

Informe de la Comisión sobre Discapacidad y Liderazgo

1 de marzo de 2017

Introducción

El trabajo de la Comisión sobre Discapacidad y Liderazgo surgió a partir de una crisis: la muerte de un ciclista causada por un obispo de la Iglesia Episcopal que conducía un vehículo mientras estaba impedido de sus facultades. Menos de tres meses después, la Cámara de los Obispos aprobó una resolución pidiendo al Obispo Presidente y al Presidente de la Cámara de los Diputados que designaran una comisión para “investigar las dimensiones canónicas, ambientales, de conducta y de procedimiento de asuntos que involucren la discapacidad grave de personas que fungen como líderes en la Iglesia, prestando especial atención a los problemas de la adicción y el abuso de sustancias”.

La resolución además solicitó que la comisión incluyera “a individuos con experiencia profesional o personal con diversas discapacidades, miembros de iglesias asociados en Plena Comunión y miembros de esta Iglesia”, y que su informe final incluya “recomendaciones tanto para acciones a tomar como una revisión posterior, según corresponda, a fin de aclarar las líneas de autoridad, garantizar la responsabilidad mutua y promover la justicia, el bienestar y la seguridad dentro de la Iglesia y del mundo”. (El texto completo de la resolución se encuentra en el Apéndice 1).

Esta no es la primera vez que la Iglesia ha intentado abordar [asuntos relacionados con] el alcohol, el abuso de sustancias y las discapacidades. El Apéndice 2 es un historial de resoluciones adoptadas por la Convención General entre 1979 y 2009. Las propuestas para abordar la discapacidad clerical se hicieron en la Convención General de 2009 y nuevamente en la Convención General de 2012, cuando la Comisión Permanente de Desarrollo del Ministerio presentó una resolución sobre la discapacidad clerical, proponiendo un proceso canónico del Título III en lugar de un proceso disciplinario del Título IV. El Apéndice 2 incluye un enlace a esa resolución y una declaración de la Comisión Permanente de Constitución y Cánones, que explica por qué se tomó la decisión de no presentarla como legislación para la Convención de 2015.¹

Al seguir las directrices de la resolución que establece la Comisión sobre Discapacidad y Liderazgo, hemos investigado los procesos y prácticas de selección, formación y evaluación de líderes de la iglesia y, con este informe, hacemos recomendaciones para las acciones pertinentes, incluidas intervenciones cuando es evidente que los líderes tienen alguna discapacidad.

La comisión se ha basado en investigaciones sobre la dinámica y el tratamiento de la adicción y ha estudiado los procedimientos para abordar la discapacidad dentro de las profesiones del derecho, la medicina y la aviación. La comisión también se ha basado en los recursos de la tradición

¹ A partir de enero de 2016, el número de Comisiones Permanentes de la Iglesia se ha reducido, y el trabajo de la antigua Comisión Permanente de Constitución y Cánones se ha incorporado a la nueva Comisión Permanente de Estructura, Gobierno, Constitución y Cánones.

teológica cristiana para comprender las creencias y los compromisos que subyacen a las formas de negar o abordar la discapacidad.

La tensión entre el derecho a la privacidad y la necesidad de rendir cuentas ante la Iglesia y la comunidad ha sido recurrente en el estudio de casos de discapacidades. Otra tensión que siempre aflora a la superficie ha sido el alto valor que se le da al perdón, por un lado, y la importancia de asumir la responsabilidad de las consecuencias de los comportamientos, por otro. La comisión ha observado cómo el aislamiento de los líderes y las estructuras de autoridad dentro y entre las diócesis pueden interactuar junto con la negación y la codependencia, típicas de la adicción, para impedir la identificación y el tratamiento de la discapacidad.

El no mencionar ni abordar la discapacidad de los líderes causa daños dentro y más allá del cuerpo de Cristo. Pero la comisión ha descubierto que, en muchos casos, la forma de gobierno de la Iglesia ha impedido la capacidad de la Iglesia para intervenir, evaluar y tratar a las personas con discapacidad y cuidar a la comunidad dolida.

Marco teológico y eclesial

El contexto teológico para el trabajo de la comisión es el pacto del bautismo en el cual los cristianos son bautizados en la muerte y resurrección de Jesucristo, se apartan de la antigua vida de pecado y renacen a una nueva vida en Cristo (LOC 254). En el bautismo, los cristianos son iniciados en el cuerpo de Cristo, la Iglesia (LOC 298), y se les permite vivir juntos en santidad y rectitud, encarnar al Cristo resucitado y ejercer el ministerio en el mundo. La comunidad formada por el bautismo es aquella cuyos miembros son mutuamente interdependientes (1 Corintios 12:12-13), por lo que la salud y la integridad de los miembros individuales o líderes de la comunidad están indisolublemente ligados con la salud de esa comunidad. Esta idea contrasta con aquellas formas de pensar que contraponen los “derechos” del clero a los “derechos” de la parroquia o del cuerpo cristiano. Además, refleja un aspecto importante de la economía divina con respecto a la salud y la integridad, a saber, que lo que es curativo para el individuo lo es, al mismo tiempo, para el cuerpo y viceversa.

El llamado al liderazgo por ordenación es discernido mutuamente por un candidato para el ministerio y por la iglesia dentro de la cual se forma ese candidato. Obispos, sacerdotes y diáconos prometen modelar sus vidas de acuerdo con las enseñanzas de Cristo, para que puedan ser un ejemplo moralmente sano para todas las personas (LOC 532, 544). Además, la autoridad del líder ordenado es otorgada por la comunidad de fieles, y ese líder sigue siendo responsable ante la comunidad que reconoce esa autoridad y con la que el líder ejerce su responsabilidad.

Este modelo de liderazgo comprende que la autoridad se caracteriza por la reciprocidad y que se fundamenta en la relación. Se puede distinguir de un modelo unidireccional en el que Dios otorga la autoridad a un líder para que gobierne una comunidad de una vez por todas, y ese

líder otorga autoridad a la comunidad. El liderazgo se ejerce dentro de la comunidad bautismal y es responsable ante ella. En lugar de un derecho o privilegio, un llamado al ministerio es un deber sagrado.

Además de nuestra comprensión del acontecimiento del bautismo y del pacto en el que expresamos una vida cristiana fiel, la comisión sugiere que el acontecimiento de Pentecostés sirva como ejemplo de la primacía de una comprensión comunitaria de la autoridad. En el libro de los Hechos de los Apóstoles, la unción del Espíritu Santo sobre los seguidores de Jesús fue un llamado para crear un movimiento, y finalmente la Iglesia, pero también incluyó una conciencia de un proceso para llevarlo a cabo.

El relato de Pentecostés cuenta la historia de aquellos reunidos como individuos que podían “ver y oír” (Hechos 2:33). El lector puede suponer que los primeros discípulos fueron llamados a “ver y oír” lo que se profetizó acerca de Jesús, y también a verse y escucharse mutua y sinceramente, como individuos y como comunidad, sin importar el estatus, la cultura o el idioma. Ellos comprendieron que tanto el momento de la unción como la disciplina continua de verse y escucharse mutuamente como verdaderamente iguales en Cristo fue la manera como el movimiento fue llamado a vivir.

Partiendo de la experiencia de los discípulos de “este Jesús que Dios exaltó” y el evento de Pentecostés, el libro de los Hechos refleja la historia cristiana primitiva [basada en] decisiones colaborativas, comunales y colectivas que acogían la diversidad. Aún hoy, la unción del Espíritu de Dios y una autoridad verdaderamente compartida son conceptos radicales. La mayordomía responsable del poder puede ser uno de los mayores desafíos para la Iglesia.

Mientras que el bautismo crea un nuevo nacimiento y una vida renovada, los bautizados siguen siendo vulnerables a la enfermedad, y la comunidad bautizada a las dolencias y al sufrimiento. El estado quebrantado causado por la adicción, la enfermedad mental o la enfermedad física es parte del estado quebrantado continuo de la condición humana sobre la que Dios está obrando para sanar y reparar. En las historias de sanación en los Evangelios, cuando Jesús “hace el bien” o “salva” (Marcos 3: 4, 5:23, 5:34, 6:56) a una persona con discapacidad o enfermedad, incluso a alguien que ha muerto, el resultado es restaurar a esa persona a la comunidad, a la familia o a la aldea (Marcos 5:1-20, 21-43, Lucas 7:11-17). Del mismo modo, el arrepentimiento no conduce al castigo, sino a la conversión y la nueva vida (Lucas 15:1-32).

Entendemos que nuestro trabajo en esta comisión consiste en analizar, comprender y recomendar cómo el cuerpo de la Iglesia, a través de sus prácticas, normas y enseñanza, podría estar mejor capacitado para identificar discapacidades, intervenir para promover la curación y la recuperación del líder, y permitir el florecimiento del cuerpo de los bautizados.

Nosotros estamos recomendando acciones que promuevan un cambio cultural significativo en la Iglesia Episcopal. Estas recomendaciones abordan el problema de los líderes con discapacidades, pero también diagnostican y sugieren tratamiento para un sistema deteriorado que sigue en la negación y la impotencia ante la adicción, los trastornos mentales y la enfermedad física.

Marco de trabajo de la comisión

La Comisión sobre la Discapacidad y el Liderazgo se formó “para ayudar a la Iglesia Episcopal a evaluar y mejorar su capacidad de respuesta a las enfermedades y al sufrimiento humano en asuntos relacionados con la discapacidad en la Iglesia Episcopal”. Nuestra función es promover la salud y la integridad a largo plazo de los líderes que sirven en la Iglesia haciendo recomendaciones para los cambios “técnicos” y “adaptativos” necesarios para abordar los problemas de discapacidad grave de una manera más efectiva.

El término “discapacidad” puede describir una variedad de problemas y conductas influenciadas por la salud física, mental y emocional. La comisión ha utilizado la siguiente definición de discapacidad para nuestro trabajo y este informe:

La imposibilidad de ejercer el ministerio con habilidad y seguridad razonables en virtud de una enfermedad física o un trastorno mental, embriaguez o uso excesivo de drogas, narcóticos, alcohol, productos químicos u otras sustancias, o bien debido a otras conductas.

Debido a que la resolución de la Cámara de los Obispos solicitó una comisión para dedicar “atención especial a cuestiones de adicción y abuso de sustancias”, nos hemos centrado principalmente en la discapacidad relacionada con el abuso de sustancias. Sin embargo, reconocemos que otros patrones de comportamiento y problemas de salud mental también pueden llevar a una discapacidad.

Si bien el “abuso de sustancias” y la “adicción a las drogas” son términos más familiares, la “adicción conductual” y su equivalente, “adicción al proceso”, son otros términos con los que la Iglesia debe familiarizarse. La adicción conductual se define como la compulsión de participar en un comportamiento gratificante no relacionado con drogas a pesar de las consecuencias negativas para el bienestar físico, mental, social o financiero del individuo. En el futuro, los organismos pertinentes en la Iglesia tal vez deseen una mayor consideración a estas y otras clases de discapacidades.²

Encuesta de datos de otras profesiones

Al realizar los estudios de casos, los equipos entrevistadores de la comisión buscaron descubrir los factores individuales y sistémicos que contribuyeron a los resultados negativos. La comisión utilizó el modelo de investigaciones forenses exhaustivas de accidentes originalmente

² Una “Tabla Periódica de sustancias intoxicantes”, disponible en el Instituto para el Estudio de la Adicción, proporciona una descripción completa de las drogas y los comportamientos que son adictivos

desarrollado por la Junta Nacional de Seguridad del Transporte (NTSB, por su sigla en inglés) para accidentes en la industria de las aerolíneas.³

La función de la NTSB es investigar todos los accidentes de aviación civil y todos los accidentes significativos en carreteras, marítimos, ferroviarios, en oleoductos y con materiales peligrosos.⁴ El equipo de investigación de la Junta identifica primero las causas de los accidentes o incidentes y luego desarrolla recomendaciones para mejorar la seguridad y reducir el riesgo sistémico.⁵

La NTSB también proporciona orientación para abordar la discapacidad en la industria de las aerolíneas y para la rehabilitación de los pilotos.⁶ El Estudio sobre Intervención y Motivación Humanas (HIMS, por su sigla en inglés) es el programa de tratamiento de abuso de sustancias en los pilotos financiado por la Administración Federal de Aviación que, según el sitio web de HIMS (www.himsprogram.com), “coordina la identificación, el tratamiento y el regreso al trabajo de los aviadores discapacitados”. Es un esfuerzo de toda la industria en el que las empresas, los sindicatos de pilotos y la Administración Federal de Aviación colaboran para proteger las carreras profesionales y fomentar la seguridad de la aviación.⁷

El modelo de la NTSB se ha estudiado para su aplicabilidad a otras industrias, tales como servicios financieros, atención médica y energía, todas las cuales experimentan incidentes que surgen del fracaso de sistemas complejos.⁸

Varias otras profesiones también han desarrollado programas de asistencia como alternativas al proceso de disciplina profesional. Las organizaciones que otorgan licencias no solo tienen un gran interés en garantizar que sus profesionales brinden servicios competentes al público, sino también que garanticen que estas personas altamente capacitadas puedan volver a brindar un

³ Fielding, Eric, Lo, Andrew W., y Yang, Jian Helen, “Junta Nacional de Seguridad del Transporte: Un Modelo para la Gestión del Riesgo Sistémico, *Journal of Investment Management*” (2011) (disponible en <https://ssrn.com/abstract=1804613>).

⁴ Ibid. de 2.

⁵ Ibid. de 1.

⁶ HIMS: The Quiet Success Story,” *Air Line Pilot* 24-29 (Noviembre/diciembre de 2007).

⁷ Ibid.

⁸ Ibid.

servicio profesional.⁹ Con énfasis en la rehabilitación, hay ayuda disponible cuando la adicción u otra discapacidad conducen a una falla en el rendimiento.

Por ejemplo, en California, después de una investigación de una queja contra un abogado, el tribunal estatal puede iniciar cargos por conducta impropia que pueden conducir a medidas disciplinarias, incluida la inhabilitación.¹⁰ Sin embargo, si hay evidencia de que la conducta impropia fue acompañada por abuso de sustancias o problemas de salud mental, un programa disciplinario alternativo (ADP, por su sigla en inglés) puede estar disponible. Se ofrecen penas reducidas a los abogados que participen en programas de tratamiento y que demuestren el cumplimiento del plan de tratamiento mientras están en libertad condicional.¹¹

Algunos profesionales de la industria de atención médica, especialmente médicos y enfermeras, han creado programas de rehabilitación similares. El Apéndice 4 es un cuadro que resume por profesión los mecanismos para informar, las opciones de tratamiento alternativo disponibles y los requisitos de monitoreo y reintegración en las varias profesiones autorizadas, como enfermeras, médicos, trabajadores sociales, abogados y pilotos de líneas aéreas.

El asunto central es que después de una investigación inicial por problemas de discapacidad, a muchas profesiones se les ofrece una oportunidad de libertad condicional y un camino para volver al pleno ejercicio profesional mediante el proceso regulatorio para quienes optan por un programa de tratamiento y se comprometen con él.

La comisión recomienda [también] que se considere un proceso similar para los clérigos discapacitados.

Metodología: Casos prácticos

Un accidente (como el colapso de un puente, el descarrilamiento de un tren o el siniestro de un avión) es una falla sistémica. Los accidentes son inevitablemente el resultado de un conjunto de factores, tanto técnicos como humanos, que pueden tener su causa muchos años antes del accidente. Muchas personas o grupos diferentes pueden haber contribuido durante ese tiempo.

⁹ Ibid. “Nos esforzamos por ayudar a los profesionales del derecho a alcanzar su nivel óptimo de ejercicio profesional, a la vez que mejoramos la protección civil y ayudamos a mantener la integridad de la profesión”.

¹⁰ <http://www.calbar.ca.gov/Attorneys/MemberServices/LawyerAssistanceProgram.aspx>

¹¹ Ibid.

Cuando se llama a la NTSB para investigar un accidente, el equipo de investigación examina no solo el siniestro en sí, sino también los factores que contribuyeron a él. Se consideran entonces políticas y procedimientos, capacitación y experiencia, clima y materiales, estado físico y juicio, mecánica estructural y sistemas operativos, e información y comunicaciones. Todos ellos, factores en un sistema operativo más grande que contribuye a la seguridad o al riesgo en el sistema. Su objetivo en una investigación no es encontrar faltas, sino promover la seguridad a largo plazo al determinar las causas subyacentes que han contribuido a cualquier incidente dado.

Los componentes clave de sus investigaciones incluyen averiguaciones sobre los hechos, el análisis formal y la propuesta de recomendaciones de seguridad. Las recomendaciones provenientes de una investigación de accidentes están dirigidas, a su vez, a los fabricantes, compañías o agencias que tienen la capacidad, el conocimiento y la habilidad de llevar a cabo las reparaciones o correcciones adecuadas.

Si bien la formación de la Comisión sobre Discapacidad y Liderazgo surgió a partir de un suceso específico, reconocemos que este suceso nos obliga a examinar cuidadosamente un conjunto de incidentes y cuestiones relacionadas con la cultura de la Iglesia y sus políticas y prácticas. Reconocemos la necesidad de abordar los problemas del liderazgo discapacitado a todos los niveles.

Hemos elegido adoptar un enfoque de “casos prácticos” para nuestro trabajo, identificando varios casos que involucran a diáconos, sacerdotes y obispos a lo largo de su vida vocacional. Algunos casos implican reconocimiento, intervención y tratamiento exitosos, mientras que otros no. Hemos entrevistado a individuos y grupos involucrados en estos casos, y hemos utilizado cada caso no solo para dejar al descubierto los hechos sobre incidentes específicos sino, lo que es más importante, para comprender y analizar dónde existen puntos débiles y fracaso dentro de los sistemas de toda la Iglesia. Es decir, puntos débiles y de fracaso que dificultan nuestra capacidad de reconocer y responder a la discapacidad en los líderes de la Iglesia.

Además de estos casos prácticos, la comisión se ha basado significativamente en el trabajo que ya se ha llevado a cabo en diversas profesiones. También nos hemos beneficiado de la amplia gama de conocimiento experto que se encuentra en la misma comisión (conocimientos médicos, psicológicos, legales, teológicos y organizativos) y nos hemos esforzado por aplicar esta sabiduría colectiva en nuestros análisis y recomendaciones.

Siguiendo el ejemplo de la NTSB, nuestras recomendaciones están dirigidas a los organismos de la Iglesia que están en condiciones de realizar las correcciones apropiadas. Nuestro objetivo no ha sido encontrar faltas sino minimizar los riesgos y promover la salud y el bienestar a largo plazo en la Iglesia. Hacemos esto recomendando cambios tanto “técnicos” como “adaptativos”

que puedan mejorar la capacidad de la Iglesia para abordar asuntos de discapacidad.¹²

Es imprescindible reconocer la necesidad de cambiar y luego implementar los cambios apropiados, exigiendo un cambio cultural significativo en toda la Iglesia. Cambiar nuestra cultura requerirá un esfuerzo colectivo, y debe ser la responsabilidad compartida de aquellas personas en posiciones de liderazgo a quienes se dirigen nuestras recomendaciones.

Alcance del trabajo

La comisión ha identificado dos áreas de gestión de riesgos que sirven de marco para reconocer y responder constructivamente a la discapacidad:

Las medidas preventivas que comprenden la creación de programas educativos y de capacitación para mejorar el conocimiento sobre la discapacidad; así mismo, la implementación de políticas, prácticas y procedimientos para examinar y evaluar a los líderes de la Iglesia durante su vida vocacional, promoviendo la detección temprana y el control de calidad junto con la confidencialidad.¹³

Las respuestas efectivas, que comprenden el cultivo del conocimiento y los recursos y las prácticas que apoyen el reconocimiento efectivo de la discapacidad en los líderes junto con las indagaciones adecuadas, la intervención y la remisión a especialistas para evaluación y tratamiento. Así mismo, ofrecer apoyo a los líderes discapacitados mediante la reintegración, la readquisición de licencias, el monitoreo continuo y la rendición de cuentas.

¿Dónde se encuentran los puntos críticos de rendición de cuentas a lo largo de la vida vocacional de los líderes ordenados en la cual las medidas preventivas y/o respuestas efectivas podrían tener lugar de manera más efectiva? Hemos identificado cinco fases fundamentales del ministerio que representan oportunidades para la prevención y la intervención.

1. Discernimiento y evaluación
2. Capacitación y formación
3. Transición e implementación
4. Cuidado de sí mismo y bienestar
5. Gestión y supervisión continuas

¹² Dependemos del trabajo de Ronald Heifetz, especialmente *Leadership Without Easy Answers*, para hacer la distinción entre cambio entre "técnico" y cambio "adaptativo".

¹³ El Rdo. Dr. J. William Harkins, miembro de la Comisión sobre Discapacidad y Liderazgo, ha desarrollado un plan de estudios sobre "Adicción e Integridad" para el Departamento de Educación y Bienestar del Grupo de Pensiones de la Iglesia. Consta de unidades [que tratan] sobre "Reconocimiento de adicciones", "Cuidado pastoral o espiritual de personas adictas y sus familias", "Qué son las estrategias de prevención" y "El papel de la comunidad en la recuperación de una adicción".

Las recomendaciones apropiadas para cada una de estas cinco fases del ministerio comienzan en la página 16.

Resumen de lo aprendido en los casos prácticos

La investigación de la Comisión sobre Discapacidad y Liderazgo se enfocó principalmente en casos prácticos con respecto a experiencias individuales y diocesanas específicas (tanto las que tuvieron resultados positivos como las que tuvieron consecuencias negativas trágicas y duraderas), así como la historia de la legislación de la Convención General sobre el abuso de sustancias.

Esta investigación condujo a observaciones y a discernimientos, la mayoría de los cuales conocíamos intuitivamente, pero nos dimos cuenta de que eran comunes en cada situación que exploramos. En todos los casos, excepto uno, encontramos un "desapoderamiento" sistémico de la persona y de la comunidad para asumir la responsabilidad y actuar de manera que promoviera la sanación y la integridad de las personas afectadas por cualquier tipo de discapacidad. Quienes estén familiarizados con el abuso de sustancias reconocerán esta dinámica de "desapoderamiento" como característica de las consecuencias sistémicas de la adicción.

Las investigaciones sobre salud mental no han sido el enfoque principal de la comisión. Sin embargo, los problemas de "desapoderamiento" sistémico y los desafíos concomitantes con la rendición de cuentas a menudo se ven agravados por la comorbilidad de la adicción y los trastornos de personalidad, es decir, la presencia simultánea de dos enfermedades o afecciones crónicas en una persona.¹⁴ En particular, cabe anotar la asociación entre el trastorno por consumo de sustancias y los trastornos de la personalidad del "grupo B" (por ejemplo, trastorno límite de la personalidad, trastorno narcisista de la personalidad, trastorno histriónico de la personalidad y trastorno de personalidad antisocial).¹⁵ Estas comorbididades a menudo se caracterizan por problemas graves de adicción y una evolución clínica desfavorable.

¹⁴ Christian Guest y Mark Holland informan que el 75 por ciento de las personas tratadas por adicción a las drogas y el 86 por ciento de las personas tratadas por adicción al alcohol también experimentan dificultades de salud mental. Véase "Coexistencia de salud mental y uso de sustancias y dificultades con el alcohol: ¿por qué persistimos en el término 'diagnóstico dual' en los servicios de salud mental?"(2011), *Advances in Dual Diagnosis* 4:4, págs. 162 a 172.

¹⁵ Mark F. Lenzenweger y otros informa que el predominio del trastorno por uso de sustancias en el trastorno de personalidad del "grupo B" es del 26,7 por ciento. Véase "Trastornos de la personalidad DSM-IV en la replicación de la encuesta nacional de comorbilidad" (2007), *Biological Psychiatry* 62: 6, págs. 553 a 564.

Los líderes con síntomas de diagnóstico dual a menudo terminan llevados a las profesiones de apoyo y se encuentran entre las personas más difíciles de diagnosticar y tratar. En general, se debe aplicar el principio de que los dos trastornos comórbidos deben tratarse juntos, pero esto es particularmente retador debido a las narrativas multinivel, sistémicas y, a menudo, controvertidas que desestabilizan y amenazan a las comunidades dentro de las cuales el líder afectado intenta funcionar.

Además, muchos estudiosos consideran que los trastornos de la personalidad son una forma de enfermedad depresiva, que a menudo resulta en intentos equivocados de automedicación mediante el uso de sustancias o conductas adictivas. Dicha enfermedad también puede estar marcada por episodios recurrentes de disforia (tristeza ubicua y desesperanza), anhedonia (pérdida de la capacidad de sentir placer) o formas clínicas de depresión (ciclotímica, distímica u otras). Esta situación se complica aún más por la frecuente presencia de trastornos del estado de ánimo.

Richard Rohr escribe que la adicción es “una afección espiritual, una afección del alma, una enfermedad que resulta del anhelo, el deseo frustrado y la profunda insatisfacción”, y que, irónicamente, esta insatisfacción es en sí misma es el “comienzo de cualquier camino espiritual”.¹⁶ En parte debido a esto, la adicción y sus complicaciones (especialmente las complicaciones que surgen de los trastornos de la personalidad que ocurren simultáneamente con la adicción) requieren mayor cuidado y atención por parte de la Iglesia.

Desafortunadamente, en casi todos los casos que examinamos, la estructura eclesial y la forma de gobierno de nuestra Iglesia demostraron contribuir negativamente a la situación. El clericalismo, una comprensión errónea de la jerarquía, la autonomía canónica de las parroquias y las diócesis y una política que dificulta la aplicación de las expectativas contribuyeron a la inactividad de personas y organismos responsables (como obispos, rectores, juntas parroquiales, Comités Permanentes, comités de búsqueda y consultores, Comisiones de Ministerio y seminarios). El temor a ser expuestos a la responsabilidad (como individuos y como corporación) proporcionó una razón adicional para que estos grupos evitaran la acción. Una teología del perdón, a menudo subdesarrollada, también contribuyó a que los abusadores tuvieran múltiples oportunidades de repetir sus comportamientos sin consecuencias.

En la mayoría de los casos de adicción y discapacidad entre los líderes de la Iglesia el desafío principal es la responsabilidad. Es decir, cómo las personas con discapacidad socavan o eluden la responsabilidad personal, cómo otros en la autoridad desvían o evitan su propia responsabilidad y compromiso ante la comunidad en general, cómo aquellos que están afectados directa o indirectamente por líderes discapacitados no están dispuestos a pedir a los líderes discapacitados una rendición de cuentas por temor o vergüenza, y cómo los sistemas

¹⁶ Richard Rohr, *Breathing Under Water: Spirituality and the Twelve Steps* (Cincinnati: St. Anthony Messenger Press, 2011), pág. 115.

sociales y eclesiásticos a menudo funcionan para obstruir la transparencia y la responsabilidad. La renuncia a la rendición de cuentas es una de las preocupaciones primordiales de la comisión.

Un número considerable de problemas de discapacidad podría mejor abordarse de una manera diferente a un canon disciplinario. La comisión cree que el Título III de los Cánones de la Iglesia (sobre “Ministerio”) podría ofrecer oportunidades de recuperación, reconciliación y sanación que no pueden fácilmente llevarse a cabo por el Título IV (sobre “Disciplina Eclesiástica”), a pesar de las intenciones expresadas en el Título IV, Canon 1: “La Iglesia y cada Diócesis apoyarán a sus miembros en su vida en Cristo y buscarán resolver conflictos promoviendo sanación, arrepentimiento, perdón, restitución, justicia, enmienda de vida y reconciliación entre todos los involucrados o afectados”. Creemos que el añadir un canon sobre la discapacidad al Título III, que proporcione pautas para la intervención, el diagnóstico, el tratamiento, la reintegración y el monitoreo continuo, es una forma de lograr este propósito sin recurrir a un proceso disciplinario.

Una revisión de las resoluciones de la Convención General durante varias décadas sugiere que aunque la Iglesia continúa discutiendo el abuso de sustancias, su cultura no ha cambiado. El problema de la adicción y el abuso de sustancias requieren un esfuerzo más fuerte y concertado que la buena voluntad de todos. Ciertamente, el lenguaje de las resoluciones de la Convención General refleja la ambivalencia y, de hecho, el conflicto inherente en la actitud general de la Iglesia hacia este tema. Ese lenguaje impone a las diócesis y a la Convención General “si es posible” implementar cambios que “con suerte funcionarían” (1979-B122). Estas resoluciones *alientan* a las diócesis a la vez que les *hacen solicitudes* (énfasis añadido):

- “se *solicita* a las diócesis a que establezcan comités y políticas relacionadas con el alcoholismo y el abuso de otras drogas”
- “*que sean alentadas* a promover el uso...” (1988-C036).
- “se *alienta* los esfuerzos de...” (1991-D171).
- “*que se hagan grandes esfuerzos* para desarrollar políticas...” (2003-A123).
- “*que sean alentadas* a crear conciencia sobre los problemas de recuperación...” (2009-A078).

Pero estas resoluciones no reflejan la urgencia y la necesidad de una respuesta clara, informada, coherente y de toda la Iglesia a la discapacidad. Sin una rendición de cuentas inherente, la autoridad, los valores fuertemente expresados, y las consecuencias de la inercia, estos tipos de resoluciones han demostrado ser infructuosos.

Los casos prácticos han revelado repetidamente que una comprensión teológica inadecuada del perdón a menudo ha inhibido o impedido una intervención apropiada y efectiva. El deseo de perdonar (o sea, de ofrecer una segunda oportunidad y retener a un líder en el ministerio público) a menudo entra en conflicto con la responsabilidad otorgada a los comités, a comisiones, a otros líderes y a personas para exigir cuentas a los líderes con discapacidades. En

muchos casos, completamente desprovisto de expectativas de recuperación sustancial y de enmienda de vida, el deseo de perdonar ha socavado la responsabilidad colectiva de la Iglesia con respecto a la diligencia debida en el trabajo de discernimiento, reconocimiento y diagnóstico de discapacidades en los líderes de la Iglesia, así como la intervención y el tratamiento cuando fuera apropiado. Hemos observado que una noción popular y optimista (aquella que dice que “los grandes líderes han superado grandes problemas”) ha inhibido con frecuencia tanto a los individuos como a los comités en la toma de decisiones críticas.

Los casos prácticos destacaron la necesidad de hacer una distinción entre lealtad, es decir, apoyo a los colegas que necesitan atención, y la responsabilidad de proteger la salud y el bienestar de la comunidad de toda la Iglesia. Nos enteramos de repetidos casos en los que las amistades entre personas socavaron la capacidad de realizar evaluaciones objetivas, y casos en los que las preocupaciones por la confidencialidad y la privacidad impidieron el intercambio adecuado de información con otras entidades de la Iglesia. Hubo ocasiones en que las limitaciones de tiempo empujaron a los comités o a las personas a tomar decisiones prematuras para cumplir con los cronogramas o los plazos publicados dificultando así el ejercicio de la debida diligencia.

Cada caso reveló la importancia fundamental de la rendición de cuentas mutua y sistémica, en tanto que varias cuestiones críticas contribuyeron a los resultados negativos en los procesos electorales, en el discernimiento vocacional, en la división y los fracasos parroquiales y en la gestión de los problemas disciplinarios:

- Cómo se supervisa el cumplimiento.
- Cómo los que están más abajo en la cadena de mando están (o no están) facultados para hablar y ser escuchados, especialmente cuando tienen inquietudes sobre las prácticas sistémicas o el comportamiento de los demás.
- Cómo se define y se ejerce la autoridad en relación con la responsabilidad de revisar la calidad de trabajo de un líder o la aptitud para el servicio.
- Cómo se le exigen cuentas a una persona o sistema, y ante quién cada uno rinde cuentas.

A pesar de los esfuerzos realizados en las últimas cuatro décadas por diócesis individuales y la Convención General para abordar la cultura del abuso de sustancias en la Iglesia, persiste la falta de educación y concientización sobre el alcoholismo y la adicción. En algunos casos, hay una falta de acceso o falta aprovechar la investigación científica actual y las mejores prácticas con respecto a la prevención, intervención y tratamiento tanto para el uso de sustancias como para los trastornos del comportamiento. Encontramos que las personas en puestos de autoridad a menudo carecen de los recursos para reconocer y responder a los signos de comportamiento adictivo. Sin embargo, cuando se reconocen los signos, hay una tendencia a evitar la confrontación o el cuestionamiento por parte de la persona que ha reconocido los signos.

En cada situación de liderazgo discapacitado que investigamos, los entrevistados describieron:

- *Aislamiento*. Una sensación de estar solo en medio de una situación que estaba fuera de control y preguntándose: “¿Dónde está el resto de la Iglesia?”
- *Desapoderamiento*. Una sensación de inadecuación y de no estar autorizado y ser incapaz de decir la verdad y abordar el problema
- *Desconfianza*. Una falta de confianza tan grande en las personas y en el sistema que llegó a amenazar la seguridad y la estabilidad de todos, y
- *Culpabilidad*. Una sensación de arrepentimiento duradero con sentimientos de que “la Iglesia no estaba siendo Iglesia”, y que “debí haber hecho algo”.

La investigación de casos prácticos por parte de la comisión y las experiencias anecdóticas de sus miembros contribuyeron a reconocer que la Iglesia debe abordar la adicción y las conductas dañinas en todos los aspectos de su vida [institucional].

Con respecto al clero, esto significa prestar atención a estos patrones y comportamientos en cada oportunidad de evaluación, discernimiento y bienestar desde la solicitud inicial hasta el sacramento de la Ordenación y hasta la muerte. Además, requiere una comprensión vocacional y la aceptación de que las almas al cuidado del clero son lo primero; si la Iglesia se equivoca, no debe ser a costa de ellas...

Con respecto a los profesionales laicos, líderes laicos y comulgantes, se requiere que la Iglesia sea verdaderamente una comunidad sin temor a enfrentar la verdad con un compromiso honesto y compasivo hacia los demás, en la convicción de que en Cristo, el sanador de nuestras almas, la recuperación y la vida nueva son abundantes, y que cada esfuerzo para alcanzar ese fin sea fiel y responsable.

Con respecto a las estructuras canónicas, significa asegurar que la forma en que nos organizamos y los procesos por los cuales dirigimos y vivimos nuestra vida común como cuerpo de Cristo (incluyendo nuestra Constitución y Cánones, cánones diocesanos, estatutos parroquiales y resoluciones de la Convención General) empodere a cada individuo para que diga la verdad en amor con la autoridad otorgada en el bautismo.

Hallazgos

Verificación de antecedentes

El cuerpo de toda la Iglesia no tiene un conjunto uniforme de prácticas y políticas con respecto a las verificaciones de antecedentes e investigaciones previas al empleo.

El sistema más utilizado para las verificaciones de antecedentes del clero es el cuestionario estándar y el protocolo utilizado por [la compañía investigadora] *Oxford Document*

Management Company (Oxford). Incluso con este protocolo y el cuestionario estándar, la profundidad de la verificación de antecedentes varía considerablemente. Esta variación depende del tipo de servicios seleccionados por las diócesis y las congregaciones. Este enfoque utiliza un cuestionario de autoinforme y una lista para escoger de entre varios servicios tales como la opción de un historial de empleo de cinco, diez o quince años (o más), informes de crédito, una revisión de bases de datos penales nacionales y una verificación de antecedentes penales condado por condado.

Existen numerosas deficiencias en este protocolo ampliamente utilizado y en protocolos alternativos utilizados por otras compañías. La principal debilidad es que depende en gran medida de un cuestionario de autoinforme e historial de empleo sin que haya manera de verificarlos. Oxford envía cuestionarios a obispos y empleadores anteriores basados en el autoinforme del solicitante. Esto significa que si los solicitantes no informan de períodos problemáticos en su ministerio, o no enumeran parroquias o ubicaciones durante las cuales fueron discapacitados o disciplinados, los posibles empleadores o diócesis podrían nunca descubrir estos problemas. Nadie puede verificar el historial de empleo de un solicitante o reclamar sobre las acciones disciplinarias de la Iglesia porque no existe una base de datos para hacer posible dicha búsqueda. Como resultado tenemos un sistema vulnerable en el que las diócesis y las congregaciones creen que han ejercido la debida diligencia.

Este vacío es el resultado de una deficiencia estructural y no de negligencia por parte de diócesis, congregaciones, Oxford o cualquier otra compañía que brinde servicios similares a Oxford.

Base de datos de toda la Iglesia

Se debe explorar el desarrollo de una base de datos para toda la Iglesia que rastree el empleo del clero, las acciones disciplinarias, los problemas con discapacidad y otros antecedentes relacionados. Existen varios aspectos de estos datos, pero no en un solo lugar accesible.

Por ejemplo, el Grupo de Pensiones de la Iglesia (*Church Pension Group, CPG*), en su función como registrador de ordenaciones, hace un seguimiento a las acciones disciplinarias del clero, pero un obispo no puede consultar esa base de datos para averiguar si una persona ha estado alguna vez sujeta a dichas acciones. Además, las únicas acciones disciplinarias registradas por CPG son las sentencias oficiales del Título IV, en tanto que las cuestiones de discapacidad, o asuntos gestionados mediante una Directiva Pastoral, no están disponibles en una ubicación central. De manera similar, CPG tiene información de empleo, pero solo para aquellos clérigos que reciben un estipendio. Además, esta información generalmente no está disponible.

Antes de implementar cualquier base de datos para toda la Iglesia, se deben considerar cuidadosamente importantes inquietudes sobre la privacidad, el acceso y la presentación de informes.

Pruebas psicológicas

Los cánones de la Iglesia requieren evaluaciones psicológicas de las personas a punto de ser ordenadas como sacerdotes y diáconos y una evaluación, por un psiquiatra licenciado, de las personas a punto de ser ordenadas para el episcopado. Sin embargo, no existe un protocolo de prueba consensuado que se use en toda la Iglesia. CPG ha generado formularios estandarizados para rendir información mediante psicólogos y psiquiatras examinadores y ha invertido considerables esfuerzos en el desarrollo de formularios de autoinforme para ayudar a los examinadores. Se encuentran disponibles dos formularios estandarizados: el Cuestionario del historial de vida (LHQ) y el Cuestionario de evaluación del comportamiento (BSQ). El formulario final consta de seis preguntas y, con la excepción de dos preguntas relacionadas con la LHQ y BSQ, no se ha modificado sustancialmente durante varias décadas.

Hasta 2006, solo se requería un examen psiquiátrico para la ordenación. Desde la revisión sustantiva del Título III en la Convención General de 2006, los cánones ahora requieren una evaluación psicológica para aquellos a punto de ser ordenados al diaconado o al sacerdocio, con evaluaciones psiquiátricas adicionales según sea necesario. Esto señala un cambio significativo en el enfoque de la evaluación de los ordenandos y fue el resultado del trabajo realizado por la Comisión Permanente de Desarrollo Ministerial y el trabajo de gestión de riesgos de CPG. El Canon 11, Sección 3 no fue revisado para reflejar este cambio y aún requiere una evaluación psiquiátrica y un examen médico para los obispos electos.

Si bien se requiere una evaluación psicológica para los ordenandos, las evaluaciones varían de diócesis a diócesis y van desde importantes pruebas psicológicas y entrevistas clínicas exhaustivas hasta pruebas de orientación vocacional. Los profesionales en evaluación psicológica deben desarrollar un protocolo estándar de pruebas que proporcione uniformidad en toda la Iglesia. El propósito de un protocolo estándar de pruebas no es limitar el concepto profesional de los examinadores individuales a fin de aplicar más pruebas para un candidato, sino que tendría el beneficio de establecer estándares mínimos y uniformes.

Las evaluaciones adicionales, que consideran más detenidamente las cuestiones específicas del clero, podrían contribuir a una mayor investigación en esta área.

Estandarización de procesos

Incluso con los protocolos estandarizados para pruebas psicológicas, la verificación de antecedentes y la creación de una base de datos, la pregunta de cómo se evalúa y comparte la información sigue sin respuesta.

Se carece seriamente de coherencia en la forma en que se llevan a cabo las elecciones episcopales. No hay claridad sobre quién debería ver las verificaciones de antecedentes o leer los cuestionarios de autoinforme. Una vez más, las personas que no están calificadas para

analizar los datos a menudo frecuentemente están en una posición de tomar decisiones sobre procesos y resultados. O bien, aquellos que participan en esos procesos, suponen que alguien más en el sistema con mayor experiencia y autoridad lo está haciendo cuando en realidad ese puede no ser el caso.

Actualmente, nadie trabaja con psicólogos, médicos u otros evaluadores para determinar las mejores prácticas de sus evaluaciones. Identificar asuntos que pueden volverse problemáticos para el clero y abordarlos cuando empiezan a manifestarse será decisivo. Sin embargo, en la actualidad, no hay un esfuerzo coordinado en esta área.

La falta de un ejercicio coherente y bien documentado basado en información accesible y compartida de manera apropiada con respecto a los procesos de selección y discernimiento resulta ser una importante deficiencia estructural.

Cambios recomendados

La Iglesia Episcopal no se encuentra sola entre los organismos religiosos y seculares en la necesidad de desarrollar e implementar medios efectivos de abordar el liderazgo discapacitado. Además de nuestro análisis de varios casos prácticos dentro de la Iglesia, la comisión también ha considerado, como recursos, la experiencia y el trabajo de otras profesiones con licencia: médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, abogados y pilotos. Nuestra Iglesia está muy rezagada con respecto a estos otros grupos en lo que respecta a nuestro entendimiento, efectividad y coherencia al abordar los problemas de discapacidad entre los líderes ordenados.

Nuestra investigación y análisis se ha centrado en las dos amplias categorías que se mencionaron en la página 8 de este informe:

Las medidas preventivas que comprenden la creación de programas educativos y de capacitación para mejorar el conocimiento sobre la discapacidad; así mismo, la implementación de políticas, prácticas y procedimientos para examinar y evaluar a los líderes de la Iglesia durante su vida vocacional, promoviendo la detección temprana y el control de calidad junto con la confidencialidad.

Las respuestas efectivas, que comprenden el cultivo del conocimiento y los recursos y las prácticas que apoyen el reconocimiento efectivo de la discapacidad en los líderes junto con las indagaciones adecuadas, la intervención y la remisión a especialistas para evaluación y tratamiento. Así mismo, ofrecer apoyo a los líderes discapacitados mediante la reintegración, la readquisición de licencias, el monitoreo continuo y la rendición de cuentas.

Después de hacer una recomendación general a continuación, nuestras recomendaciones se han agrupado según cinco puntos críticos de rendición de cuentas en los que las medidas preventivas y las respuestas efectivas pueden suceder a lo largo de la vida del liderazgo ordenado en la Iglesia. Los puntos críticos son:

1. El *proceso de discernimiento y selección* para la ordenación y las elecciones episcopales.
2. El proceso de *capacitación y formación* para quienes se preparan para la ordenación y para los obispos recién elegidos.
3. El *proceso de transición e implementación* para el clero de todas las órdenes.
4. Prácticas de *cuidado de sí mismo y bienestar* (incluido CREDO) para diáconos, sacerdotes y obispos.
5. *Gestión y supervisión continuos* de todo el clero, incluyendo a los obispos, especialmente con respecto a la *evaluación y la concesión de licencias*.

Nuestro objetivo ha sido identificar los puntos débiles en nuestras prácticas actuales donde estas oportunidades se están perdiendo. Son oportunidades perdidas en educación, capacitación, detección temprana o una intervención efectiva. Luego hemos hecho recomendaciones a los cuerpos de liderazgo pertinentes de la Iglesia para su consideración e implementación.

Las recomendaciones de este informe no se dirigen únicamente a la Convención General, al Consejo Ejecutivo o a la Cámara de los Obispos. Estos organismos tienen un importante papel de liderazgo en la salud y el bienestar de nuestra Iglesia. Algunas de las recomendaciones de la comisión invitan a considerar la acción legislativa, cambios canónicos y la posible implementación de una nueva política por parte de estos organismos. Sin embargo, la comisión no puede expresar con suficiente firmeza nuestra creencia de que la legislación y las políticas por sí solas no pueden lograr el mayor cambio cultural requerido en nuestra Iglesia para abordar los problemas de adicción y abuso de sustancias. Creemos firmemente que la salud y el bienestar de nuestra Iglesia exigen un esfuerzo amplio, más concertado y que parta de la base.

Invitamos a todos los organismos de liderazgo a los que se dirigen estas recomendaciones a que las consideren abiertamente, en oración y con seriedad, y que desempeñen un papel activo en la sanación de la Iglesia en general.

Reconocemos que el Consejo Ejecutivo, la Cámara de los Obispos y otros organismos a los que se dirigen estas recomendaciones necesitarán crear comités o comisiones especiales, o necesitarán también recurrir a una asistencia y experiencia especiales, para implementar las recomendaciones que se mencionan a continuación. Los miembros de esta comisión están comprometidos a servir como un recurso continuo para la Iglesia según sea necesario.

Recomendaciones

Dar parte de los hallazgos

1. Recomendamos que los miembros de esta comisión realicen una entrevista informativa personal con los principales organismos involucrados en el establecimiento y apoyo de

nuestro trabajo, incluidos, entre otros, el Consejo Ejecutivo, la Cámara de los Obispos, y el obispo que supervisa la Oficina de Desarrollo Pastoral.

Creemos que una oportunidad de compartir personalmente algunos de los hallazgos de la investigación y los casos prácticos que hemos evaluado, y para conversar y reflexionar colectivamente con otros líderes en la Iglesia, sería beneficioso para llevar adelante este trabajo.

Reconocemos que la conversación continua con los líderes principales dentro de la Iglesia es necesaria para la aclaración y el mejoramiento de estas recomendaciones.

El discernimiento y el proceso de selección para la ordenación

2. Recomendamos que el Obispo Presidente y el Presidente de la Cámara de los Diputados comisionen un grupo de trabajo u otro grupo para desarrollar un proceso más completo de selección de las personas que solicitan la ordenación con respecto a su historial y experiencia con el abuso de alcohol y de sustancias.

Las prácticas actuales con respecto a la investigación de antecedentes de abuso de alcohol y de sustancias varían ampliamente entre las diócesis y dependen significativamente de la minuciosidad de la evaluación psicológica del candidato y del conocimiento y la capacidad del obispo y la comisión del ministerio para abordar estos problemas.

Por ejemplo, el cuestionario estándar de Oxford solicita información sobre los antecedentes financieros, penales y laborales, pero no explora adecuadamente el historial de adicción y abuso de sustancias de un solicitante.

Los obispos y las comisiones del ministerio se beneficiarían de la educación y la capacitación sobre la mejor manera de evaluar a los solicitantes con un historial de adicciones que ahora están en un proceso de rehabilitación (véanse las Recomendaciones 4 y 5, a continuación).

El proceso de capacitación y formación

3. Recomendamos que el Consejo Ejecutivo y la Convención General tome las medidas necesarias para desarrollar e implementar un programa obligatorio de capacitación sobre abuso del alcohol y sustancias para todas las personas en el proceso de formación para la ordenación y para aquellos ya ordenados. Al igual que en otras profesiones, se debe exigir a los clérigos que repitan esta capacitación cada cierto tiempo a fin de mantener su licencia.

La comisión cree que la inversión para la creación de dicho programa, uno que refleje la investigación actual y las mejores prácticas con respecto a la adicción y el abuso de sustancias, produciría un rendimiento significativo en la salud y la integridad del liderazgo de la Iglesia.

El programa podría ser modelado en parte según el plan de estudios [y certificación] de “Salvaguardando” (*Safeguarding*) del Grupo de Pensiones de la Iglesia. Desde su implementación en 2004, el programa de “Salvaguardando” ha demostrado ser efectivo para crear una cultura más segura, más saludable y más informada en toda la Iglesia con respecto a la conducta sexual inapropiada y el abuso sexual.

4. Recomendamos que el Colegio de los Obispos desarrolle un componente esencial de entrenamiento sobre la adicción y el abuso de sustancias para ser incorporado al programa “Viviendo nuestros votos” para nuevos obispos que incluiría los siguientes componentes:
 - a. Un examen de la relación personal de un nuevo obispo con el alcohol y la adicción junto con la educación sobre la manera de tomar posesión de un puesto de responsabilidad de alto estrés, puede influir y cambiar la relación de uno con [(las adicciones al)] alcohol, a otras sustancias y a los procesos [(o adicción conductual)].
 - b. Capacitación en todas las políticas y prácticas obligatorias de la Iglesia y en todas las disposiciones canónicas que se aplican al clero con respecto a las adicciones al alcohol, a las sustancias o a la adicción conductual.
 - c. Capacitación en mejores prácticas para detección temprana, intervención, tratamiento, monitoreo y apoyo continuo a clérigos que luchan contra la adicción.
 - d. Capacitación en mejores prácticas para el escrutinio y la evaluación de las personas que se encuentran en diversas etapas de discernimiento (ya sea antes de la ordenación o en cualquier momento de ser asignado a una posición) con respecto a la adicción y la recuperación.
5. Recomendamos que la Cámara de los Obispos incorpore en sus reuniones un proceso permanente y continuo de educación que, con el tiempo, aborde las mismas áreas mencionadas en el número 4, arriba mencionado, a saber:
 - a. Un examen de la relación personal de un nuevo obispo con el alcohol y la adicción junto con la educación sobre la manera de tomar posesión de un puesto de responsabilidad de alto estrés puede, influir y cambiar la relación de uno con

las adicciones al alcohol, a otras sustancias y a los procesos [(o adicción conductual)].

- b. Capacitación en todas las políticas y prácticas obligatorias de la Iglesia y en todas las disposiciones canónicas que se aplican al clero con respecto a las adicciones al alcohol, a las sustancias o a la adicción conductual.
- c. Capacitación en mejores prácticas para detección temprana, intervención, tratamiento, monitoreo y apoyo continuo a clérigos que luchan contra la adicción.
- d. Capacitación en mejores prácticas para el escrutinio y la evaluación de las personas que se encuentran en diversas etapas de discernimiento (ya sea antes de la ordenación o en cualquier momento de ser asignado a una posición) con respecto a la adicción y la recuperación.

Transición e implementación

- 6. Recomendamos que el Grupo de Pensiones de la Iglesia (CPG), en su función de registrador de las ordenaciones, establezca una base de datos central de personal para hacer seguimiento al empleo del clero, a acciones disciplinarias, a problemas con discapacidades y a otra información de antecedentes para todo el clero en la Iglesia. [Se trata de información] que pueda ser consultada durante los procesos de búsqueda y transición. Dicha base de datos puede requerir limitaciones de acceso y protocolos apropiados para salvaguardar la confidencialidad y proteger a la Iglesia de una responsabilidad civil.

Otras profesiones con licencia hacen uso de bases de datos similares para mantener y asegurar los estándares aplicables. En los casos prácticos considerados por la comisión, uno de los mayores impedimentos para el reconocimiento apropiado y la respuesta a la discapacidad fue la falta de información sobre la historia personal de una persona. Las verificaciones de referencia, las conversaciones de obispo a obispo y las verificaciones de antecedentes proporcionan cierta información limitada, pero al considerar los casos prácticos se encontró que la fidelidad y el acceso a esa información son marcadamente incompatibles.

- 7. Recomendamos que el obispo, a cargo de la Oficina de Desarrollo Pastoral, basándose en la investigación de esta comisión, establezca un proceso estandarizado para llevar a cabo elecciones episcopales.

La comisión reconoce la diversidad y el contexto único de cada diócesis, y [por tanto] no estamos recomendando que la Iglesia adopte un enfoque que se aplique en todos los

casos para las elecciones episcopales. Tampoco deseamos mermar de ninguna manera la independencia de una diócesis determinada para discernir apropiadamente lo que podría exigirse a un nuevo obispo para esa diócesis.

Sin embargo, creemos que establecer un proceso estandarizado, basado en las mejores prácticas, puede adaptarse a las características particulares de una diócesis determinada. Además, al hacerse así, se puede asegurar que los componentes fundamentales para la detección y discernimiento efectivos no se pierdan en el proceso.

Tal proceso estandarizado para las elecciones episcopales puede incluir:

- a. Una orientación amplia y sustancial con todos los líderes diocesanos con respecto a las mejores prácticas para las elecciones episcopales, incluida la educación y la capacitación para reconocer y abordar los problemas de la discapacidad.
- b. Consultores capacitados que ofrezcan orientación documentada y coherente, basada en las mejores prácticas, a obispos, comités permanentes, comités de búsqueda y a todas las demás partes en el proceso de elección episcopal, incluyendo las listas de verificación y asesoría legal competente para reconocer y abordar cualquier asunto de adicción o discapacidad que pueda presentarse durante el curso de su trabajo.

Prácticas de bienestar

8. Recomendamos que CREDO desarrolle un componente del programa para ayudar a los participantes a explorar su relación con el alcohol, las drogas y otras sustancias y comportamientos adictivos.

Reconociendo el alcance y la efectividad de CREDO en toda la Iglesia, sus programas son una excelente oportunidad para educar, capacitar y promover la conciencia de sí mismo y la perspicacia del clero con respecto a la adicción.

9. Recomendamos que el Comité de Desarrollo Pastoral de la Cámara de los Obispos, trabajando con un asesor experto y calificado, evalúe las políticas y prácticas de las reuniones de la Cámara de los Obispos y recomiende cambios que puedan contribuir a un ambiente saludable con respecto al alcohol y la adicción.
10. Recomendamos que el Consejo Ejecutivo, trabajando con un asesor experto y calificado, evalúe las políticas y prácticas de sus reuniones y de las reuniones de sus

comisiones, comités y juntas, y realice [por tanto] los cambios necesarios que puedan contribuir a un ambiente saludable con respecto al alcohol y la adicción.

Gestión y supervisión

11. Recomendamos que el Obispo Presidente, basándose en la investigación de esta comisión, establezca un equipo de asesores o consultores que sirva como recurso sobre el alcoholismo y otras formas de adicción a fin de proporcionar una respuesta rápida a cuestiones de discapacidad dudosa, proporcionar al clérigo u otros individuos involucrados asesoramiento confidencial y ayudar en el monitoreo, la recuperación y la reintegración al ministerio.
12. Recomendamos que el Obispo Presidente y el Presidente de la Cámara de los Diputados designen a un grupo de trabajo para realizar una revisión de los cánones de la Iglesia y para identificar los impedimentos canónicos para la efectiva respuesta pastoral, la intervención y el tratamiento de la adicción y el abuso de sustancias. Este grupo de trabajo debe incluir personas que estén familiarizadas con la investigación y el análisis de esta comisión, personas que formen parte de la Comisión Permanente de Estructura, Gobernabilidad, Constitución y Cánones, y las familiarizadas con las políticas y prácticas de otras profesiones con respecto a abuso de sustancias y adicción.

En nuestra investigación, muchos han comentado que ni los actuales cánones del Título III ni los cánones disciplinarios del Título IV tienen disposiciones adecuadas para la intervención y el tratamiento de líderes discapacitados. Otras profesiones no solo tienen normas y políticas más claras que la Iglesia, sino que también tienen procesos formales de rendición de cuentas que están más orientados a la curación y la recuperación que al castigo.

13. Recomendamos específicamente que este grupo de trabajo informe de sus hallazgos y recomendaciones a la Comisión Permanente de Estructura, Gobernabilidad, Constitución y Cánones, que a su vez deberá:
 - a. Revisar los cánones actuales a la luz de cualesquiera cambios que puedan ser aconsejables en respuesta a las recomendaciones enumeradas anteriormente.
 - b. Revisar los actuales cánones del Título III y del Título IV junto con las prácticas rectoras o reglamentarias de otras denominaciones y profesiones a fin de identificar los impedimentos canónicos a la respuesta pastoral efectiva a la adicción y el abuso de sustancias.
 - c. Desarrollar cánones para facultar la intervención y el tratamiento efectivo de los líderes con discapacidades, y ofrecerles también incentivos para presentar

autoinformes y para cooperar con la intervención y el tratamiento.

- d. Recomendar cambios a los requisitos de licencia para todos los líderes ordenados para los cuales puede que sea necesaria la intervención, el tratamiento y la reintegración.
- e. Considerar la posibilidad de crear políticas y apoyos canónicos para la intervención y el tratamiento de obispos discapacitados basados en las políticas y prácticas de la Iglesia Evangélica Luterana en Estados Unidos.¹⁷

Apéndices

Apéndice 1

Resoluciones de 2015 del Consejo Ejecutivo y la Cámara de los Obispos Establecimiento de la Comisión sobre Discapacidad y Liderazgo

FFM 081 Comisión sobre Discapacidad y Liderazgo

Lo siguiente es una copia fiel de una Resolución aprobada por el Consejo Ejecutivo en su reunión del 19 al 21 de marzo de 2015 en la que hubo quórum y votación.

Se resuelve, que el Consejo Ejecutivo de la Iglesia Episcopal, reunido en Salt Lake City el 21 de marzo de 2015, ratifique la resolución del 17 de marzo de 2015 de la Cámara de los Obispos (explicada a continuación); y además

Se resuelve, que la revisión del presupuesto de 2015 incluya 150.000 dólares para financiar el trabajo de esta comisión.

EXPLICACIÓN

Resolución de la Cámara de los Obispos del 17 de marzo de 2015:

Se resuelve, que la Cámara de los Obispos solicite al Obispo Presidente que designe, en consulta con el Presidente de la Cámara de los Diputados, una comisión independiente para investigar las dimensiones canónicas, del entorno, de conducta y de procedimiento de los asuntos que

¹⁷ Estas políticas se describen en el Capítulo 20 de las Constituciones, Estatutos y Resoluciones Continuas de la Iglesia Evangélica Luterana en Estados Unidos. Véase http://download.elca.org/ELCA%20Resource%20Repository/Constitutions_Bylaws_and_Continuing_Resolutions_of_the_ELCA.pdf

involucran la grave discapacidad de los individuos que sirven como líderes en la Iglesia, prestando especial atención a las cuestiones de adicción y abuso de sustancias. Solicitamos que los nombramientos para esta comisión incluyan a personas con experiencia profesional o personal en las distintas discapacidades, y que sean miembros de iglesias integrantes en Plena Comunión y miembros de esta Iglesia. Solicitamos, además, que un informe del trabajo de la comisión incluya recomendaciones tanto para la acción como para su posterior revisión, según corresponda, a fin de aclarar las líneas de autoridad, garantizar la responsabilidad mutua y promover la justicia, el bienestar y la seguridad dentro de la Iglesia y el mundo; y

Se resuelve, además, que la Cámara de los Obispos solicite al Comité Permanente Conjunto de Finanzas para la Misión del Consejo Ejecutivo que asigne fondos suficientes del presupuesto de 2015 para el trabajo de la comisión.

Los miembros de la Comisión de Discapacidad y Liderazgo fueron:

- Muy Rvdma. **Martha J. Horne**, Presidenta, *Decana y Presidenta Emérita, Seminario Teológico de Virginia*
- Rvdmo. **Mark Hollingsworth Jr.**, Vicepresidente, *Obispo de Ohio*
- Canóniga **Jill Mathis**, Secretaria, *Canóniga para el Ministerio de Transición, Diócesis de Pensilvania*
- Rda. **Jan M. Brown**, Fundadora y Directora Ejecutiva, *SpiritWorks Foundation Center for the Soul, Williamsburg, Virginia*
- Rda. **Mary Gray-Reeves**, *Obispa de El Camino Real*
- Rdo. **Mark S. Hanson**, *Obispo Presidente Anterior, Iglesia Evangélica Luterana en Estados Unidos*
- Rdo. Dr. **J. William Harkins**, *Terapeuta Matrimonial y Familiar; Teología Pastoral Consejería, Dr. en Teología Co-Director del Programa del Seminario Teológico Columbia*
- Muy Rda. **Cynthia Kittredge**, *Decana y Presidenta, Seminario del Sudoeste*
- Rvdmo. **Robert O'Neill**, *Obispo de Colorado*
- Rvdmo. **Sean Rowe**, *Obispo de Noroeste Pensilvania y Obispo Provisional Belén*
- Muy Rvdmo. Dr. **Steven L. Thomason**, *Médico; Deán de la Catedral de San Marcos, Seattle*

Consejero legal:

- Canónigo **William A. Powel III**, *Canciller y Canónigo del Ordinario, Diócesis de Ohio*

Miembros *ex officio*:

- Rvdmo. **Michael Bruce Curry**, *Obispo Presidente*
- Rda. **Gay Clark Jennings**, *Presidente de la Cámara de los Diputados*

Sr. **Jay Blossom** de la Diócesis de Pensilvania sirvió como editor de este informe.

Entre el 21 de noviembre de 2015 y el 8 de diciembre de 2016, la comisión se reunió en nueve ocasiones (incluidas cuatro veces en persona y cinco veces mediante conferencia telefónica).

Apéndice 2

Historia de recomendaciones canónicas

La Convención General se ocupó de cuestiones relacionadas con el alcohol ya desde 1979. La primera resolución, 1979-B122, *Solicitud que las diócesis establecieran comités sobre el alcoholismo*, incluía la solicitud de que cada diócesis de la Iglesia formara un Comité sobre el alcoholismo bajo la guía del obispo. Además, acordó que los comités trabajarían conjuntamente con organizaciones locales y regionales para ofrecer materiales educativos y capacitación sobre el tema del alcoholismo y sus efectos sobre la calidad de vida. También se solicitó a cada diócesis que desarrollara por escrito políticas con respecto al alcohol que consideraran:

1. Abordar los problemas de educación, prevención, intervención y tratamiento.
2. Un procedimiento escrito para el tratamiento de clérigos y empleados diocesanos y miembros de sus familias que están afectados por el alcoholismo.
3. Una sección que contenga una declaración que cubra el uso de bebidas alcohólicas durante las funciones de la Iglesia y en las instalaciones de la Iglesia, especialmente en lo que se refiere a opciones no alcohólicas.
4. Proporcionar una declaración normativa para empleados que incluya garantías de seguridad laboral y cobertura de seguro cumpliendo un curso de atención prescrito (tratamiento).
5. Brindar ayuda o aliento al clero y a los líderes laicos que trabajan con alcohólicos y sus familias.

La parte final de la resolución indicó que el Consejo Ejecutivo de la Convención General también debe cumplir con las disposiciones 2, 3 y 4.

En los años siguientes, se aprobaron resoluciones adicionales con respecto al alcoholismo, muchas de las cuales se referían a 1979-B122, la resolución original de 1979.

Entre los dos asuntos adicionales de gran importancia para la Iglesia que abordan asuntos relacionados con el alcoholismo en 1979 está la Resolución de la Diócesis de Maryland sobre políticas y directrices sobre alcoholismo, que fue aprobada por unanimidad el 12 de marzo de 1979, en la 195.^a Convención Diocesana de Maryland. El otro asunto fue la consiguiente investigación y el respectivo informe: “Examen del alcoholismo como factor entre los clérigos de la Iglesia Episcopal discapacitados médicamente”, realizado por la Rda. Halsey Cook para el Presidente y Fideicomisarios del Fondo de Pensiones de la Iglesia en mayo de 1979. El primer asunto contribuyó a la resolución de la Convención General que se aprobó en 1979, [conocida como] 1979-B122, solicitando que las diócesis establezcan comités sobre el alcoholismo. El

segundo asunto condujo a la sugerencia, en 1979, de que el Fondo de Pensiones de la Iglesia respaldara la creación de una oficina que proporcionara algunos recursos básicos sobre alcoholismo en el entendido de que el gasto para este [proyecto] con seguridad sería “más que recuperado contando con menos casos de pagos por discapacidad médica en el futuro”.

En la Convención General de 2006, la Iglesia aprobó una extensa revisión de los cánones del Ministerio del Título III mediante la Resolución 2006-A082. El trabajo inicial y la redacción de esta resolución se completaron entre 2003 y 2006 por la Comisión Permanente de Ministerio. Aunque la Comisión discutió y propuso formas de abordar la discapacidad del clero, ninguna fue adoptada por la Convención General en aquel año.

Las propuestas para abordar la discapacidad del clero se hicieron en la Convención General de 2009 y nuevamente en la Convención General de 2012. En 2009, el Comité sobre Ministerio recibió un informe del Grupo de Trabajo II del Título IV, que se había reunido durante el trienio anterior, explicando detalladamente la necesidad de considerar las revisiones canónicas relacionadas con la discapacidad del clero. En respuesta a ese informe, el Comité sobre el Ministerio propuso la resolución 2009-A186, que remitió la cuestión de “enmiendas canónicas para abordar las necesidades y circunstancias de los Miembros del Clero que pueden verse discapacitados por causas físicas, mentales o relacionadas con el abuso de sustancias” a la Comisión Permanente de Desarrollo Ministerial para su estudio y para hacer recomendaciones a la Convención General de 2012.

En 2012, la Comisión Permanente sobre Desarrollo del Ministerio presentó la resolución 2012-A066 sobre la discapacidad del clero que proponía un proceso canónico del Título III en lugar de un proceso disciplinario del Título IV el cual permitía a los obispos atender al clero que tuviera problemas con “causas físicas, mentales o relacionadas con el abuso de sustancias”. La propuesta se aprobó en la Cámara de los Obispos, pero fue remitida a la Comisión Permanente de Constitución y Cánones por la Cámara de los Diputados. (El texto completo de la resolución está disponible en http://episcopalarchives.org/cgi-bin/acts/acts_resolution-complete.pl?resolution=2012-A066.)

La Comisión Permanente de Constitución y Cánones revisó exhaustivamente el proceso a lo largo del trienio. El informe del Libro Azul 2015 del comité concluyó lo siguiente con respecto a 2012-A066:

Esta resolución proponía agregar un nuevo Canon III.9.14 que requeriría y autorizaría a los obispos tomar ciertas medidas, en algunos casos con la participación del Comité Permanente, con respecto a un miembro del clero que se considera “seriamente discapacitado”.

Luego de considerar la propuesta y consultar con sus proponentes, la Comisión llegó a tres conclusiones. En primer lugar, si bien entendió la grave situación que existe cuando un clérigo discapacitado continúa desempeñándose como rector de una congregación y

el daño que puede ocasionar, la Comisión determinó que el cambio canónico propuesto por la A066 contenía una discutible ambigüedad en sus términos, así como posibles contradicciones con otros cánones, suscitando dudas sobre si la propuesta protegía el debido proceso de los clérigos que se consideraban discapacitados.

En segundo lugar, la A066 no abordó los costos para la diócesis y para los clérigos que se consideraban discapacitados. Finalmente, la Comisión es de la opinión de que el actual Canon IV.7 que dispone una Directiva Pastoral a un Miembro del Clero puede ser utilizado de manera suficiente para abordar la situación de un clérigo discapacitado. Con ese fin, la Comisión decidió no presentar la A066 o una enmienda modificada de la misma a la 78.ª Convención General.

Apéndice 3

Resoluciones de la Convención General en 2015

Grupo de trabajo A158-GC2015 para examinar y revisar la normativa sobre abuso de sustancias, adicción y recuperación

Comité:

22 - Proponente de abuso de alcohol y otras drogas:

22 - Abuso de alcohol y otras drogas

Texto finalizado

Se resolvió, que siendo la Cámara de los Obispos de la misma opinión, que la 78.ª Convención General reconoce la tolerancia de larga data de la Iglesia Episcopal del uso del alcohol que, en algunos casos, ha contribuido a su uso indebido, y ha socavado un clima de integridad y santidad para todos; que nuestra cultura de la Iglesia con demasiada frecuencia evita las conversaciones difíciles sobre el consumo de alcohol y el papel del perdón y la compasión en la curación y la recuperación; y que la Iglesia Episcopal ahora se compromete a crear una nueva actitud en nuestra relación con el alcohol. Aspiramos a ser un lugar en el que las conversaciones sobre el alcohol, el uso indebido de sustancias o la adicción no sean simplemente sobre el tratamiento, sino sobre la renovación, la justicia, la integridad y la curación. Afirmamos que los Ministerios de Recuperación de la Iglesia Episcopal han sido y siguen siendo un recurso valioso para este trabajo; y además

Se resolvió que la 78.ª Convención aprueba la siguiente normativa sobre el abuso de alcohol y otras sustancias y alienta a las diócesis, congregaciones, seminarios, escuelas, ministerios de jóvenes adultos e instituciones afiliadas a actualizar sus normativas sobre el uso de alcohol y otras sustancias susceptibles de un uso indebido. Estas normas deberían considerar lo siguiente:

1. La Iglesia debe proporcionar un ambiente seguro y acogedor para todas las personas, incluidas las personas en recuperación.
2. Se deben obedecer todas las leyes federales, estatales y locales vigentes, como las que rigen el servicio de bebidas alcohólicas a menores de edad.
3. Algunas diócesis y congregaciones pueden decidir no servir alcohol en eventos o reuniones. Otras pueden decidir permitir un uso limitado de bebidas alcohólicas en eventos patrocinados por la Iglesia. Ambos casos pueden ser apropiados si se abordan con atención.
4. Cuando se sirve alcohol, debe ser supervisado y a aquellos que muestran signos de ebriedad no se les debe dar más. Siempre que se sirva alcohol, el rector, el vicario o el sacerdote a cargo deben designar a un adulto para supervisar el consumo. Dicho adulto no debe tomar bebidas alcohólicas mientras ejerce sus responsabilidades. Si se sirve licor fuerte, se requiere una persona certificada.
5. Se desaconseja rotundamente servir bebidas alcohólicas en eventos congregacionales donde haya menores presentes. Si hay menores presentes, el alcohol se debe servir en una estación separada que esté supervisada en todo momento para evitar el consumo de alcohol por menores de edad.
6. Las bebidas alcohólicas y no alcohólicas deben estar claramente etiquetadas como tales. La comida preparada con alcohol no necesita ser etiquetada siempre que el alcohol se evapore por completo por el proceso de cocción; sin embargo, se recomienda que incluso en este caso, el uso de alcohol en la cocina se indique en una etiqueta.
7. Siempre que se sirva alcohol, se deben ofrecer bebidas alternativas sin alcohol que llamen la atención, igualmente visibles y accesibles.
8. El servicio de bebidas alcohólicas en eventos de la Iglesia no debe publicitarse como una atracción del evento, por ejemplo “Recepción de vino y queso”, “cóctel” y “degustación de cerveza y vino”.
9. Los ministerios dentro o fuera de las congregaciones se asegurarán de que el consumo de alcohol no sea el enfoque del ministerio y que el consumo de alcohol no sea una actividad exclusivamente normativa.
10. Se debe servir comida cuando haya alcohol presente.
11. Los grupos u organizaciones que patrocinan la actividad o evento en el que se sirven las bebidas alcohólicas deben contar con el permiso del clero o la junta parroquial. Dichos grupos

u organizaciones también deben asumir la responsabilidad de las personas que puedan embriagarse y deben proporcionar transporte alternativo a cualquier persona cuya capacidad para conducir pueda verse afectada. Se aconseja consultar con las compañías de seguro de responsabilidad civil.

12. Reconociendo los efectos del alcohol similares a un psicofármaco, las bebidas alcohólicas no se servirán cuando se lleven a cabo asuntos de la Iglesia.
13. El clero deberá consagrar una cantidad apropiada de vino al celebrar la Eucaristía y realizar abluciones de una manera tal que no fomente o promueva el uso indebido.
14. Instamos al clero a reconocer la eficacia de recibir el sacramento solamente bajo una especie y considerar la posibilidad de ofrecer vino sin alcohol.

Y que además

Resuelto que, consciente de la emergente legalización de otras sustancias adictivas y del creciente aumento de la adicción, el Consejo Ejecutivo de la Iglesia Episcopal se encargue de la pronta disponibilidad, implementación y desarrollo continuo de esta normativa en toda la Iglesia, en consulta y coordinación con los Ministerios de Recuperación de la Iglesia Episcopal.

A159-GC2015 El papel de la Iglesia en la cultura del abuso del alcohol y otras drogas

Comité:

22 - Proponente de abuso de alcohol y otras drogas:

22 - Abuso de alcohol y otras drogas

Texto finalizado

Resolvió, que siendo la Cámara de los Obispos de la misma opinión, que la 78.^a Convención General reconoce que el campo de los trastornos por uso de sustancias y la adicción ha avanzado sustancialmente desde 1985 cuando la 68.^a Convención General aprobó la normativa actual, reconociendo que el consumo de alcohol, la adicción y la recuperación todos ellos envuelven dimensiones biológicas psicológicas, sociales y espirituales; y además

Resolvió que, ya que el Santo Bautismo es la entrada a la vida de integridad y santidad y la adicción interrumpe las relaciones con Dios, con los demás y con nosotros mismos, deteriorando el cuerpo, la mente y el espíritu, la Iglesia, respetando la dignidad de cada ser humano, tiene responsabilidad moral y ética para:

1. Enfrentar y arrepentirse de la complicidad de la Iglesia Episcopal en una cultura de alcohol, de negación y propiciadora,
2. Incepar a las normas culturales que promueven la adicción,
3. Promover prácticas espirituales como un medio de prevención y curación,
4. Abogar por el financiamiento público y la cobertura del seguro médico para la prevención, intervención, tratamiento y recuperación, y colaborar con personal comunitario calificado que ofrece estos servicios, respondiendo con atención pastoral y responsabilidad.

Y que además

Resolvió que la Iglesia Episcopal afirma la necesidad de ejercer un ministerio de curación para todas las personas afectadas por la adicción y alienta a todos los miembros de la Iglesia Episcopal a buscar la curación en su vida personal, profesional, relacional y vocacional, y buscar ayuda al primer signo de la enfermedad de la adicción; y además

Resolvió que la Iglesia Episcopal reconoce que la epidemia de adicciones tiene un impacto social, económico, ambiental y espiritual sumamente adverso en todas las comunidades y presenta desafíos particulares para las comunidades de personas marginadas en el hogar y en el extranjero; y además

Resolvió que la Iglesia Episcopal ordena a las diócesis a trabajar en asociación con el *Episcopal Church Medical Trust*, los Ministerios de Recuperación de la Iglesia Episcopal y las organizaciones comunitarias para abordar la prevención, intervención/desviación, educación, defensa, tratamiento y recuperación de manera más eficaz, incluido el desarrollo de una lista de terapeutas y consultores capacitados que estén disponibles para ayudar al clero y a los laicos en este proceso educativo.

D014-GC2015 Cuestionar a los Ordenandos sobre la Adicción

Comité:

22 - Proponente de abuso de alcohol y otras drogas:

El muy reverendo Dr. Benjamín Shambaugh

Texto finalizado

Se resolvió, que siendo la Cámara de los Obispos de la misma opinión, que el clero auspiciador, las juntas parroquiales, las Comisiones sobre el Ministerio, los Comités Permanentes y los obispos que entrevistan y evalúan a los nominados, a los postulantes y a los candidatos para la ordenación investiguen directamente cuestiones relacionadas con el uso de sustancias en sus vidas y sistemas familiares; y además

Se resolvió, que los nominados, los postulantes y los candidatos que puedan tener problemas de adicción reciban los recursos adecuados y se remitan a profesionales calificados de salud mental, atención médica y/o adicciones para una evaluación adicional antes de proceder en el proceso de ordenación.

Apéndice 4

Profesiones con licencia: El proceso del profesional discapacitado

Profesión	Informe oficial	Informes de colegas	Investigación	Proceso del tratamiento	Suspensión	Monitoreo	Reintegración
Médicos	Junta médica estatal	Obligatorios	La regla de “un mordisco”, si el médico sigue el tratamiento requerido (OH).	Junta médica estatal supervisada, incluido el tratamiento hospitalario o ambulatorio.	Sí, pendiente de ingresar en el acuerdo de dependencia química de 5 años (AL).	Examen aleatorio de toxicología (AL): orina, sangre, esputo, pelo.	Se permite el regreso al ejercicio profesional durante el tratamiento y la supervisión. Además, después de un periodo de sobriedad o cumplimiento con el acuerdo, hasta 5 años.
Abogados	La Corte Suprema a través de la junta disciplinaria y las asociaciones del tribunal estatal.	Obligatorio si es un contexto no confidencial; si es confidencial “podría” también reportarse	La junta disciplinaria investiga	La junta disciplinaria puede ordenar un tratamiento	Mínima de 30 días. Acuerdos de tratamiento: de 2 a 5 años (Programa de Asistencia a Abogados, OH).	Tipo y extensión depende del acuerdo de tratamiento	Luego de 2 a 5 años
Enfermeras	Junta estatal de enfermería	Obligatorios. Una vez reportado, la enfermera puede inscribirse al "programa alternativo de dependencia química o trastorno de uso de sustancias" (OH).	Solicitud revisada o investigada por la junta estatal de enfermería	Aprobación de programa alternativo; abstención de alcohol o drogas; completar el programa de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias; exámenes aleatorios de drogas o alcohol; aprobación para buscar empleo como enfermera.	Se requiere renunciar a la licencia dentro de los 10 días de la solicitud al programa.	4 años de monitoreo (OH)	La junta de enfermería puede reintegrar luego de cumplimiento del acuerdo

Trabajadores sociales	Junta estatal de licencias	Debe acercarse a un colega; informar a los entes reguladores si el individuo no informa (Código Int. de Ética, 2.09)	Junta Estatal de Licenciamientos	Intervención permitida para profesionales con licencia	Se suspende la licencia	Supervisión continua posterior al tratamiento (OH)	Luego del tratamiento y la rehabilitación; no hay un calendario específico.
Pilotos	NTSB y FAA	Autoinforme (o informe de colegas)	NTSB	Programa de asistencia al empleado (con la Asociación de pilotos de Aerolíneas) con tratamiento y monitoreo	Se suspende la licencia	Sí	Luego de los 30 días de sobriedad

Nota: Las normativas y procedimientos de muchas profesiones varían de estado a estado.