

Relaciones sexuales Psicólogo-Paciente

Lic. Gina L. Abril Noriega
Psicóloga
Colegiada Activa No. 2310



Resumen: Los valores éticos de cualquier profesional se aprenden y se inculcan desde la infancia; cuando el profesional llega a la universidad aunque los valores ya estén formados, es la entidad universitaria la encargada de fomentarlos. Cada profesional representa a su propio gremio. Los psicólogos deberían de tener especial cuidado tanto en las actitudes dentro del trabajo profesional como en la vida diaria. Las relaciones sexuales entre psicólogos y pacientes son una modalidad de abuso sexual y quebranta la autonomía del paciente. Tiene consecuencias negativas legales para los profesionales y secuelas psicológicas para los pacientes.

Palabras claves: Transferencia, contratransferencia, sexo, psicólogo, paciente, ética.

Abstract: Ethical values of any professional are inculcated from childhood; when the professional comes to college even if these values are already formed; the university body is responsible for encouraging it. Psychologists should therefore take special care in attitudes in professional work as in everyday life. Sexual intercourse between psychologists and patients is a kind of sexual abuse and violates patient autonomy, have legal consequences for professionals and negative psychological consequences for patients.

Key words: Transference, countertransference, sex, psychologist, patient, ethic.

El psicólogo desde cualquier esfera de acción, penetra como ningún otro profesional en la intimidad de las personas, en el conocimiento de sus personalidades, conflictos, sentimientos e insatisfacciones con su consecuente influencia sobre los demás.

Así, el psicólogo no solo debe ser competente y tener una sólida formación ética y humanística, sino además adquirir plena consciencia de su rol profesional, que le permita evaluar en cada momento la actuación justa y correcta frente a quien solicita ayuda, especialmente en el campo de la salud humana y a la vez convertirse en paradigma de conductas ajustadas para la sociedad. El psicólogo debe servir de apoyo moral al paciente y a su familia. (Rojas, Nápoles, 2002)

Los valores éticos de cualquier profesional se aprenden e inculcan desde la infancia; cuando el profesional llega a la universidad aun que los valores ya estén formados, es la entidad universitaria la encargada de fomentarlos de la mejor manera, pues cada estudiante representa el nombre de su institución, y cada profesional representa su propio gremio. Los psicólogos debemos tener especial cuidado en nuestras actitudes tanto dentro del trabajo profesional como en la vida diaria, pues no podemos pretender llevar una vida de desorden y causar una impresión de “buen psicólogo” a las personas que nos rodean.

Médicos, psicólogos y otros profesionales de la salud pueden ejercer como clínicos o docentes y en estos

contextos están presentes relaciones interpersonales que suscitan toda clase de sentimientos. Así, un profesional de la salud puede sentir atracción sexual por los pacientes, los familiares de los pacientes o estudiantes bajo su orientación, (Campo, 2003).

Las relaciones sexuales con pacientes o estudiantes regulares se consideran siempre como una conducta anti ética. No obstante, existe controversia sobre las relaciones entre médicos/psicólogos y antiguos pacientes. Las relaciones sexuales entre psicólogos y pacientes son una modalidad de abuso sexual y quebranta la autonomía del paciente. Las relaciones sexuales psicólogo- paciente tienen consecuencias negativas legales para los profesionales y secuelas psicológicas para los pacientes.

Los profesionales de la salud deben identificar la atracción sexual que pueden generarle algunos pacientes, es necesario estar alerta y prevenir cualquier acercamiento sexual. Sin duda, es necesario fortalecer su formación ética con el ánimo de hacer prevalecer los principios de beneficencia y autonomía. (Campo, 2003)

En la psicoterapia verbal, lo más que puede hacer el paciente es llegar a decir palabras obscenas o narrar episodios de amor; pero, sin contacto corporal. Así pues, es normal, incluso en una psicoterapia verbal, que exista el deseo de tener relaciones con el terapeuta o que incluso se sienta que es su terapeuta quien quiere tener relaciones sexuales con él o ella. Al entrar el factor corporal, este puede dar lugar a ese fenómeno de proyecciones. Por ejemplo, si el terapeuta toca con un masaje al paciente, este puede sentir que es tocado de una determinada manera, y como el contacto físico se ha dado ¿quién puede decir que el terapeuta no lo ha hecho como el paciente dice?

Hay dos puntos fundamentales en la psicoterapia respecto de la relación terapéutica que deben estar claros. Saber situar en el paciente y con el paciente, todo lo que es del orden de la transferencia y no pensar que

el terapeuta siempre tiene razón. Existe la transferencia negativa latente y también existe la contratransferencia negativa; lo que siente el paciente puede tener una base real actual. Claro, dependerá del “cómo lo diga”, “de la fuerza con que diga ciertas cosas”, “del carácter obsesivo de tocar ciertos temas” para hacernos ver que seguramente es algo que corresponde solamente al paciente o que posiblemente sea tal y como lo dice.

En el terreno de lo sexual-genital, si el terapeuta no lleva una vida mínimamente sana que lo regule, corre el riesgo de mandar mensajes inconscientes, energéticos, por medio de la contratransferencia neurótica, lo que puede provocar un aumento de excitación sexual en el paciente, tanto un aumento de rabia como de tristeza. Las emociones del terapeuta pueden influir en la forma de sentir del paciente. Por eso, la deontología y la técnica analítica se vinculan; la deontología, la ética, lo único que abordan y exigen son unas leyes básicas, que un profesional acepta, y que son: respetar la dinámica del paciente, no provocar ni forzar nada en el terreno sexual ni en el terreno agresivo o en cualquier otro afecto, respetar la intimidad del paciente, no abordar al paciente a nivel sexual-genital, no ejercer el poder por medio de fenómenos de seducción. (Serrano Hortelano, 2008).

Hay terapeutas que defienden conscientemente que en determinados momentos es necesario e importante satisfacer las demandas sexuales del paciente, como forma de superar el Edipo, pues, “qué mejor que tener un padre sexual”. Hay otros terapeutas que conscientemente no quieren eso, pero contra-transferencialmente, en ocasiones, pueden estar viviendo deseo sexual al igual que tristeza o rabia; se ven sumergidos, “secuestrados”, por el paciente, perdiendo su función. Conscientes de que esto puede sucedernos a todos, debemos estar atentos a ciertas señales que puede vivir el paciente para poder verlas como influencia directa nuestra. (Serrano Hortelano, 2008).

Es muy importante que los terapeutas sepan gestionar los propios afectos, para crear la menor canti-

dad de interferencias posibles. Pero también es cierto que desde el momento en que se habla de que se hace el trabajo con placer, esto implica una sexualidad. No se debe negar que la relación paciente-terapeuta puede ser una relación sexual, pues cuando el terapeuta vive el trabajo con placer, se nota que hay una relación distendida (de placer). Pero una cosa es lo sexual y otra lo genital.

Es precisamente esa barrera la que hay que tener muy clara; por ello la necesidad de tener siempre presente la contratransferencia y para eso estar en revisión continua, con supervisión, seminarios de casos y terapia para poder distinguir lo más posible si en un momento determinado, una dinámica concreta con un paciente responde a un fenómeno contratransferencial. Son requerimientos mínimos que realmente se deben de exigir al terapeuta, al profesional de la sexología para poder situar lo relacionado con el orden del paciente y el orden del terapeuta. A sabiendas también de que podemos ser objeto de ataque social, de peste emocional grupal a través de la difamación sexual, puede ocurrir dentro de la dinámica humana del terapeuta, que se dé en dicho proceso de interacción, una atracción energética sexual y pueda sentirse atraído “genitalmente” por un paciente. Si esta atracción “genital” llega a darse, lo que debemos tener claro es que lo que ocurre no puede seguir dándose en el diván, sino en otro espacio y modificando la relación terapéutica.

La posibilidad de que el terapeuta se enamore de un paciente y que ambos sientan que toma fuerza y no desaparece con el consiguiente impedimento para trabajar, perturba la economía energética del terapeuta, y esto se debe verbalizar con ese paciente. Lo aconsejable es dejar un tiempo de distancia y poder seguir la relación de otra manera, fuera del espacio terapéutico, si el deseo es mutuo. Si el deseo es solo del terapeuta, el paciente tendrá que seguir con otro profesional su proceso terapéutico elaborándose adecuadamente la derivación. (Serrano, 2008).

Se entiende que la relación psicólogo-paciente es, por definición, una relación fiduciaria. Esto significa que el paciente, en estado de necesidad de ser ayudado, entrega su confianza al profesional. Este tiene entonces la obligación de responder a tal donación con corrección técnica y ética, evitando abusar del poder que en él ha sido delegado. Iguales características y exigencias tienen las relaciones que en virtud de su actividad se establecen con los médicos, abogados, profesores, sacerdotes y pastores, por ejemplo. En todos estos grupos hay individuos que irrespetan esa exigencia humana y ética, pero la traición a la confianza depositada en el profesional por el paciente que busca tratamiento para un trastorno emocional parece especialmente grave, por la vulnerabilidad en que este se encuentra, por la mayor asimetría de la relación y por las características de la interacción desarrollada (revelaciones íntimas, tendencias regresivas, etc.), (Eva-Condemarín, 2001).

En el *Código de Ética del Colegio Médico de Chile* (1986), citado por Eva-Condemarín, (2001), no hay una formulación explícita de la prohibición de los vínculos sexuales con los pacientes, aunque debe entenderse que ella está incluida en algunos de sus párrafos. Así, en la Declaración de Principios se dice que “El decoro, la dignidad, la honestidad, la integridad moral como normas imperativas en la vida del médico, son atributos que el gremio médico estima fundamentales en el ejercicio profesional de sus asociados” y luego, en el Artículo 7, se expresa que “: El médico debe mantener el honor y dignidad propios de su actividad y debe, además, velar por los intereses y derechos de quien requiere sus servicios”.

Sin embargo, en el *Código de Ética del Colegio de Psicólogos de Guatemala* (2010), sí existe una referencia a las relaciones sexuales entre psicólogo-paciente. En el principio II: Cuidado competente del bienestar de los otros, el lineamiento 2.1 promoción del bienestar inciso 2.1.13. Indica que no son éticas las relaciones sexuales con clientes, supervisores, supervisados o estudiantes.

Los psicólogos y psicólogas no incitan o participan en intimidad sexual durante el periodo de la relación profesional y, tampoco durante el tiempo posterior a la terminación de la relación profesional, mientras sigan ejerciendo poder o autoridad. De ninguna manera incurrirán en actos, gestos, bromas, comentarios, caricias de contenido sexual y/o que sean interpretados como tales.

Guatemala es un país pequeño, es muy fácil tener amigos en común ; no solo por esto, sino por la conducta que debe caracterizar a todos los psicólogos en Guatemala, la conducta debe ser intachable en lo que a relaciones con pacientes o ex pacientes se refiere. Se debe mantener un margen profesional con todos los pacientes, aparte que de considerarse una conducta anti ética, una relación dual con pacientes, no se sabe con qué personas que nos conozcan por nuestra profesión, pueda estar relacionado cada paciente; es obligación de cada psicólogo mantener una figura digna y profesional ante los ojos de la sociedad. Así mismo promover la imagen positiva del gremio.

La Asociación Mundial de Psiquiatría, por su parte, señala en su *Declaración de Hawái* de 1977, citada por Eva-Condemarin (2001), que “El psiquiatra no deberá utilizar nunca las posibilidades de la profesión para maltratar individuos o grupos y deberá preocuparse de no permitir nunca que deseos personales inapropiados, sentimientos o prejuicios interfieran con el tratamiento”. En una posterior revisión en Viena en 1983, este párrafo se redacta de la siguiente manera: “El psiquiatra nunca debe utilizar sus recursos profesionales para violar la dignidad o los derechos humanos de ningún individuo o grupo, y no debe nunca dejar que sus sentimientos, prejuicios, creencias o deseos personales interfieran con el tratamiento”.

Por último, en la Declaración en Madrid en 1996, actualmente vigente, se dice: “Los psiquiatras deben, en todo momento, tener en cuenta las fronteras de la relación

psiquiatra- paciente y guiarse principalmente por el respeto al paciente y la preocupación por su bienestar e integridad”.

Probablemente por razones culturales, en los Estados Unidos de Norteamérica se encuentran los códigos de ética profesional con el más explícito desarrollo y la más clara evolución de la prohibición de los vínculos sexuales en la relación terapéutica:

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en los Principios de Ética Médica con anotaciones especialmente aplicables a la psiquiatría de 1981 expresa “El paciente puede depositar su confianza en su psiquiatra, sabiendo que la ética y las responsabilidades profesionales de este le impiden satisfacer sus propias necesidades explotando al paciente. Esto llega a ser particularmente importante debido a la naturaleza esencialmente privada, sumamente personal y a veces intensamente emocional de la relación establecida con el psiquiatra”. Y en otra sección, “El requerimiento de que el médico se comporte con propiedad en su profesión y en todas las acciones de su vida es especialmente importante en el caso del psiquiatra, porque los pacientes suelen ajustar su conducta al ejemplo de sus terapeutas por identificación. Además, la necesaria intensidad de la relación terapéutica puede contribuir a activar necesidades y fantasías sexuales y de otro tipo por parte del paciente y del terapeuta, al mismo tiempo que debilita la objetividad necesaria para el control. La actividad sexual con un paciente es antiética”.

En las Anotaciones de 1988, la APA agrega una frase al párrafo citado: “La actividad sexual con un paciente es antiética. La vinculación sexual con un paciente generalmente explota las emociones derivadas del tratamiento y por lo tanto es casi siempre antiética”. Aquí aparece la referencia a la relación con ex pacientes, señalando una característica que la haría “casi siempre” contraria a la ética.

Por último, la APA, en sus Anotaciones de 1993, opta por una expresión categórica, sin condicionantes: “La actividad sexual con un paciente o con un ex paciente es antiética”. (Eva-Condemarín, 2001).

Los códigos de ética profesional norteamericanos han evolucionado hacia una categórica proscripción de las vinculaciones sexuales con ex pacientes. Las formulaciones hoy son claras, pero no carentes de críticas y oposición.

En el texto del Grupo para el Progreso de la Psiquiatría, se expresa el estado de la cuestión a principios de la década de los 90: “Algunos sienten que una vez paciente, siempre paciente, que los elementos transferenciales profundos de la relación persisten y que las relaciones románticas deben ser prohibidas para siempre. Otros, aunque están de acuerdo que en la mayoría de los casos un ex paciente es tan vulnerable y tan susceptible de ser dañado como un paciente actual, sienten que hay casos en que la probabilidad de daño no es tan alta y creen que los casos de ex pacientes necesitan ser considerados individualmente. Nadie estima que un paciente sea ‘ex paciente’ dentro de unos pocos meses después del término de la terapia; el desacuerdo, más bien, es si hay casos raros en que la relación personal comienza algunos años después de que la terapia ha terminado y que pueden no necesariamente representar una conducta antiética por parte del psiquiatra”. (Eva-Condemarín, 2001).

El código APA (2010), actualmente vigente, establece lo siguiente, en su lineamiento diez:

10.05 Intimidad sexual con clientes/pacientes en tratamiento.

Los psicólogos no se involucran en intimidad sexual con clientes/pacientes actuales de terapia.

10.06 Intimidad sexual con parientes u otros individuos significativos para clientes/ pacientes en tratamiento.

Los psicólogos no se involucran en intimidad sexual con individuos que saben que son parientes cercanos, tutores o que tienen algún otro vínculo significativo con clientes/pacientes actuales. Los psicólogos no finalizan la terapia para eludir esta norma.

10.07 Terapia con *partenaires* (parejas) sexuales anteriores.

Los psicólogos no aceptan como clientes/pacientes de terapia a personas con las cuales han tenido intimidad sexual.

10.08 Intimidad sexual con ex-clientes/pacientes.

(a) Los psicólogos no se involucran en intimidad sexual con ex-clientes/pacientes durante al menos dos años después de la interrupción o finalización de la terapia.

(b) Los psicólogos no se involucran en intimidad sexual con ex-clientes/pacientes aún después de un intervalo de dos años salvo en circunstancias excepcionales. Los psicólogos que se involucran en tal actividad después de dos años de la interrupción o finalización de la terapia y no hayan tenido ningún contacto sexual con el ex-cliente/paciente, tienen la obligación de demostrar que no ha habido explotación, a la luz de todos los factores pertinentes, que incluyen (1) el tiempo transcurrido desde la finalización de la terapia; (2) la naturaleza, duración e intensidad de la terapia; (3) las circunstancias de finalización; (4) la historia personal del cliente/paciente; (5) el estado mental actual del cliente/paciente; (6) la probabilidad de impacto adverso sobre el cliente/paciente; y (7) cualquier declaración o acción llevada adelante por el terapeuta durante el curso de la terapia, sugiriendo o invitando la posibilidad de una relación sexual o sentimental con el cliente/paciente luego de finalizado el tratamiento.

Eva-Condemarín (2001), citando a Appelbaum y Jorgenson, quienes en 1991, publican en el *American Journal of Psychiatry* una revisión del tema y proponen autorizar las relaciones eróticas entre el profesional y un ex paciente después de un año de terminada la terapia sin que haya habido ningún contacto entre terapeuta y paciente en ese período, manteniendo la prohibición absoluta en los casos de pacientes que han tenido una psicoterapia dinámica prolongada, pacientes psicóticos, o pacientes que han llegado a la terapia por problemas como promiscuidad o las consecuencias de un anterior abuso sexual. Los autores opinan que es preferible determinar un período de prohibición fijo; que la relación fiduciaria termina cuando finaliza la terapia; que tras su término disminuyen las posibilidades de fraude o coerción; y, lo más importante, que es principio social aceptado el respeto a las decisiones autónomas de las personas, incluyendo las relaciones sexuales consensuadas.

A la objeción de que en un ex paciente persisten los sentimientos transferenciales, expresan dudas de que éstos sean del tipo y la magnitud como para interferir con la toma de una decisión competente, además de la imposibilidad de determinar legalmente que el paciente aún se encuentra bajo los efectos de la transferencia.

Según Eva-Condemarín (2001), el rol del terapeuta incluye los aspectos estructurales de la terapia además del contenido, y es responsabilidad del psiquiatra mantener la distancia profesional en la relación. Es inevitable que el paciente resienta los límites impuestos y, precisamente, las conductas y emociones que revelan esa protesta son un contenido de análisis importante en las terapias dinámicas. Pero la transgresión es sólo responsabilidad culpable del terapeuta.

Eva-Condemarín (2001), citando a Gutheil y Gabbard en 1993, publica un exhaustivo trabajo sobre la aplicación del concepto de límites en la práctica clínica. Algunos de sus postulados son:

- Los límites en psicoterapia incluyen varias áreas críticas,

que el profesional debe constantemente vigilar: Roles, horarios, lugar del tratamiento, honorarios, recepción de regalos y solicitud de servicios, vestuario, lenguaje verbal y no verbal, revelaciones personales del terapeuta y contacto físico.

- Los cruces de límites no sexuales pueden representar violaciones éticas en sí mismos.

- No todo cruce de límites, o aún una violación de límites, lleva a una transgresión sexual o es evidencia de ella.

- La transgresión sexual generalmente comienza con violaciones de límites relativamente menores.

La mayor parte de la literatura sobre los límites en la psicoterapia tiene una inspiración psicoanalítica y, por lo tanto, al menos algunas de las prescripciones y proscipciones expuestas podrían tener valor sólo para los terapeutas de esa escuela. Un problema, evidenciado en demandas éticas y legales, ha sido el juzgar la conducta de un profesional de otra ideología con parámetros que le son ajenos. Otro, es cómo evaluar el comportamiento de un terapeuta, si este lo justifica como legítimo de acuerdo con su propia orientación teórica e idiosincrática. En estos casos, el juicio se debe basar en la existencia de un cuerpo de literatura profesional que respalde el procedimiento; en su fundamentación clínica; y en el cuidado que se haya tenido al evaluar riesgos y beneficios. Siempre será necesario que el terapeuta considere con cautela cualquier alejamiento de la práctica usual y que registre con precisión las razones para tal alejamiento, siendo también conveniente la previa consulta con otro colega. Se puede enunciar algunos principios de validez general, que son vinculantes para todo terapeuta, independientemente de la escuela a la que pertenece: respeto por la dignidad humana, por la autonomía y autodeterminación del paciente y por las exigencias de una relación fiduciaria; cumplir con el deber de neutralidad y con la regla de abstinencia, que limita la gratificación del terapeuta a la derivada de la mejoría del paciente y del pago de honorarios razonables.

Eva-Condemarín (2001), cita a Moggi y señala los antecedentes y situaciones que ponen al profesional en riesgo de abuso sexual en las relaciones terapéuticas:

-Condiciones biográficas tempranas: Temor a la cercanía afectiva, necesidades narcisistas, formación insuficiente, experiencia personal de abuso sexual.

-Condiciones de vida actuales: Crisis matrimoniales, pobreza en contactos sociales, adicción al trabajo.

Por su parte, Simón, citado por Eva-Comandarin (2001) construye la siguiente lista de diagnósticos de los terapeutas en riesgo de explotar a los pacientes:

-Terapeuta con trastorno de la personalidad: límite, narcisista, antisocial.

-Terapeuta con trastorno sexual: frotismo, pedofilia, sadismo sexual.

-Terapeuta incompetente: formación insuficiente, persistentes escotomas en límites terapéuticos.

-Terapeuta deteriorado: alcoholismo, drogadicción, enfermedad mental.

-Terapeuta con reacciones situacionales: discordia marital, pérdida de relación significativa, crisis profesional.

De acuerdo con lo informado por este autor, los profesionales reincidentes son habitualmente los parafilicos, los incompetentes y los que presentan algún trastorno de la personalidad. Los terapeutas deteriorados por alcohol, drogas o una enfermedad mental generalmente tienen en esto un buen pronóstico después de un tratamiento exitoso de su patología. Por último, los terapeutas que han transgredido los límites sexuales afectados por una crisis vital, es poco probable que sean reincidentes después de recibir un tratamiento apropiado.

Si el terapeuta constata que la relación con su paciente está cambiando de carácter, es necesario

consultar con un colega, modificar la técnica de tratamiento, terminar la terapia o derivar al paciente sin establecer un contacto posterior con él. Al respecto se advierte que no debe subestimarse el poder de la contratransferencia que lleva a racionalizaciones en el sentido de que la relación sexual con este paciente en particular es una excepción, no contemplada en las normas generales que rigen la conducta profesional. Si el profesional ya se ha involucrado sexualmente con un paciente, se le aconseja solicitar supervisión, iniciar una terapia personal, reportarse a las comisiones éticas o administrativas que corresponda y buscar un abogado. (Eva-Condemarín, 2001).

Aunque no hay un perfil típico de los pacientes abusados, Eva-Condemarín, señala que son bastante coincidentes al señalar ciertos factores que determinan una mayor vulnerabilidad.

Antecedentes: víctimas de maltrato infantil, incesto o abuso sexual en la infancia, explotación sexual por otros terapeutas, trastornos depresivos mayores, intentos suicidas, previa hospitalización psiquiátrica, pérdidas concurrentes.

Patologías: adicciones, trastorno por estrés post traumático.

Trastornos de personalidad: límite, dependientes, depresivos.

Otras dinámicas: resentimiento crónico hacia los hombres, necesidades sexuales pre- edípicas, menoscabada autoestima.

Estos factores de riesgo apuntarían a un grupo de pacientes que con mayor probabilidad consideran como normales las relaciones de explotación con una figura de autoridad. En todo caso, el determinar las condiciones que en el paciente contribuyen a la transgresión sexual del terapeuta, no tiene como fin reprocharle el desvío ético del profesional, sino intentar comprender cómo se producen estos hechos, se entiende que el paciente tiene

una “responsabilidad pragmática”, pero la responsabilidad ética (culpabilidad) es enteramente del terapeuta. (Eva-Condemarín, 2001).

Los estudios informan coincidentemente que el 85-95% de los pacientes, que pasan por este tipo de abuso, resultan dañados por la transgresión sexual de los profesionales. Así, como se expresa en *Psychology Today*, el “poder del terapeuta para dañar es el lado oscuro de su poder para curar”. Y esto no es sólo válido para los psiquiatras o los psicoterapeutas, ya que se ha demostrado que el impacto psicológico del contacto sexual médico-paciente es negativo para el paciente independientemente de la especialidad del profesional implicado, sugiriéndose que es la traición a la confianza del paciente en el médico lo que produce tales consecuencias psicológicas negativas. Además, hay que hacer notar el riesgo a que se somete al paciente con la pérdida de la objetividad profesional, independientemente del área de especialización del médico. (Eva-Condemarín, 2001).

Consecuencias inmediatas sobre el proceso terapéutico:

-Término habitualmente catastrófico y abrupto de la terapia, lo cual deja al paciente severamente desorganizado.

-Reinterpretación del paciente de todo aspecto de la relación con el terapeuta como explotadora, anulando cualquier posible efecto beneficioso que pudiera haberse obtenido antes de la violación de límites.

-Rápido retroceso en la condición clínica del paciente

Consecuencias psicológicas:

-Depresión mayor, ideación e intentos suicidas y suicidio.

-Trastorno por estrés post traumático.

-Aumento de abuso de alcohol y/o drogas.

-Trastornos emocionales: Sentimientos de humillación, explotación, vacío, suciedad, asco. Labilidad y descontrol emocional, rabia, ansiedad, culpa, vergüenza,

desvalorización personal, desconfianza.

-Trastornos psicossomáticos, trastornos de la alimentación y el sueño.

-Trastornos disociativos, como alteraciones perceptivas, despersonalización, desrealización y trastornos de identidad y límites.

-Disfunciones cognitivas, especialmente en atención y concentración. Deterioro de funcionamiento general. Cuestionamiento del propio sentido de la realidad (resultado de la manipulación cognitiva del terapeuta durante el proceso de seducción).

-Trastornos sexuales, tales como disfunciones y sentimientos negativos acerca de sí mismos como parejas sexuales o acerca de su orientación sexual.

-Trastornos en las relaciones interpersonales, como ruptura de relaciones significativas, disolución de matrimonio o relación de pareja, sentimientos hostiles contra los hombres, e incapacidad para establecer nuevas relaciones. (Eva-Condemarín, 2001).

El Grupo para el Progreso de la Psiquiatría, citado por Eva-Condemarín (2001), expresa “Es tan probable que gran dolor sea el resultado para ambas partes que es antiético e irracional para el terapeuta permitir que la relación llegue a ser romántica o sexual. Es antiética porque muy probablemente herirá al paciente; menos importante, pero aún importante, es irracional porque es también altamente probable que hiera al terapeuta. La relación romántica ‘casi siempre’ dañará al paciente, pero ‘sin lugar a dudas’ (es decir siempre) es antiético el proceder del terapeuta”.

La vinculación sexual con un paciente es antiética porque traiciona la confianza fiduciaria (el terapeuta abusa de la información aportada por el paciente, incluyendo sus vulnerabilidades); porque una gratificación inapropiada del terapeuta se hace parte de la relación profesional (el terapeuta se beneficia a expensas del paciente, sacrificando el verdadero objetivo de la relación), y por-

que hay altísimas probabilidades de que tal conducta dañe al paciente. Se entiende que la actividad sexual entre un terapeuta y el paciente es negligencia, una desviación incuestionable del *standard* de la atención”. Además, siempre es el terapeuta el responsable de la transgresión sexual. El paciente no puede consentir válidamente una relación sexual con el terapeuta (el argumento de su “consentimiento” no sirve como defensa al profesional) ni puede ser culpado de ella. Ante la pregunta de si no debiera respetarse la elección del paciente, la respuesta es negativa, pues se estima que su capacidad de decisión está sustancialmente deteriorada o está distorsionada por coacción o fraude. El paciente tiene el derecho a la seguridad de que el médico actuará siempre a favor de sus mejores intereses, que no lo dañará, que le prevendrá daños y que no lo explotará utilizándolo para satisfacer sus propias necesidades, permitiéndole tanta autonomía como le sea posible.

No se considera propiamente autónoma la decisión del paciente a favor de una vinculación erótica con su terapeuta. Si no se acepta tal noción, se puede suponer como teóricamente posible que algunos pacientes sí establezcan una relación sexual con su psiquiatra con verdadera autonomía, es decir, sin coerción ni manipulación. El dilema aquí es entonces optar entre el principio de beneficencia / no maleficencia y el principio de autonomía, por el cual debemos respetar las decisiones de un adulto competente. Para el análisis de estas situaciones se ha propuesto establecer una jerarquía en los principios bioéticos. De acuerdo con dicha jerarquía, los principios de justicia y no maleficencia son objetivos y universales o de bien común, marcan los límites de una “ética de mínimos” y no dependen de la voluntad de las personas. Por eso tienen prioridad sobre el principio particular de autonomía. La obligación de prevenir el daño es entonces imperativa y sobrepasa valóricamente al respeto de una decisión supuestamente autónoma del paciente. (Eva-Condemarín, 2001).

Cada escuela psicológica tiene sus procedimientos característicos, al igual que cada terapia, en contraste

con las terapias y ejercicios terapéuticos más utilizados en el país, la terapia sexual utilizada en otros países con diferente cultura de la guatemalteca, se basa en el ejercicio sexual con el paciente para enseñarle y/o ayudarlo con algunas limitaciones que encuentre en pareja. Esta terapia está fundamentada y respaldada teóricamente; sin embargo, no es objeto de estudio en este trabajo.

El profesional debe identificar los sentimientos que están surgiendo en el proceso terapéutico, tanto los propios como los del paciente, para evitar este tipo de situaciones. De acuerdo con los especialistas debe hacerse la consulta necesaria con un cooterapeuta, y de ser necesario detener el proceso con ese paciente, si solo existiera transferencia. Según otros autores, se considera que la opción es trabajar sobre eso, pues representa información importante para el abordaje del caso.

El comportamiento del psicólogo dentro de la clínica debe siempre buscar el bienestar del paciente; sin embargo, en ningún momento, el mismo está relacionado con tener relaciones sexuales con su terapeuta. Como lo indica un autor aquí mencionado, el paciente está vulnerable y necesitado de ayuda, y con facilidad se pueden confundir los roles y caer en este acto antiético. Es por eso que se dice que la responsabilidad recae casi en su totalidad en el psicólogo que lo promueva.

Siempre en la línea del bienestar del paciente que busca ayuda, los efectos y consecuencias después de un acto sexual con el psicólogo, son perjudiciales para la salud mental del paciente, y probablemente se consiga lo contrario a una mejoría al motivo de consulta que había presentado el paciente. Es importante apearse al Código de Ética del Colegio de Psicólogos en Guatemala, para cumplir con el deber profesional de la manera más correcta posible y estar alerta a las señales que indiquen que un proceso de terapia puede estar tomando el curso equivocado. También es importante promover las denuncias sobre este tipo de abuso provocado por profesionales de la salud mental; aparte de ser un delito

juzgado por la ley, se debe velar por que el prestigio de la profesión no se vea empañado por este tipo de situaciones, el tabú sobre el psicólogo aun es muy grande en el país y de darse violaciones contra el paciente, perjudicaría la imagen de la profesión.

Tomando en consideración los puntos de vista de diferentes autores, y para cerrar el tema, es importante conocer la opinión de alguien que no esté relacionado a la profesión y el ejercicio de la psicología. El Ingeniero Industrial Ricardo Morales, al ser cuestionado sobre qué opinión le merece la relación sexual psicólogo-paciente comentó:

“Las relaciones sexuales psicólogo- paciente, son una falta de ética del psicólogo, pues puede estar abusando del estado emocional del paciente para satisfacer sus necesidades emocionales y de otra naturaleza. Sin embargo, considero que no es una situación anormal, ya que la confianza que se alcanza en la relación puede ser fácilmente confundida por una o las dos partes. Por otro lado la cultura también puede influir; en Guatemala, no es común que el hombre vaya al psicólogo o por lo menos es un *tabú* mayor que al de una mujer asistiendo al psicólogo. Así, tanto en el hombre que tiene una relación de confianza con una o un psicólogo, o una mujer con un psicólogo, no es absurdo pensar que el paciente pueda intentar cruzar el umbral paciente-psicólogo”. Ψ

Referencias:

- Campo, A., (2003). *Relaciones sexuales en la práctica médica*. http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=18136&id_seccion=1123&id_ejemplar=1889&id_revista=90
- Código de ética, Colegio de Psicólogos de Guatemala, (2010).
- Eva-Condemarin., (2001). *Transgresión Sexual en la relación médico-paciente*. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272001000400008
- Rojas, S., Nápoles P. (2002). *Algunas reflexiones sobre la ética del psicólogo*. [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.4.\(2\)_05/p5.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.4.(2)_05/p5.html)
- Serrano, H., (2008). *Sexualidad en el espacio terapéutico*.
<http://libertas.com.br/site/index.php?central=conteudo&id=2543>
- Principios éticos de los psicólogos y código de conducta*. American Psychological Association (APA), (2010).

Recibido el 27/04/2014

Aprobado el 19/05/2014