

“El suicidio en los jóvenes de Jalisco”

(Investigación Diagnóstica [Policy Brief] 2024)

Informe final

05 de abril de 2024

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

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. Sugely 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

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

Índice

Relación de tablas y gráficos	4
Resumen	6
Introducción	9
Marco conceptual del suicidio y sus factores de riesgo	10
Dimensión y evolución de la problemática	13
Características del suicidio de personas jóvenes en Jalisco	13
Diferencias por sexo en los suicidios juveniles en Jalisco	18
Diferencias regionales en los suicidios juveniles en Jalisco	22
Diferencias por grupo etario en los suicidios juveniles en Jalisco	27
Diferencias en tasas por región, por sexo según grupo etario	29
Políticas, programas e intervenciones públicas federales, estatales y municipales	35
Políticas, programas e intervenciones públicas federales	35
Políticas, programas e intervenciones públicas estatales	37
Políticas, programas e intervenciones públicas municipales	38
Matriz de políticas, programas e intervenciones públicas y privadas	39
Conclusiones	59
Referencias	62
Anexos	65
Anexo 1. Cuadro comparativo de suicidios juveniles por municipio	65
Anexo 2. Gráficas de suicidios juveniles por región	69
Anexo 3. Ficha informativa	72
Anexo 4. Ficha técnica para la difusión de los resultados	73
Anexo 5. Metodología	81
Anexo 6. Equipo de trabajo	83
Anexo 7. Términos de referencia	84
Anexo 8. Matriz de investigación	120

Relación de tablas y gráficos

Tabla 1. Comparación entre suicidios en población general con suicidios en personas jóvenes de 2013 a 2022 en Jalisco	15
Tabla 2. Comparación entre suicidios en población general y personas jóvenes por municipios de 2013 a 2022 en Jalisco	16
Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de suicidios de personas jóvenes por número de habitantes por localidad de residencia de 2013 a 2022 en Jalisco	17
Tabla 4. Número y porcentaje de suicidios juveniles por quinquenios de edad de 2013 a 2022 en Jalisco	17
Tabla 5. Número y porcentaje de suicidios juveniles por ocupación de 2013 a 2022 en Jalisco	18
Tabla 6. Número y porcentaje de suicidios juveniles por escolaridad de 2013 a 2022 en Jalisco	18
Tabla 7. Número y porcentaje de suicidios juveniles por derechohabiencia de 2013 a 2020 en Jalisco	19
Tabla 8. Comparación entre suicidios en población general y juveniles por regiones de Jalisco de 2013 a 2022	19
Tabla 9. Comparación entre suicidios juveniles de mujeres y de hombres de 2013 a 2022 en Jalisco	20
Tabla 10. Comparación entre suicidios juveniles de mujeres y de hombres por regiones de Jalisco de 2013 a 2022	21
Tabla 11. Número y tasa de suicidios juveniles por sexo y año de 2013 a 2022 en Jalisco	22
Tabla 12. Número y porcentaje de suicidios juveniles por sexo y escolaridad de 2013 a 2022 en Jalisco	23
Tabla 13. Número y porcentaje de suicidios juveniles por sexo y derechohabiencia en Jalisco de 2013 a 2022	23
Tabla 14. Número y porcentaje de suicidios juveniles por escolaridad y región de Jalisco de 2013 a 2022	24
Tabla 15. Número y porcentaje de suicidios juveniles por tamaño de la localidad de residencia y región de Jalisco de 2013 a 2022	25
Tabla 16. Número y porcentaje de suicidios juveniles por causa de muerte y región de Jalisco de 2013 a 2022	27

Tabla 17. Número y porcentaje de suicidios juveniles por derechohabencia y región de Jalisco de 2013 a 2022 28

Tabla 18. Número y porcentaje de suicidios de personas jóvenes por grupo de edad en Jalisco de 2013 a 2022 29

Gráfica 1. Tasa de suicidios de personas jóvenes por grupo etario de 2015 a 2022 en Jalisco 30

Gráfica 2. Tasa de suicidios de personas jóvenes por grupo etario y sexo de 2015 a 2022 en Jalisco 31

Gráfica 3. Tasas de suicidios por regiones de Jalisco, grupos etarios y sexo de 2015 a 2022 35

Lista de 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

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 (IIEGJalisco), 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 del 20% en la tasa de suicidio juvenil en Jalisco, en los años posteriores se registró una disminución del 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 niveles 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

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 (IIEGJalisco). 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.

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 último 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 (Wassserman, 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).

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.

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

Municipio	G	J	X ²	p	Municipio	G	J	X ²	p		
	f	f				%	f			F	%
Gómez Farías	6	5*	83.3	0.03 ^a	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

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.

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

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, $f=1786$, 78%; Mujeres, $f=503$, 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.

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

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.

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

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 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..

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

La tabla 7 muestra que el 40.9% de las personas jóvenes que cometieron suicidio, no contaba con derechohabiencia. 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 disrupciones por la epidemia de COVID-19, entre otros factores.

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

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).

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

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 ($p\leq 0.03$).

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

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.

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

Región	H	M	%	X ²	p	Región	H	M	%	X ²	p
Norte	27	23	46	15.8	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		

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

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 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 ($X^2= 12.1$, $gl=9$, $p=0.2$; $V=0.09$).

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	0.001
2014	166	15.1	34	3.1	10	7.9	0.001	2019	187	16.4	43	3.9	18.7	9.2	0.001
2015	150	13.5	54	5.0	26.5	6.5	0.001	2020	205	18.0	48	4.3	19.0	9.6	0.001
2016	176	15.7	47	4.3	21.1	8.4	0.001	2021	201	17.6	51	4.6	20.2	9.2	0.001
2017	193	17.1	63	5.7	24.6	7.8	0.001	2022	178	15.6	53	4.8	22.9	7.9	0.001

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-20-2070>. Fuente: https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#datos_abiertos

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 ($X^2= 52.2$, $gl=7$,

$p \leq 0.0001$; $V = 0.15$) (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.

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

Respecto de las diferencias por sexo y derechohabiencia, estas son significativas ($X^2 = 32.66$, $g/3$, $p \leq 0.0001$; $V = 0.14$). 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.

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

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 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*).

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

Escolaridad	Norte		Altos Nor.		Altos Sur		Ciénega		Sureste		Sur	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Sin escolaridad/ Primaria incompleta	10	20	12	9.7	19	13.0	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 Nor.		S. Occ.		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: Altos Norte.: Altos Norte; S. Amula: Sierra de Amula; S. Occ.: Sierra Occidental; Costa Norte.: Costa Norte. Fuente: https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#datos_abiertos

Las diferencias son notables por el tamaño 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 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 Nor.		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
1000,000 a 1499,999	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	S. Amula		Costa Sur		Costa Nor.		S. Occ.		Valles		Centro	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	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: Altos Norte: Altos Norte; S. Amula: Sierra de Amula; S. Occ.: Sierra Occidental; Costa Norte.: Costa Norte. 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.

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

Causa de muerte	Norte		Altos Nor.		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		Costa Sur		Costa Nor.		S. Occ.		Valles		Centro	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	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: Altos Nor: Altos Norte; S. Amula: Sierra de Amula; S. Occ.: Sierra Occidental; Costa Nor: Costa Norte. Fuente: https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#datos_abiertos

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 Nor.		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 Nor.		S. Occ.		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: Altos Norte.: Altos Norte; S. Amula: Sierra de Amula; S. Occ.: Sierra Occidental; Costa Norte.: Costa Norte. 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

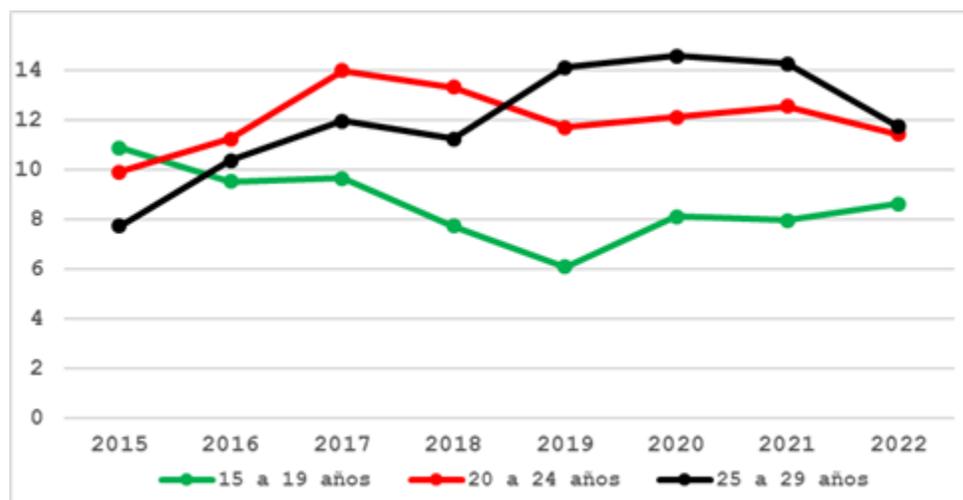
Edad	2013		2014		2015		2016		2017	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
15-19	68	33.0	61	30.5	80	39.2	70	31.4	71	27.7
20-24	85	41.3	74	37.0	72	35.3	82	36.8	102	39.8
25-29	53	25.7	65	32.5	52	25.5	71	31.8	83	32.4
	2018		2019		2020		2021		2022	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%

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 ($Z=-2.3, p=.02$).

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

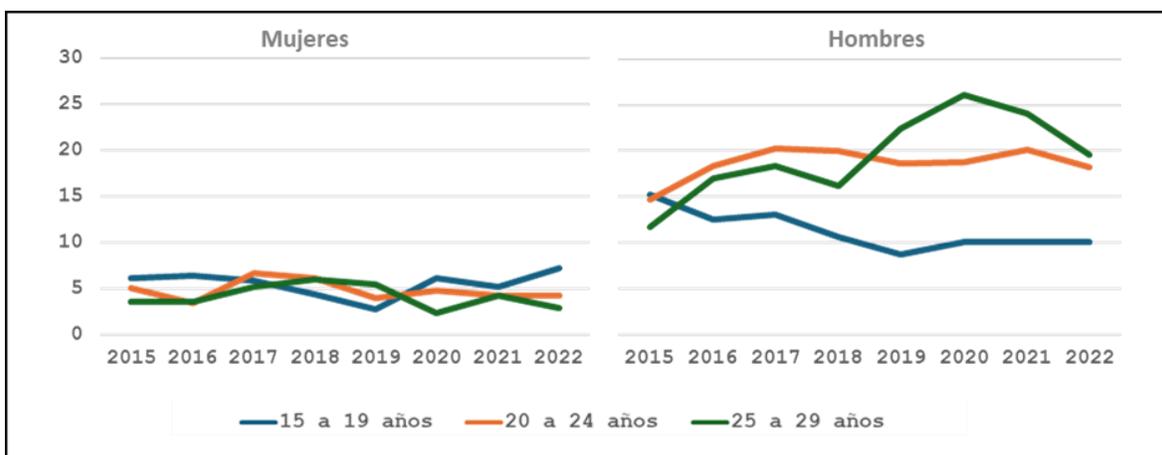


Fuente: https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#datos_abiertos. Nota: 1. Tasa ajustada por edad por 100 mil habitantes. Proyecciones de Población medio año Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco 2015-2022.

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



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

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.

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.

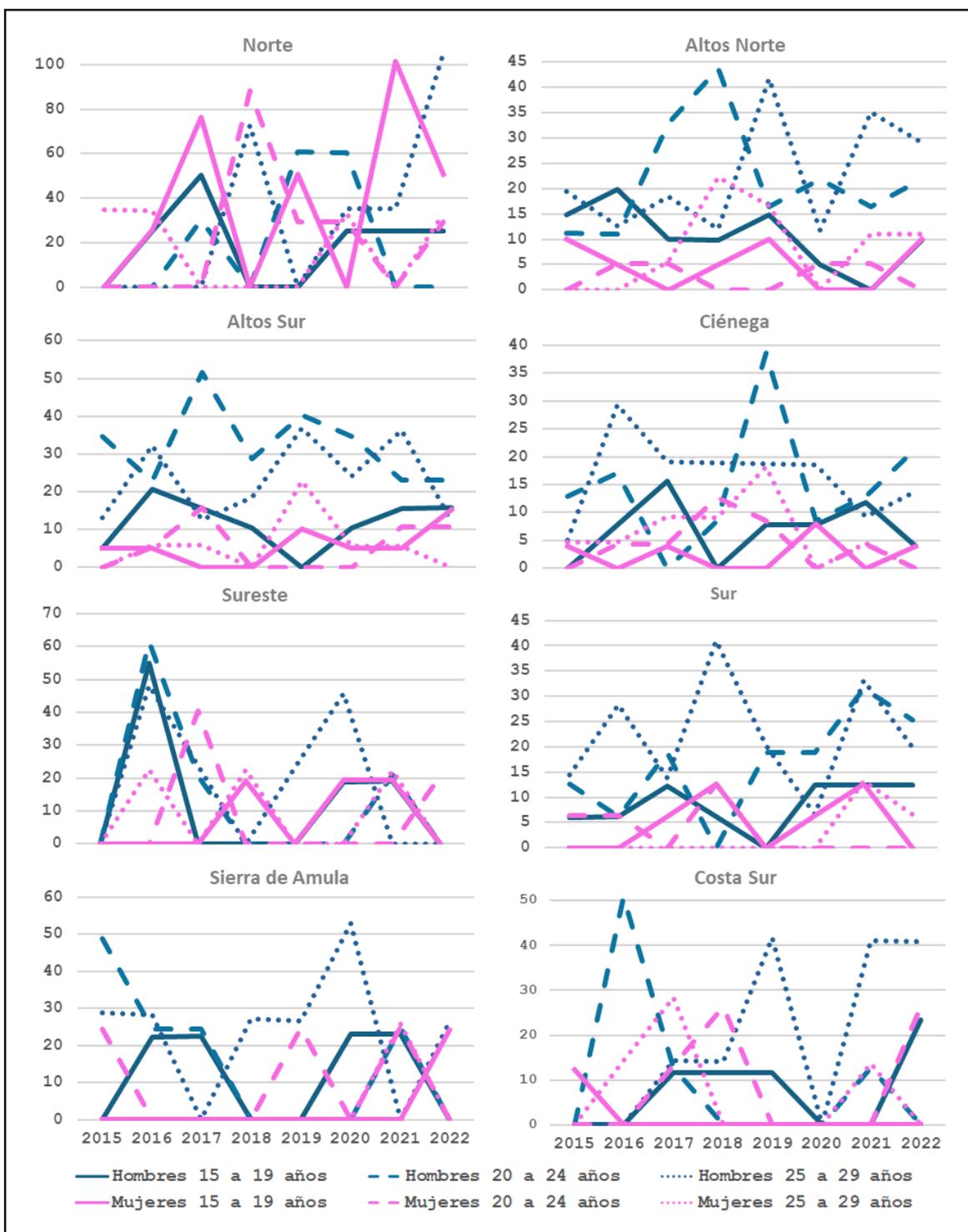
En la región Sierra Occidental, la tasa más alta es en 2020 en hombres de 15 a 19 años con 68 casos por 100 mil habitantes. En hombres de 25 a 29 años, fluctúa entre 0 y 46 (1 caso); 20 a 24 años, entre 0 y 39 (1 caso); de 15 a 19 años la tasa es 0 excepto 2020 con 68 (1 caso). Para las mujeres de 25 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%, $Z=3.66$, $p=.002$).

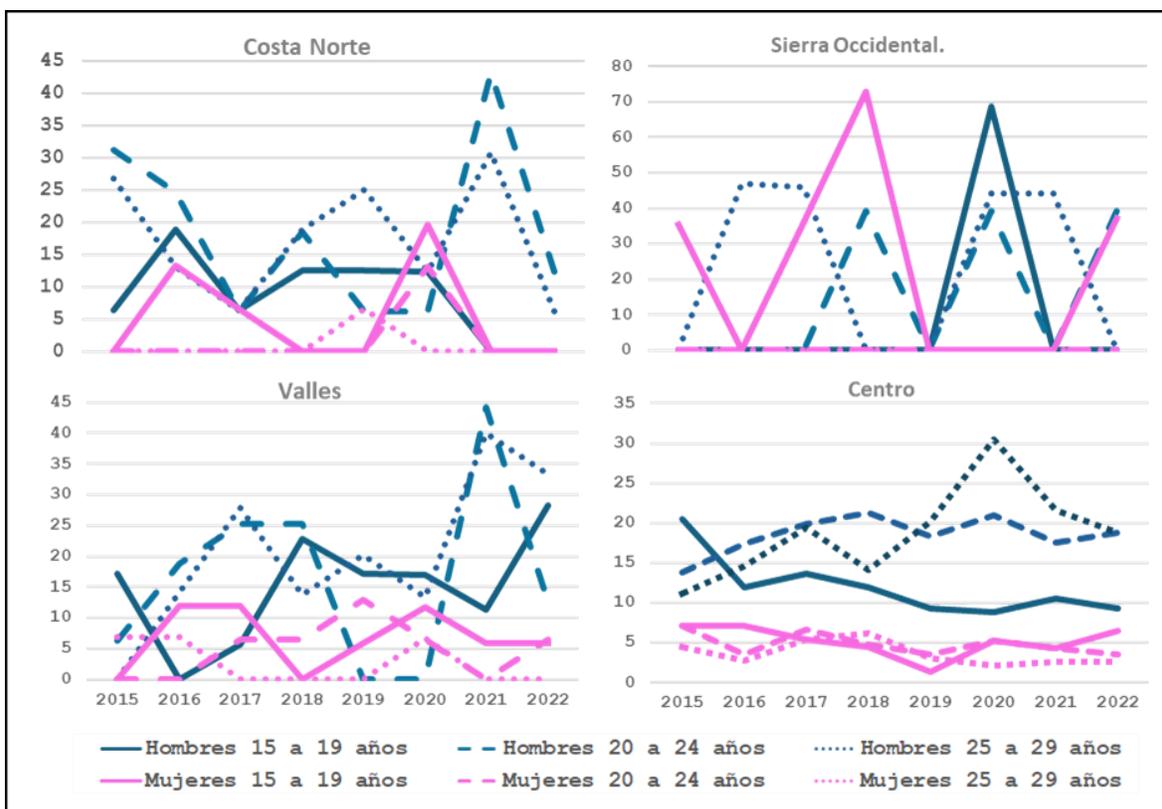
Para las mujeres de 25 a 29 años, disminuyó de 6.2 (2018) a 2.2 (2020) (43.5%), pero no es significativa; de 20 a 24 años, disminuyó de 7.1 (2015) a 3.5 casos (2022) (50.7%), sin ser significativa. En mujeres de 15 a 19 años se redujo de 7.2 a 1.3 entre 2015 y 2019 (82.6%, $p=0.004$), pero repuntó en 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 3a. Tasas de suicidios por regiones, grupos etarios y sexo de 2015 a 2022 en Jalisco



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

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



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

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, posvección 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 infante-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 de acciones aisladas que realizan los ayuntamientos con potenciales efectos en la prevención del suicidio, pero la falta de programas estructurados puede limitar su efectividad.

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	Secretaria 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	<p>Impulsar el acceso a servicios de salud integrales.</p> <p>Pero, no reconoce explícitamente la problemática del suicidio en personas jóvenes.</p>	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.	<p>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 personal de la UNAM.</p> <p>Pero, no reconoce explícitamente la problemática del suicidio en personas jóvenes.</p>	Contribuye a la solución del problema de manera directa.	2021-2024	Instituto Mexicano de la Juventud (2021). Programa Nacional de Juventud 2021-2024. Secretaria 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.

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, posvención 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.</p> <p>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).</p> <p>Grupos de apoyo emocional. Son espacio de diálogo y escucha empática para la alfabetización emocional y apoyo psicoemocional</p> <p>Gestión de casos. Su objetivo “es hacer más</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>Secretaria de Salud (2022). Semana Nacional para la Conmemoración del Día Mundial para la Prevención del Suicidio 2022. Secretaria de Salud, Secretariado Técnico de la Comisión Nacional de Salud Mental, Consejo Nacional para la Prevención de las Adicciones.</p> <p>Secretaria de Salud (2022a) Código 100. https://www.gob.mx/salud/documentos/introduccion-al-codigo-100</p> <p>Secretaria de salud (2022b). Brigadas Comunitarias en Salud Mental. https://www.gob.mx/salud/documentos/brigadas-comunitarias-en-salud-mental</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
					<p>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.</p> <p>Cursos y talleres. Los cursos mencionados han sido para docentes y personal educativo, para la prevención del suicidio en ambientes escolares.</p> <p>Programa de detección temprana y atención a médicos internos, y</p>			<p>Secretaria de salud (2022c). Grupos de Apoyo Emocional del PNPS. https://www.gob.mx/salud/documentos/grupos-de-apoyo-emocional-d-el-pnps</p> <p>Secretaria 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</p> <p>Videos GAE (2021) https://www.youtube.com/playlist?list=PLTid</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
					<p>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>3jDyM332Y-9FNP09-qsYAA84ROQiO</p> <p>Secretaria 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</p> <p>Secretaria 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/progrma-de-deteccion-temprana-y-atencion-de-la-s</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
								alud-mental-para-medicos-internos-de-pregrado-y-pasantes-de-servicio-social-de-medicina

6	Plan Estatal de Gobernanza y Desarrollo Jalisco 2018-2024, visión 2030	Estatal	Pública	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”.	No reconoce la problemática del suicidio en personas jóvenes.	No contribuye a la solución del problema de manera directa.	2018-2024	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.
---	--	---------	---------	---	---	---	-----------	---

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	Estatad	Pública	“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 públicas “Salud mental, control de riesgos psicosociales y prevención el suicidio en Jalisco”.	No reconoce la problemática del suicidio en personas jóvenes.	No contribuye a la solución del problema de manera directa.	2018-2024	Gobierno de Jalisco (sf). Plan Sectorial de Desarrollo Social. Gobierno de Jalisco, Secretaria 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
8	Plan Sectorial de Desarrollo Social OPD Servicios de Salud	Estatad	Pública	“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”	Programa público “Promoción de estilos de vida a favor de la salud mental” No reconoce la problemática del suicidio en personas jóvenes.	No contribuye a la solución del problema de manera directa.	2018-2024	Gobierno de Jalisco (sf). Plan Sectorial de Desarrollo Social. Gobierno de Jalisco, Secretaria 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
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.”	<p>Con cuatro programas: identificación precoz e intervención breve (tamizaje), tratamiento breve, derivación oportuna y de calidad, prevención de recaídas y cuidados posteriores.</p> <p>No reconoce la problemática del suicidio en personas jóvenes.</p>	No contribuye a la solución del problema de manera directa.	2018-2024	Gobierno de Jalisco (sf). Plan Sectorial de Desarrollo Social. Gobierno de Jalisco, Secretaria 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
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 (sf). Plan Sectorial de Desarrollo Social. Gobierno de Jalisco, Secretaria 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.

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.
----	--	--	--	--	--	---	-----------	---

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
12	Comités Municipales de Salud Mental (COMUSALMES) 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.

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 Secretaria 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.
----	---	--------------------	-------	---	--	---	-----------	--

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
14	Programa atención integral del 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.

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	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 posvención. 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	Contribuye a la solución del problema de manera directa, parcialmente al atender adolescentes.	2024	Respuesta a solicitud de información a los ayuntamientos.
----	---	--------------------------	-------	--	---	--	------	---

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
					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).			

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

- 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 05 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 (sf). *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 afromexicanas 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) (sf) *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=PLTid3jDyM332Y-9FNP09-qsYAA84ROQiO>
- 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. Cuadro comparativo de suicidios juveniles por municipio

Tabla I. Comparación entre suicidios en población general y personas jóvenes por municipio Jalisco, del 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		0.03 ^a	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		

Municipio	G	J	%	X ²	p	Municipio	G	J	%	X ²	p
	f	f					f	F			
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.		
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		

Municipio	G	J	%	X^2	p	Municipio	G	J	%	X^2	p
	f	f					f	F			
Ayotlán	37	14	37.8			Talpa de Allende	14	4	28.6		
Mexticacán	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
Atotonilco el Alto	35	9	25.7			Ejutla	6	0	0		
Tolimán	8	2	25			San Diego de Alejandria	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		

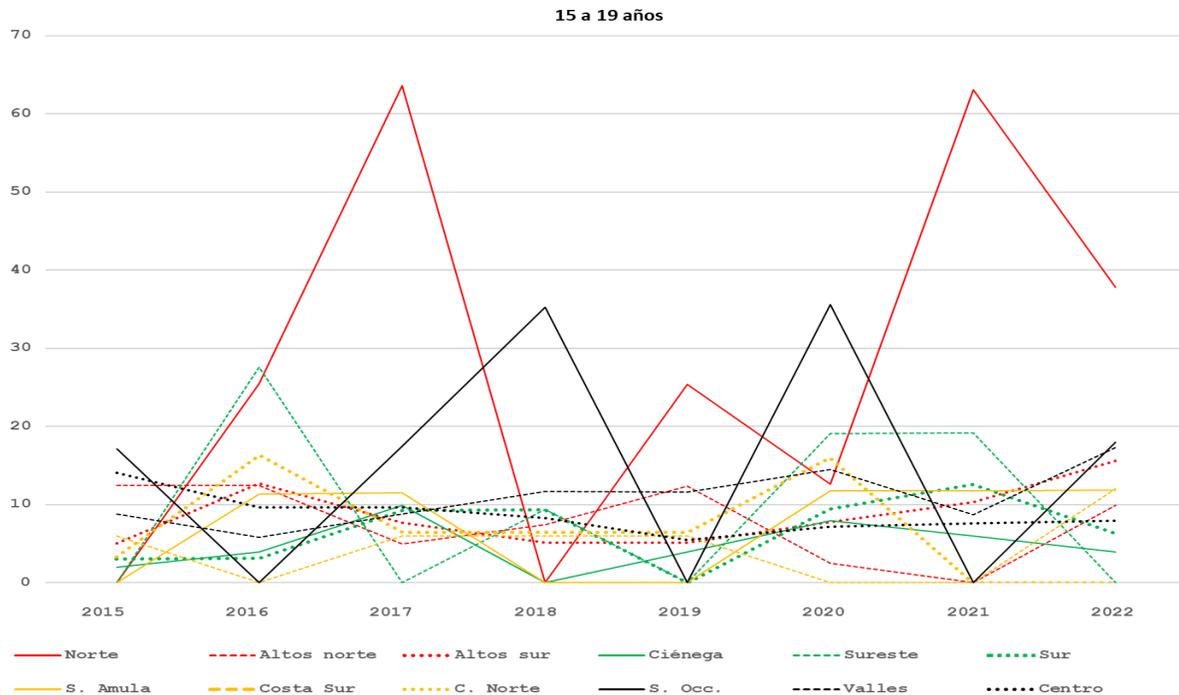
Municipio	G	J	%	X^2	p	Municipio	G	J	%	X^2	p
	f	f					f	F			
Jamay	17	4	23.5			Mixtlán	3	0	0		
Tenamaxtlán	9	2	22.2			San Juanito de Escobedo	2	0	0		
Jilotlán de los Dolores	5	1	20			Atenguillo	2	0	0		
San Sebastián del Oeste	5	1	20			San Cristóbal de la Barranca	1	0	0		
Tonila	10	2	20			Juchitlán	1	0	0		
Jesús María	17	3	17.6			Cuautla	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. X^2 con corrección de Yates a dos colas. a: Prueba exacta de Fisher.

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

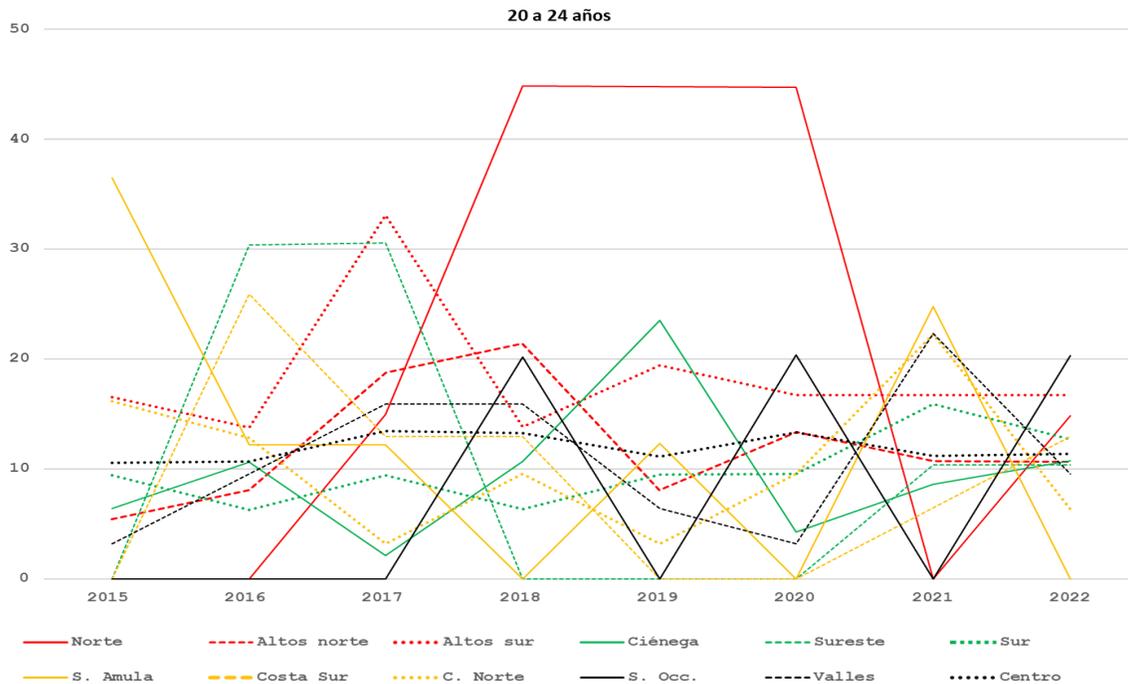
Anexo 2. Gráficas de suicidios juveniles por región

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



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

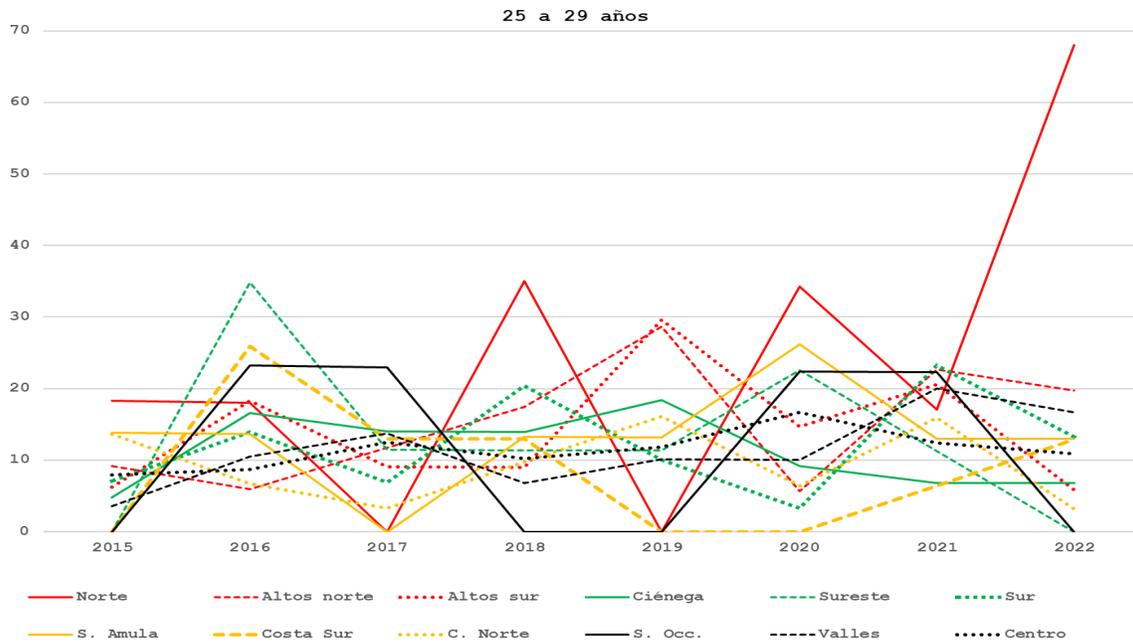
Gráfica II. Tasa de suicidios en personas jóvenes de 20 a 24 años por regiones de Jalisco de 2015 a 2022



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

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

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



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

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

Anexo 3. Ficha informativa

Entidad evaluadora externa:	Luis Miguel Sánchez Loyo
Investigador principal:	Luis Miguel Sánchez Loyo
Equipo de investigación:	Francisco Liévanos Ruiz, Jesua Iván Guzmán González
Forma de contratación	Adjudicación directa
Costo total	\$50,000.00 (cincuenta mil pesos 00/100)
Fuente de financiamiento	Fideicomiso 10824 Fondo EVALÚA Jalisco
Unidad de evaluación	Dirección General de Planeación y Evaluación
Titular de la unidad de evaluación	Mónica Ballescá Ramírez
Equipo técnico de la unidad de evaluación	Dirección de Evaluación para la Mejora Pública

Anexo 4. Ficha técnica para la difusión de los resultados

1. Datos generales	
1.1. Información de la evaluación	
Nombre de la evaluación:	El suicidio en los jóvenes de Jalisco
Tipo de evaluación:	Investigación evaluativa (Policy Brief)
Periodo del ejercicio evaluado:	2024
Programa anual de evaluación	2024
Fecha de inicio	10 de enero de 2024
Fecha de publicación	5 de abril 2024
1.2. Información de la entidad externa	
Entidad evaluadora	N/A
Investigador principal	Luis Miguel Sánchez Loyo
Equipo de investigación	Francisco Liévanos Ruiz, Jesua Iván Guzmán González
Correo electrónico	sanchezloyo@gmail.com
Número de teléfono	3336774637
1.3 Datos de la contratación	
Tipo de contratación:	Adjudicación directa
Número de contrato:	SPC/006/2024
Número de rondas del concurso	1
Costo de la evaluación	\$50,000.00 (cincuenta mil pesos 00/100)
Fuente de financiamiento	Fideicomiso 10824 Fondo Evalúa Jalisco
Unidad administrativa responsable	Dirección General de Planeación y Evaluación Participativa

1.4. Información de la Unidad de Evaluación del gobierno	
Unidad administrativa coordinadora	Dirección General de Planeación y Evaluación Participativa
Titular de la unidad administrativa coordinadora	Mónica T. Ballescá Ramírez
Unidad administrativa técnica	Dirección de evaluación para la mejora Pública
Titular de la unidad administrativa técnica	Selene Liliana Michi Toscano
Enlace técnico de la evaluación	Ana Pamela Jiménez González
1.5. Información de la investigación evaluativa:	
Nombre de la investigación evaluativa	El suicidio en las personas jóvenes de Jalisco investigación diagnóstica
Dependencia o entidad responsable	N/A
Poder público al que pertenece	N/A
Ámbito gubernamental al que pertenece	N/A
Unidad administrativa responsable	N/A
Titular de la unidad administrativa responsable	N/A
Contacto de la Unidad administrativa responsable	N/A
1.6 Mecanismos de seguimiento y difusión de la evaluación	
Sistema de agendas de mejora	N/A
Portal de internet	N/A
2. Descripción de la investigación diagnóstica (Policy Brief)	
2.1. Objetivo general	

<p>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.</p>	
<p>2.2. Objetivos específicos</p>	
<p>1. Analizar la evolución del número de suicidios por variables socioeconómicas (sexo, edad, escolaridad, región).</p> <p>2. Identificar y analizar las políticas y los programas de prevención del suicidio a nivel federal, estatal y municipal de Jalisco.</p>	
<p>2.3. Metodología</p>	
<p>Técnicas de investigación</p>	<p>1. Tipo de estudio: Descriptivo ecológico retrospectivo.</p> <p>2. Tipo de estudio: Cualitativo- Descriptivo</p>
<p>Alcance / Enfoque</p>	
<p>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.</p>	
<p>Instrumentos de recolección de información:</p>	<p>1. 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.</p> <p>2. Entrevista semiestructurada para conocer los programas de prevención del suicidio a nivel municipal, estatal y federal, así como acciones ligadas a ellos.</p>

<p>Principales fuentes de información</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 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. 2. Documentos 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. 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.
<p>3. Resumen</p>	

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 INEGI y del IEEG Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco, 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 del 20% en la tasa de suicidio juvenil en Jalisco, en los años posteriores se registró una disminución del 10%. Los municipios con más suicidios juveniles en comparación con la población general son Mezquitic, Gómez Farías y Teocaltiche, Tlaquepaque y Tonalá. La región Norte tiene más 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 el 66% de los casos tienen educación secundaria completa o menos. Hay más

proporción de casos en localidades de menos de 10 mil y de más de un millón de habitantes. 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. 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. 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 niveles 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.

4. Resultados

Principales hallazgos

Hallazgos positivos

Hallazgos negativos

<p>Aunque entre 2013 y 2017 hubo un aumento del 20% en la tasa de suicidio juvenil en Jalisco, en los años posteriores se registró una disminución del 10%.</p> <p>La única región con variaciones en sus tasas fue la Centro con una importante disminución en la tasa en los hombres de 15 a 19 años.</p>	<p>Se observa que la tasa de suicidio juvenil en 2022 es un 15% más alta que la tasa estatal para la población general.</p> <p>Los municipios con más suicidios juveniles en comparación con la población general son Mezquitic, Gómez Farías y Teocaltiche, Tlaquepaque y Tonalá. La región Norte tiene más proporción de suicidios de personas jóvenes, particularmente de mujeres.</p> <p>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 el 66% de los casos tienen educación secundaria completa o menos. Hay más proporción de casos en localidades de menos de 10 mil y de más de un millón de habitantes.</p> <p>Las mujeres con mayor escolaridad y los hombres con menor escolaridad son más vulnerables. Los hombres tienen menos derechohabiencia. 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. 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</p> <p>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.</p>
<p>4.1. Conclusiones</p>	
<p>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.</p>	

En cuanto a las políticas públicas e intervenciones 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.

El análisis resalta la urgencia de abordar el suicidio juvenil de manera integral y coordinada entre los niveles 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.

Anexo 5. Metodología

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.

Alcance

- 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.

Marco descriptivo estadístico de los suicidios en personas jóvenes en Jalisco

Tipo de estudio: Descriptivo ecológico retrospectivo.

Metodología: 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 (χ^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.

Instrumentos: 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.

Fuentes de información: 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.

Políticas, programas e intervenciones públicas de prevención del suicidio

Tipo de estudio: Cualitativo- Descriptivo

Metodología: 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 realizó 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 audiograbada y se tomaron notas durante la misma. Posteriormente fue transcrita.

El análisis temático se realizó 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 realizó 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 seguirán los puntos señalados por Cejudo y Michel (2016). Se realizó el análisis de la lógica causal entre definición del problema, objetivos, estrategias e intervenciones en los tres niveles de gobierno entorno a la prevención del suicidio en personas jóvenes. Instrumento: Entrevista semiestructurada para conocer los programas de prevención del suicidio a nivel municipal, estatal y federal, así como acciones ligadas a ellos. Temas generadores: Seguimiento de los puntos del Programa Nacional de Prevención del Suicidio en Jalisco, Estrategias e intervenciones para prevención del suicidio estatal y programas de prevención del suicidio municipales-regionales de Jalisco.

Fuentes: Se revisaron documentos 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.

Anexo 6. 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 7. Términos de referencia

1. Introducción

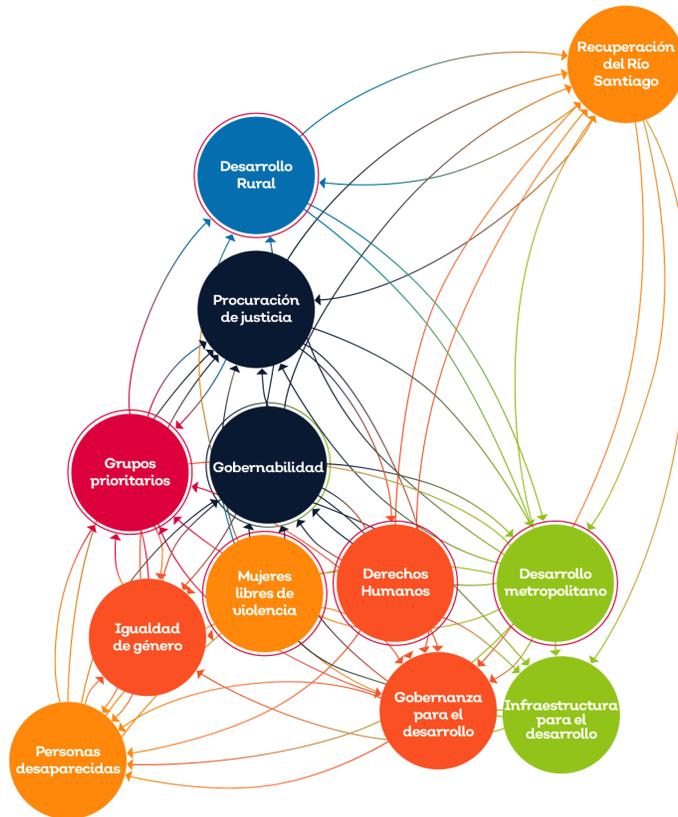
El PLAN ESTATAL DE GOBERNANZA Y DESARROLLO DE JALISCO 2018-2024, VISIÓN 2030, en su versión actualizada en 2021, establece que el Ejecutivo Estatal tiene el compromiso y la obligación del seguimiento y la evaluación de los objetivos de desarrollo y los instrumentos de política pública que de él emanen. Por ello, la Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana, como ente encargado de coordinar la Estrategia Estatal de Monitoreo y Evaluación, según la Ley de Planeación Participativa para el Estado de Jalisco y sus Municipios (Núm. 27217/LXII/18) y la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo (Núm. 27213/LXII/18), ha impulsado la evaluación de las políticas, planes y programas públicos, con el fin de generar información y evidencias útiles y pertinentes para mejorar la gestión de los recursos públicos y los resultados de la acción gubernamental.

El PROGRAMA ANUAL DE EVALUACIÓN (PAE) 2023-2024, instrumento rector de la política de evaluación del Ejecutivo Estatal, establece en su artículo SÉPTIMO numeral 1, la realización de investigaciones (policy brief) sobre temas estratégicos del Gobierno de Jalisco. La Unidad de Evaluación del Gobierno del Estado realizó una priorización de problemas estratégicos con base a los siguientes criterios:

1. El problema a investigar debe pertenecer a alguna de las 12 temáticas críticas del Plan Estatal (Gobernabilidad, Procuración de justicia, Grupos prioritarios, Desarrollo rural, Desarrollo metropolitano, Infraestructura para el desarrollo, Igualdad de género, Derechos humanos, Gobernanza para el desarrollo, Recuperación del río Santiago, Mujeres libres de violencia, Personas desaparecidas). Consultar: <https://plan.jalisco.gob.mx/>;

Figura 1. Temáticas críticas

Plan Estatal de Gobernanza y Desarrollo 2018-2024. Visión 2024



Fuente: Elaboración propia

2. Los indicadores que dan cuenta del problema elegido pueden manifestar una variación significativa en los últimos años de acuerdo al monitoreo efectuado por MIDE Jalisco. Consultar: <https://mide.jalisco.gob.mx/mide/panelCiudadano/inicio>;
3. Los indicadores de la problemática deben contar con trazabilidad temporal y metodológica. Consultar: <https://www.inegi.org.mx/>;
4. La problemática posee un grado de urgencia pública superior a otras problemáticas y existen políticas públicas que atienden el tema.

Derivado de lo anterior, estos Términos de Referencia (TdR) contienen los requerimientos para llevar a cabo el Policy Brief sobre “El suicidio en los jóvenes de Jalisco, estudio que será

coordinado por la Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana y financiado con recursos del Fideicomiso 10824 Fondo EVALÚA Jalisco.

2. Descripción general

Un Policy Brief, investigación diagnóstica o investigación-estos términos podrán ser utilizados indistintamente a lo largo de estos TdR- son investigaciones de gabinete, que pueden contar con trabajo de campo, que sintetizan información sobre la evolución que durante la última década se ha tenido en Jalisco una problemática priorizada como relevante y urgente. Asimismo, muestran de manera sintética un análisis de las intervenciones públicas o privadas de atención.

Los elementos principales son:

- Dimensión y evolución de la problemática en la última década
 - Descripción, dimensión y evolución de la problemática
 - Factores causales que le caracterizan (socioeconómicas-culturales)
 - Identificación de Fortalezas y Oportunidades.
- Análisis de acciones públicas, privadas y sociales de atención
- Identificación de prácticas, proyectos o programas.
- Análisis de congruencia a la solución a las problemáticas y factores causales identificados.

Esta investigación debe considerar como lectores y usuarios de la información a actores políticos, técnicos y público no especializado.

3. Objetivos

Objetivo general

Realizar una investigación diagnóstica sobre “El suicidio en los jóvenes de Jalisco”, que contribuya al conocimiento social sobre temáticas emergentes, prioritarias o especiales en el desarrollo de Jalisco y generen información en materia de evaluación y políticas públicas.

Objetivos específicos

1. Desarrollar una introducción que delimite concretamente el problema.
2. Construir un marco conceptual que oriente sobre la temática y sus categorías y variables a analizar.

3. Desarrollar un marco descriptivo estadístico del problema exponiendo evidencia disponible a la fecha. Este ejercicio puede proponer nueva información a partir de la construcción de índices o indicadores.
4. Revisar las principales políticas, programas e intervenciones públicas y privadas federales, estatales y municipales que atienden la temática y especificar sus particularidades (ver anexo 5).
5. Ofrecer conclusiones sobre el problema analizado.

4. Alcances

Identificar hallazgos a partir de un análisis de gabinete, con base en la información estadística pública disponible hasta el momento y de libre acceso, así como, de la documentación normativa y de planificación de la temática. La información documental puede complementarse con otras técnicas de investigación, si el Investigador Externo (IE) lo considera pertinente, como la entrevista o el desarrollo de grupos focales, sin que esto represente un costo extra y se cumpla como mínimo lo establecido en los presentes Términos.

Tabla 1. Alcances de la investigación diagnóstica

Aspecto	Descripción
Objetos de estudio	Son los elementos que forman parte del tema de investigación: el marco conceptual, el marco descriptivo estadístico y la revisión documental de las principales políticas, programas e intervenciones públicas y privadas sobre la temática disponibles.
Temporalidad	El alcance temporal se refiere al rango o periodo de vigencia de la información, la cual no deberá ser mayor a ocho años. Es decir, todos los datos o referencias que se utilicen deberán haber sido generados a partir del año 2015, salvo que se requiera un análisis histórico que revele su importancia intrínseca.

Aspecto	Descripción
Espacialidad	<p>Se refiere a que toda la información documental y de datos con los que se sustente la investigación deberá estar geográficamente situados en el estado de Jalisco y sus municipios. El grado de desagregación territorial dependerá del objetivo de la temática analizada y la disponibilidad de la información.</p> <p>Se puede recurrir a información de otros contextos geográficos con fines comparativos, pero no se deberá argumentar la existencia de un problema público local con información de datos de otros territorios.</p>
Técnicas de investigación	<p>Se trata de información estadística pública disponible y de libre acceso y documentación normativa y de planificación del tema sobre políticas, programas o intervenciones públicas, privadas o sociales.</p> <p>Se pueden contemplar otras técnicas de investigación como entrevistas, o grupos focales para la adecuada identificación y profundización del tema, políticas, programas o intervenciones involucradas.</p>
Preguntas guía de necesaria atención	<p>¿A nivel nacional, Jalisco qué lugar ocupa en suicidios?</p> <p>¿Cuál es la incidencia por grupos de edad y sexo?</p> <p>Considerando a los jóvenes entre los 16 y 28 años, los suicidios cometidos en este grupo de edad, ¿qué porcentaje representa del total?</p> <p>Por sexo, ¿cómo se comportan los suicidios e intentos de suicidio?</p> <p>En general, ¿por qué se suicidan los jaliscienses?</p> <p>¿Cuáles son las causas principales de suicidio entre los jóvenes?</p>

5. Productos

Los productos solicitados son los siguientes:

1. Propuesta metodológica Documento a desarrollar, el Investigador(a) Externo elaborará, la propuesta de proyecto de investigación, la cual deberá tener la estructura y contenido especificado en el (Anexo 3), así como llenado preliminar a la Matriz de investigación (Anexo 4), que permitirá

obtener un esbozo a la investigación diagnóstica. La propuesta deberá contener al menos, los siguientes apartados:

- Descripción y planteamiento del problema;
- Metodología de la investigación;
- Indicadores de interés, método de recolección y análisis de datos;
- Listado preliminar de las principales políticas, programas e intervenciones públicas y privadas que abordan la temática;
- Llenado preliminar de la matriz de investigación (Anexo 4);
- Miembros del equipo de investigación por etapa, describiendo cargos y roles, y
- Cronograma de actividades (ver Anexo 5).

Es responsabilidad del IE cerciorarse de que todos los archivos o enlaces adjuntos pueden consultarse en cualquier sistema operativo, sean los correctos y/o estén actualizados.

Para la adjudicación del contrato se tendrá en cuenta la correspondencia con el perfil buscado (idoneidad del IE con el perfil solicitado), la calidad de la propuesta de proyecto de investigación (congruencia y consistencia de la metodología con el encargo) y la cotización emitida de acuerdo a oferta financiera.

Se deberá entregar de manera digital en memoria USB. Este documento preliminar será sometido a la Unidad de Evaluación (UE) para su valoración. También deberá entregar un Curriculum Vitae del Investigador principal y una cotización general de la investigación.

Una vez firmado el contrato, se deberá entregar una “Propuesta metodológica final” considerando las opiniones de la UE. A partir de este momento inicia la elaboración de los siguientes productos:

2. Instrumentos de recolección de datos. Relación de las fuentes de datos del tema exponiendo evidencia estadística disponible a la fecha. Se pueden incluir la intención de realizar entrevistas o focus group u cualquier otra herramienta. Se deberá entregar de manera digital en memoria USB.

3. Investigación diagnóstica. Documento síntesis de información y evidencia sobre el tema particular de política pública para el desarrollo de investigación. El documento no deberá exceder las 30 cuartillas y es necesario que incluya al menos la siguiente estructura:

- I. Resumen
- II. Introducción
- III. Apartado metodológico

- IV. Marco conceptual
- V. Matriz de investigación
- VI. Dimensión y evolución de la problemática
- VII. Revisión de acciones públicas, privadas y sociales
- VIII. Conclusiones
- IX. Relación de fuentes
- X. Anexos

Para mayor detalle revisar Anexo 6). Se entregará impreso (a color, a doble cara, en hojas tamaño carta de color blanco) y de manera digital en memoria USB.

4. Resumen Policy Brief. Documento gráfico que represente visualmente, de manera simple y concisa, la información sobre el análisis y los resultados obtenidos. No deberá exceder las 3 cuartillas y tendrá que incluir a lo sumo 30% texto y 70% información gráfica (mapas, imágenes, cuadros, gráficos etc.), se entregará impreso (a color, a doble cara, en hojas tamaño carta de color blanco) y de manera digital en memoria USB.

5. Presentación. Documento que contenga todo el proceso de la investigación diagnóstica y sus resultados en formato power point. No deberá exceder las 20 láminas y se entregará únicamente en formato electrónico en memoria USB.

6. Exposición de resultados. Se refiere a la última etapa de la investigación y contempla la realización de hasta dos presentaciones orales, que serán confirmadas por la UE.

6. Perfil del Investigador(a) Externo

Tabla 2. Requisitos de admisibilidad

Formación	Experiencia profesional	Experiencia específica	Capacidades técnicas
Preferentemente: Posgrado en ciencias sociales u otra carrera afín con el objeto del	Experiencia demostrable en la realización de al menos 2 (dos) investigaciones similares. Experiencia	Conocimientos y/o experiencia en el tema de estudio. Experiencia en diseño y/o implementación de métodos de	Conocimiento del objeto de estudio. Producción

Formación	Experiencia profesional	Experiencia específica	Capacidades técnicas
estudio. Formación en investigación	profesional o laboral con el sector público, instituciones privadas o universidades, realizando trabajos de investigación.	investigación cualitativos, cuantitativos o mixtos.	académica de alto nivel.

La persona investigadora externa contratada podrá proveerse de personal de apoyo para que le brinden asistencia en sus actividades. Sin embargo, **no podrán delegar, en parte o en todo, la ejecución de la investigación diagnóstica** para la cual son contratados de acuerdo con su perfil y experiencia.

- En caso de delegación de la ejecución de la investigación, la Unidad de Evaluación del Gobierno del Estado podrá rescindir el contrato y aplicar las sanciones correspondientes.
- En caso de subcontratación de personal de apoyo, la Unidad de Evaluación del Gobierno del Estado no establece compromisos contractuales con dicho personal.

7. Actores responsables

En el proceso de la investigación participan los siguientes actores:

Tabla 3. Actores integrantes y funciones

Actores	Integrantes	Funciones
Unidad de Evaluación del Gobierno de Jalisco (Evalúa Jalisco)	Equipo integrado por personas funcionarias de la Dirección de Evaluación para la Mejora Pública y de la Dirección de Planeación y Participación para el Desarrollo así como de la persona que ostenta el cargo de la Dirección General de Planeación y Evaluación Participativa.	Este equipo es el encargado de la gestión de las investigaciones evaluativas en el Gobierno del Estado de Jalisco, por tanto, coordina el proceso administrativo de la contratación del equipo experto, la ministración de los pagos, el seguimiento del proceso y la revisión de los productos.
Investigador(a) Externo	Por contratar.	Es la persona encargada de coordinar y ejecutar el proceso de investigación, elaborar el documento, planear las actividades de investigación, presentar los resultados y demás actividades relacionadas con la ejecución de la investigación.

8. Coordinación, supervisión, responsabilidades y comunicación

El enlace oficial para todos los procesos relacionados con la coordinación, supervisión y ejecución de la presente contratación lo constituye la Unidad de Evaluación del Gobierno de Jalisco (UE), atribución asignada a la Dirección General de Planeación y Evaluación Participativa de la Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana (SPPC), para lo cual se designa al Director(a) de Evaluación para la Mejora Pública.

El enlace oficial para los procesos de supervisión, valoración de avances y revisiones de productos estará a cargo del Director(a) de Planeación y Participación para el Desarrollo y la UE fungirá como canal de interlocución.

En el proceso de la presente contratación, la UE tiene las siguientes responsabilidades y atribuciones:

- I. Emitir el dictamen técnico de selección del Investigador(a) Externo (IE) que postule a la presente contratación, de acuerdo con los requisitos previstos en estos Términos de Referencia.
- II. Establecer el contacto inicial con los actores que vayan a ser consultados por el/la IE mediante el envío de un oficio, que deberá contener los detalles de la investigación, el periodo de la consulta, los motivos de la consulta y demás información contextual del documento.
- III. Recibir los productos del Policy Brief y revisar que cumplan los objetivos de la contratación.
- IV. Emitir el dictamen de aceptación de los productos de la investigación diagnóstica y la carta de conclusión de la relación contractual con el/la IE.

En el proceso de supervisión de la investigación derivada de la presente contratación, la Dirección de Planeación tiene las siguientes responsabilidades y atribuciones:

- V. Supervisar la ejecución de la investigación, lo que implica solicitar al IE acceso a todos los documentos e insumos de trabajo relacionados con la contratación, convocar a las reuniones de trabajo que sean necesarias para la correcta ejecución del encargo; emitir opiniones que permitan garantizar el cumplimiento de los objetivos de la contratación.
- VI. Aprobar las modificaciones o cambios a la investigación.

Por su parte, durante la vigencia del presente contrato, el/la investigador(a) externo tiene las siguientes responsabilidades y obligaciones:

- i. Proporcionar el listado de información programática, estadística, la relación de políticas, programas e intervenciones públicas y privadas; así como de personas a consultar y las fechas de consulta previstas (de ser contempladas) en el Proyecto de investigación; así como informar oportunamente cualquier cambio o modificación.
- ii. Actuar con integridad y profesionalismo durante todo el proceso de la investigación.
- iii. Participar en las reuniones (presenciales o virtuales) convocadas por la UE (las cuales serán avisadas con anticipación y podrán negociarse), que tendrán por objeto la presentación de los productos, la aclaración de dudas, el seguimiento al proceso, la retroalimentación de los productos, entre otros.
- iv. Estar en disposición de ser contactado por diversos medios, como son: teléfono, Zoom, correo electrónico, WhatsApp, entre otros.
- v. Preparar los insumos para las reuniones, en caso de solicitarse o requerirse.

- vi. Solventar todas las observaciones, comentarios o correcciones solicitadas a cualquiera de los productos.
- vii. Cumplir con los requerimientos establecidos en estos términos de referencia.

Para objeto de este proceso de investigación diagnóstica, se entenderá por canal oficial de comunicación todo intercambio de mensajes e información a través del correo electrónico institucional del Gobierno de Jalisco.

9. Aprobación de los productos

La Unidad de Evaluación tendrá la obligación de comprobar que los productos señalados en el Apartado 5. *Productos* sean adecuados y consecuentes con los parámetros establecidos en estos términos de referencia, por lo que estarán sujetos a controles de calidad y verificación del cumplimiento. Para tal fin, se emitirá un ***Informe de valoración de los productos entregados***, que contendrá los criterios que serán utilizados para la aprobación del producto final establecido en los presentes Términos de referencia (TdR) (Anexo 9).

Producto 1: Propuesta metodológica

1. El/La investigador(a) externo (IE) deberá enviar el producto en los plazos establecidos en el Apartado 11. *Productos y plazos de entrega* a la Unidad de Evaluación (UE).
2. En un plazo de cinco días hábiles, la UE revisará el producto y emitirá una opinión sobre su calidad y grado de cumplimiento, según los requerimientos establecidos en los TdR.
3. El producto corregido y/o solventado se deberá entregar de forma electrónica, para ello contará con un máximo de cinco días hábiles de haber recibido la notificación de parte de la UE (en disco externo o memoria USB), en archivo editable word y pdf.

IMPORTANTE: El/La IE tiene la obligación de solventar todas las observaciones o cambios solicitados por la UE. Dichas observaciones deberán verse reflejadas en los productos y serán tomados en cuenta para la valoración y aprobación final del producto.

Producto 2: Instrumentos de recolección de datos

1. El/La investigador(a) externo (IE) deberá enviar el producto en los plazos establecidos en el Apartado 11. *Plazos de entrega y productos* a la Unidad de Evaluación (UE).
2. En un plazo de cinco días hábiles, la UE revisará el producto y emitirá una opinión sobre su calidad y grado de cumplimiento, según los requerimientos establecidos en los TdR.
3. El producto corregido y/o solventado se deberá entregar de forma electrónica en un máximo de cinco días hábiles de haber recibido la notificación de parte de la UE (en disco externo o memoria USB), en archivos editable word y pdf.

Producto 3: Investigación diagnóstica

1. El/La investigador(a) externo (IE) deberá enviar el producto en los plazos establecidos en el Apartado 11. *Plazos de entrega y productos* a la Unidad de Evaluación (UE).
2. La UE revisará el producto y emitirá una opinión sobre su calidad y grado de cumplimiento, según los requerimientos establecidos en los TdR.
3. El/La IE deberá solventar todas las observaciones o cambios solicitados por la UE. Aquellas observaciones o señalamientos que no sean solventados deberán justificarse técnicamente; la justificación deberá ser avalada por la UE.
4. El producto corregido se entregará en dos versiones: i) versión control y, ii) versión final. La versión control debe contener señalamientos o marcas claras de las modificaciones, adecuaciones o cambios realizados para atender las observaciones generadas por la UE. La versión final deberá ser un documento completamente limpio y libre de marcas que incorpore las modificaciones realizadas. Se deberá entregar de forma impresa y electrónica (en disco externo o memoria USB), en archivos editable y pdf.

Producto 4: Resumen Policy Brief

1. El/La Investigador(a) Externo (IE) deberá enviar la propuesta del producto en apego estricto a los plazos establecidos en el Apartado 12 a la UE.
2. La UE revisará el producto y emitirá una opinión sobre su calidad y grado de cumplimiento, según los requerimientos establecidos en los TdR.
3. El/La IE deberá solventar todas las observaciones o cambios solicitados por la UE, para lo que contará con un máximo de cinco días hábiles de haber recibido la notificación de parte de la UE. Aquellas observaciones o señalamientos que no sean solventados deberán justificarse técnicamente; la justificación deberá ser avalada por la UE.

4. El producto se deberá entregar de forma impresa y electrónica (en disco externo o memoria USB), en archivo editable y pdf.

Producto 5: Presentación de resultados

1. El Equipo Evaluador deberá enviar la propuesta del producto (programa, guión, etc.) con al menos cinco días hábiles de antelación a los plazos establecidos en el Apartado 11 a la UE.
2. El/La IE deberá solventar todas las observaciones o cambios solicitados por la UE. Aquellas observaciones o señalamientos que no sean solventados deberán justificarse técnicamente; la justificación deberá ser avalada por la UE. Se entregará únicamente en formato electrónico en memoria USB, en archivo editable pptx y pdf.

Producto 6: Presentaciones orales

Se realizarán hasta dos presentaciones orales, que serán confirmadas por la Unidad de Evaluación, pueden ser presenciales o virtuales

Luego de la fecha de entrega de los productos 3, 4 y 5 se podrá realizar una reunión (virtual o presencial) para la clarificación de las observaciones, comentarios o recomendaciones. Dicha reunión será convocada por la UE y será obligatoria para el/la IE.

IMPORTANTE:

La aprobación de los productos está condicionada a la obtención de una calificación mínima correspondiente a la categoría “**Bueno**” consultar Anexo 9. Los productos que obtengan una calificación inferior están sujetos a las multas y/o sanciones establecidas en el Apartado 11.

Los retrasos provocados por el incumplimiento en la calidad y grado de cumplimiento del producto y, por tanto, en el cumplimiento de los plazos, serán asumidos por el/la IE.

Aspectos importantes que debe considerar el/la IE

- a. Es importante que el/la IE considere la duración del proceso de aprobación de los productos en el cronograma o plan de trabajo presentado en la Propuesta metodológica para su valoración y aceptación.

- b. En virtud de que se pondrán a disposición del IE los diferentes instrumentos técnicos que señalan el contenido y los elementos básicos que especifican las características de calidad de los productos de la evaluación, **la UE concede un máximo de dos revisiones¹ para cada uno de los productos solicitados**. La valoración de los productos se realizará sobre la segunda revisión, la cual se hará del conocimiento del IE mediante comunicación oficial.
- c. Los productos de la investigación diagnóstica deberán ser entregados, por correo electrónico, directamente de la persona contratada como Investigador(a) Externo al Enlace Responsable de la Unidad de Evaluación, con los requerimientos y en el plazo establecidos en estos términos de referencia. **No se aceptarán productos entregados por personal del equipo de apoyo**, aunque se envíen “a nombre de” Investigador(a) Externo.
- d. Una vez aprobados los productos impresos (3. *Investigación diagnóstica* y 4. *Policy Brief*) deberá hacerse entrega, mediante oficio, en la ubicación física de la Unidad de Evaluación, según lo establecido en el Apartado *II. Plazos de entrega y productos*.
- e. El resultado de la valoración de los productos es inapelable. En caso de existir diferencias técnicas sobre las observaciones emitidas a los productos, o respecto a la valoración final de los productos, prevalecerá el interés del ente contratante, y el/la IE podrá dejar constancia de ello por escrito mediante una nota oficial.

10. Confidencialidad de los datos y propiedad intelectual

Toda información que conste en archivos del contratante, o que a través de este se tenga acceso, que no sean de carácter público o de libre acceso, no podrá ser utilizada por el equipo experto para otros propósitos que no sean los contemplados en la ejecución de esta investigación diagnóstica. Esta restricción tiene una vigencia de 5 años después de concluido el contrato, después del cual el/la IE podrá hacer uso de la información para fines de investigación, siempre y cuando no estén protegidos por la normatividad de protección de datos u otra que aplique.

Todos los documentos y datos originados con motivo de la investigación pasan a ser propiedad del Gobierno del Estado de Jalisco y deben ser tratados confidencialmente por el/la IE. Dicha información no podrá ser transferida a ninguna persona o entidad sin el consentimiento previo y expreso del Gobierno del Estado de Jalisco, obligación que se mantendrá vigente después de la expiración o terminación del presente contrato por cualquier razón que fuere.

¹ Revisión del producto entregado en su primera versión y revisión del producto corregido, a partir de las observaciones realizadas en la primera revisión.

El/La IE se compromete a la adopción de medidas de protección de datos personales u otras que garanticen la seguridad de los datos y eviten su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado, habida cuenta del estado de la tecnología, la naturaleza de los datos almacenados y los riesgos a que están expuestos, ya provengan de la acción humana, del medio físico o natural.

Los derechos de autor y cualquier otro derecho de propiedad sobre los resultados obtenidos como consecuencia de la ejecución del contrato, a excepción de aquellos elementos contenidos en el mismo sobre los que ya exista un derecho de autor y otro de propiedad, pertenecerán única y exclusivamente al Gobierno del Estado de Jalisco.

11. Plazos de entrega y productos

Plazo de la contratación y entrega de productos

El plazo estimado para la realización de este Policy Brief es de 60 días hábiles, contabilizado a partir de la firma del contrato entre el/la Investigador Externo y el representante legal del Gobierno del Estado de Jalisco.

Los productos deberán ser entregados según el plazo establecido en la siguiente tabla:

Tabla 4. Productos y Plazo de entrega

Entrega	Productos	Plazo
Primera	Producto 1. Propuesta metodológica Producto 2. Instrumentos de recolección de datos	10 días hábiles
Segunda	Producto 3. Investigación diagnóstica Producto 4. Resumen Policy Brief Producto 5. Presentación de resultados (documento)	50 días hábiles
Tercera	Producto 6. Presentación oral de resultados ²	15 días hábiles

² Los archivos de las presentaciones deberán ser aprobados por la UE, por tanto, tendrán que entregarse, al menos en su fase preliminar, con los productos complementarios de la investigación diagnóstica.

En un plazo no mayor de cinco días hábiles, una vez notificada la adjudicación del contrato, se realizará la reunión preparatoria en la que se establecerán las fechas específicas que corresponden a cada entrega. Se podrán extender los plazos de entrega sí y sólo si existe un acuerdo explícito entre las partes involucradas.

Todos los productos para revisión deberán ser entregados en versión digital (word, ppt, pdf) mediante comunicación oficial, en el plazo indicado. Se tomará como fecha de recepción la que indique el medio de comunicación electrónico. No serán aceptados los productos entregados a través de un correo electrónico distinto al registrado como oficial.

Una vez aprobados todos los productos, deberán entregarse vía oficio dos ejemplares impresos de los productos 3 y 4 a color (uno de los cuales deberá estar empastado o engargolado), acompañados de unidades de almacenamiento de datos (disco compacto, memoria USB, disco externo, etc.) que contenga todos los productos contratados (1, 2, 3, 4, 5 y 6), en su versión final. No se aceptará la entrega incompleta de los productos.

Una vez recibido el oficio de entrega de los productos, la UE emitirá un oficio en el que comunique la conclusión del contrato, así como el grado de satisfacción con la prestación del servicio. Dicho documento podrá ser utilizado por el/la IE para los fines que más le convengan.

Forma de pago

La forma de pago será a través del Fideicomiso 10824 Fondo Evalúa Jalisco, según lo estipulado en el contrato de formalización del fideicomiso con fecha de primero de julio de 2015.

El pago de los servicios profesionales objeto de este Policy Brief se realizará en una sola ministración, según una vez aprobados todos los productos correspondientes a la Propuesta Metodológica, Instrumentos de recolección de datos, Investigación diagnóstica, Resumen Policy Brief, Presentación de resultados (documento) y exposiciones orales .

Multas y sanciones

Serán motivo de sanción los siguientes casos:

- Entrega extemporánea de los productos: En caso de que alguno de los productos sea entregado de forma extemporánea, sin alguna justificación técnica razonable y

previa autorización de la UE, se aplicará una penalización del 3% del monto total del contrato cuando el retraso se encuentre de 01 a 05 días naturales; de 6% cuando el atraso se encuentre de 06 a 10 días naturales y de 10% cuando el atraso sea de 11 días naturales en adelante. En caso de que el atraso se dé a partir de 21 días naturales, el ente contratante podrá rescindir el contrato que se establezca con el/la IE.

- Incumplimiento en la calidad de los productos: En caso de que alguno de los productos no cumpla, en su segunda revisión, con la calificación mínima determinada para su aprobación se aplicará una penalización del 10% sobre el monto de pago asignado a dicho producto. Esta sanción no exime al IE de realizar el ajuste del producto según las observaciones y solicitudes de mejora señaladas por la UE.
 - o En caso de que el producto nuevamente no cumpla, en la tercera revisión, con la calidad solicitada, se podrá rescindir la relación contractual y aplicar las sanciones correspondientes por este motivo.

Por último, el/la IE, a través del coordinador o investigador principal, deberá estar disponible hasta por un plazo de seis meses después de la aceptación de los productos finales, para realizar ajustes menores y/o la corrección de errores que se detecten en los productos finales o para responder consultas o aclaraciones que surjan durante ese periodo.

12. Anexos

ANEXO 1. Ficha informativa

Entidad evaluadora externa:	(Nombre completo de la entidad evaluadora)
Investigador principal:	(Nombre del coordinador de la investigación o investigador principal)
Equipo de investigación:	(Nombre de los investigadores que participaron en la evaluación)
Forma de contratación	(Tipo de contratación)
Costo total	(Costo total de la evaluación)
Fuente de financiamiento	Fideicomiso 10824 Fondo EVALÚA Jalisco
Unidad de evaluación	Dirección General de Planeación y Evaluación Participativa
Titular de la Unidad de evaluación	Mónica Ballescá Ramírez
Equipo técnico de la Unidad de evaluación	(Nombre de enlace de la DEMP)

ANEXO 2. Ficha técnica para la difusión de los resultados³

1. Datos generales	
1.1. Información de la evaluación	
Nombre de la evaluación:	(Tipo de evaluación + Programa o fondo evaluado)
Tipo de evaluación:	(Tipo de evaluación)
Periodo del ejercicio evaluado:	
Programa anual de evaluación	(Año del PAE)
Fecha de inicio	(Fecha de inicio del contrato de evaluación)
Fecha de publicación	(Fecha en la que se entregó oficialmente el Policy Brief)
1.2. Información de la entidad externa	
Entidad evaluadora	(Nombre de la entidad)
Investigador principal	(Nombre del investigador principal o coordinador de la investigación)
Equipo de investigación	(Nombre de los investigadores que participaron)
Correo electrónico	
Número de teléfono	(Número a 10 dígitos)
1.3. Datos de la contratación	
Tipo de contratación:	Licitación Pública Nacional (Número)
Número de contrato:	(Número de contrato)
Número de rondas del concurso	1
Costo de la evaluación	(Costo total de la evaluación, en número y letras)
Fuente de financiamiento	Fideicomiso 10824 Fondo Evalúa Jalisco
Unidad administrativa responsable	Dirección General de Planeación y Evaluación Participativa

³ Documento elaborado con base en la “Norma para establecer el formato para la difusión de los resultados de las evaluaciones de los recursos federales ministrados a las entidades federativas” del Consejo Nacional de Armonización Contable.

1.4. Información de la Unidad de Evaluación del gobierno	
Unidad administrativa coordinadora	Dirección General de Planeación y Evaluación Participativa
Titular de la unidad administrativa coordinadora	Mónica T. Ballezá Ramírez
Unidad administrativa técnica	Dirección de Evaluación para la Mejora Pública
Titular de la unidad administrativa técnica	Selene Liliana Michi Toscano
Enlace técnico de la evaluación	(Nombre del enlace de la DEMP)
1.5. Información de la investigación evaluativa:	
Nombre de la investigación evaluativa	
Dependencia o entidad responsable	
Poder público al que pertenece	
Ámbito gubernamental al que pertenece	
Unidad administrativa responsable	
Titular de la unidad administrativa responsable	
Contacto de la unidad administrativa responsable	
1.6. Mecanismos de seguimiento y difusión de la evaluación	
Sistema de agendas de mejora	No
Portal de internet	(Colocar el enlace)
2. Descripción de la investigación diagnóstica (Policy Brief)	
2.1. Objetivo general	

2.2. Objetivos específicos

2.3. Metodología

Técnicas de investigación	
Alcance / Enfoque	
Instrumentos de recolección de información	
Principales fuentes de información	

3. Resumen

4. Resultados

4.1. Principales hallazgos

Hallazgos positivos	Hallazgos negativos

4.2. Recomendaciones

4.3 Conclusiones

ANEXO 3. Formato y estructura de la Propuesta metodológica

Elemento	Descripción
<p>Formato</p>	<p>Deberán considerarse al menos los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Portada, lista de acrónimos y abreviaturas, tabla de contenido, tabla de figuras, tabla de gráficos, anexos, referencias bibliográficas. ● Utilización de lenguaje inclusivo, por ejemplo, evitar frases como “los entrevistados” o “los entrevistados y las entrevistadas”, y utilizar términos como “las personas entrevistadas”, “las personas usuarias”. ● Seguir las especificaciones de formato del Anexo 7 (tamaño y tipo de letra). ● Revisión rigurosa en términos bibliográficos y de redacción. ● Utilización de Manual APA, sexta o séptima versión.
<p>Antecedentes de la investigación</p>	<p>Contexto en que surge la investigación. Descripción de la investigación (contexto general, problema que la origina, actores clave, lógica causal, factores externos)</p>
<p>Descripción y planteamiento del problema</p>	<p>Descripción preliminar del problema o necesidad que atiende el Policy Brief (investigación diagnóstica), con sus causas y efectos.</p>
<p>Metodología de la investigación;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 2 cuartilla máximo ● Objetivos, alcance y metodología ● Fuentes de información: documentos revisados y actores involucrados y las razones o criterios considerados para su selección. ● Trabajo de campo: entrevistas, focus group, etc. <p><i>(Mayor información deberá referir en un anexo).</i></p>
<p>Indicadores de interés, método de recolección y análisis de datos</p>	<p>Propuesta de indicadores de interés, método de recolección, análisis de datos y fuentes. <i>(Este ejercicio puede proponer nueva información a partir de la construcción de índices o indicadores. Es importante que en este apartado se considere permanentemente la perspectiva multiactor).</i></p>

Elemento	Descripción
<p>Listado preliminar de las principales políticas, programas e intervenciones públicas y privadas que abordan la temática;</p>	<p>Identificación preliminar de principales políticas, programas e intervenciones públicas y privadas que abordan la temática y fuentes.</p>
<p>Matriz de investigación</p>	<p>Llenar la matriz de investigación Anexo 4.</p>
<p>Cronograma de trabajo</p>	<p>Etapas que seguirá la investigación diagnóstica se proporciona ejemplo en Anexo 5; incluir las actividades principales así como los roles de cada investigador participante en la investigación. Plazos requeridos para el desarrollo de todos los productos (debe ser considerado el tiempo que se necesita en la revisión, solvento de opiniones de los productos y pilotaje de instrumentos; tendrá que estar descrito en el cronograma).</p>

ANEXO 4. Matriz de investigación

Objetivo general: Realizar una investigación diagnóstica sobre “El suicidio en los jóvenes de Jalisco”, que contribuya al conocimiento social sobre temáticas emergentes, prioritarias o especiales en el desarrollo de Jalisco y genere información en materia de evaluación y políticas públicas.

El IE deberá completar la siguiente matriz de investigación.

Objetivos de investigación	Preguntas orientadoras	Temas de análisis	Diseño de investigación, técnicas de recolección	Fuente
<p>Desarrollar una introducción que delimite concretamente el problema.</p>	<p>¿Cuáles son las características socio históricas del suicidio en los jóvenes en México?</p> <p>¿Quién es el encargado de estudiar el fenómeno a nivel nacional y estatal? ¿Qué investigaciones previas existen del fenómeno a nivel nacional y estatal?</p> <p>¿Cuál fue la razón por la que este fenómeno se comenzó a estudiar formalmente y desde cuándo?</p> <p>¿Desde cuándo se lleva registro y México qué lugar ocupa en el mundo, respecto a la incidencia del suicidio en los jóvenes?</p>	<p>Factores causales que le caracterizan (socioeconómicas-culturales):</p>		

Objetivos de investigación	Preguntas orientadoras	Temas de análisis	Diseño de investigación, técnicas de recolección	Fuente
<p>Construir un marco conceptual que oriente sobre la temática y sus categorías y variables a analizar</p>	<p>¿Qué es el suicidio en los jóvenes?</p> <p>¿Cuál es el rango de edad que abarca el estudio del suicidio en los jóvenes?</p> <p>¿Dónde suceden mayormente los suicidios en los jóvenes? ¿dentro de los hogares, escuelas?</p> <p>¿Quiénes son los principales perpetradores?</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al suicidio en los jóvenes?</p>	<p>Marco teórico conceptual. Encuadre general del tema:</p>		
<p>Desarrollar un marco descriptivo estadístico del problema exponiendo evidencia disponible a la fecha. Este ejercicio puede proponer nueva información a partir de la construcción de índices o indicadores.</p>	<p>¿Cuántos suicidios en jóvenes se han registrado en el estado de Jalisco? ¿al día?</p> <p>¿Cuál es la incidencia por municipio?</p> <p>¿Cuáles son los municipios con los porcentajes más altos? y ¿por qué?</p> <p>¿Cuáles son los datos sociodemográficos más frecuentes en las y los jóvenes que han consumado la conducta suicida en Jalisco?</p> <p>¿Cuales son las causas frecuentes del suicidio en jóvenes en Jalisco?</p> <p>¿Cuáles son los medios empleados para</p>	<p>Evolución y dimensión de la problemática:</p>		

Objetivos de investigación	Preguntas orientadoras	Temas de análisis	Diseño de investigación, técnicas de recolección	Fuente
	<p>consumar el suicidio?</p> <p>¿Existe una tasa de intentos de suicidio reportados? De ser así ¿cuál es?</p>			
<p>Revisar las principales políticas, programas e intervenciones públicas y privadas federales, estatales y municipales que atienden la temática y especificar sus particularidades.</p>	<p>¿Cuáles son las políticas, programas e intervenciones de índole público?</p> <p>¿Cuáles son las políticas, programas e intervenciones de índole privado?</p> <p>¿Cuáles son las políticas, programas e intervenciones de índole social?</p> <p>¿En qué medida estas intervenciones tienen congruencia con el problema o con los factores que condicionan su incidencia? (Anexo 6)</p> <p>Revisión de objetivos y población objetivo de las políticas, programas o intervenciones de índole público</p> <p>Las acciones derivadas de estos planes se trabajan con un enfoque diferenciado.</p> <p>¿Cómo se mide el impacto de estas políticas, programas e intervenciones de índole público?</p> <p>¿Qué resultados se han obtenido a partir de esto?</p>	<p>Identificación de políticas, programas e intervenciones:</p> <p>Análisis de congruencia a la solución a las problemáticas y factores causales:</p>		

Objetivos de investigación	Preguntas orientadoras	Temas de análisis	Diseño de investigación, técnicas de recolección	Fuente
	<p>Mapeo de actores del sector privado y sector social que ofrecen atención a la temática.</p>			
<p>Ofrecer conclusiones sobre el problema analizado.</p>	<p>¿Existe actualmente alguna condición que beneficie la atención del problema?</p> <p>¿Hay alguna variable de posible atención que permita un enfoque efectivo para reducir el problema?</p> <p>¿Qué buenas prácticas existen en la atención de la problemática?</p> <p>¿Qué retos y desafíos en la atención de la problemática?</p>	<p>Fortalezas y oportunidades:</p>		

ANEXO 5. Cronograma general

Formato de ejemplo, ajustar según requerimientos

<i>Etapas*</i>	<i>Actividad central</i>	<i>Plazo</i>
Producto 1 Diseño del Proyecto de investigación	Diseño de investigación	
	Presentación de Proyecto de Investigación y revisión de instrumentos	
Producto 2 Análisis de datos y sistematización	Análisis de datos y sistematización	
Trabajo de campo	Aplicación de entrevistas o desarrollo de focus group	
Producto 3	Elaboración de Producto 3	
	Presentación de Producto 3 para revisión	
	Revisión de Producto 3	
	Incorporación de observaciones al Producto 3	
Producto 4	Elaboración del Producto 4	
...	...	
Divulgación	Presentación oral	

ANEXO 6. Formato y estructura de la Investigación diagnóstica

Elemento	Descripción
Formato	<p>Deberán considerarse al menos los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Portada, lista de acrónimos y abreviaturas, tabla de contenido, tabla de figuras, tabla de gráficos, anexos, referencias bibliográficas. ● Utilización de lenguaje inclusivo, por ejemplo, evitar frases como “los entrevistados” o “los entrevistados y las entrevistadas”, y utilizar términos como “las personas entrevistadas”, “las personas usuarias”. ● Utilización del libro de estilo de la Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana. ● Seguir las especificaciones de formato del Anexo 6 (tamaño y tipo de letra). ● Revisión rigurosa en términos bibliográficos y de redacción. ● Utilización de Manual APA, sexta o séptima versión. <p>La Unidad de Evaluación proporcionará las plantillas para las distintas partes de los productos, como es la Portada, Página Legal, Directorio, etc.</p>
Estructura de la investigación diagnóstica	
Resumen	<ul style="list-style-type: none"> ● 2 cuartillas máximo ● Delimitando concreta de la problemática ● Síntesis de evolución histórica y principales hallazgos y evidencia ● Síntesis de conclusiones principales
Introducción	<ul style="list-style-type: none"> ● ½ a 1 cuartilla ● Exposición breve sobre lo que la persona lectora encontrará en el documento.
Apartado metodológico	<ul style="list-style-type: none"> ● 2 cuartilla máximo ● Objetivos, alcance y metodología ● Fuentes de información: documentos revisados y actores involucrados y las razones o criterios considerados para su selección. ● Trabajo de campo: entrevistas, focus group, etc. <p><i>(Mayor información deberá referirlo en un anexo).</i></p>
Marco conceptual	<ul style="list-style-type: none"> ● 2 cuartillas que encuadran la problemática, su población objetivo, objeto de estudio.

Elemento	Descripción
	<ul style="list-style-type: none"> • Encuadra las categorías y variables a analizar como factores causales. • Perspectiva analítica multi actor: gobierno, ciudadanía, empresas, osc, etc.. <p><i>(estos elementos se detallarán y analizarán de manera descriptiva en el siguiente apartado, aquí solo se recomienda el encuadre conceptual. Preferentemente desarrollar un diagrama o mapa conceptual)</i></p>
Matriz de investigación	<ul style="list-style-type: none"> • Llenar la matriz de investigación Anexo 4.
Dimensión y evolución de la problemática	<ul style="list-style-type: none"> • 20 cuartillas máximo. • Desarrollo descriptivo estadístico e interpretativo sobre la dimensión actual de la problemática y evolución en la última década, y actores intervinientes. • Evidencia disponible sobre factores causales que le caracterizan(socioeconómicas-culturales) • Hallazgos sobre Fortalezas y Oportunidades. <p><i>(Este ejercicio puede proponer nueva información a partir de la construcción de índices o indicadores. Es importante que en este apartado se considere permanentemente la perspectiva multiactor).</i></p>
Revisión de acciones públicas, privadas y sociales	<ul style="list-style-type: none"> • 5 cuartillas. • Identificación de prácticas, proyectos o programas de los tres ámbitos (públicos, privados y sociales) en Jalisco. • Análisis de congruencia a la solución a las problemáticas y factores causales identificados. <ul style="list-style-type: none"> ○ población atendida ○ bienes y servicios entregados ○ capacidades generadas ○ cobertura <p><i>(Marco analítico no limitativo)</i></p>
Conclusiones	<ul style="list-style-type: none"> • 3 cuartillas. <p>Aportaciones del grupo investigador respecto a los resultados de la investigación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síntesis de la dimensión y evolución de la problemática. • Factores causales principales, fortalezas y oportunidades. • Consistencia y pertinencia de atención público-privada de la problemática.

Elemento	Descripción
Relación de fuentes	Se refiere a la relación de referencias académicas (artículos, estudios, reportes, etc.), bases de datos, documentos normativos y cualquier otra fuente de información que fue consultada para la investigación. Este ejercicio puede proponer nueva información a partir de la construcción de índices o indicadores. También incluye la información recabada por entrevistas o focus group, en caso que aplique.
Anexos	Términos de Referencia
	Ficha con datos generales de la investigación diagnóstica (Policy Brief)(Anexo 1)
	Ficha técnica para la difusión de los resultados (Anexo 2)
	Apartado metodológico: Instrumentos de recopilación de datos utilizados (en caso de que aplique); Listas de personas o grupos entrevistados o consultados y lugares visitados (en caso de que aplique)
	Biografías breves de la persona investigadora y su equipo

ANEXO 7. Relación de Políticas, Programas e Intervenciones públicas y privadas

No.	Nombre de la política o intervención	Nivel de la intervención (federal, estatal, municipal, mixta)	Tipo de la intervención (pública, privada, mixta)	Teoría de cambio (objetivos que busca alcanzar la intervención)	Cómo atiende la problemática (servicios, beneficios, apoyos, etc)	Análisis de congruencia (contribuye a la solución del problema)	Periodo de la intervención (años, meses de ejecución)	Fuente (localización)
1								
2								
3								
4								
...								
...								

ANEXO 8. Especificaciones generales de formato

El formato de los productos protocolarios debe seguir las siguientes consideraciones:

- Tipo del archivo electrónico: Word (.docx)
- Tamaño de hoja: Carta
- Márgenes: Normal (Superior 2.5 cm, Inferior 2.5 cm, Izquierdo 3 cm, Derecho 3 cm)
- Fuente: Arial o Times New Roman
- Tamaño de fuente: 11 puntos
- Interlineado: 1.5 puntos
- Texto justificado
- Números de página al pie
- Referencias y citas en formato APA, 6ª o 7ª Edición
- Referencias personales o institucionales (nombres, logotipos, isotipos, etc.) solamente podrán ponerse en la portada o contraportada autorizada por la SPPC.
- Si el informe es preliminar, deberá incluir una marca de agua en todas las páginas con la leyenda «Versión preliminar»

Sobre las tablas, gráficas e imágenes:

- Todas las tablas y gráficas deben contener título y fuente
- Todas las gráficas deben contener título en los ejes
- Las tablas y gráficas deberán ser entregadas en un archivo anexo, en formato editable (no imagen)
- Las imágenes utilizadas deberán ser de licencia libre.

Productos complementarios

ANEXO 9. Rúbrica de la Investigación diagnóstica (policy Brief)

Valoración técnica de estructura y contenido del Policy Brief

Tema:

Valoración	8 a 10 = Bueno 5 a 7 = Regular 0 a 4 = No aceptable
-------------------	---

TOTAL
0.0

APARTADOS METODOLÓGICOS

#	Apartado	Criterios de valoración de 0 a 1	0.0	Ponderación	Comentarios
1	Propuesta metodológica e instrumentos de recolección de datos	Cuenta con una descripción y planteamiento del problema que define, afina y estructura la idea central de la investigación	Valor 1 punto	0,50	
2		Se señala con claridad la fuente de información pública disponible hasta el momento y de libre acceso en la que la información que trata sea del estado de Jalisco		0,50	
Extra		Considera alguna entrevista o la realización de focus group o cualquier otra herramienta que permita profundizar en el análisis del problema [1 punto extra]		1,00	

#	Apartado	Criterios de valoración de 0 a 1	0.0	Ponderación	Comentarios
1	Resumen Policy Briefs	Incluye una resumen gráfico claro y conciso	Valor 1 punto	1,00	

#	Apartado	Criterios de valoración de 0 a 1	0.0	Ponderación	Comentarios
1	Investigación diagnóstica	Descripción, dimensión y evolución de la problemática	Valor 4 puntos	1,00	
2		Establece los factores causales que le caracterizan(socioeconómicas-culturales)		1,00	
3		Identifica Fortalezas y Oportunidades.		1,00	
4		Desarrolla una revisión de las principales políticas programas e intervenciones públicas que atienden el problema		0.5	
5		Analiza la congruencia a la solución de las problemáticas y factores causales identificados.		0.5	

6		Incluye la construcción de un nuevo indicador o índice [1 punto extra]		1,00	
#	Apartado	Criterios de valoración de 0 a 1	0.0	Ponderación	Comentarios
1	Sustento estadístico y referencial	Cuenta con una debida referenciación de la información en las fuentes de cuadros, gráficos o mapas que sustentan cada uno de los indicadores utilizados en el Policy Brief	Valor 1 punto	0,50	
2		Fue utilizado el Anexo 6 para realizar la relación de las políticas e intervenciones públicas federales, estatales y municipales, así como del sector social, que atienden el problema.		0,50	
#	Apartado	Criterios de valoración de 0 a 1	0.0	Ponderación	Comentarios
1	Presentación	Contiene todo el proceso de la investigación y sus principales resultados	Valor 0.5 puntos	0,50	
#	Apartado	Criterios de valoración de 0 a 1	0.0	Ponderación	Comentarios
1	Anexos	Cumple con los Términos de Referencia	Valor 2 puntos	0,40	
2		Ficha con datos generales del Policy Brief (Anexo 1)		0,40	
3		Ficha técnica para la difusión de los resultados (Anexo 2)		0,40	
4		Especificaciones generales de formato		0,20	
5		Cronograma general		0,40	
6		Biografías breves del Equipo, cargos y roles en la investigación		0,20	

Anexo 8. Matriz de investigación

Objetivos de investigación	Preguntas orientadoras	Temas de análisis	Diseño de investigación y técnicas de recolección	Fuente
Desarrollar una introducción que delimite concretamente el problema.	<p>¿Cuáles son las características socio-históricas del suicidio en los jóvenes en México?</p> <p>¿Quién es el encargado de estudiar el fenómeno a nivel nacional y estatal?</p> <p>¿Qué investigaciones previas existen del fenómeno a nivel nacional y estatal?</p> <p>¿Cuál fue la razón por la que este fenómeno se comenzó a estudiar formalmente y desde cuándo?</p> <p>¿Desde cuándo se lleva registro y</p>	Factores causales que le caracterizan (socioeconómicas -culturales):	Revisión documental.	<p>WHO (2023). Suicide rates. Mortality and global health estimates. The Global Health Observatory. World Health Organization. https://www.who.int/data/gho/</p> <p>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</p> <p>World Health Organization (2021b). Suicide worldwide in 2019, global health estimates. World Health Organization. http://apps.who.int/iris.</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>Borges, G., Rosovsky, H., Gómez, C., Gutiérrez, R. (1996). Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. Salud Pública de México, 38 (3), 197-206. https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5923/6705</p> <p>García de Alba G., J.E. y Morán G., L.R. (1974). Algunos aspectos epidemiológicos del suicidio en Jalisco. Salud Pública de México, 15(2), 195-211. https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/1603/1586</p> <p>INEGI (2019). Comunicado de prensa núm. 455/19. “Estadísticas a propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio (10 de septiembre)”.</p>

Objetivos de investigación	Preguntas orientadoras	Temas de análisis	Diseño de investigación y técnicas de recolección	Fuente
	México qué lugar ocupa en el mundo, respecto a la incidencia del suicidio en los jóvenes?			<p>https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/suicidios2019_Nal.pdf</p> <p>INEGI (2021a). Comunicado de prensa núm. 520/21. Estadísticas a propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio (10 de septiembre) datos nacionales.</p> <p>https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/Suicidios2021_Nal.pdf</p> <p>INEGI (2022a). Comunicado de prensa núm. 600/22. Estadísticas de defunciones registradas 2021.</p> <p>https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/EDR/EDR2021_10.pdf</p> <p>INEGI (2022b). Comunicado de prensa núm. 503/22. Estadísticas a propósito del Día mundial para la prevención del suicidio.</p> <p>https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_SUICIDIOS22.pdf</p> <p>INEGI (2023b). Comunicado de prensa núm. 644/23. Estadísticas de defunciones registradas 2022.</p> <p>https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/EDR/EDR2022-Dft.pdf</p> <p>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. <i>Psicología y salud</i>, 26 (1).</p> <p>https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/1901</p> <p>Borges, G., Orozco, R., Villatoro, J., Medina-Mora, M. E., Fleiz, C., & Díaz-Salazar, J. (2019). Suicide ideation and behavior in Mexico: Encodat 2016. <i>Salud Pública de México</i>, 61(1), 6-15. https://doi.org/10.21149/9351</p>
Construir un marco conceptual que	¿Qué es el suicidio en los jóvenes?	Marco teórico conceptual.	Revisión documental.	O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. <i>Philosophical transactions of the Royal Society of London</i> , 373(1754), 20170268. https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268

Objetivos de investigación	Preguntas orientadoras	Temas de análisis	Diseño de investigación y técnicas de recolección	Fuente
<p>orientar sobre la temática y sus categorías y variables a analizar</p>	<p>¿Cuál es el rango de edad que abarca el estudio del suicidio en los jóvenes? ¿Dónde suceden mayormente los suicidios en los jóvenes? ¿dentro de los hogares, escuelas? ¿Quiénes son los principales perpetradores? ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al suicidio en los jóvenes?</p>	<p>Encuadre general del tema:</p>		<p>Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. <i>Lancet</i>, 387(10024), 1227–1239. 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. <i>Nature reviews</i>, 5(1), 74. https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0 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. <i>Psychological review</i>, 117(2), 575–600. https://doi.org/10.1037/a0018697 Wasserman, D. (2001). <i>Suicide: An Unnecessary Death</i>. Martin Dunitz. 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. <i>Psicología y salud</i>, 26 (1). https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/1901 López-Contreras, N., Rodríguez-Sanz, M., Novoa A., Borrell, C., Medallo Muñiz, J., Gotsens, M. (2019) Socioeconomic inequalities in suicide mortality in Barcelona during the economic crisis (2006–2016): a time trend study. <i>BMJ Open</i>, 9, e028267. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028267</p>
<p>Desarrollar un marco descriptivo o estadístico del problema exponiendo evidencia disponible</p>	<p>¿Cuántos suicidios en jóvenes se han registrado en el estado de Jalisco? ¿al día? ¿Cuál es la incidencia por municipio? ¿Cuáles son los municipios con</p>	<p>Evolución y dimensión de la problemática:</p>	<p>Diseño: Cuantitativo Descriptivo-ecológico •Recolección de datos epidemiológicos desagregados del suicidio en Jalisco.</p>	<p>https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#datos_abiertos. Proyecciones de Población medio año Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco 2015-2022. 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.</p>

Objetivos de investigación	Preguntas orientadoras	Temas de análisis	Diseño de investigación y técnicas de recolección	Fuente
a la fecha. Este ejercicio puede proponer nueva información a partir de la construcción de índices o indicadores.	los porcentajes más altos? y ¿por qué? ¿Cuáles son los datos sociodemográficos más frecuentes en las y los jóvenes que han consumado la conducta suicida en Jalisco? ¿Cuáles son las causas frecuentes del suicidio en jóvenes en Jalisco? ¿Cuáles son los medios empleados para consumir el suicidio? ¿Existe una tasa de intentos de suicidio reportados? De ser así ¿cuál es?		<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de diferencias estadísticas por variables sociodemográficas 	
Revisar las principales políticas, programas e	¿Cuáles son las políticas, programas e intervenciones de índole público?	Identificación de políticas, programas e	Diseño: Cualitativo-Descriptivo. Búsqueda documental de	Gobierno de México (2019). Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Secretaria de Salud (2019). Programa Sectorial de Salud 2019-2024. Secretaria de Educación Pública (2020). Programa Sectorial de Educación 2020-2024.

Objetivos de investigación	Preguntas orientadoras	Temas de análisis	Diseño de investigación y técnicas de recolección	Fuente
intervenciones públicas y privadas federales, estatales y municipales que atienden la temática y especificar sus particularidades.	<p>¿Cuáles son las políticas, programas e intervenciones de índole privado?</p> <p>¿Cuáles son las políticas, programas e intervenciones de índole social?</p> <p>¿En qué medida estas intervenciones tienen congruencia con el problema o con los factores que condicionan su incidencia? (Anexo 6)</p> <p>Revisión de objetivos y población objetivo de las políticas, programas o intervenciones de índole público</p> <p>Las acciones derivadas de estos planes se</p>	<p>intervenciones</p> <p>Análisis de congruencia a la solución a las problemáticas y factores causales:</p>	<p>las políticas, programas e intervenciones para la prevención del suicidio en personas jóvenes a nivel federal, estatal, regional y municipal. La búsqueda se realizará en el sector salud, educativo y asistencia social.</p> <p>Revisión los objetivos de las políticas, programas e intervenciones.</p> <p>Análisis temático de la coherencia de las políticas, programas e intervenciones para la prevención del suicidio en personas</p>	<p>Instituto Mexicano de la Juventud (2021). Programa Nacional de Juventud 2021-2024. Secretaria de Bienestar-Instituto Mexicano de la Juventud.</p> <p>Secretaria de Salud (2023). Plan Sectorial de Salud Mental y Adicciones 2023-2024. Gobierno de México, Secretaria de Salud, Comisión nacional de Salud mental y adicciones.</p> <p>Secretaria de Salud (2022). Semana Nacional para la Conmemoración del Día Mundial para la Prevención del Suicidio 2022. Secretaria de Salud, Secretariado Técnico de la Comisión Nacional de Salud Mental, Consejo Nacional para la Prevención de las Adicciones.</p> <p>Secretaria de Salud (2022a) Código 100. https://www.gob.mx/salud/documentos/introduccion-al-codigo-100</p> <p>Secretaria de salud (2022b). Brigadas Comunitarias en Salud Mental. https://www.gob.mx/salud/documentos/brigadas-comunitarias-en-salud-mental</p> <p>Secretaria de salud (2022c). Grupos de Apoyo Emocional del PNPS. https://www.gob.mx/salud/documentos/grupos-de-apoyo-emocional-del-pnps</p> <p>Secretaria 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</p> <p>Videos GAE (2021) https://www.youtube.com/playlist?list=PLTid3jDyM332Y-9FNP09-qsYAA84ROQiO</p> <p>Secretaria 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</p> <p>Secretaria 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-aten</p>

Objetivos de investigación	Preguntas orientadoras	Temas de análisis	Diseño de investigación y técnicas de recolección	Fuente
	<p>trabajan con un enfoque diferenciado. ¿Cómo se mide el impacto de estas políticas, programas e intervenciones de índole público? ¿Qué resultados se han obtenido a partir de esto? Mapeo de actores del sector privado y sector social que ofrecen atención a la temática.</p>		<p>jóvenes en los tres niveles de gobierno.</p>	<p>cion-de-la-salud-mental-para-medicos-internos-de-pregrado-y-pasantes-de-servicio-social-de-medicina CONSAMA (2023a). Formación especializada para el abordaje del comportamiento suicida. Secretaria de Salud, Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones. http://www.consame.salud.gob.mx/formacion.html CONSAMA (2023b). Incidencia de suicidio disminuye entre 2021 y 2022. Comunicado de prensa 05 de septiembre de 2023, Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaria de Salud (2022g) Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones 2020-2024. Secretaria de Salud, Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental, Comisión Nacional Contra las adicciones, Servicios de Atención Psiquiátrica. Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE) (sf) Contacto Joven, Red Nacional de Atención Juvenil. https://contactojoven.imjuventud.gob.mx/ 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. Gobierno de Jalisco (sf). Plan Sectorial de Desarrollo Social. Gobierno de Jalisco, Secretaria 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. Instituto Jalisciense de Salud Mental (2022). Plan Institucional Instituto Jalisciense de Salud Mental.</p>