



---

---

Universidad Autónoma del Estado de México  
Facultad de Enfermería y Obstetricia

## TESIS

### TENDENCIA DE MORTALIDAD POR SUICIDIO EN ADOLESCENTES EN EL ESTADO DE MÉXICO, 2000-2015

Para Obtener el Grado de  
Licenciada en Enfermería

Presenta:

P. L. E. GRISELDA LÓPEZ MONTOYA

Directora de Tesis:

M en C.S. ISABEL ALVAREZ SOLORZA

Revisora:

Dra. en A.D. María Juana Gloria Toxqui Tlachino

Toluca, Estado de México, noviembre 2017.





## 8.5 Voto Aprobatorio : Evaluación Profesional

Facultad de Enfermería y Obstetricia  
Subdirección Académica  
Departamento de Evaluación Profesional



Versión Vigente No. 06

Fecha: 23/01/2015

## VOTO APROBATORIO

Toda vez que el trabajo de evaluación profesional, ha cumplido con los requisitos normativos y metodológicos, para continuar con los trámites correspondientes que sustentan la evaluación profesional, de acuerdo con los siguientes datos:

Nombre del pasante	GRISELDA LÓPEZ MONTOYA			
Licenciatura	ENFERMERÍA	Nº de cuenta	1120385	Gen:2011-2015
Opción	TESIS	Escuela de Procedencia	FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICÍA.	
Nombre del Trabajo para Evaluación Profesional	TENDENCIA DE MORTALIDAD POR SUICIDIO EN ADOLESCENTES EN EL ESTADO DE MÉXICO, 2000-2015			

NOMBRE		FIRMA DE VOTO APROBATORIO	FECHA
ASESOR	M. en CS. ISABEL ALVAREZ SOLORZA		17/11/2017
COASESOR ASESOR EXTERNO (Sólo si aplica)			

NOMBRE		FIRMA Y FECHA DE RECEPCIÓN DE NOMBRAMIENTO	FIRMA Y FECHA DE ENTREGA DE OBSERVACIONES	FIRMA Y FECHA DEL VOTO APROBATORIO
REVISOR	M. en E.C EDITH GUADALUPE MARTINEZ MORALES	 24/08/2017	 29/08/2017	 17/11/2017
REVISOR	DRA. EN A.D. MARÍA JUANA GLORIA TOXQUI TLACHINO	 7/11/2017	 10/11/2017	 17/11/2017

Derivado de lo anterior, se le AUTORIZA LA REPRODUCCIÓN DEL TRABAJO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL de acuerdo con las especificaciones del anexo 8.7 "Requisitos para la presentación del examen de evaluación profesional".

NOMBRE		FIRMA	FECHA
ÁREA DE EVALUACIÓN PROFESIONAL	DR. en Tan. YESENIA GARCÍA ZEPEDA		17-NOV-2017

## DEDICATORIAS

Al creador de todas las cosas, por permitirme llegar a culminar esta etapa de mi vida, por protegerme día a día, por levantarme y darme la fortaleza de continuar aun en los momentos difíciles, en los obstáculos que se me presentaron; dedico mi trabajo primeramente a Dios.

A mi padre; Juan López Cárdenas, que es un ejemplo a seguir para mi formación, por esa fortaleza que lo caracteriza, por luchar en esta vida por todo, ser positivo en todo momento y por colocar su confianza en mí para cumplir una meta más en mi vida.  
Gracias papá.

A Adolfo, gracias por iluminar tu vida con la mía, y acompañarme en este momento, que a pesar de todo, nunca terminare de agradecerte lo bueno que eres conmigo.  
Te Amo!!

A mi madre; Liliana Montoya Narciso, por ser una mujer muy trabajadora que a pesar de sus años , sus arrugas y su cansancio, nunca ha dejado de luchar para que estemos bien y claro por sus regaños, que fortalecieron más mis ganas de concluir esta etapa. Gracias ma!!

A mis hermanos(as) que me han acompañado a lo largo de mi vida y siempre puedo contar con ellos, compañeros de mi infancia, los quiero hermanos y hermanas, Anita, José, Isa, Belén, a mi cuñado por sus consejos Hugo.

A mi asesora y maestros que me han dado la formación y educación necesaria para concluir con esta etapa en mi vida.

## ÍNDICE

	No. página
Introducción.....	6
Planteamiento del Problema .....	9
Justificación .....	12
Objetivos .....	14
Metodología .....	15
 Marco Teórico	
<b>CAPITULO I ADOLESCENCIA</b>	
1.1 Adolescencia .....	19
1.2 Adolescencia en el mundo .....	20
1.3 Pubertad en la adolescencia .....	22
1.4 Etapas de la adolescencia .....	24
1.5 Efectos psicológicos de la maduración temprana y tardía .....	28
1.6 Cerebro adolescente .....	29
1.7 Salud física y mental .....	30
1.7.1 Alteraciones de la salud mental en adolescentes .....	32
 <b>CAPITULO II SUICIDIO Y ADOLESCENCIA</b>	
2.1 Suicidio .....	36
2.2 Epidemiología del suicidio en México .....	38
2.3 Factores de riesgo para el suicidio .....	39
2.3.1 Factores psicosociales .....	39
2.3.2 Factores Biopsiquiátricos .....	40
2.4 Diálisis .....	40
2.5 Suicidio a nivel mundial .....	41
2.6 Suicidio y la relación con la adolescencia .....	42

**CAPITULO III ESTADO DE MÉXICO**

3.1 Estado de México .....	46
3.2 Plan estatal de desarrollo 2017 .....	46
3.3 Sector salud .....	48
3.4 Jurisdicciones pertenecientes al Estado de México .....	49
Resultados .....	51
Discusión .....	91
Conclusiones .....	94
Sugerencias .....	98
Referencias Bibliográficas .....	100
Anexos .....	112

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa trascendental y crítica para el desarrollo humano, debido a la serie de cambios fisiológicos y psicológicos, e interpersonales que conlleva. Dichos cambios hacen al adolescente vulnerable, pues surge una crisis de identidad que los enfrenta a sí mismos, a las demandas familiares, y de la sociedad, produciéndoles gran ansiedad, rabia y confusión. Sentimientos que en ocasiones, el adolescente no puede afrontar, debido a diferentes factores, entre ellos, sus características de personalidad, el estrés cotidiano y la ausencia de redes de apoyo sociales y familiares. Dichos factores favorecen la presencia de malestar emocional en el adolescente, el cual puede desembocar en conductas de riesgo, como son: el suicidio, que comprometen su integridad física y psicológica.

El estudio científico de la muerte, aborda; algunas de las concepciones y los ritos que a través del tiempo han acompañado al morir, sin embargo morir, no es válido hasta que un médico lo certifica.

Por otra parte la representación de la muerte y del más allá tiene siempre relación con la vida, con las formas de vivir en cada época y con las creencias ligadas a ella. Estas creencias buscan ser ordenadas a través de un sistema social.

Finalmente, no se puede hablar de muerte sin mencionar la búsqueda de un sentido de trascendencia, de forma que la religión ha cumplido también un papel

importante en la búsqueda de un consuelo ante un hecho inevitable, dando su propio significado al hecho de morir.

Considerando la importancia de los sistemas de estadísticas de mortalidad proporcionan información básica sobre los niveles y causas de mortalidad en las poblaciones. Sólo un tercio de los países del mundo disponen de sistemas completos de registro civil que generen datos adecuados de mortalidad por causas, para la formulación y vigilancia de las políticas sanitarias.

Estas estadísticas como tal, permiten conocer las principales causas de muerte a nivel Estado de México.

El suicidio se define como hecho de atentar contra la propia vida, a nivel mundial es la tercera causa de muerte en adolescentes, según datos de la OMS.

Por lo anterior es necesario conocer ¿Cuál es la Tendencia de mortalidad por suicidio en adolescentes en el Estado de México, 2000 -2015? El presente trabajo de investigación cuenta con un marco de referencia estructurado en 4 capítulos, el capítulo uno llamado adolescencia, en el capítulo dos se aborda el suicidio y Adolescencia, en otros apartados se presentaran y describen gráficamente los resultados obtenidos a través de la investigación, finalmente el capítulo cuatro se integraran las conclusiones y discusión.

La metodología se utilizó para la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente así mismo en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento de una población. (Hernández; 2003).

Los datos sobre las defunciones por suicidio se obtendrán de bases de datos oficiales de 2000 al 2015, obtenidas de los certificados de defunción, las cuales están validadas por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información y publicadas por el Sistema Nacional de la Información en Salud (SINAIS)

Se realizó un análisis univariado por sexo, edad, municipio, servicio de salud de adscripción así como el lugar donde se llevó a cabo el suicidio. Además se lleva a cabo un análisis bivariado para comparar las tasas de mortalidad. Se hizo un análisis de tasa anual y uno estatal. Se calculará la razón por sexo y para la evolución de la mortalidad se calculará mediante la razón de tasas y la estandarización de tasas.

La Asociación Médica Mundial (AMM) (2015) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.



## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El suicidio se remonta a la existencia misma de la humanidad y sus características varían de acuerdo con la cultura y la estructura socioeconómica del contexto. Como fenómeno individual se ha conocido en todas las sociedades a través de la historia humana.

El suicidio tiene múltiples acepciones, pero se puede definir como todo comportamiento que busca y encuentra una solución para un problema existencial, es el hecho de atentar contra la propia vida. El suicidio o el intento de suicidio se toma como camino cuando no se encuentra otra salida posible a lo que se está sintiendo o viviendo. (Papalia; 2009).

Como se sabe, el acto es una de las formas privilegiadas para expresarse, descargar, y el suicidio es un acto. Un intento de suicidio siempre es una forma de llamar la atención, pero en otro sentido, es un grito desesperado de ayuda, un recurso a una acción potencialmente letal traducida por la ausencia absoluta de una solución diferente para el adolescente. (Barón B; 2000).

Las conductas suicidas pueden desencadenarse, por una situación o un hecho que las personas perciben como agobiante como: Los sentimientos o pensamientos negativos Sentimientos de vergüenza, culpa o sentirse una carga para sus seres queridos, sentirse víctima; la muerte de un ser querido, ruptura

sentimental, adicciones: sustancias lícitas e ilícitas, ludopatía, ciberadicción), crisis emocional, enfermedades físicas graves, desempleo o pérdida del mismo, problemas financieros, el acceso a armas de fuego, algún familiar con antecedente de suicidio (casi siempre alguien que compartía un trastorno del estado anímico), historia de autoagresión, antecedentes de abandono o maltrato, vivir en comunidades donde ha habido brotes recientes de suicidio en jóvenes, televisión que induce a actos suicidas con sensacionalismo morboso. (Valladolid; 2011).

Los métodos que utilizan para poder cumplir su objetivo, provocando así mismos un daño físico y psicológico agravando y comprometiendo su estado de salud es el uso de fármacos, objetos cortantes y amenazantes que atentan contra la vida. (OMS; 2016).

Actualmente, el suicidio es un problema de salud pública en el ámbito mundial. De acuerdo a la OMS, a nivel mundial, 10.2 millones de habitantes realizan algún tipo de conducta auto lítica que requieren atención médica y alrededor de 30 millones estarían en riesgo de presentar este tipo de conductas, aunque no demanden atención médica. Del año 2000 a 2014, la tasa de suicidios se elevó de 3.5 a 5.2 por cada 100 mil habitantes. Ocho de cada 10 suicidios (80.2%) fueron consumados por hombres, 19.8% por mujeres. En el 2014, el 40.2% de los suicidios fueron jóvenes de 15 a 29 años. Entre este grupo de edad, la tasa alcanza 7.9 suicidios por cada cien mil jóvenes. (OMS; 2014).

Tal y como dice Valladolid (2011) el suicidio es una de las diez causas principales de muerte a nivel mundial, y en la población joven se encuentra entre las dos o tres primeras causas de muerte. Respecto al sexo son los hombres quienes realizan mayor número de suicidios consumados y las mujeres presentan mayor ideación suicida así como intento de suicidio.

La situación de un acto suicida, es complicada ya que las causas o situaciones por las cuales un adolescente decide lesionar su propia vida, hasta llegar a la muerte y conseguirlo, se originan en ambiente familiar, en la escuela o con la sociedad. (OMS; 2016).

En el Estado de México no se tiene descrita la magnitud del suicidio en jóvenes por lo que es necesario tener evidencia. Por lo que se plantea la siguiente pregunta ¿Cuál es tendencia de mortalidad por suicidio en adolescentes en el Estado de México, 2000-2015).

## JUSTIFICACIÓN

La OMS reconoce que el suicidio es una prioridad de salud pública. El primer informe mundial de la OMS (2014) sobre el suicidio “Prevención del suicidio: un imperativo global”, procura aumentar la sensibilización respecto de la importancia del suicidio y los intentos de suicidio para la salud pública, y otorgar a la prevención del suicidio alta prioridad en la agenda mundial de salud pública.

El suicidio es una de las condiciones prioritarias del programa de acción para superar la brecha en salud mental establecido por la OMS en 2008, que proporciona orientación técnica basada en pruebas científicas con miras a ampliar la prestación de servicios y atención de problemas de salud mental, neurológicos y abuso de sustancias. En el plan de acción sobre salud mental 2013-2020 los estados miembros de la OMS se comprometieron a trabajar para alcanzar la meta mundial de reducir las tasas nacionales de suicidios en un 10% para 2020.

Actualmente, cerca de 800 000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida. El suicidio se puede producir a cualquier edad, y en 2015 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo. (OMS; 2015).

La enfermería como disciplina ofrece y brinda la atención a los pacientes que se encuentran en una etapa final en el ciclo de la vida sin importar la causa de su muerte.

A partir de este análisis, el profesional de enfermería, fortalece los conocimientos de la situación de suicidio, de acuerdo a la edad, el sexo y la zona donde se presenta para establecer un programa de prevención.

Aunque los registros internacionales permiten visualizar de manera general la problemática que representa el suicidio en todo el mundo, en México la información existente es poca y de difícil acceso para poder determinar de manera más precisa su verdadero impacto en la salud. Por tal motivo y ante la necesidad de disponer de mayor información que apoye el conocimiento de la evolución y situación del suicidio en el Estado de México, se realiza el presente estudio que describe la tendencia, del mismo.

## **OBJETIVOS**

### **General**

Analizar la tendencia de mortalidad por suicidio en adolescentes del Estado de México, 2000 -2015.

### **Específicos**

- Representar la mortalidad de suicidio en adolescentes por municipio de residencia.
- Identificar el sitio de defunción de mortalidad por suicidio.
- Describir la mortalidad de suicidio por afiliación a alguna Institución de Salud.

## **METODOLOGÍA**

**Enfoque de investigación:** Cuantitativo, Utilizar la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento de una población Hernández (2003).

**Tipo de estudio:** Tendencia, Transversal, prevalencia, retrospectivo.

**Delimitación del estudio:** Los datos sobre las defunciones por suicidio se obtendrán de bases de datos oficiales de 2000 al 2015, obtenidas de los certificados de defunción, las cuales están validadas por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información y publicadas por el Sistema Nacional de la Información en Salud (SINAIS)

**Análisis de datos:** Se realizó un análisis univariado por sexo, edad, municipio, servicio de salud de adscripción así como el lugar donde se llevó a cabo el suicidio. Además se realizará un análisis bivariado para comparar las tasas de mortalidad. Se realizó un análisis de tasa anual y uno estatal. Se calculó la razón por sexo y para la evolución de la mortalidad se calculará mediante la razón de tasas y la estandarización de tasas.

**Aspecto bioético.** La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.-  
Presidencia de la República.

MIGUEL DE LA MADRID H., Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que confiere al Ejecutivo Federal a mi cargo la Fracción I del Artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y con fundamento en los Artículos 1o., 2o., 3o., Fracción I, 27 Fracción III, 32, 33 45, 47, 100, 313 a 350 y demás relativos de la Ley General de Salud.

#### CONSIDERANDO

Que el 3 de febrero de 1983, se publicó en el Diario Oficial de la Federación la adición al Artículo 4o., Constitucional, en cuyo párrafo tercero se dispuso que "Toda persona tiene derecho a la protección a la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la Fracción XVI del Artículo 73 de la Constitución".



Que la citada adición constitucional representa además de elevar a la máxima jerarquía el derecho social mencionado, la base conforme a la cual se llevarán a cabo los programas de gobierno en materia de salud, así como el fundamento de la legislación sanitaria mexicana.

Que el 26 de diciembre de 1983, el Congreso de la Unión aprobó la Ley General de Salud, reglamentaria del párrafo tercero del Artículo 4o. Constitucional, la cual fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 y en vigor el 1o. de julio del mismo año

Que las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, así como la integración, objetivos y funciones del Sistema Nacional de Salud y la distribución de competencias, entre la Federación y las Entidades Federativas, han quedado definidas en cumplimiento al mandato Constitucional.

Que el Sistema Nacional de Salud es la instancia de enlace entre los sectores público, social y privado en la consecución del Derecho a la protección de la salud, a través de mecanismos de coordinación y concertación de acciones;

Que los servicios de salud son el conjunto de acciones realizadas en beneficio del individuo en la sociedad, que tiene como finalidad proteger promover y restaurar la salud;

Que la Ley General de Salud clasifica a los servicios de salud en tres tipos: De atención médica, de salud pública y de asistencia social; entendiéndose por

atención médica el conjunto de servicios que se proporcionen al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud;

Que los servicios de atención médica representan un medio para la conservación y protección de la salud de las personas, involucrando actividades de prevención, curación y rehabilitación;

Que a la Secretaría de Salud corresponde el control de la prestación de servicios de atención médica, como materia de salubridad general, siendo necesario que esta dependencia cuente con los instrumentos legales y reglamentarios para realizar específicamente sus atribuciones, y que en ejercicio de la facultad que al Ejecutivo Federal confiere la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos para proveer, en la esfera administrativa, a la exacta observancia de la Ley.

## **CAPITULO I ADOLESCENCIA**

### **1.1. ADOLESCENCIA**

Tal y como dice la OMS (2011) la adolescencia es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

Definir la adolescencia con precisión es problemático por varias razones. Primero, se sabe que de la madurez física, emocional y cognitiva, entre otros factores, depende de la manera en que cada individuo experimenta este período de la vida. Hacer referencia al comienzo de la pubertad, podría considerarse una línea de demarcación entre la infancia y la adolescencia.

La adolescencia es interpretada por los adultos, solamente por ciertos cambios físicos, producto de los cambios hormonales, tales como caracteres sexuales reflejados en vellos, acné, redistribución de grasa corporal, crecimiento de los senos en las niñas, cambio de voz en los varones, manifestaciones que son objeto

de bromas insensibles, que son tomadas por los jóvenes como ofensa y agresión. (Papilia; 2009).

Para quienes viven este período de vida, estos cambios físicos están acompañados por un sin fin de cambios neurológicos y nuevos estados emocionales, que producen conductas, estados anímicos y perturbaciones silenciadas por la sorpresa, también por la falta de comprensión hacia el fenómeno mismo, confusiones que son difíciles de verbalizar y que frecuentemente producen consternación y extrañamiento para quienes las viven.

La mayoría de los adultos no se plantean comprender cuales son los cambios que están experimentando los jóvenes cercanos, qué consecuencias producen estos cambios, el cómo y porqué se producen no importa, los ven pasar, sin detenerse, algunas veces con molestia, otras con indiferencia. (Papilia; 2009).

En el siglo XX la adolescencia se definió en el mundo como una etapa vital independiente, en la mayoría del mundo, el ingreso a la adolescencia requiere más tiempo y es menos evidente que en el pasado.

## **1.2 ADOLESCENCIA EN EL MUNDO**

La adolescencia no es igual en todo el mundo. La fuerte influencia de la cultura moldea de manera diferencial su significado en las diferentes sociedades. Las elecciones de los adolescentes están influidas por los padres. (Papilia; 2009)

La adolescencia ya no es un fenómeno únicamente occidental. La globalización y la modernización han puesto en movimiento cambios sociales en el mundo. Por lo tanto se abren nuevas vías para ellos.

En Estados Unidos los adolescentes pasan menos tiempo con sus padres que antes y confían menos en ellos. En India, es posible que los adolescentes vistan con ropa occidental y que utilicen computadoras, pero conservan lazos familiares y con frecuencia sus decisiones vitales. (OMS; 2011).

Los adolescentes de Estados Unidos enfrentan peligros para su bienestar físico y mental, incluyendo altas tasas de mortalidad por accidentes, homicidio y suicidio, sin embargo los jóvenes que tienen conexiones de apoyo con sus padres, escuela y comunidad tienden a desarrollarse de manera positiva y sana. (Papilia; 2009).

En países occidentales, los adolescentes se esfuerzan por estar tan delgadas como sea posible. En Nigeria y otros países de África, la obesidad se considera bella y las niñas intentan engordar con esteroides y hormonas del crecimiento.

En muchos países no occidentales, los niños y niñas adolescentes parecen vivir en mundos separados. En ciertas partes de Medio Oriente, Latinoamérica, África y Asia, la pubertad trae consigo más restricciones sobre las niñas, cuya virginidad debe protegerse para mantener el estatus familiar y garantizar las posibilidades del matrimonio de las jóvenes.

Mientras que en muchos países subdesarrollados se espera que los varones se preparen para el trabajo adulto y para cuidar el honor de la familia.

Papalia (2009) en el libro *“Psicología del desarrollo de la infancia a la Adolescencia”* hace mención que las niñas adolescentes en regiones rurales de China ni siquiera asisten a la escuela porque las habilidades que aprenderían allí no tendrían ninguna utilidad después del matrimonio.

En Arabia Saudita, las niñas acuden a escuelas separadas, donde pasan menos tiempo en materias académicas y más en temas relacionados con cocina, costura y cuidado infantil.

### **1.3. LA PUBERTAD EN LA ADOLESCENCIA**

De acuerdo con la UNICEF (2011) la pubertad: Empieza en momentos sumamente distintos para las niñas y los niños, y entre personas del mismo género. En las niñas se inicia, como promedio, entre 12 y 18 meses antes que en

los niños. Las niñas tienen su primera menstruación generalmente a los 12 años. En los niños, la primera eyaculación ocurre generalmente hacia los 13 años. No obstante, las niñas pueden empezar a menstruar a los 8 años. Hay indicios de que la pubertad está comenzando mucho más temprano; de hecho, la edad de inicio tanto en las niñas como en los niños ha descendido tres años en el transcurso de los últimos dos siglos. Esto obedece, en gran parte, a las mejores condiciones de salud y nutrición.

Lo anterior significa que particularmente las niñas, pero también algunos niños, están llegando a la pubertad y experimentando algunos de los principales cambios fisiológicos y psicológicos relacionados con la adolescencia, antes de ser considerados adolescentes por las Naciones Unidas (10-19 años). Pero también sucede que algunos niños varones entran en la pubertad a los 14 ó 15 años, cuando ya han sido tratados como adolescentes en la escuela durante al menos dos años, y cuando ya han forjado relaciones con niños y niñas mucho más desarrollados física y sexualmente.

La pubertad es el resultado del aumento en la producción de las hormonas relacionadas con el sexo, lo cual ocurre en dos etapas: adrenarquia, que es la maduración de las glándulas suprarrenales, seguida unos años después por la gonadarquia la maduración de los órganos sexuales. Algunas investigaciones atribuyen el aumento en emocionalidad y cambios de estado de ánimo en la adolescencia temprana. De hecho las emociones negativas, como la angustia y la

hostilidad, al igual que los síntomas de depresión en las niñas aumentan a medida que progresa la pubertad. (UNICEF; 2011).

#### **1.4. ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA**

De acuerdo a la OMS (2011) la adolescencia se clasifica en:

**La adolescencia temprana** (de los 10 a los 14 años) Tomada en un sentido amplio, podría considerarse como adolescencia temprana el período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad. Es en esta etapa, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación. Los cambios internos que tienen lugar en el individuo, aunque menos evidentes, son igualmente profundos.

Una reciente investigación neurocientífica muestra que, en estos años de la adolescencia temprana, el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico. El número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se reorganizan radicalmente, con



las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental. (OMS; 2011).

El desarrollo físico y sexual, más precoz en las niñas –que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones– se reflejan en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana. Debido a que este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo en los varones, la tendencia de éstos a actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica dura mucho más tiempo que en las niñas. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones. Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan. Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual.

La adolescencia temprana debería ser una etapa en la que niños y niñas cuenten con un espacio claro y seguro para llegar a conciliarse con esta transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica, libres de la carga que supone la realización de funciones propias de adultos y con el pleno apoyo de ellos, responsables en el hogar, la escuela y la comunidad.

Dados los tabúes sociales que con frecuencia rodean la pubertad, es de particular importancia darles a los adolescentes en esta etapa toda la información que necesitan para protegerse del VIH, de otras infecciones de transmisión sexual, del embarazo precoz y de la violencia y explotación sexuales. Para muchos niños, esos conocimientos llegan demasiado tarde, si es que llegan, cuando ya han afectado el curso de sus vidas y han arruinado su desarrollo y su bienestar. (OMS; 2011).

**La adolescencia tardía** (de los 15 a los 19 años), la adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, usualmente ya han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa reorganizándose, la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones. (OMS; 2011).

Gutiérrez (2006), menciona que “La temeridad -rasgo común de la temprana y mediana adolescencia, cuando los individuos experimentan con el “comportamiento adulto”– declina durante la adolescencia tardía, en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes.

Sin embargo, el fumar cigarrillos y la experimentación con drogas y alcohol frecuentemente se adquiere la fase temeraria para prolongarse durante la adolescencia tardía e incluso en la edad adulta “, *Revista Salud Mental*”

Por ejemplo, se calcula que 1 de cada 5 adolescentes entre los 13 y los 15 años fuma, y aproximadamente la mitad de los que empiezan a fumar en la adolescencia lo siguen haciendo al menos durante 15 años. El otro aspecto del explosivo desarrollo del cerebro que tiene lugar durante la adolescencia es que puede resultar seria y permanentemente afectado por el uso excesivo de drogas y alcohol. En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos.

Las muchachas tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina. No obstante estos riesgos, la adolescencia tardía es una etapa de oportunidades, idealismo y promesas. Es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea. (UNICEF; 2011).

## **1.5. EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA MADURACIÓN TEMPRANA Y TARDÍA**

Papalia (2009), señala que los efectos de la maduración temprana o tardía varían en hombres y mujeres y el momento de la maduración tiende a predecir la salud mental adolescente y los comportamientos relacionados con la salud en la adultez. La investigación sobre los varones que maduran antes ha tenido resultados mixtos, estudios realizados que la mayoría de los varones quieren madurar antes y aquellos que lo hacen obtienen mayor autoestima, tienden a ser más desenvueltos, relajados, afables y populares y menos impulsivos que aquellos que maduran después.

Sin embargo, se ha encontrado que los varones que maduran después se sienten más inadecuados, cohibidos, rechazados y dominados; son más dependientes, agradecidos, inseguros, o deprimidos; tiene más conflictos con sus padres y más problemas en la escuela y tienen habilidades sociales y de afrontamientos más deficientes.

Las niñas que maduran en forma temprana son menos sociales, menos expresivas y menos desenvueltas; son más introvertidas y tímidas y son más negativas acerca de la menarquia que las niñas que maduran después.

Las niñas que maduran antes, tienen mayor riesgo de ansiedad y depresión, comportamiento perturbador, trastornos de la conducta alimentaria, tabaquismo temprano, alcoholismo y abuso de drogas, actividad sexual precoz, embarazo temprano e intento de suicidio. (Papalia; 2009)

## **1.6. EL CEREBRO ADOLESCENTE**

No hace mucho tiempo, la mayoría de los científicos creían que el cerebro alcanza su madurez plena para la pubertad. Ahora, los estudios con imágenes cerebrales revelan que el cerebro adolescente todavía es un trabajo en progreso, aunque los adolescentes tengan una capacidad de razonamiento lógico (que en muchos casos no es así), no siempre lo utilizan para tomar decisiones.

Papalia (2009), menciona que los adolescentes están propensos a las conductas de riesgo; ya sea debido a limitaciones cognitivas o a poca experiencia vital, piensan menos en consecuencias hipotéticas a futuro que en las recompensas inmediatas; los adolescentes son más impulsivos que los adultos y tienen más dificultad para regular sus estados de ánimo y comportamiento.

Debido a la inmadurez, es posible que los adolescentes cedan ante presiones que los adultos son capaces de resistir.

El carácter, identidad y valores de los adolescentes todavía no están completamente formados. La delincuencia juvenil a menudo representa una fase temporal de experimentación y toma de riesgos, no una deficiencia moral profunda y duradera. (Papalia; 2009).

### **1.7. SALUD FÍSICA Y MENTAL**

La OMS (2013), señala que nueve de cada 10 jóvenes en la adolescencia temprana se consideran sanos. Ese hallazgo proviene de una encuesta escolar con más de 120000 adolescentes de 11, 13 y 15 años en Estados Unidos y en otros 27 países industrializados de Occidente.

Sin embargo, muchos adolescentes, en especial mujeres, informan frecuentes problemas de salud, como cefaleas, dolores de estómago, nerviosismo y sensación de cansancio, soledad y desánimo.

Sarabia (2014), menciona que “el ejercicio (o la falta de él) afecta la salud tanto física como mental. La participación frecuente en los deportes mejora la fortaleza y resistencia, reduce la ansiedad y el estrés y aumenta la autoestima, las calificaciones escolares y el bienestar. También reduce la probabilidad de que los adolescentes participen en conductas de riesgo, incluso la actividad física moderada tiene beneficios” (*Revista de Neuro-Psiquiatría, 199-200*).

La privación del sueño entre los adolescentes se considera una epidemia, en un estudio de la OMS un promedio del 40% de los adolescentes (en su mayoría varones) de 28 países industrializados informaron somnolencias durante las mañanas. El adolescente promedio que dormía más 10 horas por la noche a los 9 años, duerme menos de 8 horas cuando llega a los 16 años.

Surgen trastornos alimentarios como la bulimia, que son personas obsesionadas con su peso y su figura, parece tener un origen multifactorial, al igual que la anorexia. La terapia cognitiva conductual es el tratamiento más eficaz para la bulimia. Los pacientes llevan un diario de sus patrones alimentarios y se les enseñan maneras de evitar la tentación de un atracón. Debido a que estos pacientes están en riesgo de depresión y suicidio.

Papalia (2009), señala que el abuso de sustancias, puede conducir a la dependencia de sustancias (adicción); deficiente control de impulsos y tendencia, buscar emociones (que quizá tengan un origen bioquímico); influencias familiares (como una predisposición genética para el alcoholismo, uso o aceptación de las drogas entre los padres o hermanos, prácticas deficientes o inconscientes de crianza infantil, conflictos familiares y relaciones problemáticas o distantes con la familia); problemas conductuales tempranos y persistentes, en particular agresión; fracaso académico y falta de compromiso con la educación, la edad promedio en que se empieza a beber alcohol es de los 13 a 14 años y algunos niños comienzan antes.

Los adolescentes que comienzan a fumar a los 11 años de edad tienen una probabilidad dos veces mayor que otros jóvenes de participar en comportamientos de riesgo, como conducir alcoholizado, llevar cuchillos, armas, usar inhalantes, marihuana o cocaína y planear un suicidio. (Papalia; 2009)

### **1.7.1 ALTERACIONES DE SALUD MENTAL MÁS COMUNES EN LOS ADOLESCENTES**

**DEPRESIÓN.** Es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificulta sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. (OMS; 2017)

Además del factor femenino, los factores que influyen en la depresión son: La ansiedad, el temor al contacto social, los sucesos vitales estresantes, las enfermedades crónicas como diabetes, los conflicto entre padres e hijos, el abuso o descuido, el uso de alcohol y las drogas, la actividad sexual, y tener un padre o madre con antecedentes de depresión.



Los adolescentes depresivos que no responden al tratamiento, tienen una dependencia de sustancias o psicosis, o que parecen suicidas, quizás necesiten hospitalización; cuando menos una de cada 5 personas que experimentan un brote de depresión en la infancia o adolescencia están en riesgo de trastorno bipolar, en el que los episodios depresivos (periodos de tristeza) alternan con episodios de manía (periodos de felicidad) caracterizados por un aumento en energía, euforia, grandiosidad y propensión al riesgo.

**ANSIEDAD.** Según el manual de desórdenes mentales (2013) | “se caracteriza por miedo excesivo ante amenazas reales o percibidas y ansiedad como anticipación de amenazas futuras, las personas con fobias específicas “tienen un 60% más de probabilidad de intentos de suicidio que las que aún no tengan un diagnóstico. Sin embargo, esta elevada tasa puede deberse a la comorbilidad con trastornos de personalidad y otros trastornos de ansiedad”. También se ha hallado que “la presencia de ataques de pánico y diagnóstico de trastorno de pánico, están relacionados con una mayor tasa de intentos de suicidio

**TRASTORNO BIPOLAR:** Según el manual de desórdenes mentales (2013), el trastorno bipolar implica episodios maníacos, seguidos o precedidos por episodios hipomaníacos o de depresión mayor. Entre el 10% y 15% de personas con trastorno bipolar consuman el suicidio, las condiciones clasificadas como inducidas por uso o abuso de sustancias son: “intoxicación, abstinencia y otros trastornos (psicóticos, bipolar y relacionados, depresivos, de ansiedad, obsesivo-

compulsivos y relacionados, del sueño, disfunciones sexuales, delirio, y neurocognitivos)". En general, el riesgo para todos los trastornos relacionados con sustancias se asocia con sobredosis accidentales y deliberadas. "La repetida intoxicación y abstinencia pueden estar asociadas con depresiones severas lo suficientemente intensas como para dar lugar a intentos y suicidios. Sin embargo, los datos disponibles sugieren que no deben confundirse sobredosis accidentales no fatales con intentos de suicidio"

Trastornos de personalidad: Como un patrón perdurable e inflexible "de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo, y se manifiesta en la cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de impulsos". Estos trastornos se presentan hasta en un 70% en personas suicidas.(Cardona: 2016)

**ESQUIZOFRENIA.** El manual de desórdenes mentales (2013) define la esquizofrenia como una "alteración con síntomas como delirios, alucinaciones, discurso y comportamiento desorganizados, y síntomas negativos, señala que "aproximadamente el 10 % de los sujetos con esquizofrenia se suicidan, ciertos estudios han centrado su atención en la relación entre conducta suicida y esquizofrenia, usualmente tiene más que ver con síntomas depresivos, ya que la comorbilidad entre depresión y esquizofrenia tiene una prevalencia de 17% a 65% ,se ven afectados por estados de desesperanza y desesperación, frecuentes recaídas, sintomatología grave, pobre funcionamiento social, deterioro mental,

poca adherencia al tratamiento o excesiva dependencia del mismo. (Cardona; 2016)

## CAPITULO II SUICIDIO Y ADOLESCENCIA

### 2.1 SUICIDIO

Valladolid (2011), menciona que el termino suicidio proviene de dos expresiones latinas, sui y occidere que significan “matarse así mismo”, se define como el acto auto infligido para causarse la muerte de forma voluntaria, deliberada, en el que intervienen sucesivamente el deseo suicida y el acto suicida.

OMS (2014), el suicidio se define como un acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona con pleno conocimiento o expectativa de su desenlace fatal. El suicidio es una cuestión de salud pública, por ello, en la mayoría de los países, la tasa de suicidio es considerada un indicador de la salud mental de su población. El suicidio es un problema multifactorial, que resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía define el suicidio como “la acción de matarse a sí mismo”. (INEGI; 2008)

Por otro lado Durkheim (2004), en su célebre obra “El Suicidio” definió a éste como: “todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado”.

La OMS (2014), señala que a nivel mundial el suicidio es un problema de salud pública. Representa una de las 10 causas principales de muerte entre los países y en la población joven se encuentra entre las dos o tres primeras causas de muerte.

La ideación suicida, comprende un amplio espectro de pensamiento, que puede adquirir las siguientes formas de representación:

- El deseo de morir: "La vida no merece la pena vivirla", "Yo lo que debiera hacer es morirme".
- La representación suicida: "Me he imaginado que me ahorcaba".
- La idea de autodestrucción sin planeamiento de la acción: "Me voy a matar"; y al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto, responde: "No sé cómo pero lo voy a hacer".
- La idea suicida con un plan indeterminado o inespecífico: "Me voy a matar de cualquier forma, con pastillas, tirándome delante de un carro, quemándome".
- La idea suicida con una adecuada planificación: "He pensado ahorcarme en el baño, mientras mi esposa duerma". Se le conoce también como plan suicida. Es muy grave. Es cuando el individuo ejecuta la acción pero no llega a consumarse, por alguna razón, impericia o falla en el método.

Valladolid, Martín (2011), El suicidio es un fenómeno impulsivo y el impulso por su misma naturaleza es transitorio. Si se proporciona apoyo al momento del impulso, la crisis puede disolverse. Las personas suicidas son rígidas en su pensamiento, humor y actuación. Sus razonamientos sufren de maniqueísmo pertinaz. (*Revista Peruana de Epidemiología*, núm. Abril-Sin mes, pp. 81-85).

## **2.2. EPIDEMIOLOGIA DEL SUICIDIO EN MEXICO**

El suicidio en los últimos años ha captado la atención de las autoridades de salud e investigadores debido al aumento de sus tasas a nivel mundial. En términos operacionales, el suicidio se define como la muerte consecutiva a un daño auto infligido de manera intencional.

La OMS (2000), menciona que el concepto del suicidio es complejo y ha evolucionado desde su enfoque de un acto aislado hasta su inclusión en un concepto más amplio que comprende un continuo entre la ideación suicida, la planeación suicida, el intento suicida y el suicidio consumado. Según cifras de la OMS, la tasa mundial de suicidio en el año 2000 se estimó en 16 por cada 100000 habitantes, mientras que la tasa de suicido en la población general en México hasta el 2003 era de 4 por cada 100000 habitantes.

El INEGI (2006), menciona que, en México el suicidio represen una proporción de 7.9% de las muertes por causa violenta (8.4% en hombres y 6.3% en mujeres).

El INEGI (2014), señala que se registraron 6 337 suicidios, 98.1% de ellos (6 215) ocurrieron en ese mismo año; estos últimos representan 1% del total de muertes ocurridas y registradas en 2014, colocándose como la décimo quinta causa de muerte a nivel nacional, con una tasa de 5.2 decesos, lo que muestra un aumento respecto a la tasa de 2013, que fue de 4.9 muertes por cada 100 mil habitantes. Al igual que en los niveles mundiales, los suicidios en México presentan una tendencia creciente; entre el año 2000 y 2014, la tasa de suicidios aumentó de 3.5 a 5.2 por cada 100 mil habitantes. El suicidio en México es un fenómeno que presenta significativas diferencias por sexo, las cuales se han mantenido e incluso aumentado en el transcurso del tiempo; en 2014, la tasa de mortalidad masculina por esta causa fue de 8.5 y en mujeres de 2.0 por cada 100 mil, para ambos sexos, la tasa de 2014 resulta la tasa más alta de muertes por lesiones autoinflingidas desde el año 2000.

## **2.3 FACTORES DE RIESGO PARA EL SUICIDIO**

### **2.3.1. Factores psicosociales**

- Reciente pérdida de los padres en la infancia inestabilidad familiar.
- Rasgos de personalidad: impulsividad, agresividad, labilidad de humor.
- Historia familiar de trastornos psiquiátricos: Depresión, esquizofrenia, ansiedad, enfermedad bipolar, alcoholismo, suicidio, aislamiento social o soledad, desesperanza.

- Estado civil: Variable, puede ser más frecuente en solteros, viudos o separados.
- Historia previa de hospitalización por autolesiones
- Tratamiento psiquiátrico anterior
- No estar viviendo con la familia o no contar con alguien

### **2.3.2. Factores Biopsiquiátricos**

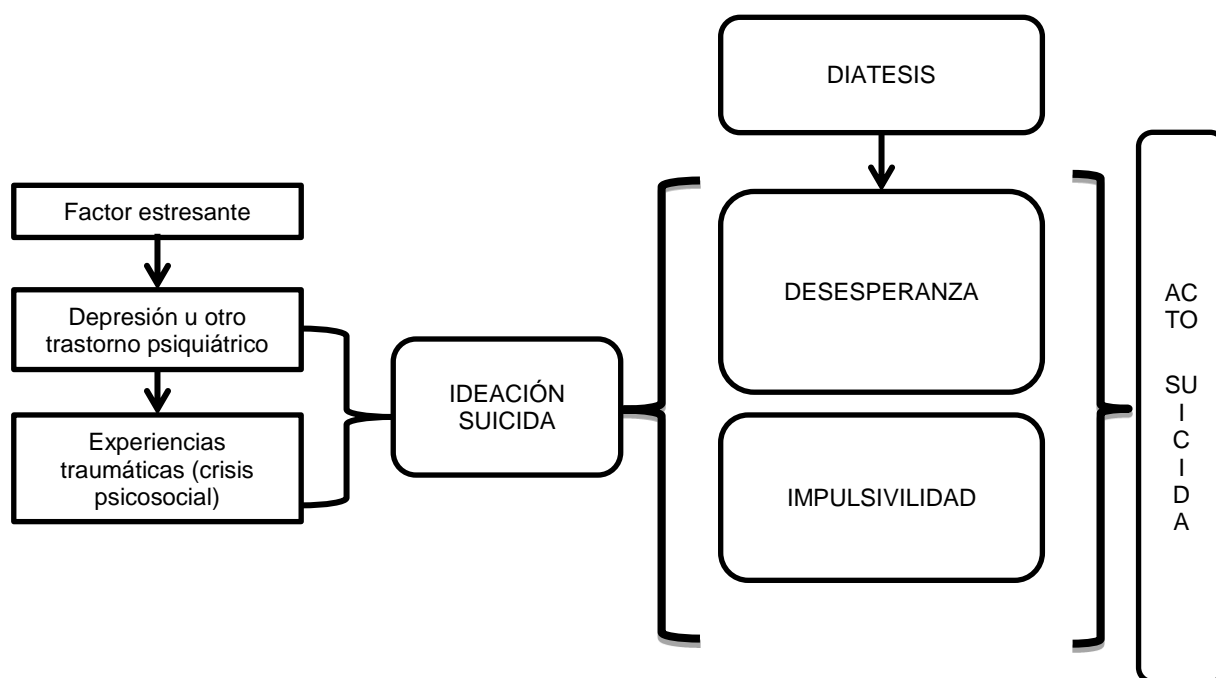
- Género: más común en mujeres pero más efectivo en hombres.
- Depresión, alcoholismo, drogadicción, esquizofrenia.
- Trastornos de personalidad antisocial, intento de suicidio previo.
- Enfermedades discapacitantes, dolorosas, terminales.
- Incapacidad para afrontar y resolver problemas.

## **2.4. DIÁTESIS**

El término diátesis se emplea para referirse a la predisposición que tienen ciertas personas para contraer una determinada enfermedad. El modelo de estrés diátesis intenta explicar el por qué algunas personas son más propensas a cometer suicidio. Los factores estresantes típicos asociados con el comportamiento suicida incluyen las experiencias traumáticas y la enfermedad psiquiátrica, principalmente la depresión (fig. 1). Aunque se considera que el agravamiento del trastorno psiquiátrico puede llevar al suicidio, una crisis psicosocial puede convertirse en el factor estresante que desencadene el intento o al acto suicida. (Rodríguez; 2006).



Figura 1.-Modelo de estrés-diátesis del comportamiento suicida



Fuente: Gutiérrez García, A. y Contreras, C. y Orozco Rodríguez, R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. Salud Mental, pp.66-74. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58229510>

## 2.5. EL SUICIDIO A NIVEL MUNDIAL

Estimaciones de la OMS sobre salud a nivel mundial señalan que más de 800 mil personas mueren por suicidio cada año; mientras, muchos más intentan suicidarse. Por lo tanto, varios millones de personas se ven afectadas o experimentan el duelo del suicidio cada año. En 2012, sucedieron cerca de 804 mil suicidios, que representaron 1.4% del total de muertes en todo el mundo, convirtiéndose en la décimo quinta causa de muerte en ese año, con una tasa de 11.4 suicidios por cada 100 mil habitantes (por sexo, la tasa es de 14.5 por cada 100 mil hombres y de 8.2 por cada 100 mil mujeres). Estas cifras representan una

ligera reducción respecto al año 2000, cuando se estimaron 883 mil suicidios (1.7% del total de muertes), ubicándose como la décimo cuarta causa de muerte, con una tasa de 14.4 suicidios por cada 100 mil habitantes en aquel año. El suicidio es un fenómeno global que sucede en todas las regiones del mundo y en el transcurso de toda la vida. No obstante, entre los jóvenes de 15 a 29 años se trata de la segunda causa de muerte, pues representa 8.5% del total de muertes en este grupo de edad, con una tasa de 13.5 suicidios por cada 100 mil jóvenes. (INEGI; 2013).

Por lo tanto en 2013 se registraron 5 909 suicidios, que representan 1% del total de muertes registradas, colocándose como la décima cuarta causa de muerte a nivel nacional. Los suicidios en el país presentan una tasa de cerca de cinco suicidios por cada 100 mil habitantes. Del total de registros en 2013, 5 754 suicidios ocurrieron en el mismo año (97.4%); 131 suicidios ocurrieron en 2012 (2.2%); y 24 ocurrieron en 2011 o antes (0.2 por ciento).

Entre el año 2000 y 2013, la tasa de suicidios presenta una tendencia creciente, pues de 2000 a 2013 se elevó de 3.5 a 4.9 suicidios por cada 100 mil habitantes. Las diferencias por sexo son visibles y se mantienen en el transcurso del tiempo. En 2013 la tasa de mortalidad por esta causa fue de 8.1 por cada 100 mil hombres y de 1.7 suicidios por cada 100 mil mujeres. INEGI (2013)

## **2.6. SUICIDIO Y RELACIÓN CON LA ADOLESCENCIA**

El adolescente suicida no es un cobarde, ni un valiente, ni un loco. Pensar esto impide comprender la gran tragedia y el inmenso tormento, que soporta ese ser humano y que es tan terrible que lo hace preferir matarse a seguir viviendo. Quien intenta el suicidio es una persona que padece uno de los dolores más fuertes que existen: el de la desesperanza. El suicida comienza a matarse mucho antes de hacerlo. Manifiesta abiertamente su dolor, proyectándolo, lo mismo que sus intenciones, pero nadie sabe escucharlo. Más que matarse, busca salir de su estado de desesperanza y llegar a otro de esperanza real, sin imaginarse el dolor que genera a nivel familiar.

En la etapa de la adolescencia los cambios a nivel psicológico son demasiados; como se mencionó en el capítulo anterior, ya que en esta etapa de su vida buscan llamar la atención para obtener cariño y amor de parte de alguien; busca el ser entendido, comprendido y amado por ciertas personas para salir adelante y si el adolescente cuenta con factores negativos los lleva a lesionar y terminar con su vida, por no haber conseguido dicha atención ya sea familiar o con otras personas, sienten depresión, desesperación por buscar el ser aceptados dentro de una sociedad o en el ámbito familiar.

- **IDEACION SUICIDA:** Es el primer momento. Se manifiesta normalmente, con palabras, frases, expresiones dichas por el que está pensando en matarse tales como: “ustedes estarían mejor sin mí”, “mi vida ya no tiene

sentido”, “Yo estaría mejor muerto”, “a nadie hago falta”, etc... quien escucha estas voces, está oyendo verdaderos deseos de muerte de quien las profiere. Por regla general, este primer momento toma un tiempo relativamente largo. Las emociones presentes en este momento son la frustración, la culpa, la rabia, cuya manifestación propia es la agresión que provoca conductas de auto agresión o extra agresión.

- **CONDUCTA SUICIDA:** Constituye el segundo momento. Otra manera por la que el suicida habla de sus intenciones pidiendo ayuda. Ya no usa frases o palabras solamente. Se observa en el suicida en potencia un notable cambio de conducta. Empieza a regalar a sus amigos o familiares aquellos objetos valiosos (material o emocionalmente hablando) de los que nunca se desprendería si estuviera viviendo una situación normal. El triste se torna más triste, o más aún, manifiesta una alegría interior y exterior extrema, como si hubiera encontrado la solución a su vida. Estos ejemplos es lo que llamamos conducta suicida. Cuando las conductas de auto agresión o extra agresión llegan a un estado máximo, aparecen el deseo de morir y ser matado. (Papalia; 2009).

La frustración, la culpa y la rabia, son los elementos psicológicos básicos de toda depresión. De aquí que en todo deprimido profundo existe un deseo suicida. El alcoholismo o cualquier otra adicción son conductas abiertamente suicidas; si a ellas le sumamos la depresión el riesgo suicida es altísimo.

El Perfil Suicida es el conjunto de rasgos psicológicos que pudieran caracterizar a un suicida potencial como la impulsividad, la pobreza en las relaciones interpersonales y la hostilidad, que son rasgos frecuentes, pero no exclusivos de los suicidas. No se ha encontrado un perfil único que sea común a todos. Dentro de cada ser humano hay un principio de destrucción.

Freud (2013) formuló su teoría sobre el Instinto de Muerte: en todos los hombres existen fuertes propensiones hacia la propia destrucción.

## **CAPITULO III ESTADO DE MÉXICO**

### **3.1 ESTADO DE MÉXICO**

En pleno corazón de la República Mexicana y rodeado por ocho estados, se encuentra el Estado de México. Se trata de uno de las entidades más complejas y diversas del país, Cercano al Distrito Federal, este territorio alberga cinco Pueblos Mágicos, magníficos escenarios naturales (parques nacionales y santuarios), y la zona arqueológica más visitada de México: Teotihuacán.

### **3.2 PLAN ESTATAL DE DESARROLLO 2017**

Las sociedades del siglo XXI están inmersas en una sucesión de transformaciones políticas, económicas y sociales, que se caracterizan por el acelerado desarrollo de la tecnología, la masificación de la información y el conocimiento, la tecnificación de las actividades humanas, la despersionización, el intercambio de roles en los sectores sociales y la polarización económica, entre otros. Estos procesos, que presentan enormes desafíos a las instituciones públicas, demandan cambios tanto en la forma de gobernar como en la manera en que la sociedad se involucra en la vida pública.

En esta transición globalizadora, se percibe, afortunadamente, una creciente tendencia para que la sociedad participe activamente en la deliberación, el

examen y el análisis de la naturaleza de la gestión pública y su desempeño. Así, las opiniones y las legítimas exigencias sociales constituyen un reto y, a la vez, una motivación para demostrar la capacidad real de los gobiernos para ofrecer una respuesta oportuna a las necesidades de los ciudadanos, con la finalidad de renovar los procesos de la gestión gubernamental y redefinir las relaciones individuo-Estado, que lleven a conformar una sociedad más justa y equilibrada. Consciente de este nuevo contexto, el Gobierno del Estado de México impulsa acciones que permiten, por un lado, establecer una relación más próxima y cercana con la sociedad, y por otro, perfeccionar la coordinación del trabajo en equipo de todos los niveles de gobierno.

Asimismo, busca promover la transversalidad del quehacer gubernamental e incentivar la participación social, para fortalecer un efectivo proceso de planeación democrática que tome en cuenta la voluntad y el esfuerzo colectivo para lograr una gestión eficaz, que se materialice en un mejoramiento tangible de las condiciones de vida de la ciudadanía. En este marco y en estricto apego a la realidad mexiquense, en el Plan de Desarrollo del Estado de México 2011-2017 se presenta un diagnóstico de las circunstancias de carácter internacional que inciden en la política de la entidad, al respecto, se identifican tanto las fortalezas como las circunstancias que benefician a la acción pública, además de las áreas de oportunidad y las amenazas que pueden mermar el desarrollo de la entidad. Dicho diagnóstico confirma que se han registrado grandes avances en el Estado de México, mismos que han permitido superar la marginación, combatir la pobreza,

generar más y mejores empleos, proveer mejores servicios públicos y garantizar la seguridad y la paz públicas. Al mismo tiempo, identifica las áreas de oportunidad donde se puede actuar para fortalecer las condiciones de bienestar, de seguridad y de igualdad, que consoliden a una sociedad más justa.

### **3.3 SECTOR SALUD**

El sistema de salud está conformado por tres grandes tipos de prestadores de servicios, que son: públicos para población asegurada, públicos para población no asegurada y privados.

En este sentido, la capacidad de respuesta del Instituto de Salud depende de los recursos disponibles con los cuales presta la atención médica, en un tiempo y lugar determinado.

Es de todos conocido que dentro de los sistemas de salud los recursos físicos, materiales y humanos son componentes primordiales de la prestación de servicios ya que son el medio a través del cual se satisface la demanda de atención médica por parte de la población. Por ello, la infraestructura física, los recursos humanos, materiales y el equipo médico de todos los establecimientos de salud tienen un papel trascendental en la planeación, evaluación, programación, así como en la toma de decisiones acerca de la prestación de los servicios.

En el Sistema Estatal de Información en Salud el componente de recursos está conformado por: recursos físicos, materiales, humanos y de equipo médico,



### 3.4 JURISDICCIONES PERTENECIENTES AL ESTADO DE MÉXICO

JURISDICCIÓN DE RESIDENCIA	MUNICIPIO RESIDENCIA	
Jur. 01 Atlacomulco	001 ACAMBAY	
	014 ATLACOMULCO	
	064 EL ORO	
	085 TEMASCALCINGO	
Jur. 02 Ixtlahuaca	042 IXTLAHUACA	
	047 JIQUIPILCO	
	048 JOCOTITLAN	
	056 MORELOS	
	074 SAN FELIPE DEL PROGRESO	
	124 SAN JOSE DEL RINCON	
Jur. 03 Jilotepec	003 ACULCO	
	026 CHAPA DE MOTA	
	045 JILOTEPEC	
	071 POLOTITLAN	
	079 SOYANIQUILPAN DE JUAREZ	
	102 TIMILPAN	
	112 VILLA DEL CARBON	
Jur. 04 Tenango del Valle	006 ALMOLOYA DEL RIO	
	012 ATIZAPAN	
	018 CALIMAYA	
	019 CAPULHUAC	
	027 CHAPULTEPEC	
	043 XALATLACO	
	049 JOQUICINGO	
	055 MEXICALTZINGO	
	072 RAYON	
	073 SAN ANTONIO LA ISLA	
	090 TENANGO DEL VALLE	
	098 TEXCALYACAC	
	101 TIANGUISTENCO	
Jur. 05 Toluca	005 ALMOLOYA DE JUAREZ	
	054 METEPEC	
	106 TOLUCA	
	118 ZINACANTEPEC	
Jur. 06 Xonacatlán	037 HUIXQUILUCAN	
	051 LERMA	
	062 OCOYOACAC	
	067 OTZOLOTEPEC	
	076 SAN MATEO ATENCO	
	087 TEMOAYA	
115 XONACATLAN		
Jur. 07 Tejupilco	008 AMATEPEC	
	077 SAN SIMON DE GUERRERO	
	082 TEJUPILCO	
	086 TEMASCALTEPEC	
	105 TLATLAYA	
Jur. 08 Tenancingo	123 LUVIANOS	
	004 ALMOLOYA DE ALQUISIRAS	113 VILLA GUERRERO
	021 COATEPEC HARINAS	117 ZACUALPAN
	040 IXTAPAN DE LA SAL	119 ZUMPAHUACAN
	052 MALINALCO	
	063 OCUILAN	
	080 SULTEPEC	
	088 TENANCINGO	
	097 TEXCALTITLAN	
	107 TONATICO	

Jur. 09 Valle de Bravo	007 AMANALCO		
	032 DONATO GUERRA		
	041 IXTAPAN DEL ORO		
	066 OTZOLOAPAN		
	078 SANTO TOMAS		
	110 VALLE DE BRAVO		
	111 VILLA DE ALLENDE		
	114 VILLA VICTORIA		
	116 ZACAZONAPAN		
Jur. 10 Atizapán de Zaragoza	013 ATIZAPAN DE ZARAGOZA		
	038 ISIDRO FABELA		
	060 NICOLAS ROMERO		
Jur. 11 Cuautitlan	023 COYOTEPEC		
	024 CUAUTITLAN		
	053 MELCHOR OCAMPO		
	091 TEOLOYUCAN		
	095 TEPOTZOTLAN		
	108 TULTEPEC		
	109 TULTITLAN		
	121 CUAUTITLAN IZCALLI		
Jur. 12 Naucalpan	046 JILOTZINGO		
	057 NAUCALPAN DE JUAREZ		
Jur. 13 Teotihuacán	002 ACOLMAN		
	016 AXAPUSCO		
	061 NOPALTEPEC		
	065 OTUMBA		
	075 SAN MARTIN DE LAS PIRAMIDES		
	084 TEMASCALAPA		
	092 TEOTIHUACAN		
Jur. 14 Tlalnepantla	104 TLALNEPANTLA DE BAZ		
Jur. 15 Zumpango	010 APAXCO		
	035 HUEHUETOCA		
	036 HUEYPOXTLA		
	044 JALTENCO		
	059 NEXTLALPAN		
	081 TECAMAC		
	096 TEQUIXQUIAC		
	120 ZUMPANGO		
	125 TONANITLA		
Jur. 16 Amecameca	009 AMECAMECA		
	015 ATLAUTLA		
	017 AYAPANGO		
	022 COCOTITLAN		
	025 CHALCO		
	034 ECATZINGO		
	039 IXTAPALUCA		
	050 JUCHITEPEC		
	068 OZUMBA		
	083 TEMAMATLA		
	089 TENANGO DEL AIRE	Jur.19. Texcoco	
	094 TEPETLIXPA	011 TATENCO	
		103 TLALMANALCO	029 CHICOLOAPAN
		122 VALLE DE CHALCO SOLIDARIDAD	030 CHICONCUAC
		020 COACALCO DE BERRIOZABAL	031 CHIMALHUACAN
Jur. 17 Ecatepec	033 ECATEPEC DE MORELOS	069 PAPALOTLA	
	058 NEZAHUALCOYOTL	093 TEPETLAOXTOC	
Jur. 18 Netzahualcóyotl	070 LA PAZ	099 TEXCOCO	

## RESULTADOS

A continuación se presenta la información sobre suicidios identificada en los registros de mortalidad del Estado de México.

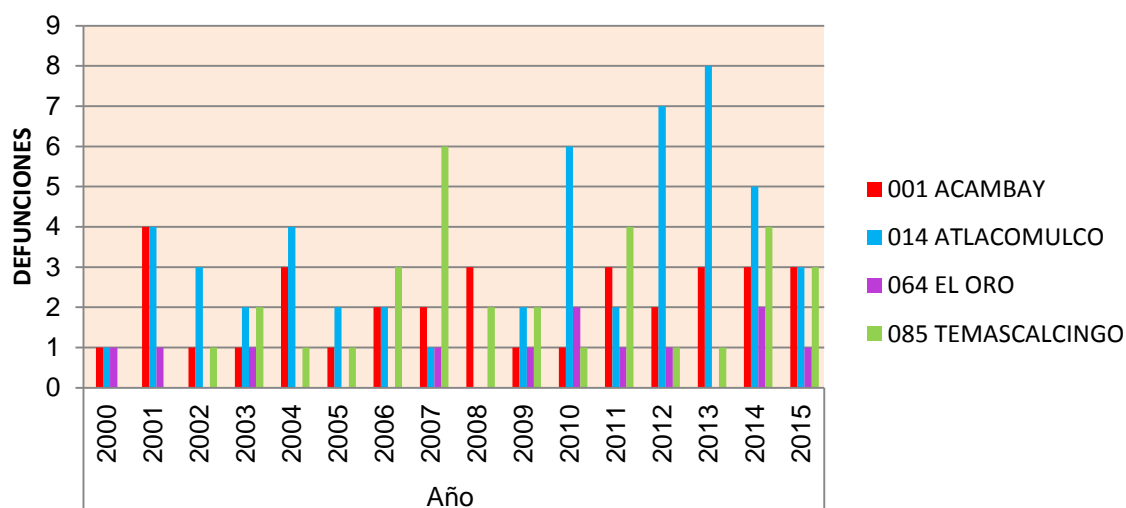
### 1. RESULTADOS

Mortalidad de suicidio en adolescentes por municipio de residencia.

**Cuadro 1. Defunciones según Municipio  
Jurisdicción Atlacomulco, 2000-2015**

AÑO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
JURISDICCIÓN ATLACOMULCO	DEFUNCIONES															
003 ACULCO		1	1	1	2	3		1			1	4	2		3	1
026 CHAPA DE MOTA	1		1	1		1	1				3	2		1	2	1
045 JILOTEPEC			3	1		2	2	1		3	4	2	3	3	2	4
071 POLOTITLAN		2	1	1				1		1			1	2	1	1
079 SOYANIQUILPAN DE JUAREZ							1		2	1		1	2			1
102 TIMILPAN	1		1	2						1		1				
112 VILLA DEL CARBON		1			1			2		1	1	4	1	1	3	3

**Gráfica 1. Defunciones según Municipio  
Jurisdicción Atlacomulco, 2000-2015**



Fuente: Vigilancia epidemiológica

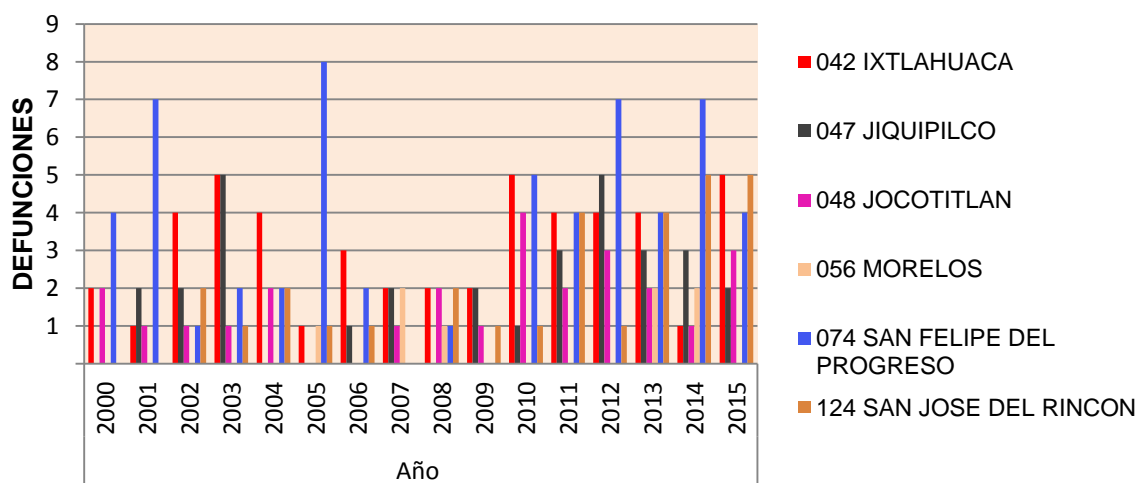
En la gráfica 1, se observa la tasa de mortalidad por suicidio de los municipios que integran la jurisdicción Atlacomulco, siendo Atlacomulco el que tiene el mayor número de muertes, la mayor tasa la presento en el 2013 de 8.0 por 10 000 habitantes. Aunque en el 2007 cuando hay una reducción, temascalcingo reporta un aumento de 6.0 por 10 000 habitantes. El municipio con menos suicidio es El Oro.

**Cuadro 2. Defunciones según Municipio Jurisdicción Ixtlahuaca, 2000-2015**

AÑO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
JURISDICCIÓN IXTLAHUACA	DEFUNCIONES (Tasa)															
042 IXTLAHUACA	2	1	4	5	4	1	3	2	2	2	5	4	4	4	1	5
047 JIQUIPILCO		2	2	5			1	2		2	1	3	5	3	3	2
048 JOCOTITLAN	2	1	1	1	2			1	2	1	4	2	3	2	1	3
056 MORELOS						1		2	1					2	2	
074 SAN FELIPE DEL PROGRESO	4	7	1	2	2	8	2		1		5	4	7	4	7	4
124 SAN JOSE DEL RINCON			2	1	2	1	1		2	1	1	4	1	4	5	5

Fuente: Vigilancia epidemiológica

**Gráfica 2. Defunciones según Municipio Jurisdicción Ixtlahuaca, 2000-2015**



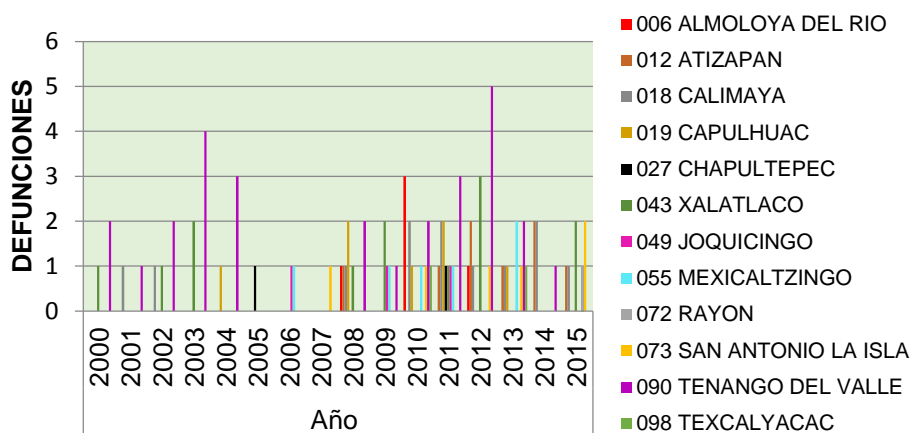
Fuente: Vigilancia epidemiológica

En la jurisdicción Ixtlahuaca, la mortalidad por suicidio se identificó que el Municipio de San Felipe del Progreso es el que tiene mayor mortalidad, 8.0 en 2005 y en el 2012 y 2013 presenta una tasa de 7.0 por 10, 000 habitantes. En Ixtlahuaca y San José del Rincón, presentan casi la misma tendencia.

**Cuadro 3. Defunciones según Municipio  
Jurisdicción Tenango del Valle, 2000-2015**

AÑO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
JURISDICCIÓN JILOTEPEC	DEFUNCIONES (Tasas)															
003 ACULCO		1	1	1	2	3		1			1	4	2		3	1
026 CHAPA DE MOTA	1		1	1		1	1				3	2		1	2	1
045 JILOTEPEC			3	1		2	2	1		3	4	2	3	3	2	4
071 POLOTITLAN		2	1	1				1		1			1	2	1	1
079 SOYANIQUILPAN DE JUAREZ							1		2	1		1	2			1
102 TIMILPAN	1		1	2						1		1				
112 VILLA DEL CARBON		1			1			2		1	1	4	1	1	3	3

**Gráfica 3. Defunciones según Municipio  
Jurisdicción Tenango del Valle, 2000-2015**



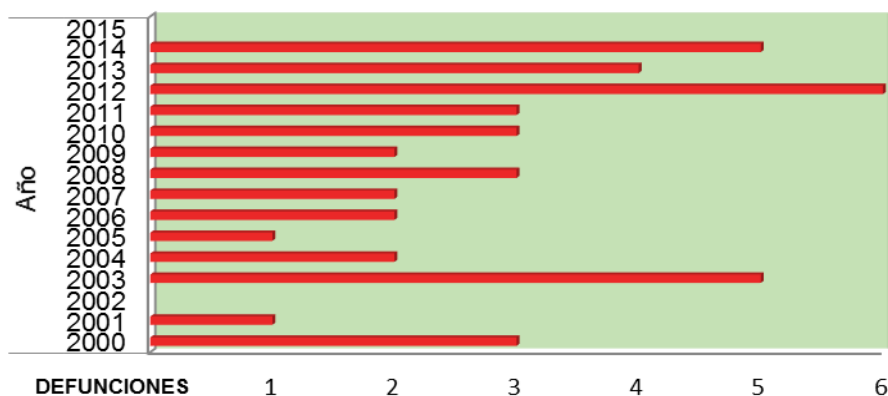
Fuente: Vigilancia epidemiológica

En la gráfica 3, se observa la tasa de mortalidad por suicidio de los municipios que integran la jurisdicción de Tenango del Valle, siendo Joquicingo el que tiene el mayor número de muertes, la mayor tasa la presento en el 2012 de 5.0 por 10 000 habitantes. Aunque en el 2010 hay una reducción en Almoloya del Rio 3.0 por 10 000 habitantes y con la misma tasa de 3.0 en el 2012 Texcalyac.

**Cuadro 4. Defunciones según Municipio  
Jurisdicción Toluca, 2000-2015**

AÑO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>JURISDICCIÓN TOLUCA</b>	<b>DEFUNCIONES (Tasas)</b>															
005 ALMOLOYA DE JUAREZ	3	1		5	2	1	2	2	3	2	3	3	6	4	5	5
054 METEPEC	2	4	5	3	3	4	3	2	6	3	7	5	8	8	10	3
106 TOLUCA	4	16	7	19	14	7	16	28	21	21	29	39	35	41	46	32
118 ZINACANTEPEC	1	2		2	4	1	1	6	2	3	4	3	7	6	8	11

**Gráfica 4. Defunciones del Municipio de Almoloya 2000-2015**

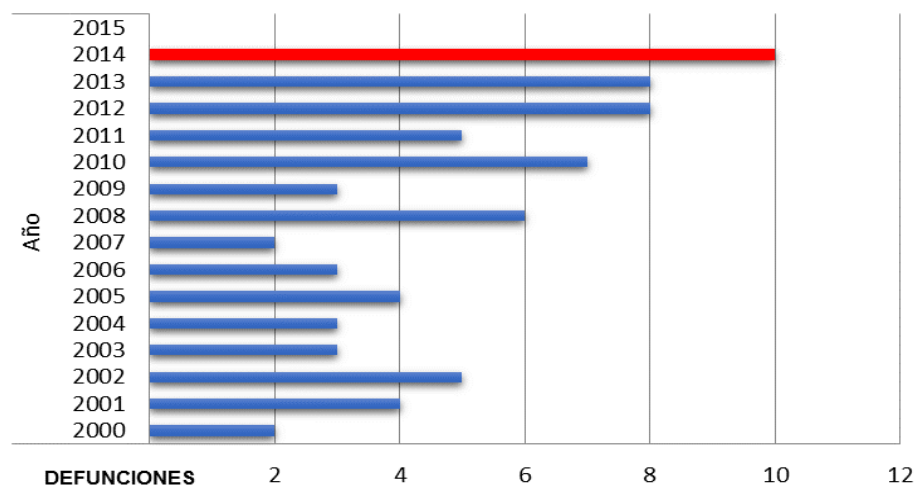


**Fuente: Vigilancia epidemiológica**

Las tasas de mortalidad por suicidio más altas en el municipio de Almoloya en el 2012 la tasa fue de 6.0 por cada 10 000 habitantes, en el 2003 y 2014 la tasa fue

igual 5.0 por cada 10 000 habitantes, en el 2013 la tasa de mortalidad fue de 4.0 por cada 10 000 habitantes.

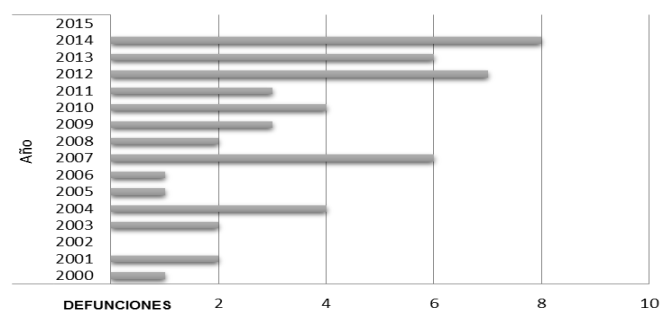
**Gráfica 5. Defunciones del Municipio de Metepec 2000-2015**



Fuente: Vigilancia epidemiológica

La tasa de mortalidad por suicidio más alta en el municipio de Metepec en el 2014 la tasa fue de 10 por cada 10 000 habitantes, seguida de los años 2012-2013 con una tasa de 8.0 por cada 10 000 habitantes.

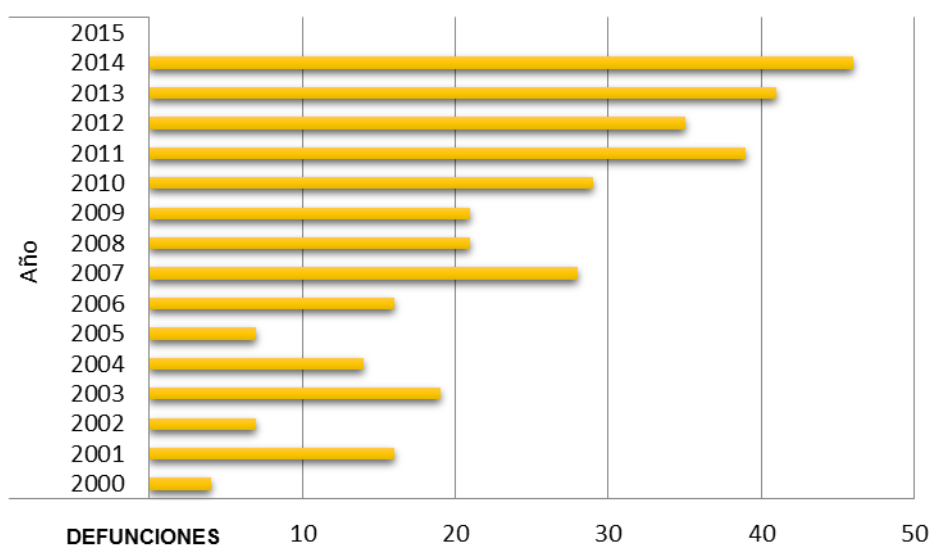
**Gráfica 6. Defunciones del Municipio de Zinacantepec 2000-2015**



Fuente: Vigilancia epidemiológica

La tasa de mortalidad por suicidio en el municipio de Zinacantepec en el 2014 fue de 8.0 por cada 10 000 habitantes, en el 2013 la tasa mostro una disminución en el 2013 de 6.0 por cada 10 000 habitantes, en el 2012 la tasa era de 6.5 por cada 10 000 habitantes.

**Gráfica 6. Defunciones del Municipio de Toluca 2000-2015**



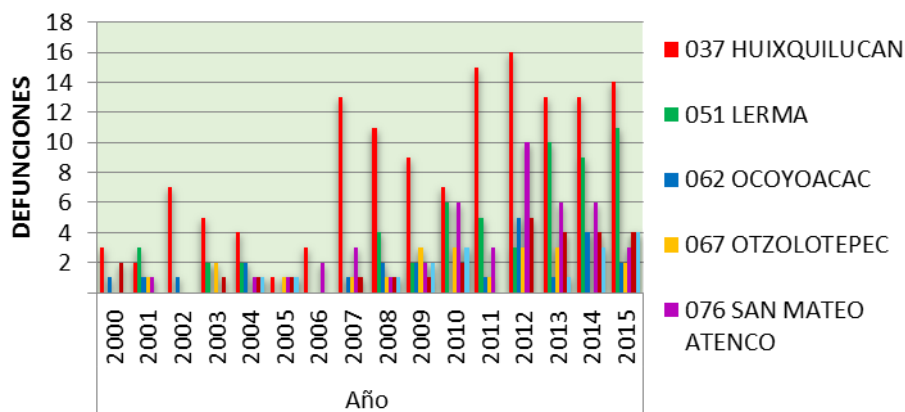
**Fuente: Vigilancia epidemiológica**

En la gráfica 6, se observa la tasa de mortalidad por suicidio en el municipio de Toluca en el 2014 fue de 47 por cada 10 000 habitantes, en el 2013 la tasa fue de 41 por cada 10 000 habitantes.



**Cuadro 7. Defunciones según Municipio Jurisdicción de Xonacatlan, 2000-2015**

AÑO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
JURISDICCIÓN XONACATLAN	DEFUNCIONES (Tasas)															
037 HUIXQUILUCAN	3	2	7	5	4	1	3	13	11	9	7	15	16	13	13	14
051 LERMA		3		2	2				4	2	6	5	3	10	9	11
062 OCOYOACAC	1	1	1		2			1	2	2		1	5	1	4	2
067 OTZOLOTEPEC		1		2		1		1	1	3	3	1	3	3		2
076 SAN MATEO ATENCO		1			1	1	2	3	1	2	6	3	10	6	6	3
087 TEMOAYA	2			1	1	1		1	1	1	2		5	4	4	4
115 XONACATLAN					1	1			1	2	3			1	3	4

**Gráfica 7. Defunciones según Municipio Jurisdicción de Xonacatlan, 2000-2015**

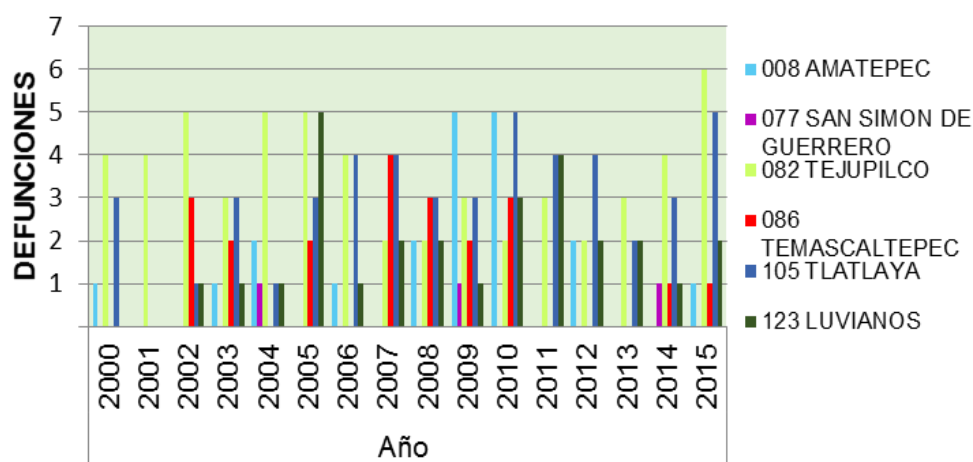
Fuente: Vigilancia epidemiológica

La tasa de mortalidad por suicidio en los municipios que forman parte de la jurisdicción de Xonacatlan, siendo Huixquilucan el que tiene mayor número de defunciones en el 2012 con una tasa de 16 por cada 10 000 habitantes, seguido Lerma en el 2015 con una tasa de 11 por cada 10 000 habitantes, San Mateo Atenco en el 2012 con una tasa de 10 por cada 10 000 habitantes.

**Cuadro 8. Defunciones según Municipio  
Jurisdicción de Tejupilco, 2000-2015**

AÑO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>JURISDICCIÓN TEJUPILCO</b>	<b>DEFUNCIONES (Tasas)</b>															
008 AMATEPEC	1			1	2		1		2	5	5		2			1
077 SAN SIMON DE GUERRERO					1					1					1	
082 TEJUPILCO	4	4	5	3	5	5	4	2	2	3	2	3	2	3	4	6
086 TEMASCALTEPEC			3	2		2		4	3	2	3				1	1
105 TLATLAYA	3		1	3	1	3	4	4	3	3	5	4	4	2	3	5
123 LUVIANOS			1	1	1	5	1	2	2	1	3	4	2	2	1	2

**Gráfica 8. Defunciones según Municipio  
Jurisdicción de Tejupilco, 2000-2015**



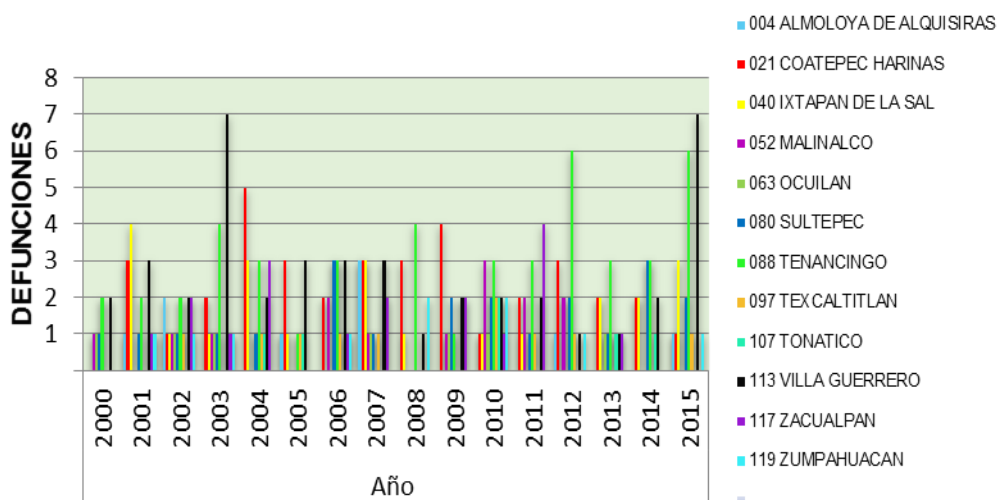
Fuente: Vigilancia epidemiológica

La Grafica 8. Muestra las defunciones de los Municipios que forman parte de la Jurisdicción de Tejupilco, en el 2015 Tejupilco muestra la tasa más elevada con 6.0 por cada 10,000 habitantes mientras que Luvianos tiene las tasas más pequeñas en cuanto a suicidio.

**Cuadro 9. Defunciones según Municipio  
Jurisdicción de Tenancingo, 2000-2015**

AÑO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>JURISDICCIÓN TENANCINGO</b>	<b>DEFUNCIONES</b>															
004 ALMOLOYA DE ALQUISIRAS		1	2			1		3					1			1
021 COATEPEC HARINAS		3	1	2	5	3	2	3	3	4	1	2	3	2	2	1
040 IXTAPAN DE LA SAL		4	1	1	3	1		3	1		1	1		2	2	3
052 MALINALCO	1		1	1			2	1		1	3	2	2			
063 OCUILAN	1		1	1				1		1	1			1		
080 SULTEPEC	1	1	1	1	1		3	1		2	2	1	2	1	3	2
088 TENANCINGO	2	2	2	4	3	1	3		4	1	3	3	6	3	3	6
097 TEXCALTITLAN			1		1	1	1	1			2	1	1			1
107 TONATICO					1	1					2			1	1	
113 VILLA GUERRERO	2	3	2	7	2	3	3	3	1	2	2	2	1	1	2	7
117 ZACUALPAN		1	2	1	3		1	2		2	1	4		1		
119 ZUMPAHUACAN		1	1	1			1		2		2		1			1

**Gráfica 9. Defunciones según Municipio  
Jurisdicción de Tenancingo, 2000-2015**



**Fuente: Vigilancia epidemiológica**

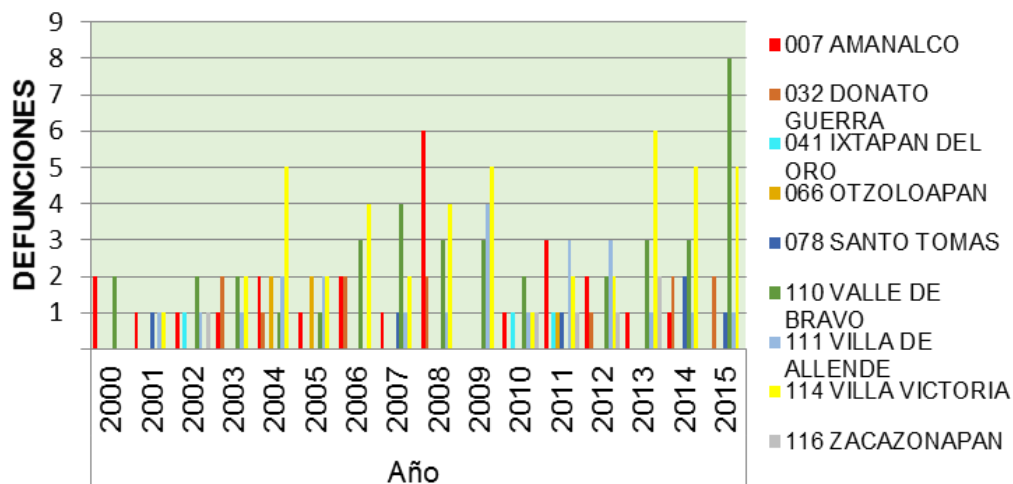
La tasa de mortalidad por suicidio en los municipios que forman parte de la jurisdicción de Tenancingo mostró su más alta prevalencia en los años 2015 y 2003 con una tasa de 7.0 en el municipio de Villa guerrero por cada 10 000

habitantes, seguido de Ocuilan que en el 2012, 2015 tuvieron una tasa de 6.0 por cada 10 000 habitantes.

**Cuadro 10. Defunciones según Municipio  
Jurisdicción Valle de Bravo, 2000-2015**

AÑO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>JURISDICCIÓN VALLE DE BRAVO</b>	<b>DEFUNCIONES (Tasas)</b>															
007 AMANALCO	2	1	1	1	2	1	2	1	6		1	3	2	1	1	
032 DONATO GUERRA				2	1		2		2				1		2	2
041 IXTAPAN DEL ORO			1								1	1				
066 OTZOLOAPAN					2	2						1				
078 SANTO TOMAS		1						1				1			2	1
110 VALLE DE BRAVO	2		2	2	1	1	3	4	3	3	2		2	3	3	8
111 VILLA DE ALLENDE		1	1	1	2	2		1	1	4	1	3	3	1	1	1
114 VILLA VICTORIA		1		2	5	2	4	2	4	5	1	2	2	6	5	5
116 ZACAZONAPAN			1								1	1	1	2		

**Gráfica 10. Defunciones según Municipio  
Jurisdicción Valle de Bravo, 2000-2015**



Fuente: Vigilancia epidemiológica

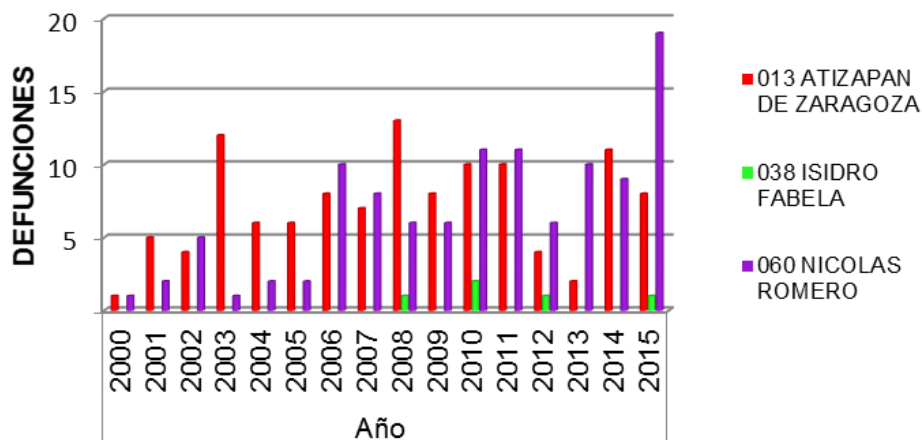
La gráfica 10, muestra la tasa de mortalidad mayor en el 2015 en el municipio de valle de Bravo con una tasa de 8.0 por cada 10 000 habitantes, en el 2013 y 2008

los municipios de Villa Victoria y Amanalco mostraron tasa de 6.0 por cada 10 000 habitantes.

**Cuadro 11. Defunciones según Municipio  
Jurisdicción Atizapán de Zaragoza, 2000-2015**

AÑO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
JURISDICCIÓN ATIZAPAN DE ZARAGOZA	DEFUNCIONES (Tasas)															
013 ATIZAPAN DE ZARAGOZA	1	5	4	12	6	6	8	7	13	8	10	10	4	2	11	8
038 ISIDRO FABELA									1		2		1			1
060 NICOLAS ROMERO	1	2	5	1	2	2	10	8	6	6	11	11	6	10	9	19

**Gráfica 11. Defunciones según Municipio  
Jurisdicción Atizapán de Zaragoza, 2000-2015**



**Fuente: Vigilancia epidemiológica**

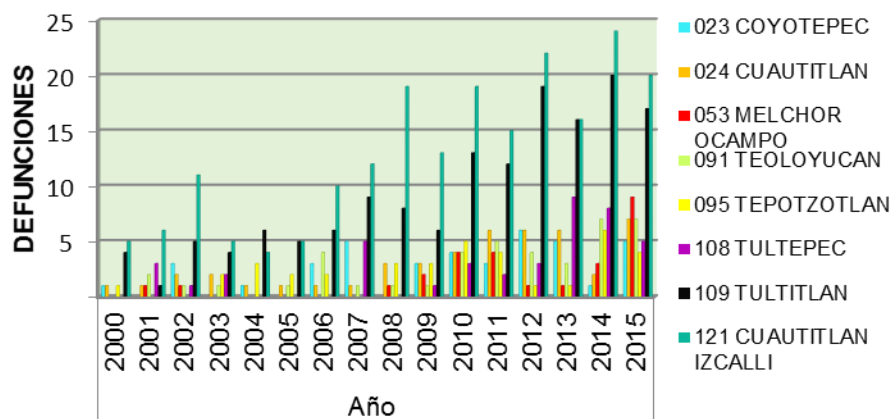
En la gráfica 11. Se muestra la tasa de mortalidad de los municipios que conforman la jurisdicción de Atizapán de Zaragoza, siendo el municipio de Nicolás Romero el municipio en el año 2015 con una tasa de 18. Por cada 10 000 habitantes. El municipio de Atizapán se Zaragoza también presenta altas tasas de

mortalidad por suicidio mostrando en el 2008 una tasa de 12.5 por cada 10 000 habitantes.

**Cuadro 12. Defunciones según Municipio  
Jurisdicción de Cuautitlán, 2000-2015**

AÑO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
JURISDICCIÓN CUAUTITLÁN	DEFUNCIONES (Tasas)															
023 COYOTEPEC	1		3		1		3	5		3	4	3	6	5	1	5
024 CUAUTITLÁN	1	1	2	2	1	1	1	1	3	3	4	6	6	6	2	7
053 MELCHOR OCAMPO		1	1						1	2	4	4	1	1	3	9
091 TEOLOYUCAN		2	1	1		1	4	1	1	1	4	5	4	3	7	7
095 TEPOTZOTLÁN	1			2	3	2	2		3	3	5	4	1	1	6	4
108 TULTEPEC		3	1	2				5		1	3	2	3	9	8	5
109 TULTITLÁN	4	1	5	4	6	5	6	9	8	6	13	12	19	16	20	17
121 CUAUTITLÁN IZCALLI	5	6	11	5	4	5	10	12	19	13	19	15	22	16	24	20

**Gráfica 12. Defunciones según Municipio  
Jurisdicción de Cuautitlán, 2000-2015**



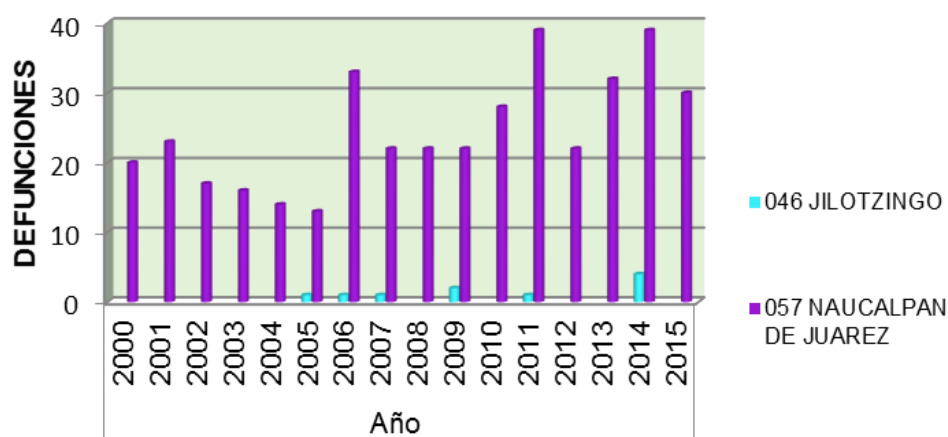
**Fuente: Vigilancia epidemiológica**

El siguiente gráfico muestra la tasa de defunciones de los municipios que forman parte de la jurisdicción de Cuautitlán, en el 2014 Cuautitlán Izcalli muestra una tasa de mortalidad por suicidio 24.0 por cada 10 000 habitantes, en el 2015 le sigue Tultitlán con una tasa de mortalidad de 17 por cada 10 000 habitantes.

**Cuadro 13. Defunciones según Municipio  
Jurisdicción de Naucalpan, 2000-2015**

AÑO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
JURISDICCIÓN NAUCALPAN	DEFUNCIONES (Tasas)															
046 JILOTZINGO						1	1	1		2		1			4	
057 NAUCALPAN DE JUAREZ	20	23	17	16	14	13	33	22	22	22	28	39	22	32	39	30

**Gráfica 13. Defunciones según Municipio  
Jurisdicción de Naucalpan, 2000-2015**



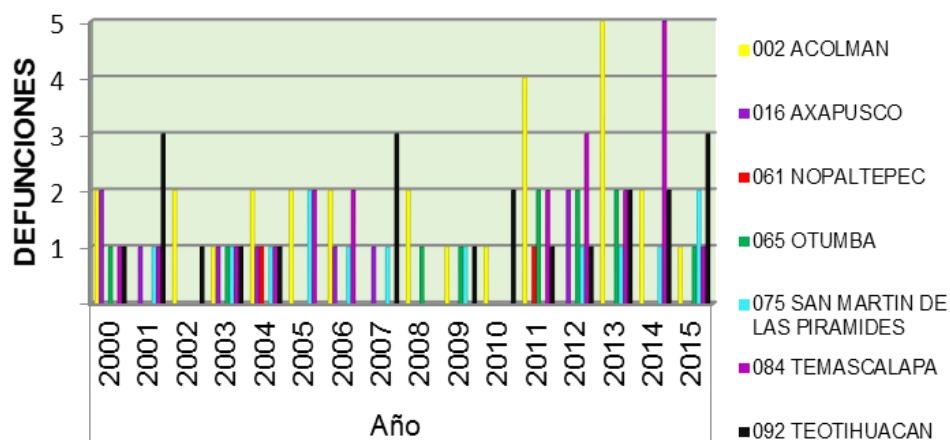
Fuente: Vigilancia epidemiológica

El gráfico 13. Muestra las tasas de mortalidad por suicidio de los municipios que conforman la Jurisdicción de Naucalpan, siendo el municipio de Naucalpan de Juárez el que ocupa el primer lugar con las tasas más elevadas por mortalidad por suicidio en los años 2011, 2014 con tasas de 39.0 por cada 10 000 habitantes.

**Cuadro 14. Defunciones según Municipio  
Jurisdicción de Teotihuacán, 2000-2015**

AÑO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
JURISDICCIÓN TEOTIHUACAN	DEFUNCIONES (Tasas)															
002 ACOLMAN	2		2	1	2	2	2		2	1	1	4		5	2	1
016 AXAPUSCO	2	1		1	1		1	1					2			
061 NOPALTEPEC					1							1				
065 OTUMBA	1			1					1	1		2	2	2		1
075 SAN MARTIN DE LAS PIRAMIDES		1		1	1	2	1	1		1			1	1	1	2
084 TEMASCALAPA	1	1		1	1	2	2					2	3	2	5	1
092 TEOTIHUACAN	1	3	1	1	1			3		1	2	1	1	2	2	3

**Gráfica 14. Defunciones según Municipio  
Jurisdicción de Teotihuacán, 2000-2015**



**Fuente:** Vigilancia epidemiológica

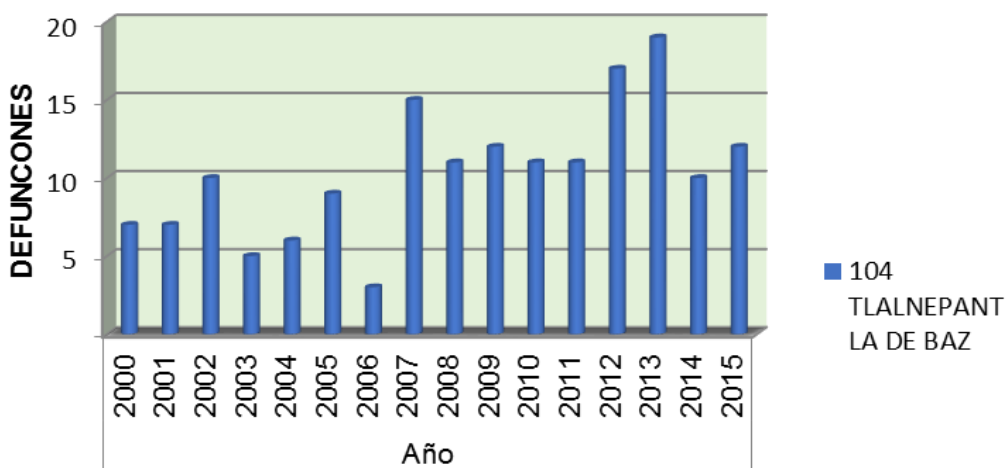
El gráfico muestra las tasas de defunciones por suicidio en los municipios de la Jurisdicción Teotihuacán, en el 2014 Axapusco tiene una tasa de 5.0 por cada 10 000 habitantes, en el 2013 Acolman tiene una tasa de 5.0 por cada 10 000 habitantes.



**Cuadro15. Defunciones según Municipio  
Jurisdicción Tlanepantla de Baz, 2000-2015**

AÑO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
JURISDICCIÓN TLANEPLANTA DE BAZ	DEFUNCIONES (Tasas)															
104 TLALNEPANTLA DE BAZ	7	7	10	5	6	9	3	15	11	12	11	11	17	19	10	12

**Gráfica 15. Defunciones según Municipio  
Jurisdicción Tlanepantla de Baz, 2000-2015**



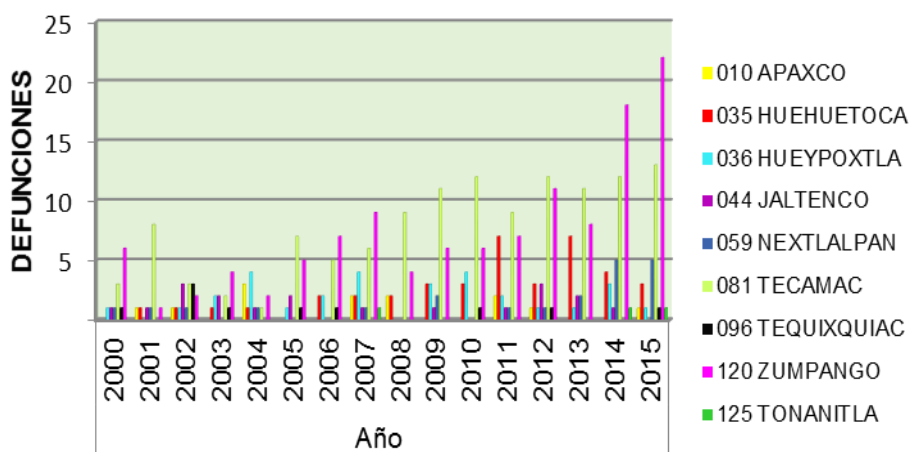
**Fuente:** Vigilancia epidemiológica

El grafico 15. Muestra las defunciones por suicidio en el municipio de Tlanepantla de Baz, la mayor tasa de mortalidad por suicidio se registra en el año 2013 con una tasa de 19.0 por cada 10 000 habitantes.

**Cuadro 16. Defunciones por Municipio  
Jurisdicción Zumpango, 2000-2015**

AÑO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
JURISDICCIÓN ZUMPANGO	DEFUNCIONES (Tasas)																
010 APAXCO		1	1		3			2	2			2	1			1	
035 HUEHUETOCA		1		1	1			2	2	2	3	3	7	3	7	4	3
036 HUEYPOXTLA	1		1	2	4	1	2	4			3	4	2	1	1	3	1
044 JALTENCO	1	1	3	2	1	2		1			1		1	3	2	1	
059 NEXTLALPAN	1	1	1		1			1			2		1	1	2	5	5
081 TECAMAC	3	8	3	2	1	7	5	6	9	11	12	9	12	11	12	13	
096 TEQUIXQUIAC	1		3	1		1	1				1		1				1
120 ZUMPANGO	6	1	2	4	2	5	7	9	4	6	6	7	11	8	18	22	
125 TONANITLA								1								1	1

**Gráfica 16. Defunciones según Municipio  
Jurisdicción Zumpango, 2000-2015**



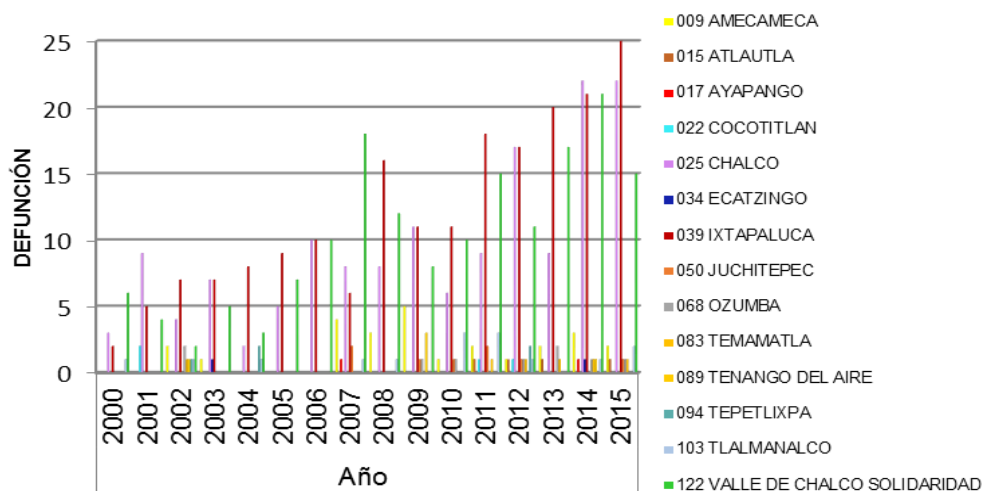
Fuente: Vigilancia epidemiológica

Gráfica 16. Muestra la tasa de mortalidad por suicidio en los municipios que forman parte de la Jurisdicción Zumpango, siendo Zumpango el municipio que muestra las más altas tasas de 22.0 por cada 10 000 millones de habitantes.

**Cuadro 17. Defunciones según Municipio  
Jurisdicción Amecameca, 2000-2015**

AÑO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>JURISDICCIÓN AMECAMECA</b>	<b>DEFUNCIONES (Tasas)</b>															
009 AMECAMECA			2	1				4	3	5	1	2	1	2	3	2
015 ATLAUTLA											1	1	1	1		1
017 AYAPANGO								1							1	
022 COCOTITLAN		2										1	1			
025 CHALCO	3	9	4	7	2	5	10	8	8	11	6	9	17	9	22	22
034 ECATZINGO				1											1	
039 IXTAPALUCA	2	5	7	7	8	9	10	6	16	11	11	18	17	20	21	25
050 JUCHITEPEC								2		1	1	2	1			1
068 OZUMBA			2							1	1		1	2	1	1
083 TEMAMATLA			1									1	1	1	1	1
089 TENANGO DEL AIRE			1							3					1	
094 TEPETLIXPA			1		2								2			
103 TLALMANALCO	1		1		1			1	1		3	3	1		1	2
122 VALLE DE CHALCO SOLIDARIDAD	6	4	2	5	3	7	10	18	12	8	10	15	11	17	21	15

**Gráfica 17. Defunciones según Municipio  
Jurisdicción Amecameca, 2000-2015**



**Fuente:** Vigilancia epidemiológica

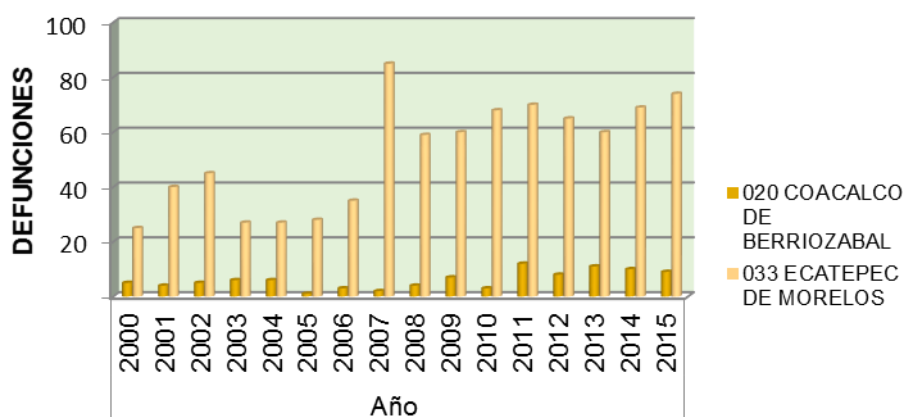
En el gráfico 17. Se muestran las defunciones por suicidio de los municipios que forman parte de la Jurisdicción Amecameca, en el 2015 Atlautla tiene la mayor tasa de mortalidad por suicidio con una tasa de 25.0 por cada 10 000 habitantes.

Seguidas de Chalco en el 2014 con una tasa de mortalidad de 22.0 por cada 10 000 habitantes.

**Cuadro 18. Defunciones según Municipio  
Jurisdicción Ecatepec, 2000-2015**

AÑO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
JURISDICCIÓN ECATEPEC	DEFUNCIONES															
020 COACALCO DE BERRIOZABAL	5	4	5	6	6	1	3	2	4	7	3	12	8	11	10	9
033 ECATEPEC DE MORELOS	25	40	45	27	27	28	35	85	59	60	68	70	65	60	69	74

**Gráfica 18. Defunciones según Municipio  
Jurisdicción Ecatepec, 2000-2015**



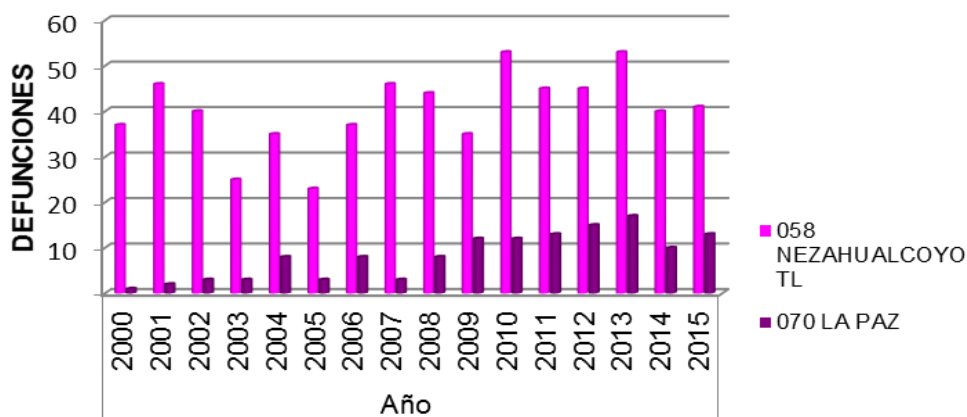
Fuente: Vigilancia epidemiológica

El gráfico 18. Muestra la tasa de mortalidad por suicidio en el municipio de Ecatepec siendo Ecatepec de Morelos el municipio con la mayor tasa de mortalidad de 81 por cada 10 000 habitantes, también muestra las tasas más altas en cuanto a mortalidad por suicidio.

**Cuadro 19. Defunciones según Municipio  
Jurisdicción Nezahualcóyotl, 2000-2015**

AÑO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
JURISDICCIÓN NEZAHUALCOYOTL	DEFUNCIONES (Tasas)															
058 NEZAHUALCOYOTL	37	46	40	25	35	23	37	46	44	35	53	45	45	53	40	41
070 LA PAZ	1	2	3	3	8	3	8	3	8	12	12	13	15	17	10	13

**Gráfica 19. Defunciones según Municipio  
Jurisdicción Nezahualcóyotl, 2000-2015**



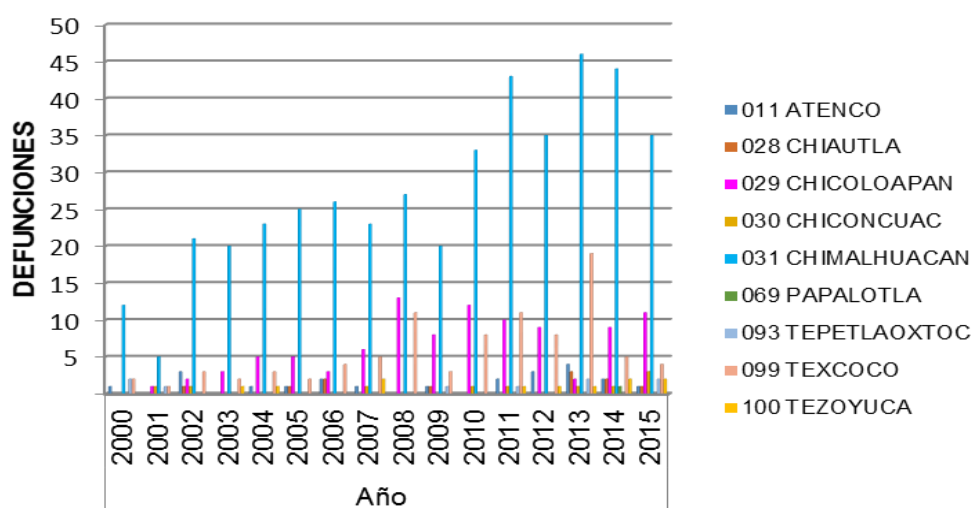
Fuente: Vigilancia epidemiológica

La presente grafica se muestra la tasa de mortalidad por suicidio, Nezahualcóyotl muestra la tasa de mortalidad por suicidio de 51 por cada 10 000 habitantes siendo también el municipio con las tasas más altas de mortalidad.

**Cuadro 19. Defunciones según Municipio  
Jurisdicción Texcoco, 2000-2015**

AÑO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>JURISDICCIÓN TEXCOCO</b>	<b>DEFUNCIONES (Tasas)</b>															
011 ATENCO	1		3		1	1	2	1		1		2	3	4	2	1
028 CHIAUTLA			1			1	2			1				3	2	1
029 CHICOLOAPAN		1	2	3	5	5	3	6	13	8	12	10	9	2	9	11
030 CHICONCUAC		1	1					1			1	1		1	1	3
031 CHIMALHUACAN	12	5	21	20	23	25	26	23	27	20	33	43	35	46	44	35
069 PAPALOTLA															1	
093 TEPETLAOXTOC	2	1								1		1		2		2
099 TEXCOCO	2	1	3	2	3	2	4	5	11	3	8	11	8	19	5	4
100 TEZOYUCA				1	1			2				1	1	1	2	2

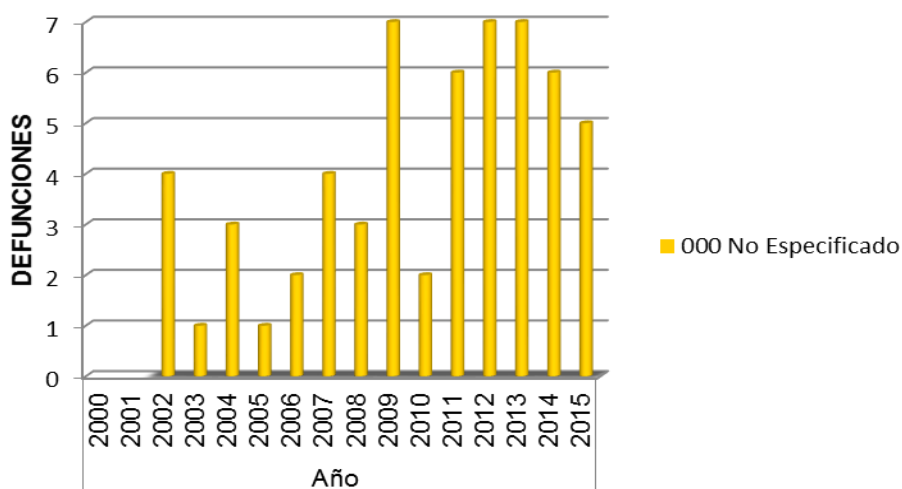
**Gráfica 19. Defunciones según Municipio  
Jurisdicción Texcoco, 2000-2015**



**Fuente:** Vigilancia epidemiológica

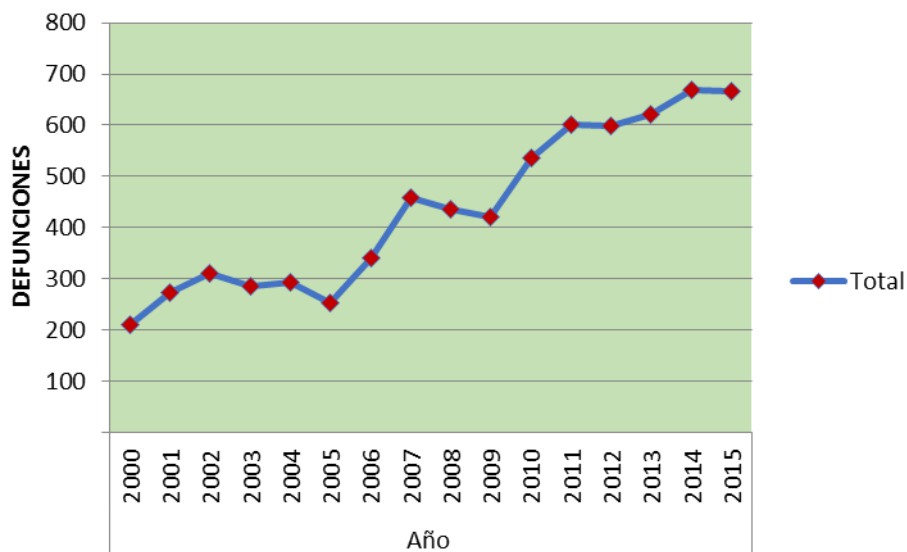
El gráfico 19. Muestra la tasa de mortalidad por suicidio en los municipios que forman la jurisdicción de Texcoco en el 2013, siendo Chimalhuacán el municipio con la tasa más alta en el 2013 con 46.0 por cada 10 000 habitantes.

**Gráfica 20. Defunciones no especificadas**



Fuente: Vigilancia epidemiológica

**Gráfica 21. Mortalidad por suicidio, Estado de México 2000-2015**



Fuente: Vigilancia epidemiológica

En el gráfico 21. Se muestra como la tasa de defunción por suicidio va en crecimiento cada año siendo en los años 2014, 2015 las tasas 690 por cada 10 000 habitantes.

En cuanto al sitio de ocurrencia de la defunción se encontró lo siguiente:

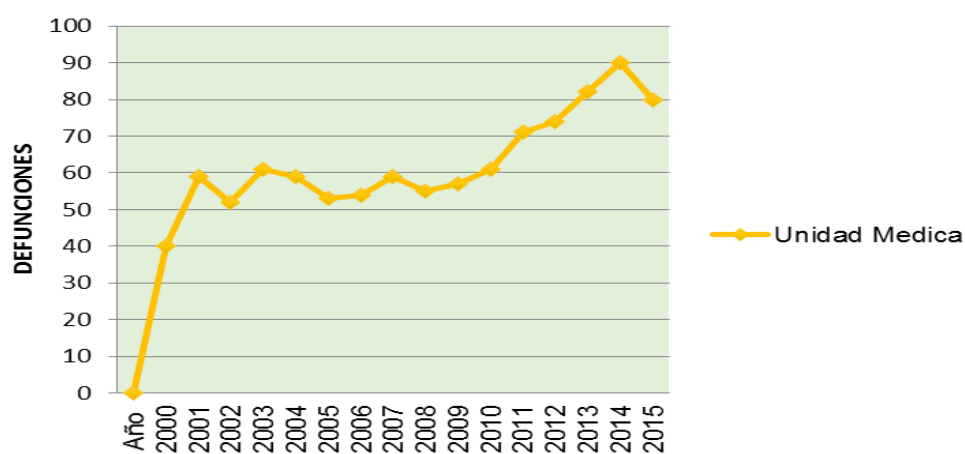
## RESULTADOS

### POR SITIO DE DEFUNCIÓN DE MORTALIDAD POR SUICIDIO.

**Cuadro 22.**  
**Defunciones por suicidio en la unidad Médica**  
**2000-2015**

UNIDAD MEDICA	
AÑO	DEFUNCIONES
2000	40
2001	59
2002	52
2003	61
2004	59
2005	53
2006	54
2007	59
2008	55
2009	57
2010	61
2011	71
2012	74
2013	82
2014	90
2015	80

**Gráfica 22. Defunciones por suicidio en la unidad Médica 2000-2015**



Fuente: Vigilancia epidemiológica

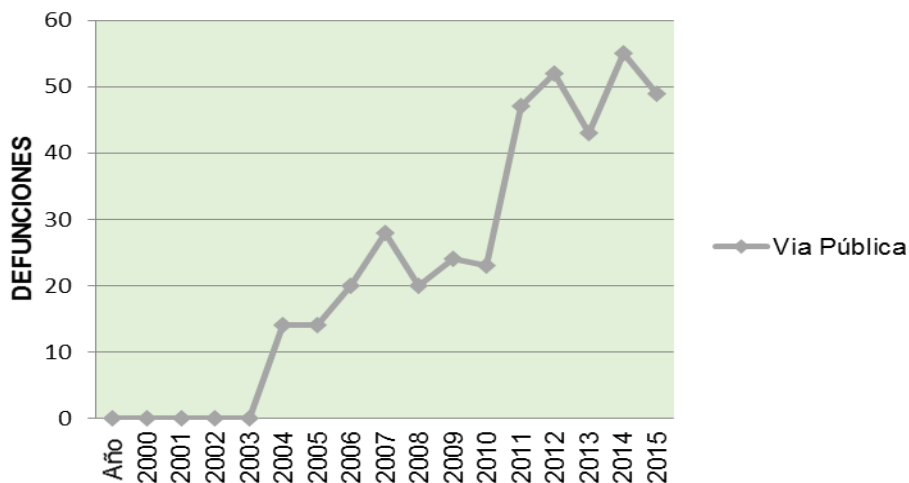


El gráfico 22. Muestra las tasas de mortalidad por suicidio en la unidad médica Cruz Roja, en año 2014 se mostró la mayor tasa de mortalidad por suicidio con una tasa de 90 por cada 10 000 habitantes.

**Cuadro 22. Defunciones por suicidio en la vía pública, 2000-2015**

VÍA PÚBLICA	
AÑO	DEFUNCIONES
2000	
2001	
2002	
2003	
2004	14
2005	14
2006	20
2007	28
2008	20
2009	24
2010	23
2011	47
2012	52
2013	43
2014	55
2015	49

**Gráfica 22. Defunciones por suicidio en la vía pública, 2000-2015**



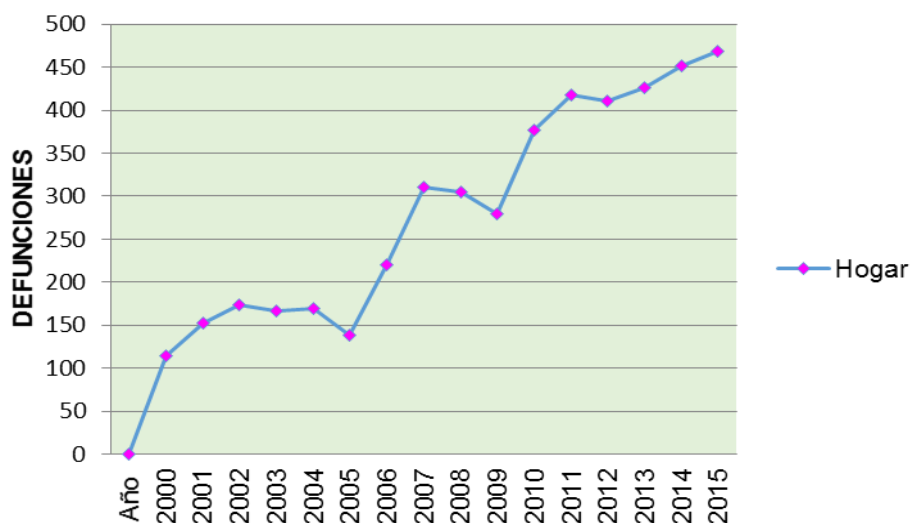
**Fuente: Vigilancia epidemiológica**

La tasa de mortalidad por suicidio a través de los años ha aumentado en el año 2014 la tasa de mortalidad por suicidio incremento a 55 por cada 10 000 habitantes.

**Cuadro 23. Defunciones por suicidio en el hogar en los años 2000-2015**

HOGAR	
AÑO	DEFUNCIONES
2000	115
2001	152
2002	173
2003	166
2004	170
2005	138
2006	220
2007	311
2008	305
2009	279
2010	377
2011	417
2012	410
2013	426
2014	452
2015	468

**Gráfica 23. Defunciones por suicidio en el hogar en los años 2000-2015**



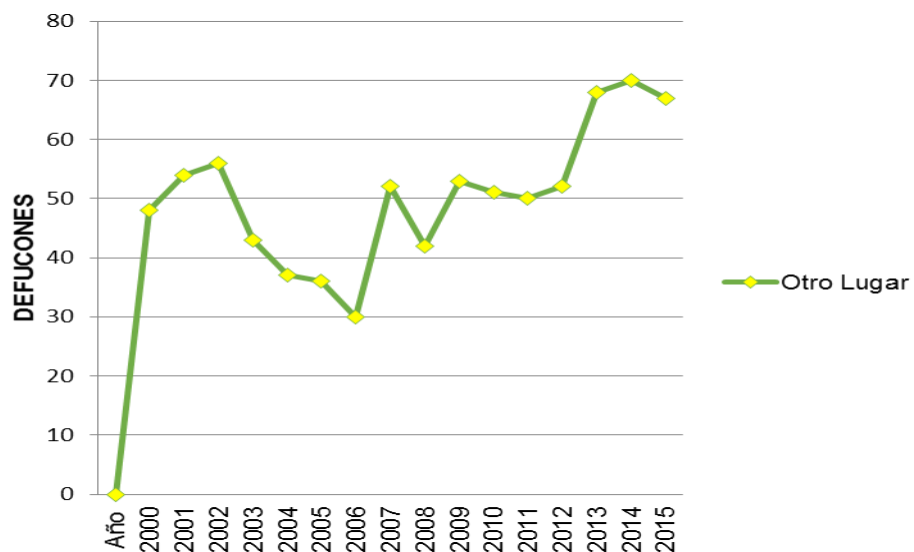
Fuente: Vigilancia epidemiológica

El grafico 23. Muestra la tasa de defunciones por suicidio en el hogar en el 2015 registra la tasa más alta de 450 por cada 10 000 habitantes.

**Cuadro 24. Defunciones en otro lugar**

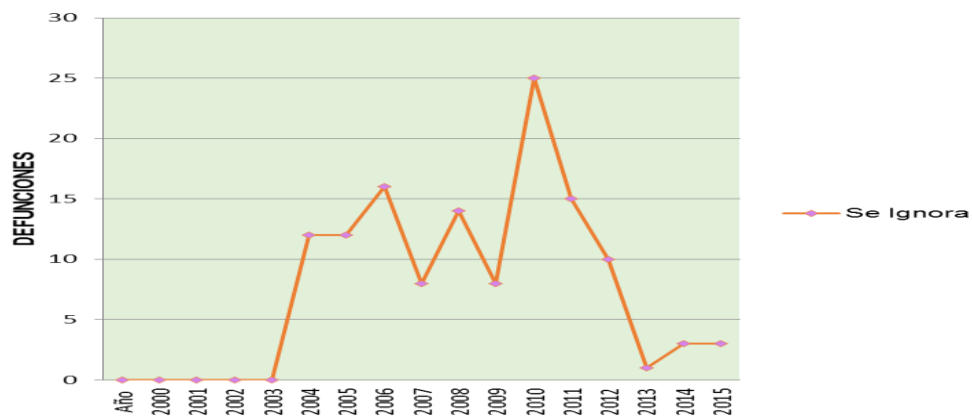
OTRO LUGAR	
AÑO	DEFUNCIONES
2000	48
2001	54
2002	56
2003	43
2004	37
2005	36
2006	30
2007	52
2008	42
2009	53
2010	51
2011	50
2012	52
2013	68
2014	70
2015	67

**Gráfica 24. Defunciones en otro lugar**



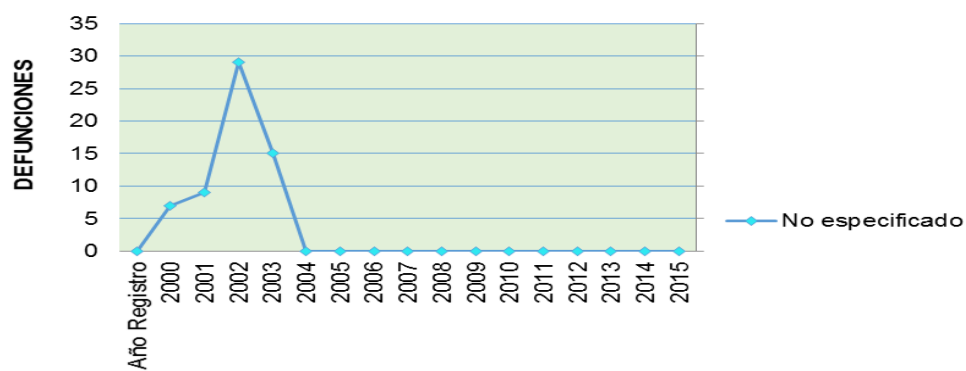
**Cuadro 25. Defunciones se ignora sitio**

SE IGNORA	
AÑO	DEFUNCIONES
2000	
2001	
2002	
2003	
2004	12
2005	12
2006	16
2007	8
2008	14
2009	8
2010	25
2011	15
2012	10
2013	1
2014	3
2015	3

**Grafica 25. Defunciones se ignora sitio**

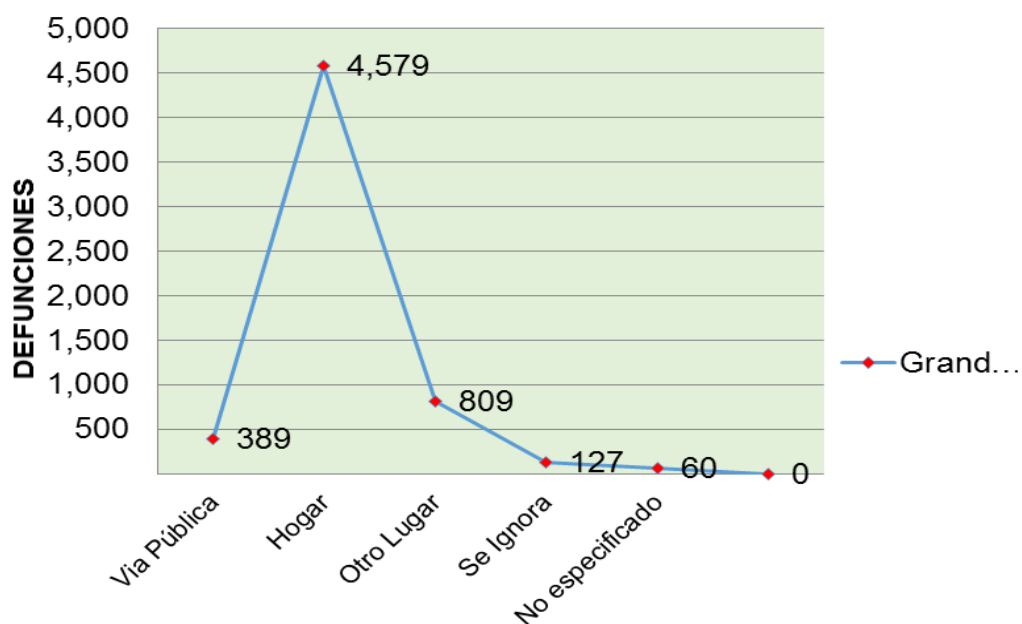
**Cuadro 26. Defunciones no especifico el sitio**

NO ESPECIFICADO	
AÑO	DEFUNCIONES
2000	7
2001	9
2002	29
2003	15

**Grafica 26. Defunciones no especifico el sitio**

**Cuadro 27.** Total de defunciones por suicidio, según lugar.

	UNIDAD MEDICA	VÍA PÚBLICA	HOGAR	OTRO LUGAR	SE IGNORA	NO ESPECIFICADO
Total	1,007	389	4,579	809	127	60

**Gráfica 27.** Defunciones por suicidio Grand Total

Fuente: Vigilancia epidemiológica

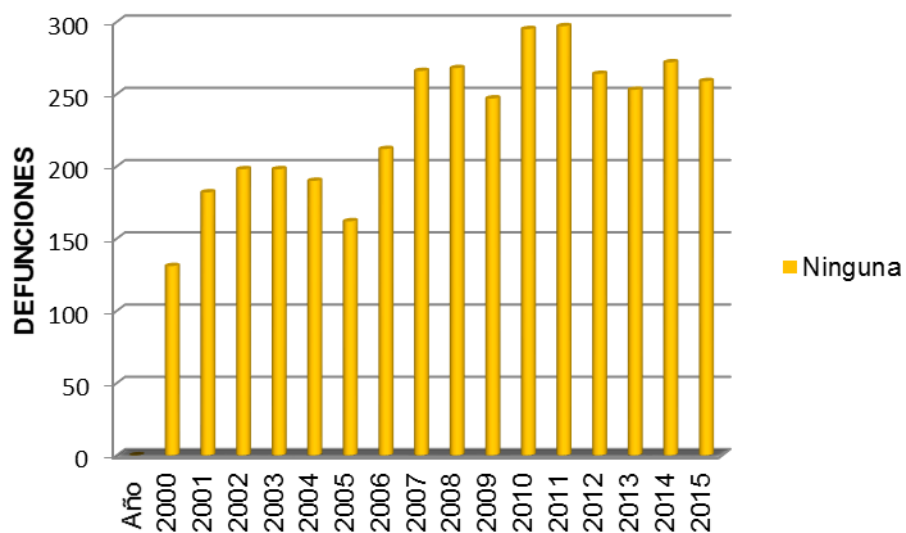
En el gráfico 26. Se muestran las tasas de mortalidad por suicidio por diferentes áreas siendo el hogar el lugar con la mayor tasa de mortalidad por suicidio con una tasa de mortalidad por suicidio 4,5000 por cada 10 000 habitantes.

## RESULTADOS DE MORTALIDAD DE SUICIDIO POR AFILIACIÓN

**Cuadro 28. Defunciones por suicidio en una población que no tiene afiliación a ninguna institución de salud.**

NINGUNA	
AÑO	DEFUNCIONES
2000	131
2001	182
2002	198
2003	198
2004	190
2005	162
2006	212
2007	266
2008	268
2009	247
2010	295
2011	297
2012	264
2013	253
2014	272
2015	259

**Grafica 28. Defunciones por suicidio en una población que no tiene afiliación a ninguna institución de salud.**



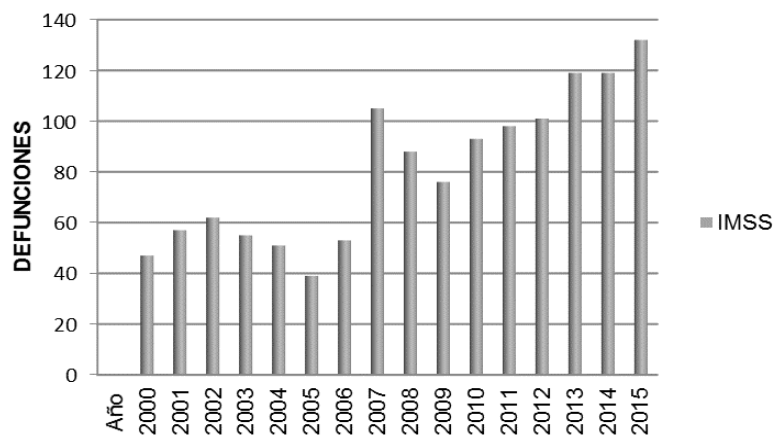
Fuente: Vigilancia epidemiológica

En el siguiente grafico se muestran las tasa de mortalidad a través de los años en la población que no tiene ningún tipo de afiliación al sector salud siendo la tasa más alta de mortalidad por suicidio en los años 2010, 2011 con una tasa de 290 por cada 10 000 habitantes.

**Grafica 29. Defunciones por suicidio en una población afiliada al IMSS**

IMSS	
AÑO	DEFUNCIONES
2000	47
2001	57
2002	62
2003	55
2004	51
2005	39
2006	53
2007	105
2008	88
2009	76
2010	93
2011	98
2012	101
2013	119
2014	119
2015	132

**Grafica 29. Defunciones por suicidio en una población afiliada al IMSS**



**Fuente: Vigilancia epidemiológica**

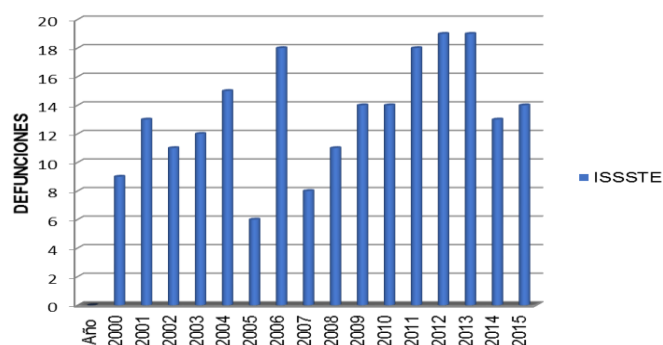


En el siguiente grafico se muestran las defunciones por suicidio en un población afiliada al IMSS en el 2015 la tasa de muertes por suicidio en derechohabientes del IMSS incremento a 130 por cada 10 000 habitantes siendo esta la tasa de mortalidad por suicidio en los años 2000- 2015

**Cuadro 30. Defunciones por suicidio en una población afiliada al ISSSTE**

ISSSTE	
AÑO	DEFUNCIONES
2000	9
2001	13
2002	11
2003	12
2004	15
2005	6
2006	18
2007	8
2008	11
2009	14
2010	14
2011	18
2012	19
2013	19
2014	13
2015	14

**Grafica 30. Defunciones por suicidio en una población afiliada al ISSSTE**



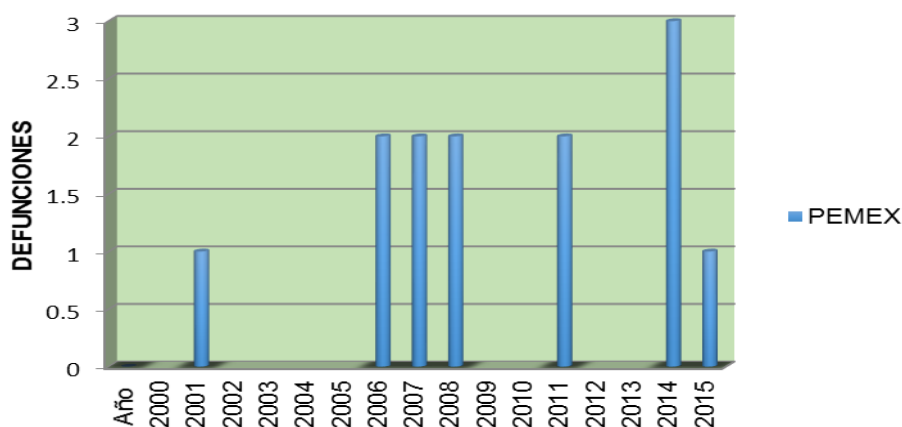
Fuente: Vigilancia epidemiológica

El grafico 29. Muestra las defunciones por suicidio en una población afiliada al ISSTE en los años 2012-2013 se muestran las tasa más altas de mortalidad por suicidio de 19 por cada 10 000 habitantes seguida de una tasa de 18 por cada 10 000 habitantes en el 2006

**Cuadro 31. Defunciones por suicidio en una población afiliada al PEMEX**

PEMEX	
AÑO	DEFUNCIONES
2000	
2001	1
2002	
2003	
2004	
2005	
2006	2
2007	2
2008	2
2009	
2010	
2011	2
2012	
2013	
2014	3
2015	1

**Grafica 31. Defunciones por suicidio en una población afiliada al PEMEX**



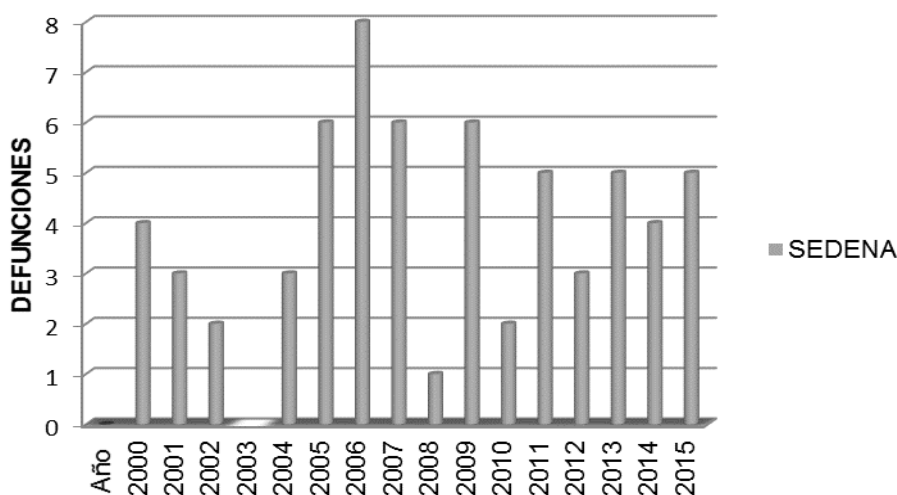
Fuente: Vigilancia epidemiológica

En el presente grafico se muestra la tasa de mortalidad por suicidio en un población de afiliados a PEMEX la tasa con mayor incidencia de mortalidad por suicidio se muestra en los años 2014 que es de 3 por cada 10 00 habitantes en el 2015 la tasa de mortalidad por suicidio se redujo a 1 por cada 10 000 habitantes.

**Cuadro 32. Defunciones por suicidio en una población afiliada a SEDENA**

SEDENA	
AÑO	DEFUNCIONES
2000	4
2001	3
2002	2
2003	
2004	3
2005	6
2006	8
2007	6
2008	1
2009	6
2010	2
2011	5
2012	3
2013	5
2014	4
2015	5

**Grafica 32. Defunciones por suicidio en una población afiliada a SEDENA**



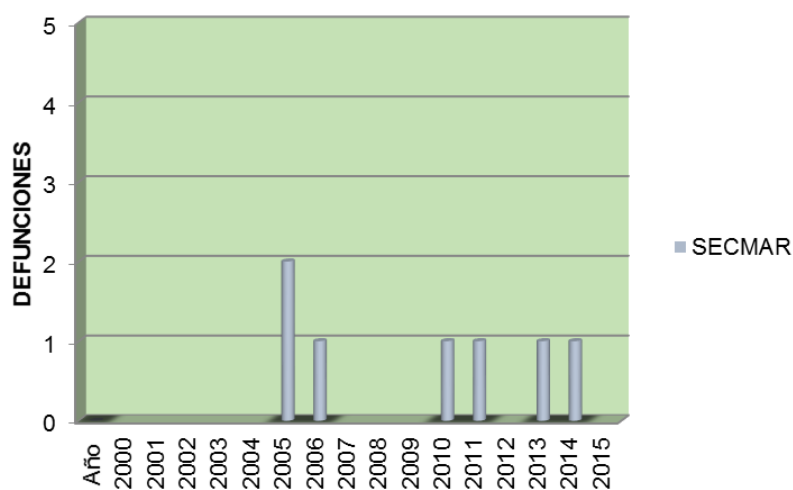
Fuente: Vigilancia epidemiológica

En el grafico 32. Se muestran las tasas de mortalidad por suicidio de acuerdo a una población afiliada a SEDENA en el año 2006 se muestra la tasa más alta de mortalidad por suicidio con una tasa de 8 por cada 10 000 habitantes en los siguientes años las tasas de mortalidad por suicidio se redujeron

**Cuadro 33. Defunciones por suicidio en una población afiliada a SECMAR**

SECMAR	
AÑO	DEFUNCIONES
2000	
2001	
2002	
2003	
2004	
2005	2
2006	1
2007	
2008	
2009	
2010	1
2011	1
2012	
2013	1
2014	1
2015	

**Grafica 33. Defunciones por suicidio en una población afiliada a SECMAR**



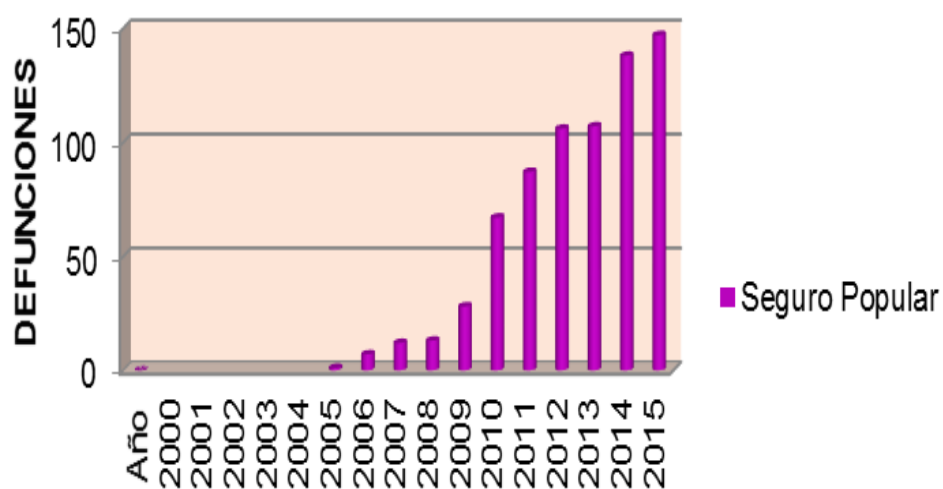
Fuente: Vigilancia epidemiológica

En el siguiente grafico se muestra la tasa de mortalidad por suicidio en el año 2005 con una tasa de 2 por cada 10 000 habitantes, en una población afiliada a SECMAR en los años 2015 no existe ningún caso de muerte por suicidio.

**Cuadro 34. Defunciones por suicidio en una población afiliada a Seguro popular**

SEGURO POPULAR	
AÑO	DEFUNCIONES
2000	
2001	
2002	
2003	
2004	
2005	1
2006	7
2007	12
2008	13
2009	28
2010	67
2011	87
2012	106
2013	107
2014	138
2015	147

**Grafica 34. Defunciones por suicidio en una población afiliada a Seguro popular**



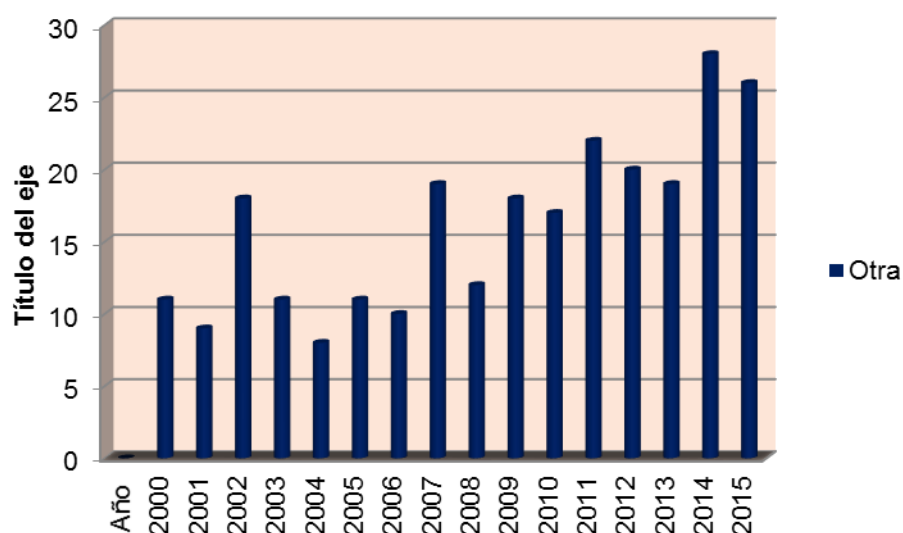
Fuente: Vigilancia epidemiológica

En el siguiente grafico se muestra la tasa de mortalidad por suicidio en la población afiliada al seguro social en el año 2015 la tasa a incrementado a 149 defunciones por suicidio por cada 10 000 habitantes.

**Cuadro 35. Defunciones por suicidio en una población que pertenece a otra afiliación**

OTRA	
AÑO	DEFUNCIONES
2000	11
2001	9
2002	18
2003	11
2004	8
2005	11
2006	10
2007	19
2008	12
2009	18
2010	17
2011	22
2012	20
2013	19
2014	28
2015	26

**Grafica 35. Defunciones por suicidio en una población que pertenece a otra afiliación**



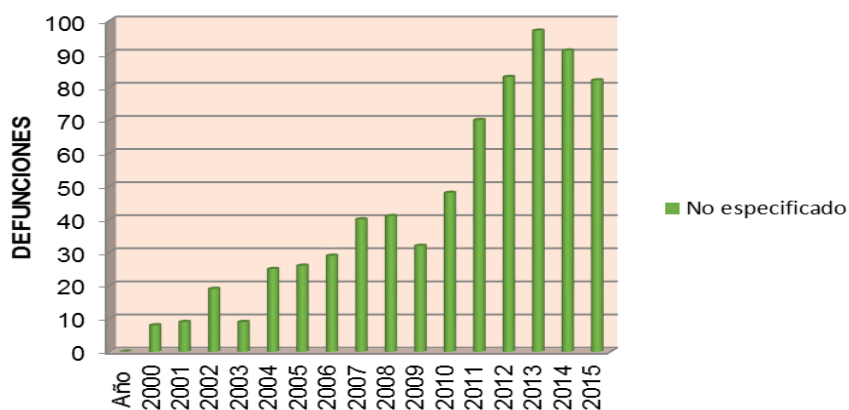
Fuente: Vigilancia epidemiológica

En este grafico se muestran las tasas de mortalidad por suicidio en una población que se encuentra afiliada a otro sector salud diferente a los ya antes mencionados, la mayor tasa de mortalidad por suicidio con el mayor número de casos en el 2014 con una tasa de 28 por cada 10 000 habitantes.

**Cuadro 36. Defunciones por suicidio en una población que pertenece a afiliación no especificada**

AÑO	DEFUNCIONES
2000	8
2001	9
2002	19
2003	9
2004	25
2005	26
2006	29
2007	40
2008	41
2009	32
2010	48
2011	70
2012	83
2013	97
2014	91
2015	82

**Grafica 36. Defunciones por suicidio en una población que pertenece a afiliación no especificada**



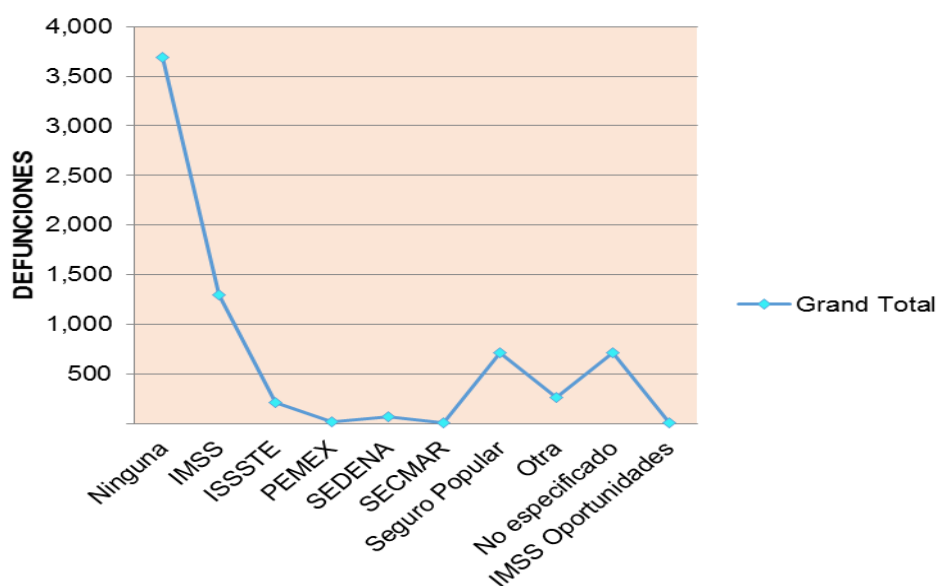
Fuente: Vigilancia epidemiológica

En el grafico 34. Se muestran las defunciones por suicidio en una comunidad afiliada a un servicio no especificado que muestra la mayor tasa de mortalidad por suicidio en el año 2013 siendo 97 muertes por cada 10 000 habitantes.

**Cuadro 36. Grand Total de defunciones por suicidio por afiliación**

	Ninguna	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SECMAR	Seguro Popular	Otra	No especificado	IMSS Oportunidades
Grand Total	3,694	1,295	214	13	63	7	713	259	709	4

**Grafica 36. Grand Total de defunciones por suicidio por afiliación**

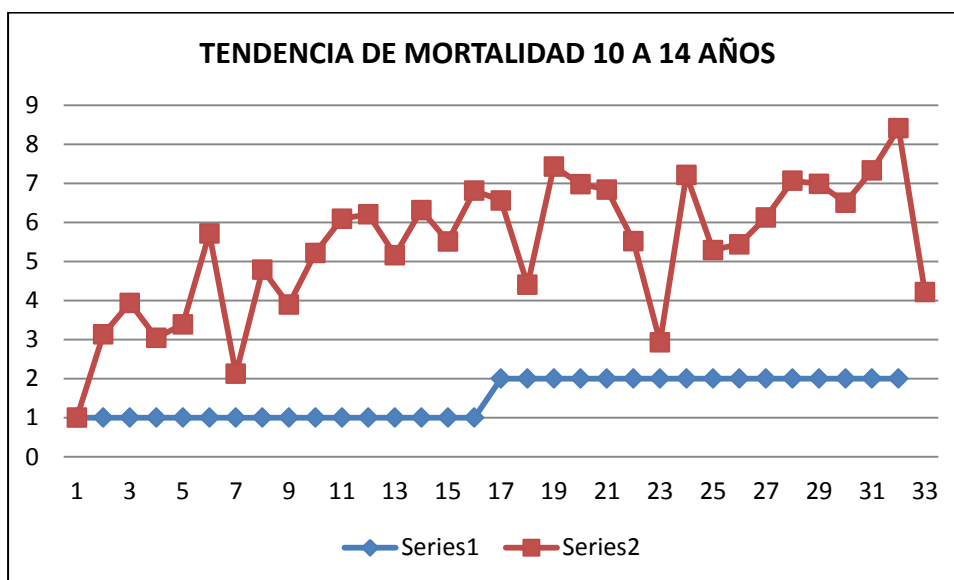


Fuente: Vigilancia epidemiológica

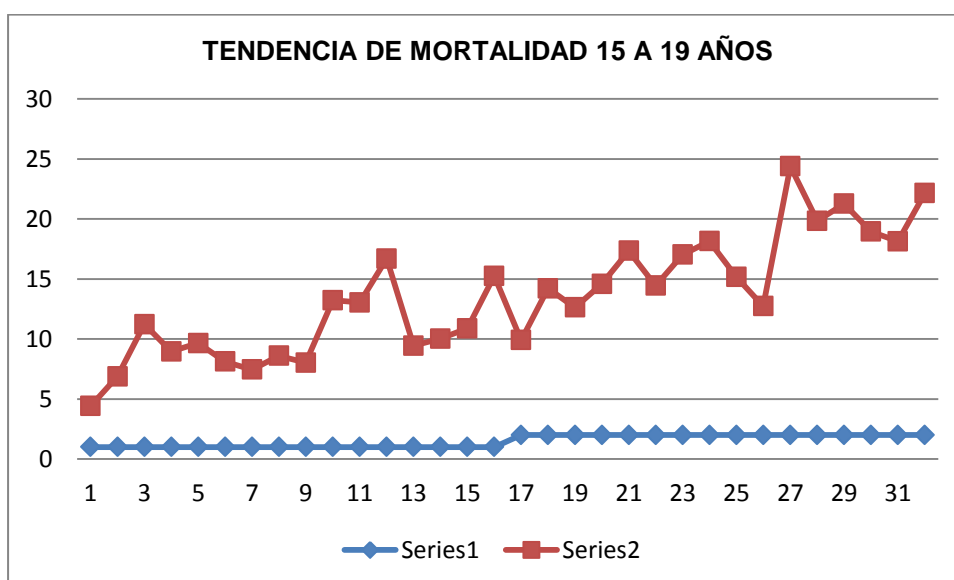


El grafico 35. Muestra la tasas de defunción por suicidio de acuerdo a la afiliación a diferentes sectores de salud siendo la población que no cuenta con ningún tipo de afiliación quien muestra la mayor tasa de defunciones por suicidio 35000 por cada 10 000 habitantes.

## TENDENCIA DE MORTALIDAD A NIVEL ESTADO DE MÉXICO PERIODO 2010 A 2015



GRAFICA 1-2.- De acuerdo con la tendencia de mortalidad representada por grupo de edad se muestra que existe un mayor número de muertes por suicidio en hombres. Ya que como lo explicado en la información investigada las mujeres lo practican más pero el hombre consigue llegar a la muerte por realizar acciones más violentas al realizar su suicidio. Además, de mostrar que la tendencia cada vez más va en aumento.



## DISCUSIÓN

Papalia (2009), en el libro *“Psicología del desarrollo de la infancia a la Adolescencia”* menciona que los adolescentes están propensos a las conductas de riesgo; ya sea debido a limitaciones cognitivas o a poca experiencia vital, piensan menos en consecuencias hipotéticas a futuro que en las recompensas inmediatas; los adolescentes son más impulsivos que los adultos y tienen más dificultad para regular sus estados de ánimo y comportamiento.

Por lo consiguiente de acuerdo a la investigación realizada en el presente trabajo Papalia tiene razón ya que en la etapa de la adolescencia, la vulnerabilidad para conocer su entorno es demasiada, por lo que como ella hace mención existen diferentes cambios y estados de ánimo; a lo que conllevan al intento suicida con el fin de terminar con su vida, por la falta de apoyo psicológico, emocional, familiar y social, para la prevención.

De acuerdo a la OMS (2017) y según el manual de desórdenes mentales (2013), las alteraciones de salud mental más comunes en los adolescentes son, la depresión, ansiedad, trastorno bipolar y esquizofrenia como se presenta en la investigación, ya que hace referencia que al realizar la práctica del suicidio es por alteraciones psicológicas, y la falta de atención al adolescente durante la muestra ante un acto suicida.

Los resultados representados gráficamente en la investigación, muestran una gran coincidencia con EL INEGI (2006), ya que menciona que México los adolescentes realizan el suicidio pero es más practicado por las mujeres pero lo consiguen en su totalidad los hombres por provocar su muerte más violentamente, es así que efectivamente la incidencia de mortalidad en la adolescencia a nivel estado de México en el periodo, 2000- 2015 es representado gráficamente que es más incidencia en hombres que en mujeres, de acuerdo a lo mencionado anteriormente.

El suicidio tiene especial relevancia porque implica que el individuo que lo lleva a cabo, ejerce una forma extrema de violencia contra sí mismo. Tiene profundas implicaciones sociales porque quien toma esta decisión, ha llegado a extremos existenciales que colocan al suicidio como la única salida a una situación dada. *Cuando aumentan sus tasas, probablemente la sociedad está pasando por algún tipo de proceso que tiene una forma de manifestarse en el suicidio.* Asimismo, se le puede ver como un problema epidemiológico que no está siendo debidamente previsto y atendido.

En los últimos 50 años, el fenómeno ha tenido una dinámica creciente en México, sobre todo entre los jóvenes en edades activas y entre los hombres ancianos. Mientras, los accidentes y homicidios (a excepción de los últimos cinco años), habían mostrado un descenso continuo en sus tasas. Entonces, si bien se podría decir que el proceso civilizatorio ha avanzado en México y, que pese a todo,

actualmente nos matamos menos entre nosotros mismos, por alguna razón, o razones, los suicidios no han dejado de aumentar en el tiempo. Con todo, la tasa de suicidios en México es menor que la de otros países con similar o mayor nivel de desarrollo que el nuestro.

Como hace referencia Hernández en la revista Suicidio en México, las tasas de mortalidad por suicidio en adolescentes va aumentando, y se vuelve un problema epidemiológico, es así que se demuestra en la investigación realizada la coincidencia del aumento de las muertes en los adolescentes.

## CONCLUSIONES

La Investigación realizada en el presente trabajo habla de la tendencia de mortalidad por suicidio en la adolescencia en el Estado de México en un periodo de,200-2015, de acuerdo a los resultados presentados en la investigación se encuentra dividido en dos rangos de edad (10 a 14 años) y (15 a 19) se muestra que existe mayor tendencia en los resultados representados gráficamente que si se realiza una diferenciación de más defunciones dependiendo al sexo, los hombres cumplen su objetivo de matarse a sí mismos, aunque el trabajo menciona que las mujeres son las que más practican el intento de suicidio existen más muertes del sexo masculino, ya que ellos lo practican más violentamente.

A medida de que pasan los años en el periodo investigado del 2000 al 2015, tomando los datos estadísticos ya establecidos por parte de la Vigilancia Epidemiológica nos muestra que la tasa de mortalidad va aumentando, en el rango de edad de los 10 a los 19 años que abarcan la etapa de la adolescencia.

Dentro de las 19 jurisdicciones del Estado de México, y de acuerdo a los municipios representados por la vigilancia Epidemiológica por jurisdicción, en los resultados de acuerdo a la investigación la jurisdicciones como lo son de Atlacomulco representa mayor tasa de mortalidad dentro del periodo ya mencionado durante la Adolescencia ,así mismo como Ixtlahuaca, San Felipe del Progreso ,Joquicingo , Almoloya, Metepec, Zinacantepec, Toluca,

Huixquilucan, Tejupilco, Tenancingo, Villa Victoria, Atizapan de Zaragoza, Cuautitlan, Naucalpan, Teotihuacan, Tlanepanta de Baz, Zumpango, Amecameca, Ecatepec, Nezahualcoyotl, Texcoco.

Como se representa en las gráficas de acuerdo a los resultados que las jurisdicciones, son las que presentan la mayor tasa de mortalidad, en el periodo 200-2015; va aumentando la muerte por suicidio, es la razón por la cual son más representativas durante la adolescencia.

Así mismo las representaciones graficas muestran que las defunciones por suicidio son más realizadas en el hogar, este sitio donde se menciona de acuerdo a lo investigado que el adolescente busca llamar la atención, empezando desde el ámbito familiar

Es por eso que se llega a la conclusión en base a la investigación realizada, que la presencia de un trastorno mental es un factor de riesgo de suicidio. Dentro de los diferentes trastornos, la depresión y la esquizofrenia aumentan significativamente el riesgo, siendo la desesperanza el componente más relacionado. Entre tanto, en las personas con trastornos de personalidad, ansiedad y consumo de sustancias, predominan la presencia de impulsividad y pérdida de control asociados al suicidio.

Por otro lado, sus implicaciones a nivel personal, familiar y social dicha problemática debe ser abordada con urgencia, y por su tendencia a aumentar tal como se ha registrado durante la última década en Colombia, esta situación se constituye en un problema de salud pública, a lo que se suman las condiciones derivadas del conflicto armado, las cuales pueden agudizar factores como la desesperanza, los problemas familiares, económicos, el consumo de sustancias, etc., e incrementar el riesgo de suicidio.

El fenómeno del suicidio debe considerarse como un trastorno biológico que puede ser desencadenado por situaciones medioambientales. Sus bases biológicas se están aclarando. El suicida potencial es una persona con un sufrimiento intenso y siempre es un paciente grave para quien por su desesperanza, las expectativas del futuro no superan un presente doloroso. Luego entonces, para la prevención de este fenómeno es necesario identificar a la población vulnerable. Es importante destacar la necesidad de sensibilizar a padres, maestros y médicos familiares sobre la vital importancia de detectar tempranamente los factores de riesgo del suicidio, por ejemplo ansiedad, depresión o abuso de drogas, para poder establecer un diagnóstico y un tratamiento correcto y oportuno.

Los índices de mortalidad son muy elevados durante este periodo establecido anualmente, como se presenta en los resultados va aumentando, por lo que los adolescentes que practican y logran el suicidio, no pertenecen a ningún tipo de



afiliación y se podría decir que los gastos son cubiertos por familiares en una institución privada y no por una empresa o trabajo que respalde al mismo.

## SUGERENCIAS

El suicidio dentro de la adolescencia es un problema a nivel no solo estatal, nacional si no también mundial al cual tal vez no se le da demasiada importancia, de acuerdo a la OMS el suicidio se encuentra dentro de las 10 principales muertes en el estado de México ya que hace mención que anualmente se realizan 14, 000 intentos de suicidio, con la investigación realizada, los resultados encontrados y analizados, nace la preocupación por el profesional de enfermería

El suicidio es (según la Organización Mundial de la Salud) un problema grave de Salud Pública, y por lo tanto debería requerir atención de la sociedad y administraciones competentes (Sanidad y Educación principalmente). La prevención del suicidio es posible en cuanto a proveer las condiciones para la educación en los adolescentes, tratamiento eficaz de trastornos mentales, y el control de los factores de riesgo.

Se realiza la atención durante la agonía de un paciente para brindarle cuidados paliativos, pero al analizar, la investigación de tendencia de mortalidad se desencadena la y nace la preocupación del que todo es prevenible y hablamos de una enfermedad crónico degenerativa pero así mismo dar la importancia a trastornos psicológicos, para prevención del suicidio y reducir la mortalidad no en su totalidad, pero que las estadísticas por la vigilancia epidemiológica, se vea representadas.

La etapa de la adolescencia se da en el periodo que hombres y mujeres asisten en la secundaria y preparatoria, entonces como profesional de enfermería impartir charlas de integración social, drogadicción, la relación familiar así mismo con sus compañeros realizar actividades donde el adolescente pueda darse cuenta que el amarse a uno mismo es primero, suena difícil porque son adolescentes pero no es imposible. Contar con el apoyo de personas relevantes para el adolescente.

Sin embargo, no se trata de una causa única, sino de una decisión que se va construyendo a lo largo del tiempo, y que está acompañada de factores individuales, familiares y sociales.

### Referencias:

1. Health, W. O. (2017) 'ADOLESCENCIA'. Disponible en: [http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/es/pdf](http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/pdf).
2. Barón B., O. (2000). ADOLESCENCIA Y SUICIDIO. *Psicología desde el Caribe*, [en línea] (6), pp.48-69. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21300605>
3. Bedoya Cardona, E. y Montaña Villalba, L. (2016). Suicidio y Trastorno Mental. *CES Psicología*, [en línea] 9(2), pp.179-201. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423548400012>
4. Gutiérrez García, A. y Contreras, C. y Orozco Rodríguez, R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, [en línea] 29(5), pp.66-74. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58229510>
5. Diane E Papalia, Sally Wedkos Olds, R. técnica F. L. R. (2009) 'Psicología del desarrollo de la infancia a la Adolescencia', *Editorial Hill Me Graw Hill*, p. 546. Disponible en: [http://psicologia.umsa.bo/c/document\\_library/get\\_file?uuid=c1b424e6-d7ae-4ccc-aecc-df2a786add9d&groupId=166775752](http://psicologia.umsa.bo/c/document_library/get_file?uuid=c1b424e6-d7ae-4ccc-aecc-df2a786add9d&groupId=166775752).
6. Legoyt (1864) 'El suicidio en Europa', *Siglo Med*, 11, p. 382.
7. Unicef (2011) *La Adolescencia. Una época de oportunidades, Madrid, Editorial: Estado Mundial de la Infancia*. Disponible en: [http://www.unicef.org/honduras/Estado\\_mundial\\_infancia\\_2011.pdf](http://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf).
8. HERNÁNDEZ-BRINGAS, H. y NARRO-ROBLES, J. (2010). El homicidio en México, 2000-2008. *Papeles de Población*, [en línea] 16(63), pp.243-271. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11213201009>
9. HERNÁNDEZ-BRINGAS, H. y FLORES-ARENALES, R. (2011). El suicidio en México. *Papeles de Población*, [en línea] 17(68), pp.69-101. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11219270004>

10. INEGI (2013) 'Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios de los Estados Unidos Mexicanos'.
11. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (Mexico) 'Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios', p. v.
12. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2013) 'Estadística de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2011', p. 145.
13. Instituto Nacional de Estadística, G. e I. . M. I. (2008) 'Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2005'. Disponible en: [http://www.inegi.gob.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/biblioteca/](http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/biblioteca/).
14. Monografía del Estado de México' (2017). Disponible en: <https://www.mexicodesconocido.com.mx/conoce-mexico/historia/>.
15. Nizama Valladolid, M. (2011). Suicidio.. *Revista Peruana de Epidemiología*, [en línea] 15(2), pp.81-85. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203122516002>
16. Organización Mundial de la Salud (2014) 'Prevención del suicidio suicidio, un imperativo global', *Organización Mundial de la Salud*, p. 4. doi: 10.1002/9780470774120.
17. Hernández Arellano, F. (2006) 'El significado de la muerte', *Revista Digital Universitaria*, 7(8), pp. 1–7.
18. Sarabia Silvana (2014) 'Suicidio: un problema de salud pública', *Rev Neuropsiquiatr*, 77(4), pp. 199–200
19. Silva, A. (2008). Ser adolescente hoy. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, [en línea] 18(52), pp.312-332. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70517520005>

20. IGCEM (2010) 'Censo General de Población y Vivienda, 2000', *Dirección de Estadística elaborado con información del INEGI*.
21. 'Estándares de participación de niñas, niños y adolescentes'. Disponible en:  
[https://www.educo.org/Educo/media/Documentos/InformacionFinanciera/Estándares\\_Participación\\_NNA\\_20150511\\_Educo.pdf](https://www.educo.org/Educo/media/Documentos/InformacionFinanciera/Estándares_Participación_NNA_20150511_Educo.pdf).
22. INEGI, D. de E. elaborado con información del (2015) 'Censo General de Población y Vivienda, 2000', *IGCEM*.
23. Gobierno del Estado de México (2011) 'Plan de desarrollo 2011-2017', *Palacio del Poder Ejecutivo*, p. 38. Disponible en: [www.edomexico.gob.mx](http://www.edomexico.gob.mx).
24. IGCEM (2015) '• INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Coyotepec'. Available at: <http://187.188.121.162:8090/links/002Coyotepec.pdf>.
25. 'El plan de desarrollo de Guinea' (1966) *Medicina Tropical*, 42(5), pp. 301–302.
26. Ocampo, M. (2015) 'EL PLAN DE DESARROLLO Melchor Ocampo'.
27. Población CUAUTITLAN TULTEPEC' *adolescentes*. Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/001Cuautitlán.pdf>.
28. 'El plan de desarrollo de Guinea' (1966) *Medicina Tropical*, 42(5), pp. 301–302.
29. IGEM (2005) 'El plan de desarrollo de Guinea', *Medicina Tropical*, 42(5), pp. 301–302. Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/097Jilotzingo.pdf%0A%0A>.

30. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Teoloyucan'. Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/005Teoloyucan.pdf>.
31. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Cuautitlán Edición'. Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/001Cuautitlán.pdf>.
32. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Jilotzingo'. Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/097Jilotzingo.pdf>.
33. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Acolman'. Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/080Acolman.pdf>.
34. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Axapusco'. Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/044Axapusco.pdf>.
35. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Otumba'. Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/043Otumba.pdf>.
36. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Temascalapa'. Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/048Temascalapa.pdf>.
37. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Apaxco'. Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/116Apaxco.pdf>.
38. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Huehuetoca Edición'. Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/003Huehuetoca.pdf>.
39. Gobierno del Estado de México (2015) 'Información para el plan de desarrollo Villa Guerrero. Edición 2015', p. 54.
40. Gobierno del Estado de México (2015) 'Información para el plan de desarrollo Villa Guerrero. Edición 2015', p. 54. Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/119Nextlalpan.pdf>.

41. Gobierno del Estado de México (2015) 'Información para el plan de desarrollo Villa Guerrero. Edición 2015', p. 54. Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/047 Tecamac.pdf%0A%09%0A>
42. Gobierno del Estado de México (2015) 'Información para el plan de desarrollo Villa Guerrero. Edición 2015', p. 54. Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/120 Tequixquiac.pdf>.
43. Gobierno del Estado de México (2015) 'Información para el plan de desarrollo Villa Guerrero. Edición 2015', p. 54. Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/115 Zumpango.pdf>.
44. Gobierno del Estado de México (2015) 'Información para el plan de desarrollo Villa Guerrero. Edición 2015', p. 54. Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/010 Amecameca.pdf%0A%09%0A>.
45. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Atlautla'. Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/011 Atlautla.pdf>.
46. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Chalco'. Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/009 Chalco.pdf>.
47. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Ecatzingo'. Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/014 Ecatzingo.pdf>.
48. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Ixtapaluca'. Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/015 Ixtapaluca.pdf>.
49. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Juchitepec'. Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/016 Juchitepec.pdf>.
50. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Ozumba'. Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/017 Ozumba.pdf>.
51. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Temamatla'. Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/018 Temamatla.pdf%0A%0A>.



52. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Tlalmanalco'. Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/021Tlalmanalco.pdf>.
53. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Tlalmanalco'. disponible: <http://187.188.121.162:8090/links/021Tlalmanalco.pdf>.
54. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Coacalco de Berriozábal'. Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/093%20Coacalco%20de%20Berrioz%C3%A1bal.pdf>
55. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Nezahualcóyotl'. Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/087Nezahualc%C3%93yotl.pdf%0A%0A>.
56. Gobierno del Estado de México (2015) 'Información para el plan de desarrollo Villa Guerrero. Edición 2015', p. 54. disponible: <http://187.188.121.162:8090/links/081Atenco.pdf%0A%0A>.
57. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Chiautla'. Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/082Chiautla.pdf>.
58. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Chimalhuacán'. Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/085%20Chimalhuac%C3%A1n.pdf>
59. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Papalotla'. Disponible en:  
<http://187.188.121.162:8090/links/088%20Papalotla.pdf>
60. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Tepetlaoxtoc'. Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/090Tepetlaoxtoc.pdf%0A%0A>.
61. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Texcoco Edición'. Disponibl en: <http://187.188.121.162:8090/links/079Texcoco.pdf>.

62. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Acambay de Ruiz Castañeda'. Disponible en: [http://187.188.121.162:8090/links/023 Acambay de Ruiz Castañeda.pdf](http://187.188.121.162:8090/links/023%20Acambay%20de%20Ruiz%20Casta%C3%B1eda.pdf).
63. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Atacomulco Edición'. Disponible en: [http://187.188.121.162:8090/links/024 Atacomulco.pdf](http://187.188.121.162:8090/links/024%20Atacomulco.pdf).
64. IGCEM (2015) 'PROGRAMA CONJUNTO "JUVENTUD, EMPLEO Y MIGRACIÓN PARA REDUCIR LA INEQUIDAD EN EL ECUADOR"'. Disponible en: [https://www.unicef.org/ecuador/LIBRO\\_DE\\_EL\\_ORO\\_Parte1.pdf](https://www.unicef.org/ecuador/LIBRO_DE_EL_ORO_Parte1.pdf).
65. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Temascalcingo'. Disponible en: [http://187.188.121.162:8090/links/025 Temascalcingo.pdf%0A%0A](http://187.188.121.162:8090/links/025%20Temascalcingo.pdf%0A%0A).
66. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Ixtlahuaca'. Disponible en: [http://187.188.121.162:8090/links/026 Ixtlahuaca.pdf](http://187.188.121.162:8090/links/026%20Ixtlahuaca.pdf).
67. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Jiquipilco Edición'. Disponible en: [http://187.188.121.162:8090/links/027 Jiquipilco.pdf](http://187.188.121.162:8090/links/027%20Jiquipilco.pdf).
68. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Jocotitlán'. Disponible en: [http://187.188.121.162:8090/links/028 Jocotitlán.pdf](http://187.188.121.162:8090/links/028%20Jocotitlan.pdf).
69. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO San Felipe del Progreso'. Disponible en: [http://187.188.121.162:8090/links/030 San Felipe del Progreso.pdf](http://187.188.121.162:8090/links/030%20San%20Felipe%20del%20Progreso.pdf).
70. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Aculco'. disponible en: [http://187.188.121.162:8090/links/032 Aculco.pdf](http://187.188.121.162:8090/links/032%20Aculco.pdf).

71. IGECM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Chapa de Mota'. disponible en: [http://187.188.121.162:8090/links/033Chapa de Mota.pdf](http://187.188.121.162:8090/links/033Chapa%20de%20Mota.pdf).
72. IGECM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Jilotepec'. Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/031Jilotepec.pdf%0A%0A>.
73. IGECM (2015) "'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Jilotepec".' Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/034Polotitlán.pdf>.
74. IGECM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Soyaniquilpan de Juárez'.
75. IGECM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Timilpan'. Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/036Timilpan.pdf>.
76. IGECM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Villa del Carbón'. Disponible en: [http://187.188.121.162:8090/links/037Villa del Carbón.pdf](http://187.188.121.162:8090/links/037Villa%20del%20Carbón.pdf).
77. IGECM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Almoloya del Río'. Disponible en: [http://187.188.121.162:8090/links/067Almoloya del Río.pdf%0A%0A](http://187.188.121.162:8090/links/067Almoloya%20del%20Río.pdf%0A%0A).
78. IGECM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Calimaya'. Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/069Calimaya.pdf>.
79. IGECM (2015) "'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Calimaya"''. Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/070Capulhuac.pdf>.
80. IGECM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Chapultepec'. Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/071Chapultepec.pdf>.

- IGECEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Mexicaltzingo'.disponible e.:  
<http://187.188.121.162:8090/links/074%20Mexicaltzingo.pdf>
81. IGECEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Rayón'.disponible en:  
<http://187.188.121.162:8090/links/075%20Ray%C3%B3n.pdf>
82. IGECEM ( 2015 ) 'SANANTOIO DE LA ISLA adolescentes Disponible en:  
<http://187.188.121.162:8090/links/076%20San%20Antonio%20la%20Isla.pdf>
83. IGECEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Tenango del Valle  
<http://187.188.121.162:8090/links/066%20Tenango%20del%20Valle.pdf>
84. IGECEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Texcalyacac' disponible en:  
<http://187.188.121.162:8090/links/077%20Texcalyacac.pdf>
85. IGECEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Tianguistenco' Disponible en:  
<http://187.188.121.162:8090/links/078%20Tianguistenco.pdf>
86. IGECEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Almoloya de Juárez' Disponible en:  
<http://187.188.121.162:8090/links/102%20Almoloya%20de%20Ju%C3%A1rez.pdf>
87. IGECEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Metepec' Disponible en:  
<http://187.188.121.162:8090/links/103%20Metepec.pdf>
88. IGECEM ( 2015 ) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Zinacantepec' Disponible en:  
<http://187.188.121.162:8090/links/106%20Zinacantepec.pdf>
89. IGECEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Huixquilucan adolescentes' Disponible en:  
<http://187.188.121.162:8090/links/095%20Huixquilucan.pdf>

90. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO  
Lerma' Disponible en:  
<http://187.188.121.162:8090/links/038%20Lerma.pdf>
91. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO  
Ocoyoacac' Disponible en:  
<http://187.188.121.162:8090/links/039%20Ocoyoacac.pdf>
92. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO  
Otzolotepec' Disponible en:  
<http://187.188.121.162:8090/links/040%20Otzolotepec.pdf>
93. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO  
San Mateo Atenco' Disponible en:  
<http://187.188.121.162:8090/links/041%20San%20Mateo%20Atenco.pdf>
94. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO  
Temoaya' Disponible en:  
<http://187.188.121.162:8090/links/104%20Temoaya.pdf>
95. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO  
Xonacatlán' Disponible en:  
<http://187.188.121.162:8090/links/042%20Xonacatl%C3%A1n.pdf>
96. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO  
Amatepec' Disponible en:  
<http://187.188.121.162:8090/links/051%20Amatepec.pdf>
97. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO  
Tejupilco' Disponible en:  
<http://187.188.121.162:8090/links/057%20Tejupilco.pdf>
98. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO  
Temascaltepec' Disponible en:  
<http://187.188.121.162:8090/links/055%20Temascaltepec.pdf>
99. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO  
Tlatlaya' Disponible en:  
<http://187.188.121.162:8090/links/053%20Tlatlaya.pdf>
100. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO  
Luvianos' Disponible en:  
<http://187.188.121.162:8090/links/123%20Luvianos.pdf>
101. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO  
Almoloya de Alquisiras' Disponible en:

<http://187.188.121.162:8090/links/050%20Almoloya%20de%20Alquisiras.pdf>

102. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Coatepec Harinas Disponible en :  
<http://187.188.121.162:8090/links/059%20Coatepec%20Harinas.pdf>
103. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Ixtapan de la Sal Disponible en:  
<http://187.188.121.162:8090/links/060%20Ixtapan%20de%20la%20Sal.pdf>
104. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Malinalco Disponible en:  
<http://187.188.121.162:8090/links/061%20Malinalco.pdf>
105. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Ocuilan Disponible en:  
<http://187.188.121.162:8090/links/062%20Ocuilan.pdf>
106. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Tultepec Disponible en:  
<http://187.188.121.162:8090/links/007%20Tultepec.pdf>
107. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Tenancingo Disponible en:  
<http://187.188.121.162:8090/links/058%20Tenancingo.pdf>
108. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Tonicato Disponible en:  
<http://187.188.121.162:8090/links/063%20Tonicato.pdf>
109. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Villa Guerrero Disponible en:  
<http://187.188.121.162:8090/links/064%20Villa%20Guerrero.pdf>
110. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Zacualpan Disponible en:  
<http://187.188.121.162:8090/links/054%20Zacualpan.pdf>
111. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Zumpahuacán Disponible en:  
<http://187.188.121.162:8090/links/065%20Zumpahuac%C3%A1n.pdf>

112. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Amanalco Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/108%20Amanalco.pdf>
113. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Donato Guerra Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/109%20Donato%20Guerra.pdf>
114. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Ixtapan del Oro Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/110%20Ixtapan%20del%20Oro.pdf>
115. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Valle de Bravo Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/107%20Valle%20de%20Bravo.pdf>
- IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Villa de Allende Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/113%20Villa%20de%20Allende.pdf>
116. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Villa Victoria Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/105%20Villa%20Victoria.pdf>
117. IGCEM (2015) 'INFORMACIÓN PARA EL PLAN DE DESARROLLO Zacazonapan Disponible en: <http://187.188.121.162:8090/links/114%20Zacazonapan.pdf>



## 8.11 Carta de Cesión de Derechos de Autor: Evaluación Profesional

Facultad de Enfermería y Obstetricia  
Subdirección Académica  
Departamento de Evaluación Profesional



Versión Vigente No. 00

Fecha: 22/05/2014

**CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR**

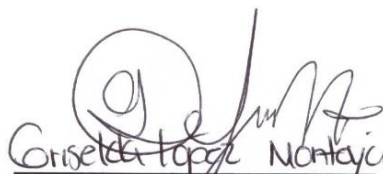
El que suscribe **GRISELDA LÓPEZ MONTOYA** Autor(es) del trabajo escrito de evaluación profesional en la opción de **TESIS** con el título **TENDENCIA DE MORTALIDAD POR SUICIDIO EN ADOLESCENTES EN EL ESTADO DE MÉXICO, 2000-2015**, por medio de la presente con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor, así como los artículos 35 y 36 fracción II de la Ley de la Universidad Autónoma del Estado de México; manifiesto mi autoría y originalidad de la obra mencionada que se presentó en la Facultad de Enfermería y Obstetricia para ser evaluada con el fin de obtener el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Así mismo expreso mi conformidad de ceder los derechos de reproducción, difusión y circulación de esta obra, en forma **NO EXCLUSIVA**, a la Universidad Autónoma del Estado de México; se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental, todo ello siempre y cuando sus fines sean académicos, humanísticos, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura.

Entendiendo que dicha cesión no genera obligación alguna para la Universidad Autónoma del Estado de México y que podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Por lo que el autor da su consentimiento para la publicación de su trabajo escrito de evaluación profesional.

Se firma presente en la ciudad de Toluca Edo. De México, a los 22 días del mes de noviembre de 2017.

  
 Griselda López Montoya  
 Nombre y firma de conformidad



