



Iglesia Evangélica Luterana en América

La obra de Dios. Nuestras manos.

Un mensaje social sobre...

La prevención del suicidio

Este mensaje fue adoptado originalmente por el Consejo Eclesial de la Iglesia Evangélica Luterana en América el 14 de noviembre de 1999. El Consejo Eclesial aprobó el presente texto como una actualización editorial con estadísticas, redacción e información de recursos contemporáneos el 12 de noviembre de 2021.

El suicidio en los Estados Unidos es una crisis nacional desgarradora.¹ Las estadísticas indican que el suicidio se encuentra entre las diez principales causas de muerte y es la segunda causa principal entre las edades de 10 a 34. El índice de suicidios aumentó en más del 30% entre 1999 y 2019.² Más personas mueren por suicidio que por homicidio,³ y se estima que un poco más de la mitad de los adultos estadounidenses conocen a alguien que ha muerto de esta manera.⁴

Además de esta pérdida de vidas y su tragedia indescriptible, hay una proporción mucho mayor de individuos que piensan (idean) en y/o han intentado el suicidio. En 2017, casi 1.5 millones de visitas a las salas de emergencia estuvieron relacionadas con ideas suicidas o intentos de suicidio. En 2019, el 4.8% de los adultos de 18 años o más⁵ y el 18.8% de los estudiantes de secundaria tuvieron serios pensamientos de suicidio en el año que acababa de transcurrir.⁶

Sabemos que estos números hablan de individuos cuyas historias y relaciones son únicas. Son personas de nuestras familias, congregaciones, vecindarios y lugares de trabajo. Algunos de nosotros hemos intentado suicidarnos, y otros nos hemos asegurado de que un pariente o amigo que hablaba de contemplar el suicidio haya recibido ayuda. Muchos de nosotros hemos llorado y nos hemos angustiado —a menudo en aislamiento debido al estigma— por la muerte por suicidio de un ser querido, mientras que otros algún día experimentaremos este dolor y sufrimiento inexpresable.

El suicidio atestigua el trágico quebrantamiento de la vida. Los cristianos creen que la vida es un regalo bueno y precioso de Dios para nosotros, y, sin embargo, la vida para los seres humanos —nosotros mismos y los demás— a veces pareciera ser un infierno, un tormento sin esperanza. Cuando preferimos ignorar, rechazar o rehuir a aquellos que se desesperan de la vida, necesitamos recordar lo que hemos escuchado: El amor ilimitado de Dios en Jesucristo no dejará a nadie solo ni abandonado. Nosotros, los que nos aferramos en el amor de

Dios para vivir, estamos llamados a sobrellevar los unos las cargas de los otros, y cumplid así la ley de Cristo” (Gálatas 6:2 Reina-Valera 1960). Nuestros esfuerzos por prevenir el suicidio surgen de nuestra obligación de proteger y promover la vida, nuestra esperanza en Dios en medio del sufrimiento y la adversidad, y nuestro amor por el prójimo atribulado.

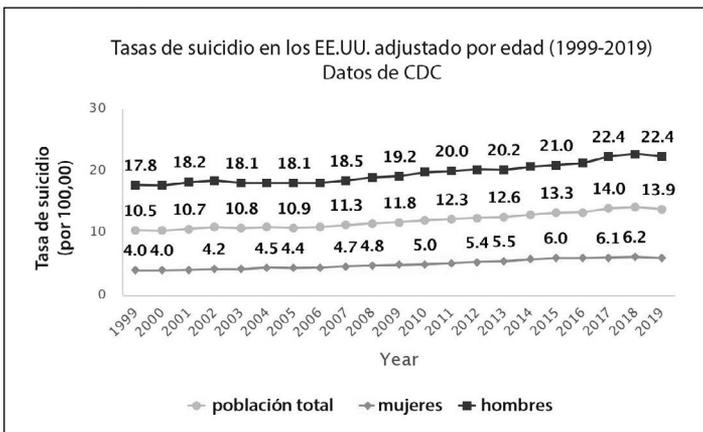
En la sociedad estadounidense, cada vez más se considera el suicidio como un problema de salud grave y prevenible.⁷ El suicidio y su prevención son asuntos complejos y multidimensionales y deberán ser abordados de manera abierta y exhaustiva. La prevención del suicidio requiere esfuerzos concertados y colaborativos de múltiples sectores de la sociedad. Los estudios nos dicen que cuando se prioriza y se utiliza la prevención hay esperanza y podemos hacer la diferencia.⁸

Que nosotros en la Iglesia Evangélica Luterana en América contribuyamos a estos esfuerzos. Con este mensaje, el Consejo Eclesial anima a los miembros, congregaciones e instituciones afiliadas a aprender más sobre el suicidio y su prevención en sus comunidades, a preguntar qué pueden hacer y a trabajar con otros para prevenir el suicidio.

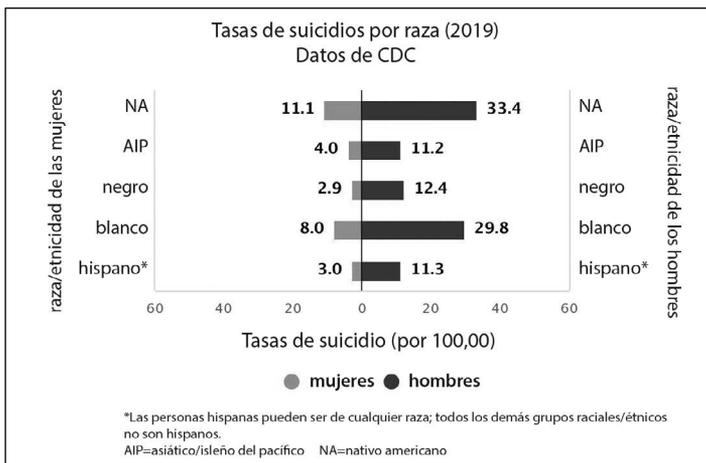
TOMANDO CONCIENCIA

El suicidio ocurre en todos los grupos sociales. Ocurre entre las personas jóvenes, de edad mediana y la gente mayor; hombres y mujeres, heterosexuales y LGBTQIA+; personas ricas, de clase media o pobres; todos los grupos étnicos y religiosos; personas casadas y solteras; los empleados y desempleados; y los sanos y los enfermos.

Sin embargo, las estadísticas indican que el suicidio es más frecuente entre algunos grupos que en otros. Las siguientes ilustraciones no son exhaustivas, pero pretenden desafiar malentendidos comunes.⁹



- El gráfico adjunto muestra estadísticas desglosadas por hombres y mujeres.¹⁰
- La prevalencia anual de pensamientos serios de suicidio por grupo demográfico de los Estados Unidos es: 4.8% de todos los adultos, 11.8% de los adultos jóvenes de 18 a 25 años, 18.8% de los estudiantes de secundaria, y 46.8% de los estudiantes de secundaria lesbianas, gays y bisexuales.¹¹
- Entre los adultos mayores de 18 años, aquellos que informan ser de múltiples (dos o más) razas (1.5%) tienen la mayor prevalencia de intentos de suicidio y reportan la mayor prevalencia de pensamientos suicidas (6.9%).¹²



- En 2019, los índices de suicidio fueron más altos entre los hombres nativos americanos, no hispanos (33.4 por cada 100,000), seguidos por los hombres blancos, no hispanos (29.8 por cada 100,000), como lo indica el gráfico adjunto.¹³
- En 2019, las armas de fuego representaron un poco más de la mitad (50.4%) de todos los suicidios.¹⁴ Las personas que viven en un hogar con un arma de fuego tienen casi cinco veces más probabilidades de morir por suicidio que las personas que viven en hogares donde no hay armas.¹⁵

Simplemente no hay *una sola* causa de suicidio, y, sin embargo, los investigadores nos dicen que el comportamiento suicida puede estar asociado con una serie *de factores de riesgo* que ocurren en combinación. Entre los ejemplos se incluyen los siguientes.¹⁶

- Depresión clínica y otras enfermedades mentales. *La National Alliance on Mental Illness* [Alianza Nacional de Enfermedades Mentales] afirma que el 46% de todas las personas que mueren por suicidio han sido diagnosticadas con una condición de salud mental y el 90% han mostrado síntomas de una condición de salud mental.¹⁷
- Abuso de alcohol y sustancias. El alcoholismo es un factor en el 30% de todos los suicidios. En 2019, el 18.4% de los adultos estadounidenses con enfermedades mentales también experimentaban un trastorno de uso de sustancias.¹⁸
- Los experiencias de vida adversas cuando esta convergencia abruma la capacidad de hacer frente. Ejemplos incluyen una crisis familiar como la muerte o el divorcio; pérdida de los medios de subsistencia por una crisis económica rural o la reducción de la actividad comercial de las empresas; enfermedad crónica, aguda o terminal; o los efectos de un desastre natural o social.
- Experiencias de vida adversas de origen social. Estas incluyen opresiones sociales (racismo, sexismo, heterosexismo, clasismo, capacitismo) y son especialmente agudas después de múltiples microagresiones y/o marginación entre los jóvenes (Experiencias Adversas en la Infancia).¹⁹
- Factores familiares. Estos incluyen antecedentes familiares de suicidio, enfermedad mental, abuso de sustancias, violencia o abuso sexual.
- Repetida exposición al comportamiento suicida de otros. Los suicidios entre los jóvenes a veces ocurren en grupos e incluso pueden convertirse en una epidemia. Los jóvenes son particularmente susceptibles a imitar el comportamiento, lo que puede conducir al suicidio no intencionado.²⁰
- Otros factores de riesgo comunes incluyen intentos de suicidio previos, fácil acceso a armas de fuego o barreras para acceder al tratamiento de salud mental.

MIRANDO LAS ACTITUDES

Ciertas actitudes sociales presentan obstáculos para la prevención del suicidio. Una de estas creencias establece que nada se puede hacer. “Si va a suceder, sucederá”. “No vale la pena tratar de ayudar; estas personas tienen problemas tan grandes que no se puede hacer nada”. “El suicidio ha existido desde siempre; no vamos a cambiar ese hecho”. “Déjenlos en paz.

Si quieren suicidarse, es asunto de ellos”.

Las actitudes punitivas constituyen otro obstáculo para la prevención del suicidio. Estas actitudes están ansiosas por castigar el comportamiento suicida y por lo general culpan a los sobrevivientes por las muertes suicidas. Estas actitudes crean un ambiente en el que se oculta el comportamiento suicida, y las personas con pensamientos suicidas se muestran reacias a hablar. Las actitudes punitivas son un remanente de la época en que el suicidio se consideraba un crimen y un pecado imperdonable, y cuando a aquellos que se suicidaban se les negaba un entierro cristiano.

La falta de comprensión de los problemas de salud mental como la depresión también obstruye la prevención del suicidio. Algunas actitudes equivocadas ven la depresión grave como una deficiencia del carácter, una debilidad humana o una condición rara, intratable y permanente. Estas actitudes les transmiten a las personas deprimidas la idea que deben “aguantar” o sentirse abochornadas o avergonzadas de cómo se sienten.

En realidad, la depresión clínica es una enfermedad que implica cambios en la química del cerebro. Es una de las enfermedades más comunes y puede suceder a personas que no tienen ninguna razón aparente para “estar deprimidas”. Aunque la depresión clínica a menudo no es tratada porque no se reconoce, se puede ayudar a las personas con depresión y pensamientos suicidas con tratamientos efectivos, especialmente la combinación de medicamentos y terapia. Los comportamientos suicidas no son resultados inevitables de la depresión.²¹

Los expertos también hablan de falsos entendimientos comunes que se interponen en el camino de la prevención del suicidio:

- *Falsedad:* Las personas que hablan de suicidio rara vez se suicidan; solo quieren atención y deben ser desafiados a “desvelar sus verdaderas intenciones”. **La verdad es** que las personas que hablan de suicidio hablan en serio y pueden estar dando una pista o advertencia de sus intenciones. No deben ser impugnados o invalidados, sino que se les debe prestar asistencia para que obtengan ayuda profesional.
- *Falsedad:* Es poco probable que una persona que ha hecho un intento de suicidio haga otro. **La verdad es** que las personas que han hecho intentos previos a menudo corren un mayor riesgo de morir por suicidio.²² Un intento de suicidio es un pedido de ayuda y una advertencia de que algo está terriblemente mal, y debe tomarse con la mayor seriedad.

- *Falsedad*: La persona suicida quiere morir y siente que no hay vuelta atrás. **La verdad es** que las personas suicidas a menudo se sienten ambivalentes con respecto a morir. A menudo pasan por un largo proceso en el que intentan varias formas de disminuir su profundo dolor emocional. El balance entre sus deseos contradictorios de vivir y de morir cambia de un lado a otro, incluso hasta el momento de quitarse la vida.
- *Falsedad*: La mayoría de las personas que se quitan la vida han tomado una decisión cuidadosa, bien pensada y racional. **La verdad es** que las personas que consideran el suicidio a menudo tienen “visión de túnel”: en medio de su dolor insoportable, están ciegas a las alternativas disponibles. Con frecuencia, el acto suicida es impulsivo. Cuando su sufrimiento y dolor son disminuidos, la mayoría elige vivir.
- *Falsedad*: Preguntar sobre los sentimientos suicidas hará que uno intente suicidarse. **La verdad es** que preguntarle a una persona sobre los sentimientos suicidas ofrece la oportunidad de obtener ayuda que podría salvar una vida. El oyente debe preguntar si la persona ha formulado un plan y si tiene acceso a los medios para llevarlo a cabo. Si ahí están la intención o el plan y sus medios para llevarlo a cabo, la persona suicida no debe quedarse sola, sino que se le debe ayudar a recibir tratamiento de inmediato. (Consulte los recursos inmediatos en casos de crisis al final de la sección de la tarjeta de ayuda).

UNA TARJETA DE AYUDA PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Si alguien que usted conoce:

- Amenaza con suicidarse...
 - Habla o escribe sobre no tener alguna razón para vivir, sentirse atrapado(a), tener un dolor insoportable...
 - Parece deprimido(a), triste, retraído(a), desesperado(a)...
 - Muestra cambios significativos en el comportamiento, la apariencia, el estado de ánimo (pasa de ser “normal” a estar deprimido(a), o al revés) ...
 - Abusa de drogas, alcohol...
 - Se lesiona deliberadamente...
 - Dice que nadie lo(a) va a extrañar si se muere...
 - Regala pertenencias preciadas...
- Busque su cooperación: “Mantengámoslo(a) a salvo por ahora hasta que pueda ver a alguien”.

Usted no puede hacerlo todo solo(a); más bien acompañe a la persona mientras esta:

- Acude la sala de emergencia de un hospital.
- Busca los servicios de salud mental.
- Ve a un amigo, miembro de la familia o pariente comprensivo.
- Busca a un maestro, consejero, médico de familia o miembro del clero como primer contacto.
- Llama a una línea de crisis local o nacional.

Usted puede ayudar:

- Mantenga la calma y escuche.
- Tome en serio las amenazas y haga preguntas, incluso si la persona intenta apartarse.
- Déjelo(a) hablar de sus sentimientos.
- Sea comprensivo; no juzque.
- Pregunte directamente: “¿Ha estado pensando en suicidarse?”
- Pregunte cuán intensos y frecuentes son estos pensamientos.
- Pregúntele si tiene un plan.
- Pregunte si tiene un medio para llevar a cabo el plan.
- Elimine todo acceso a los medios.
- No jure que guardará el secreto; dígaselo a alguien.
- Asegúrele a la persona que está bien recibir ayuda y que es necesario.

Recursos inmediatos en caso de crisis:

- La National Suicide Prevention Lifeline [Línea Nacional de Prevención del Suicidio] es 800-273-8255 (disponible las 24 horas, también disponible en español y para personas con discapacidad auditiva).
- También puede acceder a la Crisis Text Line [Línea de Texto de Crisis] enviando el mensaje de texto HELLO al 741741 o a través de un chat en línea en www.suicidepreventionlifeline.org.
- Marque el 988 para recibir asistencia de emergencia de la National Crisis Helpline [Línea Nacional de Ayuda de Crisis].²³

RECIBIENDO Y DANDO AYUDA

Martín Lutero escribió una vez: “La iglesia es la posada y la enfermería para aquellos que están enfermos y necesitan ser bien atendidos”.²⁴ La imagen de Lutero de la iglesia como un hospital nos recuerda quiénes somos: una comunidad de personas vulnerables que necesitan ayuda; vivimos por la esperanza del evangelio y somos una comunidad de sanación. Siendo al mismo tiempo vulnerables y sanados, somos liberados para una vida de recibir y dar ayuda. Al llevar mutuamente las cargas, aprendemos a ser personas que están dispuestas a pedir sanación y a proporcionarla.

Si usted es una persona que experimenta pensamientos suicidas, debe saber que nuestra comunidad eclesial espera, ora y suplica que busque ayuda. Hable con alguien. No lleve usted solo(a) su dolor oculto. La noción de que debe aguantar y “salir de esto sin ayuda” es demasiado común. Gran parte de la cultura estadounidense enseña que no se supone que seamos vulnerables. Enseña que cuando estamos sufriendo debemos ocultarlo y manejar las cosas por nuestra cuenta. En la iglesia, sin embargo, admitimos que todos compartimos la “necesidad de ser sanados”. No hay vergüenza en tener pensamientos suicidas o pedir ayuda. De hecho, cuando las dificultades y decepciones de la vida amenazan con abrumar el deseo de vivir, se le insta e invita a hablar con otros que son de su confianza y aprovechar la fuerza de ellos.

De la misma manera, cuando un ser querido nos habla de suicidio o sentimos que algo anda mal, estamos llamados a ser el guardián de nuestro(a) hermano(a). La experiencia puede ser aterradora, y es posible que queramos negar o minimizar la comunicación suicida. Es posible que queramos rehuir porque no nos sentimos preparados para ayudar a alguien que tiene pensamientos suicidas o pensemos que podemos empeorar las cosas. Sin embargo, nuestra responsabilidad es escuchar, animar a la persona a hablar y encontrarle la ayuda adecuada.²⁵ Más allá de la situación de crisis, queremos que esa persona escuche el consuelo sanador del Evangelio y reciba el cuidado de la congregación. Esa atención podría, por ejemplo, implicar la creación de una red de apoyo continuo para la persona y su familia o la capacitación de los miembros sobre cómo proporcionar primeros auxilios de salud mental.

Los pastores tienen oportunidades únicas para ministrar a personas suicidas, en parte porque muchas personas están más dispuestas a acercarse al clero que a otros cuidadores. Los capellanes en hospitales y hogares de ancianos, colegios y universidades, el ejército y las prisiones, así como los consejeros en las agencias de la iglesia, son

llamados a aconsejar a las personas que experimentan pensamientos suicidas. Además de la seguridad, la preocupación principal es explorar el sufrimiento que motiva los pensamientos y el comportamiento de la persona y consolar a dicha persona en su angustia.

Basándose en la sabiduría pastoral, los pastores pueden tratar de discernir hasta qué punto el sufrimiento de la persona es espiritual o tiene otras causas. Referirán (y a menudo acompañarán) a las personas suicidas a proveedores profesionales de atención médica y salud mental para otras formas de intervención y asistencia. La respuesta pastoral llevará la palabra de Dios a la situación con compasión, competencia y voluntad de colaborar con otros proveedores de atención.

Cuando ocurre un suicidio, las congregaciones y los pastores ministran a los afligidos y difuntos a través del entierro cristiano y el apoyo amoroso. Los funerales no son ocasiones para condenar o idealizar un acto de suicidio. Más bien, son tiempos para proclamar que el suicidio y la muerte misma no lo ponen a uno fuera del alcance de la comunión de los santos. Debido a la muerte y resurrección de Cristo por nosotros, encomendamos la persona atribulada al amor y la misericordia de Dios con la promesa de que “sea que vivamos o que muramos, del Señor somos” (Romanos 14:8). Los pastores y líderes congregacionales deben ofrecer atención intencional y sensible – prácticas recomendadas²⁶ – a la congregación, amigos, la familia y los seres queridos del difunto durante algún tiempo. Parte de esa atención es animarlos a que hagan el esfuerzo de formar parte de un grupo de apoyo para sobrevivientes.²⁷

PREPARÁNDONOS PARA ACTUAR A FAVOR DE LA PREVENCIÓN

La prevención del suicidio abarca más que la respuesta a una situación de crisis. Los esfuerzos de prevención tienen como objetivo reducir o revertir los factores de riesgo y mejorar los factores de protección antes de que las personas vulnerables lleguen al punto de peligro. A menudo se combinan con esfuerzos para prevenir el abuso de drogas y alcohol, así como la violencia.²⁸

Los esfuerzos proactivos incluyen:

- Administrar atención clínica efectiva y apropiada para los trastornos mentales, físicos y de abuso de sustancias.
- Proporcionar fácil acceso a una variedad de intervenciones clínicas y apoyo para aquellos que buscan ayuda.

- Restringir el acceso a métodos de suicidio altamente letales.
- Crear grupos de apoyo familiares y comunitarios.
- Buscar apoyo de las relaciones médicas y de salud mental en curso.
- Aprender habilidades en la resolución de problemas, resolución de conflictos y reducción de las tensiones que causan disputas.
- Enseñar creencias culturales y religiosas que desalienten el suicidio y apoyen los instintos de autoconservación.
- Capacitar a otros sobre cómo ayudar a alguien.²⁹

¿Qué más podemos hacer en nuestras congregaciones y comunidades para prevenir el suicidio? Las siguientes ideas están destinadas a estimular la discusión, la reflexión y la acción:

Reconozcamos primero que la predicación, la enseñanza y la vida cotidianas de la fe cristiana en las congregaciones contribuyen a la prevención del suicidio de manera indirecta pero significativa. En la comunidad de los bautizados, llegamos a reconocer que somos de Dios y los unos de los otros. Allí damos gracias a Dios por la vida y por nuestra nueva vida en Cristo, y tenemos el poder de perseverar durante las adversidades y de tener esperanza en Dios cuando todo lo demás falla. Aprendemos que la vida humana es una confianza sagrada de Dios y que “destruir deliberadamente la vida creada a imagen de Dios es contrario a nuestra conciencia cristiana”.³⁰ Estamos equipados para empatizar con los demás en su sufrimiento y alegría, y estamos preparados para actuar por su bienestar. Se nos da una razón para vivir, el perdón para comenzar de nuevo, y la confianza en que ni la vida ni la muerte pueden separarnos del “amor que Dios nos ha manifestado en Cristo Jesús nuestro Señor” (Romanos 8:38-39). Podríamos preguntarnos ¿cómo hacemos mejor ese ministerio?

¿Cómo puede su congregación encontrar maneras de aprender y dialogar sobre la prevención del suicidio? Al hablar sobre el amor por los demás en las clases de confirmación o en la educación de adultos, ¿podríamos hablar sobre qué hacer si un amigo hace alguna insinuación relacionada con el suicidio? ¿Cómo se asegura nuestra congregación de que todos los miembros sean conocidos y ninguno sea invisible? ¿Cómo nos volvemos más atentos a los cambios en la participación de una persona que podrían indicar aflicción personal o depresión? ¿Cómo fortalecemos los lazos de comunidad con las personas que atraviesan períodos estresantes en sus vidas y con las personas mayores que

viven solas para que no se sientan aisladas y abandonadas? ¿Podríamos comenzar o desarrollar más los ministerios de salud congregacionales, como un programa de enfermeras parroquiales o el Ministerio Stephen? ³¹

¿Cómo honramos las vocaciones de los miembros que son trabajadores sociales, psicólogos, médicos, enfermeras, consejeros y otros cuidadores, y que a menudo trabajan con personas que contemplan el suicidio? ¿Cómo encontramos maneras de asegurarle a cualquiera que cuida o ayuda a alguien con pensamientos suicidas que no tiene la culpa si no se logra “salvar una vida”? También podemos recurrir a la sabiduría de estos cuidadores, y a los sobrevivientes y defensores de la prevención del suicidio, para educar a otros miembros sobre el suicidio. ¿Cómo pueden estos convertirse en parte de nuestra vida congregacional?

Deberíamos preguntarnos ¿cuáles son en nuestra comunidad las dinámicas culturales y sociales que conducen al aislamiento y la desesperanza? ¿Cómo abordamos esto? ¿Cuáles son los recursos en nuestra comunidad para responder al comportamiento suicida? ¿Saben los miembros cómo acceder a ellos? ¿Podemos unirnos a otras iglesias y grupos comunitarios para garantizar que haya recursos de tratamiento adecuados disponibles? ¿Y qué decimos de nuestras escuelas? ¿Es la prevención del suicidio parte de sus programas que se centran en la salud mental, el abuso de sustancias, el comportamiento agresivo y las habilidades de sobrellevar situaciones? ¿Existen programas de consejería o ministerio entre pares en nuestras escuelas y congregaciones?³²

Durante décadas, más de la mitad de las muertes por suicidio en Estados Unidos involucraron armas de fuego. Hasta el 70% de las muertes por suicidio de militares y veteranos se deben a lesiones por armas de fuego autoinfligidas. A menudo, las muertes relacionadas con armas de fuego en hogares donde hay armas de fuego involucran a alguien que no es el propietario del arma.³³ ¿Podemos preguntarnos si nuestros hogares son realmente más seguros si hay en ellos armas de fuego? Las congregaciones también pueden ser parte de los esfuerzos de la comunidad para mejorar las prácticas de seguridad de las armas de fuego, como proporcionar información sobre el almacenamiento seguro de armas de fuego dentro y fuera del hogar.³⁴ ¿Se han abordado estas preocupaciones en nuestras congregaciones?

¿Cómo contrarrestamos el estigma a menudo asociado con las enfermedades mentales? ¿No debería el papel crucial de la depresión no tratada en el comportamiento suicida ser una consideración importante en los debates sobre la cobertura de seguro para enfermedades mentales? ¿Qué podríamos hacer como ciudadanos para promover servicios de salud mental asequibles y económicos para permitir

que todas las personas en riesgo de suicidio obtengan los servicios necesarios de tratamiento de abuso de sustancias?³⁵

Podemos fomentar la creación y usar programas de prevención del suicidio en nuestras organizaciones de ministerio social y en nuestros colegios y universidades, y aprender de estos programas. Podríamos preguntarnos, ¿qué podrían hacer nuestras escuelas de guardería afiliadas con la iglesia para prevenir el suicidio? ¿Cómo están preparando nuestros seminarios a los pastores para ministrar a personas que han intentado suicidarse o albergan pensamientos suicidas graves? ¿Debería la prevención del suicidio ser parte de la educación continua para las personas incluidas en nuestra lista de ministros? ¿Podríamos crear oportunidades en eventos para jóvenes, mujeres y hombres, y en nuestros programas de campamento y retiro, para aprender sobre el suicidio y su prevención?

CONCLUSIÓN

Al adoptar este mensaje en nombre de toda la ELCA, el Consejo Eclesial insta a la oficina de toda la iglesia y a los sínodos a apoyar a los miembros, congregaciones e instituciones afiliadas en sus esfuerzos por prevenir el suicidio. Dirige a los órganos de gobierno de las unidades de toda la iglesia que evalúen sus programas a la luz de este mensaje. Hace un llamado a los programas educativos y abogacía e apoyo de esta iglesia a que hagan que la prevención del suicidio sea un asunto importante en sus ministerios. Dirige al equipo de Relaciones Ecuménicas e Interreligiosas de la Oficina de la Obispa Presidente que comparta este mensaje con las iglesias en plena comunión y exprese nuestra voluntad de trabajar con ellas para prevenir el suicidio. El Consejo Eclesial afirma y anima a todos los que trabajan a favor de una estrategia nacional exhaustiva para la prevención del suicidio.

A menudo, como miembros de esta iglesia, vamos en paz, del servicio de adoración a servir al Señor en las pruebas y gozos de los días venideros, escuchando palabras como esta bendición: “El Señor te bendiga y te guarde. El Señor haga resplandecer su rostro sobre ti y sea misericordioso contigo. El Señor te muestre su favor y te conceda paz”. “Amén”, respondemos. No estamos solos, abandonados o sin esperanza. El nombre del Señor es “Emanuel”, que significa ‘Dios con nosotros’ (Mateo 1:23).

RECURSOS

Organizaciones nacionales de prevención del suicidio (desde 2021)

American Association of Suicidology (AAS)

Teléfono: 202-237-2280 | Correo electrónico: info@suicidology.org

Sitio web: www.suicidology.org

American Foundation for Suicide Prevention (AFSP)

Teléfono: 888-333-2377 (toll-free) | Teléfono: 212-363-3500

Correo electrónico: info@asfp.org | Sitio web: www.afsp.org

Depression and Bipolar Support Alliance

Teléfono: 800-826-3632 (llamada gratis) | Fax: 312-642-7243

Website: www.dbsalliance.org

National Action Alliance for Suicide Prevention

Teléfono: 202-572-3737 | Website: theactionalliance.org/about-us

National Alliance for the Mentally Ill (NAMI)

Teléfono: 800-950-6264 (llamada gratis) | Teléfono: 703-524-7600

Website: www.nami.org

National Center for Injury Prevention and Control

Division of Violence Prevention, Centers for Disease Control and Prevention

Teléfono: 770-488-4362 | Correo electrónico: ohcinfo@cdc.gov

Website: www.cdc.gov/ncipc/ncipchm.htm

National Council on Suicide Prevention

Teléfono: 1-800-273-TALK (8255) | Correo electrónico: www.thencsp.org

National Institute of Mental Health (NIMH)

Teléfono: 301-443-4513 | Correo electrónico: nimhinfo@nih.gov

Correo electrónico: www.nimh.nih.gov

National Mental Health Association (NMHA)

Teléfono: 800-969-NMHA (llamada gratis) | Teléfono: 703-684-7722

Correo electrónico: www.nmha.org

Suicide Awareness Voices of Education (SAVE)

Correo electrónico: save@save.org | Correo electrónico: www.save.org

Suicide Prevention Ministry

Correo electrónico: suicidepreventionministry.org

Yellow Ribbon Suicide Prevention Program | Teléfono: 303-429-3530

Correo electrónico: ask4help@yellowribbon.org

Correo electrónico: www.yellowribbon.org

Sitios webs misceláneos con enlaces útiles:

- **Suicide Prevention Resource Center** recursos por estado (www.sprc.org/states)
- **American Foundation for Suicide Prevention** recursos para las comunidades subrepresentadas (afsp.org/mental-health-resources-for-underrepresented-communities) y prevención del suicidio de personas LGBTQ (afsp.org/stronger-communities-lgbtq-suicide-prevention)
- **Lutheran Services in America** (www.lutheranservices.org).

Nota: La mayoría de los departamentos estatales de salud o control y prevención de enfermedades también tienen recursos sobre prevención del suicidio y salud mental.

ENDNOTES

¹En 2019, las muertes por suicidio ascendieron a 47,511. Véase “Leading Cause of Death in the United States,” Centers for Disease Control and Prevention, accedido el 28 de septiembre de 2021, www.cdc.gov/nchs/nvss/leading-causes-of-death.htm.

² Véase Pamela L. Owens, Kimberly W. McDermott, Rachel N. Lipari, et al., “Emergency Department Visits Related to Suicide Ideation or Suicide Attempt, 2008-2017,” Healthcare Cost and Utilization Project, Agency for Healthcare Research and Quality, www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb263-Suicide-ED-Visits-2008-2017.pdf. De 1999 a 2019, el índice nacional de suicidios aumentó un 32% —de 10.5 a 13.9 por cada 100,000 personas, con un promedio de 130 suicidios cada día en 2019, www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide. Véase Holly Hedegaard, Sally C. Curtin, y Margaret Warner, “Suicide Mortality in the United States, 1999-2019,” National Center for Health Statistics Data Brief, no. 398 (dx.doi.org/10.15620/cdc:101761). Cabe señalar que las muertes por suicidio a veces no se denuncian porque se desea mantener oculta

la causa o por causa de los seguros, y que algunos “accidentes” son suicidios camuflados.

³ “Causas principales...”, www.cdc.gov/nchs/nvss/leading-causes-of-death.htm.

⁴ William Feigelman, Julie Cerel, John L. McIntosh, et al., “Suicide Exposures and Bereavement Among American Adults: Evidence From the 2016 General Social Survey,” *Journal of Affective Disorders* (February 2018): 1-6.

⁵ Véase “Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results From the 2019 National Survey on Drug Use and Health,” Substance Abuse and Mental Health Services Administration, HHS publication no. PEP20-07-01-001, NSDUH Series H-55, accedido el 25 de agosto de 2021, www.samhsa.gov/data.

⁶ Véase Asha Z. Ivey-Stephenson, Zewditu Demissie, Alexander E. Crosby, et al., “Suicidal Ideation and Behaviors Among High School Students—Youth Risk Behavior Survey, United States, 2019,” *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Centers for Disease Control and Prevention, Aug. 2020, www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/su/su6901a6.htm?s_cid=su6901a6_w. Cabe agregar que muchas de estas personas no reciben tratamiento debido al estigma, la falta de apoyo social y las disparidades en el acceso a la atención de salud mental.

⁷ Esto es cierto tanto en el sector gubernamental como en el privado. El Congreso de los Estados Unidos declaró la prevención del suicidio como una prioridad nacional a fines de la década de 1990. (Resolución #84 del Senado de los Estados Unidos, 6 de mayo de 1997, y Resolución #212 de la Cámara de Representantes de los Estados Unidos, 9 de octubre de 1998). Junto con otros, los miembros de la ELCA Elsie y Jerry Weyrauch, quienes perdieron a su hija Terri por suicidio, lideraron las acciones populares de la Suicide Prevention Advocacy Network USA (SPAN USA, que desde entonces se ha fusionado con la American Foundation for Suicide Prevention) para crear conciencia sobre el suicidio en el Congreso y la rama ejecutiva (obamawhitehouse.archives.gov/champions/suicide-prevention/the-suicide-prevention-action-network-%28span-usa%29). Junto con otros grupos de abogacía y apoyo, los esfuerzos de SPAN USA ayudaron a estimular el primer “Llamado a la acción del Cirujano General para prevenir el suicidio” en 1999 (sprc.org/sites/default/files/migrate/library/surgeoncall.pdf). También ayudó a enmarcar la primera Estrategia Nacional de los Estados Unidos para la Prevención del Suicidio en 2001 (pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20669520/). En 2021, la actualización del “Llamado a la acción del

Cirujano General” se centró en la implementación de lo que sabemos sobre la prevención del suicidio (www.hhs.gov/sites/default/files/sprc-call-to-action.pdf). La Estrategia Nacional también fue actualizada en 2012 (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23136686).

⁸ Las psicoterapias dirigidas a abordar los pensamientos y comportamientos suicidas pueden disminuir los reintentos, y aun las intervenciones breves que apoyan la continuidad de la atención y organizan el apoyo del individuo son beneficiosas. Véase “Brief Suicide Intervention Preventions in Acute Care Settings May Reduce Subsequent Suicide Attempts,” National Institute of Mental Health, 16 de septiembre de 2020, www.nimh.nih.gov/news/research-highlights/2020/brief-suicide-prevention-interventions-in-acute-care-settings-may-reduce-subsequent-suicide-attempts. Además, los estudios muestran que las intervenciones que construyen relaciones familiares y de pares más saludables, así como los esfuerzos que apoyan las conexiones sociales con las escuelas y otras organizaciones comunitarias en los jóvenes, disminuyen el riesgo de pensamientos y comportamientos suicidas en la edad adulta joven. Véase “Preventing Suicide: A Technical Package of Policy, Programs, and Practices,” Centers for Disease Control and Prevention, www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicidetechnicalpackage.pdf.

⁹ Estas estadísticas provienen de los informes recientes de los cirujanos generales y los documentos que las acompañan, así como de las organizaciones de prevención del suicidio mencionadas al final de este mensaje. Esa información se basa en datos oficiales de los Estados Unidos. Póngase en contacto o visite las páginas web de estas organizaciones para obtener datos actualizados.

¹⁰ Entre 1999 y 2019, los índices de suicidio han tendido al alza tanto en hombres como en mujeres (10.5 a 13.9 por cada 100,000 personas). La muerte por suicidio ha sido consistentemente mayor entre los hombres (17.9-22.4 por 100,000) que entre las mujeres (4.0-6.0 por 100,000).

¹¹ Véase “Suicide,” National Institutes of Mental Health, accedido el 30 de junio de 2021, www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide.

¹² *Ibíd.*

¹³ *Ibíd.*

¹⁴ Consulte el sistema de consulta e informes de estadísticas de lesiones basado en la Web, www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html.

¹⁵ Véase “What the Data Says About Gun Deaths in the U.S.,” Pew

Research Center, Aug. 16, 2019, www.pewresearch.org/fact-tank/2019/08/16/what-the-data-says-about-gun-deaths-in-the-u-s/.

¹⁶ Este resumen de los factores de riesgo se basa especialmente en los resultados de los estudios del National Institute of Mental Health y la American Foundation for Suicide Prevention. Para obtener más información sobre los factores de riesgo, póngase en contacto o visite los sitios web de estas y otras organizaciones que son mencionadas al final de este mensaje.

¹⁷ Véase Deborah M. Stone, Thomas R. Simon, Katherine A. Fowler, et al., “Vital Signs: Trends in State Suicide Rates—United States, 1999-2016 and Circumstances Contributing to Suicide—27 States,” *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Centers for Disease Control and Prevention, Jun. 8, 2018 (DOI: [dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6722a1](https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6722a1)).

¹⁸ *Ibíd.* El retraso promedio entre el inicio de los síntomas de la enfermedad mental y el tratamiento es de 11 años. “Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results From the 2019 National Survey on Drug Use and Health,” www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt29393/2019NSDUHFFRPDFWHTML/2019NSDUHFFR1PDFW090120.pdf.

¹⁹ Véase “Adverse Childhood Experiences, Overdose, and Suicide,” Centers for Disease Control and Prevention, www.cdc.gov/injury/priority/index.html.

²⁰ Véase Madelyn S. Gould y Alison M. Lake, “The Contagion of Suicidal Behavior,” National Center for Biotechnology Information, www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207262/.

²¹ Para obtener más información sobre la depresión clínica, visite los sitios web de las organizaciones mencionadas al final de este mensaje.

²² Los estudios indican que los intentos repetidos reducen el temor a morir y aumentan la tolerancia al dolor, lo que resulta en una mayor probabilidad de intentos sucesivos. Véase Kimberly A. Van Orden, Tracy K. Witte, Kelly C. Cukrowicz, et al., “The Interpersonal Theory of Suicide,” *Psychological Review* (April 2010): 575-600.

²³ La Federal Communications Commission (FCC) designó 988 como el nuevo número de tres dígitos para la National Suicide Prevention Lifeline el 16 de julio de 2020. El decreto de Ley Nacional de Designación de Línea Directa de Suicidio de 2020 se convirtió en ley el 17 de octubre de 2020, requiriendo que los proveedores de servicios telefónicos hagan la transición a 988. La Línea Nacional de Prevención del Suicidio entró

en vigor el 16 de julio de 2022. Se está llevando a cabo un período de transición nacional hacia la activación nacional completa.

²⁴ Véase Martin Luther, “Lectures on Romans,” Luther’s Works (LW), vol. 25, ed. Hilton C. Oswald (St. Louis: Concordia Publishing House, 1972): 263.

²⁵ Se puede crear una referencia útil de la “tarjeta de ayuda” que aparece en la página 8. Se anima a las congregaciones a copiar esta tarjeta para usarla como inserto en el boletín o para publicarla en un tablón de anuncios.

²⁶ Para conocer las mejores prácticas para enviar mensajes sobre la prevención del suicidio después de una muerte por suicidio en la comunidad, véase Timothy Doty y Sally Spencer-Thomas, “The Role of Faith Communities in Suicide Prevention: A Guidebook for Faith Leaders,” sprc.org/sites/default/files/migrate/library/2010FaithLeaderGuideBookweb.pdf, o David Litts, “After a Suicide: Recommendations for Religious Practices & Other Public Memorial Observances,” sprc.org/sites/default/files/migrate/library/aftersuicide.pdf. Estos recursos incluyen recomendaciones para servicios religiosos y otras observancias conmemorativas públicas.

²⁷ La American Foundation for Suicide Prevention (AFSP) mantiene un directorio nacional actual de grupos de apoyo a sobrevivientes (afsp.org/find-a-support-group). “Sobreviviente” se refiere a cualquier persona cuyos seres queridos se han suicidado. Detallar el ministerio vital de la iglesia para los sobrevivientes está más allá del alcance de este mensaje. Sin embargo, algunos recursos útiles incluyen: Corrine Chilstrom, Andrew, *You Died Too Soon: A Family Experience of Grieving and Living Again* (Minneapolis: Augsburg Fortress, 1993) e Iris Bolton y Curtis Mitchell, *My Son ... My Son ... A Guide to Healing After Death, Loss, or Suicide* (Atlanta: Bolton Press, 1996).

²⁸ Véase el mensaje social de la ELCA “La violencia en la comunidad” (Chicago: Iglesia Evangélica Luterana en América, 1994), [ELCA.org/socialmessages](https://elca.org/socialmessages). Otros actos de violencia a veces están relacionados con la auto violencia del suicidio. El mensaje aborda la “atmósfera de violencia” de nuestra sociedad, de la cual el suicidio es parte.

²⁹ Por ejemplo, la national coalition of Suicide Prevention Ministry ofrece capacitaciones a las congregaciones, tanto en persona como virtuales. (www.suicidepreventionministry.org).

³⁰ Véase el mensaje social de la ELCA “Decisiones al final de la vida” (Chicago: Iglesia Evangélica Luterana en América, 1992): 5, [ELCA.org/socialmessages](https://elca.org/socialmessages). El mensaje resume una perspectiva cristiana sobre

el fallecimiento y los moribundos (página 3) y ofrece orientación para decisiones difíciles al final de la vida.

³¹ El Suicide Prevention Ministry ha desarrollado un modelo de programa para congregaciones; visite www.suicidepreventionministry.org. Se puede encontrar información sobre Stephen Ministries en www.stephenministries.com, o por teléfono llamando al 312-428-2600.

³² Para obtener información sobre recursos del ministerio entre pares, capacitación de adultos, retiros juveniles, campamentos y apoyo, comuníquese por correo electrónico con el Centro de Liderazgo de Capacitación del Ministerio (www.peerministry.org) a peermin@peerministry.org.

³³ Véase “Learn the Facts,” American Foundation for Suicide Prevention, www.afsp.org.

³⁴ Las comunidades religiosas pueden estar al tanto de las leyes y los recursos locales para el almacenamiento temporal de armas de fuego debido al riesgo de suicidio, así como al riesgo relacionado con el uso de sustancias y la violencia doméstica (muchas veces estos tres problemas coexisten). Véase la página de la comunidad en Prevent Firearms Suicide, preventfirearmsuicide.efsgv.org/interventions/community/. Los líderes de la comunidad religiosa también deben estar al tanto de las leyes ERPO (Extreme Risk Protection Order); véase “Extreme Risk Protection Orders,” Giffords Law Center to Prevent Gun Violence, giffords.org/lawcenter/gun-laws/policy-areas/who-can-have-a-gun/extreme-risk-protection-orders/.

³⁵ Véase el pronunciamiento social de la ELCA El cuidado de la salud: nuestro esfuerzo compartido (Chicago: Iglesia Evangélica Luterana en América, 2003), ELCA.org/socialstatements.

Un mensaje social sobre...

La prevención del suicidio

Copyright © 2021, 1999 Iglesia Evangélica Luterana en América.

Producido por Ética Teológica, Oficina de la Obispa Presidente, ELCA Churchwide Office, 8765 West Higgins Road, Chicago, IL 60631-4101.

INFORMACIÓN DE PEDIDOS

Para descargar este mensaje en inglés o en español junto con recursos adicionales, visite [ELCA.org/socialmessages](https://www.elca.org/socialmessages). Si necesita ayuda para pedir copias impresas, llame al 800-638-3522. Encuentre este y todos los pronunciamientos y mensajes sociales de la ELCA en línea en [ELCA.org/socialstatements](https://www.elca.org/socialstatements).

Se concede permiso para reproducir este documento según se necesite, siempre y cuando cada copia muestre la leyenda de copyright como se imprimió arriba.



Iglesia Evangélica Luterana en América

La obra de Dios. Nuestras manos.