regiones).

Diferencias por sexo en los suicidios juveniles en Jalisco

A continuación, se hace una descripción de las diferencias en las características sociodemográficas de los suicidios juveniles entre hombres y mujeres. Comprender estas diferencias puede ayudar a identificar factores de riesgo específicos a cada sexo

y mejorar las estrategias de prevención y programas de intervención con enfoque de género. Además, el análisis puede revelar tendencias y patrones únicos que no son evidentes en datos agregados.

En la tabla 9 se observa que hay diferencias sexuales en la edad, siendo mayor la proporción de hombres ($X^2= 108.6$, $gl=14$, $p<0.0001$; $V=0.22$). La relación entre las variables es modesta. La proporción de suicidios entre hombres y mujeres varía según la edad, con mayor proporción de mujeres en la adolescencia, particularmente a los 15 y 16 años ($p=0.001$) seguida de una disminución gradual de casos de mujeres a medida que se ingresan a la adultez temprana. Hay más casos de hombres en los 24, 25 y 29 años ($p\leq 0.03$).

Hay más suicidios de hombres que de mujeres en la mayoría de regiones del estado ($X^2= 24.8$, $gl=11$, $p=0.009$; $V=0.1$). La relación entre ambas variables es pequeña. La región Norte tiene más casos de suicidios juveniles en mujeres en Jalisco ($p=0.0001$). La región Centro tiene la menor proporción de suicidios en hombres ($p=0.05$) (véase tabla 10). Es importante considerar las condiciones sociales que enfrentan las mujeres jóvenes en la región Norte las hace más vulnerables al suicidio y las condiciones en la región Centro hace más vulnerables a los hombres.

No se observan diferencias sexuales por estado civil ($X^2= 2.73$, $gl=4$, $p=0.6$; $V=0.03$), aunque para la separación y el divorcio, la proporción de mujeres es menor (15.4%)

No hay diferencias sexuales según el tamaño de localidad ($X^2= 6.72$, $gl=7$, $p= 0.4$; $V= 0.05$). En las localidades de 10 mil a 19,999 habitantes el porcentaje de casos de mujeres es 25% más alto que la proporción estatal, pero sin ser significativa la diferencia.

Respecto de las diferencias sexuales en las tasas de suicidios por año, se observa que los hombres presentan una mayor tasa de

Tabla 6. Número y porcentaje de suicidios juveniles por nivel de escolaridad de 2013 a 2022 en Jalisco

Escolaridad	F	%	Escolaridad	F	%
Sin escolaridad	59	2.6	Preparatoria incompleta	247	10.8
Primaria incompleta	177	7.7	Preparatoria completa	303	13.2
Primaria completa	445	19.4	Profesional	145	6.3
Secundaria incompleta	231	10.1	Posgrado	3	0.1
Secundaria completa	611	26.7	No especificado	68	3.0

Fuente: https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#datos_abiertos.

Tabla 7. Número y porcentaje de suicidios juveniles por derechohabiencia de 2013 a 2022 en Jalisco

Derechohabiencia	f	%
Ninguna	937	40.9
IMSS	455	19.9
Seguro popular	332	14.5
Otras ISSSTE	16	0.7
No especificado	549	24

Fuente: https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#datos_abiertos.

Tabla 8. Comparación entre suicidios en población general y juveniles por regiones Jalisco, de 2013 a 2022

Región	F		%	X ²	p	Región	f		%	X ²	p
	G	J					G	J			
Norte	105	50*	47.6	3.8	0.05	Costa Sur	129*	34	26.4	7.1	0.008
Altos Norte	295	124	42.0			Costa Norte	269	82	30.5		
Altos Sur	391	146	37.3			Sierra Occidental	58	19	32.7		
Ciénega	410	155	37.8			Valles	256	102	39.8		
Sureste	112	34	30.4			Centro	3,696	1,436	38.8		
Sur	213	82	38.5			Estatal	6,021	2,289	38.0		
Sierra de Amula	75	23	30.7								

Fuente: https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#datos_abiertos.

Tabla 9. Comparación entre suicidios juveniles de mujeres y de hombres de 2013 a 2022 en Jalisco

Edad	f		% M	X ²	P		Edad	F		% M	X ²	p
	H	M						H	M			
15	35	44*	55.7	51.6	0.0001	23	148	30	16.9			
16	60	40*	40.0	18.7	0.0001	24	150*	21	12.3	9.5	0.002	
17	100	39	28.1			25	132*	23	14.8	4.5	0.03	
18	113	34	23.1			26	125	31	19.9			
19	125	45	26.5			27	128	32	20.0			
20	141	35	19.9			28	138	26	15.9			
21	125	33	20.9			29	138	21	13.2	7.1	0.008	
22	128	49	27.7									

Fuente: https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#datos_abiertos.

Tabla 10. Comparación entre suicidios juveniles de mujeres y de hombres por regiones de Jalisco, de 2013 a 2022

Región	H	M	%	X ²	P	Región	H	M	%	X ²	p
Norte	27	23	46	158	0.0001	Costa sur	23	11	23.3		
Altos norte	97	27	21.8			Costa norte	68	14	17.1		
Altos sur	111	35	24.0			Sierra Occidental	14	5	26.3		
Ciénega	120	35	22.6			Valles	78	24	23.5		
Sureste	23	11	32.3			Centro	1,140	296	20.6	3.96	0.05
Sur	67	15	18.3			Estatad	1,786	503	22.0		
Sierra de Amula	17	6	26.1								

Fuente: https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#datos_abiertos.

Tabla 11. Número y tasa de suicidios juveniles por sexo y año de 2013 a 2022 en Jalisco

Año	H		M			Z	p	Año	H		M			Z	p
	f	Tasa	f	Tasa	%				f	Tasa	f	Tasa	%		
2013	155	14.3	51	4.8	24.8	7.1	0.001	2018	175	15.4	59	5.4	25.2	7.3	0.01
2014	166	15.1	34	3.1	10	7.9	0.001	2019	187	16.4	43	3.9	18.7	9.2	0.01
2015	150	13.5	54	5.0	26.5	6.5	0.01	2020	205	18.0	48	4.3	19.0	9.6	0.01
2016	176	15.7	47	4.3	21.1	8.4	0.01	2021	201	17.6	51	4.6	20.2	9.2	0.01
2017	193	17.1	63	5.7	24.6	7.8	0.01	2022	178	15.6	53	4.8	22.9	7.9	0.01

Nota: 1. Tasa ajustada por edad (15-29) y por sexo por 100 mil habitantes. Proyecciones de Población medio año CONAPO 1950-2070. <https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2020-2070>.

Fuente: https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#datos_abiertos.

incidencia en todos los años ($R=13.5$ a 18), en contraste con la tasa de las mujeres ($R=3.1-5.7$) (véase tabla 11). Las tasas estatales superan las tasas reportadas para la población general por el INEGI en 2020 (Hombres: 10.4 ; Mujeres: 2.2), pero más cercanas a las tasas de suicidios en personas jóvenes de 18 a 29 años (Hombres: 17.5 ; Mujeres: 4.1) (INEGI, 2021). Ningún año fue diferente del resto en cuanto a la proporción del número de suicidios de hombres y mujeres ($X^2= 12.1$, $gl=9$, $p=0.2$; $V =0.09$).

Respecto de las diferencias sexuales por razón de la escolaridad se observa que hay más suicidios de hombres que de mujeres en todos los tipos de escolaridad. Pero la proporción de suicidios de mujeres tiende a aumentar a medida que aumenta el nivel de escolaridad ($X^2= 52.2$, $gl=7$, $p<=0.0001$; $V =0.15$) (véase tabla 12). La relación entre ambas variables es pequeña. Los hombres presentan un mayor número de casos en las categorías de “sin escolaridad” ($p=0.02$), “primaria incompleta” ($p=0.006$) y “primaria completa” ($p=0.001$). En las categorías de “Preparatoria incompleta” ($p=0.0005$) y “Preparatoria completa” ($p=0.01$), y “profesional” ($p=0.0006$) hay más casos de mujeres. Se muestra un patrón de aumento de casos de mujeres a medida que aumenta el nivel educativo. Aunque, las mujeres con mayor nivel de escolaridad pueden tener acceso a mayores recursos y oportunidades, también pueden enfrentar desafíos únicos y presiones adicionales que pueden aumentar su vulnerabilidad. En este sentido, la mayor escolaridad puede ser un factor de riesgo para las mujeres jóvenes en vez de un factor protector como se observa en el caso de los hombres y viceversa.

Respecto de las diferencias por sexo y derechohabiencia, estas son significativas ($X^2= 32.66$, $gl=3$, $p<=0.0001$; $V =0.14$). La relación entre ambas variables es pequeña. Hay más porcentaje de mujeres con derechohabiencia ($R=23-45$) (véase tabla 13), en comparación con el porcentaje estatal de mujeres (22%),

particularmente con el seguro popular ($p=0.0001$) respecto del resto de categorías de derechohabiencia. Para el caso de los hombres hay un mayor número de casos sin derechohabiencia ($p=.02$). Se debe ser prudente con la interpretación, ya que el 20% de los casos se desconoce este dato.

Diferencias regionales en los suicidios juveniles en Jalisco

A continuación, se muestran las diferencias en las características sociodemográficas de los suicidios juveniles entre las doce regiones de Jalisco. Se muestran diferencias por grupo etario, por escolaridad, por tamaño de la región, por derechohabiencia, por causa de muerte, por estado civil y tasas para cada región por grupo etario para ambos sexos y para cada sexo por separado.

Respecto del grupo etario, las regiones con mayor porcentaje de personas jóvenes de 15 a 19 años respecto del dato estatal (27.7%) fueron las regiones Norte (42%), la Sierra Occidental (36.8), Valles (36.3%) y Sureste (32.4%). Las regiones con mayor porcentaje de personas jóvenes de 20 a 24 años en comparación con la proporción estatal (37.6%) fueron Altos sur (43.8%), Ciénega (41.3%) y Costa sur (41.2%). Las regiones con mayor porcentaje de suicidio en personas jóvenes de 25 a 29 años en comparación con el dato estatal (34.7%) fueron: Sur (42.7%), Costa Sur (41.2%), Sierra de Amula (39.1%), Sureste (38.2%) y Altos Norte (37.9%). Sin embargo, las diferencias no son significativas.

Respecto de la escolaridad de los casos de los suicidios por regiones, se observan diferencias entre regiones ($X^2= 64.4$, $gl=44$, $p=0.02$; $V =0.1$) aunque la relación entre ambas variables es pequeña. Las regiones con menor nivel de escolaridad (secundaria incompleta o menos) en comparación con el resto son Ciénega, Altos Sur, Altos Norte y Costa Sur. En cambio, las regiones con un porcentaje mayor

Tabla 12. Número y porcentaje de suicidios juveniles por sexo y escolaridad de 2013 a 2022 en Jalisco

Escolaridad	H	M	%	X ²	p	Escolaridad	H	M	%	X ²	p
Sin escolaridad	54	5	8.5	5.7	0.02	Preparatoria incompleta	171	76	30.8	12.0	0.0005
Primaria incompleta	153	24	13.6	7.4	0.006	Preparatoria completa	219	84	27.7	6.4	.01
Primaria completa	373	72	16.2	10.5	0.001	Profesional /Posgrado	980	50	33.8	11.9	0.0006
Secundaria incompleta	179	52	22.5			No especificado	53	15	22.1		
Secundaria completa	486	125	20.5			Total	1,786	503	22.0		

Fuente: https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#datos_abiertos

Tabla 13. Número y porcentaje de suicidios juveniles por sexo y derechohabiencia de 2013 a 2022 en Jalisco

Derechohabiencia	Hombre	Mujer	%	X ²	p
Ninguna	767	170	18.1	5.22	0.02
IMSS	348	107	23.5		
Seguro popular	222	110	33.1	25.7	0.0001
Otras	11	5	45.4		
No especificado	438	111	20.2		

Fuente: https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#datos_abiertos

de escolaridad son: Sierra Occidental, Costa Norte, Sureste, Valles y Centro (véase tabla 14). Las regiones con mayores diferencias entre sí fueron: Altos Sur y Ciénega por menor escolaridad, respecto de la Centro, Sierra Occidental y Valles con mayor escolaridad (análisis post hoc).

de localidad y el porcentaje de suicidio en la región. La tabla 15 muestra las regiones con mayor porcentaje de suicidios en localidad con menos de 10 mil habitantes en comparación con el dato estatal (17.7%) son: Sierra Occidental (100%), Norte (90%), Sureste (88.2%), Sierra de Amula (78.3%), Sur (46.3%), Costa Sur (38.2%). Como es de esperarse, el resto de regiones a excepción de la Región Centro,

también tuvieron más casos de localidades pequeñas, en un rango de 34.2 a 18.3%. Altos Norte y Altos Sur acumulan más casos en poblaciones de 20 mil a menos de 100 mil habitantes (56.5% y 64.4% respectivamente). Igualmente, esperado fue el mayor porcentaje de suicidios en localidades de 100 mil y menos de 250 mil habitantes en la Costa Norte (74.4%), lo que indica la concentración de casos en la ciudad de Puerto Vallarta. Distribuciones más homogéneas las encontramos en las regiones Ciénega y Valles entre las diferentes agrupaciones de localidades de menos de 100 mil habitantes. Las diferencias no fueron significativas por la gran cantidad de celdas vacías en la tabla.

Tabla 14. Número y porcentaje de suicidios juveniles por escolaridad y región de Jalisco, de 2013 a 2022

Escolaridad	Norte		Altos Norte		Altos Sur		Ciénega		Sureste		Sur	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Sin escolaridad/ Primaria incompleta	10	20	12	97	19	130	23	14.8	4	11.8	7	8.5
Primaria completa / Secundaria incompleta	13	26	39	31.5	53	36.3	55	35.5	8	23.5	23	28.0
Secundaria completa/ Preparatoria incompleta	15	30	55	44.4	53	36.3	49	31.6	15	44.1	35	42.7
Preparatoria completa/ Profesional-Posgrado	10	20	15	12.1	16	11.0	20	12.9	7	20.6	16	19.5
No especificado	2	4	3	2.4	5	3.4	8	5.2	0	0.0	1	1.2
Escolaridad	S. Amula		Costa Sur		Costa Norte		S. Occidental		Valles		Centro	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Sin escolaridad/ Primaria incompleta	0	0.0	4	11.8	8	9.8	0	0.0	4	3.9	145	10.1
Primaria completa / Secundaria incompleta	5	21.7	11	32.4	22	26.8	2	10.5	28	27.5	415	28.9
Secundaria completa/ Preparatoria incompleta	12	52.2	10	29.4	29	35.4	10	52.6	50	49.0	525	36.6
Preparatoria completa/ Profesional-Posgrado	5	21.7	7	20.6	22	26.8	6	31.6	18	17.6	309	21.5
No especificado	1	4.3	2	5.9	1	1.2	1	5.3	2	2.0	42	2.9

Nota: S. Amula: Sierra de Amula; S. Occidental: Sierra Occidental.

Fuente: https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#datos_abiertos.

Las diferencias son notables por el tamaño

Tabla 15. Número y porcentaje de suicidios juveniles por tamaño de la localidad de residencia y región de Jalisco, de 2013 a 2022

Tamaño de localidad En habitantes	Norte		Altos Norte		Altos Sur		Ciénega		Sureste		Sur	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1 a 9,999	45	90.0	26	21.0	35	24.0	53	34.2	30	88.2	38	46.3
10,000 a 19,999	5	10.0	8	6.5	14	9.6	44	28.4	4	11.8	5	6.1
20,000 a 49,999	0	0.0	39	31.5	23	15.8	24	15.5	0	0.0	22	26.8
50,000 a 99,999	0	0.0	31	25.0	71	48.6	31	20.0	0	0.0	10	12.2
100,000 a 249,999	0	0.0	17	13.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	7.3
250,000 a 499,999	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
500,000 a 999,999	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
1,000,000 a 1,499,999	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No especificado	0	0.0	3	2.4	3	2.1	3	1.9	0	0.0	1	1.2

Tamaño de localidad En habitantes	Norte		Altos Norte		Altos Sur		Ciénega		Sureste		Sur	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Tamaño de localidad En habitantes	S. Amula f %		Costa Sur f %		Costa Norte f %		S. Occidental f %		Valles f %		Centro f %	
1 a 9,999	18	78.3	13	38.2	15	18.3	19	100.0	30	29.4	84	5.8
10,000 a 19,999	0	0.0	7	20.6	1	1.2	0	0.0	35	34.3	22	1.5
20,000 a 49,999	5	21.7	6	17.6	5	6.1	0	0.0	37	36.3	204	14.2
50,000 a 99,999	0	0.0	6	17.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	0.2
100,000 a 249,999	0	0.0	0	0.0	61	74.4	0	0.0	0	0.0	2	0.1
250,000 a 499,999	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	188	13.1
500,000 a 999,999	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	249	17.3
1000,000 a 1499,999	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	656	45.7
No especificado	0	0.0	2	5.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	28	1.9

Nota: S. Amula: Sierra de Amula; S. Occidental: Sierra Occidental.
Fuente: https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#datos_abiertos.

Tabla 16. Número y porcentaje de suicidios juveniles por causa de muerte y región Jalisco, de 2013 a 2022

Causa de muerte	Norte		Altos Norte		Altos Sur		Ciénega		Sureste		Sur	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Envenenamiento químico	9	18.4	3	2.5	13	9.0	18	11.6	8	23.5	10	12.3
Ahorcamiento	32	65.3	113	93.4	120	82.8	123	79.4	19	55.9	64	79.0
Disparo	5	10.2	2	1.7	9	6.2	11	7.1	7	20.6	6	7.4
Otras	3	6.1	3	2.5	3	2.1	3	1.9	0	0.0	1	1.2
Causa de muerte	S. Amula f %		Costa Sur f %		Costa Norte f %		S. Occidental f %		Valles f %		Centro f %	
Envenenamiento químico	5	21.7	3	9.1	2	2.4	3	16.7	20	20.0	115	8.1
Ahorcamiento	15	65.2	25	75.8	69	84.1	11	61.1	71	71.0	1223	86.1
Disparo	2	8.7	5	15.2	7	8.5	2	11.1	9	9.0	48	3.4
Otras	1	4.3	0	0.0	4	4.9	2	11.1	0	0.0	34	2.4

Nota: S. Amula: Sierra de Amula; S. Occidental: Sierra Occidental.
Fuente: https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#datos_abiertos.

Respecto de la principal causa de muerte por el método empleado, si bien en todas las regiones es el ahorcamiento, hay diferencias entre los métodos ($X^2=117.4$, $gl=33$, $p<0.0001$; $V=0.13$). La relación entre ambas variables es pequeña. El análisis post hoc mostró que las regiones con mayores diferencias respecto del resto fueron Altos Norte, Costa Norte y Centro con mayor proporción de ahorcamientos. Las regiones Sureste y Valles presentan mayor proporción de envenenamientos, y Sureste mayor proporción de disparo por arma (véase tabla 16). Con las causas de muerte se identifica que la accesibilidad a medios de alta letalidad es un factor en la elección del método suicida.

Respecto de las diferencias regionales por derechohabiencia se observa que hay mayor porcentaje de regiones en las cuales las personas jóvenes no contaban con derechohabiencia (véase tabla 17), en comparación con el porcentaje estatal (40.9%).

Hay diferencias entre la derechohabiencia y las regiones ($X^2=607.7$, $gl=33$, $p<0.0001$, $V=0.3$). La relación entre ambas variables es moderada. Las regiones Centro (48.2%), Altos Sur (45.9%) y Ciénega (45.8%) muestran menor derechohabiencia. Sin embargo, en las regiones Norte, Sureste, Sierra de Amula, Costa Sur, Costa Norte, Sierra Occidental y Valles, había pocos casos con esta información registrada. Es notable la ausencia de información para 7 de las 12 regiones del estado, lo que es una limitante para suponer el efecto de la derechohabiencia en el fenómeno. Mediante el análisis post hoc se observa que la región Norte y Centro presentan más diferencias respecto de las regiones Altos Norte, Altos Sur, Ciénega y Valles, entre la Norte y Centro entre sí. La región Norte presenta más afiliaciones al seguro popular y menos personas jóvenes sin derechohabiencia. La región Centro tiene la mayor proporción de personas sin derechohabiencia.

Tabla 17. Número y porcentaje de suicidios juveniles por derechohabiencia y región Jalisco, de 2013 a 2022

Derechohabiencia	Norte		Altos Norte		Altos Sur		Ciénega		Sureste		Sur	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Ninguna	8	16.0	35	28.2	67	45.9	71	45.8	8	23.5	27	32.9
IMSS	2	4.0	21	16.9	32	21.9	27	17.4	3	8.8	14	17.1
Seguro popular	12	24.0	22	17.7	36	24.7	31	20.0	5	14.7	11	13.4
Otras	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No especificado	28	56.0	46	37.1	11	7.5	26	16.8	18	52.9	30	36.6
Derechohabiencia	S. Amula		Costa Sur		Costa Norte		S. Occidental		Valles		Centro	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Ninguna	2	8.7	0	0.0	4	4.9	2	10.5	19	18.6	692	48.2
IMSS	0	0.0	0	0.0	3	3.7	1	5.3	16	15.7	336	23.4
Seguro popular	1	4.3	1	2.9	4	4.9	1	5.3	14	13.7	194	13.5
Otras	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	16	1.1
No especificado	20	87.0	33	97.1	71	86.6	15	78.9	53	52.0	198	13.8

Nota: S. Amula: Sierra de Amula; S. Occidental: Sierra Occidental.

Fuente: https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#datos_abiertos.

Respecto de la proporción de suicidios por regiones según el estado civil no se observan diferencias entre sí ($X^2= 25.1$, $gl=22$, $p=0.3$, $V =0.07$).

Respecto de las diferencias regionales en las tasas de suicidio para el grupo etario de 15 a 19 años, la región con las tasas más altas fue la Norte, superando los 60 casos por 100 mil habitantes en 2017 y 2021. No hay que perder de vista que el número de casos por año en las regiones menos pobladas genera una gran variabilidad en las tasas. La siguiente fue la Sierra Occidental superando los 30 casos por 100 mil habitantes en 2018 y 2020. En tercer lugar, fue la región Sureste con una tasa cercana a 30 en 2016 y de 20 casos en 2020 y 2021 (véase anexo 2 gráfica I).

Sobre las diferencias regionales en las tasas de suicidio de 20 a 24 años, la región la tasa más alta fue la Norte, superando los 40 casos por 100 mil habitantes de 2018 a 2020. Le siguió la Sierra de Amula con 35 casos en 2015. El tercer lugar fue Altos sur con 30 en 2017. El cuarto lugar fue Sureste con 30 casos en 2016-2017 (véase anexo 2 gráfica II).

Respecto de las diferencias regionales en las tasas de suicidio de 25 a 29 años, la región con la tasa más alta fue la Norte, con 65 casos por 100 mil habitantes en 2022 y luego con casi 35 casos en 2018 y 2020. La siguiente fue Sureste con 30 en 2016. Luego, fueron Altos Sur y Altos Norte en 2019 con poco menos de 30 casos (véase anexo 2 gráfica III).

Diferencias por grupo etario en los suicidios juveniles en Jalisco

En la tabla 18 se muestran diferencias por grupo etario ($X^2=47.41$, $gl, 18$, $p=0.0002$, $V =0.07$). Aunque la relación entre ambas variables es muy baja. El análisis post hoc muestra que hay diferencias entre 2013 y 2020-2022 con una menor proporción de casos de los grupos 15 a 19 y 20 a 24 años ($p\leq.05$), entre 2015 y entre de 2017 a 2022 ($p\leq.03$), ya que muestra más proporción de casos de 15 a 19 años. Por último, 2019 es diferente del periodo de 2014 a 2017, ya que es menor la proporción de casos de 15 a 19 años y es mayor de 25 a 29 años.

Tabla 18. Número y porcentaje de suicidios de personas jóvenes por grupo de edad 2013-2022 en Jalisco

Edad	2013		2014		2015		2016		2017	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
15-19	68	33.0	61	30.5	80	39.2	70	31.4	71	27.7
20-24	85	41.3	74	37.0	72	35.3	82	36.8	102	39.8
25-29	53	25.7	65	32.5	52	25.5	71	31.8	83	32.4
	2018		2019		2020		2021		2022	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
15-19	57	24.5	45	19.6	60	23.8	59	23.4	64	27.7
20-24	97	41.6	85	37	88	34.9	91	36.1	83	35.9
25-29	79	33.9	100	43.5	104	41.3	102	40.5	84	36.4

Fuente: https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#datos_abiertos.

Al analizar los cambios en las tasas en la gráfica 1 se observa que hay diferencias por grupo etario. La tasa del grupo de 15 a 19 años muestra un descenso entre 2015 y 2019 ($Z=3.1$, $p=.002$), pero se pierde al año siguiente, sin diferencia entre 2015 y 2022. La tasa del grupo de 20-24 años muestra aumento entre 2015 y 2017 ($Z=-2.2$, $p=.03$), pero al siguiente año se pierde la diferencia y se muestra sin diferencia entre 2015 y 2022. La tasa del grupo de 25 a 29 años muestra diferencia de 2015 a 2017 ($Z=-2.4$, $p=.02$), alcanza su máxima diferencia de incidencia en 2019 ($Z=-3.5$, $p=.0005$), hay un ligero descenso en 2022, hay un aumento significativo de la tasa entre 2015 y 2022 ($Z=-2.3$, $p=.02$).

Respecto de las tasas estatales para cada grupo etario por sexo se observan cambios en las tasas de los hombres. En los hombres de 15 a 19 años disminuye la tasa de 2015

(15.2) a 2019 (8.8) ($Z=2.46$, $p=0.01$), pero con el pequeño repunte en 2020 a 2022 (10.1) se perdió lo significativo de la disminución. Para los hombres de 20 a 24 años no hay cambio, las tasas fluctúan entre 14.7 y 20.2. En el grupo de hombres de 25 a 29 años hay un incremento de la tasa de 11.7 en 2015 a 26.1 en 2020 ($Z=-4.25$, $p<0.0001$) y el aumento continúa siendo significativo en 2022 (19.6) ($Z=-2.54$, $p=0.01$). Para las mujeres de 15 a 19 años hubo una disminución de 2015 (6.1) a 2019 (2.8) ($Z=1.96$, $p=0.05$), pero aumenta de 2019 a 2022 (7.1) ($Z=-2.49$, $p=0.01$), para quedar sin diferencia entre 2015 y 2022. En el grupo de mujeres de 20 a 24 años no hay cambios (fluctúa entre 3.4 a 6.7). En las mujeres de 25 a 29 años hubo disminución de la tasa de 2018 (6) a 2020 (2.3) ($Z=2.26$, $p=0.02$), pero se pierde con los pequeños aumentos en los siguientes años (véase gráfica 2).

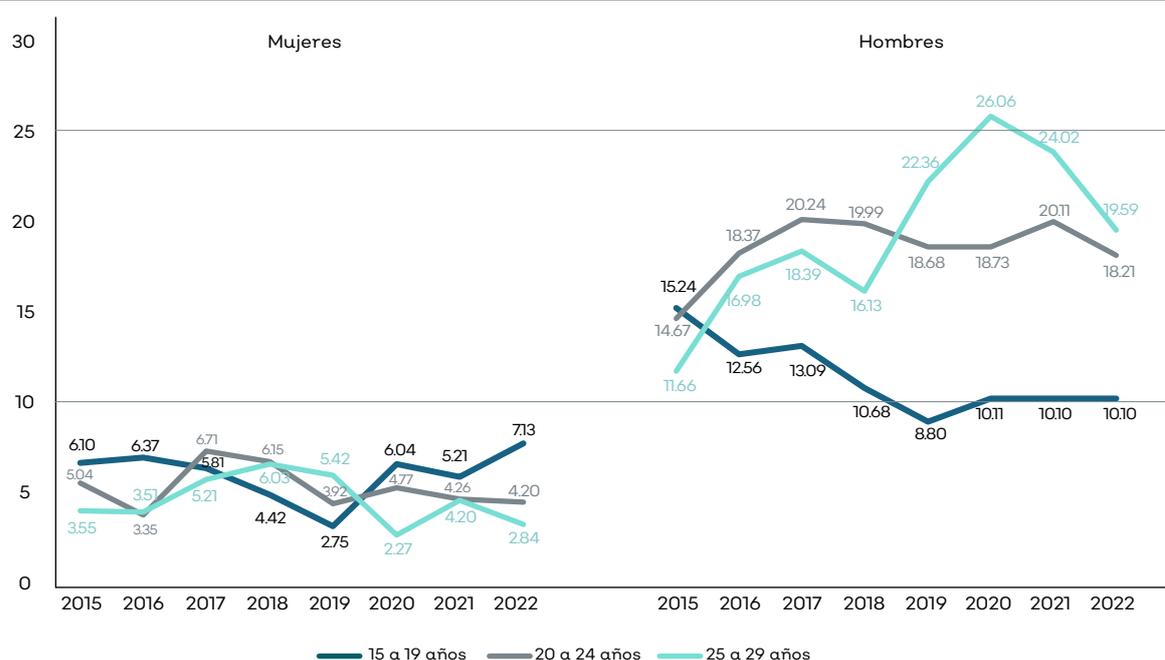
Gráfica 1. Tasa de suicidios de personas jóvenes por grupo etario 2015-2022 en Jalisco



Nota: 1. Tasa ajustada por edad por 100 mil habitantes. Proyecciones de Población medio año Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco 2015-2022.

Fuente: https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#datos_abiertos.

Gráfica 2. Tasa de suicidios de personas jóvenes por grupo etario y sexo de 2015 a 2022 en Jalisco.



Nota: 1. Tasa ajustada por edad por 100 mil habitantes. Proyecciones de población medio año Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco 2015-2022.

Fuente: https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#datos_abiertos.

Diferencias en tasas por región, por sexo según grupo etario

A continuación, se muestran las tasas de cada grupo etario, para cada sexo, en cada región.

En la región Norte, la tasa más alta se presenta en 2022 en hombres de 24 a 29 años con más de 105 casos por 100 mil habitantes. En los hombres de 25 a 29 años, pasó de tasa 0 a 105 (3 casos); de 20 a 24 años, fluctúa de 0 a 60 (2 casos); de 15 a 19 años entre 0 y 50 (2 casos). Para las mujeres de 25 a 29 años, fluctúa entre 0 y 34 (1 caso); de 20 a 24 años 0 y 88 (3 casos); de 15 a 19 años pasó de 0 a 101 (4 casos) (véase gráfica 3). Pero, ningún cambio es significativo. Es la única región en que hay más suicidios de mujeres, aunque la tasa más

alta es en hombres. Además, de los 40 casos, 21 (52.5%) eran hablantes de una lengua indígena, 11 (27.5%) eran hispanoparlantes y 8 casos no hay datos. Los municipios con comunidades indígenas tuvieron 29 casos (72.5%), cuando su proporción de población indígena fue 55.5% en enero de 2022 (INPI, 2022).

En la región Altos Norte, la tasa más alta se presenta en 2018 en hombres de 20 a 24 años con más de 43 casos por 100 mil habitantes. En los hombres de 25 a 29 años, la tasa fluctúa entre 12 (2 casos) y 42 (7 casos); de 20 a 24 años, entre 11 (2 casos) y 44 (8 casos); de 15 a 19 años entre 0 y 20 (4 casos). Para las mujeres de 25 a 29 años, fluctúa entre 0 y 22 (4 casos); de 20 a 24 años, entre 0 y 5 (1 caso); de 15 a 19 años entre 0 y 10 (2 casos) (véase gráfica 3). Hay aumento de casos en 2018 y 2019 para

los hombres y mujeres de 25 a 29 años, pero, ninguno de los cambios es significativo.

En la región Altos Sur, la tasa más alta se presenta en 2017 en hombres de 20 a 24 años con más de 51 casos por 100 mil habitantes. En los hombres de 25 a 29 años, la tasa ha fluctuado de 12 (2 casos) a 36 (6 casos); de 20 a 24 años, entre 23 y 51 (6 casos); para los de 15 a 19 años se mantiene entre 0 y 20 (4 casos). Para las mujeres de 25 a 29 años, fluctúa entre 0 y 1 caso a excepción de 2019 con 4 casos; de 20 a 24 años entre 0 y 16 (3 casos); de 15 a 19 años fluctúa entre 0 y 15 (3 casos) (véase gráfica 3). Ninguna variación es significativa.

En la región Ciénega, la tasa más alta fue en 2019 en hombres de 20 a 24 años con 38.5 casos por 100 mil habitantes. En hombres de 25 a 29 años, la tasa fluctúa entre 5 y 29 (6 casos); de 20 a 24 años, entre 0 y 38 (9 casos), con un pico en 2019; para los de 15 a 19 años fluctúa entre 4 y 15.7 (4 casos). Para las mujeres de 25 a 29 años la tasa oscila entre 0 y 18 (4 casos); entre 20 y 24 años entre 0 y 12 (3 casos); de 15 a 19 años entre 0 y 8 (2 casos) (véase gráfica 3). Hay un aumento atípico en 2019, con 21 casos en ambos sexos y los tres grupos etarios respecto de 2015 con 6 casos ($Z=-2.66$, $p=0.008$). Ninguna otra variación es significativa.

En la región Sureste, la tasa más alta es en 2016 en hombres de 20 a 24 años con 61 casos por 100 mil habitantes. En los hombres de 25 a 29 años, fluctúa entre 0 y 48 (2 casos); de 20 a 24 años, entre 0 y 61 (3 casos); de 15 a 19 años entre 0 y 54 (3 casos). Para las mujeres en los tres grupos es mayormente tasa 0 y eventualmente presenta tasa de 19 o 22 (un caso). En 2016 hay 9 casos en contraste con 2022 con un caso ($p=02$) (véase gráfica 3). Es una región con tendencia a tasas 0 o a tener 1 caso.

En la región Sur, la tasa más alta es en 2018 en hombres de 25 a 29 años con 41 casos por 100 mil habitantes. En los hombres de 25 a

29 años, la tasa oscila entre 6 (1 caso) a 41 (6 casos); de 20 a 24 años, entre 0 y 31 (5 casos); de 15 a 19 años entre 0 y 2 casos. Para las mujeres de 25 a 29 años, tuvo 0 casos en 6 años consecutivos, luego 2 y un caso; de 20 a 24 años más de mitad de los años con 0 casos, con dos años con un caso y otro más con 2 casos; de 15 a 19 años oscila 0 y 12 (2 casos) durante 7 años (véase gráfica 3). No hay diferencias entre las tasas. Las mujeres tienden a tasas 0.

En la región Sierra de Amula, la tasa más alta es en 2020 en hombres de 24 a 29 años con 52 casos por 100 mil habitantes. En los hombres de 25 a 29 años, fluctúa entre 0 y 52 (2 casos); de 20 a 24 años, entre 0 y 48 (2 casos); de 15 a 19 años entre 0 y 23 (1 caso). Para las mujeres en los tres grupos es mayormente 0 y eventualmente presenta tasa de 24 (un caso) (véase gráfica 3). No hay diferencias entre las tasas. Es una región con tendencia a 0 o 1 caso por grupo por año.

En la región Costa Sur, la tasa más alta es en 2016 en hombres de 20 a 24 años con 50 casos por 100 mil habitantes. En hombres de 25 a 29 años, fluctúa entre 0 y 41 (3 casos); de 20 a 24 años entre 0 y 50 (4 casos), con mayoría de 0; de 15 a 19 años entre 0 y 23 (2 casos). Para mujeres de 25 a 29 años la tasa tiende a 0 con 1 o 2 casos en 3 años; de 20 a 24 años tiende a 0 (5 años) hasta 2 casos; de 15 a 19 años es 0 excepto en 2015 (1 caso) (véase Anexo 2). No hay diferencias significativas. Es una región con tendencia a tasas 0, excepto en hombres de 25 a 29 años en los últimos 6 años.

En la región Costa Norte, la tasa más alta es en 2021 en hombres de 20 a 24 años con 43 casos por 100 mil habitantes. En hombres de 25 a 29 años, ha fluctuado entre 6 (1 caso) y 30 (5 casos); de 20 a 24 años, entre 6 (1 caso) a 43 (7 casos); de 15 a 19 entre 0 y 19 (3 casos). Para las mujeres de 25 a 29 años, es mayormente tasa 0, con un caso en 2019; de 20 a 24 años, es mayormente tasa 0, con 2 casos en 2020; de 15 a 19 años oscila entre 0 y 19.7 (3 casos) (véase

gráfica 4). En hombres incrementaron los casos en 2021 entre los 20 y 29 años respecto de 2020 y 2022 ($p=0.02$). En cambio, se observa tendencia a tasa cero en las mujeres. No hay más diferencias.

En la región Sierra Occidental, la tasa más alta es en 2020 en hombres de 15 a 19 años con 68 casos por 100 mil habitantes. En hombres de 25 a 29 años, fluctúa entre 0 y 46 (1 caso); 20 a 24 años, entre 0 y 39 (1 caso); de 15 a 19 años la tasa es 0 excepto 2020 con 68 (1 caso). Para las mujeres de 25 a 29 años y 20 a 24 años, la tasa es 0 durante 7 años; de 15 a 19 años ha fluctuado entre 0 y 73 (2 casos) durante 7 años (véase gráfica 4). No hay diferencias. Es una región con mayormente tasas 0.

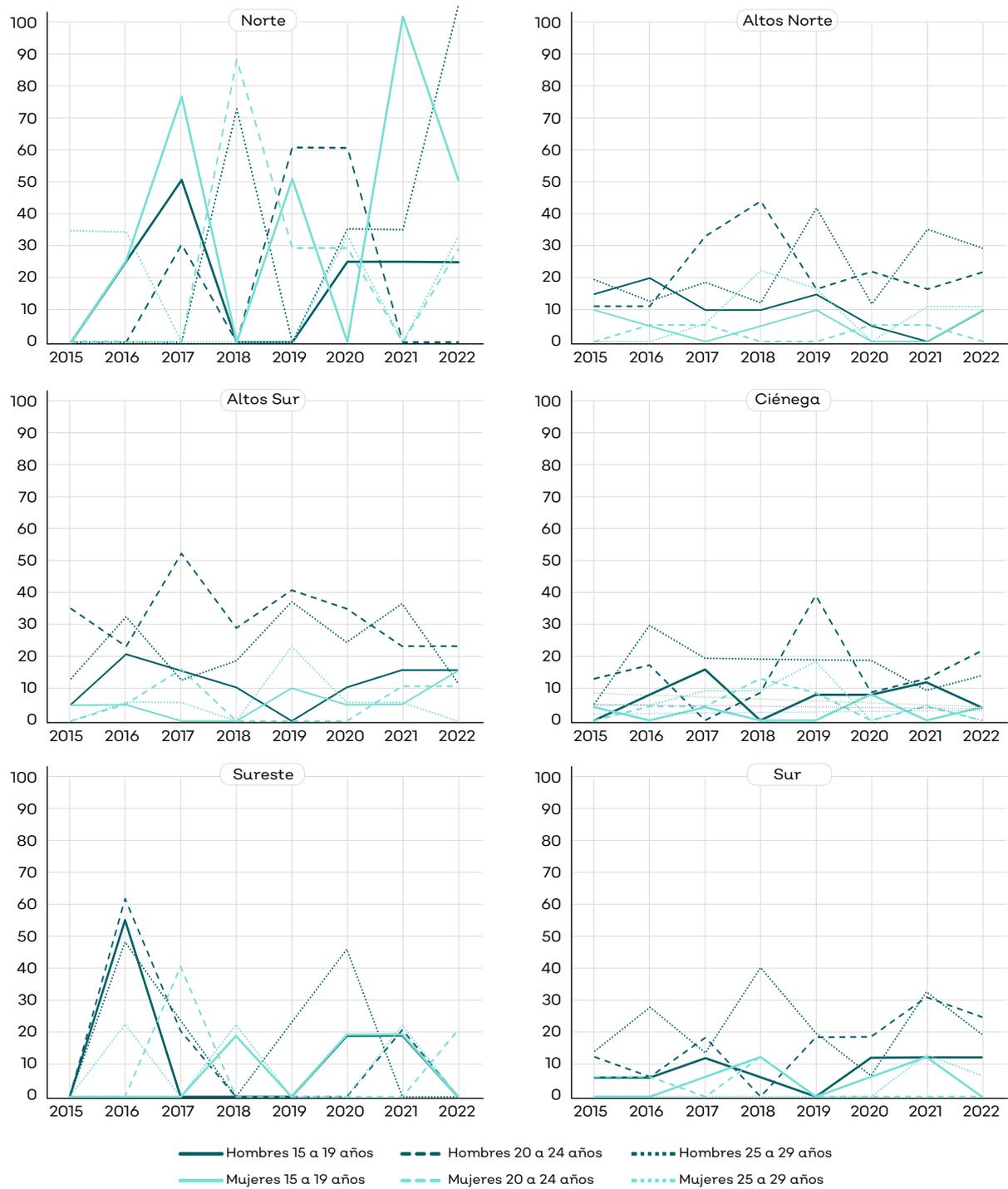
En la región Valles, la tasa más alta es en 2021 en hombres de 20 a 24 años con 44 casos por 100 mil habitantes. En hombres de 25 a 29 años, fluctúa entre 0 y 40 (6 casos); de 20 a 24 años entre 6 a 44 (7 casos); de 15 a 19 años entre 17 a 28 (5 casos). Para las mujeres de 25 a 29 años, fluctúa entre 7 (1 caso) y 0; de 20 a 24 años entre 0 y 13 (2 casos); de 15 a 19 años entre 6 y 12 (2 casos) (véase gráfica 4). En los hombres (3 grupos juntos) aumentaron los casos al pasar de 5 (10.3 por 100 mil) en 2020 a 15 (31 por 100 mil) en 2021 ($Z=-2.01$, $p=0.04$). No hay otras diferencias.

En la región Centro, la tasa más alta es en 2020 en hombres de 25 a 29 años con 30 casos por 100 mil habitantes (aumentó de 173%, $Z=-4.39$, $p<0.0001$). Para los hombres de 25 a 29 años, ha fluctuado entre 11.2 (2015) y 22 (2021), con su máximo en 2020; de 20 a 24 años, entre 13.8 (2015) a 18.9 (2022), con un pico de 21.2 en 2018; de 15 a 19 años disminuyó de 20.5 (2015) a 9.3 casos (2022) (reducción de 54.6%, $Z=3.66$, $p=.002$).

Para las mujeres de 25 a 29 años, disminuyó de 6.2 (2018) a 2.2 (2020) (43.5%), pero no es significativa; de 20 a 24 años, disminuyó de 7.1 (2015) a 3.5 casos (2022) (50.7%), sin ser

significativa. En mujeres de 15 a 19 años se redujo de 7.2 a 1.3 entre 2015 y 2019 (82.6%, $p=0.004$), pero repuntó en 2022 a 6.6 (reducción de 8.3% en comparada con 2015) (véase gráfica 4). En los hombres disminuyó la tasa en 15 a 19 años, pero incrementó entre los 25 a 29 años. Para las mujeres no hubo cambios significativos, aunque su tendencia es descendente.

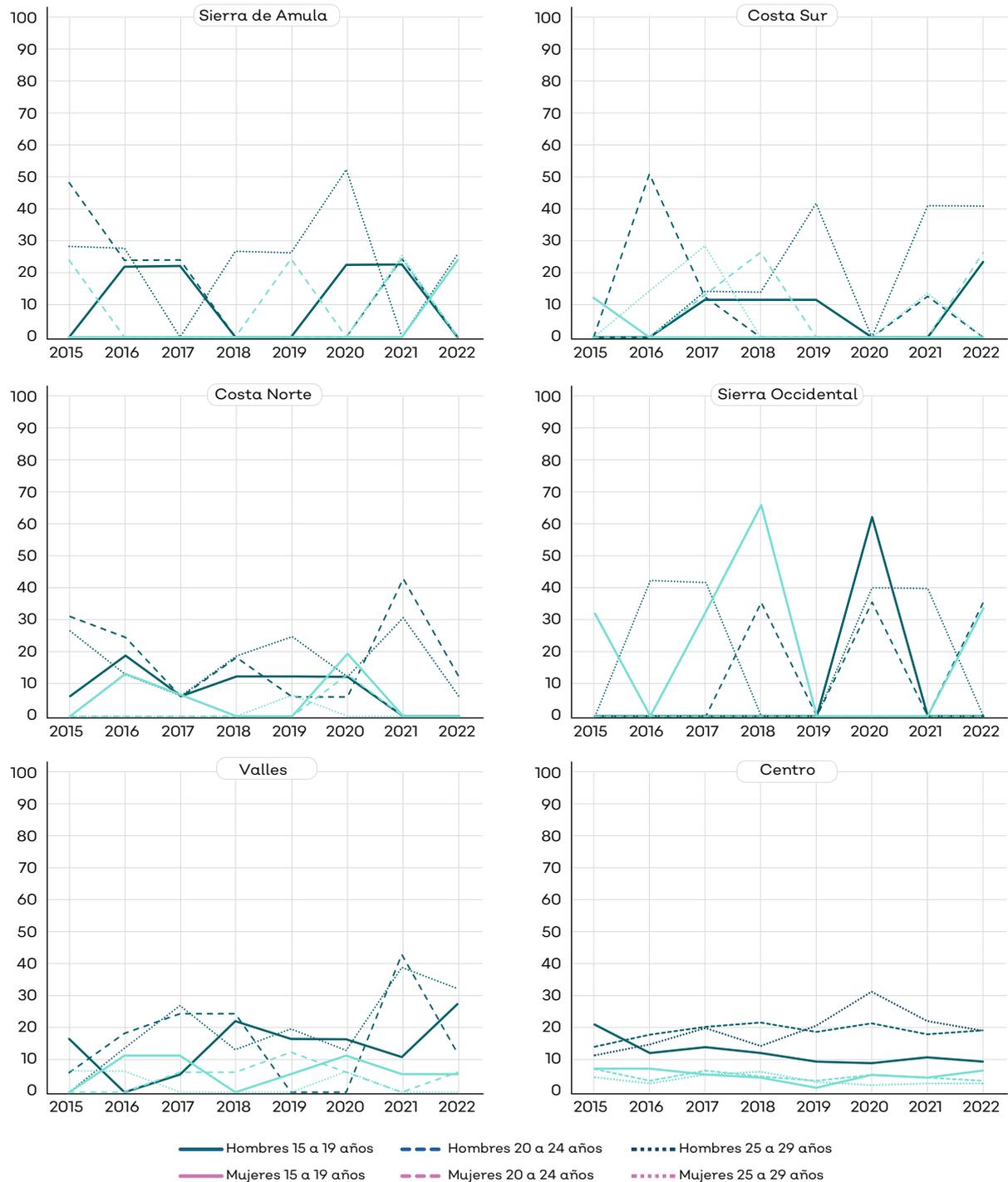
Gráfica 3. Tasas de suicidios por regiones, grupos etarios y sexo de 2015 a 2022 en Jalisco



Nota: 1. Tasa ajustada por edad por 100 mil habitantes. Proyecciones de población medio año Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco 2015-2022.

Fuente: https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#datos_abiertos.

Gráfica 4. Tasas de suicidios por regiones, grupos etarios y sexo de 2015 a- 2022 en Jalisco.



Nota: 1. Tasa ajustada por edad por 100 mil habitantes. Proyecciones de Población medio año Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco 2015-2022.

Fuente: https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#datos_abiertos.



**Políticas, programas e
intervenciones públicas
federales, estatales y
municipales**



Políticas, programas e intervenciones públicas federales, estatales y municipales

Políticas, programas e intervenciones públicas federales

La evaluación de las políticas, programas e intervenciones públicas federales en México respecto a la prevención del suicidio y la promoción de la salud mental revela una serie de hallazgos.

En primer lugar, el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 no aborda específicamente la problemática del suicidio, ni la salud mental, a pesar de reconocer la importancia de la atención a la población joven en cuestiones de salud. Aunque se mencionan iniciativas relacionadas con el empleo, la educación y el bienestar de las personas jóvenes, estas no incluyen medidas específicas para abordar la salud mental, ni la prevención del suicidio.

El Programa Sectorial de Salud 2019-2024 establece el objetivo de garantizar el acceso a servicios de salud mental y atención integral para trastornos mentales y adicciones, pero su enfoque se limita a situaciones extraordinarias como desastres naturales, emergencias humanitarias, violencias o migración. Aunque se menciona la prevención del suicidio y las autolesiones, no se define claramente la población vulnerable, ni se abordan los riesgos en condiciones ordinarias.

En el ámbito de la educación, el Programa Sectorial de Educación 2020-2024 no hace

mención de la problemática del suicidio, ni de otros problemas de salud mental en adolescentes y personas jóvenes. Esto refleja una falta de coordinación entre los sectores de salud y educación para abordar estos temas de manera integral.

El Programa Nacional de Juventud 2021-2024 reconoce que la salud representa un desafío para el bienestar de las personas jóvenes, pero tampoco menciona específicamente el suicidio como un problema de salud relevante. Aunque se destaca la importancia de la prevención y atención temprana en salud mental, no se abordan de manera específica las necesidades de prevención del suicidio en esta población.

La única iniciativa específica para las personas jóvenes en salud mental es “Contacto Joven”, promovida por IMJUVE, que ofrece apoyo psicoemocional e intervención en crisis por mensajería instantánea. Sin embargo, esta iniciativa no está específicamente orientada a la prevención del suicidio.

Aunque algunas políticas federales en México hacen menciones tangenciales a la salud mental y la prevención del suicidio, existe una falta de enfoque específico y objetivos claros para abordar la problemática del suicidio juvenil de manera integral y prioritaria. No se reconoce de manera clara y explícita los suicidios en personas jóvenes como un problema que requiere atención del Estado Mexicano. Se necesita una mayor atención y recursos dedicados a la prevención del suicidio,

especialmente entre las personas jóvenes, y una coordinación más estrecha entre los sectores de salud, educación y juventud para abordar esta importante cuestión de salud pública.

Desde 2020, la Secretaría de Salud, a través del Consejo Nacional de Salud Mental, ha promovido el Programa Nacional para la Prevención del Suicidio (PNPS). Aunque no se dispone de un documento formal que lo detalle, existen materiales de divulgación dirigidos a la población general o al personal del sector salud. Según estos materiales, el objetivo del PNPS es establecer mecanismos de intervención intersectorial para atender a personas en riesgo de suicidio y reducir la mortalidad por esta causa mediante estrategias de prevención, atención, posvención e investigación.

Los ejes principales del PNPS incluyen la coordinación intersectorial e interinstitucional, la vigilancia epidemiológica de autolesiones, intervenciones de prevención y atención, capacitación a personal sanitario e investigación. Sin embargo, a pesar que se reconoce que el grupo más afectado por suicidios son personas jóvenes de 18 a 29 años, los documentos no mencionan específicamente que ser joven es factor de riesgo. Además, no hay estrategias claramente dirigidas hacia las personas jóvenes en el programa.

Entre las acciones del PNPS se encuentran: a) el Código 100, un sistema de apoyo en la toma de decisiones en casos de conducta suicida para médicos no expertos en salud mental; b) brigadas comunitarias de salud mental; c) grupos de apoyo emocional; y d) gestión de casos. Estas acciones se han implementado en algunos municipios de Jalisco, aunque su enfoque en la juventud es limitado.

En el Programa de Acción Específico Salud Mental y Adicciones 2020-2024, se establece como objetivo la optimización de las acciones

de prevención del suicidio y la reversión de la incidencia de suicidios en el país. Sin embargo, se eliminó la coordinación intersectorial, dejando la prevención del suicidio a cargo exclusivamente del Sistema de Salud.

En cuanto a los indicadores y metas del programa, se destaca la reducción de la mortalidad prematura por suicidio y la promoción del bienestar mental. Se establecen metas específicas, como reducir la tasa de suicidios a nivel nacional y capacitar al personal de salud en la prevención del suicidio. A pesar de estos esfuerzos, aún falta un enfoque específico y acciones concretas dirigidas a la prevención del suicidio en personas jóvenes. Si bien se están llevando a cabo algunas acciones, como la capacitación del personal de salud y la atención en comunidades marginadas, estas no están suficientemente centradas en la población joven. Es esencial que se implementen estrategias específicas y se asignen recursos adecuados para abordar esta problemática de manera efectiva.

Políticas, programas e intervenciones públicas estatales

El Plan Estatal de Gobernanza y Desarrollo Jalisco 2018-2024, visión 2030, así como el Plan Sectorial de Desarrollo Social, contienen menciones sobre la prevención del suicidio, pero no destacan la importancia de abordar específicamente esta problemática en la población joven, a pesar de su vulnerabilidad. En el objetivo de desarrollo sostenible 3, que se refiere a garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos, se propone la reducción de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles, incluida la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio. Sin embargo, no se hace hincapié en la importancia de incluir a las personas jóvenes en estas estrategias.

En el ámbito estatal, diversas instituciones inciden en la salud mental y la prevención del suicidio. La Secretaría de Salud, el OPD Servicios de Salud, el Consejo Estatal contra las Adicciones y el Instituto Jalisciense de Salud Mental tienen objetivos relacionados con estos temas. Sin embargo, ninguno de los programas parece estar diseñado específicamente para abordar las necesidades de las personas jóvenes en este ámbito.

En particular, el Instituto Jalisciense de Salud Mental menciona la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio como parte de su misión y objetivos institucionales. Sin embargo, no se enfoca específicamente en las personas jóvenes en sus programas.

Aunque se han implementado acciones especializadas en la prevención del suicidio, como la conformación de Comités Municipales de Salud Mental y la capacitación del personal educativo en la identificación de alumnos con riesgo de suicidio, estas medidas no están dirigidas específicamente a la población joven.

Se ha solicitado que las acciones de promoción y prevención en 2024 se enfoquen en la población infanto-juvenil hasta los 26 años de edad, lo cual es un paso positivo. Sin embargo, aún hay limitaciones en cuanto a la coordinación intersectorial y la adaptación de programas para abordar las necesidades específicas de las personas jóvenes en la prevención del suicidio.

Aunque se están llevando a cabo acciones para la prevención del suicidio en Jalisco, es necesario desarrollar e implementar intervenciones específicas dirigidas a la población joven. Esto incluye la coordinación entre instituciones de diversos sectores, la capacitación del personal educativo, la atención en entornos escolares y la adaptación de programas de prevención del suicidio para abordar las necesidades de las personas jóvenes de manera efectiva.

Políticas, programas e intervenciones públicas municipales

Respecto de las intervenciones municipales, de los 44 ayuntamientos que respondieron la petición de información, 23 reportaron la ausencia de programas específicos de prevención del suicidio, mientras que 7 no dieron una respuesta clara y 14 afirmaron contar con tales programas. Aunque la mayoría carece de programas de prevención del suicidio estructurados, 29 municipios llevan a cabo actividades relacionadas con la promoción y atención en salud mental, indicando un reconocimiento generalizado de su importancia. Sin embargo, la mayoría de estas actividades no están dirigidas explícitamente a la prevención del suicidio, menos aún al suicidio en personas jóvenes, y solo 5 municipios informaron sobre acciones específicas para prevenir o atender conductas autolesivas.

Además, solo dos municipios (Tlaquepaque y Zapotlán el Grande) compartieron programas estructurados de prevención del suicidio, resaltando la necesidad de desarrollar y fortalecer estrategias específicas a nivel local. Aunque 29 municipios tienen Comités Municipales de Salud Mental, la falta de respuesta de 21 de ellos sugiere que al menos 50 municipios podrían estar involucrados en actividades relacionadas con la salud mental, con un enfoque particular en la prevención en niñas, niños y adolescentes. Es esencial fortalecer y ampliar estos esfuerzos para abordar de manera más efectiva este problema de salud pública a nivel municipal.

Respecto de la coherencia entre las políticas, programas e intervenciones públicas federales, estatales y municipales. Hay falta de coherencia entre las políticas federales y los programas de prevención del suicidio. Las intervenciones realizadas en Jalisco han sido

muy acotadas en su impacto a nivel municipal o institucional, siendo la más importante el tamizaje a médicos internos y prestadores de servicio social. Sin embargo, son coherentes al ser negligentes con incluir a las personas jóvenes como población con mayor riesgo de presentar conductas suicidas. A nivel estatal se nota que hay una mayor integración interinstitucional para la prevención del suicidio, pero acotada al sector salud y al sector educativo e igualmente coherentemente negligente con la prevención del suicidio en personas jóvenes. Las acciones más enfocadas a ello han sido las capacitaciones a docentes en instituciones educativas de los distintos niveles.

Los programas municipales de prevención del suicidio en su mayoría están basados en dar información sobre cómo prevenirlo en niñas, niños y adolescentes. Estos programas dejan de lado la identificación y la derivación que deben dar cuenta los Comités Municipales de Salud Mental. Hay una gran cantidad que acciones aisladas que realizan los ayuntamientos con potenciales efectos en la prevención del suicidio, pero la falta de programas estructurados puede limitar su efectividad.

Tabla 19. Matriz de políticas, programas e intervenciones públicas y privadas

No.	Nombre de la política o intervención	Nivel de la intervención	Tipo de la intervención	Teoría de cambio	Cómo atiende la problemática	Análisis de congruencia	Periodo de la intervención	Fuente
1	Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024	Federal	Pública	Garantizar empleo, educación, salud y bienestar mediante la creación de puestos de trabajo, el cumplimiento del derecho de todos los jóvenes del país a la educación superior, la inversión en infraestructura y servicios de salud	No reconoce la problemática del suicidio en personas jóvenes.	No contribuye a la solución del problema de manera directa.	2019-2024	Gobierno de México (2019), Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.
2	Programa sectorial de salud 2019-2024	Federal	Pública	Garantizar el acceso a los servicios de salud mental, apoyo psicológico y de atención integral para los trastornos mentales y problemas relacionados con el uso de sustancias especialmente a población afectada en situaciones de desastres naturales, emergencia humanitaria, violencias o migración	Implementar campañas y programas nacionales para la prevención del suicidio y las autolesiones, consumo de sustancias y conductas susceptibles a generar adicciones, para promover condiciones saludables de vida y trabajo, especialmente para población vulnerable e individuos con perfiles de riesgo. Pero, no reconoce explícitamente la problemática del suicidio en personas jóvenes.	No contribuye a la solución del problema de manera directa. Se generó el programa nacional de prevención del suicidio, pero no reconoce la problemática en las personas jóvenes.	2019-2024	Secretaría de Salud (2019), Programa Sectorial de Salud 2019-2024.

No.	Nombre de la política o intervención	Nivel de la intervención	Tipo de la intervención	Teoría de cambio	Cómo atiende la problemática	Análisis de congruencia	Periodo de la intervención	Fuente
3	Programa sectorial de educación 2020-2024	Federal	Pública	Fortalecer el acceso de las y los jóvenes a servicios de salud mental, contención emocional y apoyo psicológico, fomentando su reconocimiento como parte esencial del bienestar	Impulsar el acceso a servicios de salud integrales. Pero, no reconoce explícitamente la problemática del suicidio en personas jóvenes.	No contribuye a la solución del problema de manera directa.	2020-2024	Secretaría de Educación Pública (2020). Programa Sectorial de Educación 2020-2024.
4	Programa nacional de juventud 2021-2024	Federal	Pública	Fortalecer el acceso de las y los jóvenes a servicios de salud mental, contención emocional y apoyo psicológico, fomentando su reconocimiento como parte esencial del bienestar.	creación, capacitación y difusión de Contacto Joven Red de apoyo psicosocial para adolescentes y jóvenes en México. En ella se ofrece apoyo psicoemocional e intervención en crisis por medio de mensajería instantánea, a nivel comunitario otorgado por voluntarios entre los 20 y 29 años estudiantes o profesionales de la psicología y salud mental, bajo la supervisión de la personal de la UNAM. Pero, no reconoce explícitamente la problemática del suicidio en personas jóvenes.	Contribuye a la solución del problema de manera directa.	2021-2024	Instituto Mexicano de la Juventud (2021). Programa Nacional de Juventud 2021-2024. Secretaría de Bienestar-Instituto Mexicano de la Juventud.

No.	Nombre de la política o intervención	Nivel de la intervención	Tipo de la intervención	Teoría de cambio	Cómo atiende la problemática	Análisis de congruencia	Periodo de la intervención	Fuente
5	Plan Sectorial de Salud Mental y Adicciones 2023-2024	Federal	Pública	Contribuir a la promoción, prevención, atención y recuperación de las personas con problemas asociados a la salud mental y adicciones a través de la colaboración interinstitucional para mejorar el bienestar individual y social.	No reconoce la problemática del suicidio en personas jóvenes.	No contribuye a la solución del problema de manera directa.	2023-2024	Secretaría de Salud (2023), Plan Sectorial de Salud Mental y Adicciones 2023-2024. Gobierno de México, Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones.

No.	Nombre de la política o intervención	Nivel de la intervención	Tipo de la intervención	Teoría de cambio	Cómo atiende la problemática	Análisis de congruencia	Periodo de la intervención	Fuente
6	Programa Nacional para la Prevención del Suicidio	Federal	Pública	<p>Establecer mecanismos de intervención intersectorial para atender a las personas que solicitan atención por comportamiento suicidio y reducir la mortalidad por suicidio mediante estrategias de prevención, atención, posversión e investigación en la materia</p>	<p>Código 100 que es un sistema de apoyo en la toma de decisiones en casos de conducta suicida. Brigadas comunitarias de salud mental. En su protocolo se menciona con claridad el suicidio, señalando que los grupos de edad vulnerables son los jóvenes. Aunque más adelante en los factores de riesgo individuales se menciona la edad (adolescencia y adulto mayor). Grupos de apoyo emocional. Son espacio de diálogo y escucha empática para la alfabetización emocional y apoyo psicoemocional. Gestión de casos. Su objetivo "es hacer más eficiente la coordinación de enlace entre las acciones comunitarias y los establecimientos de salud de los tres niveles de atención, orientar sus acciones de acuerdo con el escalonamiento de los servicios en función del nivel de riesgo suicida. Cursos y talleres. Los cursos mencionados han sido para docentes y personal educativo; para</p>	<p>Contribuye a la solución del problema de manera directa, de manera limitada en las Brigadas comunitarias y el tamizaje en salud mental a internos y prestadores de servicio social de Medicina.</p>	2020-2024	<p>Secretaría de Salud (2022). Semana Nacional para la conmemoración del Día Mundial para la Prevención del Suicidio 2022. Secretaría de Salud, Secretariado Técnico de la Comisión Nacional de Salud Mental, Consejo Nacional para la Prevención de las Adicciones. Secretaría de Salud (2022a) Código 100. https://www.gob.mx/salud/documentos/introduccion-al-codigo-100 Secretaría de Salud (2022b). Brigadas Comunitarias en Salud Mental. https://www.gob.mx/salud/documentos/brigadas-comunitarias-en-salud-mental Secretaría de Salud (2022c). Grupos de Apoyo Emocional del PNPS. https://www.gob.mx/salud/documentos/grupos-de-apoyo-emocional-del-pnps Secretaría de Salud (2022d) Gestión de Casos del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio. https://www.gob.mx/salud/documentos/gestion-de-casos-del-programa-nacional-del-suicidio Videos GAE (2021) https://www.youtube.com/watch?v=M332Y-9FNPO9-qsYAA-84ROQIO Secretaría de Salud (2022e). Cursos y Talleres. Capacitaciones del PNPS para noviembre de 2022 https://www</p>

<p>la prevención del suicidio en ambientes escolares. Programa de detección temprana y atención a médicos internos, y prestadores de servicio social de medicina. La estrategia consiste en un tamizaje basal, realizar acciones de prevención, capacita en salud mental, implementar un sistema de atención</p> <p>Reconoce someramente la problemática del suicidio en personas jóvenes.</p>	<p>gob.mx/psicologia/psicologia-para-no-viembre-2022</p> <p>Secretaría de Salud (2022f). Programa de detección temprana y atención de la salud mental para médicos internos de pregrado y pasantes de servicio social de medicina. https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-deteccion-temprana-y-atencion-de-la-salud-mental-para-medicos-inter-nos-de-pregrado-y-pasantes-de-servicio-social-de-medicina</p>
--	--

<p>En el objetivo de desarrollo sostenible 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. La meta 3.4. propuesta fue "Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar." Además, se menciona una estrategia ligada a la prevención del suicidio entre varias más estrategias "Promoción de la salud mental y prevención del suicidio".</p>	<p>No contribuye a la solución del problema de manera directa.</p>	<p>2018-2024</p>	<p>Gobierno de Jalisco (2022). Plan Estatal de Gobernanza y Desarrollo Jalisco 2018-2024, visión 2030. Actualización. Gobierno de Jalisco, Dirección de Planeación y Evaluación Participativa.</p>
<p>6</p>	<p>Estatal</p>	<p>Pública</p>	<p>Plan Estatal de Gobernanza y Desarrollo Jalisco 2018-2024, visión 2030</p>

No.	Nombre de la política o intervención	Nivel de la intervención	Tipo de la intervención	Teoría de cambio	Cómo atiende la problemática	Análisis de congruencia	Periodo de la intervención	Fuente
7	Plan Sectorial de Desarrollo Social Secretaría de Salud	Estatal	Pública	<p>"Fortalecer la coordinación, integración funcional, desarrollo y transversalidad del Sistema Estatal de Salud y coadyuvar a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud" incluye en sus problemas públicos "Salud mental, control de riesgos psicosociales y prevención el suicidio en Jalisco".</p>	No reconoce la problemática del suicidio en personas jóvenes.	No contribuye a la solución del problema de manera directa.	2018-2024	<p>Gobierno de Jalisco (s. f), Plan Sectorial de Desarrollo Social, Gobierno de Jalisco, Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana, Dirección General de Planeación y Evaluación Participativa, Dirección de Planeación del Desarrollo, Coordinación General Estratégica del Desarrollo Social, Coordinación General de Planeación de Desarrollo en Gestión.</p>
8	Plan Sectorial de Desarrollo Social OPD Servicios de Salud	Estatal	Pública	<p>"Brindar atención primaria en salud, con enfoque en las comunidades donde reside la totalidad de la población con énfasis en la reducción de brechas de desigualdad en los servicios de salud"</p>	<p>Programa público de vida a favor de la salud mental"</p> <p>No reconoce la problemática del suicidio en personas jóvenes.</p>	No contribuye a la solución del problema de manera directa.	2018-2024	<p>Gobierno de Jalisco (s. f), Plan Sectorial de Desarrollo Social, Gobierno de Jalisco, Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana, Dirección General de Planeación y Evaluación Participativa, Dirección de Planeación del Desarrollo, Coordinación General Estratégica del Desarrollo Social, Coordinación General de Planeación de Desarrollo en Gestión.</p>

No.	Nombre de la política o intervención	Nivel de la intervención	Tipo de la intervención	Teoría de cambio	Cómo atiende la problemática	Análisis de congruencia	Periodo de la intervención	Fuente
9	Plan Sectorial de Desarrollo Social Consejo Estatal contra las adicciones en Jalisco	Estatal	Pública	“Fortalecer el modelo de intervención temprana contra las adicciones, que contemple desde la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la promoción de la salud mental, hasta el tratamiento breve; ambulatorio, accesible y de calidad.”	Con cuatro programas: identificación precoz e intervención breve (tamizaje), tratamiento breve, derivación oportuna y de calidad, prevención de recaídas y cuidados posteriores. No reconoce la problemática del suicidio en personas jóvenes.	No contribuye a la solución del problema de manera directa.	2018-2024	Gobierno de Jalisco (s. f). Plan Sectorial de Desarrollo Social. Gobierno de Jalisco, Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana, Dirección General de Planeación y Evaluación Participativa, Dirección de Planeación del Desarrollo, Coordinación General Estratégica del Desarrollo Social, Coordinación General de Planeación de Desarrollo en Gestión.
10	Plan Sectorial de Desarrollo Social Instituto Jalisciense de Salud Mental			Misión: proporcionar servicios integrales de salud mental. Particularmente, sobre la prevención del suicidio se menciona en el objetivo institucional “Impulsar la Integración funcional hacia la universalidad de los servicios”	Mediante redes regionales para la atención del fenómeno suicida.	No contribuye a la solución del problema de manera directa.	2019-2024	Gobierno de Jalisco (s. f). Plan Sectorial de Desarrollo Social. Gobierno de Jalisco, Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana, Dirección General de Planeación y Evaluación Participativa, Dirección de Planeación del Desarrollo, Coordinación General Estratégica del Desarrollo Social, Coordinación General de Planeación de Desarrollo en Gestión.

No.	Nombre de la política o intervención	Nivel de la intervención	Tipo de la intervención	Teoría de cambio	Cómo atiende la problemática	Análisis de congruencia	Periodo de la intervención	Fuente
11	Instituto Jalisciense de Salud Mental, el Plan de Desarrollo Institucional			Mejorar las condiciones de acceso efectivo a los derechos sociales impulsando capacidad, es de las personas y sus comunidades, reduciendo brechas de desigualdad, con un sentido de colectividad fortalecido que impulsa la movilidad social de las personas y los grupos cuyos derechos han sido vulnerado." Se propone como un objetivo "Proteger y mejorar en el estado la salud de toda la población con la participación de las y los jaliscienses".	Esto se lograría mediante "2.3.5. El incremento de la participación y corresponsabilidad de la población en el autocuidado, es más homogéneo y efectivo, redundando en su nivel de salud." A través de "c) Promoción de la salud mental y prevención del suicidio." Pero, no reconoce la problemática del suicidio en personas jóvenes.	No contribuye a la solución del problema de manera directa.	2022-2024	Instituto Jalisciense de Salud Mental (2022). Plan Institucional Instituto Jalisciense de Salud Mental.
12	Comités Municipales de Salud Mental (COMUSAL-MES) SALME	Estatal/ Municipal	Pública	coordinar los esfuerzos de atención en urgencias, atención médica integral a las personas con conductas suicidas y con riesgos, así como la promoción de la salud mental	Acciones de promoción y prevención sean enfocadas en población infanto-juvenil hasta los 26 años de edad.	Contribuye a la solución del problema de manera directa	2024	Entrevista con responsable de Prevención del Suicidio SALME.

No.	Nombre de la política o intervención	Nivel de la intervención	Tipo de la intervención	Teoría de cambio	Cómo atiende la problemática	Análisis de congruencia	Periodo de la intervención	Fuente
13	Comisión de atención integral al fenómeno suicida	Estatal/ Municipal	Mixta	Coordinar esfuerzos para la prevención del suicidio en Jalisco.	Distribuido y capacitado a personal de planteles educativos de educación básica, mediante colaboración con la Secretaría de Educación Jalisco en la identificación de alumnos con riesgo de suicidio, Primeros Auxilios Psicológicos y derivación a las instancias correspondientes dependiendo del riesgo. Igualmente, se ha realizado la misma estrategia con los planteles de educación media superior y superior, en la cual han participado la Universidad de Guadalajara con el Sistema de Educación Media Superior y las universidades ITESO, UNIVA y UTEG.	Contribuye a la solución del problema de manera directa	2022-2024	Entrevista con responsable de Prevención del Suicidio SALME.
14	Programa de atención integral al fenómeno suicida	Estatal/ Municipal	Mixta	Prevenir y atender a las personas con riesgo suicida en Jalisco.	Identificación, derivación y atención de personas con riesgo de suicidio	No contribuye a la solución del problema de manera directa.	2022-2024	Entrevista con responsable de Prevención del Suicidio SALME.

No.	Nombre de la política o intervención	Nivel de la intervención	Tipo de la intervención	Teoría de cambio	Cómo atiende la problemática	Análisis de congruencia	Periodo de la intervención	Fuente
15	Programas Municipales de salud mental y/o prevención del suicidio	Intermunicipal/Municipal	Mixta	Prevenir y atención a las personas con problemas de salud mental y riesgo de suicidio en los municipios de Jalisco	<p>29 municipios reportaron actividades en la promoción y/o atención en salud mental. 5 municipios reportaron actividades en la prevención y/o atención de las conductas autolesivas. 16 reportaron atención psicológica a población vulnerable. 10 municipios reportaron actividades de promoción de la salud mental. 1 municipio reportó actividades de posversión. Solo 2 municipios Tlaquepaque y Zapotlán el Grande compartieron programas estructurados de prevención del suicidio. 6 municipios reportaron trabajar mediante redes intermunicipales de prevención del suicidio o redes de prevención de riesgos psicosociales. La mayoría de actividades en prevención del suicidio son conferencias sobre el tema dirigidas a la población escolar (niños y adolescentes).</p>	Contribuye a la solución del problema de manera directa, parcialmente al atender adolescentes.	2024	Respuesta a solicitud de información a los ayuntamientos.



CONCLUSIONES



Conclusiones

La tasa de suicidio de personas jóvenes en Jalisco, en 2022, es 15% más alta que la tasa estatal para la población general. De 2013 a 2017, la tasa de suicidio en personas jóvenes en Jalisco aumentó 20%, pero de 2017 a 2022 disminuyó en 10%. Los municipios con más suicidios juveniles en comparación con los suicidios en población general son: Mezquitic, Gómez Farías y Teocaltiche, San Pedro Tlaquepaque y Tonalá. La región Norte tiene más proporción de suicidios de personas jóvenes que el resto de regiones. Las localidades con menos de 10 mil y con más de un millón de habitantes tienen más suicidios en personas jóvenes respecto del resto de localidades. El método más frecuente de suicidio es el ahorcamiento con 82%. Hay más suicidios en hombres que en mujeres (4:1). El mayor número de suicidios se dio entre los 20 y 24 años (37.6%). 66% de los casos solo tienen secundaria completa o menos. 41% no contaban con derechohabiencia.

Se observan diferencias sexuales en las características sociodemográficas de las personas jóvenes. Hay más casos de mujeres a los 15 y 16 años y de hombres a los 24, 25 y 29 años respecto del resto de edades, en términos proporcionales. Hay más casos de mujeres en la región Norte y de hombres en la región Centro. Hay más casos de mujeres en los niveles educativos superiores a partir de preparatoria incompleta, en cambio hay más casos de hombres en los niveles de primaria completa e inferiores. Se observan más mujeres con seguro popular y hombres sin derechohabiencia.

Respecto de las diferencias entre regiones en las características sociodemográficas

de las personas jóvenes. En las regiones Ciénega y Altos Sur tienen más casos con escolaridad de secundaria incompleta o menos en comparación con las regiones Centro, Sierra Occidental y Valles. Hay diferencias en el método de suicidio, en las regiones Altos norte, Costa Norte y Centro hay más proporción de ahorcamientos. Hay más casos sin derechohabiencia en la región Centro en comparación con Norte, Altos Norte, Altos Sur, Ciénega y Valles. Las regiones con tasas más altas son Norte y Altos Sur superando entre 400 y 170% la tasa estatal.

Por grupo etario, hay disminución en los casos de personas jóvenes de 15 a 19 años y de 20 a 24 años entre 2013 y 2020 a 2022. En las tasas, se observa una disminución en el grupo de 15 a 19 años entre 2015 y 2019, pero a partir de 2020 no hay diferencia. Las tasas del grupo de 20 a 24 no muestran diferencias. Para el grupo de 25 a 29 años hay un aumento en la tasa desde 2017 en comparación con 2015, el aumento persiste en 2022. Al analizar las tasas por sexo y grupo etario, la tasa de los hombres de 25 a 29 años aumentó de 2015 a 2022; en el resto de grupos de hombres y mujeres no hubo cambios.

Respecto de las tasas regionales por grupos etarios y sexos, de 2015 a 2022 en las regiones Norte, Altos Norte, Altos Sur, Ciénega, Sur, Costa Norte, Valles no hubo cambios significativos. En las regiones Sureste, Amula, Costa Sur, Sierra Occidental las tasas tienden a ser 0. Se observaron diferencias por sexo en algunas regiones, en la región Sur las mujeres tienden a tasa 0, no así los hombres; en Costa Sur los hombres de 25 a 29 años han aumentado la tasa desde 2019, no el resto de grupos; en Costa

Norte las mujeres tienden a tasa 0, los hombres no; en la región Centro la tasa de hombres de 25 a 29 aumentó, en los hombres de 15 a 19 años disminuyó, el resto se mantuvo sin cambios. Se observaron incrementos atípicos por regiones en años específicos, Sureste en 2016, Ciénega en 2019, Centro en hombres 25 a 29 años en 2020, Costa Norte en hombre de 20 a 29 años en 2021, Valles en hombres en 2021.

Se identifican oportunidades con base en el análisis de la dimensión y evolución de la problemática. Primero, el reconocimiento del problema del suicidio juvenil a nivel internacional, nacional y estatal. Implementación de políticas de prevención y atención del suicidio diferenciadas por grupo etario, sexo y región del estado, ya que se muestran diferencias en los indicadores sociodemográficos evaluados.

Para las mujeres se deben enfatizar acciones de prevención en edades más tempranas y atención a las desigualdades de género, particularmente en la Región Norte en los municipios con comunidades indígenas. Para los hombres se deben enfatizar acciones que limiten la deserción escolar o bien que promuevan la adquisición de capacidades para la inclusión laboral a partir de los 18 años, particularmente en las regiones Altos Sur, Ciénega, Centro, Costa Norte, Costa Sur y Sur.

Se tiene el reto de poder dar oportunidades de mayor inclusión a las comunidades de menos de 10 mil habitantes y en las localidades de más de un millón de habitantes. Igualmente, el reto es dotar de acceso a servicios de calidad en salud y salud mental, ya que se constituye en una vulnerabilidad para ambos sexos.

Para las regiones diferentes de la Región Centro, se tiene la oportunidad de mantener las tasas estables, para ello es importante poner atención en los incrementos atípicos de casos y dar atención para evitar fenómenos de contagio o clusters, particularmente en

regiones en la que históricamente se tienen un par de casos por año. Un sistema de vigilancia epidemiológica en tiempo real es posible, así como la conformación de equipos de atención en prevención lo antes posible en las comunidades o regiones con el incremento atípico de casos. Igualmente se tiene la oportunidad de implementar programas de restricción de acceso a medios letales como los productos altamente tóxicos y armas de fuego en las regiones Norte, Altos Sur, Ciénega, Sureste, Sur, Sierra de Amula, Costa Sur, Sierra Occidental y Valles, particularmente en medidas seguras de almacenamiento en casa.

Para la región Centro las oportunidades son: seguir fortaleciendo las acciones de prevención para los hombres de 15 a 19 años, es un logro importante la reducción de tasas. Por otro lado, se cuenta con la oportunidad de fomentar los procesos de desarrollo humano de los hombres de 20 a 29 años, ya que el grupo de 25 a 29 años es el más vulnerable. Por grupo etario, se deben fortalecer las acciones multisectoriales de prevención para los hombres de 25 a 29 años, lo que implica su abordaje desde edades previas y para la edad de 25 y 29 años facilitar el acceso a la atención en salud y salud mental.

Respecto de las políticas públicas se observa que reconocen a la población joven como vulnerable. Sin embargo, no se considera específicamente el suicidio en las personas jóvenes como un problema de salud pública, en ningún documento de política pública, más aún, ni en los programas de salud mental, ni en el programa nacional de prevención del suicidio. En consecuencia, no hay objetivos, estrategias y acciones coherentes para la prevención y atención del suicidio en personas jóvenes a nivel federal, estatal y municipal.

Lo anterior, lleva a acciones coyunturales que atienden la problemática en el nivel municipal, o acciones aisladas a nivel federal y estatal. Hay una limitada conexión entre

los ayuntamientos y los niveles estatal y federal en torno a la prevención del suicidio. A pesar de esto, los ayuntamientos realizan gran parte de acciones en la población de niños, adolescentes y personas jóvenes, lo que potencialmente pudiera tener un efecto en la reducción modesta de la tasa de suicidio en personas jóvenes, particularmente en la región Centro que se trata de una reducción significativa.

La falta de consistencia y pertinencia en la atención de la problemática permite entender porque en lo general no se han visto una disminución en las tasas de suicidio en personas jóvenes a lo largo de los años, en todo el país y en Jalisco, así como un aumento paulatino en las mismas, particularmente en el grupo de hombres 25 a 29 años.





Referencias bibliográficas



Referencias

- Borges, G., García Pacheco, J. A., Borsani, L. (2016). *Epidemiología de las conductas suicidas en México*. En: Organización Panamericana de la Salud. *Prevención de la Conducta Suicida* (pp. 48-56). <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31167/9789275319192-spa.pdf>.
- Borges, G., Orozco, R., Villatoro, J., Medina-Mora, M. E., Fleiz, C., & Díaz-Salazar, J. (2019). *Suicide ideation and behavior in Mexico: Encodat 2016*. *Salud Pública de México*, 61(1), 6-15. <https://doi.org/10.21149/9351>.
- Braun, V., & Clarke, V. (2012). *Thematic Analysis*. En H. Cooper (Ed.) *APA Handbook of Research Methods in Psychology Vol. 2. Research Design* (pp. 57-71). American Psychological Association.
- Cejudo, G.M., & Michel, C. L. (2016). *Coherencia y políticas públicas: Metas, instrumentos y poblaciones objetivo*. *Gestión y política pública*, 25(1), 03-31 http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-10792016000100001&lng=es&tlng=es.
- CONSAMA (2023a). *Incidencia de suicidio disminuye entre 2021 y 2022*. Comunicado de prensa 5 de septiembre de 2023, Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones.
- CONSAMA (2023b). *Formación especializada para el abordaje del comportamiento suicida*. Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones. <http://www.consame.salud.gob.mx/formacion.html>.
- Gobierno de Jalisco (2022a). *Plan Estatal de Gobernanza y Desarrollo Jalisco 2018-2024, visión 2030. Actualización*. Gobierno de Jalisco, Dirección de Planeación y Evaluación Participativa. <https://plan.jalisco.gob.mx/wp-content/uploads/2022/08/Plan-Estatal-de-Desarrollo-2a-Edicion-V0-5-02.pdf>.
- Gobierno del Estado de Jalisco (2022b). *Diagnóstico. Plan Estatal de Gobernanza y Desarrollo de Jalisco 2018-2024. Visión 2030*. Dirección General de Planeación y Evaluación Participativa, Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana, Gobierno del Estado de Jalisco. <https://plan.jalisco.gob.mx/wp-content/uploads/2022/08/Diagnostico.pdf>.
- Gobierno de Jalisco (s. f.). *Plan Sectorial de Desarrollo Social*. Gobierno de Jalisco, Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana, Dirección General de Planeación y Evaluación Participativa, Dirección de Planeación del Desarrollo, Coordinación General Estratégica del Desarrollo Social, Coordinación General de Planeación de Desarrollo en Gestión.
- Gobierno de México (2019). *Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024*.
- INEGI (1999). *Intentos de suicidio y suicidios*. Serie boletín de estadísticas continuas demográficas y sociales, 5(1), 1-7. <https://>

- www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/historicos/1334/702825431082-2/702825431082-2.pdf.
- INEGI (2019). *Comunicado de prensa núm. 455/19. "Estadísticas a propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio (10 de septiembre)"*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/suicidios2019_Nal.pdf.
- INEGI (2021a). *Comunicado de prensa núm. 520/21. Estadísticas a propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio (10 de septiembre) datos nacionales*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/Suicidios2021_Nal.pdf.
- INEGI (2022a). *Comunicado de prensa núm. 600/22. Estadísticas de defunciones registradas 2021*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/EDR/EDR2021_10.pdf.
- INEGI (2022b). *Comunicado de prensa núm. 503/22. Estadísticas a propósito del Día mundial para la prevención del suicidio*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_SUICIDIOS22.pdf.
- INEGI (2023a). *Comunicado de prensa núm. 542/23. Día mundial para la prevención del suicidio (Datos Nacionales)*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_Suicidio23.pdf
- INEGI (2023b). *Comunicado de prensa núm. 644/23. Estadísticas de defunciones registradas 2022*. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/EDR/EDR2022-Dft.pdf>.
- INEGI (2023c). *Defunciones por suicidio*. <https://www.inegi.org.mx/temas/salud/>.
- INEGI (2023d). *Defunciones registradas*. <https://www.inegi.org.mx/prog>.
- INPI (2022) *Regiones de los Planes Integrales de Desarrollo Regional de los pueblos y comunidades indígenas y afromexicanos por municipio, enero 2022*. Gobierno de México, Instituto Nacional para los Pueblos Indígenas. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/722382/Regiones-indigenas-inpi-enero-2022.pdf>.
- Instituto Jalisciense de Salud Mental (2022). *Plan Institucional Instituto Jalisciense de Salud Mental*.
- Instituto Mexicano de la Juventud (2021). *Programa Nacional de Juventud 2021-2024*. Secretaría de Bienestar-Instituto Mexicano de la Juventud.
- Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE) (s. f.) *Contacto Joven, Red Nacional de Atención Juvenil*. <https://contactojoven.imjuventud.gob.mx/>.
- López-Contreras, N., Rodríguez-Sanz, M., Novoa A., Borrell, C., Medallo Muñoz, J., Gotsens, M. (2019) *Socioeconomic inequalities in suicide mortality in Barcelona during the economic crisis (2006–2016): a time trend study*. *BMJ Open*, 9, e028267. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028267>.
- Mide Jalisco (2023). *Tasa de suicidios por 100 mil habitantes. Tabla de datos abiertos indicadores Jalisco*. Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana, Gobierno del Estado de Jalisco. <https://mide.jalisco.gob.mx/mide/panelCiudadano/tablaDatos?nivelTablaDatos=2&periodicidadTablaDatos=anual&indicadorTablaDatos=191&accionRegreso=detalleIndicador&estadoTablaDatos=&generoTablaDatos=undefined>
- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). *The integrated motivational-volitional model*

- of suicidal behaviour. *Philosophical transactions of the Royal Society of London*, 373(1754), 20170268. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>.
- Sánchez Loyo, L. M., García de Alba García, J. E. & Quintanilla Montoya, R. (2016). *Características sociales y clínicas de personas con intento de suicidio en Guadalajara, México*. *Psicología y salud*, 26 (1). <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/1901>.
- Secretaría de Educación Pública (2020). *Programa Sectorial de Educación 2020-2024*.
- Secretaría de Salud (2019). *Programa Sectorial de Salud 2019-2024*.
- Secretaría de Salud (2022). *Semana Nacional para la Conmemoración del Día Mundial para la Prevención del Suicidio 2022*. Secretaría de Salud, Secretariado Técnico de la Comisión Nacional de Salud Mental, Consejo Nacional para la Prevención de las Adicciones.
- Secretaría de Salud (2022a) *Código 100*. <https://www.gob.mx/salud/documentos/introduccion-al-codigo-100>.
- Secretaría de Salud (2022b). *Brigadas Comunitarias en Salud Mental*. <https://www.gob.mx/salud/documentos/brigadas-comunitarias-en-salud-mental>.
- Secretaría de Salud (2022c). *Grupos de Apoyo Emocional del PNPS*. <https://www.gob.mx/salud/documentos/grupos-de-apoyo-emocional-del-pnps>.
- Secretaría de Salud (2022d) *Gestión de Casos del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio*. <https://www.gob.mx/salud/documentos/gestion-de-casos-del-programa-nacional-para-la-prevencion-del-suicidio>.
- Secretaría de Salud (2022e). *Cursos y Talleres. Capacitaciones del PNPS para noviembre de 2022*. <https://www.gob.mx/salud/documentos/capacitaciones-del-pnps-para-noviembre-2022>.
- Secretaría de Salud (2022f). *Programa de detección temprana y atención de la salud mental para médicos internos de pregrado y pasantes de servicio social de medicina*. <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-deteccion-temprana-y-atencion-de-la-salud-mental-para-medicos-internos-de-pregrado-y-pasantes-de-servicio-social-de-medicina>.
- Secretaría de Salud (2022g) *Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones 2020-2024*. Secretaría de Salud, Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental, Comisión Nacional Contra las adicciones, Servicios de Atención Psiquiátrica.
- Secretaría de Salud (2023). *Plan Sectorial de Salud Mental y Adicciones 2023-2024*. Gobierno de México, Secretaría de Salud, Comisión nacional de Salud mental y adicciones.
- Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). *Suicide and suicidal behaviour*. *Lancet*, 387(10024), 1227–1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2).
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). *Suicide and suicide risk*. *Nature reviews*, 5(1), 74. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>.
- Vallejo-Casarín, A., Segura, H., Andrade-Palos, P., Betancourt-Ocampo, D., Méndez-Flores, M., y Rojas-Rivera, R. (2016). *Comparación y caracterización de ideación e intentos suicidas en adolescentes mexicanos de tres regiones*. *Revista de Educación y Desarrollo*, 39, 121 – 128.

- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner Jr, T. E. (2010). *The interpersonal theory of suicide*. *Psychological review*, 117(2), 575–600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>.
- Video Grupo de Apoyo Emocional (2021) <https://www.youtube.com/playlist?list=PLTid3j-DyM332Y-9FNP09-qS YAA84ROQiO>.
- Wasserman, D. (2001). *Suicide: An Unnecessary Death*. Martin Dunitz.
- World Health Organization (2023). *Suicide rates. Mortality and global health estimates. The Global Health Observatory*. World Health Organization. <https://www.who.int/data/gho/>.
- World Health Organization (2021a). *Live Life, an implementation guide for suicide prevention in countries*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>.
- World Health Organization (2021b). *Suicide worldwide in 2019, global health estimates*. World Health Organization. <http://apps.who.int/iris>.
- Yu, B. & Chen, X. (2019). *Age and birth cohort-adjusted rate of suicide mortality among US male and female youths aged 10 to 19 years from 1999 to 2017*. *JAMA Network Open* 2(9) e1911383. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.11383>.



Anexos



Anexo 1. Metodológico

El análisis temático se efectuó siguiendo el modelo propuesto por Braun y Clarke (2012). Se capturaron los documentos seleccionados sobre las políticas, programas e intervenciones para la prevención del suicidio. Se realizó la lectura de los documentos para la familiarización con los mismos. Se obtuvo la generación de códigos iniciales (salud mental, suicidio, jóvenes-juventud) y su organización en temas (Problemas, objetivos, estrategias, acciones). Revisión de los temas y los códigos asociados en los documentos revisados.

Para evaluar la coherencia interna de política se siguieron los puntos señalados por Cejudo y Michel (2016). Se elaboró el análisis de la lógica causal entre definición del problema, objetivos, estrategias e intervenciones en los tres órdenes de Gobierno entorno a la prevención del suicidio en personas jóvenes.

Se seleccionaron las bases de datos pertinentes sobre mortalidad en los años de interés. Estas fueron las estadísticas de mortalidad en los datos abiertos del INEGI. Posteriormente se igualaron las bases de datos, por pequeñas diferencias en la organización de las mismas, particularmente en 2022 que incluyen nuevas variables no consideradas en registros de mortalidad de años anteriores. Se creó una sola base de datos para todos los años. Luego, se depuró la base de datos según el tipo de muerte (presunto suicidio) y por el lugar de residencia habitual de la persona (Jalisco). Se eliminaron aquellas variables sin interés para el estudio (por ejemplo, tipo de enfermedad, día, mes y año de registro de la muerte). Una vez depurada la base de datos se agregó la variable región del estado (12 regiones según el IIEG Jalisco). Posterior a ello,

se calcularon frecuencias y tasas ajustadas por edad. Finalmente se aplicaron las pruebas estadísticas para evaluar diferencias entre variables de interés. Para la comparación de frecuencias se aplicó Ji Cuadrada (X^2) o Prueba exacta de Fisher, con V de Cramer (V) para determinar la fuerza de la relación. Se hicieron análisis post hoc para las tablas de contingencia con más de dos categorías por variable. Para comparar las tasas se usó la prueba de comparación de tasas de incidencia en dos poblaciones.

Anexo 2. Comparativo de suicidios juveniles por municipio

Tabla I. Comparación entre suicidios en población general y personas jóvenes por municipio de Jalisco, de 2013 a 2022

Municipio	G	J	%	X ²	P	Municipio	G	J	%	X ²	p
	f	F					f	F			
Gómez Farías	6	5*	83.3		0.03a	Atengo	6	3	50		
Tonaya	5	4	80			Chimaltitán	2	1	50		
Mezquitic	30	22*	73.3	14.5	0.0001	Santa María del Oro	2	1	50		
San Ignacio Cerro Gordo	9	6	66.7			San Martín de Bolaños	2	1	50		
Atemajac de Brizuela	3	2	66.7			Poncitlán	41	20	48.78		
Ojuelos de Jalisco	8	5	62.5			Tizapán el Alto	21	10	47.62		
Unión de San Antonio	13	8	61.5			El Arenal	17	8	47.06		
San Gabriel	13	8	61.5			Concepción de Buenos Aires	11	5	45.45		
Teocaltiche	31	18*	58.1	5.3	0.02	Acatlán de Juárez	11	5	45.45		
Degollado	9	5	55.6			Acatic	22	10	45.45		
Huejuquilla el Alto	15	8	53.3			San Pedro Tlaquepaque	582	263*	45.19	13.72	0.0002
Etzatlán	17	9	52.9			El Salto	150	67	44.67		
Magdalena	14	7	50			Pihuamo	9	4	44.44		
Teuchitlán	8	4	50			Tonalá	437	194*	44.39	7.84	0.005
Zapotiltic	16	8	50			Zacoalco de Torres	23	10	43.48		
Hostotipaquillo	2	1	50			Jocotepec	42	18	42.86		
Juanacatlán	14	7	50			Ocotlán	77	33	42.86		
El Limón	4	2	50			Ixtlahuacán de los Membrillos	38	16	42.1		
Unión de Tula	4	2	50			Tuxpan	19	8	42.1		
Mascota	16	8	50			Tlajomulco de Zúñiga	416	175	42.1		
Ameca	18	9	50			Arandas	69	29	42.		

Municipio	G	J	%	X ²	P	Municipio	G	J	%	X ²	P
	f	F					f	F			
Ixtlahuacán del Río	12	5	41.7			Totatiche	3	1	33.3		
San Juan de los Lagos	53	22	41.5			Valle de Juárez	6	2	33.3		
Tequila	39	16	41.0			Villa Guerrero	9	3	33.3		
Lagos de Moreno	133	54	40.6			Teocuitatlán de Corona	9	3	33.3		
Tepatitlán de M.	156	63	40.4			Atoyac	12	4	33.3		
Zapotitlán de Vadillo	5	2	40			Tomatlán	22	7	31.8		
Ayutla	15	6	40			Zapotlanejo	38	12	31.6		
Amatitán	10	4	40			Zapotlán el Grande	52	16	30.8		
Ahualulco de Mercado	20	8	40			Tuxcueca	13	4	30.8		
Amacueca	5	2	40			Mazamitla	13	4	30.8		
Zapopan	919	365	39.7			Guadalajara	1056*	321	30.4	31.2	0.0001
San Miguel el Alto	33	13	39.4			Puerto Vallarta	236*	71	30.1	6.2	0.01
Jalostotitlán	28	11	39.3			Chapala	51	15	29.4		
Bolaños	18	7	38.9			Zapotlán del Rey	17	5	29.4		
El Grullo	13	5	38.5			Autlán de Navarro	59	17	28.8		
Sayula	21	8	38.1			Villa Purificación	7	2	28.6		
Ayotlán	37	14	37.8			Talpa de Allende	14	4	28.6		
Mexicacán	8	3	37.5			Villa Corona	7	2	28.6		
La Barca	33	12	36.4			Tapalpa	7	2	28.6		
Cabo Corrientes	11	4	36.4			Colotlán	18	5	27.8		
Casimiro Castillo	14	5	35.7			Tecalitlán	11	3	27.3		
Tala	65	23	35.4			San Julián	11	3	27.3		
Tototlán	17	6	35.3			Cuautitlán de García Barragán	11	3	27.3		
Cocula	23	8	34.8			Tamazula de Gordiano	37	10	27		
Encarnación de Díaz	38	13	34.2			Villa Hidalgo	15	4	26.7		
Tecolotlán	19	5	26.3			Yahualica de González Gallo	30*	4	13.3	6.8	0.009

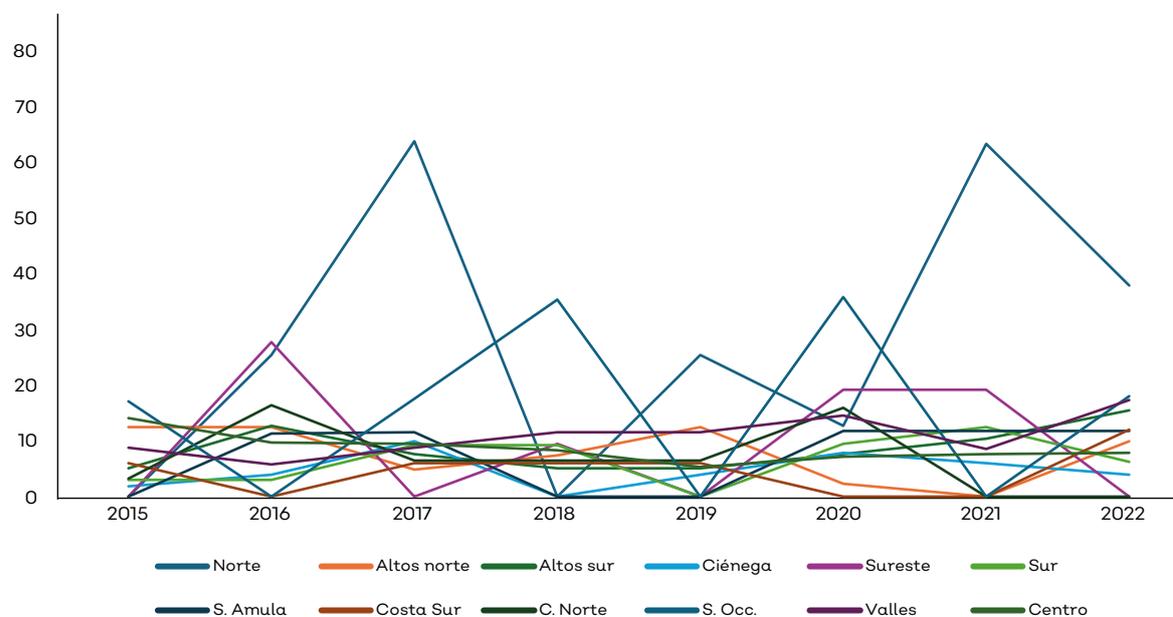
Municipio	G	J	%	X ²	P	Municipio	G	J	%	X ²	p
	f	F					f	F			
Atotonilco el Alto	35	9	25.7			Ejutla	6	0	0		
Tolimán	8	2	25			San Diego de Alejandría	4	0	0		
La Manzanilla de la Paz	4	1	25			Techaluta de Montenegro	4	0	0		
Huejúcar	4	1	25			Chiquilistlán	4	0	0		
San Marcos	4	1	25			Cañadas de Obregón	4	0	0		
Valle de Guadalupe	4	1	25			Tuxcacuesco	4	0	0		
Santa María de los Ángeles	4	1	25			Guachinango	3	0	0		
Cihuatlán	34	8	23.5			Quitupan	3	0	0		
San Martín Hidalgo	17	4	23.5			Guachinango	3	0	0		
Jamay	17	4	23.5			Mixtlán	3	0	0		
Tenamaxtlán	9	2	22.2			San Juanito de Escobedo	2	0	0		
Jilotlán de los Dolores	5	1	20			Atenguillo	2	0	0		
San Sebastián del Oeste	5	1	20			San Cristóbal de la Barranca	1	0	0		
Tonila	10	2	20			Juchitlán	1	0	0		
Jesús María	17	3	17.6			Cuatla	0	0	0		
La Huerta	15	2	13.3			Municipio no especificado	9	4	33		
Cuquío	15	2	13.3			Estatal	6021	2289	38		

Nota. X² con corrección de Yates a dos colas. a: Prueba exacta de Fisher.

Fuente: https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#datos_abiertos.

Anexo 3. Suicidios juveniles por región

Gráfica I. Tasa de suicidios en personas jóvenes de 15 a 19 años por regiones de Jalisco de 2015 a 2022

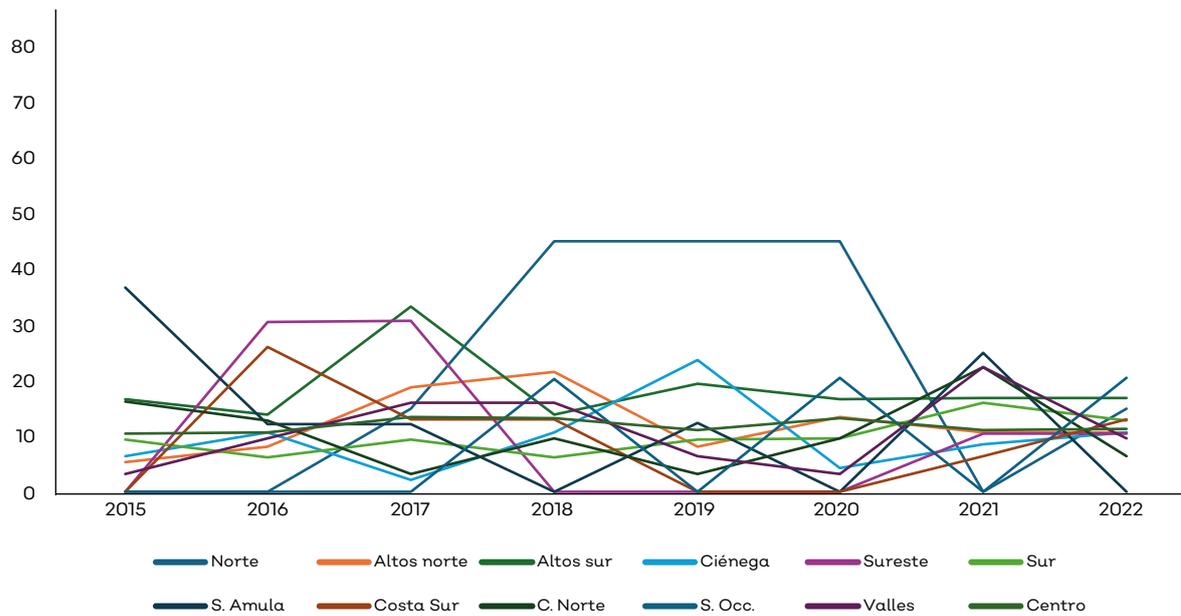


Notación: S. Amula: Sierra de Amula; S. Occ.: Sierra Occidental.

Nota: 1. Tasa ajustada por edad por 100 mil habitantes. Proyecciones de población medio año Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco 2015-2022.

Fuente: https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#datos_abiertos.

Gráfica II. Tasa de suicidios en personas jóvenes de 20 a 24 años por regiones de Jalisco de 2015 a 2022

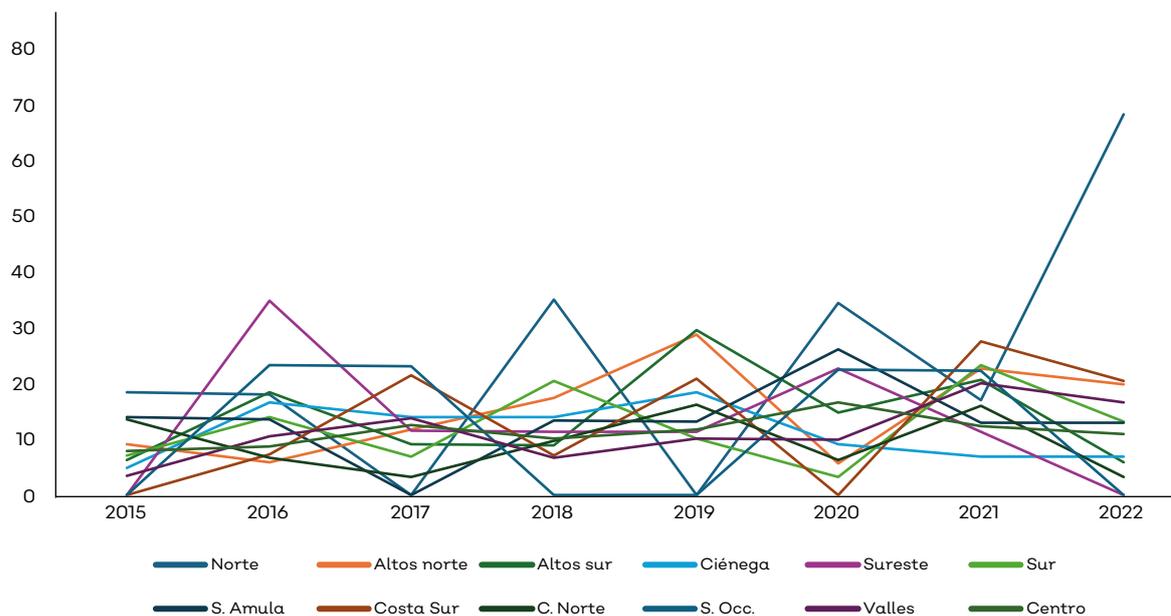


Nota: S. Amula: Sierra de Amula; S. Occ.: Sierra Occidental.

Nota: 1. Tasa ajustada por edad por 100 mil habitantes. Proyecciones de población medio año Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco 2015-2022.

Fuente: https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#datos_abiertos.

Gráfica III. Tasa de suicidios en personas jóvenes de 25 a 29 años por regiones de Jalisco de 2015 a 2022



Notación: S. Amula: Sierra de Amula; S. Occ.: Sierra Occidental.

Nota: Tasa ajustada por edad por 100 mil habitantes. Proyecciones de población medio año Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco 2015-2022.

Fuente: https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#datos_abiertos.

Anexo 4. Equipo de trabajo

Dr. Luis Miguel Sánchez Loyo, Doctor en Ciencia del Comportamiento, Investigador Nacional nivel I por CONAHCYT, Línea de investigación Comportamiento suicida desde una perspectiva multifactorial. Responsable técnico del proyecto. Función diseño de la investigación, selección de las fuentes de información, análisis temático de las políticas públicas, revisión del procesamiento estadístico, redacción de los productos entregables.

Dr. Francisco Javier Liévanos Ruiz, Doctor en Psicología. Línea de investigación: Evaluación del comportamiento suicida en población vulnerable. Función será recabar y analizar los datos epidemiológicos para identificar variables socio-económicas asociadas y su relación con las políticas públicas.

Mtro. Jesua Iván Guzmán González, Doctorando en Biociencias. Línea de investigación: Estadística aplicada a las ciencias del comportamiento y neurociencias. Función será diseñar el análisis estadístico para evaluar asociaciones entre variables seleccionadas, así como su realización, apoyo en la realización de gráficos.

Anexo 5. Términos de referencia

Descarga digital



Para su consulta dirigirse a:

https://evalua.jalisco.gob.mx/sites/default/files/2023-10/2.%20TdR%20Policy%20Brief_El%20suicidio%20en%20los%20j%C3%B3venes%20de%20Jalisco.pdf



El suicidio en los jóvenes de Jalisco

La edición estuvo a cargo de la Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana del Gobierno del Estado de Jalisco.

Instrumento de distribución digital. Documento adaptado para impresión.

Guadalajara, Jalisco, México.





El suicidio en los jóvenes de Jalisco

COLECCIÓN: INVESTIGACIÓN DIAGNÓSTICA

