

La cultura de la violación en entornos psi

Rape culture in Psy contexts

Grecia Guzmán Martínez* 

Universitat Autònoma de Barcelona, España (greciaguzmar@gmail.com)

Dau García-Dauder 

Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, España (dau.dauder@urjc.es)

*Autora para correspondencia.

Recibido: 04-agosto-2023

Aceptado: 30-enero-2024

Publicado: 15-marzo-2024

Citación recomendada: Guzmán Martínez, G., & García-Dauder, D. (2024). La cultura de la violación en entornos psi. *Psicoperspectivas*, 23(1). <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol23-issue1-fulltext-3038>

RESUMEN

La cultura de la violación es una cuestión estructural y sistemática en las sociedades patriarcales, racistas y cuerdistas-capacitistas. Los entornos psi (psicológicos, psicoterapéuticos, psiquiátricos, etc.) no son ajenos a su reproducción, validación e invisibilización. A partir de un análisis documental con perspectiva crítica, en este artículo explicamos distintos mecanismos de poder que atraviesan y que potencialmente reproducen la cultura de la violación específicamente en dos de estos entornos: la psicoterapia y la institución psiquiátrica. Reconocemos las acciones colectivas de movimientos feministas y movimientos locos como formas de resistencia, ya que han problematizado la "salud mental" como dispositivo de poder al visibilizar esta realidad (entre otras) y la necesidad de seguir investigándola. Buscamos hacer eco de las voces que han roto el pacto de silencio.

Palabras clave: agresiones sexuales, psicoterapia, psiquiatría, reparación, salud mental

ABSTRACT

Rape culture is a structural and systematic issue in patriarchal, racist and sanist-ableist societies. Psi contexts (psychological, psychotherapeutic, psychiatric, etc.) are no immune to their reproduction, validation and invisibility. Based on a documental analysis with critical perspective, in this article we explain different mechanisms of power that permeate and potentially reproduce rape culture specifically in two of these settings: psychotherapy and the psychiatric institution. We recognize the collective actions of feminist and mad movements as forms of resistance, since they have problematized "mental health" as a device of power by making this reality (among others) visible as well as the need to continue investigating it. We seek to echo the voices that have broken the pact of silence.

Keywords: mental health, psychotherapy, Psychiatry, reparation, sexual assault

Financiamiento: Proyecto de investigación "Cartografías, itinerarios y mecanismos de expulsión/exclusión en el sistema sanitario", No. PID2022-138513OB-I00; Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, España.

Conflictos de interés: Las personas autoras declaran no tener conflictos de interés.



Publicado bajo [Creative Commons Attribution International 4.0 License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

En esta investigación se ahonda en la cultura de la violación y el problema de las agresiones sexuales (entendiendo como tal el acoso sexual, los tocamientos sexuales no deseados, las relaciones sexuales en contextos de poder con escaso margen de consentimiento o agencia, o las violaciones sexuales) en entornos psi. Entendemos por entornos psi (Rose, 1999) diversas experticias (psicología, psiquiatría, psicoanálisis) que funcionan como dispositivos o tecnologías del yo, conformando subjetividades. En este estudio analizamos particularmente contextos psicoterapéuticos y centros psiquiátricos. A su vez, entendemos por cultura de la violación un contexto donde la violación es aceptada y normalizada, o bien es negada por los mitos sexistas en torno a su víctima (no se le cree por prejuicio o se le culpabiliza); o donde se trivializan las agresiones sexuales y sus consecuencias (Rutherford, 2011). También consideramos que forma parte de dicha cultura la no consideración de las relaciones de poder que constriñen la posibilidad de agencia o la responsabilidad social en los centros donde se produce (con la consecuente omisión de respuesta estructural). Preferimos este término a los empleados mayoritariamente en la literatura anglosajona, como “*sexual boundary violation*” o “*professional sexual misconduct*”, por considerarlos eufemismos que se centran en prácticas (pareciera que se “violan” los límites, no las personas) y obvian los discursos justificadores o el marco estructural y de poder.

Este es un tema que cabría en lo que Nancy Tuana (2006) denominó las “epistemologías de la ignorancia”. La escasez de investigación empírica (tanto datos como narrativas) sobre agresiones sexuales a “pacientes” o “usuarias” en entornos psi encajaría en esa modalidad de ignorancia donde “no se sabe sin que importe” o “no quieren que sepamos” (un “secreto a voces”, eso sí representado por la cultura popular). Y ello porque las violencias sexuales se unen a las violencias en contextos sanitarios (psiquiátricas/psicológicas, en este caso), es decir, violencias en entornos jerárquicos disciplinares e institucionales (Clemens et al., 2021; Tosh, 2019).

Las feministas de la llamada “segunda ola” actuaron como correctivos epistémicos sobre las disciplinas psi, marcando campos de ignorancia (el sexismo y el androcentrismo) y ciencia sin hacer (García-Dauder, 2019). Por ejemplo, las psicólogas/psiquiatras feministas de la época denunciaron las teorías psicológicas que culpabilizaban a las mujeres de ser violadas y presionaron (mediante sus investigaciones) para que se regularan en el código deontológico las relaciones sexuales terapeuta-paciente por sus efectos psíquicos (parecidos a los de una violación) (Kim & Rutherford, 2015). Las feministas introdujeron la importancia de los contextos y las relaciones de poder para hablar de consentimiento, así como las formas de invisibilizar y favorecer las agresiones (y con ello, la importancia de promover entornos seguros, ambientales-arquitectónicos y sociales).

No obstante, las psicólogas feministas se centraron en el entorno de la terapia y descuidaron las agresiones sexuales a mujeres psiquiatrizadas en contextos de encierro. Como diría Judi Chamberlin (1975) desde el movimiento de sobrevivientes de la psiquiatría, si bien las psicólogas feministas analizaron con precisión el sexismo en la práctica psiquiátrica, dicho análisis resulta incompleto para un proyecto de liberación de mujeres psiquiatrizadas: “disminuir la cantidad de sexismo que se manifiesta en la práctica psiquiátrica no es lo mismo que eliminar la opresión psiquiátrica” (p. 45). También la escasa investigación en estos casos, o que el #MeToo no haya llegado a mujeres psiquiatrizadas (Clemens et al., 2021), es otro ejemplo de qué vidas o sufrimientos nos movilizan y qué condiciones limitan la respuesta. La prevención de violencias en estos contextos se ha centrado en gestionar las autoagresiones o en las agresiones de “pacientes” a personal (con el desarrollo de medidas de violencia institucional como las contenciones/sujeciones, entre otras). La violencia sexual apenas ha generado medidas para su afrontamiento.

Es preciso explicitar tanto las diferencias de género como las de poder entre “pacientes” y profesionales, atravesadas por desigualdades de clase, raza, y por el propio cuerdismo. Se trata de tabúes acumulados porque al silencio de las agresiones sexuales se le une la reacción defensiva profesionalista, al producirse en unos contextos que *a priori* deberían proteger y cuidar. Junto a ello, se incrementa la injusticia epistémica (Fricker, 2017) de negar o no creer la existencia de agresiones sexuales en estos entornos (no

se cree no sólo por mujeres, por racializadas, por pobres, sino también por locas), lo cual puede provocar una revictimización en mujeres en situación de vulnerabilidad que solicitan ayuda profesional, algunas de las cuales precisamente, como consecuencia del sufrimiento psíquico derivado de abusos sexuales previos. Ante este contexto, las mujeres con experiencias biográficas de violencia sexual pueden volver a traumatizarse, con graves consecuencias para sus procesos de sanación o recuperación (Krumm, 2022). Por todo ello es relevante estudiar este tema, particularmente en ámbitos donde poco se investiga o se conoce.

Método

Siguiendo una metodología cualitativa, en esta investigación realizamos un análisis documental (Martínez-Corona et al., 2023) con perspectiva crítica, entre enero y octubre del 2023, para estudiar la cultura de la violación y las agresiones sexuales en entornos psi. Este trabajo se enmarca dentro del proyecto de investigación "Cartografías, itinerarios y mecanismos de expulsión/exclusión en el sistema sanitario" (PID2022-138513OB-I00. Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades; España).

En primer lugar, seleccionamos material documental de distintos tipos e hicimos una lectura que atiende principalmente a las relaciones de poder en el contexto estudiado. En la selección final y análisis, incluimos 53 fuentes (identificadas con (*)) en el apartado de Referencias), a partir de tres distintas dimensiones, con el propósito de diversificar la información y perspectivas sobre el tema.

- **Dimensión histórica:** analizamos distintos estudios y teorías que han formado parte de la práctica profesional en entornos psi y cómo han reproducido la cultura de la violación. Incluimos también estudios que, desde perspectivas feministas, han problematizado esta cuestión.
- **Dimensión científica:** analizamos estudios académicos a partir de las bases de datos de Web of Science y PubMed, utilizando las palabras clave "rape culture", "sexual assault", "sexual violence", "sexual boundary violation", "professional sexual misconduct", "Psychiatric hospital", "psychotherapy", "mental health". Incluimos únicamente artículos que abordan la violación y agresiones sexuales dentro de los centros psiquiátricos o en psicoterapia. Una vez seleccionados, nos enfocamos en particular en aquellos donde la víctima es la persona usuaria o internada. Debido a la gran escasez de artículos científicos en los últimos cinco años, ampliamos la búsqueda hacia los últimos diez años.
- **Dimensión de "literatura gris":** analizamos fuentes de información que no aparecen en las bases de datos científicas, como informes, notas de prensa y blogs activistas.

Resultados

Presentamos los principales resultados en dos grandes secciones: (i) el contexto terapéutico; más allá del sexismo de determinadas teorías, describimos secretos y silencios sobre abusos en terapia, o modalidades sutiles e incluso diagnósticos que promueven sexo sin querer, y algunas resistencias feministas ante esto; y (ii) las agresiones sexuales en centros psiquiátricos y su no-respuesta, como forma de violencia institucional, así como medidas preventivas de "seguridad" que, lejos de proteger, pueden vulnerabilizar más y privar de privacidad y autonomía.

La cultura de la violación en contextos psicoterapéuticos

Tanto la creencia sexista y androcéntrica de que todas las mujeres quieren ser violadas y que disfrutan con la dominación masculina, como la idea del sexo coital regular como "cura de la locura", forman parte de la historia de la cultura de la violación en medicina, psiquiatría o psicología. Desde el médico griego Hipócrates hasta psiquiatras de los '60-'70 como Martin Shepard o James McCartney, o el propio

antipsiquiatra David Cooper (con su “terapia de cama” para pacientes mujeres), han defendido y difundido el poder del pene para restaurar la salud mental de las mujeres, o el coito heterosexual como terapia o remedio a los trastornos (Kim & Rutherford, 2015; Ussher, 1991).

En 1977, Rochelle Albin desarrolló una crítica al tratamiento de la violación por parte de la psicología: gran parte de las teorías consideraban que era precipitada por la víctima, que era un crimen perpetrado sólo por “psicópatas sexuales” o “trastornados” y sus estudios tenían poca validez en el mundo real. Tampoco faltaban teorías y terapias que pretendían “corregir” conductas y deseos “desviados” mediante el coito heterosexual, como la recomendación de violaciones correctivas a lesbianas en entornos psi (Chesler, 2019). En resumen, los propios psicólogos aún no se habían liberado de los mitos sobre la violación ni habían desarrollado estrategias de investigación efectivas. No sólo el sexo como terapia, sino las relaciones sexuales entre terapeuta y cliente (mayoritariamente, terapeuta hombre mayor y paciente/cliente mujer joven) estuvieron tan normalizadas que tuvieron que ser reguladas institucionalmente de forma ética, por las consecuencias en la subjetividad de las mujeres, muy parecidas a las de la violación (Hare-Mustin, 1974; Kim & Rutherford, 2015). Forma parte de la historia de la psicología o el psicoanálisis las relaciones entre analista y analizada que terminaban en matrimonios (o ruptura de matrimonios), con el consecuente fin de la terapia, lo cual da cuenta de hasta qué punto dicha práctica era -o sigue siendo- aceptada dentro de la comunidad (Davidson, 1977).

No fue hasta la década de los '70 que la relación sexual entre terapeuta y cliente fue objeto de debate público y controversia, debido a las presiones de los movimientos feministas de la época. Las diferentes investigaciones que se hicieron al respecto mostraban resultados parecidos: en torno a un 7%-12% de terapeutas admitía haber tenido relaciones sexuales con sus pacientes; de entre ellos, más del 80% eran varones que tenían sexo con mujeres clientes, casi siempre más jóvenes (Alpert & Steinberg, 2017; Celenza, 2007; Clemens et al., 2021). Un porcentaje que podría ser mayor teniendo en cuenta que la mayoría de los estudios eran realizados por los propios psicólogos y mediante autoinforme (Masson, 2012). En aquella época, no era raro encontrarse con artículos que describían dichas prácticas donde las mujeres pacientes “seducían” al terapeuta (le “provocaban”) y disfrutaban con el “tratamiento sexual”, el cual parecía mejorar la relación de “transferencia” y tener beneficios terapéuticos (p. ej. McCartney, 1966). Con el auge de la revolución sexual en Estados Unidos, era fácil defender o apropiarse de la terapia y el sexo como aliados en la liberación de las mujeres, sin necesidad de ninguna conciencia de las relaciones de poder. Si había algún problema en ello, estaba en las mujeres, no en el terapeuta.

Ante el miedo de que se dañara la reputación del profesional, la respuesta general ante este tipo de prácticas ha sido ubicarla como algo extraordinario y no representativo. Los pocos terapeutas que “violaban los límites” o tienen una “conducta sexual inapropiada” es porque están “enfermos” o tienen determinados rasgos de personalidad (Gabbard, 2017; Hook & Devereux, 2018). Así, la psicologización del abusador (vía “perfil psicológico”) permitía la toma de distancia y evitaba la revisión de la relación terapéutica o la estructura institucional: la conexión con la cultura de la violación externa, la misoginia, y el abuso y erotización de poder en un contexto de desigualdad (una persona -generalmente mujer- en situación de vulnerabilidad buscando ayuda, y un terapeuta -generalmente hombre- en situación de poder y comprensivo). Gracias a las movilizaciones feministas de la época, la “seducción” en dicho contexto fue reconceptualizada como sexismo, abuso de poder y explotación sexual. En 1974, se creó la Task Force on Sex Bias and Sex-Role Stereotyping in Psychotherapeutic Practice de la American Psychological Association (APA), con el objetivo de documentar de forma sistemática ejemplos de sexismo en terapia, uno de ellos, tratar a las mujeres como objetos sexuales, incluida la seducción de clientes (Kim & Rutherford, 2015). Las relaciones sexuales entre paciente y terapeuta reflejan el sesgo sexual en al menos tres formas: (a) casi todas las quejas son de pacientes mujeres con respecto a terapeutas hombres; (b) se explotan las cualidades femeninas estereotipadas, especialmente la dependencia pasiva; y (c) el terapeuta masculino tiene considerablemente más poder en la situación de terapia que la paciente femenina, una situación clásica para el funcionamiento de la política sexual (APA, 1975, p. 1170).

Como han señalado Kim y Rutherford (2015), las feministas dentro de la APA “aprovecharon la autoridad de la experiencia para revelar y cambiar la dinámica sexista en una de las relaciones más privadas y personales, aunque supuestamente profesional, la que existe entre terapeuta y paciente” (p. 284). Recogieron relatos en primera persona y demostraron el daño psicológico de haberse acostado con sus terapeutas, muy similar al del incesto: ambivalencia, culpa, baja autoestima, vacío y aislamiento, confusión sexual, deterioro de la capacidad para confiar, labilidad emocional, ira reprimida, mayor riesgo de suicidio y disfunción cognitiva (Pope & Vásques, 2011; Steinberg et al., 2021). Junto a ello, introdujeron el énfasis en el contexto y las relaciones de poder: no se podía ignorar la posición desigual de ambos protagonistas y los daños de utilizar el espacio de terapia como espacio de seducción. Lo que plantearon es que el espacio terapéutico, dada su evidente asimetría, no proporcionaba las condiciones para el consentimiento mutuo y que era preciso una regulación ética de dichas prácticas, no solo por ética profesional sino por su potencial severamente destructivo para ellas (Hare-Mustin, 1974). En definitiva, explicaron que las relaciones sexuales entre terapeuta y “paciente” no sólo atentaban contra la ética profesional, sino que eran severamente destructivas. Como señala Gentile (2019), por las mismas dinámicas transferenciales inherentes y desiguales en términos de poder en la relación terapéutica, la posibilidad de que exista consentimiento sexual mutuo no sólo es complicada, sino que puede escalar a delito.

A partir de algunas presiones del movimiento feminista (la más representativa fue la conferencia de Chesler en 1970 demandando a la APA indemnizaciones por los daños que la práctica terapéutica habían ocasionado a las mujeres por su sexismo), se fueron produciendo regulaciones de forma progresiva: la Asociación Estadounidense de Psiquiatría declaró que la actividad sexual con pacientes no era ética en 1973; la Asociación Psicoanalítica Estadounidense y la Asociación Estadounidense de Educadores, Consejeros y Terapeutas Sexuales siguieron en 1975; y la Asociación Americana de Psicología en 1977 (Kim & Rutherford, 2015).

Revelar el sexismo arraigado en una profesión patriarcal, en la que terapeutas ejercían su poder sobre pacientes emocionalmente vulnerables, hizo que el sexo en terapia no solo fuera un problema ético-profesional, sino un problema social y político: la psicoterapia era una extensión y expresión de una sociedad sexista y patriarcal, no simplemente el instrumento de unos pocos terapeutas “patológicamente abusivos” (Kim & Rutherford, 2015). Pero ¿qué queda de esta regulación en pleno siglo XXI? Podemos aludir aquí a lo que Sara Ahmed (2018) denomina “dinámicas de no performatividad” para referirnos al silenciamiento u ocultación de determinadas prácticas luego de su regulación legal; es decir, cuando se deja de hablar de ellas porque al estar reguladas se asume que ya no ocurren. Precisamente, en esta investigación hemos encontrado que, tras la regulación de la APA, se dejaron de publicar investigaciones empíricas al respecto en los años 1990-2000. Sin embargo, en la revisión de Pope y Vásquez (2011) se ofrecen datos de algunos estudios con muestras amplias de terapeutas que reconocen haber mantenido relaciones sexuales con clientes/pacientes actuales y antiguos. No obstante, estos autoinformes han disminuido con el tiempo, ya no digamos las investigaciones sobre víctimas o sobrevivientes.

El grupo de trabajo de la APA en los ‘70 sugirió que las actitudes de los psicólogos sobre el contacto erótico en la terapia deberían ser evaluadas para descubrir qué tan generalizado podría ser el uso del contacto sexual en dicho contexto. En ese sentido, el artículo publicado por Del Río et al. (2003) señala que, de una muestra de 200 alumnos de los últimos cursos de la licenciatura de Psicología, un 38% accedería a mantener relaciones sexuales sin abandonar la relación terapéutica, pero viéndose fuera de la consulta; y un 12.5% accederían a mantener relaciones sexuales incluso dentro de la consulta durante el horario de la terapia. En la actualidad, los “Principios éticos de los psicólogos y código de conducta” de la APA (2017) mantienen la prohibición del acoso sexual, así como de la intimidad sexual con clientes/pacientes en tratamiento o terapia en curso, pero limita la prohibición a los dos años tras el término de la terapia, “excepto en circunstancias excepcionales”. También se prohíben vínculos sexuales con estudiantes y supervisados con los que se pueda tener autoridad de evaluación.

Los datos anteriores dan cuenta de hasta qué punto las relaciones de poder y la revisión de privilegios no han formado parte de la socialización y formación de profesionales en Psicología. La era del #MeToo y del consentimiento coexiste con la retórica neoliberal según la cual prevenir o regular prácticas sexuales terapeuta-cliente va en contra de la libertad de ambos. Por otro lado, si se producen casos evidentes de abuso de poder, se individualizan y criminalizan, o incluso se establecen perfiles de “infractores”, como decíamos antes. Tampoco se trabaja el supuesto dilema ético que supone el secreto profesional ante revelaciones, en contexto terapéutico, de agresiones sexuales. Si bien el psicólogo está obligado a informar y romper la confidencialidad cuando tiene conocimiento de violación de derechos humanos, malos tratos o tratos degradantes, ya no digamos si se trata de abusos sexuales a menores (Del Río, 2007), los terapeutas han sido cómplices con dinámicas de silenciamiento que provocan trauma en las víctimas, sufrimientos abordados de nuevo por la propia profesión. Probablemente muchas agresiones del #MeToo se quedaron en terapia, bajo una confidencialidad mal entendida (Rey Artime, 2023). Como señala Despret (2015), a quien protege el secreto profesional es al terapeuta (a su autonomía profesional) y a la disciplina; garantiza su control, legitimidad y supuesto saber técnico. En caso de información revelada por agresores, pocas veces protege a las víctimas.

Un último componente de la cultura de la violación en contextos terapéuticos es la falta de comprensión del “no es no” por parte de algunos profesionales. Si bien en pleno siglo XXI, parece que el imaginario de una “mujer loca” obligada a tener sexo sin querer resulta insoportable, éste no está tan alejado de algunas recomendaciones o actuaciones “más sutiles” de terapeutas hacia mujeres, como el “esforzarse un poco” a tener relaciones “por su propio bien” (y el de su pareja). Chesler (2019) recogió, en sus entrevistas a lesbianas, algunas indicaciones de terapeutas en este sentido. La patologización de la “falta de interés sexual” en mujeres en el reciente DSM-5 (a diferencia del deseo hipoactivo en hombres), se asemeja bastante a la idea de que no querer tener sexo regular (generalmente heterosexual) es un problema que hay que curar: se patologiza el ‘no’. Para la cultura terapéutica, la lesbiana o la “frígida”, que no quieren tener sexo con hombres, constituyen amenazas al sistema heteropatriarcal que requieren regulación, curiosamente igual que la “impulsiva” con gran agencia sexual, que recibe otras etiquetas, tipo Trastorno Límite de Personalidad (Ussher, 1991).

Todo lo anterior se complementa con la asociación entre belleza (entendida dentro de la conformidad con el estereotipo blanco de género) y salud (entender como bienestar de la mujer “que se arregle” para la mirada del otro; y como malestar, que se “esté dejando”, porque no se depila o se deja las canas, o no quiere tener relaciones sexuales):

Me han preguntado en consulta por la frecuencia de mis relaciones sexuales con mi pareja, al parecer más baja de la que el psiquiatra en cuestión consideraba oportuno, pues se creyó con la autoridad de decirme: ‘Tendrás que hacer un poder y esforzarte, él tendrá sus necesidades también’. (...) Sé que probablemente esto tampoco les pasa a los hombres psiquiatrizados. No debe pasarnos a nadie que un profesional de la salud en un puesto de autoridad, en el que muchas veces se le ve como referente, nos inste a mantener relaciones sexuales sin desearlas. Ese ‘consejo’ envenenado es tan parecido a asumir que debemos permitir violaciones dentro de nuestra pareja para conseguir mantener la relación, que me da escalofríos recordarlo. (Plaza, 2019, párrafo 5)

Agresiones sexuales en centros psiquiátricos

La cultura de la violación también ha sido un “secreto a voces” de la institucionalización psiquiátrica desde las épocas de los grandes asilos y manicomios (Barnett, 2020). Aunque ha sido denunciada por la cultura loca y antipsiquiátrica (p. ej. películas biográficas como la de Frances de Graeme Clifford en 1982), apenas ha sido abordada fuera de allí. Fue en parte como resultado de las movilizaciones feministas de finales de los ‘60 que comenzó a divulgarse este tema en entornos académicos y profesionales (particularmente anglosajones), en concreto a partir de la publicación del artículo “Rape accusations in Psychiatric hospitals: institutional dynamics in crisis” (Deucher et al., 1976). Entre otras cosas, el artículo explica:

Aunque muchos psiquiatras afirman conocer o haber escuchado casos de violación o presunta violación

dentro de los hospitales psiquiátricos, es sorprendente que, al menos hasta donde sabemos, no hay un solo artículo en toda la literatura profesional que examine este tema tan serio. Esta deficiencia refleja en parte (y contribuye a) el problema que emerge cuando las acusaciones de violación vienen de parte de pacientes psiquiátricos. (Daucher et al., 1976, p. 8-9)

Lejos de tratarse de un hecho aislado o del pasado, los abusos sexuales en contextos de institucionalización psiquiátrica continúan siendo una realidad denunciada por activistas (p. ej. Orgullo Loco Denuncia, 2021; Plaza, 2020) y la prensa en distintos lugares (p.ej. Autero, 2019; El Colombiano, 2022; Mingo & Abajo, 2023; Muoio, 2022). Se conoce el mayor riesgo de victimización de violencia sexual en personas diagnosticadas de “trastorno mental severo” (Betterly et al., 2023) y más en entornos psiquiátricos como espacios poco seguros para las personas internadas (Marcus et al., 2021; Rossa-Roccor et al., 2020). Además, en diferentes países se han realizado investigaciones e informes específicos sobre violencias sexuales y reproductivas en entornos sanitarios hacia mujeres con discapacidad y/o psiquiatrizadas (Barnett, 2020; Care Quality Commission, 2018; Disability Rights International & Colectivo Chuhcan; Frueh et al., 2005; Krumm, 2022; Yupanqui-Concha et al., 2021, 2022).

A pesar de ello, existe consenso sobre el escaso registro o datos oficiales de agresiones sexuales a personas internadas, por no hablar de políticas de reparación (Barnett, 2020; Betterly et al., 2023; Krumm, 2022). Si bien existen publicaciones que recogen agresiones sexuales en entornos psiquiátricos hacia profesionales, se han invisibilizado las violencias sexuales a mujeres internadas (ya no digamos si es por parte de profesionales sanitarios u otro personal). Como diría Tuana (2006), es un tema que se prefiere ignorar. En este sentido, una investigación de 2023, realizada en colaboración por The BMJ y The Guardian, alarma sobre los niveles impactantes de agresiones sexuales en el NHS (Servicio Nacional de Salud en Reino Unido). El estudio visibiliza los casos de personas internadas que han sido abusadas sexualmente por parte del staff. Un dato significativo es que el 78% de la gente abusada por parte del personal son personas internadas (BJM, 2023). También indica que casi las tres cuartas partes de los incidentes de seguridad sexual en el NHS ocurrieron en salud mental. Así mismo también concluye que estos casos rara vez son denunciados o conocidos, dada la vulnerabilidad de este colectivo, por vergüenza, falta de credibilidad, miedo a represalias, encubrimiento cómplice del centro, etc. (Betterly et al., 2023).

Los escasos artículos que abordan violencias sexuales en estos contextos suelen incluir propuestas de prevención o intervención que en muchos casos asumen las agresiones como un asunto clínico e individual, en lugar de atender al contexto cultural más amplio donde se producen, o incluso a la estructura manicomial como un factor de riesgo. Si bien en algunos casos se alude a medidas estructurales, como más recursos, protocolos, políticas sexuales seguras, formación del personal, entre otras (Clark & Fileborn, 2011; Jackson, 2020; Kröger, 2022), en su mayoría estas mismas respuestas se traducen en reforzar las medidas de control, aislamiento y vigilancia. Por ejemplo, más instalación de cámaras de seguridad, más salas de aislamiento, más sujeción, mayor presencia del personal sanitario en espacios privados, solicitar la presencia de cuerpos policiales dentro de las instalaciones, o crear pabellones o habitaciones separadas entre mujeres y hombres (algo que no evita las agresiones por parte del personal o en espacios comunes, y que además puede exponer a personas trans y no binarias a violencias cisexistas añadidas). Se trata de medidas en pro de una seguridad que van en contra de la autonomía y la integridad física y psicológica, y que, por lo tanto, lejos de resolver el problema, lo pueden agravar.

Este gran desequilibrio de poder que forma parte de la estructura institucional psiquiátrica o manicomial por se genera no sólo un entorno de posibilidad para el ejercicio de distintas formas de violencia (entre ellas sexuales), sino que potencialmente desprotege a quienes se encuentran en posición de desventaja tanto material como simbólica (en este caso, las personas internadas). Por ejemplo, Clark y Fileborn (2011) han analizado la prevalencia de agresiones sexuales a mujeres ingresadas en entornos institucionales en Australia (como unidades psiquiátricas, cárceles o centros de menores, centros de internamiento de extranjeros o residencias), así como las barreras estructurales y culturales en estos

entornos para revelar, reconocer y responder a dichas agresiones (las cuales son silenciadas, no creídas o trivializadas). Cooperan por lo menos tres elementos en esta situación: la estructura cisheterosexista y racista (que tiende a la normalización de la hipersexualización y el acceso patriarcal a determinados cuerpos, sin necesidad de consentimiento); la estructura cuerdista-capacitista (que tiende al control de determinados cuerpos por considerarlos locos y/o discapacitados y por lo tanto estableciendo excepciones al consentimiento); y la injusticia epistémica (que tiende a no creer que dichas violencias han sido producidas o, en todo caso, las reconoce pero las trivializa o supone que la misma víctima “lo provocó”, generando así una revictimización). El consentimiento y la justicia epistémica son, de hecho, motivos de tensiones y disputas tanto en el ámbito jurídico de género, como en el ámbito jurídico psiquiátrico.

En concreto, son distintas las prácticas que dentro de la institución psiquiátrica pueden reproducir e invisibilizar la cultura de la violación, precisamente al presuponer que la persona considerada loca no puede decidir por sí misma o que su criterio no es válido. Mientras se niega a la persona el tomar decisiones sobre su propio cuerpo para intervenciones psiquiátricas, se asume que sí decide sobre su cuerpo para provocar actos sexuales (lo cual es penalizado). No se respeta el derecho a rechazar intervenciones farmacológicas (entre otras), mientras se niega que la sumisión química es un factor de vulnerabilidad para vivir abusos (sexuales, entre otros). No sólo la sumisión química, sino también la sumisión física (o la aplicación de contenciones/sujeciones) es una práctica sumamente normalizada por la institución psiquiátrica. Nuevamente, el hecho de que en sí misma tiene el objetivo de reducir las posibilidades de agencia de la persona, hace que se vuelva, además de una forma de violencia institucional, un factor de vulnerabilidad para recibir otras violencias. Recientemente, una persona denunció en la plataforma virtual Orgullo Loco Denuncia (2021) que al revelar a auxiliares de enfermería un abuso sexual de un guardia de seguridad hacia una compañera, lo que hicieron fue atarla a la cama dos días. Además, en el espectro que comprende la sumisión química y física como condiciones de posibilidad para el ejercicio de múltiples violencias, entre ellas sexuales, podemos considerar también otras técnicas psiquiátricas que potencial y/o paulatinamente pueden inducir estados de agencia reducida física, psicológica y socialmente hablando, como el electroshock o la terapia electroconvulsiva, y la esterilización forzosa. Esta última ha sido, de hecho, reconocida en algunos contextos como practicada para el encubrimiento de abusos sexuales y como una forma de exposición a éstos, que se pueden producir tanto en entornos de encierro de adultos como infantiles (Disability Rights International & Colectivo Chuhcan, 2015).

Por otro lado, la vulneración del derecho a la privacidad también es motivo de paradojas y contradicciones dentro de la institución psiquiátrica. El uso desproporcionado y generalizado de cámaras en lugares de internamiento (ActivaMent-Hierbabuena, 2019) implica que las personas puedan ser observadas en contra de su voluntad, por ejemplo, en las habitaciones donde duermen o se cambian de ropa, o en los baños sin puertas. Como ya hemos señalado, la propia política de “gestión de los riesgos” en contextos de hospitalización psiquiátrica puede ser contraria al derecho al consentimiento y a la privacidad, lo que, lejos de representar una forma de protección en situaciones de sufrimiento psíquico, expone a las personas a violencias físicas, sexuales y psicológicas. Además, en estos entornos se suele negar la posibilidad de que exista un ejercicio deseado de la sexualidad entre las personas internadas. Como señalan De la Hermosa y Polo (2018, p. 353), “es una práctica relativamente frecuente prohibir activamente todo tipo de relación sexual, o directamente obviar que las personas tienen sexualidad”. Esto lleva a que, en el caso de que se tengan relaciones sexuales, sea a escondidas y en situaciones que puedan facilitar que se produzcan abusos. Así, mientras se niega, vigila o castiga la posibilidad del contacto sexoafectivo deseado entre las personas internadas (y más si no es heterosexual), se niega no solo el hecho de que ocurren abusos sexuales, sino el propio derecho a la privacidad físicamente hablando.

Aparte de la sumisión química, la sumisión física y la vulneración del derecho a la privacidad que hemos descrito hasta ahora, otro mecanismo que potencialmente reproduce la cultura de la violación en

entornos de institucionalización psiquiátrica es el “trigger” (“gatillo” o disparador de un recuerdo traumático con intenso sufrimiento), que a su vez suele actuar de la mano de la injusticia epistémica o el descrédito del relato de la persona agredida. Tal como explican Ashmore et al. (2015), distintos elementos como los espacios confinados, la proximidad de una persona con características similares a las de un agresor del pasado, la observación constante o los comportamientos hostiles, pueden desencadenar recuerdos traumáticos de una agresión sexual producida anteriormente, pero que al revelarse pueden vivirse como si fuesen recientes o como si estuviesen ocurriendo en el presente.

El hecho de considerar tales relatos como simples fabricaciones producto del “estado psicológico” de la persona, lleva a un aumento natural de su angustia, a lo que se suma que a muchas de ellas no se les creyó en el momento de la agresión original, por lo que la repetición de la incredulidad refuerza el daño psicológico provocado. Por ejemplo, en su estudio realizado en el 2015, Ashmore et al. explican cómo la acusación de abuso sexual presentada por una mujer internada, llevó al equipo profesional a realizar una investigación profunda y reconocer que distintos elementos se combinaron para aumentar el miedo de la mujer y reactivar el recuerdo de haber sido violada cinco años antes: el entorno de hospitalización cerrado y desconocido; el estar constantemente rodeada de dinámicas y comportamientos agresivos; y estar bajo vigilancia y privación de libertad. Por eso, de acuerdo con las autoras, tomarse en serio el relato es una forma de reconocer la angustia vivida y transmitir que la persona dispone de apoyo: “Las formas de revelación (de la experiencia traumática de abuso) deben tomarse en serio y responderse adecuadamente. Aunque la incertidumbre es más desafiante para el personal, se requieren una investigación y una respuesta apropiadas” (Ashmore et al., 2015, p. 146). Considerar esto es particularmente importante teniendo en cuenta la alta incidencia de abusos sexuales que han vivido y viven mujeres psiquiatrizadas y el impacto de violencias sexuales en la salud mental (González et al., 2013; Herman, 2001; Krumm, 2022).

Así pues, los entornos de encierro de la institución psiquiátrica no sólo no aseguran un contexto de seguridad o de cuidado, ni de reparación de una situación de sufrimiento provocada por abusos sexuales, ni necesariamente garantía de no repetición de éstos, sino que por todos los motivos ya señalados pueden ser incluso contraproducentes para dichos propósitos. Además, tanto la violencia sexual como la injusticia epistémica y la violencia psiquiátrica son mecanismos que no operan de manera neutra o independiente de las estructuras y relaciones de poder más amplias. En palabras de Merrick Pilling (2021), “la credibilidad de cualquier sobreviviente de violencia sexual es escrudiñada” (p. 137), pero los marcos de sentido que dictaminan tanto la violencia sexual como esa credibilidad están racializados: mujeres negras y racializadas pueden ser más agredidas, menos creídas y más culpabilizadas de las violencias sexuales sufridas, por la idea racista-sexista de una hipersexualización “naturalmente intencionada”. Así, “en el contexto de un hospital psiquiátrico, la cultura de la violación intersecta con el cuerdismo y el cuerdismo antinegro en formas problemáticas” (Pilling, 2021) que es necesario tener en cuenta.

Con todo lo anterior, queremos poner el acento en la “traición” o “violencia institucional” (Gentile, 2019) y sus marcos de sentido y de poder: cuando una institución causa daño a una persona que confía o depende de ella; se trata de algo sistémico en el discurso y práctica terapéutica, y que forma parte del entramado de la cultura de la violación, con sus marcadores de género, raza y clase. Ante la individualización de la violencia sexual (la identificación de agresores cuya agresión se construye como producto de una psicopatología), nos encontramos con prácticas institucionales que no solo avalan y refuerzan el comportamiento abusivo, sino que silencian e invisibilizan las acusaciones. Las respuestas de instituciones o colegios profesionales a las “violaciones de los límites” se han enfocado típicamente en proteger la reputación del organismo y la identidad del acusado (Hook & Fines, 2023). En contra, la acusadora, al mencionar la acusación en público, puede ser demandada por difamación y (mal)tratada como loca o histérica (Gabbard, 2017). Este tipo de denuncias evidencian la no-voluntad de las instituciones de proteger a las víctimas (ausencia de protocolos o procedimientos para gestionar las quejas, prácticas negligentes, falta de órganos de investigación independientes y defensivos, de políticas

de garantía de no repetición y de reparación, entre otras). Como una familia que niega el incesto, se organizan en torno al agresor, aislando a la víctima “problemática” que traiciona el pacto de silencio (Gentile, 2019).

Discusión y conclusión

La cultura de la violación y las agresiones sexuales en entornos psi son “campos de ignorancia” de la ciencia y lo social: problemas escasamente estudiados, reconocidos y reparados. En esta investigación hemos explicado diferentes mecanismos de poder que atraviesan estructuralmente y en distinta medida espacios supuestamente destinados al ejercicio de los cuidados (en concreto la psicoterapia y los centros psiquiátricos) y que llevan a una reproducción de la cultura de la violación. Son mecanismos que se vuelven condiciones de posibilidad tanto para el ejercicio de abusos, entre ellos sexuales, como para su invisibilización. En contextos psicoterapéuticos, hemos señalado, por ejemplo, cómo la posición de desigualdad paciente/cliente - profesional; las dinámicas sexistas que puede haber en dicho vínculo; el sexismo en las teorías; la falta de comprensión del “no es no” y de las relaciones de poder en el entorno psi desde la formación, han llevado durante mucho tiempo a la normalización del contacto erótico y de las relaciones sexuales en el contexto psicoterapéutico, y a su consecuente regulación deontológica. Hemos señalado también cómo esto último no necesariamente ha derivado en el cese de abusos, pero sí en dar por hecho que al estar formalmente prohibidos ya no ocurren, por lo que se dejan de investigar y se hace más difícil hablar de ellos o denunciarlos (la “performatividad al revés”, como diría Sara Ahmed).

Por su parte, en el contexto psiquiátrico hemos señalado cómo la suposición cuerdista-capacitista de que la persona considerada loca “no puede decidir” o al menos no lo hace “correctamente”, junto con la revictimización sexista y racista que desacredita o culpabiliza a la propia víctima de los abusos sexuales sufridos, lleva a prácticas que sí pueden afectar directamente las posibilidades de agencia y comprometer la seguridad sexual. Hemos señalado, por ejemplo, la sumisión química, la sumisión física, las esterilizaciones forzosas, la vulneración del derecho a la privacidad, y el ‘trigger’ (“gatillo” o disparador de recuerdos traumáticos de abusos sexuales previos, en este caso) derivado de las características de alta vigilancia y control de la misma institución. La incompreensión e invisibilización de cómo operan de la mano la estructura cuerdista y la estructura patriarcal-racista en el contexto psiquiátrico llevan, a su vez, al planteamiento de “soluciones” como reforzar la vigilancia, aumentar la presencia del personal en espacios privados, intensificar el aislamiento o las contenciones/sujeciones, o incorporar cuerpos policiales en las instalaciones. Todo lo cual puede resultar contraproducente para los propósitos de cuidado, sanación y/o reparación de una experiencia que produce intenso sufrimiento, además de afectar de manera importante la autonomía y la integridad física y psicológica de la persona. En términos estructurales, éstas son también medidas que refuerzan el cuerdisto, el racismo, el clasismo y el patriarcado como sistemas sociales.

Los mecanismos de poder que hemos señalado tanto del espacio psicoterapéutico como del espacio psiquiátrico suelen actuar de la mano de la injusticia epistémica o el descrédito del relato y experiencia de abuso vivida en el pasado o el presente. También actúan junto a las pocas posibilidades de denuncia o de reparación derivadas de la tendencia de las instituciones de protegerse a sí mismas, antes que a las víctimas o sobrevivientes. Desde este reconocimiento, otras vías para abordar los abusos sexuales pueden ser, para empezar, plantear la pregunta sobre las medidas necesarias a las propias usuarias y/o sobrevivientes de violencias en entornos psi o de institucionalización. Por otro lado, crear y visibilizar contextos de seguridad (en lugar de instituciones totales o entornos sumamente asimétricos y jerárquicos) que faciliten el reconocimiento y el empoderamiento de las víctimas o sobrevivientes, erradicando las prácticas traumatizantes y revictimizantes en todo sentido. Así mismo, generar registros de casos y crear políticas de reparación.

El imaginario social que construye la psicoterapia y la institución psiquiátrica como espacios siempre inocuos y benéficos para la sociedad (y su consecuente falta de revisión como espacios de poder), es también un elemento que lleva a perpetuar el silenciamiento de esta realidad y sostener así la cultura de la violación. Los abusos sexuales son, no obstante, un secreto mal guardado. Algunas movilizaciones feministas y particularmente el movimiento de sobrevivientes de la psiquiatría han explicado desde hace por lo menos cinco décadas cómo éstos se producen, invisibilizan y perpetúan en entornos psi. Es un secreto a voces porque, aunque se tiene cuidadosamente reservado, no deja de fugarse para ser escuchado. Son las voces locas las que han roto el pacto de silencio.

Referencias

El * indica las fuentes seleccionadas y analizadas en este estudio.

- *ActivaMent-Hierbabuena (2019). *Informe alternativo del Reino de España para la 21a. sesión de Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, específico sobre el Colectivo en Primera Persona; personas exusuarias, usuarias y supervivientes de la psiquiatría (Discapacidad Psicosocial)*. ActivaMent Catalunya Associació - Hierbabuena. <https://tbinternet.ohchr.org/>
- Ahmed, S. (2018). *Vivir una vida feminista*. Edicions Bellaterra.
- *Albin, R. (1977). Psychological studies of rape. *Signs: A Journal of Women in Culture and Society*, 3, 423-435.
- *Alpert, J., & Steinberg, A. (2017). Sexual boundary violations: A century of violations and a time to analyze. *Psychoanalytic Psychology*, 34(2), 144-150. <https://doi.org/10.1037/pap0000094>
- *American Psychological Association (APA, 2017). *Ethical principles of Psychologist and code of conduct*. <https://www.apa.org/ethics/code>
- *American Psychological Association (APA, 1975). Report of task force on sex bias and sex-role stereotyping in psychotherapeutic practice. *American Psychologist*, 30(12), 1169-1175. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.30.12.1169>
- *Ashmore, T., Spangaro, J., & McNomara, L. (2015). 'I was raped by Santa Claus': responding to disclosures of sexual assault in mental health inpatient facilities. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(2), 139-148. <https://doi.org/10.1111/inm.12114>
- *Autero, M. (22 de octubre, 2019). Cárcel para un psiquiatra por abusos sexuales en Tenerife. *España: Caso Abierto La Provincia*. <https://www.laprovincia.es/sucesos/2019/10/22/carcel-psiquiatra-abusos-sexuales-tenerife-9229242.html>
- *Barnett, B. (2020). Addressing sexual violence in psychiatric facilities. *Psychiatric Services*, 71(9), 959-961. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000038>
- *Betterly, H., Musselman, M., & Sorrentino, R. (2023). Sexual assault in the inpatient psychiatric setting. *General Hospital Psychiatry*, 82, 7-13. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2023.02.006>
- *BMJ (2023). *Medical colleges and unions call for inquiry over "shocking" levels of sexual assault in the NHS*. <https://doi.org/10.1136/bmj.p1105>
- *Care Quality Commission (2018). *Sexual safety on mental health wards*. https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20180911c_sexualsafetymh_report.pdf
- *Celenza, A. (2007). *Sexual boundary violations: therapeutic, supervisory, and academic contexts*. Jason Aronson.
- *Chamberlin, J. (1975). Women's oppression and psychiatric oppression. In D. E. Smith, & S. J. David (Eds.), *Women look at psychiatry* (pp. 39-45). Press Gang Publishers.
- *Chesler, P. (2019). *Mujeres y locura*. Continta Me Tienes.
- *Clark, H., & Fileborn, B. (2011). *Responding to women's experiences of sexual assault in institutional and care settings*. Australian Center for the Study of Sexual Assault.
- *Clemens, V., Brähler, E., & Fegert, J. M. (2021). #patientstoo—Professional sexual misconduct by healthcare professionals towards patients: a representative study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 30, e50, 1-8. <https://doi.org/10.1017/S2045796021000378>
- *Davidson, V. (1977). Psychiatry's problem with no name: therapist-patient sex. *American Journal of Psychoanalysis*, 37(1), 43-50. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/BF01252822>
- *De la Hermosa, M., & Polo, C. (2018). Sexualidad, violencia sexual y salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 349-356. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352018000200001>

- *Del Río, C., Borda, M., Pérez, M. Á., Martín, A., & Torres, I. (2003). Ética de las relaciones duales en psicoterapia. *Psicothema*, 15(1), 58-64. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8138>
- Del Río, C. (2007). Dilemas éticos relacionados con la confidencialidad. *Información Psicológica*, 90, 12-27. <https://hdl.handle.net/11441/74070>
- Despret, V. (2015). *Cuerpos, emociones, experimentación y psicología*. UNED.
- *Deucher, R., Maxmen, J., & Karasu, T. (1976). Rape accusations in psychiatric hospitals: institutional dynamics in crisis. *The Journal of Mental Health Administration*, 5, 5-14.
- *Disability Rights International & Colectivo Chuhcan (2015). *Abuso y negación de derechos sexuales y reproductivos a mujeres con discapacidad psicosocial en México*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/278094/4_INMUJERES_Por_una_cartilla_de_los_DSR_de_las_PCD.pdf
- *El Colombiano (06 de abril, 2022). Por denuncias de abuso sexual a pacientes psiquiátricas, sellan unidad de salud mental en Bogotá. <https://www.elcolombiano.com/colombia/denuncia-de-abuso-sexual-a-pacientes-psiquiatricas-de-hospital-la-victoria-en-bogota-CO17197948>
- Fricker, M. (2017) *Injusticia epistémica*. Herder.
- *Frueh, B. C., Knapp, R. G., Cusack, K. J., Grubaugh, A. L., Sauvageot, J. A., Cousins, V. C., Yim, E., Robins, C. S., Monnier, J., & Hier, T. G. (2005). Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatric Services*, 56(9), 1123-1133. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.9.1123>
- *Gabbard, G. O. (2017). Sexual boundary violations in psychoanalysis: a 30-year retrospective. *Psychoanalytic Psychology*, 34(2), 151-156. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pap0000079>
- García-Dauder, D. (2019). La teoría crítica feminista como correctivo epistémico en psicología. *Atlánticas*, 4(1), 117-150. <https://doi.org/10.17979/arief.2019.4.1.4843>
- *Gentile, K. (2019). Haciendo justicia: la traición institucional en torno a la conducta sexual inapropiada. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 66(4), 647-678. <http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001091>
- *González, F., González, J., López, M., Olivares, D., Polo, C., & Rullas, M. (2013). Violencia familiar y de pareja hacia las mujeres con trastorno mental grave. *Norte de Salud Mental*, 11(45), 23-32. <https://consaludmental.org/publicaciones/Violenciamujeresenfermedadmental.pdf>
- *Hare-Mustin, R. (1974). Ethical considerations in the use of sexual contact in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 11(4), 308-310. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0086370>
- *Herman, J. (2001). *Trauma and recovery*. Basic Books.
- *Hook, J., & Devereux, D. (2018). Sexual boundary violations: victims, perpetrators and risk reduction. *BJPsych Advances*, 24(6), 374-383. <https://dx.doi.org/10.1192/bja.2018.27>
- *Hook, J., & Fines, I. (2023). The experience of making a complaint in a case of professional sexual misconduct: towards a safer profession. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 37(3), 206-230. <https://doi.org/10.1080/02668734.2023.2199821>
- *Jackson, H. (2020). Reporting and recording sexual safety incidents in inpatient mental health settings. *Mental Health Practice*, 23(4). <https://dx.doi.org/10.7748/mhp.2020.e1446>
- *Kim, S., & Rutherford, A. (2015). From seduction to sexism: Feminists challenge the ethics of therapist-client sexual relations in 1970s America. *History of Psychology*, 18(3), 283-296. <https://doi.org/10.1037/a0039524>
- *Kröger, C. (2022). Combining rules and dialogue: exploring stakeholder perspectives on preventing sexual boundary violations in mental health and disability care organizations. *BMC Medical Ethics*, 23(1), 1-12.
- *Krumm, S. (2022). Sexual assaults in psychiatric hospitals. [Article in German]. *Psychiatrische Praxis*, 49(8), 398-400. <https://doi.org/10.1055/a-1950-7686>
- Martínez-Corona, J., Palacios, G., & Oliva-Garza, D. (2023). Guía para la revisión y el análisis documental: propuesta desde el enfoque investigativo. *Ra Ximhai*, 19(1), 67-83.
- *Marcus, S., Hermann, R. C., & Cullen Wiesel, S. (2021). Defining patient safety events in inpatient psychiatry. *Journal of Patient Safety*, 17(8), e1452-e1457. <https://doi.org/10.1097/pts.0000000000000520>
- *Masson, J. (2012). *Against therapy: emotional tyranny and the myth of psychological healing*. Untreed Reads.

- *McCartney, J. (1966). Overt transference. *Journal of Sex Research*, 3(2), 227-237. <https://doi.org/10.1080/00224499.1966.10749568>
- *Mingo, L., & Abajo E. (6 de junio de 2023). Lucía: “Una agresión sexual en un hospital me ha destrozado la vida”. *Medicina Responsable*. <https://medicinaresponsable.com/actualidad-sanitaria/victima-agresion-sexual-hospital>
- *Muio, D. (2022). Psychiatric hospitals can be held responsible for employee’s sexual abuse of patients, court rules. *Fierce Healthcare*. <https://www.fiercehealthcare.com/providers/psychiatric-hospitals-can-be-held-responsible-employees-sexual-abuse-patients-appeals>
- *Orgullo Loco Denuncia (octubre, 2021). Testimonio 57. “Cuando denuncie abusos sexuales a una compañera, los auxiliares de enfermería me ataron a la cama dos días”. <https://orgullolocodenuncia.wordpress.com/2021/10/28/testimonio-57-cuando-denuncie-abusos-sexuales-a-una-companera-los-auxiliares-de-enfermeria-me-ataron-a-la-cama-dos-dias/>
- *Orgullo Loco Denuncia (noviembre, 2021). Testimonio 60. “No la ayudaron a superar o digerir la violación porque ni la creyeron”. <https://orgullolocodenuncia.wordpress.com/2021/11/08/testimonio-60-no-la-ayudaron-a-superar-o-digerir-la-violacion-porque-ni-la-creyeron/>
- *Pilling, M. D. (2021). Sexual violence and psychosis: intersections of rape culture, sanism and anti-black sanism in psychiatric inpatient chart documentation. In A. Daley & M. D. Pilling (Eds.), *Interrogating psychiatric narratives of madness: documented lives* (pp. 13-163). Palgrave Mcmillan.
- *Plaza, M. (8 de marzo, 2019). Machismo cotidiano en la consulta de salud mental. *ActivaMent Catalunya Associació*. <https://www.activament.org/es/2019/machismo-cotidiano-en-la-consulta-de-salud-mental/>
- *Plaza, M. (10 de junio, 2020). Abusos sexuales en psiquiatría ¿hasta cuándo? *Píkara Magazine*. <https://www.pikaramagazine.com/2020/06/abusos-sexuales-psiquiatria-cuando/>
- *Pope, K., & Vásquez, M. (2021). *Ethics in psychotherapy and counseling: a practical guide*. John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118001875>
- *Rey Artime, P. (2023). La psicoterapia desde otro lugar: sombras a la luz de las políticas locas. En *La psicoterapia ha muerto*. Autoediciones La Porvenir.
- Rose, N. (1999). *Governing the soul: the shaping of the private self*. Free Association.
- *Rossa-Roccor, V., Schmid, P., & Steinert, T. (2020). Victimization of people with severe mental illness outside and within the mental health care system. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 563860. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.563860>
- Rutherford, A. (2011). Sexual violence against women: Putting rape research in context. *Psychology of Women Quarterly*, 35(2), 342-347. <https://doi.org/10.1177/0361684311404307>
- *Steinberg, A. L., Alpert, J. L., & Courtois, C. A. (Eds.; 2021). Sexual boundary violations in the psychotherapy setting: An overview. In *Sexual boundary violations in psychotherapy: Facing therapist indiscretions, transgressions, and misconduct* (pp. 3-18). American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0000247-001>
- *Tosh, J. (2019). *The body and consent in Psychology, Psychiatry, and Medicine: A therapeutic rape culture*. Routledge.
- Tuana, N. (2006). The speculum of ignorance: the women's health movement and epistemologies of ignorance. *Hypatia*, 21(3), 1-19. <https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2006.tb01110.x>
- *Ussher, J. M. (1991). *Women's madness: misogyny or mental illness?* University of Massachusetts Press.
- *Yupanqui-Concha, A., Aranda, C., & Ferrez-Pérez, V. (2021). Violencias invisibles hacia mujeres y niñas con discapacidad. *Revista de Estudios Sociales*, 77, 58-75. <https://doi.org/10.7440/res77.2021.04>
- *Yupanqui-Concha, A., Hichins, M., & Mandiola, D. (2022). Yo fui violentada adentro, estando en un lugar que me tenían que cuidar. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 30, e3104. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO238231043>

CRedit

Conceptualización: GGM, DGD; Análisis formal: GGM, DGD; Investigación: GGM, DGD; Redacción manuscrito original: GGM, DGD; Revisión y edición manuscrito: GGM, DGD; Visualización: GGM, DGD.