

# **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](http://www.congregationalresources.org). [https://inmi.us/wp-content/uploads/2017/04/congregational\\_resource\\_guide.pdf](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.<sup>4</sup> 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](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](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.

<sup>4</sup> 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).