

## **SITUACIONES COMUNES QUE ENFRENTAN SACERDOTES Y PERSONAS EN VIDA CONSAGRADA RELACIONADAS CON LA EXPRESIÓN DE SU AFECTIVIDAD Y SEXUALIDAD**

**Luisa M. Saffiotti**

*Centro Kairos, Bethesda  
Maryland, Estados Unidos*

**Resumen:** La mayoría de las dificultades y sufrimientos que experimentan los sacerdotes y las personas en vida consagrada se relacionan con problemas en la expresión de su afectividad y sexualidad. Las dificultades que suelen encontrarse en sacerdotes y religiosas(os) incluyen el acting-out sexual (contacto sexual con menores y adultos y actividad sexual por Internet), comportamientos de naturaleza adictiva-compulsiva, trastornos de personalidad, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y una calidad empobrecida de la vida de celibato consagrado/ordenado. En este artículo se revisan los diferentes tipos de dificultades y se consideran las razones principales para su desarrollo.

**Palabras clave:** Priests and people in consecrated life experience difficulties in the expression of their affectivity and sexuality. Some of them experience great suffering because of this. The most usual difficulties priests and consecrated persons go through include sexual acting-out (sexual contact with minors or adults and sexual activity on the internet), addictive-compulsive behaviors, personality disorders, mood disorders, anxiety disorders and a poor quality of consecrated/ordained celibacy. In this paper, the difficulties are reviewed and the main reasons for their development are considered.

**Key Words:** Priest; religious sisters/brothers; affectivity; sexuality; sexual acting-out; sexual addiction/compulsivity; personality disorders; mood disorders; poor celibate/consecrated/ordered life.

Existen sacerdotes y personas en vida consagrada que experimentan dificultades importantes con el manejo de su afectividad y sexualidad.

Una opción de vida que implica consagrarse al servicio de Dios y del prójimo antes que al logro de metas humanas importantes como la satisfacción de necesidades afectivas o genito-sexuales, es un compromiso difícil de asumir y llevar a cabo.

La realización de tal compromiso se dificulta aún más cuando existe un contexto sociocultural que sobrevalora la importancia de las experiencias genitales y menosprecia una opción de vida que no incluye entre sus objetivos principales la satisfacción de los deseos genito-sexuales.

No obstante, ahora más que nunca se necesita de sacerdotes y consagrados(as) cuyas vidas personales sean un ejemplo para los demás. Luigi Rulla, S.J., fundador de la escuela de psicología en la Universidad Gregoriana en Roma, descubrió en sus investigaciones que mientras el 66% de las personas consagradas son “eficientes” en sus apostolados, solo el 33% es “eficaz” (Rulla, 1971; 1979; Rulla, Imoda & Rudrick, 1986).

El consagrado eficaz no sólo cumple las tareas que se le encomiendan, sino que también logra dar testimonio del Reino de Dios a través de su persona y su manera de relacionarse con los demás.

A continuación describo las dificultades afectivas y sexuales comunes que, según mi experiencia, he encontrado en la vida sacerdotal y consagrada y que interfieren con el poder ser no sólo eficientes sino también eficaces como ministros del Evangelio.

Pero antes quisiera empezar ofreciéndoles dos definiciones de la sexualidad que amplían nuestra comprensión sobre ella, y la colocan en relación con la dimensión de la afectividad.

### **Definiciones de la sexualidad**

Normalmente en la sociedad, los medios de comunicación y la publicidad, la sexualidad es reducida a la genitalidad.

Tal reducción limita en gran manera la posibilidad de adquirir una sexualidad integrada, equilibrada y sana. Puesto que hay bastantes personas en el sacerdocio y la vida consagrada que tienen una visión muy limitada sobre lo que es la sexualidad, y que por lo tanto corren un mayor riesgo de enfrentar problemas con ella, me parece importante presentar

una definición amplia de la sexualidad.

La sexualidad es la totalidad de nuestra energía para estar vivos y para relacionarnos con los demás. La sexualidad es una energía abarcadora en nuestro interior, que se experimenta como una “necesidad imperiosa de superar nuestra finitud”. Se expresa en nuestro impulso de amor, de estar en comunidad, de tener amistad, familia, afectos, totalidad, creatividad, regocijo, gozo, humor, autotrascendencia. Es la energía interior que incesantemente funciona para que no nos sintamos solos (Rolheiser, 1999).

**Les** invito a tener presente esta visión amplia de la sexualidad a la hora de considerar los problemas que frecuentemente enfrentan las personas consagradas y los sacerdotes. Dificultades más frecuentes

### **“Acting-out”**

En general, el acting-out es un comportamiento impulsivo que se expresa por la realización de un acto.

Es una manifestación de dinámicas interiores desordenadas. El acting-out puede manifestarse en muchas áreas diferentes. Algunos ejemplos son: explosiones de cólera y agresividad, retraerse enojado, no comunicarse con los demás durante varios días, tomar excesivamente cuando se experimenta una soledad dolorosa, y usar la propia autoridad sobre los demás para sentirse “poderoso” y capaz de “controlarlos”.

Consideraré ahora las formas de acting-out más frecuentes en personas consagradas y sacerdotes, no sin antes incluir unas pocas palabras sobre la dinámica del acting-in (“actuar hacia adentro”).

### **“Acting-in”**

En la vida religiosa/sacerdotal se encuentran muchas personas que tienen problemas con el manejo de su afectividad y su sexualidad. Estas dificultades las llevan a adoptar formas de acting-in, es decir, comportamientos defensivos insanos que rechazan y niegan la energía emocional y sexual, dirigiéndola hacia el interior y bloqueándola ahí.

El acting-in se manifiesta en una manera de vivir “desencarnada,” en donde se sobrevaloran el intelecto y el espíritu. Las emociones, como la experiencia corporal, se desvaloran y se miran con desconfianza porque suscitan miedo.

Las personas que han adquirido patrones de acting-in frecuentemente manifiestan una espiritualidad y una visión de la vida rígida, inflexible, escrupulosa, sin libertad, carente de creatividad y alegría. Estas personas a menudo dan la impresión de ser “apagadas,” sin energía vital.

## **Formas comunes de acting-out**

### ***Acting-out sexual***

Estos son comportamientos inapropiados que tienen consecuencias importantes no solo para las personas que se involucran en ellos, sino también para las personas que son víctimas de estos comportamientos. Ciertas formas de acting-out sexual son las que más se encuentran en sacerdotes y religiosos(as).

### ***Violaciones de los límites***

Son conductas que sobrepasan las fronteras de una relación, sobre todo de una relación ministerial. Hay diferentes grados de gravedad, pero siempre las violaciones de los límites implican una ruptura de una relación de confianza. Las violaciones de los límites incluyen casos de pedofilia y efebofilia, y también contactos sexuales con personas con quienes se tiene una relación ministerial o profesional que implica límites específicos (por ejemplo formador/formando, profesor/estudiante, dueño/empleador y terapeuta/paciente, entre otras).

### ***Actividad sexual con adultos***

Esta actividad se refiere a contactos sexuales, incluso genitales, donde no hay una violación de límites pues no existe una relación profesional/ministerial. No obstante, también estas son actividades inapropiadas, como por ejemplo contactos sexuales anónimos y de explotación.

### ***Actividad sexual por Internet***

Esta actividad implica el contacto con la pornografía u otro material sexual por Internet, viendo a adultos o a menores. Si la persona está viendo a menores, eso cuenta como comportamiento pedofílico o efebofílico.

En muchos años de trabajo, frecuentemente he escuchado a personas que utilizaban pornografía decir: “No estoy dañando a nadie; ¿cuál es el problema?” El “problema” es que

el uso de pornografía y otras actividades sexuales por Internet es un comportamiento inadecuado, no relacional, generalmente secreto, una expresión no integrada de curiosidad o hasta de frustración sexual.

Además hay otro problema, sobre todo para personas en el ministerio. Es una cuestión de justicia: utilizando la pornografía en la Internet uno contribuye a crear un mercado para ella y para la explotación de las mujeres, de los niños y aun de los hombres involucrados en la producción de ese material pornográfico.

Otra dificultad radica en que se establece una relación con otros, con uno mismo y con la propia sexualidad donde se es un objeto en lugar de un ser humano. En un mundo donde las personas se ven como un objeto y donde esta objetivación contribuye a formas muy graves de explotación, incluso el tráfico sexual de seres humanos, contribuir a sostener esa realidad a través del uso de la pornografía es un acto lamentable.

La pornografía por Internet es especialmente problemática por la facilidad de acceso, por el aislamiento que provoca y por la variedad de material disponible. El consumo de pornografía por Internet es un problema que se ha hecho muy fuerte entre sacerdotes y religiosos, incluso seminaristas de todas partes.

Además del consumo de material pornográfico por Internet, otros usos de la pornografía incluyen el ver revistas o videos pornográficos.

#### **Una nota sobre la “adicción/compulsión sexual”**

La “adicción/compulsión sexual” es un comportamiento adictivo/compulsivo que incluye el uso compulsivo de la pornografía, la búsqueda compulsiva de encuentros y contactos anónimos o con prostitutas, y la práctica de la masturbación compulsiva.

“Compulsión” es un término que se utiliza para referirse a conductas o actos mentales que una persona se siente “impelida” a realizar, que son repetitivas y que implican tiempo. Tiene sentido hablar de “comportamiento sexual adictivo/compulsivo” cuando es compulsivo y no controlable a pesar de los esfuerzos de la persona por ejercer el dominio propio.

Estos comportamientos, realizados de manera compulsiva (repetitiva), son “adictivos” en cuanto reflejan un proceso de buscar una actividad que altere el estado de ánimo y que es tan reforzante que la persona pierde la capacidad de optar libremente y de

evitar esa actividad.

Por ejemplo, he trabajado con sacerdotes que buscaban encuentros sexuales de manera adictiva/compulsiva. Estas personas habían hasta escondido las llaves de sus carros para evitar salir a buscar aventuras sexuales. No obstante, sus deseos e impulsos eran más fuertes que sus intenciones y una y otra vez se veían involucrados en la misma situación.

### **Otros tipos de acting-out**

#### ***Abuso y adicción al licor***

El abuso del licor (y la adicción a él) frecuentemente se asocia con el acting-out sexual y con comportamientos violentos. Es importante tener presente que la mayoría de los casos de abusos sexuales de menores ocurren cuando los adultos han abusado del licor. El abuso de licor desinhibe los comportamientos agresivos en muchas personas.

Además, otro factor que contribuye al consumo, abuso y adicción al alcohol es la aceptación social que tiene esta práctica. Esto puede notarse en la racionalización de que el consumir licor “no daña a nadie”.

El alcohol es un agente depresor del sistema nervioso. No obstante, como se observa en sacerdotes y personas en vida consagrada, suele ser utilizado como una estrategia para afrontar estados de ánimo negativos, como la depresión. Paradójicamente, el consumo de alcohol aumenta los síntomas depresivos en lugar de disminuirlos.

#### ***Otras adicciones y actividades compulsivas (adicciones a sustancias o procesos)***

Otras adicciones y actividades compulsivas incluyen el uso compulsivo/adictivo de otras drogas, de la comida, del dinero, y la adicción al trabajo (el “activismo”). Estas adicciones y actividades a menudo se utilizan como estrategias para enfrentar emociones negativas.

La dimensión de acting-out en las adicciones está presente porque las personas no logran manejar o expresar adecuadamente su energía y sus necesidades afectivo-sexuales. La dinámica central de toda adicción es que la persona, cuando experimenta la presión de emociones fuertes (por ejemplo soledad, ansiedad, estrés, deseo sexual, vergüenza, dolor, miedo), en vez de buscar un verdadero contacto con otra persona para enfrentar su situación, se dirige a una sustancia, actividad o conducta para cambiar su estado de ánimo.

Cuando uno está deprimido, herido, enfadado, estresado, solo o necesitado, hay al menos dos opciones para manejar estos sentimientos. Una opción (la sana) es permitirse experimentar esos sentimientos, por muy desagradables que sean, poniéndoles un nombre, aceptando el mensaje que nos quieren transmitir (por ejemplo, “necesitas descansar más”, “estás viviendo una pérdida fuerte y tienes que dejarte apoyar”, “tienes que desarrollar tu vida social”) y buscando las relaciones como apoyo: hablar con un amigo, escribir una carta, pasar tiempo con Dios en oración y diálogo serio.

La otra opción (la malsana o la “adictiva”) tiene que ver con el no reconocer los sentimientos desagradables o no compartirlos con nadie, quedándose con ellos, utilizando como salida la búsqueda de una botella, de Internet, u otra estrategia que produzca un cambio en el estado de ánimo.

El poder adictivo de la opción antes descrita radica precisamente en su capacidad de alterar fácil y rápidamente el estado de ánimo, lo que no sucede si se elige una opción más apropiada como confrontar los sentimientos negativos propios y ventilarlos con una persona de confianza.

#### ***Uso inapropiado del poder***

El uso inapropiado o el abuso del poder en el sacerdocio y la vida consagrada se relaciona con el hecho de canalizar equivocadamente la energía sexual (como sucede con otras formas de acting-out).

La manipulación, explotación, seducción u opresión de las personas (aún si no tiene una connotación “sexual”) indica generalmente una conexión entre la sexualidad y el poder y la gratificación sexual que se asocia a menudo con el hacer sentir el propio poder de manera poco sana, con “hacer sentir” el poder genital.

Los contextos culturales en donde el sacerdote es percibido como una figura de autoridad que posee cierto estatus social pueden contribuir a que el sacerdote pierda la perspectiva y el juicio sobre su propio comportamiento, o a que adopte racionalizaciones como “el ser ‘intocable’”, las cuales a veces pueden, desafortunadamente, ser ciertas.

En contextos clericales, donde hay fuertes estructuras jerárquicas, reverencias, regalos y preferencias mostradas a los sacerdotes, pueden ocurrir fácilmente los abusos de poder y las insinuaciones sexuales.

La diferencia de poder entre personas en formación y sus formadores alimenta y

configura la expresión de las energías, seducciones y manipulaciones sexuales que se pueden presentar ya sea entre hombres o entre mujeres.

Suele ser un asunto delicado cuando los ministros, sobre todo los sacerdotes en puestos de liderazgo, pierden de vista la dimensión del servicio a los demás inherente a su ministerio. El servicio al prójimo debería ser una dimensión central en el ministerio sacerdotal. No alimentar esta dimensión suele generar diferentes problemas, como por ejemplo las dificultades en el manejo de la afectividad y la sexualidad.

En los Estados Unidos, el dolor, la ira y el sentido de traición generado por los abusos sexuales a menores perpetrados por sacerdotes, ha aumentado por la manera en que los obispos manejaron esa situación. El encubrimiento, la negación y minimización del problema, la evasión de la responsabilidad y la aplicación de un “fuero propio” han sido comportamientos que han dañado la imagen, la credibilidad y la autoridad pastoral de la Iglesia Católica mucho más que los mismos actos abusivos cometidos por miembros del clero.

#### ***Otras manifestaciones del abuso de poder***

Es importante y urgente considerar cómo la cuestión del poder se relaciona con el desarrollo de dificultades afectivo-sexuales y de comportamientos sexuales inapropiados como el abuso sexual.

En Latinoamérica, muchos menores y mujeres (generalmente pobres) son víctimas de abusos sexuales cometidos por misioneros norteamericanos y europeos. No obstante, una buena parte de estos abusos quedan sin denunciar cuando la policía y los sistemas de justicia son corruptos y se confabulan de manera implícita para que estos actos no se castiguen.

Por ejemplo, hace aproximadamente dos años salió a la luz el caso de una comunidad africana de religiosas que durante años habían sido víctimas de abusos por parte de unos sacerdotes, sin que pudieran protegerse ni recibir ningún tipo de ayuda. Las religiosas no podían hablar, porque si lo hacían corrían el riesgo de ser expulsadas por sus superiores debido a que no eran vírgenes, y tampoco podían volver a sus familias por temor a ser rechazadas. Los sacerdotes también amenazaban constantemente a las religiosas si se atrevían a hablar. Muchas de estas religiosas quedaron embarazadas y fueron despedidas de su comunidad religiosa.

Los abusos de poder más evidentes, más graves y más impactantes en el ámbito de la Iglesia y en el ámbito social en general son cometidos por hombres. Esta realidad se encuentra en diversos países del mundo, especialmente en aquellos donde existe una cultura “patriarcal” o “machista” fuertemente arraigada.

El problema del abuso sexual en comunidades de religiosas es enorme. Por lo tanto, es urgente empezar a abordar ese fenómeno de manera directa. Sin transformar las casas religiosas en comunidades terapéuticas, se puede empezar por brindar la oportunidad a aquellas religiosas que han sido víctimas de abusos para que “rompan su silencio” y expresen los sentimientos (rabia, vergüenza, dolor, etc.) relacionados con tales experiencias.

Por otra parte, existen situaciones donde se presenta el abuso de poder femenino. Antes de poder hablar del manejo inapropiado del poder en religiosas, es importante mencionar que en esta población suele haber una alta incidencia de historias de abusos sexuales, físicos y emocionales experimentados a lo largo de la infancia, la juventud e incluso la adultez.

Las experiencias de diferentes tipos de abuso en las historias de estas mujeres contribuyen a generar dificultades en las relaciones con los demás (confusión sexualidad-intimidad, manejo de límites) y en el manejo del poder (abuso de poder). En mi experiencia de trabajo clínico, el abuso de poder en las religiosas se relaciona frecuentemente con problemas de personalidad que surgen en parte como resultado de una historia de abusos.

Una forma de abuso de poder entre religiosas puede ser la renuencia de algunas religiosas en posiciones de liderazgo a dejar sus puestos con las funciones y privilegios inherentes a ellos (manejo de asuntos administrativos, poder de influencia sobre grupos provinciales, etc.). Esta situación puede obstaculizar el trabajo y la autoridad de las nuevas líderes en su intento por impulsar nuevos rumbos en sus comunidades religiosas.

Es posible plantear la hipótesis de que para las mujeres el manejo del poder está íntimamente vinculado con las relaciones interpersonales más que con el ejercicio mismo del rol. Cuando una religiosa deja un rol o un puesto con sus correspondientes responsabilidades, no es fácil para ella dejar las relaciones interpersonales que estableció cuando lo ejercía. Una parte del manejo del poder (poder de influencia) se queda y sigue siendo utilizada.

Estas dinámicas pueden presentarse de manera inconsciente en la religiosa, aún

cuando otras personas se den cuenta de que hay algo que “no está en su lugar”.

En los contextos de formación de religiosas pueden también identificarse situaciones de abuso de poder. El poder puede utilizarse para manipular a jóvenes en formación con el objetivo de recibir algún tipo de gratificación afectiva, o para influir en la toma de decisiones o votos o en el establecimiento de lealtades.

Entre mujeres religiosas se encuentran también situaciones de fuertes celos que pueden llegar a interferir con un manejo saludable del poder o conducir a utilizar el poder de influencia sobre los demás para obtener beneficios personales. Un ejemplo del manejo inadecuado del poder fue el caso de una hermana provincial de una pequeña congregación en EEUU (que me tocó acompañar), la cual tenía un problema de alcoholismo que estaba interfiriendo con su trabajo, y que además tenía una relación con un sacerdote “ex-alcohólico”.

La provincial negaba tener cualquier problema, y rechazaba los esfuerzos de algunas consejeras por ofrecerle ayuda. Por lo tanto, el consejo provincial se vio obligado a intervenir para poder enviarla a un tratamiento. De nuevo, ella rechazó la intervención alegando que “no tenía que obedecer” y que las consejeras “no tenían poder para obligarla”.

***Acting-out en forma de rupturas temporales del celibato consagrado debido a aspectos no resueltos del desarrollo afectivo***

Las “rupturas temporales del celibato consagrado” son relaciones de naturaleza afectiva y genito-sexual que se desarrollan entre sacerdotes/religiosas y otras personas (laicos/religiosos, sacerdotes) por mutuo consentimiento (no hay violaciones de límites), pero que no son coherentes con el compromiso público de castidad consagrada que realiza el sacerdote y la religiosa (o el religioso) al hacer sus votos.

En mi experiencia clínica, considero que estas “rupturas temporales del celibato consagrado” son manifestaciones de asuntos no resueltos en algunas etapas del desarrollo, sobre todo en las etapas en donde se trata de formar una identidad estable y donde se desarrolla la capacidad para una sana intimidad.

Para comprender las rupturas del celibato consagrado hay que considerar lo que experimenta una persona consagrada/ordenada.

Cuando se entra muy joven a la vida sacerdotal y consagrada, es posible que la persona empiece a reconocer áreas y asuntos no resueltos y quizás nunca enfrentados de su

realidad.

### **¿Qué sucede con el sacerdote y la religiosa (o el religioso) cuando descubre nuevas emociones**

(enamoramiento) y atracciones hacia otras personas? Algunos pueden sentirse obligados a “descubrir” qué es “el mundo”, sintiendo que “se han perdido algo” a lo largo de los años. Pueden entrar en relaciones que serían más propias de etapas evolutivas anteriores (que nunca se han vivido por completo). He visto frecuentemente una persona de 45 o de 36 años pasar por situaciones que serían típicas de un(a) joven de 18 o de 22 años...

Algunas personas experimentan “crisis temporales” donde se cuestionan su vocación a la vez que se involucran en relaciones románticas (incluso genitales). Sin embargo, a través de estas mismas experiencias deciden retomar su compromiso con nuevas fuerzas.

Otras personas se “pierden”. Como resultado de diferentes asuntos no resueltos en sus vidas, son vulnerables a tomar decisiones de manera impulsiva y se ven involucradas luego en situaciones dolorosas (una relación afectiva y genito-sexual que no funciona) que les dejan sintiéndose aún más “vacías y perdidas” que antes.

Según lo que he podido observar, hay cuatro elementos importantes para comprender por qué un sacerdote y una persona en vida consagrada se involucran en situaciones relacionadas con rupturas temporales del celibato consagrado:

1. La historia afectivo-sexual de la persona desde su infancia y cómo esa historia ha influenciado la decisión de entrar en el sacerdocio y la vida consagrada.
2. El sentido que la persona llega a encontrar en la situación que experimenta, el acceso a recursos de apoyo y asesoramiento que puedan ayudarla a enfrentar de manera constructiva su situación y la disponibilidad para dejarse acompañar.
3. El grado de intimidad en la relación con Dios y el lugar que esta relación ocupa en la vida de la persona.
4. La capacidad de tolerar y afrontar las tensiones inevitables y experiencias desagradables de la vida cotidiana. Cuando hay una auténtica e íntima relación con Dios, ésta contribuye de manera permanente al crecimiento personal,

como lo puede hacer un buen matrimonio. Por supuesto, uno cambia y crece, como lo hace la misma relación con Dios. Pero esa relación sigue siendo la base fundamental para encontrar sentido a las situaciones que se presentan y percibir las como oportunidades de crecimiento.

En algunos casos relacionados con rupturas del celibato consagrado, las personas llegan a darse cuenta de que no ingresaron al sacerdocio o a la vida consagrada de manera libre.

Aquellos que han logrado de manera gradual un nivel de madurez e integración en su vida espiritual, están dispuestos a entrar en un proceso de acompañamiento psicoterapéutico para trabajar aspectos no resueltos de sus áreas afectiva y sexual. Esto les permite luego tomar decisiones sanas y equilibradas para sus vidas.

Por el contrario, otras personas actúan de manera precipitada, motivados por una urgencia genital (sobre todo si han descubierto esa parte de ellas mismas por primera vez). Por lo general, estas personas no están dispuestas a iniciar un proceso de acompañamiento psicoterapéutico y son reacias a escuchar toda voz que les sugiera buscar ayuda. Se comportan de manera impulsiva y adoptan una actitud similar a la de los adolescentes.

#### **Factores que contribuyen al acting-out**

##### ***Patologías sexuales graves no sanadas***

Las patologías sexuales han recibido recientemente mucha atención de los medios de comunicación y han sido problemas sociales estudiados y documentados en las distintas culturas a lo largo de la historia. Evidentemente, el significado que se les atribuye a las conductas sexuales ha cambiado en las diferentes culturas y períodos históricos, pero las conductas siempre han estado presentes.

Es de vital importancia que los formadores y las personas en puestos de liderazgo entiendan este tipo de problemas, reconozcan a las personas que son vulnerables a este tipo de comportamientos y solucionen el problema de manera adecuada. En la actualidad ya no se justifica en ningún nivel la ordenación sacerdotal de personas que presentan claros problemas de conducta sexual que no se hayan resuelto y tratado.

### ***Sexualidad no integrada***

Este es quizás el problema sexual más común en la vida religiosa, al igual que en la sociedad en general. Es importante indicar que todos nosotros tenemos alguna experiencia sexual y afectiva que no hemos integrado en nuestra trayectoria de desarrollo. Es normal que esto ocurra cuando se trata de un proceso de desarrollo. La mayoría de nosotros integramos nuestra sexualidad en un grado suficiente como para reducir el riesgo de desarrollar comportamientos sexuales socialmente atípicos (parafilias) o ilegales (delitos sexuales).

La característica fundamental de la sexualidad no integrada es que la conducta de una persona, en algunas circunstancias, incomoda a los demás (si no se da el caso de que sea abusiva) aunque la persona no sea consciente de que la conducta es inapropiada.

Es como si algunos aspectos de la sexualidad de una persona se “derramaran” sin que esta se dé cuenta. Este “derramarse” apunta a algunos aspectos de la sexualidad que no se han integrado (es decir, que no se conocen, no se entienden o no se han arreglado).

En mi experiencia clínica, muchas veces he trabajado con personas que habían sido enviadas por sus superiores después de repetidas quejas de los fieles u otras personas por conductas sexuales inapropiadas. Al llegar a la terapia, estas personas no entendían cuál era el problema.

Dos ejemplos de una sexualidad no integrada pueden ser el de un sacerdote que siempre hace comentarios sexuales subidos de tono a las empleadas de la parroquia, que las abraza demasiado tiempo, y que intenta besarlas en la boca (incluso cuando no se acepta esto); y el de una religiosa formadora que tiene una relación muy estrecha con una joven que está en formación, que le hace siempre regalos especiales, que la invita a su habitación para entrevistas muy largas, que la abraza e insiste en acariciarle la espalda cuando no se siente bien, que sale a solas con ella y que se molesta y llora cuando la joven no la llama o no le escribe durante las semanas que pasa fuera de la casa de formación.

Con frecuencia, los orígenes del acting-out sexual y las dificultades para desarrollar relaciones íntimas sanas con los demás se encuentran en la desintegración de las áreas afectiva y sexual en la persona.

### ***Sexualidad compulsiva***

La característica principal de la sexualidad compulsiva es una intensa necesidad y preocupación por la búsqueda, realización y satisfacción de actividades sexuales, que

provoca malestar o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes del individuo.

Las actividades sexuales que se relacionan con un comportamiento sexual compulsivo incluyen múltiples aventuras sexuales con diferentes compañeros a los que se trata como objetos sexuales, contacto frecuente con material pornográfico, práctica recurrente de la masturbación, y la práctica de comportamientos sexuales socialmente atípicos conocidos como parafilias, desviaciones o perversiones sexuales (por ejemplo “samuelear” a otros o lo que se conoce como voyeurismo).

La persona que se involucra en un comportamiento sexual compulsivo se debate a menudo entre su deseo de buscar, realizar y satisfacer diferentes actividades sexuales y los intentos recurrentes por controlar o regular este deseo. Con frecuencia la persona se da cuenta de que su comportamiento es problemático y se siente abatida por ello. No obstante, una y otra vez fracasa en su intento por controlar su comportamiento sexual compulsivo.

El comportamiento sexual compulsivo, al igual que sucede con otras compulsiones, se utiliza como una estrategia para prevenir o aliviar la ansiedad. Por lo tanto, antes de trabajar directamente con el comportamiento sexual compulsivo, hay que trabajar con la persona en las causas subyacentes de su ansiedad (soledad emocional, estrés y depresión, entre otras).

Cuando los formadores o líderes de la comunidad se encuentran con un hermano que lucha contra el comportamiento sexual compulsivo, conviene saber que la persona no puede cambiar por sí sola su conducta (no basta su buena voluntad para cambiar). Será necesaria la ayuda profesional para confrontar la compulsividad sexual.

Un modelo terapéutico viable puede ser el de los doce pasos de Alcohólicos Anónimos, aplicado al problema de la compulsión sexual.

### ***Efebofilia***

Es un trastorno sexual cuya característica esencial supone actividades sexuales con adolescentes de trece años o mayores. Los individuos que presentan este trastorno manifiestan sentirse sexualmente atraídos por los adolescentes.

En la Iglesia Católica (principalmente de Estados Unidos), la mayoría de abusos sexuales a menores cometidos por sacerdotes son contra adolescentes y no contra niños. Por lo tanto, se debe hablar de efebofilia más que de pedofilia.

Con frecuencia, las personas que presentan este trastorno se han quedado “atrapadas”

en una etapa adolescente de su ciclo de desarrollo vital. En sus historias personales es frecuente encontrar habilidades deficientes para desarrollar relaciones íntimas apropiadas con adultos de su edad. Por consiguiente, en las relaciones con los adolescentes buscan satisfacer las diferentes necesidades afectivas y sexuales que no logran llenar en las relaciones con los adultos.

### ***Pedofilia***

Es un trastorno sexual cuya característica principal implica la realización de actividades sexuales con niños prepúberes (generalmente de 13 años de edad o menos). Las personas que presentan pedofilia declaran sentirse sexualmente atraídas por los niños dentro del margen de edad antes mencionado.

Los individuos con este trastorno pueden realizar diferentes actividades de naturaleza sexual con los niños como desnudarlos, observarlos, exponerse frente a ellos, masturbarse en su presencia, acariciarlos y tocarlos suavemente, efectuar felaciones (contacto buco-genital con el pene) o cunnilingus (contacto buco-genital con la vagina); penetrar la vagina, la boca o el ano del niño con los dedos, con objetos extraños o con el pene.

En general suele ser muy difícil “curar” la pedofilia. Sin embargo, la psicoterapia puede ayudar a que las personas desarrollen habilidades para manejar la atracción sexual hacia los niños de modo que el riesgo de involucrarse en comportamientos sexuales abusivos o ilegales se reduzca al mínimo.

### **Historia de trauma no sanado**

Un trauma psicológico es una vivencia que aparece de modo brusco y afecta al individuo de manera profunda, particularmente su funcionamiento cognitivo (pensamientos), emocional

(emociones) o conductual (comportamiento). Entre los acontecimientos traumáticos que pueden originar un trauma se incluyen experiencias de violencia interpersonal como el abuso sexual, físico y psicológico, el descuido y el abandono por parte de los padres.

Cuando la persona no sana sus traumas o no trabaja sobre ellos, tiene una historia de traumas no sanados. Las personas en esta condición tienen mayores posibilidades de desarrollar en un futuro diferentes dificultades que una persona que ha realizado un trabajo terapéutico con sus experiencias traumáticas.

**Problemas con la autoridad**

Una historia personal de problemas con la autoridad (que tiene sus raíces en la infancia) puede contribuir al desarrollo de actitudes de insubordinación o rebeldía o de comportamientos agresivos y autodestructivos.

**Dificultades para integrar la afectividad con la sexualidad**

Los asuntos no resueltos en la historia de relaciones interpersonales o de la propia área genito-sexual pueden contribuir a que a la persona se le dificulte integrar su afectividad con la sexualidad.

**Dificultades para desarrollar relaciones íntimas saludables**

Cuando las personas tienen dificultades para integrar su afectividad con su sexualidad, a menudo enfrentan problemas para desarrollar relaciones íntimas con los demás. Las personas con estas dificultades carecen con frecuencia de las habilidades para establecer relaciones interpersonales íntimas, tienen miedo al compromiso afectivo con los otros y se les dificulta identificar la necesidad de intimidad propia y la de los demás. Estas personas son vulnerables a expresiones inadecuadas de su energía sexual.

**Problemas de personalidad**

Los problemas de personalidad contribuyen al comportamiento impulsivo de acting-out. En una sección posterior de este artículo se analizarán con detalle estos problemas.

**Conceptos culturales sobre el rol como sacerdote/religiosa(o)**

El comportamiento afectivo y sexual de los sacerdotes y religiosas(os) es moldeado por las ideas, las percepciones implícitas y los modelos que los sacerdotes y religiosas(os) tienen sobre su rol, y por las expectativas y atribuciones sociales que la cultura les confiere a tales roles.

Por ejemplo, el haber escuchado desde pequeño sobre la “mujer (o los muchachos) del cura”, o el haber observado, durante el período de formación, que otros sacerdotes y religiosos(as) tenían relaciones sexuales con otras personas (y que tales acciones se

aceptaban), influye de manera importante en la vivencia y expresión de la afectividad y sexualidad del sacerdote y de la religiosa (o el religioso).

### ***Ausencia de una red de apoyo***

Se refiere a una ausencia de relaciones y de sana intimidad en la vida presbiteral, religiosa y de comunidad. La ausencia de relaciones interpersonales puede contribuir a que el sacerdote o la religiosa (o el religioso) experimente soledad emocional o no desarrolle un sentido saludable de empatía y responsabilidad por sus propios actos ante los demás.

### **Soledad**

La soledad puede llevar al sacerdote o religioso(a) a pensar que “tiene derecho” o que “merece” satisfacer sus deseos e impulsos, sin preocuparse por las consecuencias de sus actos para sí mismo y los demás.

Por ejemplo, hace unos años tuve la oportunidad de acompañar a un sacerdote que por mucha soledad, por falta de una sana integración de las áreas afectiva y sexual en su vida, por experimentar un estado de estrés excesivo y no tener las habilidades adecuadas para afrontarlo, se involucró en una situación inadecuada. Este sacerdote, de mediana edad, vivía en una gran parroquia rural, lejos de la ciudad y de su obispo, agobiado por la cantidad de trabajo y con poca ayuda. Se sentía agotado, solo y abandonado por su obispo.

El sacerdote se involucró en una amistad (que luego se convirtió en una relación sexual) con la secretaria de la parroquia, una mujer infeliz en su matrimonio y necesitada de compañía. Al cabo de tres años, el esposo de la secretaria se enteró de la relación y denunció al sacerdote. Este fue retirado de la parroquia y enviado lejos, con un permiso temporal para no ejercer sus funciones como sacerdote y para recibir terapia.

Durante un buen tiempo después de dejar su parroquia, el sacerdote no era capaz de ver que la relación con la secretaria de su antigua parroquia era inapropiada y racionalizaba sus actos alegando que “después de todo el matrimonio de ella andaba muy mal y ella necesitaba de apoyo”. Su soledad y necesidad de afecto era tan grande, que no le permitía ver con claridad lo inadecuado e inapropiado que era la situación en la que se había involucrado.

### **Vida espiritual empobrecida**

La ausencia o carencia de una relación íntima con Dios puede contribuir al desarrollo de dificultades afectivas y sexuales, principalmente comportamientos abusivos o ilegales (abuso sexual, por ejemplo).

Cuando yo trabajaba en el Saint Luke Institute con personas consagradas y sacerdotes que padecían graves dificultades afectivo-sexuales, el equipo clínico solía comentar que en la vida de esas personas “la espiritualidad era lo primero que se iba y lo último que regresaba”, después de un largo proceso de sanidad.

### ***Trastornos de personalidad***

De acuerdo con el DSM-IV TR (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002), un trastorno de la personalidad es “un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, que tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, que es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto” (p. 765).

Un trastorno no es lo mismo que un rasgo de personalidad. Un rasgo de personalidad “son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales” (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002, p. 765).

Los rasgos de personalidad solo constituyen trastornos de la personalidad cuando son inflexibles o no se ajustan a las normas de una cultura y cuando le causan malestar subjetivo al individuo o deterioro en alguna área de su funcionamiento (social o laboral, por ejemplo).

La valoración de la personalidad debe tomar en cuenta los antecedentes étnicos, culturales y sociales que influyen en la manera en que el sujeto expresa su personalidad. Por lo tanto, la expresión de hábitos, costumbres o valores religiosos o políticos propios de la cultura de origen del sujeto no debe confundirse con trastornos de personalidad.

Es importante aclarar que todas las personas tienen distintos rasgos de personalidad que se relacionan con las características de diferentes trastornos de la personalidad. No obstante, esta similitud no indica necesariamente que se tenga un trastorno de personalidad.

A continuación describo cinco de los estilos y trastornos de personalidad que, en mi

experiencia clínica, he encontrado en los sacerdotes y personas de vida consagrada.

### ***Trastorno de personalidad por dependencia***

Según el DSM-IV TR (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002, pp. 807-811), la característica principal del trastorno de personalidad por dependencia es una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, lo que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión en las relaciones con los demás y temores a ser abandonado (temores de separación).

Las personas con este trastorno a menudo tienen dificultades para tomar decisiones si no cuentan con el consejo y la orientación de los demás. Necesitan que otros asuman la responsabilidad en las diferentes áreas de su vida. Además tienen dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor (infundado) a perder el apoyo y la aprobación de los demás. Tienen problemas para iniciar proyectos personales o realizar diferentes tareas debido a la falta de confianza en sus propias capacidades, y no por una falta de motivación o energía.

Así también, estas personas están dispuestas a someterse a lo que los demás quieran y a tolerar malos tratos verbales, físicos o sexuales (aún cuando dispongan de otras posibilidades) con tal de lograr la protección y el apoyo de los otros.

Por lo general, estos individuos se sienten excesivamente incómodos o desamparados cuando están solos y pueden “pegarse” a otros únicamente con el propósito de no estar solos, aún cuando no estén interesados en una relación. Con frecuencia, sus relaciones interpersonales son inestables. Cuando terminan una relación importante, buscan urgentemente otra relación que les proporcione el cuidado o apoyo que necesitan. Por último, tienen un temor excesivo e infundado a ser abandonados y verse obligados a cuidar de sí mismos.

Una presencia moderada de rasgos dependientes puede ser útil en la vida sacerdotal y religiosa. El problema se presenta cuando la dependencia de los demás es excesiva al punto de mancillar la dignidad propia.

### ***Trastorno de la personalidad obsesivo- compulsivo***

De acuerdo con el DSM-IV TR (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002, pp. 812-816), las personas que presentan este trastorno se caracterizan por un patrón general de

preocupación exagerada por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal (“la idea de que tengo que tener las cosas bajo el control porque los demás no pueden hacerlo”) a costa de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia.

A menudo, los individuos con este trastorno se preocupan en exceso por los detalles triviales, las normas, el orden, las listas, la organización o los horarios, al punto de perder de vista el objeto principal de la actividad. Su excesivo perfeccionismo interfiere con la finalización de las tareas y proyectos que emprenden, porque estas no cumplen con sus exigencias y expectativas.

Estas personas muestran una excesiva dedicación al trabajo y a la productividad, y se privan de disfrutar de actividades de ocio o con sus amistades (en situaciones en que esto no es atribuible a necesidades económicas).

Cuando dedican algún tiempo a actividades de ocio o recreativas se sienten culpables por “perder el tiempo” y se toman estas actividades como tareas serias que exigen una ejecución y desempeño perfectos.

Estas personas tienden a ser demasiado tercas, escrupulosas e inflexibles en temas de moral, ética y valores. Tales características no se atribuyen a la identificación con una cultura o religión.

Así también, estos sujetos son reacios a delegar tareas o a trabajar con otros. Insisten de manera obstinada e irracional en que todo se haga a su manera y que la gente se adapte a su forma de hacer las cosas, y se irritan si los demás sugieren otras alternativas.

Estos sujetos pueden ser tacaños y avaros con el dinero debido a su creencia de que los gastos deben controlarse mucho para prevenir problemas futuros. Los sujetos con este trastorno son rígidos y obstinados. Están tan preocupados por hacer las cosas a su manera (“la manera correcta”), que les cuesta aceptar sugerencias y puntos de vista diferentes a los suyos.

#### ***Trastorno de la personalidad narcisista***

La característica central de este trastorno, según lo describe el DSM-IV TR (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002, pp. 799-803), es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.

Los sujetos con este trastorno tienen un sentido desproporcionado de su propia importancia. A menudo exageran sus logros, capacidades y cualidades. Dan por entendido

que los demás deben otorgar un valor especial a sus actos, y se sorprenden cuando no reciben las alabanzas que esperan y creen merecer. Con frecuencia estas personas están preocupadas por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios. Pueden entregarse fácilmente a rumiar sobre la admiración y los privilegios que los demás “hace tiempo les deben” y compararse con gente famosa o privilegiada.

Estas personas creen que son “especiales” y únicas, y que solo otras personas (o instituciones) que son de alto estatus pueden comprenderlas o relacionarse bien con ellas. Por lo general, estos sujetos exigen una admiración excesiva y tienen expectativas irrazonables de recibir un trato o favor especial de los demás, o de que se cumplan automáticamente sus expectativas. Con frecuencia, tienden a ser explotadores en las relaciones interpersonales, y suelen aprovecharse de los demás para alcanzar sus propias metas.

Estas personas carecen de empatía y tienen serias dificultades para reconocer los deseos, las necesidades y los sentimientos de los demás. No son conscientes del daño que hacen a otras personas con sus actitudes, comentarios y acciones. Además, suelen envidiar a los demás y creen de manera cínica que otros les envidian a ellos. Su comportamiento casi siempre es arrogante y soberbio. Los sujetos narcisistas tienen frecuentemente problemas en sus relaciones interpersonales debido a su comportamiento irritante.

Este es uno de los estilos y trastornos de personalidad que desafortunadamente se encuentran en la vida sacerdotal y religiosa (aunque muchas veces de manera solapada). Cuando el grado de narcisismo en la personalidad del sujeto es grave, es poco probable que este patrón pueda modificarse

#### ***Trastorno de personalidad por evitación***

El DSM-IV TR (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002, pp. 803- 807) menciona que la característica principal de este trastorno es un patrón general de inhibición social, sentimientos de incapacidad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa de los demás.

Los sujetos con este trastorno evitan trabajos o actividades que impliquen un contacto con otras personas debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo. Por lo general, las personas que presentan este trastorno son reacias a relacionarse con la gente si no están absolutamente seguras de que van a ser apreciadas y aceptadas sin críticas.

En sus relaciones íntimas, los individuos con este trastorno se comportan de manera

represiva, tienen dificultades para hablar de sí mismos y sentimientos subjetivos de temor a ser ridiculizados, comprometidos o avergonzados. Los sujetos con este trastorno suelen preocuparse enormemente por la posibilidad de ser criticados o rechazados en las situaciones sociales. Pueden sentirse extremadamente ofendidos si perciben que los demás los critican o los rechazan.

Debido a sus sentimientos de incapacidad, estos sujetos evitan involucrarse en situaciones interpersonales nuevas (conocer a extraños), aunque en el fondo de sí mismas anhelan tener relaciones sociales íntimas con los demás. Puesto que se ven a sí mismos como socialmente ineptos, poco interesantes e inferiores a los demás, estos sujetos suelen ser reacios a implicarse en nuevas actividades que les pongan en riesgo de ser criticados o rechazados.

Es importante ser muy delicados con estas personas (evitar externar críticas directas o actitudes de rechazo) para poder construir una relación con ellas.

#### ***Trastorno de la personalidad limítrofe (borderline)***

Según el DSM-IV TR (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002, pp. 790-795), este trastorno se caracteriza por un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y por una notable impulsividad.

Los sujetos con este trastorno experimentan intensos temores a ser abandonados, que se relacionan con una intolerancia a estar solos y la necesidad de estar acompañados por otras personas. Como consecuencia, realizan esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario (por ejemplo, actos impulsivos como automutilaciones o suicidio) y reaccionan con ira inapropiada ante una inminente separación o rechazo.

Los individuos con este trastorno presentan un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas, caracterizadas por la alternancia entre la idealización y la devaluación (pasan rápidamente de idealizar a devaluar a las personas significativas para ellas).

Estas personas con frecuencia presentan una alteración de su identidad, caracterizada por una notable inestabilidad en su autoimagen. Tal inestabilidad se expresa a través de cambios bruscos en sus objetivos, valores y aspiraciones profesionales.

Los sujetos con rasgos o trastornos limítrofes de la personalidad demuestran impulsividad en al menos dos áreas potencialmente perjudiciales para ellos mismos (por ejemplo, las relaciones sexuales y la conducción temeraria de autos).

Así también, las personas con este trastorno con frecuencia presentan una inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo. Por ejemplo, pueden experimentar durante algunas horas episodios de intensa irritabilidad o ansiedad.

Estos individuos pueden además estar atormentados con sentimientos crónicos de vacío emocional y tener dificultades para controlar y expresar la ira. Los sentimientos de ira a menudo se desencadenan como respuesta a la percepción de abandono real o imaginario por parte de las personas significativas para ellos. Tales sentimientos pueden acompañarse por ideación paranoide transitoria o síntomas de despersonalización.

Las personas que padecen de este trastorno tienen por lo general una historia importante de traumas, principalmente generados durante los primeros años de su vida (por ejemplo, abuso sexual). Estas experiencias traumáticas afectan la capacidad de la persona para desarrollar una imagen saludable de sí misma, para manejar su afectividad y para cultivar relaciones interpersonales estables.

Este trastorno, comparado con los anteriores, se presenta con menor frecuencia en los sacerdotes y religiosas (os).

Los trastornos de personalidad afligen tanto a la persona y alteran a tal grado diversas áreas de su funcionamiento, que terminan por generar otros desórdenes psicológicos como trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con sustancias. Tales trastornos no podrán tratarse a menos que primero se trabaje con el trastorno de la personalidad.

### **Trastornos del estado de ánimo**

En el DSM-IV TR (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002, p. 387), la sección de los trastornos del estado de ánimo incluye aquellos trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor.

Esta sección se divide en tres partes: 1) episodios afectivos; 2) trastornos del estado de ánimo, y 3) especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente.

Los trastornos del estado de ánimo se dividen en trastornos depresivos (trastorno

depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado), trastornos bipolares (trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado) y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

A continuación se tratarán de manera general el episodio depresivo mayor, el trastorno distímico y los trastornos bipolares.

### ***Episodio depresivo mayor***

Según lo indica el DSM-IV TR (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002, pp. 391-399), la característica central de un episodio depresivo mayor (que la mayoría de personas identifica como “depresión”) es la presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante al menos dos semanas:

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día según lo indica la propia persona (“me siento triste o vacío”) y la observación realizada por otros (llanto).
2. Disminución notable del interés o la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día (según lo refiere el propio sujeto o lo observan los demás).
3. Pérdida o aumento de peso importante (sin hacer dieta), o pérdida o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnio casi todos los días (no poder dormir).
5. Agitación o alteración psicomotora casi todos los días (observable por los demás).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi todos los días, que no son simples autoreproches o culpabilidad por estar enfermo.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (por indicación de la persona u observable por otros).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Estos síntomas deben causar malestar significativo al sujeto o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga, medicamento) o una enfermedad médica (hipotiroidismo), y tampoco se explican mejor por la presencia de un duelo (pérdida de un ser querido).

Es importante tener en cuenta que la cultura puede influenciar la experiencia y la comunicación de los síntomas de la depresión. Por ejemplo, en algunas culturas como las latinas y mediterráneas la depresión se experimenta y se expresa en términos somáticos (dolores de cabeza o ataque de nervios) más que con tristeza o culpabilidad.

### ***Trastorno distímico***

El DSM-IV TR (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002, pp. 421- 427) indica que el trastorno distímico se caracteriza por un estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día, expresado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años.

Mientras la persona está deprimida, se presentan dos o más de los siguientes síntomas:

1. Pérdida o aumento de apetito.
2. Insomnio o hipersomnio.
3. Falta de energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

Durante un período de dos años, la persona no ha estado sin los síntomas mencionados más de dos meses seguidos.

### ***Trastornos bipolares y el episodio maníaco***

Los trastornos bipolares son uno de los diferentes subtipos de los trastornos del estado de ánimo, donde el sujeto experimenta episodios depresivos que se alternan con estados de júbilo o irritación persistentemente elevados o atípicos (lo que suele denominarse como manía).

Uno de los episodios afectivos más comunes que se utilizan para diagnosticar trastornos bipolares es el episodio maníaco-depresivo.

El episodio maniaco-depresivo, como lo explica el DSM-IV TR (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002, pp. 400-405), se caracteriza por la presencia (durante un

período diferenciado) de un estado de ánimo anormal o persistentemente elevado o irritable, que dura al menos una semana.

Durante el período de alteración suelen ser observables tres o más de los siguientes síntomas:

1. Autoestima exagerada o grandiosidad.
2. Disminución de la necesidad de dormir (la persona se siente descansada con sólo 3 horas de sueño, por ejemplo).
3. La persona se muestra más habladora de lo normal.
3. Fuga de ideas (ideas que bullen en la cabeza) o la experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.
5. Propensión a la distracción (la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos poco importantes).
4. Mayor actividad dirigida al logro de objetivos sociales, laborales o sexuales.
5. Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias perjudiciales para el sujeto (comprar sin límites, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero irracionales).

Los períodos de tristeza son aspectos inherentes de la experiencia humana. Tales períodos no se pueden diagnosticar como depresión a menos que le causen al sujeto un malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de su actividad.

Entre los sacerdotes y personas consagradas es de vital importancia distinguir entre los trastornos del estado de ánimo y la desolación espiritual.

### ***Trastornos de ansiedad***

De acuerdo con el DSM-IV TR (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002, pp. 477-478), los trastornos de ansiedad se caracterizan por un marcado estado afectivo negativo (conjunto de síntomas emocionales) con síntomas corporales de tensión, en el cual la persona está a la espera de un peligro o una desgracia futura. Estos trastornos comprenden emociones, conductas y respuestas fisiológicas.

A continuación se describirán de manera breve las principales características del trastorno de ansiedad generalizado, las fobias, los trastornos de pánico o “ataques de pánico” y el trastorno por estrés postraumático.

### ***Trastorno de ansiedad generalizado***

Como lo indica el DSM-IV TR (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002,

pp. 529-534), este trastorno se caracteriza por la ansiedad y preocupación excesivas sobre diferentes acontecimientos o actividades durante más de 6 meses.

La persona tiene dificultades para controlar su estado de constante ansiedad y preocupación. Tal estado se asocia con los siguientes síntomas:

1. Inquietud.
2. Fatigabilidad.
3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Trastornos del sueño (dificultades para dormirse, mantener el sueño o lograr un sueño reparador).

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos le provocan al sujeto malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de su funcionamiento.

#### ***Fobias***

Según el DSM-IV TR (Asociación Psiquiatría Americana, 2002, pp. 477-478), las fobias son un trastorno psicológico caracterizado por un miedo intenso y persistente a un objeto o situaciones claramente identificados.

Hay diferentes clases de fobias como la agorafobia, es decir el temor irracional a los espacios abiertos y lugares públicos.

#### ***Trastorno de pánico***

La característica principal de este trastorno, según lo indica el DSM- IV TR (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002, pp. 477-480), es la experiencia abrupta de temor intenso e incomodidad acompañada por una gran cantidad de síntomas físicos como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia. También existe un miedo a volverse loco o “perder el control”.

Los ataques de pánico o crisis de angustia se relacionan con otros trastornos de ansiedad como trastorno de angustia, ya sea sin agorafobia o con ella.

#### ***Trastorno de estrés postraumático***

De acuerdo con el DSM – IV TR (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002, pp.

518-525), este trastorno se caracteriza por la reexperimentación (por medio de recuerdos, imágenes, pensamientos, percepciones o sueños) de acontecimientos altamente traumáticos que la persona ha vivido o de los que ha sido testigo.

La persona que sufre de este trastorno generalmente evita los estímulos asociados al trauma. Se esfuerza por evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático, así como actividades, lugares o personas que motiven el recuerdo del trauma.

El sujeto también experimenta diversos síntomas que indican un aumento de la activación, ausente antes del trauma, como por ejemplo dificultades para dormir, irritabilidad o ataques de ira, dificultades para concentrarse, hipervigilancia (la persona tiene la sensación de que algo va a pasar) y respuestas exageradas de sobresalto.

Todas las características mencionadas se prolongan más de un mes y le provocan al individuo malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de su actividad.

Este trastorno afecta a muchos religiosos que han experimentado situaciones particularmente perturbadoras como el abuso sexual.

Todas estas dificultades pueden tratarse con psicoterapia y también con medicación (por un breve período de tiempo).

### **Calidad deteriorada de vida célibe/consagrada/ordenada**

La calidad deteriorada de vida célibe/consagrada/ordenada se manifiesta a través de una serie de dificultades que no constituyen patologías serias ni violaciones de los límites en las relaciones con los demás.

Estas dificultades incluyen un persistente estado de ánimo irritable, dificultades en las relaciones con las personas de la comunidad y el ministerio, falta de energía o creatividad, episodios de depresión y angustia, dificultades con la masturbación (autoestimulación), estado subjetivo persistente de inquietud y duda relacionado con el compromiso, o abandono de la vida sacerdotal y consagrada.

Los aspectos relacionados con el desarrollo de estas dificultades pueden ser una vida espiritual descuidada o empobrecida, pocas habilidades para desarrollar relaciones interpersonales sanas, asuntos afectivos y sexuales no resueltos, carencia de apoyo

comunitario o presbiteral, y otros problemas conductuales no resueltos (adicciones).

Para finalizar, es necesario agregar que la mayoría de las situaciones comunes que enfrentan sacerdotes y personas en vida consagrada relacionadas con la expresión de su afectividad y sexualidad pueden abordarse a través de la facilitación de procesos psicoterapéuticos y de acompañamiento espiritual, siempre y cuando el sacerdote y la religiosa (o religioso) esté dispuesto a reconocer sus dificultades y a comprometerse con dichos procesos de manera sincera.

De igual importancia, para todas las personas involucradas en la opción del sacerdocio y la vida consagrada o relacionadas con ella (obispos, sacerdotes, religiosas y religiosos, formadores, profesionales en salud mental), es imprescindible realizar una adecuada labor de prevención.

Esto implica disponer los recursos humanos, financieros y materiales necesarios para ayudar a aquellos sacerdotes y personas consagradas que presentan dificultades afectivas y sexuales, y realizar procesos adecuados de selección de candidatos al sacerdocio y a la vida consagrada, que no permitan la ordenación o consagración de personas con dificultades afectivas y sexuales no resueltas.

### Referencias

- Asociación Psiquiátrica Americana. (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV- TR. Barcelona: Masson.
- Rulla, L. (1971). Depth psychology and vocation: A psycho-social perspective. Chicago: Loyola University Press.
- Rulla, L. (1979). Entering and leaving vocation: Intrapsychic dynamics. Chicago: Loyola University Press.
- Rulla, L., Imoda, F., & Rudrick, J. (1986). Psychological structure and vocation. Chicago: Loyola University Press.
- Rolheiser, R. (1999). A spirituality of sexuality. En R. Rolheiser, The holy longing: The search for a Christian spirituality (pp. 192-312). New York: DoubleDay.

Luisa M. Saffiotti recibió su doctorado en psicología de la Universidad de

Pennsylvania (Philadelphia, Estados Unidos). Es psicóloga clínica y directora del Centro Kairos en Bethesda, Maryland y colabora con el programa de formación de formadores “ForMission” de la Conferencia de Formación de los Estados Unidos y el programa de Formación Permanente del Clero de la Arquidiócesis de Milán, Italia. La correspondencia sobre este artículo puede dirigirse a Luisa M. Saffiotti, Apdo., 4750 Chevy Chase Drive Apartment 302 Chevy Chase, MD 20815 EEUU. Correo electrónico: [luisaff@earthlink.net](mailto:luisaff@earthlink.net)