

**INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA CASO DE CLUTER O
POBLACIONES PRIORITARIAS**

Lesiones Autoinfligidas Intencionalmente y
Muerte por Suicidio

2022

BORRADOR

Ministerio de Salud. Lesiones Autoinfligidas Intencionalmente y Muerte por Suicidio. Investigación Epidemiológica Santiago, MINSAL 2022.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de disseminación y capacitación. Prohibida su venta.

2022.



ÍNDICE

Contenido

1. DEFINICION DE CASO	6
2. PROCEDIMIENTOS	6
2.1. POBLACIONES PRIORITARIAS	6
3. DIRECTRICES PARA LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CLUSTERS.....	8
3.1. ACCIONES PARA LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA	8
3.2. ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CLUSTER	10
4. RESPONSABILIDADES Y DEFINICIÓN DE ROLES EN LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA.....	14
5. COORDINACIÓN CON REVEP	15
6. INTERVENCIÓN Y GESTIÓN DE CASOS	15
7. CONSIDERACIONES ACERCA DEL CONCEPTO CLUSTER	16
7.1. MECANISMOS ENVUELTOS EN CLUSTERS DE SUICIDIO	17
8. CONSIDERACIONES PARA LA DEFINICIÓN DE POBLACIONES AFECTADAS.....	18
8.1. LA METODOLOGÍA DE CÍRCULOS DE VULNERABILIDAD.....	19
9. CONSIDERACIONES PARA MUERTES POR SUICIDIO DE ALTA CONNOTACIÓN PÚBLICA/ CON PRENSA INVOLUCRADA.....	21
10. CONSIDERACIONES PARA CASOS DE LAIN O MUERTE POR SUICIDIO EN LUGARES PÚBLICOS Y/O DE ALTO TRÁNSITO DE PERSONAS.....	23
10.1. IDENTIFICAR LOCACIONES	23
10.2. IDENTIFICAR ACTORES RELEVANTES.....	24
10.3. ESTRATEGIAS PARA LA INTERVENCIÓN.....	24
11. CONSIDERACIONES PARA CASOS DE LAIN O MUERTE POR SUICIDIO EN CONTEXTO DE ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES	25
12. CONSIDERACIONES PARA LA PREVENCIÓN COMUNITARIA.....	26
13. ANEXOS.....	27
ANEXO 1: FORMATO MINUTA DE ALERTA	27
ANEXO 2: FICHA DE CONFORMACIÓN DE COMITÉ DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA DE CLUSTERS..	28
ANEXO 3: FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CLUSTERS	30
ANEXO 4: FORMATO PARA DOCUMENTAR Y ANALIZAR LOS CASOS CONFIRMADOS DEL CLUSTER	32
ANEXO 5: MATRIZ DE CIRCULOS DE VULNERABILIDAD (con ejemplos)	33
ANEXO 6: LISTADO DE RECURSOS DE APOYO DE LA REGIÓN.....	35
REFERENCIAS	36

BORRADOR

1. DEFINICION DE CASO

Clúster: Presencia de dos o más casos (probables o confirmados) de eventos de LAIN y/o casos confirmados de suicidio (confirmado o indeterminado) en los que se comprueba su ocurrencia en un mismo período de tiempo dentro de una misma área geográfica, o con algún vínculo personal o de otra naturaleza.

2. PROCEDIMIENTOS

La investigación epidemiológica de LAIN y muerte por suicidio es llevada por la SEREMI de Salud, encargado de la vigilancia de Epidemiología de la región respectiva, y tiene tres objetivos:

1. Cuantificar magnitud e identificar nuevos casos en riesgo ante clúster de LAIN y/o muerte por suicidio.
2. Identificar eventos gatillantes o facilitadores comunes.
3. Implementar medidas para disminuir accesibilidad a métodos letales.

2.1. POBLACIONES PRIORITARIAS

La investigación epidemiológica se activa ante la ocurrencia de eventos de LAIN y muerte por suicidio, priorizando poblaciones en mayor vulnerabilidad dada por la presencia de factores de riesgo; 1) personas menores de 20 años, y 2) personas bajo cuidado de instituciones tales como hogares SENAME, prisión, residencias adulto mayor, hospitales y/o residencia de rehabilitación de alcohol o drogas, entre otros.

Según esta priorización, la investigación epidemiológica se activa en las siguientes situaciones específicas:

- ✓ Ante presencia de cluster de LAIN y/o muerte por suicidio que incluya personas menores de 20 años.
- ✓ Ante la presencia de lesiones autoinfligidas o muerte por suicidio en población con residencia institucional.
- ✓ Suicidios de alta connotación pública.

La relación entre tipo de investigación epidemiológica y objetivos de la investigación es la siguiente:

Tabla N° 1: Tipos de investigación epidemiológica, objetivos y acciones correspondientes

Investigación Epidemiológica		Objetivos	Acciones específicas
Según ocurrencia	Clúster de LAIN y/o muerte por suicidio que incluya personas menores de 20 años.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar nuevos casos en riesgo ante clúster de LAIN y/o muerte por suicidio - Identificar eventos gatillantes o facilitadores comunes 	
	LAIN o muerte por suicidio de persona con residencia institucional.	<ul style="list-style-type: none"> - Disminuir accesibilidad a métodos letales 	<p>Realizar al menos, una reunión de trabajo con los encargados de la residencia institucional.</p> <p>Elaboración de plan de trabajo conjunto para la prevención de futuros eventos.</p>
	Muerte por suicidio de alta connotación pública	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar nuevos casos en riesgo ante clúster de LAIN y/o muerte por suicidio - Identificar población en riesgo 	<p>Realizar al menos, una reunión de trabajo con los medios de comunicación locales y/o nacionales involucrados.</p>

3. DIRECTRICES PARA LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CLUSTERS

La investigación epidemiológica debe ser realizada en el menor tiempo posible, una vez tomado conocimiento del evento. Si la información se recibió tardíamente de igual manera deberá realizarse la investigación, con el fin de evaluar la existencia de otros casos y establecer las medidas preventivas correspondientes.

Para llevar a cabo la investigación epidemiológica es necesario llevar a cabo las siguientes acciones:

- a) Establecer comité de investigación epidemiológica: En donde deben coordinarse las áreas de la SEREMI de Epidemiología y Salud Mental y el referente del servicio de salud correspondiente, cómo mínimo.
- b) Entrevista con actores clave de sector salud y el intersector según corresponda.
- c) Recopilación de antecedentes clínicos de los casos y registros de información de la red.
- d) Elaboración de informe según pauta de investigación epidemiológica.

3.1. ACCIONES PARA LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

- a) Establecer comité de investigación epidemiológica

Para llevar a cabo la investigación epidemiológica y las acciones correspondientes de contención y disminución de accesibilidad a métodos letales, es necesario conformar un comité que pueda hacerse cargo de dichas tareas. Este equipo debería incluir cómo mínimo al referente SEREMI de Epidemiología y Salud mental y referente del Servicio de Salud de suicidio y/o Salud mental.

Dependiendo de la realidad de cada investigación, se recomienda la incorporación de otros actores relevantes en el comité de investigación, tales como el referente del servicio de salud SENAME, SEREMI del Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género, u otros actores públicos relevantes. Se recomienda al comité contar con la asesoría externa de un experto regional en el área, ya sea proveniente del ámbito académico o de organizaciones de la sociedad civil vinculados a la temática.

El liderazgo del comité recae en Epidemiología de la SEREMI. Si bien será necesario para el éxito del comité el traspaso de información sensible de manera oportuna, es imperioso que todos los miembros del comité tengan claridad de los criterios de confidencialidad que debe regir en el traspaso de información en todo momento. En este sentido, la información entre los miembros del comité debe ser tratado como información sensible, y toda comunicación fuera del comité debe ser anonimizada.

También es necesario que todos los miembros del comité establezcan a la persona encargada de la entrega de información a actores secundarios de la comunidad. Es también importante definir

previamente al encargado de comunicaciones en el caso que la prensa local esté involucrada, y dicho encargado debe considerar el sentir de la familia respecto a la cantidad de información que puede/debe ser compartida. Para más información de cómo informar a los medios de comunicación, ver el apartado “Consideraciones para muertes por suicidio de alta connotación pública/ con prensa involucrada” en este mismo documento.

En el anexo n°2 puede encontrar el acta de la primera reunión del comité.

b) Entrevistas con actores clave de sector salud, intersector y otros, según corresponda.

Para la realización de la investigación epidemiológica es necesario definir los actores claves que podrían aportar información tanto del cluster en cuestión como de la población posiblemente afectada (para más información, ver el apartado *consideraciones para la definición de poblaciones afectadas*).

En este sentido, será importante definir los profesionales más idóneos para realizar dichas entrevistas. Se sugiere contar con el apoyo de la SEREMI de salud para gestionar lo más prontamente posible las reuniones con otras instituciones del Estado. Para el caso de entrevistas con profesores, por ejemplo, será necesario prever no sólo el profesional para llevar a cabo la investigación sino también algún profesional que pueda realizar intervenciones de primer auxilio psicológico en el caso necesario.

c) Recopilación de antecedentes clínicos de los casos y registros de información de la red.

Una vez definido preliminarmente la conformación inicial del clúster y un (o varios) perfil de riesgo, será necesario recopilar la información necesaria para confirmar y/o ampliar las definiciones de trabajo. En este aspecto, y para los antecedentes clínicos de los casos y la información de la red sanitaria, es el encargado o referente del servicio de salud mental el encargado de gestionar dicha información y definir las acciones de postvigilancia necesarias que se vayan detectando en el contexto del comité de investigación. Por otro lado, las acciones de prevención comunitaria, a población general y a población específica, son responsabilidad del encargado de salud mental de la SEREMI en el contexto de la investigación epidemiológica cuyo objetivo es disminuir el riesgo de contacto y aumento del clúster.

d) Elaboración de informe según pauta de investigación epidemiológica.

Una vez llevado a cabo todas las indagaciones y acciones correspondientes, el informe final de la investigación debe ser elaborado por el encargado de la vigilancia del departamento de Epidemiología de la SEREMI, y remitido a la brevedad al departamento de Epidemiología MINSAL.

3.2. ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CLUSTER

Los pasos para desarrollar esta investigación (1) están descritos en orden lógico, sin embargo, en la mayoría de las investigaciones estos ocurren de manera simultánea:

- A. Establecer la existencia de un clúster
- B. Confirmar el diagnóstico: en conjunto con SEREMI Salud mental
- C. Definir el caso y contar los casos
- D. Describir los acontecimientos
- E. Determinar quién está en riesgo
- F. Desarrollar una hipótesis a partir de la información y elaborar una explicación de la causa probable del evento y evaluar la hipótesis
- G. Implementar medidas de prevención y control
- H. Comunicar los hallazgos

A. ESTABLECER LA PRESENCIA DE UN CLUSTER Y/O MUERTES POR SUICIDIO EN POBLACIÓN PRIORITARIA / ALTA CONNOTACIÓN PÚBLICA

Todos los actores involucrados en el sistema de vigilancia pueden indicar la sospecha de la presencia de un clúster de intentos o suicidios, así como de suicidios de personas con residencia institucional o de alta connotación pública. Los profesionales más cercanos al territorio, como lo son los delegados de epidemiología y los encargados del programa de salud mental de los servicios de salud son actores fundamentales para la pesquisa de estos eventos.

Sin embargo, es función de la SEREMI Epidemiología de realizar una revisión sistemática de los registros de la vigilancia que puedan alertar de dichos comportamientos.

Por otro lado, la descarga de la base de datos completa periódicamente permite realizar los filtros por edad, sexo, comuna, establecimiento educacional y/o lugar de trabajo, configuradas como las variables mínimas (aunque no exhaustivas) de la definición de un clúster para las LAIN.

Para el caso de muerte por suicidio, las variables comuna, edad y sexo, son las variables mínimas que podrían sugerir la existencia de un clúster de suicidio.

Es importante señalar que se debe realizar este análisis en paralelo, considerando la misma temporalidad, pues puede ser que un clúster esté configurado por LAIN y suicidios al mismo tiempo.

Sin embargo, según la agencia de Salud Pública de Inglaterra(2), la percepción comunitaria de un *clúster* es suficiente para situar a sus habitantes en un mayor nivel de vulnerabilidad, independiente de la confirmación estadística de éste y, por lo mismo, se sugiere tomar medidas de control de

riesgos de forma inmediata independiente de la objetivación estadística de los eventos como un aumento de casos por sobre lo esperado.

B. CONFIRMAR EL DIAGNÓSTICO

Una vez establecida la existencia de un clúster de intentos y/o muerte por suicidio o bien, la muerte por suicidio de población prioritaria o de alta connotación pública, es necesario la verificación que los casos corresponden a LAIN o suicidios a través de la revisión de los antecedentes de los casos: historias clínicas, exámenes, entrevistas al personal de salud, u otros. Esta revisión debe hacerse en conjunto con el departamento de Salud Mental de la SEREMI.

Esta etapa debe considerar recolección de información cuantitativa y cualitativa. La recolección de información cuantitativa hace referencia a datos existentes de suicidalidad y LAIN de fuentes locales, comunales y regionales. Por ejemplo; fichas clínicas de APS, Registro de atenciones de urgencia, información policial como denuncias o constancias, e información de encuestas poblacionales en el caso que correspondan.

La recolección de datos cualitativos refiere a entrevistas en profundidad con informantes clave. La definición de informantes claves dependerá de la definición de los casos. Por ejemplo, en el caso de un clúster en un establecimiento educacional, puede referir al director de escuela, profesores cercanos, orientador o equipo PIE, médico tratante en APS, etc.

No se recomienda visitar a los familiares directos de las muertes por suicidio ni a los pacientes con LAIN para la etapa de investigación. Estas personas idealmente, sólo deben ser contactados para la etapa de acompañamiento y provisión de medidas de protección y acompañamiento.

C.- DEFINIR EL CASO Y CONTARLOS

En esta etapa es importante establecer la definición de caso de clúster e identificar claramente los intentantes y/o fallecidos por suicidio. Es importante que la etapa previa de recolección de información haya sido exhaustiva para delimitar con la mayor precisión posible el clúster en cuestión.

Un formato sugerido para la presentación de los casos se encuentra en el anexo 3.

D. DESCRIBIR LOS ACONTECIMIENTOS

Orientar los datos en términos de tiempo, lugar y persona, así como el nexo epidemiológico que configura el clúster si fuere el caso. Establecer una línea de tiempo de las distintas muertes por suicidio y/o lesiones, así como de otra información relevante al caso.

E. DETERMINAR QUIÉN ESTÁ EN RIESGO

Para determinar qué personas se encuentran en riesgo, será necesario elaborar una lista lo más acabada posible de personas expuestas, afectadas y en duelo en corto y largo plazo, identificando claramente a la población previamente vulnerable (para más información, ver “Consideraciones para la definición de poblaciones afectadas”). Una metodología útil para esto, es la de círculos de vulnerabilidad.

En cada categoría de proximidad, se pueden definir personas expuestas, afectadas y en duelo, considerando la superposición de dichas categorías. En este sentido, uno de los criterios que debe ser considerado siempre se relaciona con personas con trastornos de salud mental o intentantes previos en cualquiera de estos grupos.

Parte de la investigación será la definición de un (o varios) perfil de riesgo, considerando las características epidemiológicas de los casos (por ejemplo, personas que compartan lugar de trabajo, rango de edad o historia de vida similar). Una vez definidos claramente los perfiles de riesgo, se deberán identificar con nombre y apellidos a la población que cumple dicho perfil. En este sentido, es de vital importancia el trabajo del referente del servicio de salud, que tiene acceso a las fichas clínicas y otra información de salud de los pacientes de su red.

Como ejemplo, si se ha definido un perfil específico (sexo, edad y situaciones de vida similares), será el referente de salud mental del servicio la persona encargada de contactar a la red para ver qué pacientes de APS cumplen con dicho perfil y aportar información acerca de ellos, así como si están en control de salud mental y gestionar la pronta atención de ellos. También podría revisar los antecedentes del DAU, para identificar consultas de urgencia relevantes a la investigación.

F. DESARROLLAR Y EVALUAR UNA HIPÓTESIS

El comité deberá desarrollar una hipótesis a partir de la información y elaborar una explicación de la causa probable del evento. A la luz de los antecedentes recabados, evaluar la plausibilidad de dicha hipótesis.

G. IMPLEMENTAR MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL

Para esto, es necesario realizar las gestiones con el Servicio de Salud correspondiente para la atención prioritaria de los casos definidos en el punto D. Así como la pertinencia de intervenciones de prevención comunitarias (colegio, barrio, lugar de trabajo, por ejemplo) a cargo de SEREMI Salud Mental.

Por otro lado, es necesario implementar medidas que dificulten el acceso a medios letales, tales como la elaboración de planes de trabajo con las contrapartes correspondientes. Por ejemplo, en el caso de muertes por suicidio recurrente por salto de un puente, será necesario coordinarse con la municipalidad para evaluar un plan de cierre del acceso peatonal o mejora en la iluminación del sector. En el caso de muertes o LAIN por ingesta de medicamentos en residencias tuteladas, corresponderá la elaboración de un protocolo de uso de la farmacia para evitar futuros eventos.

H. COMUNICAR LOS HALLAZGOS

Es responsabilidad de Epidemiología SEREMI mantener a todos los actores relevantes informados de los resultados de la investigación, resguardando la información sensible correspondiente, así como la elaboración de minuta de investigación y derivarla a Epidemiología MINSAL.

4. RESPONSABILIDADES Y DEFINICIÓN DE ROLES EN LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Las funciones y responsables de cada institución incorporada en la investigación epidemiológica se describen en la siguiente tabla:

Tabla N° 2: Funciones y acciones de los distintos actores del comité

Profesional	Funciones	Acciones
SEREMI Epidemiología	<ul style="list-style-type: none"> -Liderar comité de investigación epidemiológica - Definición de perfiles epidemiológicos de riesgo -Implementación de medidas que dificulten el acceso a medios letales -Coordinación con REVEP en caso necesario -Elaborar informe de investigación epidemiológica 	<ul style="list-style-type: none"> -Establecer criterios de confidencialidad de traspaso de la información -Definir encargado de comunicaciones y/o punto de contacto con la comunidad
SEREMI Salud Mental	<ul style="list-style-type: none"> -Participar comité de investigación epidemiológica -Establecer intervenciones comunitarias en caso de ser necesario -Dar lineamiento a medios de comunicación 	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar intervenciones PAP a informantes locales en caso de ser necesario -Capacitar a población relevantes en temáticas de prevención del suicidio -Mantener actualizada los recursos de apoyo de la región
Referente Servicio de Salud	<ul style="list-style-type: none"> -Participar comité de investigación epidemiológica -Gestionar la atención a población de riesgo -Recopilar información sanitaria del cluster 	<ul style="list-style-type: none"> -Revisión de fichas clínicas que coincidan con el perfil epidemiológico de la población en riesgo -Revisión de ficha de atención de urgencia (DAU) que coincidan con el perfil epidemiológico de población en riesgo.

5. COORDINACIÓN CON REVEP

Existen casos que insuman tanto la vigilancia de LAIN y muertes por suicidio, como la REVEP, por intoxicación aguda por plaguicidas. En el caso de observarse un brote, es importante la definición de los actores claves en el comité correspondiente. La vigilancia por AIP puede encontrarse tanto en el departamento de epidemiología de la SEREMI, como en el departamento de Salud Ocupacional, por lo que es de especial relevancia la incorporación de dicho departamento cuando alguno de estos casos aparezca.

En este sentido, el objetivo específico de la investigación epidemiológica de la REVEP difiere de los objetivos de este manual, a saber, es aplicar oportunamente las medidas de prevención y control de plaguicidas, así como evaluar las condiciones de riesgo del lugar para definir si se requiere retirar a la lo las personas o suspender la actividad de riesgo. Es por esto, que la conformación del comité en el caso de intoxicación por plaguicidas exige una acabada coordinación del equipo correspondiente, definiendo claramente, los roles y funciones de cada miembro del comité para lograr ambos objetivos.

6. INTERVENCIÓN Y GESTIÓN DE CASOS

Todas las intervenciones a tomar ante eventos de LAIN o muertes por suicidio, están detalladas en el programa de prevención de suicidio desarrollados por el Departamento de Salud Mental de la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) del MINSAL y son responsabilidad en su implementación del encargado SEREMI de Salud Mental en conjunto con el respectivo encargado del Servicio de Salud.

7. CONSIDERACIONES ACERCA DEL CONCEPTO CLUSTER

El término clúster describe la situación en las que se presenta una mayor cantidad de suicidios (y/o LAIN) de los esperados en un período de tiempo y/o lugar acotado. En general, se considera como clúster la aparición de tres o más casos de LAIN o de muerte por suicidio en el mismo período de tiempo y lugar. La definición de estos parámetros de tiempo y espacio es responsabilidad de la autoridad sanitaria regional en constante diálogo con el Departamento de Epidemiología y Departamento de Salud Mental del MINSAL, y es atinente a cada región. Se debe considerar también como clúster dos o más casos vinculados por algún tipo de relación existente.

En este sentido, es importante establecer si existe una conexión entre los eventos muy tempranamente, aunque no sea necesaria la existencia de un vínculo para que se constituya un clúster. Muertes por suicidio sin conexión pueden generar en la comunidad consecuencias similares a un clúster con suicidios conectados, ya sea por el impacto de la prensa, especulaciones de grupos locales o la influencia de los métodos utilizados para llevar a cabo el suicidio.

El término “suicidios múltiples” es frecuentemente utilizado para describir una situación en las que ocurre más de una muerte por suicidio en un tiempo acotado y con cierta proximidad geográfica, aunque no sea considerado un clúster. Establecer la conexión entre las muertes es de importancia para identificar el riesgo de contagio del comportamiento suicida y proveer las intervenciones necesarias, sin embargo, suicidios múltiples aparentemente no conectados en una localidad pueden tener consecuencias similares a múltiples muertes conectadas. Por otro lado, también la literatura científica los ha denominado “enjambres”. En este sentido, es importante considerar la realidad de cada región, y cómo han sido históricamente considerados y nombrados estos eventos, para adecuarse a las sensibilidades locales.

Tabla N° 3: Definición de clústeres

TIPO	DEFINICIÓN
Clústeres espacio-temporales	Se observa una cantidad mayor de suicidios de las esperadas en un período de tiempo acotado en una localidad específica. Esta puede ser un barrio, o una institución como colegio, universidad y hospital.
Clústeres temporales	Se observa una mayor cantidad de suicidios que los esperados en un período de tiempo en localidades geográficamente distantes. Este tipo de clúster es más difícil de identificar, y las redes sociales pueden tener un rol en su propagación.
Clústeres de método suicida	Algunos clústeres se generan a partir de un método particular de suicidio (como, por ejemplo, ahorcamiento o ingesta de medicamentos). Este tipo de clúster puede ser temporal o espacio-temporal.

Clústeres de Eco	Se observa un clúster en la misma localidad que uno anterior, pero con un desfase temporal.
------------------	---

7.1.MECANISMOS ENVUELTOS EN CLUSTERS DE SUICIDIO

Los clústeres de suicidio pueden ser producidos por la influencia del suicidio de una persona en otra, al aumentar sus comportamientos suicidas o ideaciones y/o intentos.

Existen varios mecanismos que pueden operar en esta influencia, tales como conductas imitativas, identificación proyectiva, modelamiento o aprendizaje, personas con duelos no resueltos previamente, a pesar de la escasa evidencia científica que apoya la operación de cualquiera de estos mecanismos en la formación de clústeres. Existen también hipótesis más relacionadas con la tendencia de las personas de reunirse socialmente con personas similares. En este sentido, los clústeres se darían entre quienes ya tienen un riesgo elevado de conductas suicidas previo a la aparición del evento. Lo más probable es que estos mecanismos operen de manera simultánea, y que el mecanismo principal sea propio en cada localidad y población afectada (3).

También es necesario considerar que no todas las muertes por suicidio que ocurren en clústeres operan con mecanismos de contagio, pues pueden ser también causa de estresores ambientales tales como falta de trabajo y oportunidades o de tratamientos oportunos.

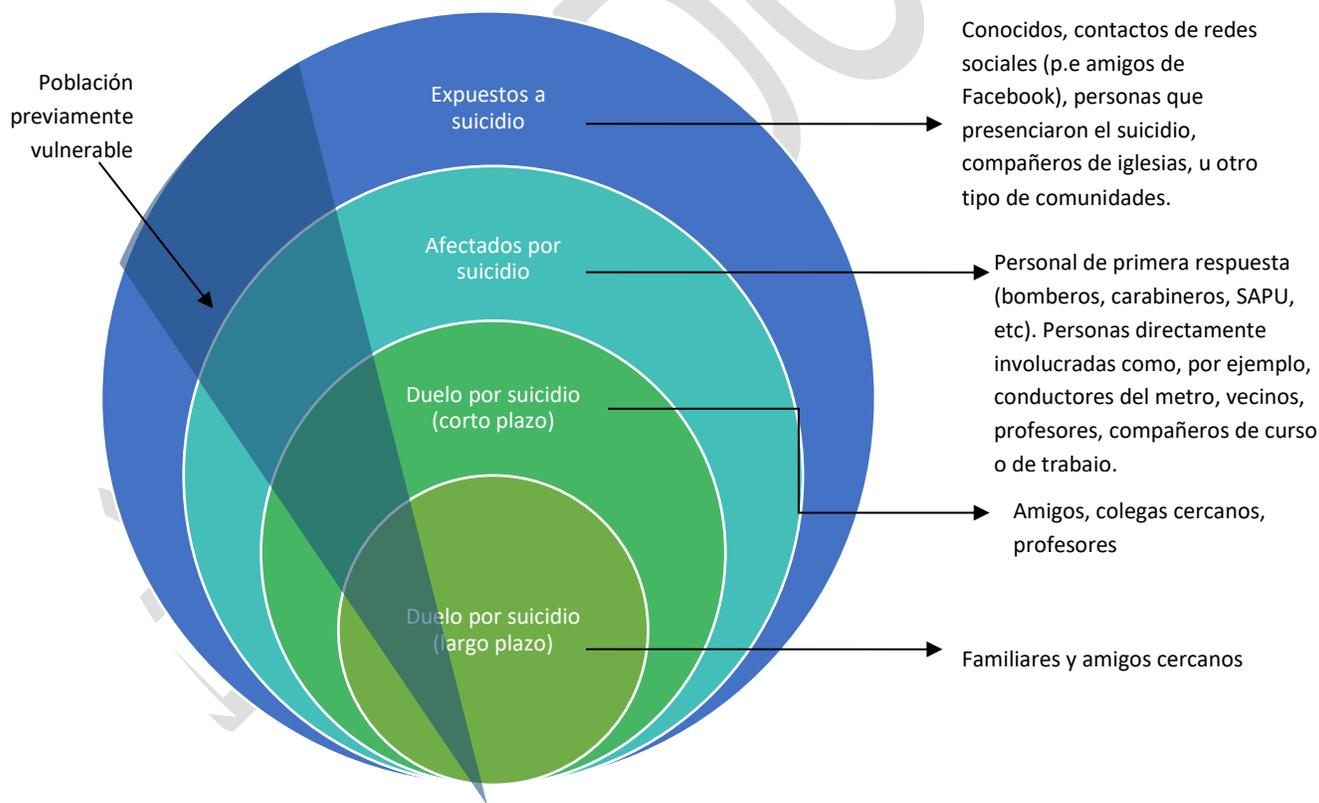
Los mecanismos de contagio son más probables cuando;

- un suicidio es perpetrado por una persona de similares características (edad, género, circunstancias sociales, etc.) a otra que ha muerto. Estos suicidios anteriores pueden ser de la propia comunidad de la persona, o bien pueden haber tomado conocimiento del suicidio anterior por los medios de comunicación o las redes sociales. Esto se conoce como *transmisión horizontal*.
- Métodos de suicidio poco usuales o nuevos son publicitados tanto en medios tradicionales como en redes sociales
- Una celebridad muere por suicidio. Conocido como *transmisión vertical*.
- La persona que fallece por suicidio es joven.

8. CONSIDERACIONES PARA LA DEFINICIÓN DE POBLACIONES AFECTADAS

El suicidio de una persona afecta a un gran número de personas; familia, amigos, compañeros de trabajo, profesores, pero también a personas no consideradas cercanas al individuo. El duelo por suicidio puede incrementar el riesgo suicida, especialmente en personas cercanas, pero también en individuos que han sido expuestos al evento suicida que eran anteriormente vulnerables debido a problemas de salud mental, aislamiento, historia de lesiones auto infligidas, y otros factores psicológicos, psicosociales y ambientales. Estos individuos podrían no ser conocidos del individuo fallecido y, por tanto, mantenerse alejados de las redes de contención que se pudieran articular.

Imagen n° 1: Población afectada por suicidio*



* Versión Public Health ENgrand, basado en 4. D. The continuum of "survivorship": definitional issues in the aftermath of suicide. Suicide Life Threat Behav. 2014;44(6):591-600.

Cerel J, McIntosh JL, Neimeyer RA, Maple M, Marshall

8.1. LA METODOLOGÍA DE CÍRCULOS DE VULNERABILIDAD

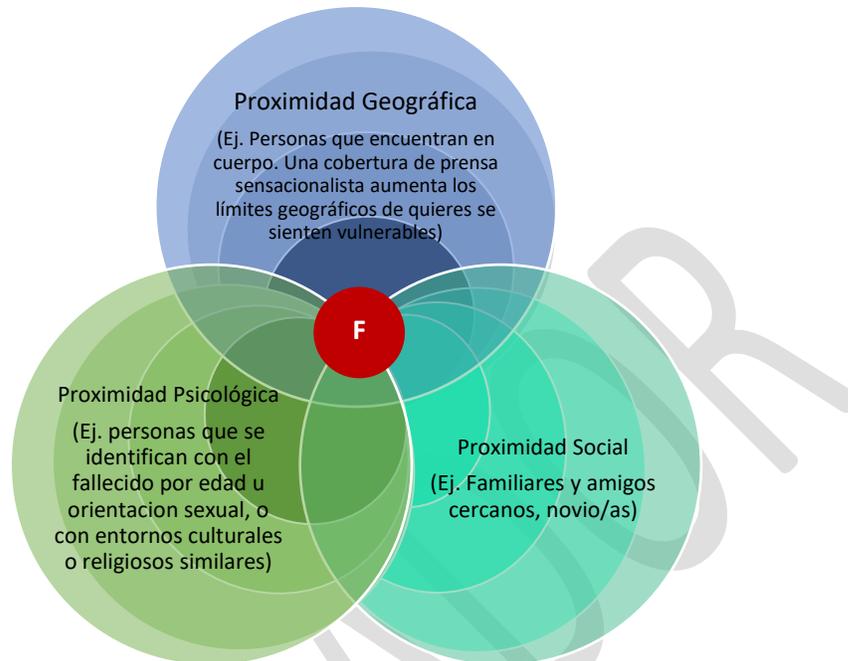
Los círculos de vulnerabilidad son los espacios sociales dentro de los cuales se pueden identificar personas cercanas a los fallecidos, desde diferentes criterios, y que por ende pueden tener un mayor nivel de afectación y posterior riesgo de ejercer una conducta imitativa (PHE, 2019). Los círculos de vulnerabilidad destacan tres dimensiones; proximidad geográfica (cercanía física o distancia con el evento), proximidad social (tipo de relación personal con el fallecido) o de identificación psicológica (personas que pueden no ser cercanas, pero sentirse identificados con los fallecidos).

Si bien no es posible identificar a todas las personas que están en riesgo luego de un suicidio, los círculos de vulnerabilidad pueden aportar información acerca de las personas y grupos que están en mayor riesgo. Dentro de las personas que pueden estar en mayor riesgo, se encuentran aquellas que:

- Están con diagnosticadas con depresión y otra enfermedad de salud mental, y/o se encuentran desesperanzados
- Tiene antecedentes de lesiones autoinfligidas intencionalmente
- Se sienten responsables por la muerte del individuo o son objetos de acusaciones por la muerte
- Sienten cercanía y/o identificación psicológica con el fallecido
- Tienen amigos o familiares con antecedentes de suicidio o LAIN
- No tienen redes familiares o sociales de apoyo
- Tienen una historia de experiencias adversas en la infancia

El círculo rojo representa a la persona que fallece por suicidio. Los tres grupos círculos que se superponen muestran el nivel de vulnerabilidad de acuerdo a su cercanía con la persona fallecida.

Imagen n° 2: Círculos de Vulnerabilidad



Se puede encontrar una matriz de círculos de vulnerabilidad con ejemplos en el anexo 5.



9. CONSIDERACIONES PARA MUERTES POR SUICIDIO DE ALTA CONNOTACIÓN PÚBLICA/ CON PRENSA INVOLUCRADA

Los medios de comunicación pueden tener una influencia importante en el desarrollo de un clúster de muerte por suicidio. Esto incluye medios tradicionales como prensa escrita, radio y televisión, así como medios sociales a través de internet y plataformas digitales. Éstos últimos se han transformado en mecanismos cada vez más importantes debido a que pueden transmitir información poco precisa y dañina, así como fuentes de ayuda e información de apoyo.

La manera en que los suicidios aparecen en la prensa determina significativamente un aumento de la probabilidad de contagio. Estudios muestran que los suicidios que luego se transformaron en clústeres difieren de reportes de suicidios individuales en los siguientes tópicos:

1. Aparición repetitiva y frecuente en la cobertura
2. En el caso de medios escritos, la aparición en portadas.
3. Tener como título la palabra “Suicidio” o describir el método específico.
4. Descripciones acabadas de los individuos y de sus actos suicidas.

Por otro lado, también se ha observado que una cobertura periodística más positiva como reportes de personas que han superados etapas de ideación suicida podrían estar asociadas a la prevención del suicidio. Los medios digitales, tienen un potencial enorme para proveer apoyo en crisis y son más rápidos para llegar a población marginalizada.

La OMS ha entregado un manual para los medios de comunicación para reportar suicidios (5). Estos lineamientos, como referencia rápida, son los siguientes:

Tabla N° 4: Recomendación OMS

Lo que se DEBE hacer	Lo que NO SE DEBE hacer
<ul style="list-style-type: none"> • Suministrar información exacta acerca de dónde buscar ayuda • Educar al público acerca de los datos sobre el suicidio y la prevención del suicidio, sin difundir mitos. • Informar sobre maneras de hacer frente a los estresores de la vida o a pensamientos suicidas y sobre formas de obtener ayuda • Tener mucho cuidado al informar sobre suicidios de celebridades • Tener cuidado al entrevistar a familiares o amigos que estén atravesando un duelo por haber perdido un ser querido • Reconocer que los profesionales de los medios de comunicación se pueden ver afectados por reportar noticias sobre suicidios. 	<ul style="list-style-type: none"> • No destacar ni repetir innecesariamente las noticias sobre suicidios • No utilizar lenguaje que sea sensacionalista o normalice el suicidio, ni se presente el suicidio como una solución a problemas • No describir explícitamente el método utilizado • No facilitar detalles acerca del sitio ni la ubicación del suicidio • No usar titulares sensacionalistas • No usar fotografías, material de video ni enlaces a redes sociales.

En este sentido, la SEREMI debe estar capacitada para entregar dichos lineamientos a los medios cuando lo requieran, así como el listado de recursos de apoyo con el que cuenta la región. Estos pueden incluir centros de salud, Salud Responde, fundaciones, y/o profesionales de la salud y grupos de apoyo mutuo existentes en su territorio. Es responsabilidad del SEREMI Salud Mental la mantención actualizada y detallada de los recursos de apoyo de la región. Se puede encontrar un formato en el anexo 6.

BORRADOR



10. CONSIDERACIONES PARA CASOS DE LAIN O MUERTE POR SUICIDIO EN LUGARES PÚBLICOS Y/O DE ALTO TRÁNSITO DE PERSONAS

(basado en (6) Preventing suicides in public places, PHE)

Los suicidios en lugares públicos pueden atraer atención mediática, así como tener consecuencias psicológicas importantes para quienes, incluidos niños, niñas y adolescentes, presencian un suicidio o se encuentran con un cuerpo. Los suicidios también pueden involucrar a alguna otra persona de manera directa, como conductores de metro o automovilistas.

Existen medidas efectivas que pueden prevenir el uso de espacios públicos como lugares de suicidio, así como aumentar las posibilidades de intervenciones de último minuto.

¿Qué lugares son de preocupación para el suicidio?

También llamados hotspots se definen como “un sitio específico, generalmente público, que se usa con frecuencia como un lugar para el suicidio y que proporciona cualquier medio u oportunidad de suicidio”. Estos pueden ser edificios altos, puentes, acantilados y líneas ferroviarias, pero también zonas rurales o apartadas como estacionamientos o bosques. Por otro lado, un suicidio en un espacio público refiere a un evento suicida que ocurre fuera de la casa particular del fallecido o de otra persona, y que tiene el potencial de ser visto por personas y/o de que las personas que encuentren el cuerpo no tengan relación con el fallecido.

10.1. IDENTIFICAR LOCACIONES

Para identificar lugares usados regularmente en muertes por suicidio se deben priorizar en función de la frecuencia de eventos. Dentro de la información requerida para cada locación se encuentra la siguiente:

- Cuántas veces ha sido utilizado el lugar,
- Cuáles son los métodos usados el lugar (existen algunos lugares que propician el uso de más de un método como, por ejemplo, saltar de altura y colgarse),
- ¿Cuán grande es la locación? ¿Los eventos se concentran en un punto o están dispersos en la locación?
- Cuán lejos se encuentra el lugar. Será útil saber cómo llegan a la locación, cuánto tienen que viajar para llegar a la localidad. Esta información podría indicar la necesidad de capacitar a los proveedores de transporte.
- ¿Existen días particulares y horas específicas en donde suceden los eventos? Si es así, una intervención podría ser aumentar la vigilancia en aquellos períodos.
- Características de los usuarios de la locación. Indagar si tienen alguna característica en común que facilita el uso de la locación.

Luego, identificar a los actores relevantes del sector (dueños, administradores, encargados de seguridad, etc.) para planificar un plan de acción que minimice el uso del lugar y aumente la posibilidad de intervenir. Por último, se debe aplicar un enfoque preventivo al analizar que otros lugares comparten características con el lugar seleccionado.

10.2. IDENTIFICAR ACTORES RELEVANTES

Para identificar a los actores relevantes con los que es necesario trabajar en un plan de prevención se pueden realizar las siguientes preguntas:

- ¿Quién es el dueño de la locación?, ¿quién administra la locación?
- ¿Quiénes son los trabajadores de la locación?
- ¿Quién utiliza la locación y para qué objetivo? ¿Son turistas, consumidores, trabajadores, etc.?
- ¿Quiénes es probable que responda a los incidentes o brinde apoyo a las personas suicidas en el sitio, por ejemplo, la policía, los guardacostas, el personal de seguridad privada, los servicios de bomberos y rescate?
- ¿Quién más puede poseer conocimientos relevantes sobre el sitio y el comportamiento de las personas suicidas en él, por ejemplo, aquellos que han intentado suicidarse allí?

Las reuniones masivas con los actores relevantes deben ser evitadas, pues pueden atraer atención no deseada acerca de la locación. Las consultas con los actores identificados pueden ser reuniones, focus groups, o entrevistas.

10.3. ESTRATEGIAS PARA LA INTERVENCIÓN

Existen 4 estrategias para prevenir suicidios en espacios públicos:

- a) Restringir el acceso a medios letales: Dentro de los cuales se encuentra cerrar la locación, instalar barreras físicas u otros mecanismos como barandas, iluminación, etc.
- b) Aumentar la probabilidad de intervención de terceros: Mejorar la vigilancia con cámaras, y rondas de vigilancia más seguidas, capacitando al personal de la locación acerca de prevención.
- c) Incrementar la posibilidad de retracción del sujeto: Esto puede incluir teléfonos de líneas directas de ayuda
- d) Alentar a los medios responsables a informar sobre el suicidio

11. CONSIDERACIONES PARA CASOS DE LAIN O MUERTE POR SUICIDIO EN CONTEXTO DE ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES

La muerte por suicidio de un estudiante tiene un impacto profundo en una comunidad educativa, tanto a nivel individual como de grupos de estudiantes. Esto incluye no solo a los grupos de amigos del fallecido, sino también a quienes cursan su mismo nivel, o estudiantes con condiciones preexistentes de vulnerabilidad (por ejemplo, problemas de salud mental o en proceso de duelo).

Cada establecimiento debería contar con un plan de acción en el evento (o sospecha) de un suicidio de sus estudiantes. Para mayor información en acompañamiento y gestión en prevención puede consultar <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/GUIA-PREVENCIÓN-SUICIDIO-EN-ESTABLECIMIENTOS-EDUCACIONALES-web.pdf>.

La metodología de círculos de vulnerabilidad puede aportar en la identificación de personas y grupos que necesitarán distintos tipos de apoyo. Por ejemplo, aquellos con proximidad geográfica tales como estudiantes o profesores quienes pudieron presenciar el suicidio, o con proximidad psicológica, como estudiantes del mismo curso o con intereses similares, o que practicaban el mismo deporte, o con proximidad social, como lo son los amigos cercanos y pareja de la persona fallecida. Será necesario aplicar la misma metodología para realizar una investigación exhaustiva de otros posibles grupos en riesgo, tales como profesores. En este sentido, los profesores que haya podido tener el estudiante fallecido en cualquier asignatura o actividad extracurricular, así como el profesor jefe u otro que fuera más cercano, pueden estar en una situación de requerir apoyo para sobrellevar el suicidio de su estudiante.

Será necesario definir informantes clave en el proceso de investigación. Para esto, se sugiere siempre priorizar a informantes adultos y no a estudiantes, para evitar la doble exposición de menores de edad. Los profesionales de la educación a cargo de casinos y patios pueden proveer de información relevante para la identificación de estudiantes en riesgo.

12. CONSIDERACIONES PARA LA PREVENCIÓN COMUNITARIA

Las intervenciones comunitarias buscan visibilizar estrategias de prevención del suicidio y aumentar las posibilidades de la comunidad para buscar ayuda. Esto podría involucrar actividades de divulgación local, por ejemplo, mediante distribución de carteles, folletos, y tarjetas. También podría implicar el uso de medios impresos y en línea para compartir historias de personas que han buscado ayuda al atravesar períodos difíciles en sus vidas, siempre junto a la información de contacto de fuentes de apoyo. La participación de organizaciones no gubernamentales puede ser útil para llegar y comprometer a personas particularmente vulnerables.

Para facilitar la contribución de la atención primaria y social local a un enfoque de prevención comunitaria puede ser necesario proporcionar capacitación relevante en la prevención del suicidio y primeros auxilios psicológicos a sus miembros.

APOYO A SOBREVIVIENTES

El término “postvención” es usada casualmente para describir las acciones de apoyo a las personas realizando un duelo asociado a una muerte por suicidio para prevenir desenlaces negativos como ideación suicida o mayor riesgo suicida en los sobrevivientes. Las intervenciones deben considerar los siguientes aspectos:

- Que algunos sobrevivientes pueden conocerse entre ellos (particularmente en localidades pequeñas),
- Una sensación de rabia generalizada en contra de alguna organización que pueda ser percibida como responsable (por ejemplo, tribunales de justicia, o lugares de trabajo que la comunidad percibe podrían haber evitado las muertes)
- Mayor riesgo de invasión a la privacidad en caso de estar la prensa involucrada
- Sensación de pérdida de importancia de la muerte del ser querido por formar parte de un cluster

Todas las acciones de prevención comunitaria y apoyo a sobrevivientes son coordinadas desde SEREMI Salud Mental/Referente Servicio de salud en coordinación con el comité y otros miembros relevantes.

13. ANEXOS

ANEXO 1: FORMATO MINUTA DE ALERTA

BORRADOR



ANEXO 2: FICHA DE CONFORMACIÓN DE COMITÉ DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA DE CLUSTERS

Fecha	
Hora	
Lugar	
Participantes	<ul style="list-style-type: none"> · · · · ·

Acciones acordadas	Responsables
<ul style="list-style-type: none"> · · · · · · 	

Tabla sugerida:

1. Identificación de secretaría y toma de acta de acuerdos y responsables
2. Confirmar los objetivos de la reunión
 - a. Clarificar los hechos respecto a los suicidios y/o LAIN, y establecer hipótesis de su vinculación.
 - b. Identificar distintos niveles de intervención
 - c. Revisar la incorporación de otros actores relevantes
3. Coordinar la investigación
 - a. Obtener información cualitativa y cuantitativa de los casos.



- b. Identificar si existen hechos relevantes externos que puedan aportar a la comprensión del evento.
 - c. Identificar aniversarios de suicidios previos en la comunidad
 - d. Identificar otros casos de LAIN y/o muertes por suicidio
 - e. Identificar otra población vulnerable y en riesgo
4. Coordinar la gestión de casos
- a. Identificar recursos de apoyo para cada nivel de vulnerabilidad (Individual, grupal y comunitario)
 - b. Vinculación a servicios de salud mental de la población

BORRADOR



ANEXO 3: FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA DE CLUSTERS

Nombre responsable de la investigación	
Fecha de inicio de ocurrencia de clusters	
Fecha del Informe	

1.-Resumen breve del cluster

2.- Antecedentes
<p>Lugar de ocurrencia</p> <p>Descripción geográfica básica comuna / localidad</p> <p>Descripción básica de la red de salud</p> <p>Tipo de lugar de ocurrencia: trabajo / escuela/ domicilio particular/otro</p> <p>Fecha de ocurrencia de cluster</p> <p>Situación epidemiológica anual</p> <p>LAIN anual</p> <p>Muertes por suicidio anual</p>

3.-Caracterización de casos

Adjuntar información de ficha de notificación obligatoria para cada caso identificado (o la mayor cantidad de información que posea).

Describir nexo epidemiológico (relación entre intentantes o muertes)

4.- Identificación de casos en riesgo (Metodología círculos de vulnerabilidad)

Identificación de familiares con antecedentes de salud mental cercanos a intentantes y muertes por suicidio

Identificación de amigo/as y/o compañeros de trabajo o estudio con antecedentes de salud mental cercanos a intentantes y muertes por suicidio.

Especificación de fuentes revisadas; entrevistas con informantes claves, registros clínicos de Hospital y APS de intentos previos o consultas en salud mental.

5.- Identificación de gatillantes o facilitadores comunes

6.- Acciones a seguir para gestión de casos

(Derivación a asistida a red, u otros)

7.- Acciones a seguir para disminución de accesibilidad a métodos letales



ANEXO 4: FORMATO PARA DOCUMENTAR Y ANALIZAR LOS CASOS CONFIRMADOS DEL CLUSTER

	PERSONA A	PERSONA B
Nombre		
Sexo		
Etnia		
Fecha de muerte		
Edad		
Lugar de trabajo		
Método		
Lugar del evento		
Clubes sociales de los que participaba		
Antecedentes de LAIN		
Contacto con Servicio de Salud Mental		
Diagnósticos salud mental		
Relación con otros fallecidos		
Posibles situación desencadenante		
Realidad familiar		
Otros		



ANEXO 5: MATRIZ DE CIRCULOS DE VULNERABILIDAD (con ejemplos)

PROXIMIDAD GEOGRÁFICA					
Individuos o grupos	Descripción del riesgo	Que se ha hecho para apoyar	Qué queda pendiente por hacer	Comentarios	Responsables
Persona(s) que encuentran el cuerpo	Trauma, revictimización.	Se dio información de teléfono de Salud responde	Evaluación psicosocial	Investigar consultas previas en Salud mental	Equipo Atención primaria de salud. Coordinación de SS.
Profesionales en la escena	Trauma, stress	Se contactó al equipo PAP del servicio de salud correspondiente			SEREMI Salud Mental
Vecinos	Trauma, duelo, contagio	—	Informar de grupos de apoyo		
Miembros del hogar	Trauma, duelo, contagio				
Población de la localidad					
PROXIMIDAD PSICOLÓGICA					
Individuos o grupos	Descripción del riesgo	Que se ha hecho para apoyar	Qué queda pendiente por hacer	Comentarios	Responsables
Compañeros de curso					
Grupos de compañeros de trabajo	Duelo				
Compañeros de iglesia, grupos deportivos, etc.					

Grupos profesionales con el que tuvo contacto (P.e. PDI por manejo de cuerpos, o equipos municipales)	Trauma, exposición a culpabilización de parte de la comunidad				
Grupos de redes sociales	Riesgo de contagio en quienes tengan algún antecedente o trastorno actual de salud mental.	Se contactó la familia para manejo de redes sociales entregando información de ayuda			
PROXIMIDAD SOCIAL					
Individuos o grupos	Descripción del riesgo	Que se ha hecho para apoyar	Qué queda pendiente por hacer	Comentarios	Responsables
Conyuge/pareja, ex parejas	Trauma y duelo				
Grupos de amigos	Trauma, duelo, contagio				
Compañeros					

ANEXO 6: LISTADO DE RECURSOS DE APOYO DE LA REGIÓN

Nombre	Población que atiende	Medios de contacto	Observaciones

BORRADOR

REFERENCIAS

1. Greg MB e. Field epidemiology. 2nd ed. ed. New York, NY: Oxford University Press; 2002. 592 p.
2. England PH. Identifying and responding to suicide clusters and contagion: a practice resource. 2015.
3. Haw C, Hawton K, Niedzwiedz C, Platt S. Suicide clusters: a review of risk factors and mechanisms. *Suicide Life Threat Behav.* 2013;43(1):97-108.
4. Cerel J, McIntosh JL, Neimeyer RA, Maple M, Marshall D. The continuum of "survivorship": definitional issues in the aftermath of suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 2014;44(6):591-600.
5. Organización Panamericana de la Salud O. Prevención del suicidio: un recurso para los profesionales de los medios de comunicación. Actualización del 2017. Washington, D.C.2018.
6. PHE PHE. Preventing suicides in public places. 2015.

BORRADOR



BORRADOR