

GRUPO DE TRABAJO SOBRE PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES

Integrantes

Rvdo. Dr. David Gortner, Presidente	Spokane, VIII	2024
Dr. Brandon Beck	West Texas, VII	2024
Sra. Megan Carlson	North Carolina, IV	2024
Sr. Luis Collazo Lugo	Puerto Rico, II	2024
Sr. Billy Cottrell-Jackson	Southwest Florida, IV	2024
Dra. Adrienne Duvall	Dallas, VII	2024
Rvdo. Jedediah Fox	Olympia, VIII	2024
Sr. Jeffrey Kincaid	Milwaukee, V	2024
Rvda. Myra Kingsley	Arizona, VIII	2024
Reverendísimo Rvdo. Kevin Nichols	Bethlehem, III	2024
Sra. Tammy Pallot	Atlanta, IV	2024
Rvda. Diácona Susan Phillips	Delaware, III	2024
Rvdo. Matthew Cowden	Maine, I	2024
Rvdo. John Stewart	Alabama, IV	2024
Sra. Liz Wendt	Pennsylvania, III	2024
Sra. Julia Ayala Harris	Oklahoma, VII	2024
Rvdmo. Michael Curry, Ex Officio	North Carolina, IV	2024

Cambios en la membresía

Jeffrey Kincaid se dio de baja el primer año. Billy Cottrell-Jackson se retiró en mayo de 2023 por motivos de salud familiar.

Representación en la Convención General

Los Diputados Megan Carlson (NC), Liz Wendt (Penn), David Gortner (Spokane), Tammy Pallot (Atlanta) y el Rvdmo. Kevin Nichols (Bethlehem) tienen autorización para recibir enmiendas menores a este Informe durante la Convención General.

Agradecimientos

Agradecemos a nuestra nueva generación de Instructores de Primeros Auxilios para la Salud Mental de los Adultos. Ustedes serán un recurso valioso para la iglesia en el próximo Trienio.

Gracias a todos los que se ofrecieron como posibles instructores. Hemos guardado sus nombres y esperamos poder capacitarlos en un futuro próximo.

Mandato

2022 - A110 Continuación y Ampliación del Grupo de Trabajo sobre el Ministerio para Personas con Enfermedades Mentales

Se resuelve, Que la 80ª Convención General continúe con el Grupo de Trabajo sobre el Ministerio para Personas con Enfermedades Mentales, con el fin de ayudar en la dirección y el desarrollo y la provisión de recursos, capacitaciones y planes de estudio en el cuidado pastoral y ministerial de la salud mental para la Iglesia Episcopal, sus provincias, diócesis, parroquias, seminarios, escuelas y organizaciones afiliadas, entre todos sus obispos, presbíteros, diáconos y feligreses; y asimismo

Se resuelve, Que el Grupo de Trabajo sobre el Ministerio para Personas con Enfermedades Mentales se amplíe a dieciocho miembros que representen la profundidad y la variedad de la experiencia profesional, personal, familiar y organizativa con las enfermedades mentales, con el fin de desarrollar y proporcionar con éxito los recursos, la capacitación y los planes de estudio mencionados; y asimismo

Se resuelve, Que el Grupo de Trabajo sobre el Ministerio para Personas con Enfermedades Mentales, en su versión ampliada, junto con el desarrollo y la provisión de los entrenamientos mencionados, desarrolle y comparta recursos para la Iglesia Episcopal, sus diversas organizaciones y toda su gente, centrados en el cuidado pastoral y ministerial de la salud mental; y asimismo

Se resuelve, Que este grupo de trabajo ampliado informe de sus acciones ante la 81ª Convención General; y asimismo

Se resuelve, Que la 80ª Convención General solicite al Comité Permanente Conjunto sobre Programa, Presupuesto y Finanzas que considere una asignación presupuestaria de US\$21,700 para completar los recursos a distribuir en toda la iglesia y que se utilicen durante el próximo trienio.

2022-A107 - Ministerio para Personas con Enfermedades Mentales y sus Familias

Se resuelve, Que la 80ª Convención General de la Iglesia Episcopal reconozca la prevalencia mundial de las enfermedades mentales y la necesidad de un ministerio efectivo con las personas que enfrentan desafíos de salud mental, y la necesidad de continuar el trabajo iniciado con las resoluciones de la Convención General 2015-C020 y 2018-C034; y asimismo

Se resuelve, Que la Iglesia Episcopal prepare a toda su gente, tanto al clero como a los laicos, para interactuar de manera compasiva y competente con aquellos que experimentan problemas de salud mental; y asimismo

Se resuelve, Que las provincias y diócesis de la Iglesia Episcopal utilicen recursos para fortalecer la atención, la inclusión, el apoyo y el fomento de todas las personas (tanto los laicos como el clero) que luchan con problemas de salud mental; y asimismo

Se resuelve, Que las provincias y diócesis de la Iglesia Episcopal apoyen la salud mental de su clero, abogando para que el clero sea intencional sobre su autocuidado, y comprendiendo que el clero, como cualquier otra persona, también puede luchar con los desafíos de la salud mental.

2022-A108 – Capacitación de Capacitadores para las Provincias Episcopales en Primeros Auxilios para la Salud Mental

Se resuelve, Que la 80ª Convención General autorice el lanzamiento de la capacitación de personas en las diócesis, congregaciones, escuelas, seminarios y otras entidades de la Iglesia Episcopal en la capacitación de relaciones de cuidado con personas con enfermedades mentales y sus familias, en el reconocimiento de posibles crisis de salud mental y en la interacción de maneras saludables y de apoyo con las personas en crisis, y en el fomento y el apoyo para tender puentes, utilizando los recursos y procesos de capacitación de Primeros Auxilios para la Salud Mental (Mental Health First Aid, MHFA) y la Alianza Nacional para las Enfermedades Mentales (National Alliance on Mental Illness, NAMI), así como la Red Interreligiosa sobre Enfermedades Mentales (Interfaith Network on Mental Illness), WISE for Mental Health, y otras organizaciones y redes útiles; y asimismo

Se resuelve, Que la 80ª Convención General autorice y financie la capacitación de al menos 15 capacitadores regionales en Primeros Auxilios para la Salud Mental con el fin de proporcionar capacitación básica en esta disciplina en las Provincias de la Iglesia Episcopal, recurriendo también a la experiencia de los capacitadores en Primeros Auxilios para la Salud Mental que forman parte del Sindicato de Episcopales Negros junto con otros capacitadores episcopales en Primeros Auxilios para la Salud Mental, con una capacitación que se completará en mayo de 2024, para que estén disponibles como capacitadores de recursos para las diócesis de cada Provincia; y asimismo

Se resuelve, Que la 80ª Convención General recomiende capacitación en Primeros Auxilios para la Salud Mental y la concientización general sobre la salud y las enfermedades mentales para todo el clero activo y el personal laico de las entidades eclesiásticas de cada diócesis, con la emisión de certificaciones; y asimismo

Se resuelve, Que la Convención solicite al Comité Permanente Conjunto sobre Programa, Presupuesto y Finanzas que considere una asignación presupuestaria de US\$35,000 para ayudar a financiar la capacitación de capacitadores regionales para las provincias.

2022-A109 – Desarrollo del Plan de Estudios y de la Capacitación Requerida para el Clero en la Atención Pastoral de la Salud Mental

Se resuelve, Que la 80ª Convención General autorice la creación y el lanzamiento de un nuevo plan de estudios para capacitar a todo el clero episcopal ordenado, a los candidatos y a los postulantes en la concientización sobre la salud y las enfermedades mentales, que haga hincapié en la atención pastoral, la formación de relaciones afectivas y el fomento eficaz. Este nuevo plan de estudios incorporará y ampliará una serie de recursos que incluyen Primeros Auxilios para la Salud Mental, la Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales, la Red Interreligiosa sobre Enfermedades Mentales, WISE para la Salud Mental y otras organizaciones y redes útiles; y asimismo

Se resuelve, Que se recomiende que todos los que se ordenen a partir de enero de 2024 sean capacitados en este nuevo plan de estudios que incluirá la capacitación en Primeros Auxilios para la Salud Mental y en la labor de fomento de la Alianza Nacional para las Enfermedades Mentales; y asimismo

Se resuelve, Que la 80ª Convención General recomiende la capacitación de todos los presbíteros, diáconos y obispos en activo en este plan de estudios para la concientización sobre la salud y las enfermedades mentales; y asimismo

Se resuelve, Que la 80ª Convención General solicite al Comité Permanente Conjunto sobre Programa, Presupuesto y Finanzas que contemple una asignación presupuestaria de US\$15,000 para la implementación de esta resolución.

Resumen del Trabajo

Resumen Ejecutivo de la Labor del Grupo de Trabajo

La salud y el bienestar mental afectan a todas las provincias, diócesis, ministerios y personas. Las personas con enfermedades mentales se encuentran entre las más marginadas del mundo, ya que se trata de personas de todas las profesiones y condiciones sociales, y de todas las comunidades. Las enfermedades mentales pueden afectar a cualquiera, independientemente de su posición social, geografía, raza o identidad de género. Nuestro trabajo en este trienio abreviado puso de relieve la necesidad de dar prioridad al ministerio relacionado con la salud mental.

En la labor continua del Grupo de Trabajo sobre Personas con Enfermedades Mentales se tomó la resolución 2022-A110 como directiva general: desarrollar y proporcionar recursos, capacitación y planes de estudio sobre salud mental para compartirlos con la Iglesia Episcopal, con el fin de aumentar la concientización, mejorar la atención pastoral y fortalecer las capacidades básicas que fomentan la

acogida, la inclusión, el apoyo y el fomento. Este mandato primario se convirtió en la base del trabajo esbozado en las demás resoluciones secundarias.

La Resolución 2022-A107 pedía a la Iglesia Episcopal que asumiera la responsabilidad de cuidar, apoyar y fomentar la salud mental. El llamado a la Iglesia consistía en dotar a los laicos y a los ordenados de habilidades y herramientas para interactuar de forma compasiva y competente con las personas que tienen enfermedades mentales y problemas de salud mental. Esta resolución hizo eco de resoluciones anteriores de las últimas décadas, pero con mayor énfasis en la adopción de medidas.

La Resolución 2022-A108 establece una clara orientación para capacitar y equipar a las personas de la iglesia con habilidades para interactuar con personas que experimentan una amplia gama de problemas de salud mental, incluidas las personas en crisis. La resolución apuntaba específicamente a la contratación, capacitación y utilización de un pequeño grupo de episcopales, repartidos por todas las Provincias de la Iglesia Episcopal, como instructores en Primeros Auxilios para la Salud Mental.

La Resolución 2022-A109, que pide el desarrollo de un plan de estudios más profundo para el clero, fue propuesta por el Grupo de Trabajo anterior y este Grupo de Trabajo la asumió como su labor. El Grupo de Trabajo elaboró un plan de estudios para todo el clero activo y los postulantes, con una primera base de capacitación en Primeros Auxilios para la Salud Mental.

La labor del Grupo de Trabajo produjo seis recursos para crear conciencia y habilidades básicas en la atención y el apoyo con fundamento espiritual para las personas con problemas de salud mental, reclutó, capacitó y utilizó a once instructores de Primeros Auxilios para la Salud Mental de ocho de las nueve Provincias de la Iglesia Episcopal, y redactó un sólido plan de estudios para aumentar los conocimientos y habilidades del clero y los líderes laicos. A partir de este trabajo y del rápido aumento en la incidencia de las enfermedades mentales en todo el mundo en los últimos años, se hizo evidente que la Iglesia Episcopal debe hacer hincapié en el crecimiento continuo de la competencia básica en Primeros Auxilios para la Salud Mental. Los recién capacitados instructores de Primeros Auxilios para la Salud Mental, junto con otros episcopales ya certificados como instructores de Primeros Auxilios para la Salud Mental, han comenzado a impartir cursos de un día sobre el tema a congregaciones, escuelas, campamentos, reuniones diocesanas, reuniones del clero y redes eclesiológicas, con el fin de dotar a las personas de estas habilidades fundamentales para reconocer posibles crisis y desafíos de salud mental y para interactuar de manera útil. Cientos de personas habrán recibido esta capacitación básica antes de la 81ª Convención General del verano de 2024.

Continuando con los objetivos establecidos en la Resolución 2022-A109, el Grupo de Trabajo insta a la Iglesia Episcopal a avanzar hacia la exigencia de capacitación en Primeros Auxilios para la Salud Mental a la par de la capacitación de Iglesia Segura y Reconciliación Racial. El Grupo de Trabajo ha propuesto una resolución para instar a la capacitación en Primeros Auxilios para la Salud Mental de todo el clero activo, postulantes, candidatos y laicos en puestos de liderazgo. Dada la importancia permanente del ministerio a personas con problemas de salud mental y dada la atención esporádica y dispar a las cuestiones de salud mental, así como a la salud física en diversos Grupos de Trabajo durante décadas,

este Grupo de Trabajo ha instado a la creación de una Comisión Permanente sobre Salud y Bienestar Humano, apoyada de forma coherente con financiamiento para el desarrollo continuo y la utilización de recursos y capacitación que apoyen el ministerio de la iglesia relacionado con la salud mental y física.

El Grupo de Trabajo completó la gran mayoría de los objetivos e iniciativas establecidos en las Resoluciones A107-A110. También está claro que es necesario seguir trabajando para garantizar el desarrollo continuo de la capacidad de la iglesia para acoger, incluir, apoyar, animar, capacitar y fomentar a las personas que se enfrentan a problemas de salud mental. El Grupo de Trabajo ha completado las tareas que se le encomendaron como un primer paso significativo en lo que debe ser una labor continua de la iglesia.

El futuro de la labor que aquí se ha realizado depende de que la iglesia siga esforzándose por crecer en su ministerio en relación con la salud mental. Las resoluciones presentadas por el Grupo de Trabajo para la Convención General de 2024 tienen como objetivo la afirmación en toda la Iglesia del crecimiento continuo en todos los órdenes del ministerio, específicamente en el ministerio sobre salud mental y, más ampliamente, en el ministerio holístico integrado de la salud y el bienestar humano.

Resumen Detallado de la Labor del Grupo de Trabajo

Visión General de los Objetivos y Plan del Grupo de Trabajo

En el Grupo de Trabajo sobre Personas con Enfermedades Mentales comenzamos nuestra labor en línea a mediados de enero con un envío de datos de todo el material y los recursos que el Grupo de Trabajo logró durante el ciclo del trienio 2018 - 2022. Se invitó a los nuevos miembros del Grupo de Trabajo a revisar este material antes de nuestra primera reunión en febrero de 2023.

En la primera reunión, el Grupo de Trabajo de este trienio revisó la historia del trienio anterior, expresó los objetivos individuales de participación y comenzó a establecer un plan de trabajo para este trienio acertado. Basándose en la labor previa del Grupo de Trabajo y en las resoluciones aprobadas en la 80ª Convención General, el grupo sabía que había tres tareas principales que llevar a cabo:

- Desarrollo y utilización de recursos
- Desarrollo y utilización de la capacitación
- Desarrollo y utilización de planes de estudios

Esta división de tareas sería fundamental para lograr la misión y la visión subyacentes de nuestros miembros, en concreto:

- Aumentar la concientización sobre las enfermedades mentales, su prevalencia y la necesidad de un ministerio eficaz.

- Equipar a todos los clérigos y laicos de las diócesis, congregaciones, escuelas, seminarios y otras entidades de la Iglesia Episcopal para que interactúen de manera compasiva, competente y solidaria con las personas que tienen problemas de salud mental.
- Reforzar la atención, la inclusión, el apoyo para tender puentes y el fomento y reducción de la estigmatización de las personas con enfermedades mentales en los entornos eclesiales y fuera de ellos, para el clero y toda la Iglesia.
- Fomentar la preocupación del clero por su propia salud mental y su autocuidado.

Al principio de nuestro tiempo juntos, el grupo tuvo la suerte de poder reunirse en el marco de la reunión de los organismos interinos en Cleveland a finales de marzo para comenzar el grueso de nuestro trabajo en cada una de estas tres tareas prioritarias. Durante este tiempo, el equipo se vio sacudido por una crisis en relación con el apoyo presupuestario a nuestro mandato. Tras una rápida reacción de pánico, el equipo pasó primero a buscar medios externos de financiamiento y luego a condensar nuestro plan de trabajo una vez que conseguimos el financiamiento de la Oficina de la Convención General. Durante las intensas 60 horas, el equipo se dividió en subgrupos para cada una de las tareas planeadas. Al grupo de capacitación se le encomendó la tarea de llevar a cabo una capacitación planeada de Instructores en Primeros Auxilios para la Salud Mental de Adultos (Mental Health First Aid – Adult, MHFA-A) dentro de las limitaciones de nuestro nuevo presupuesto. El Grupo de Recursos elaboró un plan de producción de recursos para las comunidades religiosas, en el cual se describen las mejores prácticas en temas fundamentales. Por último, dada la disponibilidad de los miembros, el grupo encargado del plan de estudios elaboró un esquema que pudo ser examinado y debatido por todos los miembros del Grupo de Trabajo durante el tiempo que pasamos juntos.

Al final de nuestra estancia en Cleveland, el grupo tenía un plan claro para los 8 meses siguientes. El Grupo de Trabajo estableció una cadencia general de reuniones mensuales en línea a través de Zoom. Cada subgrupo trabajaría independientemente en su tarea entre reuniones. Las reuniones se convirtieron en un momento para compartir los avances de cada subgrupo y obtener información de los demás. Esto permitió a cada grupo trabajar al ritmo adecuado para su tarea, lo que fue útil para nuestro grupo de capacitación, que estaba coordinando horarios con muchas personas y grupos diversos para elegir un momento ventajoso para capacitar a nuestros instructores de la Iglesia Episcopal.

Se determinó que ese momento coincidiera con una segunda reunión de los organismos interinos a finales de octubre (unas semanas después de la mayoría de los organismos interinos). Durante la primera parte de la semana, 11 voluntarios de ocho de las nueve provincias recibieron capacitación como instructores en Primeros Auxilios para la Salud Mental. La segunda mitad de la semana se dedicó a trabajar intensamente para dar los últimos toques a los documentos de recursos y al plan de estudios. Estos documentos finalizados se incluyen en la sección complementaria de este informe. La última tarea del grupo fue poner en marcha, mediante la redacción de resoluciones, la continuación de la labor del Grupo de Trabajo para el próximo trienio y los siguientes.

El Grupo de Trabajo propone la creación de una Comisión Permanente que proporcione estabilidad y sostenibilidad para que la Iglesia Episcopal atienda a las personas con enfermedades mentales y amplíe el mandato para abarcar todas las facetas de la salud y el bienestar, incluidas las facetas físicas, mentales, emocionales, relacionales y espirituales de la vida. El Grupo de Trabajo propone algunas resoluciones adicionales para el próximo trienio basadas en las necesidades sobre las que el grupo se ha informado durante los trabajos de este trienio.

Retos y Lecciones Aprendidas:

El Grupo de Trabajo tuvo algunos retos en el camino hacia el cumplimiento de su labor. Pero con la ayuda de Dios, el equipo se sobrepuso. El trienio acertado enfocó nuestro trabajo en nuestros objetivos cuando, de otro modo, muchas otras posibles vías y actividades podrían haber atraído nuestra atención. El trabajo para y con las personas con enfermedades mentales y los cuidadores que las apoyan tienen una diversidad de necesidades antes de considerar la diversidad de la población afectada. El grupo se enfocó en poner una piedra angular durante este trienio que pudiera servir de apoyo al trabajo de futuros organismos.

Como ya se ha mencionado, el Grupo de Trabajo también se encontró con problemas de financiamiento al principio de su labor. Aunque algunas de las resoluciones que el grupo adoptó como mandato incluían la solicitud de presupuesto, el dinero no estaba garantizado. El grupo examinó la posibilidad de obtener financiamiento externo, concretamente estudiando las subvenciones del gobierno federal estadounidense y de otras fundaciones eclesiásticas. Como grupo de trabajo de la Convención General, el financiamiento mediante subvenciones es sumamente difícil de tramitar, dada nuestra efímera vida. Este conocimiento del financiamiento nos facilitaría la redacción de resoluciones para la 81ª Convención General. El Grupo de Trabajo se ha asegurado de que cualquier necesidad de financiamiento se solicitara claramente al Comité Presupuestario para que hiciera todo lo posible por garantizar el financiamiento en el futuro. El grupo también ha entablado conversaciones con diversos departamentos de la Iglesia Episcopal para conocer su capacidad de recibir financiamiento externo para ampliar aún más la labor en materia de salud mental.

Otro reto fueron las limitaciones externas derivadas de un presupuesto limitado. Primeros Auxilios para la Salud Mental abarca tres categorías principales: adultos, jóvenes y de adolescentes a adolescentes. Al principio de nuestra labor, el equipo esperaba que se pudiera realizar un curso de capacitación conjunto que cubriera tanto la ayuda a adultos como la ayuda a jóvenes, pero la organización certificadora no estaba preparada para ofrecer la doble certificación en el plazo previsto (el grupo de trabajo sigue en contacto con la organización certificadora para ayudar a fomentar la capacitación de doble certificación). El grupo votó en favor de la capacitación de instructores de Primeros Auxilios para la Salud Mental para el módulo de adultos, dada la demografía actual de la iglesia y una comprensión general de que, salvo en algunos casos concretos, el módulo de Adultos parecía el más aplicable como punto de partida. El equipo ha redactado resoluciones con solicitudes de financiamiento para garantizar que en el próximo trienio la iglesia pueda capacitar instructores en los tres cursos. Aunque esto es bueno para el futuro, significó que muchos de nuestros candidatos a

instructores identificados optaron por no capacitarse como instructores de adultos (el grupo de trabajo tendrá a la mano sus nombres para transmitirlos al próximo organismo que se encargue de esta labor). Por último, en lo que respecta a la capacitación, el grupo recurrió a un curso presencial con instructor privado para ahorrar dinero en una sesión de capacitación general. Esto añadió una complicación a la decisión de nuestros candidatos de completar el curso. El tiempo de capacitación, la exigencia de ausentarse durante unos días y los cambios de fechas en el calendario de capacitación volvieron a provocar una disminución de candidatos aptos. Se capacitó a once instructores nuevos que están impacientes por empezar a ofrecer capacitación sobre Primeros Auxilios para la Salud Mental en sus provincias, muchos de los cuales empezarán a impartir capacitación a principios de 2024. Todos los candidatos identificados originalmente están listos para ser capacitados como instructores en los módulos de Adultos o Jóvenes en cuanto termine la Convención General y se disponga de fondos para apoyar la capacitación de instructores.

Otra limitación externa es el alcance de Primeros Auxilios para la Salud Mental en la Provincia 9. Primeros Auxilios para la Salud Mental tiene un alcance internacional, pero tiene normas claras sobre el cumplimiento de los estatutos y ordenanzas que rigen su aprobación en cada nación independiente. Esto dio lugar a que se establecieran límites sobre quiénes podían actuar como instructores capacitados en sus propios países. El comité espera que estos obstáculos puedan abordarse eficazmente en los próximos años. También estaban los límites internos del comité en cuanto a la composición de sus miembros. Había una gran variedad de experiencias personales y profesionales directas con los problemas de salud mental, pero la variación de los contextos culturales y raciales representados entre los miembros del comité era limitada. El grupo se esforzó por tener presentes a los hermanos en Cristo con diferentes experiencias vividas, y por honrar sus tradiciones y necesidades en materia de salud mental. Es la auténtica oración de este grupo que a medida que esta labor crezca, su liderazgo incluya a todo el cuerpo de Cristo. Nuestro trabajo se basó en gran medida en la labor anterior (y continua) de la Unión de Episcopales Negros, y en los artículos y recursos que han elaborado. El grupo prevé la traducción y adaptación cultural de los documentos elaborados, pero también reconoce que esto no es suficiente. El grupo pide la continuación y el crecimiento de este trabajo con una mayor atención a la diversidad en la composición de la Comisión Permanente propuesta.

Por último, aunque el grupo agradece a Zoom y Microsoft Teams por permitirnos trabajar a grandes distancias, estos no dejaron de plantear un reto. Teams puede ser fácil de utilizar una vez que se sabe cómo usar la plataforma, pero existe una curva de aprendizaje. Para las personas con sistemas operativos iOS o Linux, la tecnología se convirtió en una barrera para la inclusión. Zoom es genial para facilitar la conversación, pero no tanto para la producción de documentos. La mayor parte del trabajo sobre los documentos relativos al plan de estudios y los recursos se llevó a cabo durante las dos reuniones de nuestros organismos provisionales, que sumaron más de 150 horas. El equipo trabajó desde las 8:30 de la mañana hasta las 10:00 de la noche y puso toda su energía en el producto del trabajo. Nuestra recomendación para el futuro es adelantar las reuniones de los organismos

provisionales, ya que Zoom y los equipos funcionan mejor a larga distancia después de que se ha creado la comunidad y cuando la intención es editar, revisar y debatir documentos y temas.

Subcomité para la Creación de un Plan de Estudios de Salud Mental

El Grupo de Planes de Estudios para el desarrollo y la utilización del plan de estudios del clero se basó y amplió en el trabajo realizado en el desarrollo de recursos y capacitación. La A109 pedía la creación y el lanzamiento de un nuevo plan de estudios para capacitar a todo el clero ordenado episcopal, candidatos y postulantes en una concientización que haga hincapié en la atención pastoral, la formación de relaciones afectuosas y el fomento eficaz, incluida la capacitación básica en Primeros Auxilios para la Salud Mental y el fomento de la Alianza Nacional para las Enfermedades Mentales (National Alliance on Mental Illness, NAMI).

Sin que este grupo de trabajo lo supiera, A109 se asignó a la Comisión Permanente de Formación. De esa forma, el Equipo sobre Planes de Estudios del Grupo de Trabajo trabajó intensamente en la elaboración de un esquema sólido para la capacitación del clero en el ministerio sobre la salud mental. El esquema incluía nueve áreas fundamentales para la capacitación del clero, además de la certificación de capacitación en Primeros Auxilios para la Salud Mental:

1. Certificación de capacitación en Primeros Auxilios para la Salud Mental.
2. Marcos teológicos y bíblicos, y prácticas espirituales útiles y no útiles.
3. Atención pastoral y espiritual individual, y discernimiento de preocupaciones.
4. Atención pastoral y espiritual para familias, y discernimiento de las preocupaciones.
5. Inclusión en las comunidades de personas con enfermedades mentales y sus familias.
6. Atención a la comunidad en equilibrio con la salud y las enfermedades mentales de las personas.
7. Autorreconocimiento, autorrevisión, autorrestauración, autorresiliencia, autofortaleza.
8. Respuesta al trauma en la comunidad en general.
9. Establecimiento de conexiones de recursos en la propia comunidad.
10. Alianza y fomento.

Este esquema curricular, que incluye el alcance y la secuencia, se diseñó con el potencial de ser lanzado como un curso híbrido que combina sesiones en línea y presenciales.

Tras desarrollar el esquema y convertirlo en un borrador completo de temas y contenidos básicos para cada área, el equipo encargado del plan de estudios buscó recursos y publicaciones de alta calidad que ofrecieran un rico contenido para las diez áreas fundamentales mencionadas. Estos recursos apoyan los objetivos curriculares de facilitar una capacitación más profunda en la sensibilización y el conocimiento de las enfermedades mentales, la atención pastoral, las relaciones afectuosas, la

construcción de puentes de apoyo, la capacitación y el fomento eficaces de las personas con enfermedades mentales y sus familias, junto con la atención congregacional y el autocuidado del clero, con fundamentos teológicos y espirituales.

Durante este mismo periodo, la Comisión Permanente había asignado A109 a su propio subcomité, pero no se avanzó mucho. A principios de otoño de 2023, los representantes del Equipo sobre Planes de Estudios de A109 del Grupo de Trabajo y del subcomité de la Comisión Permanente se reunieron en línea para debatir los avances y las posibilidades de colaboración. Los representantes de la Comisión Permanente agradecieron el trabajo realizado hasta ahora por el Grupo de Trabajo y se mostraron más que satisfechos de colaborar con él para seguir desarrollando el plan de estudios. El principal contacto de la Provincia IX con la Comisión Permanente manifestó su interés por facilitar la traducción y la adaptación cultural del plan de estudios.

El Equipo de Planes de Estudios cumplió su objetivo de crear un plan de estudios (adjunto a este informe). La puesta en práctica de este plan de estudios depende de los siguientes pasos críticos de crear un módulo de instrucción para cada área fundamental del plan de estudios, traducir y adaptar culturalmente los materiales para las comunidades hispanohablantes y desplegar instructores de Primeros Auxilios para la Salud Mental para capacitar al clero como primer paso.

Subcomité de Capacitación en Primeros Auxilios para la Salud Mental

El Grupo de Capacitación se embarcó en una misión global para reunir, capacitar y utilizar instructores en Primeros Auxilios en Salud Mental por toda la Iglesia Episcopal. El primer paso en el proceso fue recopilar una lista de los instructores certificados en Primeros Auxilios para la Salud Mental existentes en la Iglesia Episcopal. El grupo comenzó enviando un correo electrónico a las oficinas diocesanas, solicitando los nombres de personas que tuvieran la certificación de instructor de Primeros Auxilios para la Salud Mental. Además, el grupo aprovechó la comunidad en línea y publicó en varios grupos episcopales de Facebook, buscando nombres de instructores certificados de Primeros Auxilios para la Salud Mental. Sin embargo, es probable que la lista no sea exhaustiva ni incluya a todos los instructores certificados de la Iglesia.

La siguiente fase del trabajo del grupo consistió en solicitar personas para capacitarse como instructores de Primeros Auxilios para la Salud Mental. El grupo buscó activamente referencias en las oficinas diocesanas para identificar posibles candidatos, aprovechando sus conexiones dentro de la Iglesia Episcopal. Además, el grupo se dirigió a la comunidad episcopal en general publicando preguntas en varias páginas de Facebook para suscitar el interés de las personas que deseaban convertirse en instructores de Primeros Auxilios para la Salud Mental. Los esfuerzos del grupo se extendieron también a la colaboración con los Campamentos Episcopales y Centros de Conferencias, que resultaron fundamentales para captar posibles instructores al incluir información sobre la capacitación de instructores de Primeros Auxilios para la Salud Mental en sus boletines informativos. Además, la Asociación de Diáconos Episcopales desempeñó un papel importante en el proceso al difundir la solicitud de candidatos a capacitadores a través de sus diversas redes. A través de estos

esfuerzos colectivos, el grupo recibió una respuesta impresionante, acumulando una lista de 60 personas que eran candidatos potencialmente adecuados para la capacitación de instructores de Primeros Auxilios para la Salud Mental.

Después de muchas discusiones, el Grupo de Trabajo elaboró las siguientes expectativas para quienes reciban la capacitación de Instructor en Primeros Auxilios para la Salud Mental.

- Asistir a todos los días de capacitación de Primeros Auxilios para la Salud Mental y completar todas las tareas.
 - Asistir a la capacitación presencial durante tres días.
 - Completar todo el trabajo previo, las evaluaciones y el registro posterior al curso como instructor.
- Cumplir todos los requisitos para la certificación de instructor en Primeros Auxilios para la Salud Mental:
 - Impartir tres cursos de un día al año.
 - En caso de doble certificación (de adultos y de jóvenes), al menos un curso al año debe corresponder a cada certificación.
 - Utilizar plenamente el proceso descrito por Primeros Auxilios para la Salud Mental para inscribir a los participantes, cobrar las cuotas, obtener y distribuir los materiales y ofrecer la instrucción.
 - Los materiales deben pedirse a Primeros Auxilios para la Salud Mental y pagarse en los 30 días siguientes a cada capacitación. Los participantes reembolsan las cuotas directamente al instructor, o este las recupera a través de la ayuda intermediaria de la diócesis o la red.
- Cumplir las siguientes expectativas mínimas de la Iglesia Episcopal:
 - Comprometerse a impartir cursos de Primeros Auxilios para la Salud Mental durante al menos cinco años.
 - Impartir al menos tres cursos de Primeros Auxilios para la Salud Mental al año específicamente para la Iglesia Episcopal con un mínimo de 10 participantes en cada curso.
 - Ofrecer al menos una clase al año fuera de la diócesis de origen del instructor.
 - Los cursos para la Iglesia Episcopal serán gratuitos al menos durante los primeros dos años (o los primeros seis cursos, lo que ocurra primero). Después de los dos años iniciales (o seis cursos), la compensación máxima por los cursos impartidos a la Iglesia Episcopal no será superior a US\$300 por curso.
 - Siempre es válido solicitar viáticos, incluido el alojamiento y la manutención. Mantener la compensación al mínimo reduce radicalmente las cuotas de inscripción de cada persona.
 - Cuando se imparten cursos adicionales para comunidades ajenas a la Iglesia Episcopal, se permite cobrar la cuota para instructores recomendada por Primeros Auxilios para la Salud Mental.
 - El objetivo de los cursos ofrecidos para la Iglesia Episcopal es proporcionar educación a la mayor cantidad posible de clérigos y laicos episcopales. Si no se ha completado la

capacidad de la clase, serán bienvenidos los socios ecuménicos y las personas de la comunidad en general.

- Notificar siempre a la oficina diocesana, provincial o de la red que se va a ofrecer la capacitación. Promueva y reclute en colaboración con el personal diocesano, las congregaciones y las organizaciones.
- Proporcionar una lista con la información de contacto de todos los asistentes al Grupo de Trabajo de la Iglesia Episcopal sobre Personas con Enfermedades Mentales y a la diócesis o red patrocinadora.
- Informar inmediatamente de cualquier asunto o problema grave que surja durante la capacitación al presidente del Grupo de Trabajo de la Iglesia Episcopal sobre Personas con Enfermedades Mentales y al líder diocesano o de la red pastoralmente responsable.

Una vez que los interesados en convertirse en instructores de Primeros Auxilios para la Salud Mental aceptaron cumplir las expectativas, el Grupo de Trabajo determinó cuántas personas estaban interesadas en certificarse en Primeros Auxilios para la Salud Mental de adultos, de jóvenes o ambos. En este paso, fue alentador ver que la mayoría de los encuestados expresaron su interés en capacitarse tanto en Primeros Auxilios para la Salud Mental de adultos como de jóvenes.

El grupo de capacitación estudió la posibilidad de combinar la capacitación de instructores en Primeros Auxilios para la Salud Mental de adultos y de jóvenes en un evento de una semana de duración. Primeros Auxilios para la Salud Mental no pudo o no quiso combinar los dos cursos. Después de que se confirmó que no existía la opción de combinar los dos cursos, el grupo de capacitación esperaba poder impartir la capacitación de Instructor en Primeros Auxilios para la Salud Mental de adultos y la capacitación para jóvenes inmediatamente después, a fin de permitir que quienes quisieran capacitarse en ambos programas pudieran hacerlo en una semana. Desgraciadamente, esto no fue posible porque cada evento de capacitación dura tres días, y los instructores de Primeros Auxilios para la Salud Mental no trabajan los fines de semana.

Debido a las limitaciones de financiamiento, el Grupo de Trabajo se enfrentó a una difícil decisión en cuanto al tipo de capacitación de instructores de Primeros Auxilios para la Salud Mental que podían ofrecer. Aunque la intención original era impartir capacitación tanto a adultos como a jóvenes como instructores en Primeros Auxilios en Salud Mental de adultos y jóvenes, las limitaciones financieras impidieron que esto fuera factible. Al darse cuenta de ello, el Grupo de Trabajo evaluó cuidadosamente la situación y determinó que impartir la capacitación de instructor en Primeros Auxilios en Salud Mental de adultos sería lo más ventajoso, dada la mayor cantidad de personas que trabajan con adultos en diversas capacidades en la Iglesia Episcopal. Además, el Grupo de Trabajo reconoció que existen programas como Keep Watch de la Diócesis de Atlanta, que se enfocan específicamente en la salud mental de los jóvenes y que servirían como un valioso recurso hasta que se disponga de más financiamiento para una capacitación adicional. Al dar prioridad a la capacitación de instructores de Primeros Auxilios para la Salud Mental de adultos, el Grupo de Trabajo pretendía maximizar el alcance y el impacto de sus esfuerzos, al tiempo que consideraba opciones alternativas para apoyar las necesidades de salud mental de los jóvenes.

En un principio, el Grupo de Trabajo tenía previsto organizar la capacitación de instructores de Primeros Auxilios para la Salud Mental en el Centro de Conferencias, Campamentos y Retiros Kanuga; sin embargo, resultó más rentable organizar la capacitación en el Maritime Conference Center debido a acuerdos contractuales previos con la Iglesia Episcopal. El Grupo de Trabajo se coordinó con la Oficina de la Convención General y Primeros Auxilios para la Salud Mental para organizar una capacitación de instructores en Primeros Auxilios para la Salud Mental de adultos del 23 al 25 de octubre en el Maritime Conference Center.

Después de comunicar las fechas de la capacitación, 12 personas manifestaron su interés por asistir a la capacitación de instructores. Lamentablemente, una persona tuvo una urgencia médica familiar y no pudo participar como estaba previsto. Como resultado, el 25 de octubre, 11 personas de 8 provincias diferentes completaron el proceso de certificación y se convirtieron en instructores certificados de Primeros Auxilios para la Salud Mental. Además, el presidente del Grupo de Trabajo es también un instructor certificado, y el grupo ha identificado a otros instructores capacitados en la Iglesia Episcopal que están dispuestos a coordinar esfuerzos. Esto ha dado lugar a un total inicial de 15 instructores capacitados que han acordado utilizar sus esfuerzos en favor de la iglesia.

Durante la capacitación, los participantes expresaron un gran interés en obtener la certificación como instructores de Primeros Auxilios para la Salud Mental para adolescentes. Este programa enseña directamente a los adolescentes de los grados 10º a 12º, o de 15 a 18 años, a identificar, comprender y responder a las señales de problemas de salud mental y consumo de sustancias entre sus amigos y compañeros. El Grupo de Trabajo espera poder ofrecer esta valiosa capacitación en el próximo trienio.

Subcomité para la Creación de Recursos

El Grupo de Recursos comenzó su trabajo con el acceso a los borradores de recursos del anterior Grupo de Trabajo como punto de partida. El objetivo inicial para el desarrollo de recursos surgió del deseo de completar el trabajo previo del Grupo de Trabajo sobre la generación de guías de recursos de una página relacionadas con trastornos mentales específicos. La lista de estos recursos deseados era larga:

Panorama de las enfermedades mentales	Esquizofrenia
El trauma y sus consecuencias	Trastorno bipolar
Estigma y otros obstáculos	Abuso de sustancias
Depresión	Trastornos alimentarios
Trastornos de ansiedad	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

También se consideraron otros posibles temas, pero estos eran puntos de partida.

Sin embargo, cuando el Grupo de Recursos se reunió, consideró que la especificidad de los temas anteriores era excesivamente diagnóstica. Uno de los temas fundamentales tanto de Primeros Auxilios para la Salud Mental como de la Alianza Nacional para las Enfermedades Mentales (NAMI) es la importancia de dejar el trabajo de diagnóstico a los profesionales y ayudar al público a familiarizarse de forma más general con las realidades de los problemas de salud y las enfermedades mentales.

El Grupo de Recursos empezó a girar en esta dirección antes de la primera reunión presencial del Grupo de Trabajo en Cleveland, durante meses de trabajo conjunto en línea. En Cleveland, este giro se concretó en documentos de recursos completamente nuevos. Se han utilizado algunos recursos de los borradores anteriores. Sin embargo, estos nuevos documentos no se enfocaban en el diagnóstico de una persona con enfermedades mentales, sino en la respuesta de la comunidad religiosa en general a las personas que experimentan cualquier tipo de crisis de salud mental o desafío duradero.

El primer paso consistió en identificar las seis áreas prioritarias para convertirlas en recursos. El Grupo de Recursos identificó las siguientes áreas:

Panorama general de la salud y las enfermedades mentales	Cuidado de los cuidadores
Personas en crisis de salud mental	Cuidado de las congregaciones
Personas con enfermedades mentales persistentes	Recursos generales (nacionales y locales)

El Grupo esbozó el esquema coherente de los seis recursos. Cada documento debía incluir estos elementos:

- Introducción al asunto.
- Una parábola que ilustre el tema y ofrezca una visión de la experiencia.
- Mejores prácticas para acercarse, acompañar y responder a una persona en apuros.
- Recursos espirituales, incluidas oraciones litúrgicas y personales, escrituras e himnos.

Cuando el grupo salió de Cleveland, tres de los documentos estaban completos en un 70% y los otros tres en borrador. A lo largo del verano, el grupo socializó los documentos con grupos religiosos de nuestras comunidades para perfeccionar el contenido de modo que fuera lo más impactante posible y crear expectación por su publicación.

En la reunión de octubre de 2023, celebrada en el Maritime Center de Linthicum Heights (Maryland), todo el grupo de trabajo se reunió para completar, perfeccionar y dar formato a todos los documentos de recursos. Estos documentos listos para imprimir se incluyen en el apéndice de este informe y se compartirán más ampliamente en la Convención General.

Acción de Gracias y Resaltar a los Grupos que Hacen un Buen Trabajo en Salud Mental

El Grupo de Trabajo agradece a todas las congregaciones, escuelas, diócesis, redes y comunidades religiosas de la Iglesia Episcopal que han allanado el camino y sentado las bases de nuestro ministerio con las personas con enfermedades mentales.

La Unión de Episcopales Negros ha realizado una labor tremenda al impartir múltiples cursos de capacitación sobre Primeros Auxilios para la Salud Mental a sus miembros y elaborar una excelente guía de recursos para el ministerio sobre las personas con diferentes enfermedades mentales ([A Resource Booklet for Mental Health and the Spirit](#)).

En décadas anteriores, la Red Episcopal de Enfermedades Mentales (EMIN) proporcionó recursos en línea y trabajó para concientizar a toda la Iglesia sobre la salud y las enfermedades mentales. Su trabajo surgió con el financiamiento de la Convención General, como se puso en marcha en 1991 con la Resolución Do88 (“Alentar a la comprensión de las enfermedades mentales y responder a las necesidades de los enfermos mentales”) que instó a la Iglesia Episcopal hacia una mayor concientización, inclusión y sabiduría en el apoyo pastoral a las personas con enfermedades mentales y sus familias, el equipamiento del clero para un ministerio sobre salud mental más informado, asociaciones con organizaciones de salud mental y el fomento de una mejor atención de la salud mental. El trabajo continuó mediante la Resolución 2000-C032 (“Instar a las congregaciones a elogiar y apoyar a los grupos de apoyo a la salud mental”), que impulsó las relaciones de las congregaciones episcopales con la Alianza Nacional para las Enfermedades Mentales y otras redes de salud mental. El apoyo financiero a la Red Episcopal de Enfermedades Mentales surgió y continuó gracias a los fondos aportados al Grupo de Trabajo sobre Accesibilidad de esa época.

Los esfuerzos iniciales de la Diócesis de Delaware en 2015 solicitando a la Iglesia Episcopal que se enfocara más en las enfermedades mentales ayudaron a desencadenar los esfuerzos que condujeron al primer Grupo de Trabajo en 2018.

“Keep Watch”, de la diócesis de Atlanta, es un ejemplo de programa eclesiástico enfocado en la prevención del suicidio que está surgiendo en toda la Iglesia.

La Diócesis de Pensilvania ha estado trabajando para reducir el estigma de las enfermedades mentales a través de varias iniciativas, entre ellas la capacitación en Primeros Auxilios de Salud Mental, así como diversos programas de iglesias en casa para ayudar a las personas a encontrarse allí donde están.

Recientemente, la Diócesis de Puerto Rico inauguró el Centro de Salud Mental St. Luke’s, que proporciona atención médica especializada y aborda los retos de salud mental en todo Puerto Rico, utilizando un enfoque holístico que busca atender las necesidades físicas, mentales y espirituales. St. Luke’s Episcopal Health System ha sido fundamental para apoyar la misión de la

iglesia de cuidar del bienestar de todos los episcopales, pero también de todas las personas de Puerto Rico. Los profesionales de la salud conductual de St. Luke's imparten talleres y conferencias al clero que ofrecen herramientas para su autocuidado, así como para el cuidado de los miembros de sus congregaciones. Hasta la fecha, esta importante iniciativa ha ayudado a cientos de personas afectadas por distintos retos locales, como el impacto de huracanes, terremotos y pandemias, entre otros.

El Grupo de Trabajo agradece a la Comisión de Salud Mental de la Diócesis del Oeste de Texas (Diocese of West Texas, DWTX) y a todos los líderes del clero y laicos que buscan capacitación de Sanctuary Mental Health aquí para que, en la Diócesis del Oeste de Texas todos —quienes tienen necesidades de salud mental a menudo estigmatizadas, aquellos en recuperación, aquellos en las carreteras y en los setos— tengan un lugar en la mesa.

La Comisión Episcopal sobre Justicia Social y Atención Comunitaria de la Diócesis de Los Angeles, que se formó en 2020 después del asesinato en público de George Floyd, ha presionado para que se lleven a cabo reformas que avancen hacia una visión de “vigilancia policiaca basada en el Evangelio”. La Comisión amplió intencionadamente su enfoque para abarcar la salud y las enfermedades mentales en relación con su trabajo sobre la justicia penal y el necesario acceso a tratamientos médicos y terapéuticos durante y después del encarcelamiento.

Seminary of the Southwest lanzó en 2017 lo que se ha convertido en un exitoso programa, el Máster en Consejería Clínica de Salud Mental, que integra perspectivas teológicas y espirituales con la consejería profesional.

Muchos líderes eclesiásticos anteriores, tanto laicos como ordenados, prestaron atención y ayudaron a fomentar la atención a quienes experimentaban diversas formas de problemas de salud mental, incluido el trastorno por consumo de sustancias. Las reuniones del Grupo Oxford del Rvdo. Shoemaker ayudaron a dar forma a lo que más tarde se convertiría en los Doce Pasos para la Recuperación de A.A. Organizaciones y redes como Saint Francis Ministries y Episcopal Community Services vienen prestando servicios a personas con trastornos por consumo de sustancias, enfermedades mentales, trastornos de conducta y disfunciones familiares.

El Grupo de Trabajo desea destacar los diferentes lugares de ministerio de la Iglesia Episcopal que han comenzado a adoptar la capacitación en Primeros Auxilios para la Salud Mental para su clero y miembros de la Iglesia.

En 2023, la diócesis de Georgia dedicó su conferencia del clero a la capacitación sobre Primeros Auxilios para la Salud Mental para todo su clero.

La Provincia V dedicó un día de su encuentro provincial de abril de 2024 a la capacitación sobre Primeros Auxilios para la Salud Mental para líderes eclesiásticos de múltiples diócesis y entornos ministeriales.

Varias congregaciones de la Iglesia Episcopal están organizando cursos de capacitación sobre Primeros Auxilios para la Salud Mental. Por ejemplo, All Saints, en Richland (Washington), utilizó Primeros Auxilios para la Salud Mental para ayudar al clero y a los líderes laicos a aprender a interactuar con las personas sin vivienda que acuden a su nuevo refugio para climas fríos. Otro ejemplo: un grupo de cuatro congregaciones del Valle de Yakima, WA utilizó Primeros Auxilios para la Salud Mental para reforzar sus competencias en ministerios que afectan a la vida de muchas personas con rentas bajas de sus comunidades. Estos son solo algunos ejemplos de cómo Primeros Auxilios para la Salud Mental ya está siendo adoptado en toda la Iglesia Episcopal.

Deseamos reconocer el trabajo realizado por la anterior Comisión Permanente sobre la Salud que existió para el ministerio y el fomento relacionados con la salud de la Iglesia Episcopal, desde su creación hasta 2009.

Seguimos expresando nuestra más sincera gratitud a los líderes de la Alianza Nacional para las Enfermedades Mentales y deseamos expresar nuestro reconocimiento a todos los episcopales que participan en los grupos de apoyo, las iniciativas educativas y de concientización de la comunidad, las juntas y los esfuerzos de defensa de dicha Alianza.

Damos las gracias a los colegas de otros grupos de trabajo y comisiones de la Iglesia Episcopal que están desarrollando recursos y asociaciones para las áreas coincidentes de prevención del suicidio, adicción y recuperación, discapacidades cognitivas, neurodivergencia y trauma en las comunidades indígenas y LGBTQIA+. También estamos agradecidos a las comisiones diocesanas y a las redes de toda la Iglesia cuyo trabajo en asuntos de atención comunitaria, justicia social, justicia penal y asistencia jurídica, personas sin hogar y vivienda, y salud pública se entrecruzan con importantes cuestiones relacionadas con la salud y las enfermedades mentales.

Hay muchas otras organizaciones religiosas que han producido excelentes recursos y capacitaciones, muchos de los cuales nuestro Grupo de Trabajo ha utilizado y referenciado en nuestros materiales generados para la Iglesia Episcopal. Entre ellas figuran las siguientes:

Recursos litúrgicos y teológicos de la Iglesia de Inglaterra para la salud y las enfermedades mentales.

La iniciativa WISE Congregations (Welcoming, Inclusive, Supportive, Encouraging) del ministerio sobre salud mental creada por la Iglesia Unida de Cristo.

El recurso y proceso de capacitación en Primeros Auxilios Espirituales creado por Jamie Aten en el Instituto de Desastres Humanitarios de Wheaton College.

Los recursos recopilados proceden de múltiples fuentes del sitio web de la Red Interreligiosa sobre Enfermedades Mentales, incluida la “Guía de recursos sobre enfermedades mentales” de Carole Wills.

El Grupo de Trabajo desea destacar el valor significativo de los recursos producidos para las organizaciones religiosas por la Asociación Psiquiátrica Estadounidense y las Oficinas de Asociaciones Religiosas y Vecinales de EE. UU., para ayudar a los líderes religiosos y a las comunidades en la concientización sobre la salud y las enfermedades mentales y en las mejores prácticas para un compromiso positivo con las personas. Recomendamos su uso en toda la Iglesia Episcopal:

[*Mental Health: A Guide for Faith Leaders*](#),¹ American Psychiatric Association Foundation, 2018.

[*Compassion in Action: A Guide for Faith Communities Serving People Experiencing Mental Illness and Their Families*](#), The Partnership Center, Center for Faith and Opportunity Initiatives², U.S. Department of Health and Human Services, julio de 2020.

El Grupo de Trabajo está especialmente agradecido por la asociación emergente con Primeros Auxilios para la Salud Mental (Mental Health First Aid), ofrecida a través del Consejo Nacional para el Bienestar Mental. Esta capacitación básica para clérigos y laicos de toda la Iglesia Episcopal se unirá fácilmente a otros recursos importantes como la Capacitación en Manejo de Incidentes Críticos (a través del Instituto para la Prevención de Crisis), los Primeros Auxilios Espirituales (mencionados anteriormente), la capacitación de Equipos de Intervención en Crisis (a través de C.I.T. International) y Primeros Auxilios Psicológicos (un recurso de la Organización Mundial de la Salud para la ayuda después de un desastre), para disponer de un menú sólido que desarrolle las capacidades y la confianza de los miembros de la Iglesia.

¹ [Mental Health: A Guide for Faith Leaders, https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Cultural-Competency/Mental_Health_Guide_Tool_Kit_2018.pdf](https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Cultural-Competency/Mental_Health_Guide_Tool_Kit_2018.pdf)

² [Compassion in Action: A Guide for Faith Communities Serving People Experiencing Mental Illness and Their Families https://www.hhs.gov/sites/default/files/compassion-in-action.pdf](https://www.hhs.gov/sites/default/files/compassion-in-action.pdf)

Introducción a las Resoluciones

El Grupo de Trabajo propone siete resoluciones para continuar su labor de fortalecimiento del ministerio de la Iglesia Episcopal relacionado con la salud y las enfermedades mentales más allá del trienio 2022-24. A continuación se ofrece un breve resumen de estas resoluciones.

A073 Una Comisión Permanente para la Salud y el Bienestar Humano hace un llamado a la creación de una comisión permanente que se enfoque en todos los aspectos de la Salud y el Bienestar Humano, la cual continuaría gran parte de la labor en la que se ha enfocado este Grupo de Trabajo.

A074 Completar el Plan de Estudios sobre Salud Mental para el Clero pide la continuación y finalización de todas las secciones del Plan de Estudios del Ministerio sobre Salud Mental que se proporcionan en este documento, para la educación y capacitación del clero episcopal con respecto a la salud mental.

A075 Directrices para la Capacitación del Clero en Materia de Salud Mental pide a la comisión permanente que trabaje en colaboración para capacitar al clero y a los postulantes en el plan de estudios del Ministerio sobre Salud Mental, con el objetivo de cumplir con la expectativa de la Iglesia Episcopal de capacitar a todo su clero ordenado en activo, y examinar la posibilidad de exigir canónicamente esta capacitación para todo el clero en activo.

A076 Refuerzo de la Capacitación en Primeros Auxilios para la Salud Mental en Toda la Iglesia tiene como objetivo ampliar el grupo de instructores de Primeros Auxilios para la Salud Mental con capacitación en instrucción para la certificación de adultos, jóvenes y adolescentes, utilizar a todo el grupo de instructores en las diócesis y los entornos ministeriales de sus Provincias, y financiar su capacitación y utilización.

A077 Orientación Adicional para el Lenguaje Inclusivo y Metafórico pide a la Iglesia Episcopal que incluya un lenguaje no capacitista y no estigmatizante en las liturgias y comunicaciones.

A078 Promover la Equidad y Reducir las Diferencias en los Resultados de Salud anima a la iglesia a fomentar a las personas que tienen problemas de salud mental.

A079 El Domingo de la Salud Mental anima a la iglesia a adoptar el domingo más cercano al 10 de octubre como Domingo de la Salud Mental y anima a la iglesia a rezar por las personas que experimentan problemas de salud mental.

Resoluciones Propuestas

A073 Una Comisión Permanente para la Salud y el Bienestar Humano

Se resuelve, Que la 81ª Convención General modifique el Canon I.1.2.n al agregar una nueva subsección 6 que diga lo siguiente:

I.1.2.n

6. Una Comisión Permanente sobre Salud y Bienestar Humano. La Comisión tendrá la obligación de:

- a. Desarrollar y recomendar políticas, estrategias, programas y recursos a la Convención General y a la Iglesia Episcopal que apoyen y fortalezcan el ministerio de la Iglesia con todo el pueblo de Dios en su búsqueda por mantener y mejorar su salud física, mental, espiritual, relacional y emocional.*
- b. Coordinar el desarrollo de recursos para fortalecer el florecimiento humano y apoyar ministerios de esperanza y sanación de la salud física y mental.*
- c. Facilitar el desarrollo de habilidades básicas entre todos los miembros de la iglesia para el cuidado, el apoyo, la inclusión y la defensa de las personas que luchan con problemas de salud física y mental.*
- d. Desarrollar y supervisar la capacitación de todo el clero y de los principales líderes laicos en el ministerio sobre salud mental.*
- e. Reunir las ideas, las mejores prácticas y los recursos desarrollados por diversos organismos de la Iglesia para abordar cuestiones de salud y bienestar humanos, incluido el trabajo realizado en el ministerio en relación con el consumo de sustancias, la prevención del suicidio, el trauma y la recuperación, la neurodivergencia, la discapacidad del desarrollo, los retos del envejecimiento, el dolor y las enfermedades crónicas, y reforzar la respuesta de las comunidades religiosas en colaboración con organizaciones locales y de base amplia.*
- f. Ampliar los recursos y animar a prácticas de ministerio que apoyen la salud mental y física, ayudar a las comunidades religiosas a establecer hábitos y estructuras de acogida, inclusión, estímulo, facultamiento y apoyo de las personas de todas las edades que se enfrentan a problemas de salud mental, física, relacional, emocional y espiritual, y proporcionar ayudas útiles para una vida sana.*
- g. Colaborar con otras comisiones, socios ecuménicos, expertos investidos y agencias y organizaciones públicas para crear recursos y capacitaciones óptimos.*
- h. Colaborar en la búsqueda de fuentes de financiamiento y subvenciones, y en la utilización de fondos, que apoyen la capacitación del clero, los líderes laicos y las comunidades religiosas.*

i. Asociarse con otros organismos de la Iglesia en la educación y el fomento de las condiciones sociales y económicas que fortalecen o perjudican la salud y el bienestar humanos, como el acceso a la vivienda, la alimentación sana, la educación, el trabajo digno y los servicios de salud, así como la ausencia de violencia, estigmatización y racismo.

j. Supervisar la creación y revisión de contenidos de una presencia web sostenida que ofrezca una pasarela mediante enlaces a recursos sólidos de apoyo y fomento de la salud y el bienestar humanos.

k. Dirigir planes de estudio acerca del ministerio sobre salud mental para clérigos, postulantes y líderes laicos, en consulta con la Comisión Permanente de Formación y Desarrollo Ministerial y otros socios de la Iglesia, según proceda.

l. Coordinarse con redes e iniciativas relacionadas con la salud y el bienestar tanto dentro como fuera de la Iglesia Episcopal, incluidas, entre otras, la Asamblea de Capellanes Episcopales de Atención Médica, Aliados para la Recuperación en la Iglesia Episcopal, la Unión de Episcopales Negros, el Servicio Comunitario Episcopal en América, CREDO, St. Francis Ministries, la Red Interreligiosa sobre Enfermedades Mentales, FaithNet de NAMI, Lutheran Family Services y diversos programas de bienestar basados en la fe.

Y asimismo

Se resuelve, Que la Convención General solicite al Comité Permanente Conjunto sobre Programa, Presupuesto y Finanzas que asigne US\$75,000 para financiar el trabajo de la Comisión Permanente para el trienio 2024-2027.

EXPLICACIÓN

A lo largo de las últimas décadas, la labor de la Iglesia Episcopal en el ministerio y el fomento de la salud y el bienestar humanos ha sido constante pero desigual, y ha ido cambiando de un trienio a otro. Se han ratificado resoluciones y se han formado grupos de trabajo para investigar, trabajar y promover políticas y programas para la Iglesia Episcopal en relación con temas específicos relacionados con la salud y el bienestar humanos. A lo largo de los últimos 50 años, ha habido fluctuaciones en la atención prestada al envejecimiento, las personas neurodivergentes y sus familias, el consumo de sustancias y la adicción, el riesgo de suicidio y su prevención, la salud reproductiva, la salud materno infantil, los cuidados paliativos, la discapacidad infantil y adulta, el duelo y el luto, la salud mental, el estrés y el trauma. Durante décadas se ha avanzado mucho en la afirmación de diversos aspectos de la salud y en la búsqueda de soluciones a los problemas de salud y bienestar. En cada área de interés y esfuerzo, ha sido un reto mantener el interés y el esfuerzo continuado por la Iglesia Episcopal. Diferentes organismos provisionales han realizado un buen trabajo y han lanzado nuevas propuestas e iniciativas programáticas, pero con escasa interacción entre sí sobre objetivos y planes comunes o coincidentes. Además, los grupos de trabajo son organismos provisionales a corto plazo; el trabajo que se completa parcial o totalmente durante el ciclo de vida de un grupo de trabajo puede no ser retomado o

continuado debido a los intereses cambiantes de los nuevos ciclos trienales, y algunos trabajos pueden acabar repitiéndose y reduplicándose años más tarde debido a la pérdida de continuidad. Además, hay ámbitos de la salud física que en gran medida no se tocan.

Dos ejemplos:

1) Ha habido temporadas fluctuantes de aumento y disminución de la atención a la salud mental, con resoluciones en 1991 y 2000 que fomentaban una mayor concientización sobre las enfermedades mentales y el apoyo a quienes se enfrentan a problemas de salud mental, y con un periodo de esfuerzo en la creación de una Red Episcopal de Enfermedades Mentales (Episcopal Mental Illness Network, EMIN) como comunidad conectiva basada en la web. Esta red perdió fuerza cuando perdió el financiamiento para apoyar sus esfuerzos continuos, y sus últimas publicaciones en el sitio web fueron en 2015. Entretanto, en 2012 se presentó y ratificó otra resolución relativa a las familias con niños con problemas neurodivergentes (desde déficit de atención hasta autismo), pero sin una interfaz clara con la Red Episcopal de Enfermedades Mentales. En 2018 se creó un nuevo grupo de trabajo sobre salud mental, que se renovará en 2022. Al mismo tiempo, en 2022, una amplia gama de otras resoluciones relacionadas con la salud mental (incluida la adicción al consumo de sustancias y la recuperación, el riesgo y la prevención del suicidio, y el trauma) dieron lugar a la formación o continuación de otros grupos de trabajo, o a la remisión de tareas a una oficina del personal del Church Center.

2) Anteriormente existía una Comisión Permanente sobre la Salud. Esta comisión se mencionó por última vez en 2009 y se suprimió en la Convención General de 2012, cuando se decidió eliminar la mayoría de las comisiones permanentes. Desde entonces, algunas Comisiones Permanentes se han restablecido o se han puesto en marcha de nuevo. Este movimiento hacia el regreso de las Comisiones Permanentes se ha producido como resultado del reconocimiento de la dificultad de desarrollar la continuidad y la inversión sostenida en las iniciativas de toda la Iglesia cuando se depende únicamente de grupos de trabajo o de funcionarios únicos del Centro Episcopal.

Estos ejemplos ilustran la debilidad de los enfoques basados principalmente en resoluciones para desarrollar ministerios estables y sólidos que apoyen la salud y el bienestar humanos. Con el fin de dar continuidad y colaboración a dicho desarrollo por el bien de toda la Iglesia en todos sus órdenes de ministerio, se necesita un órgano más duradero, en la forma de una Comisión Permanente canónicamente confirmada.

El ámbito de esta nueva comisión será abordar cuestiones de ministerio en forma de acogida, inclusión, apoyo, estímulo, capacitación y fomento de las personas que se enfrentan a problemas de salud física, mental, emocional, relacional o espiritual; y apoyar los esfuerzos de toda la iglesia para fortalecer la salud y el bienestar. Las cuestiones que se abordarán en el ámbito de la salud y el bienestar humanos incluirán una gama más completa de problemas de salud mental y cognitivos, como la neurodivergencia y las discapacidades del desarrollo, los trastornos de la personalidad, la adicción al consumo de sustancias y las repercusiones de los traumas, los desastres, los abusos y los daños morales. El ámbito de aplicación abordará los problemas de salud física, incluidas las enfermedades,

las lesiones duraderas, las discapacidades o limitaciones físicas y la salud cardiovascular, pulmonar y gastrointestinal. Las realidades de los cambios relacionados con la edad a lo largo de la vida humana y los retos únicos que pueden surgir en distintos momentos de la vida ayudarán a guiar a esta comisión hacia las mejores prácticas. Los puntos fundamentales de todo el trabajo de la comisión serán la importancia de afirmar la dignidad de todas las personas, el reconocimiento de las luchas relacionadas con la identidad que surgen con cada problema de salud que se enfrenta, la necesidad de combatir los patrones culturales de estigmatización y encasillamiento, y los dones de Dios en la alimentación, el sueño y el descanso, y la actividad física para sostener y fortalecer las vidas humanas.

Con un cargo tan duradero, esta comisión puede trabajar de manera constante en múltiples frentes del Ministerio sobre apoyo a la salud y el bienestar humanos, colaborando en el desarrollo y el intercambio de recursos entre los organismos de la iglesia. Los subcomités que trabajan en temas específicos interactuarán entre sí y ayudarán a perfeccionar el trabajo focal de cada uno de forma que se consiga un enfoque más cohesionado y holístico. Con una comisión duradera, será posible fomentar el aprendizaje sostenido y el desarrollo de la capacidad de la Iglesia Episcopal para el ministerio con personas que se enfrentan a todo tipo de retos relacionados con la salud. Se puede desarrollar y apoyar la capacitación y los recursos para reforzar las capacidades de los miembros laicos, diáconos, presbíteros y obispos para fomentar el bienestar y ser compañeros útiles en la enfermedad. Una comisión duradera establecerá relaciones de colaboración y asociaciones duraderas con otras organizaciones, agencias y redes eficaces dedicadas a la labor de la salud y el bienestar humanos. Para construir las capacidades ministeriales más sólidas posibles en la iglesia para la salud, dichas asociaciones tendrán que ser con organizaciones religiosas y seculares que representen las variadas culturas dentro y entre las naciones atendidas por la Iglesia Episcopal.

El financiamiento solicitado servirá para financiar las reuniones de esta nueva Comisión Permanente. El financiamiento adicional a través de otras resoluciones apoyará la capacitación adicional y la utilización de instructores de Primeros Auxilios de Salud Mental que incluirá la capacitación de los que trabajan con jóvenes, y la creación de módulos para el plan de estudios para el clero y los líderes laicos en el Ministerio sobre salud mental y la traducción del plan de estudios para las comunidades de habla hispana.

A074 Completar el Plan de Estudios sobre Salud Mental para el Clero

Se resuelve, Que la 81ª Convención de la Iglesia Episcopal ordene al organismo apropiado que continúe y complete el desarrollo de todas las secciones del Plan de Estudios del Ministerio sobre Salud Mental para la educación y capacitación del clero episcopal en el ministerio a personas y familias que experimentan desafíos de salud mental en la iglesia; y asimismo

Se resuelve, Que se asignen US\$20,000 para esa labor en este trienio; y asimismo

Se resuelve, Que todos los módulos curriculares sean traducidos a todos los idiomas relevantes que usa la Iglesia Episcopal; y asimismo

Se resuelve, Que se asignen US\$14,000 para ese trabajo en este trienio.

EXPLICACIÓN

Según la Alianza Nacional para las Enfermedades Mentales, uno de cada cinco adultos estadounidenses tiene una enfermedad mental cada año, uno de cada 20 adultos estadounidenses tiene una enfermedad mental grave cada año, uno de cada seis jóvenes estadounidenses de entre seis y 17 años tiene un trastorno mental cada año, el 50% de todas las enfermedades mentales a lo largo de la vida comienzan a los 14 años, y el 75% a los 24 años. El suicidio es la segunda causa de muerte entre las personas de 10 a 14 años.¹

Las comunidades religiosas están a la vanguardia de las comunidades en la relación con las personas que experimentan un problema de salud mental, incluidas, entre otras, las crisis de salud mental, los diagnósticos de enfermedades mentales y los trastornos por consumo de sustancias.

La Iglesia puede ser un entorno en el que las personas con problemas de salud mental sientan que no serán juzgadas, consideradas “débiles” o estigmatizadas. Con el fin de satisfacer las necesidades y respetar la dignidad de las personas que experimentan, el clero y los aspirantes a la ordenación necesitan herramientas y capacitación para abordar con confianza y pastoralmente las cuestiones que surgen en los diversos entornos en los que prestan sus servicios.

Reconociendo esta necesidad, en 2022, la 80ª Convención General aprobó la resolución A109, que pedía la creación de un plan de estudios para abordar la salud mental y que “todos los que vayan a ser ordenados a partir de enero de 2024 reciban capacitación”, además de recomendar “la capacitación de todos los presbíteros, diáconos y obispos en activo en este plan de estudios para la concientización sobre la salud y las enfermedades mentales”.

El Grupo de Trabajo sobre Personas con Enfermedades Mentales reconoce que, por muchas razones, entre ellas el corto espacio de tiempo entre la 80ª y 81ª Convenciones Generales, tener una capacitación preparada para todo el clero activo, así como para todos aquellos que disciernen una llamada al ministerio ordenado, era una tarea difícil. Se creó un borrador del plan de estudios y se compartió como parte del informe del Grupo de Trabajo. Sin embargo, no está listo para su aplicación inmediata. El Grupo de Trabajo cree que este plan de estudios debe seguir perfeccionándose y desarrollándose, con cada sección preparada para su impartición en formatos en línea y presencial. El plan de estudios en su forma completa también debe traducirse y adaptarse culturalmente a las distintas comunidades étnicas y raciales. El plan de estudios anterior ha sido un esfuerzo conjunto entre el Grupo de Trabajo sobre Personas con Enfermedades Mentales y un subcomité de la Comisión Permanente sobre Formación y Desarrollo del Ministerio, impulsado en gran medida por el Grupo de Trabajo sobre Personas con Enfermedades Mentales. Esta labor no es propiamente una cuestión de

formación, sino de dotar a los santos de capacidades y habilidades para una forma específica de ministerio en sus comunidades de fe y en la plaza pública. De cara al futuro, el Grupo de Trabajo recomienda mantener esta labor con cualquier organismo enfocado en la Salud y el Bienestar Humanos.

Completar un plan de estudios sólido y centralizado es una parte esencial de la educación del clero para la salud mental. Garantiza un aprendizaje coherente y equitativo entre culturas y lenguas, establece objetivos de aprendizaje claros y se adapta a un mundo cambiante.

A075 Directrices para la Capacitación del Clero en Materia de Salud Mental

Se resuelve, Que la 81ª Convención General ordene al Presidente de la Cámara de Diputados asignar a un organismo eclesiástico la tarea de comenzar a capacitar al clero y a los postulantes en el plan de estudios para el Ministerio sobre Salud Mental, como se ordenó previamente en 2022-A109, examinar la posibilidad de exigir canónicamente esta capacitación para todo el clero activo, e informar a la 82ª Convención sobre la cantidad de clérigos capacitados y ofrecer una propuesta para la implementación del requisito de capacitación.

EXPLICACIÓN

Según la Alianza Nacional para las Enfermedades Mentales, uno de cada cinco adultos estadounidenses padece una enfermedad mental cada año, uno de cada 20 adultos estadounidenses padece una enfermedad mental grave cada año, uno de cada seis jóvenes estadounidenses de entre seis y 17 años tiene un trastorno mental cada año. El 50% de todas las enfermedades mentales a lo largo de la vida comienzan a los 14 años, y el 75% a los 24. El suicidio es la segunda causa de muerte entre las personas de 10 a 14 años.^[1]

Las comunidades religiosas están a la vanguardia de las comunidades en la interrelación con personas que experimentan problemas de salud mental, incluidas, entre otras, las crisis de salud mental, los diagnósticos de enfermedades mentales y los trastornos por consumo de sustancias. La iglesia puede ser un entorno en el que las personas con problemas de salud mental sientan que no serán juzgadas, consideradas “débiles” o estigmatizadas de diversas formas. Para satisfacer las necesidades y respetar la dignidad de las personas que experimentan, los clérigos y los aspirantes a la ordenación necesitan herramientas y capacitación para enfrentar los problemas que surgen en los distintos entornos en los que prestan sus servicios.

Reconociendo esta necesidad, en 2022, la 80ª Convención General aprobó la resolución A109, que pedía la creación de un plan de estudios para abordar la salud mental y que “todos los que vayan a ser ordenados a partir de enero de 2024 reciban capacitación”, además de recomendar “la capacitación

de todos los presbíteros, diáconos y obispos en activo en este plan de estudios para la concientización sobre la salud y las enfermedades mentales”.

Esta resolución instruye a la Comisión Permanente para la Salud Humana y el Bienestar a tomar medidas para cumplir con los objetivos establecidos en la resolución 2022-A109, trabajando con otros organismos de la iglesia en la entrega del plan de estudios para el Ministerio sobre Salud Mental con los postulantes y el clero ordenado. La nueva Comisión también estudiará la posibilidad de codificar dicha capacitación en los cánones de la Iglesia, junto con capacitaciones equivalentes sobre prevención de abusos y la doctrina de la Iglesia sobre el racismo. La Comisión puede aportar un calendario realista para la capacitación del clero activo en un plan de estudios que está en desarrollo, comenzando con la entrega de la certificación básica en Primeros Auxilios para la Salud Mental, una capacitación basada en la evidencia y la investigación, revisada por pares, que la disposición de capacitación de la Convención General pidió en la resolución 2022-A108.

Un futuro ajuste canónico que exija que todo el clero en activo reciba capacitación en un plan de estudios sobre salud mental y bienestar es crucial porque reconoce el importante papel que desempeña el clero a la hora de proporcionar apoyo y orientación a las personas dentro de sus comunidades de fe y sus entornos ministeriales más amplios. La capacitación en salud mental dota a los clérigos de los conocimientos y habilidades necesarios para ofrecer una atención pastoral eficaz a quienes luchan con problemas de salud mental, ayudar a las familias de las personas que se enfrentan a problemas de salud mental, atender con mayor claridad a su propia salud mental y fomentar las fortalezas y habilidades de las comunidades religiosas para la acogida, incluido el apoyo, el fortalecimiento, el estímulo, la capacitación y el fomento de las personas que se enfrentan a problemas de salud mental. Al reducir el estigma, fomentar la identificación e intervención tempranas y promover un enfoque holístico del bienestar, este plan de estudios holístico garantiza que el clero pueda satisfacer mejor las necesidades de salud mental de los feligreses. Además, al dar prioridad a la salud mental y el bienestar de los propios clérigos, este plan de estudios y capacitación favorece una comunidad clerical más sana y resistente.

^[1] <https://www.nami.org/mhstatsconsultado el 27/10/23>.

A076 Refuerzo de la Capacitación en Primeros Auxilios para la Salud Mental en Toda la Iglesia

Se resuelve, Que la 81ª Convención General de la Iglesia Episcopal autorice y financie la capacitación de instructores adicionales de Primeros Auxilios para la Salud Mental en la Iglesia Episcopal a fin de proporcionar capacitación local, diocesana y provincial en Primeros Auxilios para la Salud Mental de adultos, de jóvenes y de adolescentes a adolescentes, para ampliar el grupo existente de instructores de Primeros Auxilios para la Salud Mental y así aumentar el acceso a la capacitación para el clero y los líderes laicos en todas las Provincias de la Iglesia Episcopal, la cual se completará en mayo de 2027,

para que estén disponibles como instructores de recursos para las diócesis de cada Provincia; y asimismo

Se resuelve, Que la 81ª Convención General solicite al Comité Permanente Conjunto de Programa, Presupuesto y Finanzas que asigne US\$102,000 de la consignación del presupuesto del trienio de la Iglesia Episcopal para financiar este trabajo. Y asimismo,

Se resuelve, Que la 81ª Convención General recomiende la exploración de los recursos de Primeros Auxilios para la Salud Mental Internacional con la intención de ampliar la capacitación de Primeros Auxilios para la Salud Mental a países de habla no inglesa para proporcionar cobertura de capacitadores según sea necesario para todas las Provincias. Y asimismo,

Se resuelve, Que la 81ª Convención General autorice y financie la utilización de instructores de Primeros Auxilios para la Salud Mental, incluyendo el apoyo básico relacionado con los viajes, a lo largo de los próximos tres trienios para capacitar a todos los presbíteros y diáconos activos para 2033 por un costo estimado de \$159,000; Y que sea además,

Se resuelve, Que la 81ª Convención General solicite al Comité Permanente Conjunto de Programa, Presupuesto y Finanzas que asigne US\$53,000 para ese trabajo en este trienio. Y asimismo,

Se resuelve, Que se asignen US\$10,800 para la generación de recursos instructivos impresos para las capacitaciones diocesanas en Primeros Auxilios para la Salud Mental.

EXPLICACIÓN

Basándonos en la labor del anterior Grupo de Trabajo sobre Personas con Enfermedades Mentales, seguimos enfocándonos en la prestación de Primeros Auxilios para la Salud Mental; esta organización proporciona una capacitación coherente con recursos que se adoptan fácilmente a gran escala. La capacitación de Primeros Auxilios para la Salud Mental ayuda a las personas a desarrollar las habilidades necesarias para ayudar a quienes tienen crisis de salud mental y ponerlas en contacto con los profesionales adecuados y las redes de apoyo. La capacitación ayuda al clero y a los líderes laicos a comprender algunas de las experiencias de quienes padecen enfermedades mentales y contribuye a desestigmatizar la realidad de vivir con una enfermedad mental.

Reconociendo la importancia de la capacitación en Primeros Auxilios para la Salud Mental, en 2022, la 80ª Convención General aprobó la resolución A108, que pedía la autorización y financiamiento de al menos 15 capacitadores regionales. La labor del Grupo de Trabajo sobre Personas con Enfermedades Mentales en este último trienio se ha traducido en la capacitación de 11 instructores de Primeros Auxilios para la Salud Mental de adultos en 8 provincias. Si bien se trata de un excelente avance, se necesitan más capacitadores para proporcionar una cobertura provincial más completa, así como para ofrecer instrucción en Primeros Auxilios para la Salud Mental de jóvenes y de adolescentes a adolescentes.

Esta resolución solicita la capacitación de más instructores de Primeros Auxilios para la Salud Mental en la Iglesia Episcopal para impartir capacitación local, diocesana y provincial en Primeros Auxilios para la Salud Mental de adultos, de jóvenes y de adolescentes a adolescentes, así como financiamiento para apoyar su capacitación y proporcionar apoyo básico relacionado con los viajes para la utilización de todos los instructores.

La solicitud de financiamiento para instructores adicionales cubrirá de 14 a 16 instructores en Primeros Auxilios para la Salud Mental de adultos, de jóvenes y de adolescentes a adolescentes, con un costo de US\$34,000 por cada uno (incluidos los viajes) o US\$102,000 en total. De este modo, habrá un total de 53 a 59 instructores capacitados específicamente para la instrucción en la Iglesia Episcopal, a los que se unirán otros instructores episcopales de Primeros Auxilios para la Salud Mental ya capacitados y activos, y juntos ofrecerán capacitaciones para la certificación en Primeros Auxilios para la Salud Mental en toda la Iglesia. Cada año, sus capacitaciones darán lugar de 2,500 a 3,500 episcopales certificados en Primeros Auxilios para la Salud Mental; por trienio, de 7,500 a 10,500 episcopales certificados; y al final de tres trienios, hasta 31,500 episcopales certificados.

El financiamiento de los gastos de viaje de los instructores en Primeros Auxilios para la Salud Mental para la capacitación del clero activo y de los postulantes, así como para otras capacitaciones diocesanas o ministeriales, reducirá significativamente el costo por participante en cada curso de certificación. La utilización de instructores de Primeros Auxilios para la Salud Mental durante los próximos tres trienios incluye unos 213 cursos de capacitación para los aproximadamente 4,000 presbíteros y 2,400 diáconos, así como para todos los obispos en activo, que conformarán la totalidad del clero activo en 2033. Más capacitaciones ofrecidas por instructores dotarán a los miembros legos de los mismos conocimientos y habilidades fundamentales. El financiamiento solicitado para esta utilización es de US\$53,000 por trienio, o US\$159,000 en total.

También se solicita un modesto financiamiento para apoyar y reembolsar a los instructores la producción de material impreso complementario para ayudar en la capacitación que se ofrece.

A077 Orientación Adicional para el Lenguaje Inclusivo y Metafórico

Se resuelve, Que la 81ª Convención General ordene a la Comisión Permanente de Liturgia y Música que, al redactar revisiones y nuevos materiales litúrgicos, incluya en las Directrices para un lenguaje expansivo e inclusivo orientaciones adicionales sobre el lenguaje no capacitista en la sección de lenguaje inclusivo y sobre el lenguaje no metafórico en la sección de lenguaje metafórico; y asimismo

Se resuelve, Que cuando se elaboren materiales litúrgicos en idiomas distintos del inglés para su uso en la Iglesia Episcopal, estos sigan, en la medida de lo posible, el espíritu y la intención de estas directrices; y asimismo

Se resuelve, Que la 81ª Convención General recomiende estas directrices a todas las personas que escriban o hablen en nombre de la iglesia para que las reflexionen y las consideren seriamente; y asimismo

Se resuelve, Que estas directrices se remitan a las Diócesis, Organismos Interinos de la Convención General, Consejo Ejecutivo y Organismos afines, Provincias, Church Publishing y otras organizaciones de la iglesia para su seria reflexión y consideración al escribir, hablar o educar en nombre de la iglesia.

EXPLICACIÓN

El lenguaje es importante para garantizar una comunicación clara y concisa de las ideas. Sin embargo, algunos modismos y expresiones se han convertido en hirientes para los miembros de nuestras comunidades. El lenguaje estigmatizado y capacitista impide a las comunidades afectadas crecer más allá de su lugar estereotipado en la sociedad.

El lenguaje estigmatizado afecta la forma en que las personas se sienten acogidas por una comunidad. Puede ser específico para cada región y tener una base cultural. Como organismo internacional, debemos asegurarnos de que respetamos la dignidad de todos los seres humanos a través de las palabras. Algunas palabras serán más difíciles de abandonar y lucharemos por frases favoritas que llevan mucho tiempo divorciadas de su origen estigmatizado. El lenguaje reflexivo es el primer paso en la invitación al amor acogedor de la Iglesia. Hemos visto esta acogida en los símbolos que adoptamos. Ha llegado el momento de reflexionar sobre cómo la lengua se convierte en una barrera para la acogida, una barrera para llegar a las personas de nuestras comunidades. La mayoría de los recursos destacarán términos relacionados con la Salud Mental y el Abuso de Sustancias.

El lenguaje apolítico perpetúa un estándar de ser humano perfecto. Sabemos que solo a través de Dios podemos ser perfeccionados. Cómo se manifieste esa perfección en la tierra no es algo que debemos juzgar. El lenguaje apolítico abunda en nuestros refranes y refleja el uso profundamente arraigado de las metáforas en la forma en que nuestra sociedad describe y conecta al comunicarse. Frases como “caer en oídos sordos”, “el tuerto que guía al ciego”, “tonto” y “bobo” proceden de la ignorancia social de las limitaciones percibidas por las personas con discapacidades, y la perpetúan. Además, al hablar de acciones, debemos ser intencionados sobre cómo nos referimos a la acción y a lo que se está logrando. “Salir a caminar” se enfoca involuntariamente en la acción de caminar, lo que puede distanciar a las personas que utilizan métodos alternativos para desplazarse de un lugar a otro. Sustituir este lenguaje requiere creatividad para entender la invocación a participar.

El lenguaje capacitista y el estigmatizador también pueden empalmarse. Los términos como “loco”, “tarado” e “idiota” empezaron como lenguaje estigmatizador para denigrar a las poblaciones que vivían con enfermedades mentales, físicas y neurológicas. Su uso continuo los transformó en un lenguaje capacitista, ya que la gente los utiliza para distanciar y separar lo que se percibe como perfecto de lo imperfecto.

Al repasar las liturgias de la Iglesia, la documentación sobre formación, las oraciones y los recursos espirituales, deberíamos reflexionar sobre cómo pequeños cambios en la forma de referirnos a los santos, de pedir intercesiones y de dar gracias pueden ser inclusivos para todos (o no ser excluyentes para algunos). Al referirnos a las Escrituras, debemos asegurarnos de no perpetuar los pecados del pasado con

un lenguaje malsano en torno al mensaje de las historias y lecciones del Antiguo y Nuevo Testamento. La esperanza de esta resolución es que la Comisión Permanente sobre Liturgia, en colaboración con otros organismos, como Church Publishing (y la posible Comisión Permanente sobre Salud y Bienestar Humano), ofrezca orientación a través del lenguaje que proponen cambiar.

En concreto, queremos asegurarnos de que:

- En la sección Lenguaje inclusivo de la página 3, se añada un sexto punto en la lista que diga: “El lenguaje estigmatizante debe sustituirse por afirmaciones y palabras que sean más afines y promuevan la comprensión”.
 - Puede ayudar a eliminar los malentendidos y el estigma que impiden a las personas hablar y obtener apoyo eligiendo palabras más claras y neutras.
Referencia: <https://www.nami.org/NAMI/media/NAMI-Media/Infographics/NAMI-Language-Matters.pdf> (octubre de 2023).
 - El lenguaje estigmatizador, como “loco”, perpetúa las percepciones negativas, lo que puede dar lugar a que las personas queden excluidas del empleo, la vivienda, las actividades sociales y las relaciones. Además, las personas pueden empezar a creer las cosas negativas que los demás dicen de ellas, retrasándolas en su camino hacia la recuperación.
<https://www.mentalhealthfirstaid.org/2022/04/use-person-first-language-to-reduce-stigma/> (octubre de 2023).
- En la sección “Lenguaje metafórico” de la página 3, añada un segundo punto. El segundo punto debería ser: “El lenguaje capacitista debe revisarse teniendo en cuenta la intención y la acción del orador y la convocatoria”. El capacitismo perpetúa una experiencia humana “normal” de la vida que coloca barreras artificiales en torno a lo que se considera perfecto. El lenguaje utilizado debe reflejar la intención, no la acción utilizada para llevarla a cabo. Por ejemplo, “Iremos con Jesús”, en lugar de “Caminaremos con Jesús”.
 - El capacitismo se define como la discriminación o los prejuicios sociales contra las personas con discapacidades basados en la creencia de que las capacidades típicas son superiores. Puede manifestarse como una actitud, un estereotipo o un comentario o conducta abiertamente ofensivo. En lo que se refiere al lenguaje, el capacitismo aparece a menudo en forma de metáforas (“Mi novio está emocionalmente lisiado”), chistes (“¡Ese comediante está loquísimo!”) y eufemismos (“Tiene capacidades diferentes”) en la conversación.
<https://hbr.org/2020/12/why-you-need-to-stop-using-these-words-and-phrases> (octubre de 2023).
 - Muchas personas no pretenden insultar, y muchas tienen buenas intenciones, pero incluso los comentarios y acciones bien intencionados pueden tener un grave efecto en sus destinatarios.

<https://www.accessliving.org/newsroom/blog/ableism-101/#:~:text=Ableism%20is%20the%20discrimination%20of,defines%20people%20by%20their%20disability> (octubre de 2023).

Ejemplos concretos de lenguaje estigmatizante, publicados por el Instituto Nacional de Salud:

En lugar de...	Utilice...
Adicto	Persona con trastorno por consumo de sustancias ¹
Usuario	Persona con trastorno por consumo de opio o persona con adicción a opiáceos (cuando las sustancias que usa son opiáceos)
Toxicómano	Persona con trastorno por consumo de sustancias
Drogadicto	Persona en uso activo; use el nombre de la persona y luego diga “está en uso activo”
Alcohólico	Persona con trastorno por consumo de alcohol
Ebrio	Persona que abusa del alcohol o lo consume de forma insalubre o peligrosa
Exadicto	Persona en recuperación o en recuperación de largo plazo
Adicto reformado	Persona que consumía drogas
Hábito	Trastorno por consumo de sustancias Drogadicción
Abuso	Para drogas ilícitas: Consumo Para medicamentos de venta con receta: Uso indebido Uso distinto al recetado
Limpio	Para los resultados de examen toxicológico: Prueba negativa

En lugar de...	Utilice...
	Para fines no toxicológicos: Estar en remisión o recuperación Abstinente de drogas No bebe ni toma drogas No consume drogas actualmente ni de forma activa
Sucio	Para los resultados de examen toxicológico: Prueba positiva
	Para fines no toxicológicos: Persona que consume drogas
Bebé adicto	Bebé nacido de madre que consumió drogas durante el embarazo
	Bebé con signos de abstinencia por exposición prenatal a drogas
	Bebé con síndrome de abstinencia neonatal a opiáceos
	Recién nacido expuesto a sustancias

<https://nida.nih.gov/nidamed-medical-health-professionals/health-professions-education/words-matter-terms-to-use-avoid-when-talking-about-addiction>

A078 Promover la Equidad y Reducir las Diferencias en los Resultados de Salud

Se resuelve, Que la 81ª Convención General de la Iglesia Episcopal por la presente aliente al Congreso a promulgar legislación sobre el siguiente paquete de políticas que servirían para promover la equidad y reducir las diferencias en los resultados de salud mental: abordar el sesgo implícito y el sesgo inconsciente en los diagnósticos y tratamientos de salud mental, abordar los desafíos de la información, abordar los Determinantes Sociales de la Salud, invertir en la diversidad de los profesionales de salud mental, y promover la disponibilidad de mejores tratamientos de atención médica; y asimismo

Se resuelve, Que la 81ª Convención General de la Iglesia Episcopal inste a los episcopales a considerar en oración cómo pueden apoyar a las personas con enfermedades mentales y a sus cuidadores; y asimismo

Se resuelve, Que la Iglesia Episcopal haga un llamado a todos los funcionarios electos y designados para que fomenten las políticas que aumenten la calidad y disponibilidad de la cobertura de salud mental para todas las personas de los estados y las áreas locales; y asimismo

Se resuelve, Que esta Convención encargue a las diócesis y parroquias de la Iglesia Episcopal que fomenten esas mismas políticas en sus comunidades y estados; y asimismo

Se resuelve, Que esta Convención transmita un mensaje a cada diócesis de la Iglesia Episcopal con una copia de esta resolución antes de cada Convención Diocesana posterior a la 81ª Convención General; y asimismo

Se resuelve, Que la Iglesia reconozca que los problemas con las enfermedades mentales, el acceso al diagnóstico y tratamiento eficaz y la falta de tratamiento adecuado para el dolor no tratado o mal tratado afectan a todas las comunidades, y que existe un efecto desproporcionado en las personas de color, con discapacidades y quienes han resultado afectados por la pobreza; y asimismo

Se resuelve, Que se inste a las congregaciones a orar semanalmente durante las Oraciones del Pueblo por los afectados por las enfermedades mentales y sus familias; y asimismo

Se resuelve, Que las personas involucradas en la realización de este trabajo sigan conscientes de la relación que esto tiene con otros temas de gran preocupación para la Iglesia Episcopal: la prevención de la violencia con armas de fuego, el uso de sustancias, la prevención del suicidio, y el trauma relacionado con el género, la identidad sexual o el servicio militar; y asimismo

Se resuelve, Que la 81ª Convención General, en consonancia con las políticas y procedimientos establecidos, remita esta Resolución a la Oficina de Relaciones Gubernamentales para que pueda tomar todas las medidas necesarias para cumplir con las intenciones y propósitos de esta resolución.

EXPLICACIÓN

La salud mental es salud. La iglesia puede ayudar a fomentar las políticas que funcionan, las políticas que tienen impacto, las políticas que marcarán la diferencia. Para la Iglesia Episcopal es de gran importancia fomentar legislación para defender políticas que aborden la cobertura y el acceso a la salud mental, así como otras cuestiones críticas. La salud mental es un aspecto esencial del bienestar general, y el acceso a los servicios de salud mental es crucial para las personas con enfermedades mentales.

Al fomentar una legislación que promueva la cobertura y el acceso a la salud mental, la Iglesia Episcopal se esfuerza por garantizar que las personas dispongan de los recursos y el apoyo necesarios para hacer frente a sus necesidades de salud mental.

Las personas con enfermedades mentales tienen más probabilidades de experimentar traumas y violencia. Otros temas importantes que preocupan a la Iglesia, como la prevención de la violencia armada, la prevención y la recuperación del consumo de sustancias, la prevención del suicidio, y los traumas relacionados con el género, la identidad sexual o el servicio militar, se entrecruzan con las personas con enfermedades mentales y repercuten en ellas.

Mediante la promoción de leyes que fomenten políticas que aborden estos graves problemas, la Iglesia Episcopal pretende crear una sociedad más justa, compasiva e integradora, en la que las personas puedan acceder a los recursos y apoyos necesarios para hacer frente a sus diversas necesidades.

A079 Domingo de Salud Mental

Se resuelve, Que la 81ª Convención General de la Iglesia Episcopal designe como Domingo de concientización sobre la Salud Mental el domingo más próximo al 10 de octubre, que es el Día Mundial de la Salud Mental; y asimismo

Se resuelve, Que el objetivo común sea concientizar sobre el impacto que el estigma tiene en impedir un diálogo abierto sobre la salud y las enfermedades mentales con nuestras familias, nuestra Iglesia y nuestras comunidades; y asimismo

Se resuelve, Que la Iglesia Episcopal fomente la educación de su clero y laicos sobre cómo apoyar a las personas con enfermedades mentales y a sus cuidadores; y asimismo

Se resuelve, Que la 81ª Convención General de la Iglesia Episcopal envíe esta resolución a cada Diócesis de la Iglesia Episcopal para que publiquen un recordatorio a través de sus canales de comunicación principales para fomentar la participación en el Domingo de Concientización sobre la Salud Mental; y asimismo

Se resuelve, Que sumemos nuestras voces y oraciones a las de quienes en todo el mundo buscan cuidados y atención para tratar las enfermedades mentales.

EXPLICACIÓN

Las enfermedades mentales prosperan en la oscuridad, la oscuridad del aislamiento, la oscuridad de la ignorancia y la oscuridad del estigma negativo. Mediante el reconocimiento público podemos aliviar, apoyar y llevar la luz y el amor de Cristo a todos los hijos de Dios. Hablar de enfermedades mentales puede salvar una vida. Esperamos que la iglesia hable de salud mental y bienestar a lo largo del año.

La Iglesia Episcopal está arraigada en la tradición del culto corporativo. Si todas las comunidades religiosas de una zona se enfocan en la Salud Mental, aumentará el impacto en el mundo.

En cuanto a la fecha, el 10 de octubre es la fecha mundialmente reconocida para la concientización sobre la salud mental desde 1992. Nos gustaría reconocer que en Estados Unidos de América, todo el mes de mayo es designado Mes de Concientización sobre la Salud Mental desde 1949 y está respaldado por varias agencias federales. Además, desde 2008 se celebra en julio el Mes Nacional de Concientización sobre la Salud Mental de las Minorías. Hay muchas otras fechas de reconocimiento nacional y mundial que desafían el calendario de la Iglesia por la cantidad de celebraciones. Nos hemos enfocado en las fechas de celebración más inclusivas.

Octubre es también una época del año ventajosa para reflexionar sobre la salud mental de niños y jóvenes, ya que suele ser el comienzo del nuevo año escolar. Las posibilidades intergeneracionales de debatir sobre el estrés de la vida ayudarán a normalizar las conversaciones sobre el impacto del estrés y el agotamiento en el bienestar mental.

Una vez que hayamos empezado a reducir el estigma de las enfermedades mentales a través de estas celebraciones anuales, esperamos que los líderes quieran profundizar en la forma de responder a la epidemia de enfermedades mentales. Aquí es donde los recursos y la educación son importantes. El Grupo de Trabajo sobre Personas con Enfermedades Mentales ha preparado un primer conjunto de recursos que se comparten como parte del Libro Azul de la 81ª Convención General. El Grupo de Trabajo también recomienda los Primeros Auxilios para la Salud Mental como capacitación preferente para la mayoría de las comunidades religiosas. Elogiamos otros recursos de las organizaciones y grupos que se mencionan en las acciones de gracias del Informe del Libro Azul.

Por último, sabemos que puede ser sencillo aprobar una resolución en la Convención General, pero mucho más difícil ponerla en práctica. Esperamos que al enviar esta resolución a las oficinas de comunicación de nuestras distintas diócesis, ayude a recordar a nuestras iglesias el trabajo realizado en la convención. Entendemos que no todas las parroquias o comunidades religiosas podrán participar en el Domingo de concientización sobre la Salud Mental. Pero para los que pueden, un recordatorio amable puede servir de plataforma de lanzamiento para compartir ideas a través de las redes. También ofrece la oportunidad de que las iniciativas diocesanas sobre salud mental ocupen un lugar destacado.

Como iglesia, es justo que cerremos con una oración. La oración no resolverá un problema médico, pero nos reconforta y nos recuerda la fuerza que Dios proporciona en tiempos difíciles.

Materiales Suplementarios

Instructores de Primeros Auxilios para la Salud Mental

Como se menciona en el informe del Subcomité de Primeros Auxilios para la Salud Mental, a continuación figuran los nombres del primer grupo de capacitadores que están a disposición de las provincias y diócesis para impartir capacitación en Primeros Auxilios para la Salud Mental según las orientaciones mencionadas en el informe. Esta lista se actualizará a medida que se añadan nuevos capacitadores. Sabemos que hay otros episcopales que son instructores en Primeros Auxilios de Salud Mental en muchas de las diócesis, y recomendamos añadirlos también a su hoja de llamada antes de hacer circular esta lista entre las parroquias y otras comunidades de fe.

Instructores Certificados en Primeros Auxilios para la Salud Mental de Adultos

Provincia	Diócesis	Nombre	Teléfono	Correo electrónico
I	Massachusetts	Rvdo. Spencer Hatcher	240-527-7106	spencer@bchcenter.org
I	Ma occidental	Rvdo. Jason Burns	412-522-4456	deaconjburns@gmail.com
II & IX	Puerto Rico	Luis Collazo, MHSA	939-290-1065	luiscollazo70@yahoo.com
III	Pittsburg	Rvdo. Carter Hawley	541-222-0933	chawley@episcopaldeacons.org
IV	Alabama	Linda Foster, Ph.D.	205-305-8085	drlindafoster@gmail.com
IV	Alabama	Cindy Wiley, Ed.S, LPC	205-774-2442	cindy@stmarysoth.org
IV	Atlanta	Tammy E. Pallot, M.S.	478-954-5441	tammy@stfrancismacon.org
IV	Atlanta	Rvdo. Jess W. Speaker, III	301-648-7584	jess@stcatherines.org
V	Eastern Michigan	McKenzie Bade-Knill	810-434-5982	mckenzie@campchickagami.org
VI	Iowa	Rvda. Laurie Finn	520-981-4328	lauriefinn2@gmail.com
VIII	Olympia	Rvdo. Jedediah Fox	425-408-2623	the.rev.jedediah.fox@gmail.com
VIII	Spokane	Rvdo. David Gortner, Ph.D.	510-734-1066	dgortner@vts.edu



Conceptos básicos de Salud Mental para la Iglesia Episcopal

“Vengan a mí, todos los que están fatigados y cargados, y yo los haré descansar. Lleven mi yugo sobre ustedes, y aprendan de mí, que soy manso y humilde de corazón, y hallarán descanso para su alma. Porque mi yugo es fácil, y ligera mi carga” (Mateo 11:28-30).

Salud Mental y Enfermedades Mentales

La salud mental es “un estado de bienestar mental que permite a las personas enfrentar las tensiones de la vida, realizar sus capacidades, aprender bien y trabajar bien, y contribuir a su comunidad” (OMS, 2023). En todas las etapas de la vida, tiene un impacto profundo en nuestros pensamientos, emociones y conductas, y determina nuestra forma de manejar el estrés, trabajar y aprender, interactuar con los demás, tomar decisiones y contribuir a la vida en el mundo.

A lo largo de la vida, podemos encontrarnos con retos que afectan a nuestra salud mental y que influyen en nuestro proceso de pensamiento, estado de ánimo y acciones. Hay varios factores que contribuyen a los problemas de salud mental, entre ellos los elementos biológicos como los genes o la química cerebral, experiencias vitales como traumas o abusos, así como antecedentes familiares de problemas de salud mental.

Primeras señales y síntomas ³	Continuación o empeoramiento de las señales y síntomas	Crisis
Aspecto cansado Ropa desaliñada Tristeza Preocupación Dificultad para concentrarse o enfocarse en casa, la escuela o el trabajo Indecisión Un patrón emergente de llegar tarde o cancelar compromisos personales y profesionales	Alejamiento de familiares y amigos Ausentismo o “presentismo” Conducta extraña o errática Disminución de la higiene personal Desesperanza o desesperación Ira o rabia Aumento de la autoculpabilidad o la autocrítica Imagen corporal distorsionada	<p>Puede convertirse en una crisis:</p> Ataque de pánico Conductas agresivas Mal uso de sustancias Evento traumático Autolesiones no suicidas
		<p>Crisis inmediata:</p> Pensamientos y conductas suicidas Emergencia médica Efectos graves del alcohol o las drogas Estados psicóticos graves

Atender a las personas, las familias y las congregaciones que se ocupan de las necesidades de salud mental de la iglesia se convierte en algo esencial para crear relaciones y comunidades vibrantes, acogedoras y centradas en Cristo. De este modo, la Iglesia Episcopal reconoce la necesidad de ir al encuentro de las personas, las familias y el clero allí donde se encuentran y proporcionar espacios sagrados y de apoyo para crecer en el amor a Dios y a los demás. Para hacer frente a algunos de estos problemas, la Iglesia Episcopal reconoce la necesidad de apoyar la salud mental de nuestras comunidades religiosas y, al mismo tiempo, dar testimonio de los desafíos únicos de la época.

El estigma que rodea a la salud mental sigue impidiendo a muchas personas acudir en busca de atención médica. A menudo las personas se avergüenzan de hablar de sus síntomas y pueden ser reacias a buscar tratamiento y apoyo por temor a lo que piensen los demás. Los estudios demuestran que, con la atención y el tratamiento adecuados, las personas con problemas de salud mental mejoran, y muchas se recuperan por completo.

Ya sea al responder a crisis de salud mental o manejar problemas de salud mental continuos y persistentes, debemos prepararnos para atender las necesidades de nuestras comunidades religiosas con compasión y gracia.

¿Te parecen familiares estas historias en tu comunidad de fe?

Un miembro activo ha dejado de acudir a los servicios con regularidad y a menudo expone motivos por los que no puede asistir a las reuniones de los grupos de los que forma parte. Es difícil tener contacto con esa persona y está abandonando otras actividades fuera de la iglesia. Cuando está en la iglesia, parece distraído, retraído e irritable.

Un niño que antes era explorador, curioso, participativo y extrovertido ahora parece desinteresado y enojado. El niño ya no quiere participar en la escuela dominical ni en otras actividades, se resiste y actúa de forma beligerante.

Una persona mayor repite ahora las conversaciones con usted y no recuerda los detalles de las conversaciones recientes. Duda en participar en actos sociales con grandes multitudes o con gente nueva. Lucha contra cualquier cambio en sus rutinas.

Un joven ha expresado recientemente tener pensamientos sobre quitarse la vida. Recientemente ha vivido acoso escolar y en las redes sociales. Dejó de ir al grupo de jóvenes.

Un adulto joven conocido se presenta en la iglesia el domingo por la mañana, pero parece no estar consciente de lo que ocurre a su alrededor, viste de forma inapropiada o está desaliñado y desaseado y parece tener conversaciones y pensamientos desorganizados.

Un joven ya no quiere cenar con el grupo de jóvenes y ha cambiado su estilo de vestir por ropa holgada que parece ocultar su cuerpo. Ya no lleva nada que no sea de manga larga, sin importar cómo está el clima.

Datos en resumen

Uno de cada cinco adultos estadounidenses tiene una enfermedad mental *cada* año.

Dos de cada cinco adultos estadounidenses padecen enfermedades mentales a lo largo de su vida.

Uno de cada 20 adultos estadounidenses tiene una enfermedad mental grave cada año.

Uno de cada seis jóvenes estadounidenses de entre seis y 17 años tiene un trastorno mental cada año.

El 50% de las enfermedades mentales a lo largo de la vida comienzan a los 14 años, y el 75% a los 24.

El suicidio es la segunda causa de muerte entre las personas de 10 a 14 años.

Las personas con enfermedades mentales graves mueren hasta 20 años más jóvenes a causa de trastornos físicos evitables.

Transcurre una media de 11 años entre el primer síntoma de salud mental y el primer tratamiento.

Instituto Nacional de Salud
Mental, Organización Mundial de la Salud
Y
NAMI.org

³ Recursos: NAMI.org y Mental Health First Aid USA, 2020.

Entonces, al mirarlo Jesús, le amó. Marcos 10:21

Mejores prácticas:

1. Acérquese con calma a una persona angustiada, asegurándose de que se encontrarán ambos en un espacio tranquilo, seguro y relativamente privado.
2. Haga preguntas abiertas. Escuche activamente la respuesta sin juzgarla.
3. Piense en las enfermedades mentales como en una afección médica como el cáncer o la diabetes. La oración es muy importante, pero no sustituye a una buena atención médica y terapia. Honre a la persona y respétela como ser humano completo, incluso con enfermedad o discapacidad.
4. Respete la experiencia de una persona en apuros como algo muy real para ella. Evite los truisms como “anímate”, “hazte feliz”, “estarás bien”, “mantente ocupado” y “sé positivo”.
5. Fomente la intervención médica y profesional cuando corresponda. Dé opciones y capacite a la persona y a su familia para encontrar el mejor tratamiento e intervención para su momento y lugar.
6. Tenga paciencia y deje tiempo suficiente para que la persona procese la información. Quizás tenga que repetir lo que dice.
7. No se enfrente ni critique, culpe, utilice el sarcasmo ni las declaraciones condescendientes, ni trate de convencer a alguien de que no está experimentando lo que siente. No se ría ni rechace a la persona.
8. Busque formas en que una persona suele buscar y encontrar ayuda, como respirar profundo y tranquilizarse, llamar a un amigo, salir a correr, o acciones no tradicionales como moverse, mecerse, escuchar podcasts, ver dibujos animados o colorear.
9. Dele seguimiento a alguien con quien haya estado en un momento de angustia mental. Haga saber a la persona que está bien hablar de lo que ha vivido y de cómo se encuentra ahora, y que está bien hablar de cualquier otra cosa.

*Por lo cual estoy convencido de que ni la muerte ni la vida ni ángeles ni principados ni lo presente ni lo porvenir ni poderes ni lo alto ni lo profundo ni ninguna otra cosa creada nos podrá separar del amor de Dios, que es en Cristo Jesús, Señor nuestro.
Romanos 8:38-39.*

La salud mental depende en gran medida de factores sociales:

Estabilidad económica.

Acceso y calidad de la educación.

Acceso y calidad de la atención médica.

Vecindario y entornos.

Contextos sociales y comunitarios que incluyen raza, cultura, género, edad, discapacidad y sexualidad.

Tenga en cuenta estos factores. Cada factor conlleva sus propios estigmas y no aborda la salud mental. La atención y la intervención deben ajustarse a las sensibilidades culturales.

Recursos de Salud Mental

En caso de emergencia, marque el 911.

ORGANIZACIONES

Primeros Auxilios para la Salud Mental (Mental Health First Aid, MHFA)

Enseña a identificar, comprender y responder a las señales de enfermedades mentales y consumo de sustancias. La capacitación enseña las habilidades necesarias para tender la mano y proporcionar ayuda y apoyo iniciales a alguien que pueda estar desarrollando un problema de salud mental o de consumo de sustancias o experimentando una crisis. La Iglesia Episcopal dispone de instructores capacitados en Primeros Auxilios para la Salud Mental para impartir capacitación sobre el tema. Comuníquese con Tammy Pallot en tammypallot@gmail.com para encontrar un instructor cerca de usted.

Alianza Nacional para las Enfermedades Mentales (National Alliance on Mental Illness, NAMI)

Ofrece recursos, grupos de apoyo, educación y capacitación. (nami.org)

Administración de Servicios para la Salud Mental y Abuso de Sustancias (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA)

Agencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. que dirige los esfuerzos de salud pública para mejorar la salud conductual de la nación. (samhsa.gov)

Salud Mental de EE. UU. (Mental Health America)

Organización nacional sin fines de lucro dedicada al fomento de la salud, el bienestar y la prevención de enfermedades mentales (mhanational.org)

Instituto Nacional de Salud Mental

El Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health, NIMH) es la principal agencia federal de investigación sobre trastornos mentales. El Instituto Nacional de Salud Mental es uno de los 27 institutos y centros que componen los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health, NIH), la mayor agencia de investigación biomédica del mundo. (nimh.nih.gov)

LÍNEAS DE CRISIS

988 Línea de ayuda en caso de suicidio y crisis

Ofrece apoyo las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en forma gratuita y confidencial para personas en peligro, recursos de prevención y crisis para usted o sus seres queridos, y mejores prácticas para profesionales en Estados Unidos. Disponible en 240 idiomas. Llame o envíe un mensaje de texto al 9-8-8; chatee en línea en 988lifeline.org/chat.

Línea de crisis para veteranos

Marque el 9-8-8 y oprima 1 cuando se le indique para conectarse a la Línea de Crisis para Veteranos. Disponible en 240 idiomas. Llame al 9-8-8 y luego oprima el 1; envíe un mensaje de texto al 838255, o chatee en línea en www.veteranscrisisline.net/get-help-now/chat.

Línea de crisis para LGBTQI

Marque el 9-8-8 y oprima 3 cuando se lo pidan para que hablar con un asesor capacitado específicamente para ayudar a las personas LGBTQI+. Disponible en 240 idiomas. Llame o envíe un mensaje de texto al 9-8-8, o chatee en línea en 988lifeline.org/chat.

Teléfono de ayuda en caso de desastre

Llame o envíe un mensaje de texto al 1-800-985-5990. Proporciona asesoramiento inmediato en situaciones de crisis a personas que tienen trastornos emocionales relacionados con cualquier desastre natural o provocado por el hombre. El teléfono de ayuda es gratuito, multilingüe, confidencial y está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Línea Directa Contra la Violencia Intrafamiliar

Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año, la Línea Nacional contra la Violencia Intrafamiliar proporciona herramientas esenciales y apoyo para ayudar a los sobrevivientes de la violencia intrafamiliar a que puedan vivir sus vidas libres de abusos.

GRUPOS DE APOYO

	Información de la reunión	Lugar de la reunión local	Fechas y horarios de las reuniones locales
Hijos adultos de alcohólicos y familias disfuncionales	adultchildren.org		
Al-Anon y Alateen	al-anon.org		
Alcohólicos Anónimos	aa.org		
Codependientes Anónimos	coda.org		
Anónimos de Recuperación Dual	draonline.org		
Apostadores Anónimos	gamblersanonymous.org		
Narcóticos Anónimos	na.org		
Comedores Anónimos	oa.org		
Adictos al Sexo Anónimos	sexaa.org		
Sobrevivientes de Incesto Anónimos	siawso.org		
Familiares y Compañeros de NAMI	Nami.org		

PROVEEDORES MÉDICOS LOCALES

	Nombre	Dirección	Teléfono
Médico de Atención Primaria			
Terapeuta o Consejero			
Psiquiatra			
Psicólogo			

CENTROS LOCALES DE SALUD MENTAL

Nombre	Dirección	Teléfono
Crisis y estabilización		
Intrafamiliar		

CUMPLIMIENTO DE LA LEY

911: respuesta de emergencia, notifique al operador que está llamando por una crisis de salud mental.

Cumplimiento de la ley en materia de salud mental: los organismos locales encargados de hacer cumplir la ley pueden disponer de un equipo de respuesta especialmente capacitado para responder a las crisis de salud mental. Para más información, llame al número de emergencias de la policía local.

Nombre del contacto o departamento	Teléfono

APOYO DE LA IGLESIA

	Nombre	Correo electrónico	Teléfono
Presbítero			
Diácono			
Líder de atención pastoral			

FAMILIARES, AMIGOS Y CONTACTOS DE EMERGENCIA

Respete los deseos de la persona y su familia a la hora de mantener la confidencialidad de la información médica protegida.

Nombre	Parentesco	Correo electrónico	Teléfono

Ministerio sobre Salud Mental sobre Personas en Crisis

¿QUÉ ES UNA CRISIS DE SALUD MENTAL?

Una crisis de salud mental se refiere a un estado de angustia aguda o una situación de emergencia relacionada con la salud mental de una persona. Las conductas inusuales y potencialmente perjudiciales para el individuo o para los demás son señal de una crisis de salud mental. Las personas en crisis de salud mental pueden parecer excesivamente emocionales o emocionalmente planas. Pueden parecer mentalmente alterados, incapaces de comunicarse con claridad o de comprender lo que ocurre a su alrededor. Experimentar a alguien en una crisis de salud mental puede asustar a cualquiera, pero es importante mantener la calma, la claridad y la amabilidad. Una crisis de salud mental puede producirse en cualquier lugar y en cualquier momento. A continuación se ofrecen algunas sugerencias sobre cómo responder cuando se producen tales acontecimientos, incluyendo una reflexión espiritual y recursos de fe.

UNA PARÁBOLA

Hay un adulto joven muy conocido en su entorno ministerial que se presenta en la iglesia el domingo por la mañana y que de pronto parece no estar consciente de lo que ocurre a su alrededor, viste de forma inapropiada, muestra una higiene deficiente y parece tener conversaciones y pensamientos desorganizados.

MEJORES PRÁCTICAS CUANDO UNA PERSONA QUE TIENE UNA CRISIS DE SALUD MENTAL ACUDE A LA IGLESIA:

Persona	Congregación y Clero
<p>Confirme que todos estén seguros ante el riesgo de suicidio o violencia.</p> <p>Acérquese a la persona con voz tranquila y exprésele su apoyo y preocupación.</p> <p>Si sospecha una sobredosis y la persona no responde, llame al 911, póngala de lado y adminístrele Narcan.</p> <p>Mantenga una conversación en un lugar privado.</p> <p>Pregunte cómo puede ayudar.</p> <p>Sea directo con las preguntas sobre el consumo de drogas o alcohol.</p> <p>Sea paciente y deles espacio y tiempo para responder.</p> <p>Reconozca la alarma que alguien está experimentando y evite expresar sorpresa o vergüenza ante alucinaciones o delirios.</p> <p>Ofrezca opciones y elecciones para los siguientes pasos de ayuda: no dé consejos ni tome decisiones por la persona.</p> <p>Evite tocar a la persona a menos que le pida permiso.</p> <p>Sea sincero y honesto con la persona en crisis sobre las acciones de usted.</p> <p>No exija ni amenace con tratamiento u hospitalización.</p>	<p>Esté preparado para llamar al servicio de emergencias (911) en caso de lesión, emergencia médica o seguridad general, si es necesario; indique en la llamada que se trata de una crisis de salud mental.</p> <p>Mantenga la calma y proporcione espacio personal: no se amontone alrededor de la persona ni la mire fijamente.</p> <p>Esté preparado para proporcionar agua, comida u otro consuelo necesario, según corresponda, o ayude a poner a la persona en contacto con sus apoyos sociales.</p> <p>Si es posible, traslade a la persona a un lugar más tranquilo o pida a los demás que vayan a otro espacio.</p> <p>Siga en contacto con la persona que se recupera de una crisis de salud mental. No aisle ni ignore a la persona.</p> <p>Tenga disponible fácilmente la información sobre la crisis (en estos archivos se incluye un formulario de fácil acceso).</p> <p>Anime a la gente a utilizar términos como “persona en crisis de salud mental” o “alguien está teniendo dificultades con su salud mental” y evite el lenguaje estigmatizador como “loco” o “demente”.</p> <p>Tenga Narcan disponible en la iglesia en caso de sobredosis.</p>

RECURSOS ESPIRITUALES PARA PERSONAS QUE TIENEN UNA CRISIS DE SALUD MENTAL

Un cántico o salmo:

<i>Lamentaciones 1:12,16; 3:19,22-24,26</i>	<i>Salmo 69:1-3,13-17</i>
<p>¿No les importa a ustedes, todos los que pasan por el camino? *</p> <p>Miren y vean si hay dolor como el dolor que me ha sobrevenido</p> <p>y con el cual el SEÑOR me ha angustiado * en el día de su ardiente ira.</p> <p>Por estas cosas lloro; mis ojos, mis ojos se desbordan en lágrimas; *</p> <p>porque se ha alejado de mí el consolador que restaura mi alma.</p> <p>Acuérdate de mi aflicción y de mi desamparo, * del ajenjo y de la amargura.</p> <p>Por la bondad del Señor es que no somos consumidos, * porque nunca decaen sus misericordias.</p> <p>Nuevas son cada mañana; * grande es tu fidelidad.</p> <p>“El Señor es mi porción”, ha dicho mi alma; * “por eso, en él esperaré”.</p> <p>Bueno es esperar en silencio * la salvación del Señor.</p>	<p>1 ¡Sálvame, oh Dios, * porque las aguas han entrado hasta mi alma!</p> <p>2 Estoy hundido en el lodo profundo * donde no hay suelo firme.</p> <p>3 He llegado a las profundidades de las aguas, * y la corriente me ha arrastrado.</p> <p>13 Hablaban contra mí los que se sentaban en el tribunal, * y los borrachos cantaban canciones contra mí.</p> <p>14 Sin embargo, oh Señor, yo dirigía a ti mi oración * en el tiempo de tu buena voluntad.</p> <p>15 Oh Dios, respóndeme por tu gran bondad, * por la verdad de tu salvación.</p> <p>16 Sácame del lodo; no sea yo sumergido. * Sea yo librado de los que me aborrecen y de las profundidades de las aguas.</p> <p>17 No me arrastre la corriente de las aguas; * no me trague el abismo, ni la fosa cierre su boca sobre mí.</p>

Una lectura:

Por tanto, el Señor espera para tener piedad de ustedes; por eso, se levanta para tener misericordia de ustedes. Porque el Señor es un Dios de justicia, ¡bienaventurados son todos los que esperan en él! – Isaías 30:18

Una oración de aliento:

Señor, ayúdame. Señor, ten misericordia. Señor, guíame a través de esto.
(*Repita cada frase con la persona*)

Una colecta:

Señor Cristo, viniste al mundo como uno de nosotros, y sufriste como nosotros. Mientras atravesamos las pruebas de la vida, ayúdanos a darnos cuenta de que estás con nosotros en todo momento y en todas las cosas; de que no tenemos secretos para ti; y de que tu gracia amorosa nos envuelve por toda la eternidad. En la seguridad de tu abrazo oramos. Amén.

Ministerio de Salud Mental sobre Personas con Enfermedades Mentales Persistentes

En la población general, hay muchas personas cuyos síntomas de salud mental crean problemas de por vida. Los trastornos mentales persistentes, como la depresión grave, el trastorno bipolar, el trastorno de estrés postraumático, los trastornos de ansiedad, el abuso de sustancias y la esquizofrenia, así como otros diagnósticos, plantean retos únicos en el entorno congregacional. Los síntomas pueden fluctuar con el tiempo, y cada persona tiene un conjunto diferente de síntomas. La enfermedad y la curación pueden no ser lineales.

Es importante seguir en contacto con las personas que experimentan síntomas de salud mental, abordándolas con compasión y paciencia. Las enfermedades mentales prolongadas y recurrentes pueden ser profundamente frustrantes, por lo que es importante recordar a las personas que es posible controlar los síntomas y mejorar la calidad de vida. A continuación se ofrecen algunas sugerencias sobre cómo comprometerse provechosamente con las personas con enfermedades mentales persistentes, incluyendo una reflexión espiritual y recursos de fe.

UNA PARÁBOLA

Un miembro activo ha dejado de acudir a los servicios con regularidad y a menudo expone motivos por los que no puede asistir a las reuniones de los grupos de los que forma parte. Es difícil tener contacto con esa persona y está abandonando otras actividades fuera de la iglesia. Cuando está en la iglesia, parece distraído, retraído e irritable. Esto parece el comienzo de un ciclo que la Iglesia ha visto repetirse en el pasado.

MEJORES PRÁCTICAS PARA EL CUIDADO DE PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES PERSISTENTES

Acérquese a las personas que están teniendo dificultades con su salud mental o pasando por un “mal momento”, ofrézcales apoyo y compasión mientras escucha en lugar de intentar “arreglarlos”.

Pregunte cómo se siente la persona, y si las cosas están mejor o peor que ayer y que otros días. Considere hacer una pregunta directa como: “¿Siente que está funcionando?”.

Comprenda que las personas con enfermedades mentales persistentes pueden pensar y actuar de manera diferente a veces, pero también tienen perspectivas únicas y dones que ofrecer a la iglesia.

Esté atento a las señales de riesgo de suicidio o autolesión (y considere la posibilidad de preguntar al respecto).

Anime a las personas a buscar apoyo de profesionales de la salud mental en su comunidad y a seguir el tratamiento recomendado.

Anime a las personas a comunicarse con familiares, amigos u otras personas y grupos para obtener apoyo social.

Busque formas de apoyar a las familias de las personas con enfermedades mentales persistentes, quizás proporcionando comidas, asistencia de transporte, mantones de oración o ayuda doméstica durante una emergencia de salud mental.

Anime a las personas a utilizar los recursos que suelen emplear para contribuir a su bienestar mental, incluyendo examinar formas de reducir el estrés como el deporte, escuchar música, el yoga, la meditación, pasear, cocinar o hacer manualidades.

Ofrezca apoyo y orientación espiritual mediante la oración, la lectura de las Escrituras o las Letanías de Sanación a personas y familias para ayudar a reforzar los servicios profesionales de salud mental.

Ofrezca oportunidades educativas y genere conversaciones en torno a la salud mental en nuestras congregaciones para ayudar a desestigmatizar la atención de la salud mental y hacerla más accesible a todas las poblaciones.

RECURSOS ESPIRITUALES PARA USARSE PARA Y CON PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES PERSISTENTES

Un salmo:

Salmo 46:

- | | |
|---|--|
| 1 Dios es nuestro amparo y fortaleza, *
nuestro pronto auxilio en las tribulaciones. | 8 El SEÑOR de los Ejércitos está con nosotros; *
nuestro refugio es el Dios de Jacob. |
| 2 Por eso no temeremos aunque la tierra
tiemble, *
aunque los montes se derrumben en el corazón
del mar, | 9 Vengan y vean los hechos del SEÑOR, *
quien ha causado desolaciones en la tierra. |
| 3 aunque sus aguas rujan y echen espuma, *
y se estremezcan los montes por su braveza. | 10 Hasta los confines de la tierra hace cesar las
guerras; *
quebra el arco, rompe la lanza y quema los
carros en el fuego. |
| 4 El SEÑOR de los Ejércitos está con nosotros; *
nuestro refugio es el Dios de Jacob. | 11 "Estén quietos y reconozcan que yo soy Dios.
*
Exaltado he de ser entre las naciones; exaltado
seré en la tierra". |
| 5 Hay un río cuyas corrientes alegran la ciudad
de Dios; *
el santuario, morada del Altísimo. | 12 El SEÑOR de los Ejércitos está con nosotros;
*
nuestro refugio es el Dios de Jacob. |
| 6 Dios está en medio de ella; no será movida. *
Dios la ayudará al clarear la mañana. | |
| 7 Las naciones se conmocionan, se tambalean
los reinos. *
Él emite su voz, y se derrite la tierra. | |

Una lectura:

Vengan a mí, todos los que están fatigados y cargados, y yo los haré descansar. Lleven mi yugo sobre ustedes, y aprendan de mí, que soy manso y humilde de corazón, y hallarán descanso para su alma. Porque mi yugo es fácil, y ligera mi carga. – Mateo 11:28-30

Una oración de aliento:

Mi vida está apegada a ti; tu mano derecha me sostiene. – *Salmo 63:8*
(*repita la oración*)

Una colecta:

Este es otro día, oh, Señor. No sé lo que traerá pero prepárame, Señor, para lo que sea. Si he de levantarme, ayúdame a hacerlo con valentía. Si he de sentarme quieto, ayúdame a sentarme en silencio. Si he de esconderme, ayúdame a hacerlo con paciencia. Y si no voy a hacer nada, que sea con gallardía. Haz que estas palabras sean más que palabras, y dame el Espíritu de Jesús. *Amén.*

Ministerio de Salud Mental sobre Familiares y Cuidadores de Personas con Enfermedades Mentales

Puede ser demasiado fácil pasar por alto a los cuidadores y familiares de personas con enfermedades mentales en situaciones de crisis y en los retos vitales que conlleva una enfermedad mental persistente. Pero las respuestas de ignorar, evitar el tema o asumir que todo está bien a menos que alguien diga algo solo perpetúan los hábitos culturales de estigmatizar las enfermedades mentales como un tema tabú y aislar a los cuidadores y familiares. Las personas que cuidan de enfermos mentales y conviven con ellos a menudo soportan cargas considerables y experimentan ciclos de profunda preocupación, aislamiento y pérdida de esperanza.

Como cualquier otra persona, los familiares y cuidadores son seres queridos de Dios y forman parte de la familia humana. Tienen días buenos y malos, llevan ropa vieja o nueva a la iglesia y aman u odian el café de los domingos. Cristo nos llama a cuidarnos, animarnos y apoyarnos unos a otros, incluidas las personas que trabajan más directa e íntimamente con los enfermos mentales. ¿Qué significa ofrecer atención pastoral a una familia o cuidador que enfrenta una enfermedad mental? A continuación se ofrecen algunas sugerencias sobre cómo colaborar provechosamente con la familia y los cuidadores, incluyendo una reflexión espiritual y recursos de fe.

UNA PARÁBOLA

Una familia parece presentarse los domingos con un gran peso sobre los hombros. No comparten su estrés con la comunidad religiosa durante la hora del café. Uno de sus hijos, adolescente del grupo juvenil, ha dejado de asistir regularmente a la iglesia. Por último, durante el estudio bíblico, uno de los padres mencionó que su hijo adolescente, que había sido acosado en la escuela y en Internet, había intentado suicidarse recientemente y estaba recibiendo ayuda para tratar la depresión y la ansiedad. Mientras la gente escuchaba compasivamente, los padres compartieron que se sienten sobrecargados, aislados, abrumados e intensamente preocupados por el futuro de su hijo.

MEJORES PRÁCTICAS:

Orientación Parroquial General:

Expresar empatía y compasión; minimice sus propias reflexiones.
Respete lo difícil que es la situación de ellos.
Recuerde que apoyar no es controlar; permita y respete las decisiones de las personas.
Sea claro y honesto; no sea condescendiente ni estigmatice.

Apoyo Familiar Holístico:

Manténgase regularmente en contacto con la familia o el cuidador para seguir conectado y comprender mejor sus necesidades.
Escuche con compasión; colóquese en el mismo nivel en que la familia se encuentra en ese momento.
Conecte a los familiares con el grupo de apoyo adecuado (edad, demografía).
Ofrezca comida, transporte, mantones de oración, ayuda doméstica o lo que sea necesario.
Prepárese para que haya altibajos, subidas y bajadas a lo largo del tiempo.
Fomente el asesoramiento cuando lo necesite o lo desee, las relaciones sociales y las actividades que le aporten alegría o alivio.

Apoyo a los Adultos de la Familia:

Ayúdeles a reflexionar y a nombrar lo que necesitan para su autocuidado.
Dedíqueles su tiempo para que puedan descansar y alejarse del estrés de la situación.
Ayúdeles a darse cuenta de que ellos no tienen la culpa. Las enfermedades mentales son un problema médico que está fuera de su control.

Apoyo a los Hermanos:

Ayude a los hermanos a mantener su rutina o actividades normales.
Deles tiempo a los niños para que sean niños.
Ofrezca oportunidades para que los niños hagan algo divertido, atractivo y diferente fuera de casa

RECURSOS ESPIRITUALES PARA Y CON LA FAMILIA Y LOS CUIDADORES

Un himno o salmo

Himno 470 (alternativo 469)		Salmo 139: 1, 2, 6-9
<p>Hay una amplitud en la misericordia de Dios, Como la amplitud del mar; Hay una bondad en su justicia, Que es más que la libertad.</p> <p>Hay bienvenida para el pecador, Y más gracias para el bueno; Hay misericordia con el Salvador; Hay curación en Su sangre.</p> <p>No hay lugar donde las penas de la tierra Se sientan más que en el Cielo; No hay lugar donde las faltas de la tierra Se juzguen con tanta bondad.</p>	<p>Hay abundante redención En la sangre que ha sido derramada; Hay alegría para todos los miembros En las penas de la Cabeza.</p> <p>Porque el amor de Dios es más amplio Que la medida de nuestra mente; Y el corazón del Eterno Es maravillosamente bondadoso.</p> <p>Si nuestro amor fuera más fiel, le tomaríamos la palabra, y nuestra vida sería una ofrenda de gracias por la bondad de nuestro Señor</p>	<p>¹ Oh SEÑOR, tú me has examinado y conocido. *</p> <p>Tú conoces cuando me siento y cuando me levanto; desde lejos entiendes mi pensamiento.</p> <p>² Mi caminar y mi acostarme has considerado; * todos mis caminos te son conocidos.</p> <p>⁶ ¿A dónde me iré de tu Espíritu? * ¿A dónde huiré de tu presencia?</p> <p>⁷ Si subo a los cielos, allí estás tú; * si en el Seol hago mi cama, allí tú estás.</p> <p>⁸ Si tomo las alas del alba * y habito en el extremo del mar, ⁹ aun allí me guiará tu mano * y me asirá tu diestra.</p>

Una lectura:

Y a aquel que es poderoso para hacer todas las cosas mucho más abundantemente de lo que pedimos o pensamos, según el poder que actúa en nosotros, a él sea la gloria en la iglesia y en Cristo Jesús, por todas las generaciones de todas las edades, para siempre. Amén. – Efesios 3:20,21 o

Por lo cual estoy convencido de que ni la muerte ni la vida ni ángeles ni principados ni lo presente ni lo porvenir ni poderes ni lo alto ni lo profundo ni ninguna otra cosa creada nos podrá separar del amor de Dios, que es en Cristo Jesús, Señor nuestro. – Romanos 8:38-39.

Una oración de aliento o llamada y respuesta:

Te pido Fuerza;	<i>Dios, me sostienes con tu eterno amor y presencia</i>
Rezo por la Paz;	<i>Dios, me sostienes con tu amor y presencia eternos</i>
Te pido Valor;	<i>Dios, me sostienes con tu amor y presencia eternos</i>
Rezo por la Comunidad;	<i>Jesús, me sostiene el recuerdo de tu sufrimiento</i>
Rezo por el Descanso;	<i>Jesús, me sostiene el recuerdo de tu sufrimiento</i>
Te pido Entereza;	<i>Jesús, me sustenta el recuerdo de tus sufrimientos</i>
Rezo por Compasión;	<i>Espíritu Santo, me sostiene tu oración y consuelo</i>
Rezo por la Alegría;	<i>Espíritu Santo, me sostienes con tu oración y consuelo</i>
Te pido Sabiduría;	<i>Espíritu Santo, me sostienes con tu oración y consuelo</i>
Mi alma se aferra a ti;	<i>Tu diestra me sostiene</i>

Una colecta:

Oh Dios, rodea a N. de tu compasión mientras [ellos] viven con N. en la enfermedad. Ayuda a N. a aceptar los límites de lo que [ellos] pueden hacer, para que los sentimientos de impotencia y frustración [y rabia] se transformen en serena aceptación y alegre esperanza en ti. Que recuerden el dolor y el amor de Jesús por las aflicciones de sus amigos, sabiendo que Dios también llora. Dale alegría y fortalece el amor en su servicio; por Cristo, nuestro compañero. Amén.

Ministerio de Salud Mental sobre Comunidades Religiosas en Torno a una Crisis de Salud Mental

Los episodios de enfermedades mentales graves pueden producirse en cualquier momento y lugar. Cuando estos incidentes ocurren en la iglesia, pueden sacudir a la gente en nuestros entornos ministeriales. ¿Cómo estamos llamados a responder?

Mientras que los discípulos a menudo respondían inicialmente a la discapacidad o a la conducta perturbadora de manera poco útil, Jesús era coherente al acercarse o invitar a la persona en apuros. Se trata de cómo abordamos las situaciones, respetando la dignidad de todas las personas.

Durante e inmediatamente después de tales acontecimientos, buscamos formas de ayudarnos mutuamente a mantener la calma, concentrarnos y reaccionar adecuadamente. Nuestra primera preocupación es la seguridad de todos, seguida rápidamente de una atención intencionada a la persona en apuros. Si la respuesta de emergencia no es necesaria, tratamos de ayudar a la persona a volver a un nivel de calma, respetuoso con su espacio. Una vez que el suceso ha pasado y la persona ha recibido la atención adecuada, los miembros de la comunidad religiosa necesitan un espacio para debatir y comprender lo sucedido, reconociendo la ansiedad pero respondiendo desde la fe. Queremos que estos eventos sean momentos de enseñanza para mostrar el Amor de Dios en este mundo.

UNA PARÁBOLA

Un domingo cualquiera, usted está sentado en su banca habitual escuchando un sermón cualquiera cuando un señor desconocido se levanta y dice: "¡¡¡Veo al rey David volando sobre una estrella!!!".

El predicador interrumpe momentáneamente el sermón mientras un acomodador se acerca al caballero para verificar que se encuentre bien. Se determina que la persona desea que el acomodador se siente con él hasta el final del servicio. Después del servicio, el presbítero habla tranquilamente con el caballero mientras la congregación se va a tomar café. La gente habló un poco de la experiencia durante el café.

Al domingo siguiente, a algunos les preocupa volver a la iglesia por temor a que el caballero regrese.

MEJORES PRÁCTICAS: ENSEÑAR, PRACTICAR, MODELAR

Durante el evento:	Durante la fraternización después del evento:
<p>Evalúe rápidamente si la crisis de salud mental de la persona supone un peligro para ella o para otras personas (llame inmediatamente al 911 si es necesario).</p> <p>Un par de personas, no todos, interactúan con la persona utilizando los Pasos de Desescalada (mantener la calma, acercarse con suavidad, hablar con calma y directamente con la persona, escuchar sin juzgar, redirigir).</p> <p>Los demás, reanuden las actividades y dejen espacio a quienes se ocupan de la persona; no la conviertan en el centro de atención.</p> <p>Evalúe las necesidades inmediatas y la respuesta adecuada, incluida la atención de emergencia, la ayuda médica o la asistencia familiar.</p>	<p>Disponga de líderes de la comunidad para hablar de sus sentimientos sobre el evento.</p> <p>No actúe como si el evento no hubiera ocurrido.</p> <p>“Anímense los unos a los otros” (1 Tesalonicenses 5:11), reconociendo sus sentimientos pero sin chismorreo sobre la persona.</p> <p>Proporcione recursos para ayudar a las familias a repasar el evento durante la semana.</p>
En las siguientes semanas:	Respuesta a largo plazo:
<p>Elabore un plan de acción en caso de que la persona regrese, como designar a un compañero de banca o ponerse en contacto con el cuidador.</p> <p>Envíe a la congregación un mensaje de bienvenida general, recordando a la parroquia el amor acogedor e invitador de Jesús para todos. Reconozca el temor e inicie una conversación.</p> <p>Cree un espacio para conversaciones en grupos pequeños sobre las enfermedades mentales y la respuesta de la Iglesia.</p> <p>Los grupos de jóvenes y niños deben disponer de tiempo para hablar del evento en su propio idioma.</p>	<p>Capacite al clero y a sus miembros en Primeros Auxilios para la Salud Mental.</p> <p>Únase o cree una filial local de la Alianza Nacional para las Enfermedades Mentales.</p> <p>Revise el protocolo de seguridad de su comunidad religiosa; analice periódicamente la respuesta en materia de salud mental junto con otros planes de crisis.</p> <p>Conozca los recursos locales de respuesta a las crisis de salud mental con los paramédicos y la policía locales.</p> <p>Si es necesario, aclare y revise los límites con la persona que ha tenido una crisis de salud mental.</p> <p>Encuentre momentos durante el año para incluir las enfermedades mentales en los sermones.</p>

RECURSOS ESPIRITUALES PARA COMUNIDADES RELIGIOSAS EN TORNO A UNA CRISIS DE SALUD MENTAL

Un cántico:

Josué 2:2-7,9

Desde mi angustia invoqué al Señor y él me respondió. *

Clamé desde el vientre del Seol y tú escuchaste mi voz.

Me arrojaste a lo profundo, en el corazón de los mares *

y me rodeó la corriente: todas tus ondas y tus olas han pasado sobre mí.

Yo dije: "Expulsado soy de delante de tus ojos; *
pero aún he de ver tu santo templo".

Las aguas me han envuelto hasta la garganta; me rodeó el abismo. *

Las algas se enredaron en mi cabeza.

Descendí a la base de las montañas. La tierra echó sus cerrojos tras de mí para siempre. *

Pero tú hiciste subir mi vida de la fosa, ¡oh Señor Dios mío!

Cuando mi alma desfallecía dentro de mí me acordé del Señor; *

y mi oración llegó hasta ti, a tu santo templo.

Pero yo te ofreceré sacrificio con voz de alabanza. *

**Lo que prometí haciendo votos lo cumpliré.
¡La salvación pertenece al Señor!**

Una lectura:

Por esta razón, te vuelvo a recordar que avives el don de Dios que está en ti por la imposición de mis manos. Porque no nos ha dado Dios un espíritu de cobardía sino de poder, de amor y de dominio propio. – 2 Timoteo 1:6-7

Una oración de aliento o llamada y respuesta:

Danos Fuerza para pasar del miedo al amor; **Creador, Susténtanos**
Danos Paz para pasar del miedo al amor; **Creador, Susténtanos**
Danos Valor para pasar del miedo al amor; **Creador, Susténtanos**
Danos Comunidad para pasar del miedo al amor; **Hijo, Susténtanos**
Danos Respiro para pasar del miedo al amor; **Hijo, Susténtanos**
Danos Fortaleza para pasar del miedo al amor; **Hijo, Susténtanos**
Danos Compasión para pasar del miedo al amor; **Espíritu, Susténtanos**
Danos Alegría para pasar del miedo al amor; **Espíritu, Susténtanos**
Danos Sabiduría para pasar del miedo al amor; **Espíritu, Susténtanos**

Himno de clausura Lift Every Voice #72 Just a Closer Walk with Thee

Yo soy débil pero tú eres fuerte;
Jesús, guárdame de todo mal;
Estaré satisfecho mientras camine, déjame caminar cerca de ti.

Estrillo:
Solo un caminar más cerca de ti,
Concédelo, Jesús, es mi súplica,
Caminar diariamente cerca de ti,
Que así sea, querido Señor, que así sea.

² Por este mundo de fatigas y trampas,
Si flaqueo, Señor, ¿a quién le importa?
¿Quién comparte conmigo mi carga?
Nadie más que tú, querido Señor, nadie más que tú. [*Estrillo*]

³ Cuando mi débil vida se acabe,
El tiempo para mí no será más;
Guíame suavemente, con seguridad
A la costa de tu reino, a tu costa. (*estribillo*)

Borrador del Plan de Estudios para Educar y Capacitar al Clero Episcopal del Ministerio Relacionado con la Salud y las Enfermedades Mentales

Grupo de Trabajo sobre el Ministerio para Personas con Enfermedades Mentales

Noviembre de 2023

MÓDULOS DEL PLAN DE ESTUDIOS Y CONTENIDO BÁSICO

“De cierto les digo que en cuanto lo hicieron a uno de estos mis hermanos más pequeños, a mí me lo hicieron” (Mateo 25:40).

Este documento esboza las áreas de contenido recomendadas, los objetivos de aprendizaje y las metas de desarrollo de capacidades para el clero y los líderes espirituales de la Iglesia Episcopal. En consonancia con el cometido dado a la Iglesia en la Resolución A109 de la CG 2022, “Desarrollo del plan de estudios y de la capacitación requerida para el clero en la atención pastoral de la salud mental”, este esbozo de plan de estudios avanza significativamente en el llamado a “la creación y lanzamiento de un nuevo plan de estudios para capacitar a todo el clero episcopal ordenado, candidatos y postulantes en la concientización sobre la salud mental y las enfermedades mentales, que haga hincapié en la atención pastoral, la formación de relaciones afectuosas y el fomento eficaz”. Este plan de estudios consta de diez componentes básicos. Cada uno se explica y se representa gráficamente en este documento. Sobre la base de los fundamentos establecidos en la capacitación de Primeros Auxilios para la Salud Mental, el plan de estudios amplía y profundiza los conocimientos y la capacitación del clero en el ministerio sobre salud mental con las personas, sus familias y cuidadores, las comunidades religiosas y las comunidades circundantes en general. Los componentes, que se impartirán de forma modular para su realización presencial, híbrida y en línea, son los siguientes:

- Certificado de capacitación de un día en Primeros Auxilios para la Salud Mental (básico).
- Marcos teológicos o bíblicos y prácticas espirituales útiles y no útiles.
- Atención pastoral y espiritual individual y discernimiento de las preocupaciones.
- Atención pastoral y espiritual a la familia y al cuidador, y discernimiento de las preocupaciones.
- Inclusión en la comunidad de las personas con enfermedades mentales y sus familias.
- Atención a la comunidad en equilibrio con la salud o enfermedades mentales de las personas.
- Autorreconocimiento, autorrevisión, autorrestauración, autorresiliencia, autofuerza.
- Respuesta al trauma en la comunidad en general.
- Establecer conexiones de recursos en la propia comunidad.
- Alianza y fomento.

En total, el plan de estudios abarca de cuatro a cinco días de aprendizaje y práctica. Los clérigos y líderes espirituales que completan el plan de estudios regresan con herramientas y prácticas específicas, fundamentos teológicos claros, y objetivos trazados y listas de contactos de recursos para guiar el desarrollo de la acogida, la inclusión, el acompañamiento, el apoyo, el estímulo, el facultamiento y el fomento de las comunidades religiosas para las personas que se enfrentan a problemas de salud mental y sus familias.

La finalización de los módulos didácticos y las herramientas de aprendizaje, así como la traducción al español y la adaptación cultural, se abordarán a principios del próximo trienio.

I. Certificación de Capacitación en Primeros Auxilios para la Salud Mental

La capacitación básica de un día en Primeros Auxilios para la Salud Mental es la base inicial para la capacitación del clero en salud y enfermedades mentales. Primeros Auxilios para la Salud Mental es un programa educativo de intervención precoz que enseña a las personas a reconocer las señales y síntomas de un posible problema de salud mental, a escuchar sin juzgar, a tranquilizar y a remitir a una persona al apoyo y los servicios profesionales adecuados. La capacitación en Primeros Auxilios para la Salud Mental dirigida por un instructor consta de 10 segmentos de aprendizaje. El curso presencial puede impartirse en una única sesión de 7.5 horas o dividirse en dos sesiones e impartirse en dos días. Primeros Auxilios para la Salud Mental semipresencial consiste en una capacitación autodidacta de 2 horas, 5.5 horas presenciales o 6.5 horas virtuales dirigidas por un instructor. Los alumnos aprenden un plan de acción que aplican en situaciones de crisis y no crisis. Las habilidades obtenidas en Primeros Auxilios para la Salud Mental son similares en alcance a las obtenidas en primeros auxilios y RCP de la Cruz Roja. El manual de Primeros Auxilios para la Salud Mental proporciona al clero una base más que suficiente para una educación basada en pruebas sobre las enfermedades mentales en general y, más concretamente, sobre la ansiedad, la depresión, el abuso de sustancias, las psicosis y los trastornos del pensamiento, y los trastornos alimentarios, así como sobre las mejores formas saludables de relacionarse con las personas que experimentan este tipo de angustia.

Las comunidades religiosas suelen ser uno de los primeros puntos de contacto para las personas que tienen problemas de salud mental. Al obtener la certificación en Primeros Auxilios para la Salud Mental, el clero y los miembros de la congregación pueden desarrollar los conocimientos y habilidades necesarios para identificar y proporcionar apoyo inicial a aquellos que se enfrentan a retos de salud mental o luchan con su bienestar emocional. Pueden evaluar, responder y mitigar eficazmente situaciones críticas, ofreciendo orientación compasiva y derivaciones a los profesionales de la salud mental adecuados y a otros sistemas de apoyo disponibles.

Esta certificación capacita a los miembros del clero para crear un entorno seguro, integrador y de apoyo en el que las personas puedan buscar ayuda sin temor a ser estigmatizadas o juzgadas. Estas barreras sociales pueden impedir que las personas busquen el apoyo profesional adecuado que necesitan. Este enfoque empático ayuda a romper el miedo a ser estigmatizado o malinterpretado, animando a las personas a buscar la ayuda y orientación necesarias.

Los cursos de un día de Primeros Auxilios para la Salud Mental están siendo impartidos por instructores episcopales capacitados en Primeros Auxilios para la Salud Mental, quienes están disponibles para ofrecer los cursos en seminarios y escuelas diocesanas, conferencias del clero y reuniones diversas de clérigos y líderes laicos en diferentes entornos.

II. Marcos teológicos y bíblicos, y prácticas espirituales útiles y no útiles

Las Escrituras, la oración, las prácticas espirituales y las creencias y promesas teológicas de la fe cristiana pueden ser recursos inestimables para las personas que experimentan problemas y crisis de salud mental, así como para quienes las apoyan. Estos marcos han proporcionado y siguen proporcionando una ayuda importante, y han sido y siguen siendo utilizados en algunos casos para hacer daño. Pueden ayudar a aliviar, reconfortar y orientar a quienes luchan contra problemas de salud mental, y pueden echar más leña al fuego de los problemas de salud mental.

La salud mental forma parte del don que Dios nos ha hecho en nuestra creación, al igual que la salud física. Esta salud se encuentra en un abanico de experiencias y expresiones, con cuerpos y mentes muy diversos en capacidades y límites. Los relatos de la creación en el Génesis pintan un mundo en armonía y una humanidad creada para completarse unos con otros y no aisladamente. Pero estos relatos no nos ofrecen descripciones detalladas de cuerpos o personalidades. Es fácil imponer a estos relatos de la creación una visión de la perfección. Pero estas imágenes “perfectas” son nuestras propias creaciones y proyecciones, surgidas de nuestra sensación de discrepancia entre lo que somos y lo que imaginamos que es el ideal.

Sin embargo, la armonía de la creación se rompió por el pecado. ¿Quizás el pecado primigenio sea la búsqueda de la perfección, de un ideal que vaya más allá de nuestras naturalezas finitas e individualmente distintas y extravagantes? ¿O fue más bien el pecado primigenio el impulso a ocultar y negar lo que somos, y a descender al encubrimiento? En cualquier caso, la teología cristiana señala sistemáticamente que el pecado es endémico en la vida humana y está arraigado en nuestras pautas y estructuras relacionales y sociales, así como en nuestras pautas de pensamiento.

Este reconocimiento del pecado puede inflarse demasiado con las formas en las que enfrentamos y luchamos con sufrimiento, la fragilidad y la enfermedad humanas. A lo largo de los siglos, y antes de Cristo, y en las religiones de todo el mundo, la maldad humana (el pecado) ha estado estrechamente vinculada a experiencias de dolor, discapacidad, lesiones y enfermedad. Las enfermedades mentales no han sido ajenas a este patrón, como tampoco lo ha sido el abuso adictivo de sustancias. Ha habido una pauta como la que encontramos en los discípulos de Jesús cuando consideran al ciego de nacimiento: “Rabí, ¿quién pecó, este hombre o sus padres, para que naciera ciego?” (Juan 9:2). Jesús afirma claramente que no es así.

Las enfermedades mentales, al igual que las enfermedades físicas, no son un castigo de Dios, un reto de Dios para el crecimiento personal ni una atención especial de Dios a una persona.

Hay mucho daño social y lesiones internas que las personas con enfermedades mentales y otros problemas de salud mental han experimentado en la Iglesia, derivados de la percepción de la conexión entre el pecado y la enfermedad de todo tipo. Esta conexión tiene algunas raíces en las Escrituras, por ejemplo en el Salmo 39:1, Génesis 3 o 1 Corintios. 11. Pero hay formas en que esta conexión ha llevado a la estigmatización de individuos, familias, comunidades enteras y naciones y razas enteras, contribuyendo así a los problemas de la opresión internalizada y los traumas intergeneracionales no abordados. Como seguidores de Jesús, creemos que hay pecado y mal en el mundo, y que el rechazo activo o la distorsión de la voluntad de Dios en el mundo en pensamiento, palabra y obra es real y tiene consecuencias reales. La santidad de la creación en su rica diversidad nos ofrece una gran amplitud de expresión en la vida humana, y existen límites.

Al mismo tiempo, seguimos arraigados en una comprensión mucho más completa de la naturaleza de Dios, la humanidad, el pecado y la bondad última de la creación. Seguimos aprendiendo y viendo cómo algunos supuestos teológicos a lo largo de los siglos han estigmatizado y disminuido a diferentes razas, culturas y clases de personas, así como a diferentes capas de la experiencia humana, creando falsas asociaciones con el pecado donde no las hay. Nuestra teología más honesta y rigurosa, en fidelidad a Cristo Jesús, cuestionará intensamente y se esforzará por corregir cualquier forma de estigmatización, minimización o marginación aplicada a grupos humanos o tipos de enfermedades humanas. Siguiendo el modelo de Jesucristo el Sanador, quien es “Dios con nosotros”, tratamos de encontrarnos con todas las personas donde están, desestigmatizar todas las formas de enfermedad, en particular las enfermedades mentales, desvincular la experiencia de la enfermedad de la del pecado, e incluir radicalmente a todas las personas de la Iglesia como miembros plenos y completos e hijos amados de Dios, como se prometió en el bautismo.

En nuestro Pacto bautismal, prometemos respetar la dignidad y el valor de todos los seres humanos. Debemos reconocer que la salud mental es parte integrante del florecimiento de cada individuo. La Iglesia Episcopal reconoce la importancia de los enfoques espirituales y médicos para abordar los problemas de salud mental. Esto significa que se anima a las personas a buscar intervenciones médicas y terapéuticas adecuadas junto con apoyo espiritual y atención pastoral.

La Iglesia lleva mucho tiempo haciendo hincapié en los principios de compasión, aceptación e inclusión. En el ámbito de la salud mental, esto incluye la creación de un entorno de apoyo en el que las personas con problemas de salud mental sean acogidas sin juicios ni estigmas. El clero y los laicos de las comunidades religiosas pueden ofrecer juntos apoyo, atención y aliento a quienes luchan contra problemas de salud mental, fomentando y facilitando ayuda en forma de recursos médicos, terapéuticos, sociales y relacionales, y fomentando la asistencia y el trato justo cuando sea necesario.

La Iglesia fomenta las prácticas espirituales dentro de nuestra tradición, como la oración, la meditación y la participación en los sacramentos, como ayudas para el bienestar mental, emocional, físico, relacional y espiritual de todas las personas. Rara vez bastan por sí solas para lograr la “curación”; se necesita más ayuda y apoyo de los profesionales de la medicina y la salud mental, los servicios sociales y las comunidades asistenciales más amplias.

La inclusión conlleva la disposición a estar con personas que experimentan problemas de salud y angustia mentales. Pero la inclusión y el cuidado de los individuos coincide con el cuidado de la comunidad de fe en su conjunto. La seguridad y la salud de la comunidad marcan importantes límites a nuestra conducta, nuestras acciones y nuestras palabras. La claridad en una comunidad religiosa acerca de esos límites exteriores puede contribuir a facilitar una seguridad en la que haya libertad para toda una gama de expresiones humanas. Hay ejemplos en la historia cristiana de límites excesivamente restrictivos en algunas comunidades de fe, y otros ejemplos de comunidades de fe excesivamente abiertas (y quizá ingenuamente) sin límites claramente establecidos.

La consecución de estos objetivos exigirá el examen de nuestros prejuicios internos, tanto individuales como sistémicos, en el ámbito de la enfermedad y la salud, y en particular de la salud y las enfermedades mentales, del mismo modo que seguimos haciendo frente a los prejuicios raciales, socioeconómicos y LGBTQI2S+. La deconstrucción de estos prejuicios requiere que desaprendamos lo que pueden haber sido hábitos durante mucho tiempo (como el uso de frases como “¿No es una locura?”) y que aprendamos y practiquemos nuevos patrones (como ajustar el lenguaje para decir “¿No es sorprendente?”).

Este plan de estudios destinado a lograr dicha reorientación profundiza en varios ámbitos.

Los presbíteros, diáconos y obispos episcopales leerán, examinarán, debatirán e interiorizarán los marcos teológicos que guían sus encuentros pastorales con personas que se enfrentan a los retos de la ansiedad, la depresión, el abuso de sustancias, la psicosis y los mensajes interiorizados de autolesión. Aprenderán a distinguir los recursos y puntos de vista útiles de los que no lo son, con el fin de abordar los distintos problemas de salud mental.

Enmarcada en todo el plan de estudios y entretejida en todos los segmentos del mismo, esta perspectiva fundamental se subraya y reafirma constantemente:

Dios nos ama con un amor eterno que es tan imparcial como eterno. Dios está siempre presente, más cerca de nosotros que nuestro próximo aliento. Como Dios está presente para nosotros, Dios confía en que nosotros estemos presentes unos con otros. No es voluntad de Dios que la gente enferme física o

mentalmente. Las enfermedades mentales no son una acusación contra la fe ni la bondad inherente de una persona. Las enfermedades mentales no son una forma de castigo divino. Dios está con nosotros y conoce nuestro sufrimiento y nuestra lucha. No estamos solos.

Esta perspectiva no solo se demuestra en las palabras, la oración o la liturgia. Esta perspectiva se demuestra a través de nuestras acciones con quienes se encuentran en la encrucijada de las enfermedades mentales y los problemas de salud mental. En las Bienaventuranzas (Mateo 5) y en su gran declaración en la sinagoga mientras leía a Isaías (Lucas 4), Jesús abraza y nos llama a abrazar el llamado de Dios a estar con todos los que experimentan alguna discapacidad, opresión o pérdida, para llevar buenas noticias y señalar caminos de vida plena. Como Dios está presente, nosotros debemos estar presentes. Como Dios es misericordioso, nosotros debemos ser misericordiosos. El amor de Dios se demuestra a través de nuestra presencia, y de cómo estamos presentes, con las personas necesitadas y angustiadas.

Una parte crucial del aprendizaje del ministerio sobre salud mental es cómo igualar adecuadamente los recursos y las prácticas espirituales con los diferentes retos de la salud mental y las situaciones de enfermedades mentales de manera que se fortalezca la salud y se reoriente el enfoque, y cómo evitar prácticas espirituales y recursos teológicos inadecuados o desajustados que acaban contribuyendo a los síntomas o a las respuestas negativas. A modo de guía, estas ideas basadas en la investigación sobre las repercusiones positivas y negativas de la espiritualidad en la salud mental (resumidas en WebMD) proporcionan un marco de partida para evaluar la adecuación de la práctica espiritual a los problemas de salud mental (<https://www.webmd.com/balance/how-spirituality-affects-mental-health>):

Efectos positivos de la espiritualidad:

- Una mayor sensación de paz, propósito, significado y esperanza.
- Mejora de la confianza, la autoestima y el autocontrol.
- Dar un mejor sentido a las propias experiencias vitales.
- Cuando no se está bien, la espiritualidad puede ayudar a encontrar y sentir la fuerza interior, lo que se traduce en una recuperación más rápida.
- Para una comunidad espiritual: mayor apoyo para la persona, mayor confianza para la comunidad.
- Esfuerzos para mejorar y fortalecer las relaciones con uno mismo y con los demás.

Efectos negativos de la espiritualidad:

- Posibilidad de que se aprovechen de uno, cuando es emocionalmente vulnerable.
- Cuando son emocionalmente vulnerables, son susceptibles de ser empujados a actividades poco saludables.
- Posibilidad de mezclar historias y enseñanzas religiosas con ideas delirantes sobre el poder o el castigo.
- Potencial para derivar hacia el pensamiento mágico o ser atraído por él.

III. Entre los recursos fundamentales para este trabajo figuran los siguientes:

The Bible and Mental Health: Towards a Biblical Theology of Mental Health, editado por Christopher C H Cook e Isabelle Hamley, reenvío de Justin Welby, 2020 – una rica colección de útiles ensayos presentados en una conferencia en el Palacio de Lambeth en 2019.

Grace for the Afflicted: A Clinical and Biblical Perspective on Mental Illness, por Matthew S. Stanford, 2017. Un cuidadoso examen bíblico y científico de la salud y las enfermedades mentales por un

erudito del mundo evangélico de la fe cristiana, como un camino correctivo para las personas a las que se les ha enseñado y han interiorizado perspectivas teológicas que son negativas y dañinas.

Black Mental Health Matters: The Ultimate Guide for Mental Health Awareness in the Black Community, por Aaren Snyder, 2020

Theology vs Psychology: Understanding Mental Illness and Coping with its Presence in the Black American Church, por Frederick D. D. Woods y Jerrod Smith, 2020.

The Joy of the Disinherited: Essays on Trauma, Oppression, and Black Mental Health, por Kevin Dedner, narrado por Jeff "Giovanni" Flanigan, audiolibro 2022.

Toward a Theology of Psychological Disorder, de Marcia Webb, prólogo de John Swinton, 2017.

Healing the Soul Wound: Trauma-Informed Counseling for Indigenous Communities, por Eduardo Duran, reenvío de Allen E. Ivey, narrado por Kaipo Schwab, audiolibro 2019.

Mental Health Ministry Resources, por Carole J. Wills, 2010. Bibliografía comentada de libros, artículos y videos para uso de las comunidades religiosas. Este documento se ofrece por cortesía de la Guía de Recursos de la Congregación: www.congregationalresources.org. https://inmi.us/wp-content/uploads/2017/04/congregational_resource_guide.pdf.

Spirituality and mental health, por Abraham Verghese, *Indian Journal of Psychiatry*, 2008 Oct-Dic; 50(4): 233–237. Perspectivas de un psiquiatra indio sobre la necesidad de una mejora continua en el campo de la psiquiatría para abordar, dar espacio, honrar y tratar como recurso las perspectivas y prácticas religiosas y espirituales de las personas con enfermedades mentales. El artículo ofrece valiosas recomendaciones. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2755140/>.

Religious Practices and Spiritual Well-Being of Schizophrenia: Muslim Perspective, por K. Irawati et al., *Psychology Research and Behavior Management*, marzo de 2023(16), 739-748. Disponible en Creative Commons a través de Dove Medical Press. Una perspectiva importante sobre el valor de la práctica espiritual para los musulmanes adultos indonesios con esquizofrenia, a quienes el Islam suele prohibir las prácticas espirituales comunitarias. <https://www.dovepress.com/religious-practices-and-spiritual-well-being-of-schizophrenia-muslim-p-peer-reviewed-fulltext-article-PRBM>.

Dictionary of Pastoral Care and Counseling, editado por Rodney Hunter y otros, Abingdon Press, 1990/2005 -- este compendio ofrece una visión del arte de la atención pastoral, el apoyo y el asesoramiento en relación con las distintas comunidades, etapas de la vida y condiciones de vida y salud.

Clergy as a frontline mental health service: a UK survey of medical practitioners and clergy, por William Heseltine-Carp y Matthew Hoskins, en *General Psychiatry*, 33(6), 2020 - en este estudio sobre el clero y las remisiones de profesionales de la salud mental en Gales, hay ideas sobre la necesidad de aumentar la conciencia del clero y el reconocimiento de los problemas de salud mental, así como el aumento de la aptitud de la atención pastoral y la creación de asociaciones por parte del clero para que las derivaciones de profesionales de la salud mental al clero puedan aumentar: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7590374/>

IV. Atención pastoral y espiritual individual y discernimiento de las preocupaciones

Los clérigos se encuentran con muchas personas que enfrentan problemas de salud mental y luchan contra las enfermedades mentales. Incluso en esta época de creciente disminución de la afiliación religiosa, el clero sigue siendo un importante primer punto de contacto y asesoramiento para las personas en apuros. En Estados Unidos, el 40% de las personas que se enfrentan a problemas de salud mental buscan consejo, apoyo y orientación en el clero, más que en psicólogos y psiquiatras.⁴ En muchos otros países, este patrón es aún más pronunciado. Es un alivio saber que la inmensa mayoría de los clérigos (80% a 90%) derivan a las personas a profesionales de la salud mental, y son especialmente buenos derivando a personas en crisis o con psicosis. De este modo, los clérigos están funcionando bien como puertas de entrada a la atención de salud mental en lugar de como guardianes. Sin embargo, los clérigos están menos seguros sobre el proceso de derivación de personas con problemas de salud mental no crónicos pero persistentes, como la depresión y la ansiedad.

Los problemas de salud mental se manifiestan con distintos niveles de intensidad y, en consecuencia, exigen distintos niveles de respuesta. El nivel de intensidad se determina evaluando el nivel de impacto en la vida de una persona y en su familia, hogar y comunidad circundante. Los problemas de salud mental pueden variar en intensidad, desde situaciones agudas que exigen una intervención inmediata hasta afecciones continuas que requieren apoyo y gestión permanentes. Además, los problemas de salud mental de reciente aparición o las crisis situacionales más breves pueden requerir una respuesta adaptada. Así, primero se evalúa rápidamente si una persona está en peligro de suicidio, autolesión o daño a terceros. A continuación, en un nivel amplio de evaluación, se intenta discernir si una persona está experimentando una crisis, una afección en curso, un nuevo surgimiento o una respuesta situacional a corto plazo.

Los distintos niveles de respuesta incluyen la intervención, el acompañamiento, el apoyo, la integración y el crecimiento. Independientemente del nivel de respuesta, es importante comunicar un profundo respeto por la dignidad de la persona y ofrecerle una sensación continua de autonomía y capacidad de elección adecuadas en los siguientes pasos que se den. Las intervenciones suelen ser necesarias cuando se trata de crisis de salud mental de gran intensidad. Esto implica hacer frente rápidamente a la situación mediante respuestas inmediatas y específicas para garantizar la seguridad y una asistencia rápida. Esto puede incluir líneas directas de crisis, servicios de emergencia informados sobre salud mental u hospitalización en caso necesario. Durante este nivel de respuesta se hace hincapié en la estabilización y la prevención de daños mayores.

En situaciones en las que los problemas de salud mental son continuos, el acompañamiento es una respuesta crucial y primaria para apoyar a las personas con trastornos mentales persistentes. El acompañamiento (junto con la preparación para la intervención) es el núcleo del enfoque que se enseña en Primeros Auxilios para la Salud Mental, y consiste en acercarse a alguien y estar presente con él, escucharle de forma que se reconozca la intensidad de su experiencia, proporcionarle apoyo e información útil sin dar consejos, animarle a buscar apoyo y ayuda de profesionales y familiares o amigos, y ayudarle a navegar por las complejidades de su proceso de salud mental. El acompañamiento sostenido puede implicar visitas periódicas, ayuda para ponerse en contacto con terapeutas y profesionales médicos, pasar tiempo juntos o ayudar a conectar con otras redes sociales de personas.

El apoyo es un nivel de respuesta inestimable, independientemente de la intensidad del problema de salud mental. Un entorno de apoyo en el que las personas se sientan seguras y valoradas puede fomentar la curación y el crecimiento. Esto puede implicar el fomento de redes de apoyo de seres queridos, compañeros

o grupos de apoyo que ofrezcan comprensión, empatía y orientación. El clero puede ayudar a conformar la cultura de las comunidades religiosas de forma que se fomente el apoyo, lo que incluye la apertura y la normalización de las conversaciones sobre los problemas de salud mental y física, la participación de las personas en las actividades cotidianas y especiales, y la conversación sobre las actividades y acontecimientos típicos de la vida. El apoyo también puede consistir en animar a las personas a “seguir adelante” con la terapia, el manejo de la medicación y otras formas de ayuda profesional.

La integración es crucial para ayudar a las personas que enfrentan problemas de salud mental a volver, o retomar, sus actividades y pautas vitales normales, lo que contribuye a sostenerlas y fortalecerlas. Se trata de animar y ayudar a las personas a encontrar formas de llevar una vida satisfactoria y con sentido a pesar de sus problemas de salud mental. La integración puede incluir la identificación de puntos fuertes, el fomento de la resiliencia, la reconstrucción de las rutinas diarias y la búsqueda de estrategias para manejar los síntomas de forma eficaz. Esto incluirá establecer o restablecer patrones saludables de alimentación, ejercicio y sueño; trabajar, ofrecerse como voluntario u ofrecer de otro modo habilidades y talentos; encontrar actividades que nutran emocional y relacionalmente; y participar en prácticas espirituales.

Por último, el crecimiento puede considerarse un objetivo a largo plazo para las personas que se enfrentan a problemas de salud mental. Fomentar el crecimiento personal implica capacitar a las personas para que comprendan y asuman sus experiencias, identifiquen las áreas de crecimiento y den pasos hacia un mayor desarrollo personal. En el contexto de una comunidad de fe, esto puede ser una parte importante de la normalización y desestigmatización de la experiencia de las enfermedades mentales, ya que el crecimiento continuo es una invitación para todas las personas de fe, y se compromete y fomenta conjuntamente en la comunidad. El crecimiento también forma parte del trabajo continuo de la terapia, y es probable que forme parte de conversaciones y consultas individuales con clérigos y líderes laicos individuales. Las personas pueden encontrar un crecimiento significativo a través del aprendizaje, la capacitación, el desarrollo de nuevas habilidades, una regla de vida, o entrando en ministerios de apoyo, cuidado y fomento de los demás.

Este plan de estudios proporciona al clero y a los principales líderes laicos una mayor comprensión de las señales y síntomas de las diversas formas de enfermedades mentales, junto con algunas directrices para las formas más útiles de interacción con cada una de ellas. El plan de estudios se basa en recursos relativos a respuestas útiles y vías de curación para las personas que se enfrentan a la psicosis, que se enfrentan a patrones de abuso de sustancias, que buscan recuperarse de un trauma, que tienen trastornos emocionales o que se enfrentan a otros problemas de salud mental. Estas directrices ayudarán al clero a evitar un lenguaje involuntariamente simplista, estigmatizante o inquietante que puede producirse si se pasa por alto la complejidad de los problemas de salud mental.

Reconociendo la interconexión de la mente, el cuerpo y el espíritu, el clero episcopal y los líderes espirituales navegan entre el énfasis apropiado en los asuntos espirituales a través de la atención pastoral y la orientación espiritual y los recordatorios apropiados sobre el valor de los recursos médicos y científicos para obtener ayuda de los profesionales de la salud mental. Este equilibrio garantiza un enfoque holístico que aborda tanto los aspectos espirituales como prácticos de la atención a la salud mental.

Se fomenta la colaboración con profesionales de la salud mental, pero solo se hace cuando se obtiene el consentimiento de la persona para tal conversación (o cuando la amenaza de lesión, daño o suicidio requiere atención inmediata independientemente de la elección). Se recomienda encarecidamente obtener una autorización firmada antes de ponerse en contacto con un profesional médico. Al trabajar juntos, los

proveedores de atención pastoral y espiritual pueden apoyar a las personas en su camino hacia el bienestar mental, asegurando un enfoque integral que reconozca la importancia tanto de la fe como de la ciencia en la atención de la salud mental dentro de la Iglesia Episcopal.

Los “Primeros Auxilios Espirituales” son un proceso similar a los Primeros Auxilios para la Salud Mental que ofrece directrices similares sobre las formas de escuchar, acompañar y responder a los tipos de retos a los que se enfrenta una persona en apuros. Este recurso, desarrollado por el psicólogo J.D. Aten como parte del Instituto Humanitario de Desastres del Wheaton College (2020), puede ser útil como base para los equipos de atención pastoral y los miembros de la comunidad religiosa en general. Basándose en un ciclo de pasos básicos de la presencia— Atender, Preguntar, Actuar y Repetir— “Primeros auxilios espirituales” hace hincapié en el acceso a las siguientes herramientas que tenemos a nuestra disposición.

- Escucha activa: presencia plena y espacio para escuchar sin juzgar, reflejando lo que se oye.
- Empatía y validación: reconocer respetuosamente los sentimientos y experiencias de los demás. No es necesario (ni conveniente) afirmar que el relato de los hechos y realidades de la persona es real, pero es importante reconocer el dolor, las luchas y las dificultades de la experiencia.
- Oración y meditación: si es apropiado y bienvenido, ofrézcase a rezar o a dedicar un momento a la contemplación en silencio y a centrarse juntos en la conexión con Dios, la paz interior y la fe renovada.
- Remisiones: cuando las necesidades de la persona vayan más allá del apoyo espiritual o requieran ayuda profesional, anime y ofrezca derivaciones adecuadas a profesionales de la salud mental, consejeros u otros recursos. Si la situación es de crisis, puede que tengas que hacer tú las llamadas, incluidos los servicios de emergencia.
- Escrituras y textos sagrados: según proceda, ofrezca escrituras o textos sagrados relevantes que puedan sugerir suavemente caminos y abrir puertas de reconocimiento, consuelo, inspiración y orientación.
- Aseoramiento espiritual: no suele ofrecerse en una situación de crisis o empeoramiento de los síntomas, y solo debe utilizarse con precaución con personas que experimenten delirios. Una vez que la persona está más calmada y centrada, con el paso de un tiempo y un espacio tranquilos, puede ser útil invitarla a un debate compartido sobre la fe, el propósito y la integración de la espiritualidad con la vida.
- Fomentar la comunidad: destaca la importancia de la comunidad y de la participación en reuniones con otras personas (incluida la comunidad religiosa). Anime a la persona a ponerse en contacto con amigos, familiares o miembros de la comunidad que le ofrezcan apoyo, ánimo y pertenencia.
- Autocuidado: recuerde a la persona los posibles recursos para el autocuidado, preguntándole qué hace para cuidar su salud. Anime a las personas a participar en actividades que nutran su mente, cuerpo y alma, y a practicar la autocompasión en los momentos difíciles.

“Primeros auxilios espirituales” utiliza el acrónimo BLESS para organizar un marco de evaluación e intervención, ayuda humilde y presencia práctica. BLESS representa la primera letra en inglés de cada una de las cinco necesidades básicas (pertenencia, sustento, emocional, seguridad y espiritual) que aborda Primeros Auxilios Espirituales.

Pertenencia (Belonging) - Llegar activamente a las personas aisladas o desconectadas, invitarlas a la comunidad.

Subsistencia (Livelihood) - Comprobación del empleo y los ingresos que afectan a la calidad de vida y la satisfacción de las necesidades.

Emocional (Emotional) - Cultivar una cultura de apoyo y apertura para que la gente pueda compartir emociones y buscar ayuda.

Seguridad (Safety) - Establecer límites y expectativas claros para garantizar la seguridad emocional y física de todos los miembros, incluido el clero. Fomente la comunicación abierta a la hora de abordar posibles problemas.

Espiritual (Spiritual) - Ayudar a las personas que enfrentan retos fomentando su fe y ofreciendo orientación espiritual.

Utilizar el enfoque BLESS para evaluar y abordar las necesidades básicas insatisfechas

Las 5 necesidades básicas	Evaluar las necesidades básicas		Intervenir para abordar las principales necesidades básicas insatisfechas	
	Asistir <i>(Qué observar)</i>	Preguntar <i>(Qué explorar, priorizar)</i>	Actuar <i>(Qué hacer)</i>	Y repetir <i>(Si se justifica)</i>
B = Pertenencia	Relaciones	Preguntas sociales	Proporcionar apoyo espiritual	<i>Abordar las necesidades básicas insatisfechas</i>
L = Subsistencia	Salud y finanzas	Preguntas sobre recursos	Conectarse a Recursos Sociales y Médicos	<i>Abordar necesidades básicas insatisfechas</i>
E = Emocional	Salud Mental	Preguntas de Bienestar	Facilitar el lamento	<i>Abordar necesidades básicas insatisfechas</i>
S = Seguridad	Señales de alerta (indicios de haber experimentado violencia, autolesiones o pensamientos suicidas)	Preguntas de Evaluación de Amenazas y Daños	Remitir e Informar	<i>Abordar Necesidades Básicas Insatisfechas</i>
S = Espiritual	Creación de Sentido y Conductas Religiosas	Dificultades Espirituales, Cuestiones Finales (p.ej., la vida y la muerte)	Fomentar el Enfrentamiento con Ayuda Espiritual	<i>Abordar Necesidades Básicas Secundarias Insatisfechas</i>

Extraído de Aten, J. D., Shannonhouse, L, Davis, D. E., Davis, E. B., Hook, J. N., Van Tongeren, D. R., Hwang, J., McElroy- Heltzel, S. E., Schrubba, A., Annan, K., Mize., M.C. (2020). Spiritual first aid: A step-by-step disaster spiritual and emotional care manual (edición de COVID-19). Wheaton, IL: Humanitarian Disaster Institute.

Entre los recursos fundamentales para esta sección y la siguiente figuran los siguientes:

The Skilled Pastor: Counseling as the Practice of Theology, por Charles Taylor, Fortress Press, 1991 – un fundamento sólido para la atención pastoral básica que se basa en ideas fundamentales de la terapia cognitivo-conductual y prepara a las personas para enfrentarse a emociones intensas como la ira, la culpa, el miedo y la tristeza.

The Guide to Pastoral Counseling and Care, por Gary Ahlskog y Harry Sands, Psychosocial Press, 2000 – dos capítulos de este libro son particularmente útiles para trazar interacciones útiles para el clero con personas que experimentan diferentes tipos de angustia de salud mental.

Trauma and Recovery, por Judith Herman, Basic Books, 1997 – recurso fundamental para la comprensión del trauma y las vías de curación.

The Body Remembers: The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment, por Babette Rothschild, Norton & Company, 2000 – un enfoque sensible para ayudar a las personas en el largo camino de la recuperación del trauma, con énfasis en los pequeños pasos, el respeto del espacio seguro necesario y la lectura holística de las señales.

A Resource Booklet for Mental Health and the Spirit, por el Grupo de Trabajo sobre Salud Mental del Sindicato de Episcopales Negros, julio de 2023, <https://files.constantcontact.com/8a37aef2101/b03dcd12-22bd-4938-af47-2f869f66e017.pdf> – un recurso muy útil para los miembros y líderes de las comunidades religiosas a la hora de reconocer y responder a las señales y síntomas emocionales relacionados con los problemas de salud mental, en particular nombrando las realidades de la ansiedad, la depresión, la ira, el duelo y la pérdida, y el trauma en las comunidades negras.

Mental Health: A Guide for Faith Leaders, por la Fundación de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense, 2018, https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Cultural-Competency/Mental_Health_Guide_Tool_Kit_2018.pdf – una útil introducción a la salud mental y la enfermedad, y una guía para que los líderes religiosos incluyan a las personas con enfermedades mentales y apoyen los tratamientos de salud mental.

Para el clero: The Caring Clergy Project, en el sitio web de la Interfaith Network on Mental Illness, <https://inmi.us/for-clergy/> – esta página web ofrece un portal de videos instructivos, herramientas y recursos para el ministerio individual y congregacional con personas con enfermedades mentales.

Compassion in Action: A Guide for Faith Communities Serving People Experiencing Mental Illness and Their Caregivers, por el Partnership Center: Center for Faith and Opportunity Initiatives, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., julio de 2020, <https://www.hhs.gov/sites/default/files/compassion-in-action.pdf> – una guía útil recopilada con personas que trabajan con comunidades religiosas sobre las mejores y más solidarias respuestas a las personas con enfermedades mentales, que proporciona una hoja de ruta utilizando siete principios de compasión en acción que enfocan la atención y la perspectiva en la dignidad inherente, la enfermedad (no el pecado), el cuidador, la asistencia profesional, el tratamiento y la medicación, la complejidad y la esperanza.

You Are Not Alone: The NAMI Guide to Navigating Mental Health, por Ken Duckworth y NAMI, 2022 – una ayuda directa para individuos y familias que descubren y maniobran a través del campo de los servicios de salud mental.

V. Atención pastoral y espiritual a la familia y al cuidador, y discernimiento de las preocupaciones

Además de la atención, el apoyo, la remisión y el fomento de las personas con problemas de salud mental, el clero y los líderes espirituales de las comunidades religiosas también proporcionan atención pastoral y espiritual a las familias y cuidadores de personas con problemas de salud mental. Además de las conexiones individuales de apoyo y cuidado, está la construcción de la capacidad de una comunidad religiosa para proporcionar conexión, cuidado y acompañamiento que ayude a las familias y a los cuidadores.

Niveles de preocupación y respuesta. Los niveles de intensidad de las crisis de salud mental o los problemas de salud mental en curso afectan directamente a la familia, los cuidadores y los amigos. Una crisis grave, sobre todo si es la primera vez, puede abrumar a las personas cercanas con ansiedad, confusión y miedo, a los que pueden seguir sentimientos de culpa, dudas, ira, dolor y otras emociones intensas. Cuando se convive, se cuida o se asiste a una persona con una enfermedad mental persistente, puede surgir la tentación de “hacerlo solo” y ser la fuente de todo lo que la persona necesita; existen retos a la hora de aprender a diferenciar entre ayudar y permitir, y cómo encontrar a otras personas como apoyos confiables. Cuando un familiar o cuidador se enfrenta por primera vez a un problema de salud mental de un ser querido, no solo tiene que enfrentarse a su propia incredulidad, sino también a una serie de servicios de salud mental y grupos de apoyo aún desconocidos que debe descubrir y aprender a manejar. A largo plazo, como ocurre con cualquier otro cuidado, puede haber cansancio y agotamiento, acompañados de culpa y frustración por sentirse agotado. Hay ciclos de esperanza y de pérdida de esperanza, de alegría y de angustia, de alivio y de vigilancia vigilante.

Al igual que ocurre con las personas que experimentan diferentes niveles de intensidad y duración en sus propios problemas de salud mental, existen diferentes niveles adecuados de respuesta con la familia, los cuidadores y los amigos. Las crisis y las enfermedades mentales de reciente aparición pueden requerir una intervención para ayudar a la familia y a los cuidadores a encontrar recursos y desarrollar nuevas habilidades y hábitos, así como para proporcionar cuidados y asistencia en la vida diaria a la familia y a los cuidadores mientras dedican sus energías a abordar la crisis en cuestión. A medida que pasa el tiempo, el acompañamiento constante proporciona a la familia y a los cuidadores una sensación de fortaleza y cuidado circundantes, y les ayuda a protegerse contra el desarrollo del hábito de “hacerlo solo”. El apoyo continuo adopta muchas formas: conversación, ayuda con las tareas domésticas (como cortar el césped o hacer la compra), introducción a grupos de apoyo y a otras personas que se enfrentan a los mismos retos, y relevo temporal en el papel de cuidador. El trabajo más largo de integración se produce cuando la familia y los cuidadores se adaptan a un nuevo modelo de vida y empiezan a entretener una nueva realidad en sus modelos de vida y su autocomprensión. Este es un espacio para conversaciones importantes, escucha profunda, atención pastoral y orientación, y para recibir el testimonio de otros que están más avanzados en este camino. El crecimiento sigue siendo una importante vía abierta para la familia y los cuidadores, a medida que incorporan su experiencia y su nuevo aprendizaje a su identidad, y a medida que buscan y encuentran espacios para que sus propias vidas florezcan, tanto con su ser querido que se enfrenta a retos de salud mental, como independientes como ellos mismos de formas distintas a su papel. El clero y la

comunidad religiosa pueden ofrecer esas oportunidades de crecimiento y mantener conversaciones que abran esa posibilidad.

El plan de estudios proporciona ejemplos e invita a relatar historias que ayudan a reforzar las capacidades del clero y de los líderes espirituales para evaluar e identificar signos e indicadores que les ayuden a discernir los niveles y formas de respuesta adecuados. El plan de estudios también hace hincapié en la importancia permanente de la presencia compasiva y sin prejuicios con las familias y los cuidadores, con la práctica dedicada de la escucha activa y el ofrecimiento de ánimo e información sin pasar al asesoramiento o la resolución de problemas. Las herramientas y las mejores prácticas ayudan al clero y a los líderes espirituales a reforzar sus habilidades para elegir respuestas útiles, identificar necesidades específicas y vías de ayuda, reconocer y debatir abiertamente las realidades y los retos a los que se enfrentan, ofrecer información y conexión de recursos que ayuden a abordar el estrés y fomenten el bienestar, fomentar las prácticas de autocuidado, remitir para su propio cuidado de la salud mental y física, ayudar a familiarizarse con los recursos para la persona a su cargo, e introducir a las redes en la comunidad religiosa y la comunidad en general. El aprendizaje y la práctica de estas habilidades también requiere que el clero y los líderes espirituales se familiaricen con los recursos y las redes de la comunidad, y fomenta el desarrollo de las capacidades de ayuda, apoyo y fomento de una comunidad religiosa.

VI. Inclusión en la comunidad de las personas con enfermedades mentales y sus familias.

La inclusión de cualquier persona en la comunidad es crucial para la salud. La “epidemia de soledad y aislamiento” de Estados Unidos, tal y como destaca el Cirujano General (2023), apunta a un problema que ha ido aumentando a lo largo de las generaciones en la vida moderna. Los seres humanos necesitamos conexión, y la salud mental y física se ven directamente afectadas por el aislamiento y la soledad. El poder curativo de la conexión es aún más pronunciado para quienes han vivido con el aislamiento que conllevan la estigmatización, la marginación y otras formas de exclusión de las relaciones y las redes sociales. Las comunidades religiosas tienen una importante labor de fomento, modelado y promoción de la inclusión y el apoyo comunitarios a las personas y sus familias que se enfrentan a problemas de salud mental.

Desmantelar el estigma es un primer paso esencial. El estigma puede surgir en todo tipo de espacios sociales y relacionales, como grupos públicos y cívicos, lugares de trabajo y escuelas, familias, barrios y mercados, comunidades religiosas y dentro de uno mismo. Para hacer frente al estigma y cambiar los patrones estigmatizantes de conducta, discurso y pensamiento, la educación es primordial. Los talleres, las presentaciones y las campañas de concientización son herramientas fundamentales para educar a la comunidad sobre la salud mental y los retos a los que se enfrentan las personas y las familias. Los programas de capacitación de Primeros Auxilios para la Salud Mental (Mental Health First Aid) y la Alianza Nacional para las Enfermedades Mentales (National Alliance on Mental Illness, NAMI) son dos recursos fundamentales. Las historias personales compartidas por individuos, familiares y colegas de la comunidad humanizan la experiencia de las enfermedades mentales, cuestionan las ideas erróneas y fomentan la empatía y la comprensión. Las comunidades religiosas que aprenden a deconstruir el estigma y a cambiar sus patrones para ampliar el respeto a la dignidad de cada persona pueden convertirse en ejemplos y recursos educativos al modelar, practicar y enseñar la aceptación, la compasión y la inclusión.

Un segundo paso crucial es abordar las barreras a la inclusión que puedan existir a nivel interpersonal y estructural. Las barreras interpersonales pueden abordarse mediante programas de educación y capacitación que incluyan las mejores prácticas para el clero, los líderes y los miembros de la comunidad. Esto ayuda a las personas a desarrollar habilidades para acercarse, escuchar y apoyar a las personas con

enfermedades mentales y a sus familias. Además, facilitar el diálogo abierto y ofrecer oportunidades para conversar sobre salud mental disipará temores, suposiciones y malentendidos. Hablar abiertamente del tema de las enfermedades mentales ayuda a eliminar el miedo irracional a “decir lo indecible”.

Las barreras estructurales, por otra parte, requieren medidas proactivas para garantizar la igualdad de acceso y participación. Las auditorías de accesibilidad pueden identificar y abordar las barreras físicas a las que se enfrentan las personas en su relación con la comunidad. Del mismo modo, las comunidades religiosas pueden evaluar sus estructuras, comunicaciones y patrones internos para detectar barreras involuntarias a las personas que luchan con problemas de salud mental. A menudo, esto incluye abordar la ausencia de lenguaje o de reconocimiento de las enfermedades mentales como una realidad humana; al igual que ocurre con el modelado individual a la hora de hablar abiertamente sobre el tema, es muy valioso para una comunidad religiosa hacer que las cuestiones de salud y enfermedades mentales y físicas formen parte de las pautas de comunicación. En la comunidad en general, los esfuerzos de fomento se dirigen a influir en las políticas y prácticas locales para mejorar la inclusión y el apoyo a las personas con enfermedades mentales.

A medida que una comunidad religiosa desarrolla pautas más saludables y positivas de inclusión, interacción y comunicación con personas con problemas de salud mental, la comunidad también debe dotarse de estrategias para hacer frente a conductas inadecuadas y para reducir la tensión con personas que experimentan una crisis de salud mental. Además de las herramientas y enfoques proporcionados a través de Primeros Auxilios para la Salud Mental, pueden ponerse en práctica otras capacitaciones y programas para proporcionar al clero, los líderes y los miembros de la comunidad las herramientas necesarias para manejar situaciones difíciles con empatía, paciencia y comprensión. La capacitación en incidentes críticos, a menudo disponible a través de la policía local o los departamentos del sheriff y las escuelas públicas, puede ayudar a una comunidad religiosa a desarrollar planes de respuesta que ayuden a desescalar situaciones volátiles y a establecer un espacio seguro.

Además de estas herramientas y prácticas para adultos, la comunidad religiosa se beneficia de la atención a las necesidades específicas de niños y jóvenes. Proporcionar orientación y recursos a padres y clérigos para explicar las enfermedades mentales a los niños ayuda a crear un entorno comprensivo y compasivo en todas las edades. Los materiales educativos, talleres y grupos de apoyo adecuados a la edad pueden proporcionar a los niños los conocimientos y el apoyo emocional que necesitan para reconocer y manejar las conductas de los que pueden ser testigos dentro de la congregación.

Los grupos de apoyo a las familias dentro de la iglesia promueven la inclusión en la comunidad. Mediante la creación de grupos de apoyo específicos para familias afectadas por enfermedades mentales, se crea un espacio seguro para compartir experiencias, ofrecer ideas y orientación, y fomentar el apoyo mutuo. Las sesiones educativas o los oradores invitados también proporcionan información valiosa, estrategias de enfrentamiento y recursos a las familias de la congregación. Una comunidad religiosa puede optar por crear un pacto similar a la iniciativa WISE Congregations de la Iglesia Unida de Cristo, con el fin de establecer normas y prácticas para ser una comunidad acogedora, integradora, solidaria y capacitadora para las personas con enfermedades mentales.

Más allá de la acogida básica, existen medidas para incluir a las personas con problemas de salud mental en el trabajo, el discipulado, el servicio, el culto y el liderazgo de la comunidad religiosa. Ello puede incluir la contratación y el nombramiento intencionados de personas con problemas de salud mental para diversas funciones que aprovechen sus dones y puntos fuertes y les permitan ampliar sus competencias.

Una comunidad religiosa no tiene por qué intentar construir sola todos los espacios de apoyo. Forjar asociaciones y conexiones con grupos de apoyo externos, como NAMI, es vital. La colaboración con organizaciones acreditadas proporciona acceso a recursos, capacitación y apoyo adicionales para las personas y las familias. Abrir el espacio de la iglesia o la escuela a estas organizaciones y redes para reuniones e iniciativas de voluntariado puede afianzar aún más el compromiso y el aprendizaje continuo de una comunidad religiosa. Estas conexiones ayudan a garantizar las derivaciones adecuadas y el acceso a la atención especializada cuando sea necesario.

El plan de estudios orienta al clero y a los líderes espirituales en la aplicación de estas diversas estrategias para que las comunidades religiosas puedan acoger y abrazar a las personas con enfermedades mentales y a sus familias, promover la inclusión en la comunidad, proporcionar apoyo y fomentar la comprensión.

Entre los recursos fundamentales para esta sección y la siguiente figuran los siguientes:

Our Epidemic of Loneliness and Isolation: The U.S. Surgeon General's Advisory on the Healing Effects of Social Connection and Community, por Vivek Murthy, Cirujano General de EE. UU., 2023 – presenta la investigación sobre la conexión social y su declive, y las consecuencias para la salud; esboza los beneficios de las comunidades conectadas socialmente y destaca los puntos fuertes que surgen de la conexión social, ofreciendo recomendaciones para reconstruir la conexión social.

Developing Welcoming, Inclusive, Supportive, and Engaged Congregations for Mental Health, resolución de la Iglesia Unida de Cristo (United Church of Christ, UCC) para WISE Congregations, 1995 – expone los argumentos a favor de que la Iglesia Unida de Cristo se enfoque en el ministerio sobre salud mental en toda la iglesia:

<http://www.moredomainsforless.com/wideningthewelcome/WISEcongregationsresolutionucc.pdf>

A WISE Congregation for Mental Health, a sample congregational covenant voted and embraced by First Congregational Church of Boulder, Colorado, 2014 – establece objetivos y prácticas específicas:

<https://drive.google.com/file/d/0BwnKh8CaRsKTNE9VYmxPVmlxSWM/view?resourcekey=0-inqJr-ghhlsLJN8e9bWYQ>

Living into a WISE Covenant, in *Becoming a WISE Congregation for Mental Health*, United Church of Christ Mental Health Network, pp. 11-13, 2019 – las páginas 11-13 trazan los pasos de acción básicos para una comunidad religiosa local:

<http://moredomainsforless.com/mhnucc/becomingaWISEcongregationformentalhealth2019ed.pdf>

Ten Steps for Developing a Mental Health Ministry in Your Congregation, por Alan Johnson y la Red Interreligiosa sobre Enfermedades Mentales, 2017 – una sólida lista de verificación de lo que una comunidad de fe local puede desarrollar para el ministerio sobre salud mental: https://inmi.us/wp-content/uploads/2017/04/10_steps_handout_10-2013.pdf

Liturgical Sources for Mental Health and Well-Being, por La Iglesia de Inglaterra – servicios de culto, lecturas bíblicas temáticas, oraciones y responsorios para su uso en comunidades religiosas:

<https://www.churchofengland.org/sites/default/files/2021-10/liturgical-resources-for-mental-health-wellbeing.pdf>

Spiritual Support Group for Mental Health and Wellness Guidelines, por miembros de la congregación de First Congregational Church de Boulder, Colorado, 2012 – ejemplo de normas de reunión,

expectativas y límites para un grupo de apoyo: <https://inmi.us/wp-content/uploads/2017/04/Spiritual-Support-Group-Guidelines-2.pdf>

Límites sanos: *Persisting in Sharing Christ's Love*, por Anabaptist Disabilities Network, 2018 – este sitio web también contiene recursos útiles para las congregaciones sobre el establecimiento de límites saludables, el trastorno de estrés postraumático, la respuesta al suicidio y la educación en salud mental: <https://www.anabaptistdisabilitiesnetwork.org/Resources/Mental-Health/Healthy-Boundaries/Pages/default.aspx>, <https://www.anabaptistdisabilitiesnetwork.org/Resources/ADNotes/Pages/Setting-Healthy-Boundaries.aspx>

Hospitality towards People with Mental Illness in the Church: a Cross-cultural Qualitative Study, por C. Lehmann et al. en *Pastoral Psychology*, 71(1), pp. 1-27, 2022 – este artículo ayuda a destacar la importancia de la hospitalidad como piedra angular de la acogida y la inclusión de las personas con enfermedades mentales, y señala las diferencias étnicas y culturales en la comprensión de cómo se ejerce la hospitalidad: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8554182/>

Dealing with Destructive Behavior, en *Becoming a Safer Congregation: A UU Guide to Effective Safety Policies and Practices*, por Kim Sweeney y Unitarian Universalist Association, 2018 – Este excelente recurso está contenido dentro de un manual que también aborda pactos de seguridad, seguridad, protocolos para tiradores activos y otros asuntos de seguridad en el ministerio y en las redes sociales: <https://www.uua.org/safe/handbook/covenant/dealing-disruptive-behavior>

Programas Educativos y de Capacitación de International Critical Incident Stress Foundation, Inc. – este sitio proporciona acceso a la inscripción en programas de aprendizaje en línea para la intervención individual y en grupo en situaciones de crisis: <https://icisf.org/education-training/>

The Pursuit of Illness for Secondary Gain, por Ruth Davidhizar, in *Health Care Supervision*, 13(1), 1994 – este artículo plantea el difícil tema de la ganancia secundaria, o ventajas positivas que surgen con los síntomas primarios de la enfermedad física o mental o los acompañan.

Otro artículo más reciente en Internet ofrece una consideración útil y compasiva de la ganancia secundaria y cómo funciona para hacer frente a la pérdida secundaria. *Secondary Gains and Trauma Treatment*, por Arielle Schwartz, del *Center for Resilience Informed Therapy*, agosto de 2017: <https://drarielleschwartz.com/secondary-gains-and-trauma-treatment-dr-arielle-schwartz/>

VII. Atención a la comunidad en equilibrio con la salud o enfermedades mentales de las personas

El cuidado de la comunidad en equilibrio con la salud mental y la enfermedad de los individuos es un aspecto importante de la vida y la salud de la Iglesia que requiere atención y consideración. Implica establecer y mantener límites claros, reconocer y abordar los problemas de salud mental, distinguir entre signos y síntomas primarios y patrones de "ganancia secundaria", desarrollar planes de acción y respuestas estándar, y abordar y debatir el impacto de cualquier crisis que pueda producirse y afectar directamente a la comunidad.

Establecer y mantener unos límites claros exige un equilibrio entre la libertad de expresión e interacción, por un lado, y el cuidado de la seguridad y el bienestar de la comunidad, por otro. Los límites no pretenden restringir, sino crear un espacio para interacciones sanas que disminuyan la ansiedad y fomenten la valentía

en la apertura y la facilidad para estar con los demás. Estos límites no tienen por qué ser excesivamente restrictivos, sino establecer parámetros de lo que se entiende como no aceptable. Unas expectativas y unos límites claramente comunicados ayudan a las personas a sentirse respetadas y valoradas como parte de una comunidad que comparte un pacto de entendimiento. Unos límites claros, afirmados mutuamente, ayudan a todos a autorregularse.

La creación de un entorno positivo, tanto para la comunidad como para las personas con problemas de salud mental, empieza por reconocer la realidad de las enfermedades mentales y los problemas de salud mental, incluidas las conductas y las interacciones que pueden crear malestar en los demás. Ignorar estas repercusiones de los problemas de salud mental solo permite que se desarrollen pautas poco útiles y que se formen frustraciones y resentimientos, ya que las pautas de conducta e interacción se convierten en el “elefante en la habitación” no reconocido. Al reconocer y debatir abiertamente conductas e interacciones difíciles específicas con *cualquier* persona, la comunidad establece una pauta de responsabilidad y preocupación con todos sus miembros, incluyendo, aunque nunca exclusivamente, a las personas con problemas de salud mental.

En relación tanto con los incidentes críticos como con otras situaciones perturbadoras, puede ser necesaria una respuesta inmediata recurriendo a la capacitación en incidentes críticos de la comunidad religiosa y al plan de acción desarrollado. La evaluación rápida exige evaluar el grado de peligrosidad del incidente o la situación. Si no es peligrosa, la situación puede ser perturbadora o profundamente ofensiva. Se trata de puntos de referencia útiles para la intervención.

Con el tiempo, algunos miembros y líderes de las comunidades religiosas pueden llegar a estar más en sintonía con las distinciones entre las señales y síntomas primarios de angustia de salud mental y los patrones de lo que se conoce como “ganancia secundaria”. Las señales y síntomas primarios son expresiones y experiencias directas de un trastorno de salud mental. La “Ganancia secundaria” es un patrón de conducta que puede surgir con algunas personas que padecen una enfermedad o discapacidad física o mental, que empiezan a buscar ventajas exagerando los síntomas de presunción de privilegio y exigiendo a los demás a causa de la enfermedad o discapacidad. Es prudente considerar tales distinciones y, sin embargo, hay situaciones en las que las personas pueden “interpretar el papel” para solicitar ayuda y desviar la responsabilidad. Si se plantea la cuestión de posibles pautas de “ganancia secundaria”, lo mejor es abordar la conversación al respecto con un espíritu de curiosidad e indagación: “¿Es algo que puedes hacer por ti mismo y quieres poder hacer por ti mismo?” Distinguir entre cuestiones primarias y secundarias ayuda a los miembros de la comunidad de apoyo a navegar por la tensión entre ayudar y permitir, y puede ayudar a reforzar la autonomía y la autodirección de una persona, incluso si esa persona puede resentirse inicialmente por la negativa a hacer algo por ella cuando puede hacerlo y lo ha hecho por sí misma o con alguna ayuda de acompañamiento.

Minimizar la propagación del impacto de ciertas conductas también es crucial para mantener el equilibrio. Algunos problemas de salud mental, como la adicción o ciertos trastornos, pueden tener un efecto dominó en la comunidad. Al aplicar estrategias para reducir el impacto negativo de estas conductas en los demás, la comunidad puede minimizar el daño potencial y promover el bienestar general.

El desarrollo de planes de acción y respuestas estándar es un enfoque proactivo para cuidar de la comunidad al tiempo que se tiene en cuenta la salud y las enfermedades mentales de las personas. Al disponer de estrategias y procedimientos predeterminados, la comunidad puede responder con eficacia y eficiencia a diversas situaciones. Esto no solo garantiza la seguridad y el apoyo a las personas afectadas

por problemas de salud mental, sino que también fomenta un sentimiento de unidad y comprensión dentro de la comunidad.

En conclusión, cuidar de la comunidad en equilibrio con la salud mental y la enfermedad de las personas requiere un enfoque polifacético que incluya establecer límites, reconocer y abordar los problemas de salud mental, distinguir entre síntomas primarios y patrones secundarios, minimizar la propagación del impacto y desarrollar planes de acción. Al dar prioridad a la salud mental y proporcionar apoyo, las comunidades pueden crear un entorno que promueva el bienestar y fomente el sentido de pertenencia de todos.

VIII. Autorreconocimiento, autorrevisión, autorrestauración, autorresiliencia, autofuerza

Cuando se trata de salud mental, puede ser demasiado fácil para el clero y los líderes espirituales descuidar su propio bienestar. Pero el cuidado de la propia salud mental es esencial para apoyar eficazmente a los demás. El cuidado y el manejo de la propia salud mental implican el autorreconocimiento y la autorrevisión continuos, momentos de autorrestauración, recursos para la autorresiliencia y la construcción de la autofortaleza.

El autorreconocimiento es la capacidad de identificar las propias necesidades, retos y pautas de salud mental. Se trata de desarrollar unos hábitos básicos de autoevaluación, parecidos a los del examen diario de los jesuitas. En el ritmo acelerado y apremiante de un clero que se desplaza y responde a múltiples presiones que compiten entre sí, este hábito de practicar el autorreconocimiento puede llegar a ser fácil de pasar por alto.

El autorreconocimiento y la autorrevisión pueden parecer cosas diferentes para diferentes personas, pero algunos signos comunes de deterioro de la salud mental que merecen atención inmediata son los siguientes:

- Sentirse abrumado, estresado o ansioso.
- Problemas para dormir o concentrarse.
- Sensación de irritabilidad o retraimiento.
- Pérdida de interés por actividades habitualmente placenteras.
- Tener pensamientos de autolesión o suicidio.

Si se manifiesta alguno de estos signos, es importante tomar medidas. La acción comienza con una conversación con alguien de confianza: un amigo, un familiar, un terapeuta, un médico o un líder religioso. Es especialmente importante buscar ayuda profesional cuando uno se siente “desbordado”, ya sea por una situación, por el trabajo, por la familia o internamente. Las redes de apoyo son inestimables en cualquier momento, pero especialmente en momentos de crisis mental. Estas redes pueden incluir amigos, familiares, colegas, personas que experimentan dificultades similares, vecinos y profesionales de la salud mental. Los clérigos no son ajenos a la necesidad de apoyo emocional, asistencia práctica y rendición de cuentas.

El repaso es el proceso de hablar y procesar experiencias difíciles. Esto es útil para el clero y los líderes espirituales en cualquier momento, como práctica preventiva y de autocuidado. Es especialmente importante para procesar experiencias intensas, acontecimientos traumáticos y experiencias de duelo acumulado, daño moral, crítica constante o autoevaluación negativa. El repaso puede hacerse de forma individual con un terapeuta, un líder religioso u otra persona de confianza, y también puede hacerse en grupos de colegas o grupos de apoyo.

Decir “no” puede ser difícil para el clero y los líderes espirituales, que a menudo se sienten obligados a ayudar a los demás. La práctica de decir “no” no solo forma parte del autocuidado, sino también de ayudar a los demás a encontrar y ejercer su propia autonomía y capacidades. Decir “no” no tiene por qué ser una forma de confrontación o desprecio; puede ser en forma de “todavía no”, “en este momento no” o “yo no”. Establecer esta pauta al principio de una posición de liderazgo es más fácil que volver a establecer pautas y expectativas más adelante. La siguiente es una lista de repaso para los clérigos que probablemente conozcan estas útiles soluciones, pero que pueden tener dificultades para ponerlas en práctica:

1. Establezca límites personales.
2. Deles prioridad a las obligaciones: con múltiples responsabilidades y obligaciones, para evitar sentirse abrumado o dispersarse demasiado, es muy valioso priorizar los compromisos y rechazar educadamente aquellos que no se ajusten a las obligaciones principales o que puedan afectar negativamente a las responsabilidades básicas.
3. Ofrezca soluciones alternativas: en lugar de rechazar de plano una solicitud, los clérigos pueden sugerir otras personas o recursos que podrían ser más adecuados.
4. Explique las limitaciones: los clérigos reconocen su humanidad explicando los límites de tiempo, recursos y experiencia, y señalando la necesidad de espacio personal o descanso.
5. Mantenga la transparencia: un “no” se recibe y se entiende cuando se explica con transparencia y respeto.

El autocuidado es cualquier actividad que realizas para cuidar de tu salud física, mental y emocional. El autocuidado no significa ser egoísta o perezoso. Se trata de dar prioridad a tus propias necesidades para poder servir mejor a los demás.

Algunos ejemplos de autocuidado incluyen:

- Dormir lo suficiente.
- Comer alimentos sanos.
- Hacer ejercicio regularmente.
- Pasar tiempo con los seres queridos.
- Practicar aficiones o actividades que le gusten.
- Desconectarse y hacer pausas en el trabajo.

El plan de estudios anima al clero y a los líderes espirituales a hacer balance de sí mismos y de sus prácticas de autocuidado, utilizando herramientas como el examen diario, un diario del tiempo y una lista de prácticas de autocuidado. Algunos ejemplos de cómo los miembros del clero pueden practicar el autorreconocimiento, la autorrevisión, la autorrestauración, la autorresiliencia y la autofortaleza cuando se ocupan de la salud mental son los siguientes:

- Autorreconocimiento: lleve un diario para registrar pensamientos y sentimientos que le ayuden a identificar patrones y desencadenantes.
- Autorrevisión: tómese un tiempo cada semana para reflexionar sobre las respuestas mentales y emocionales a lo largo de la semana.
- Autorrestauración: programe descansos regulares, comprométase a tomarse un día libre, dé un paseo, pase tiempo con sus seres queridos.
- Autorresiliencia: reforzar los mecanismos de enfrentamiento del estrés y las emociones difíciles. Haga ejercicio, medite, rece.

- Autofortaleza: construya una sólida red de apoyo que le ayude tanto en los momentos normales como en los difíciles.

IX. Respuesta al trauma de la comunidad en general

Ningún plan de estudios sobre el ministerio sobre salud mental estaría completo sin prestar atención a la cuestión del trauma, en particular el trauma comunitario. La respuesta al trauma en la comunidad en general implica atención pastoral de crisis, asistencia práctica inmediata y a más largo plazo, colaboración con otros, atención continuada de la respuesta al estrés y asociaciones para abordar cuestiones relacionadas con el trauma y el restablecimiento del bienestar, la equidad y el empoderamiento de la comunidad.

Ante un trauma comunitario, la respuesta pastoral debe ser tanto inmediata como permanente. Esto requiere contactos informativos con los primeros intervinientes y las organizaciones en contacto directo con las zonas afectadas, consultas y acuerdos sobre cómo ofrecer atención y apoyo pastoral, y concientización sobre el impacto del trauma en las personas y los grupos de la comunidad. En cooperación con otros proveedores de atención religiosa y laica, el clero y los líderes espirituales trabajan con voluntarios pastorales para proporcionar apoyo emocional y espiritual inmediato a los afectados, y desarrollar estrategias de atención pastoral continua para abordar la curación y la recuperación a largo plazo.

Antes y paralelamente a la atención pastoral está la prestación de la ayuda práctica necesaria. Los traumas comunitarios pueden estar relacionados con desastres naturales, problemas masivos de infraestructuras, otros accidentes importantes o la violencia, cada uno de los cuales deja tras de sí daños estructurales, institucionales y físicos. Basándose una vez más en el contacto informativo y la consulta cooperativa con otras organizaciones, el clero y los miembros de la comunidad religiosa trabajan para ayudar a cubrir las necesidades prácticas derivadas del trauma. La movilización inmediata y continua de recursos y voluntarios garantiza una contribución valiosa y sostenida a los esfuerzos de ayuda, socorro y recuperación. Las comunidades religiosas y su clero no deben actuar de forma aislada. La ayuda práctica se presta mejor en colaboración y de forma concertada.

Es raro que una respuesta eficaz y completa al trauma esté al alcance de una comunidad religiosa individual, y es raro que una comunidad religiosa asuma un papel de liderazgo principal en la respuesta al trauma. La humildad y la disposición a aceptar indicaciones son elementos importantes en la colaboración de una comunidad religiosa en respuesta al trauma. Conociendo los puntos fuertes y los talentos que la comunidad religiosa puede ofrecer en la situación, el clero y otros líderes pueden llegar con sugerencias sobre cómo pueden ayudar de distintas maneras. Las relaciones y asociaciones de colaboración más sólidas suelen formarse antes de las crisis: las comunidades religiosas pueden iniciar esfuerzos para crear asociaciones con grupos intereclesiales, organizaciones no gubernamentales (non-governmental organizations, NGO), organismos gubernamentales, instituciones educativas, programas médicos, servicios de protección y asociaciones vecinales. Algunas de estas asociaciones se desarrollarán rápidamente en medio de la respuesta al trauma, pero las semillas de conexión sembradas en los días previos facilitarán una respuesta coordinada más rápida.

La capacidad de respuesta de una comunidad religiosa ante un trauma se ve reforzada por su preparación y planificación. Esto incluye hacer balance de los recursos disponibles dentro de la congregación, escuela u organización que pueden utilizarse durante un suceso traumático; desarrollar planes de preparación ante desastres para responder eficazmente a posibles incidentes futuros; y establecer relaciones con organizaciones de la comunidad con antelación para reforzar el sistema de respuesta global.

La respuesta inicial a las necesidades de la comunidad llevará probablemente a reconocer la necesidad de aprendizaje y capacitación adicionales. Por ejemplo, una parroquia del este del estado de Washington vio la necesidad de cubrir el vacío existente en la provisión de refugios para personas sin hogar en climas fríos. Se trata de una importante contribución a los servicios comunitarios. Cuando el equipo de voluntarios se dedicó a esta labor, se encontró con problemas de salud mental y no estaba preparado para dar una respuesta eficaz. Entre el primer y el segundo invierno en que ofrecieron este importante ministerio, buscaron capacitación de Primeros Auxilios para la Salud Mental para reforzar sus respuestas en materia de salud mental.

A menudo, las respuestas al trauma no han sido equitativas. Las respuestas a gran escala han dejado a las personas marginadas con menos poder y recursos que antes del suceso traumático. Las comunidades religiosas episcopales, con sus clérigos y líderes espirituales, deben seguir enfocándose en promover el bienestar, la equidad y el facultamiento en los esfuerzos de respuesta al trauma, con especial preocupación por las comunidades en riesgo de ser marginadas o desatendidas. A largo plazo, las comunidades religiosas ayudan a fortalecer a sus comunidades en general y a los grupos de riesgo abordando los problemas sistémicos que contribuyen a la vulnerabilidad al trauma, trabajando por la justicia y la equidad en la comunidad, y empoderando a las personas afectadas por el trauma en sus propios procesos de curación.

Los traumas tienen efectos duraderos en las personas y las comunidades, con repercusiones que atraviesan generaciones. Este plan de estudios dota al clero y a los líderes espirituales de recursos para ayudar a las comunidades religiosas a comprender los traumas generacionales y de larga duración; las repercusiones de los traumas en el bienestar mental, emocional, físico, relacional y espiritual; y los enfoques cooperativos para romper los ciclos de trauma generacional y abrir vías de curación.

X. Establecimiento de conexiones y recursos en la propia comunidad

Este plan de estudios ayuda a los miembros y líderes de la comunidad religiosa a establecer conexiones de recursos dentro de su comunidad, identificando, aprovechando y desarrollando relaciones de trabajo con los profesionales de la salud mental, grupos de apoyo y otros recursos disponibles. Los siguientes son pasos que los líderes completan en relación con sus contextos de ministerio:

A. Identificar a los profesionales de la salud mental dentro de la comunidad religiosa.

- Invite a los miembros de la comunidad religiosa que se dedican a la salud mental a que se identifiquen.
- Facilite las conexiones entre estos profesionales y pídale que ofrezcan sus servicios y apoyo en la comunidad religiosa de forma similar al modelo de las enfermeras parroquiales.
- Establezca directrices para prácticas adecuadas de remisión y confidencialidad.

B. Identificar los recursos locales de salud pública, NAMI y otros servicios sociales y de apoyo.

- Realice una búsqueda preliminar en Internet de recursos comunitarios o acceda a listas regionales publicadas.
- Pida a los miembros que amplíen y perfeccionen esta lista y que incluyan las oficinas locales de salud pública y las sucursales de NAMI.
- Identifique grupos de apoyo, programas educativos y otros recursos ofrecidos por estas organizaciones.

- Publique y distribuya esta lista entre los miembros, publique los recursos adecuados en los sitios web de las comunidades religiosas y promueva el conocimiento de los servicios de salud mental disponibles.

C. Ampliarse más allá de los proveedores de salud mental.

- Amplíe la lista para incluir profesionales y recursos de apoyo en otras áreas de la vida en las que las personas pueden experimentar dificultades, como ayuda económica, ayuda médica y dental, transporte, ayuda laboral y servicios jurídicos.

D. Establecer y reforzar las asociaciones comunitarias.

- Reclute un equipo dentro de la comunidad religiosa para establecer relaciones y asociaciones con organizaciones comunitarias como agencias de servicios sociales, organizaciones sin fines de lucro e instituciones educativas.

- Colabore con estas organizaciones en actos de sensibilización.

- Identifique oportunidades de iniciativas conjuntas, talleres o programas de divulgación que aborden las necesidades de salud mental de la comunidad y amplíen el acceso a los recursos.

E. Establecer procesos claros de derivación y coordinación de la información.

- Desarrolle procesos de derivación claros para conectar a las personas con proveedores de salud mental y recursos de apoyo.

- Abra procedimientos para la divulgación adecuada de información entre el clero y los profesionales de la salud mental.

- Garantice la confidencialidad y la privacidad a lo largo de los procesos de derivación y coordinación.

Se pueden encontrar ejemplos de recursos útiles publicados para una diócesis en la Diócesis de Nueva Jersey(<https://njmindspirit.org/>)y en la Diócesis de Pennsylvania(<https://www.ecsphilly.org/news-events/forum2023/>).

XI. Alianza y fomento

El plan de estudios concluye con esta sección destinada a dotar a los miembros y líderes de las iglesias de los conocimientos y habilidades necesarios para participar en la creación de alianzas y en los esfuerzos de fomento en aras de la promoción de la salud mental y el bienestar, el fortalecimiento y la mejora de los servicios de salud mental en todas las comunidades, y el establecimiento de medidas y prácticas preventivas en la sociedad con el fin de reducir la incidencia de las enfermedades mentales.

A. Fomento a las personas y las familias.

El fomento individual y familiar consiste en una alianza muy directa, asistencia y préstamo de influencia y fortaleza para ayudar a personas y familias concretas a enfrentar retos, superar obstáculos y maniobrar por los laberintos de los sistemas atención de la salud, jurídicos o financieros y otros sistemas de apoyo públicos o privados. Los miembros y líderes de determinadas comunidades religiosas tendrán más habilidad para ofrecer este tipo de apoyo, y otros podrán aprender habilidades. Una parte fundamental de este fomento es la voluntad y la disposición a ser la voz y el aliado visible de quienes tienen problemas de salud mental.

Las comunidades religiosas pueden colaborar con redes como NAMI para impartir capacitación sobre técnicas de fomento eficaces con el fin de ayudar a las personas a navegar por los sistemas de salud mental, acceder a una atención adecuada y defender sus derechos y necesidades.

B. Fomento legislativo de la atención de la salud mental.

A escala regional, estatal o nacional, el fomento implica sensibilizar a legisladores y responsables políticos sobre las necesidades de salud mental de las comunidades y presionar para que se mejore la atención de salud mental. El clero y los líderes espirituales ayudan a dar forma a ese compromiso intencionado entre subconjuntos de miembros de la comunidad religiosa, ayudan a ponerlos en contacto con aliados y redes dedicadas al fomento de la salud mental, les ayudan a aprender cómo conectarse con las iniciativas legislativas actuales sobre salud mental y alientan su capacitación y aprendizaje de métodos para implicar a los funcionarios electos en esfuerzos de cabildeo escritos y más directos.

C. Respuesta a crisis y alternativas.

Un tema específico en el que participar como defensores es el de la respuesta a las crisis de los servicios de protección y el compromiso con las enfermedades mentales. La formación de grupos de vigilancia y grupos de innovadores creativos para ayudar a la policía a evaluar y mejorar sus respuestas a las emergencias de salud mental y explorar métodos y personal alternativos de respuesta a las crisis son dos ejemplos de este tipo de fomento. Dicha acción puede incluir el fomento de la implementación y financiamiento de equipos de crisis como respuesta más adecuada y compasiva a los llamados relacionados con crisis de salud mental. El clero y los líderes espirituales pueden ayudar a encontrar oportunidades de aprendizaje para los miembros de la comunidad religiosa sobre técnicas de intervención en crisis y garantizar el conocimiento de los recursos locales para emergencias de salud mental.

D. Recursos para la alianza y el fomento.

Existen múltiples organizaciones dedicadas al fomento de la salud mental, como la Oficina Episcopal de Relaciones Gubernamentales y la Red Episcopal de Políticas Públicas, la Asociación Estadounidense de Psicología y la Alianza Nacional para las Enfermedades Mentales (National Alliance on Mental Illness, NAMI). Trabajar con este tipo de organizaciones amplifica los esfuerzos de fomento en la propia comunidad, región y estado. Este plan de estudios ofrece información sobre cómo acceder a estos recursos y proporciona orientación básica para facilitar la creación de alianzas eficaces y los esfuerzos de fomento con estas organizaciones.

⁴ Heseltine-Carp, W., & Hoskins, M. (2020). Clergy as a frontline mental health service: a UK survey of medical practitioners and clergy, *General Psychiatry*, 33(6).