



Recomendaciones éticas con relación a la gestión de la dimensión afectivo-sexual en las personas con discapacidad

Ethical Recommendations for Managing the Affective-Sexual Dimension in People with Disabilities



Autores

Montse Esquerda Aresté

Institut Borja de Bioètica

E-mail: mesquerda@comll.cat

 <https://orcid.org/0000-0002-5781-82988>

Santiago Ruiz

Sant Joan de Déu Terres de Lleida

santiago.ruiz@sjd-lleida.org

Antonia Segura

Sant Joan de Déu Terres de Lleida

antonia.segura@sjd-lleida.org

Josep Pifarre

Sant Joan de Déu Terres de Lleida

josep.pifarre@sjd-lleida.org

 <https://orcid.org/0000-0001-6284-4709>

Gemma Fabregat

Sant Joan de Déu Terres de Lleida

gemma.fabregat@sjd-lleida.org

Espai de Reflexió Ètica Assistencial de

Sant Joan de Déu Terres de Lleida



Resumen

El reconocimiento de la persona con discapacidad como sujeto de derechos y el desarrollo de un marco de cuidado integral son grandes hitos que han marcado las últimas décadas. A pesar de estos claros avances, la dimensión afectivo-sexual sigue presentando dificultades, tanto en su reconocimiento como en su abordaje. La reflexión ética y elaboración de unas recomendaciones éticas pretenden ofrecer una orientación general a los profesionales, ayudando a identificar los propios valores, reconocer los valores de las personas atendidas, fomentar el diálogo y debate, así como las posibles situaciones de riesgo o de alerta, promoviendo actitudes basadas en el respeto.



Abstract

The acknowledgement of the rights of persons with disabilities and the development of a comprehensive framework of care have been two great milestones of the last decades. However, and in spite of these clear advances, the affective-sexual dimension continues to present difficulties, both with regard to its recognition and the approach taken. This ethical reflection and creation of ethical recommendations seeks to offer a general perspective to professionals, helping them to identify their own values, to recognize the values of the people aided, to promote dialogue and discussion, as well as to identify and spread awareness of possible situations of risk, thereby promoting attitudes based on respect.



Key words

Discapacidad; sexualidad; toma de decisiones; competencia.

Disability; sexuality; decision-making; competence.



Fechas

Recibido: 19/11/2020. Aceptado: 29/12/2020



1. Introducción

Merece particular atención el cuidado de las dimensiones afectiva y sexual de la persona discapacitada. Se trata de un aspecto a menudo descuidado o afrontado de modo superficial y reductivo o, incluso, ideológico... La educación afectivo-sexual de la persona discapacitada se funda en la convicción de que necesita afecto, por lo menos como cualquier otra. También ella necesita amar y ser amada; necesita ternura, cercanía, intimidad.

Lamentablemente, la realidad es que la persona discapacitada debe vivir estas exigencias legítimas y naturales en una situación de desventaja, que resulta cada vez más evidente al pasar de la edad infantil a la adulta. La persona discapacitada, aunque esté limitada por lo que respecta a la esfera mental y a la dimensión interpersonal, busca relaciones auténticas en las que pueda ser apreciada y reconocida como persona. (Juan Pablo II, 2004)

Este texto pertenece a Juan Pablo II, extraído de su *Discurso a los participantes en el Simposio Internacional sobre dignidad de las personas con discapacidades mentales* realizado en 2004. Como apunta Juan Pablo II la dimensión afectivo-sexual de las personas con discapacidad es a menudo una dimensión descuidada o negligida, influida por los valores o creencias de las personas cuidadoras, y sin un reconocimiento formal.

La educación afectivo-sexual de la persona discapacitada se funda en la convicción de que necesita afecto, por lo menos como cualquier otra

Las últimas décadas han representado un cambio radical en el soporte y atención a las personas con discapacidad, evolucionando desde un modelo paternalista a un modelo centrado en las personas. Desde una visión integral e integradora, es un profundo cambio de mirada, que reconoce la diversidad de ritmos, de valores y de necesidades y es la base para un modelo

de atención basado en el respeto, el cuidado y en el saber acompañar en la medida que lo permitan.

De forma paralela a este cambio de modelo, hay también un reconocimiento progresivo hacia diversos colectivos, es este el caso de las personas con discapacidad o también el de los niños, que pasan de ser "objetos de protección" a "sujetos de derechos". La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 2006 presenta un importante hito en este sentido como herramienta jurídica vinculante a la hora de hacer valer estos derechos.

En la historia de la persona con discapacidad hay un lento y progresivo reconocimiento de sus derechos. No siempre se ha considerado así, recordar, por ejemplo, como el origen de la palabra cretino (hoy en desuso) va ligado al reconocimiento de que eran también personas "hijos de Dios". La palabra cretino proviene de cristiano, en el francés hablado en el cantón suizo de Valais. Eran muy frecuentes en esta zona los hipotiroidismos, que daban lugar a discapacidad intelectual en muchos niños. Los afectados por esta enfermedad se llamaban *crétins*, una evolución popular de la palabra "cristiano" y, el hecho de utilizarla en estos niños, era en cierta manera una forma de reconocer que eran también "hijos de Dios" igual que otros niños.



La persona con discapacidad es plenamente una persona de derechos, que debe desarrollarse en un marco de cuidado integral. La mirada ética se fundamenta en el respeto y en el compromiso hacia el desarrollo de las personas atendidas.

Desde el espacio de reflexión Ética Asistencial del Hospital Sant Joan de Déu Terres de Lleida, se elaboró durante el año 2019 un documento de trabajo: *Recomendaciones éticas con relación a la gestión de la dimensión afectivo-sexual en las personas con discapacidad* (Cf. Anexo 1), con el objetivo de poder ofrecer una orientación general a los profesionales, ayudar a identificar situaciones de conductas inapropiadas o disparidad de criterios entre profesionales, promoviendo criterios de manejo y de alerta.

2. La dimensión afectivo-sexual en personas con discapacidad y su desarrollo

La persona con discapacidad es plenamente una persona de derechos, que debe desarrollarse en un marco de cuidado integral

El desarrollo de una persona —de cualquier persona y de todas sus dimensiones— no es un proceso garantizado por la herencia genética o por la biología humana, sino que el desarrollo de las dimensiones humanas —y que estas puedan realizarse en plenitud— requiere en gran manera de que tenga un entorno adecuado y de que se establezcan interacciones apropiadas.

La dimensión afectiva-sexual forma parte de este desarrollo, pues cualquier persona, con discapacidad o sin ella, es un ser sexuado y sexual, y como tal

[...] el desarrollo sexual es un proceso multidimensional, íntimamente ligado a las necesidades humanas básicas de ser querido y aceptado, mostrar y recibir afecto, sentirse valorado y atractivo, y compartir pensamientos y sentimientos. No solo involucra el funcionamiento anatómico y fisiológico, sino que también se relaciona con el conocimiento, creencias, actitudes y valores sexuales. La sexualidad debe considerarse en un contexto que se extiende más allá del sexo genital para incluir la socialización de roles de género, la maduración física y la imagen corporal, las relaciones y las aspiraciones sociales futuras. Como todos los adolescentes, los adolescentes con discapacidades pueden expresar deseos y esperanzas de matrimonio, niños y vidas sexuales adultas normales. De hecho, los adolescentes con discapacidades físicas tienen la misma experiencia sexual que sus compañeros sin discapacidades. Sin embargo, los padres y los profesionales de la salud a menudo son pesimistas con respecto al potencial de los niños con discapacidades para disfrutar de la intimidad y la sexualidad en sus relaciones. (Murphy & Elias, 2006)

Ha habido una cierta visión social paternalista al considerar a la persona con discapacidad “como un niño” que no ha crecido y que su desarrollo cognitivo se ha quedado en una etapa infantil e inmadura (Amor Pan, 2000). Esta visión infantilizadora conlleva, en cierta manera, considerar a la persona con discapacidad como asexual, con lo que de forma consecuente se le considera y trata como tal.



Algunos estudios (Stevens et al., 1996; DeLoach, 1994) han mostrado cómo adolescentes con discapacidad presentan buenos niveles de autoestima, buenos vínculos familiares y grupo de amigos de referencia, de forma similar a la población general adolescente, pero en cambio presentan menor participación en actividades sociales, han tenido menos relaciones íntimas y habían recibido con mucha menor frecuencia formación sobre sexualidad, paternidad y enfermedades de transmisión sexual, presentando con ello menor conocimiento sobre la sexualidad.

Asimismo, la aceptación por parte de adultos sin discapacidad es mayor cuando se les percibe como compañeros de trabajo o amigos casuales que cuando se les percibe como posibles parejas de novios o matrimonios (DeLoach, 1994).

En un artículo de revisión de la literatura publicada (Borawska-Charko, Rohleder, & Finlay, 2017) hallaron resultados similares. Se revisaron cuarenta y ocho artículos sobre los conocimientos sobre salud sexual de las personas con discapacidad intelectual. Los resultados mostraron variabilidad en este conocimiento, pero en promedio hallaron múltiples déficits en el conocimiento en comparación con las personas sin discapacidad. El estudio concluye que es preciso una educación y un apoyo más personalizados para acceder a fuentes de información formales e informales.

El “mito de la asexualidad” o, al contrario, la visión de la persona con discapacidad como inapropiadamente sexual o con impulsos incontrolables, pueden dar lugar a un

El “mito de la asexualidad” o la visión de la persona con discapacidad como inapropiadamente sexual o con impulsos incontrolables pueden dar lugar a un desarrollo sexual deficiente o inadecuado

desarrollo sexual deficiente o inadecuado. Las diferentes visiones o los prejuicios parecen ser un obstáculo mayor para el desarrollo sexual de un adolescente que las limitaciones de la propia discapacidad (Murphy & Elias, 2006).

Pero no puede olvidarse tampoco que es un ámbito de riesgo y uno de los riesgos es el de abuso sexual. Hay pocos estudios que muestren la prevalencia del abuso sexual en discapacidad, en alguno de ellos (Gil-Llario, Morell-Mengual, Díaz-Rodríguez, & Ballester-Arnal, 2019) aparece una prevalencia de abuso sexual del 6,10% cuando es autoinformado (9,4% en mujeres y 2,8% en hombres) y del 28,6% cuando es informado por profesionales (27,8%

en mujeres y 29,4% en hombres). Cuando son las propias personas las que identifican el abuso presentan de forma asociada peor calidad de vida, actitudes más negativas hacia el sexo y una cierta confusión, mostrando menor capacidad para identificar situaciones que conllevan riesgo de abuso sexual. Se ha hallado también que las personas con discapacidad que han sufrido casos documentados de abuso presentan con mayor frecuencia aislamiento social, autolesiones y un mayor número de intentos de suicidio (Gil-Llario, Morell-Mengual, Díaz-Rodríguez, & Ballester-Arnal, 2019).

3. La dimensión afectivo-sexual en el modelo de atención integral

El modelo de atención integral a la persona de San Juan de Dios se basa en las obras, el estilo y el espíritu de su fundador, con un eje vertebrador basado en la hospitalidad y



La atención a la afectividad-sexualidad de la persona con discapacidad debería estar impregnada de esta visión de respeto a los ritmos individuales y diversos

ello incluye una atención que tenga en cuenta todas las dimensiones de la persona: biológica, psicológica, social y espiritual, así como la interrelación con el entorno en el cual vive.

La afectividad-sexualidad es transversal a todas las dimensiones de la persona e involucra tantos elementos claramente biológicos, como psicológicos y conductuales-cognitivos que se expresan a través de creencias y deseos, y también espiritual, pero sobre todo a través de la autodeterminación y desarrollo personal.

Como comenta el Hno. Benigno Ramos

[...] sabemos que muchas veces para la persona con discapacidad intelectual el significado de la sexualidad está marcado por su falta de posibilidades de expresión verbal, por esto la corporalidad desempeña un papel fundamental en su comunicación con las otras personas. El que no tiene discapacidades mentales puede expresar muchos de sus sentimientos de forma verbal, mientras que para un discapacitado las posibilidades son muy limitadas en este terreno, pero estas personas suelen desarrollar con fuerza la dimensión afectiva, y experimentan con intensidad una serie de vivencias: de alegría, de amor, de confianza... que desean manifestar, y únicamente pueden hacerlo a través del contacto del cuerpo y de la ternura. Hoy tenemos mayor conciencia de que la sexualidad, que es más que genitalidad, es un buen camino para expresar, vivir y realizar esa apertura al otro. Tendremos que darle los apoyos necesarios para que la persona pueda establecer esos vínculos personales con respeto a sus ritmos propios de crecimiento y maduración. (Ramos, 2008)

La atención a la afectividad-sexualidad de la persona con discapacidad debería estar impregnada de esta visión de respeto a los ritmos individuales y diversos. Es imprescindible pues que la atención a las personas incorpore la mirada de la diversidad y la pluralidad. Vivimos y convivimos en sociedades muy plurales, en las que coexisten diversos códigos morales, y en el ámbito afectivo sexual hay multiplicidad de valores.

Antonio de Toro, hablando de la diversidad, comenta que

[...] la diversidad alude a la variedad, a la diferencia, a la coexistencia de seres humanos distintos; en definitiva, a la pluralidad, la heterogeneidad y la complejidad. La diversidad entre las personas constituye una realidad y, como tal, cada uno de nosotros debe asumirla y respetarla. Además, la diversidad no se encuentra solo enfrente, es decir, en las personas a las que prestamos asistencia o que cuidamos. Se halla, también, en nosotros; en el conjunto de personas, profesionales o no, que participamos en los procesos de atención, asistencia y cuidados del ser humano vulnerable. Todos somos diferentes y afrontamos la misma realidad de manera desigual. (Toro Salas, 2019)

Deberemos asumir el abordaje integral haciéndonos cargo de la diversidad, que influye no solo en las personas atendidas, sino también en los propios profesionales. Muchos de



los profesionales no han recibido formación específica sobre cómo abordar estos temas con las personas atendidas, y muy a menudo las actitudes de los profesionales son muy conservadoras o infantilizantes con relación a la sexualidad (Toro Salas, 2019).

Ni la afectividad ni la sexualidad acostumbran a ser temas que estemos acostumbrados a tratar en el día a día, siendo a menudo implícitos o tabuizados

Ni la afectividad ni la sexualidad acostumbran a ser temas que estemos acostumbrados a tratar en el día a día, siendo a menudo implícitos o tabuizados. Es importante que se incorporen en la evaluación y seguimiento de las personas, de forma respetuosa, prudente y respetando el ritmo de cada persona.

En un interesante artículo, destinado a pediatras, "Sexualidad de los niños y Adolescentes con problemas de discapacidades del desarrollo" (Murphy & Elias, 2006) se introducen algunas ideas para fomentar en los profesionales que trabajan con personas con discapacidad. Hemos adaptado estas ideas para ser válidas también en el ámbito del adulto:

1. Discutir temas de desarrollo físico, madurez y sexualidad de forma regular, comenzando durante la niñez y continuando a través de la adolescencia y mantener durante la etapa adulta. No presuponer que la persona ya conoce hechos básicos.
2. Asegurar la privacidad y la intimidad de cada persona con discapacidad.
3. Ayudar a los padres o a las familias a comprender cómo las habilidades de sus hijos afectan el comportamiento y la socialización.
4. Animar a las personas con discapacidad y a sus padres para optimizar la independencia, particularmente en lo relacionado con el autocuidado y las habilidades sociales, ya que supondrá un camino hacia la mejora de su calidad de vida y la de sus familias.
5. Ser conscientes de las necesidades médicas que pueden ser especiales en algunos casos como modificaciones, exámenes ginecológicos o asesoramiento genético cuando sea apropiado.
6. Reconocer que las personas con discapacidades, desde la niñez hasta su etapa adulta, tiene un mayor riesgo de abuso sexual, siendo imprescindibles estar alerta y conocer indicios de abuso.
7. Abogar por una sexualidad apropiada para el desarrollo y la educación en el hogar, la comunidad y la escuela, así como educar a las personas con discapacidad para las posibles consecuencias de sus actos.
8. Animar a los padres a ser los principales maestros de la educación sexual apropiada para el desarrollo de sus hijos, incorporando valores familiares, culturales, tradicionales y creencias religiosas.
9. Proporcionar a las familias información sobre los programas comunitarios apropiados que abordan problemas de sexualidad para niños, adolescentes y adultos con discapacidad.

Y añadiríamos un décimo punto: elaborar programas formativos en valores, afectividad y sexualidad para los profesionales que acompañan a las personas con discapacidad.



4. La mirada ética en el abordaje de la dimensión afectivo-sexual

La mirada ética sobre la dimensión afectivo-sexual nos puede ayudar a reconocer valores, identificar conflictos de valores y proveer un espacio de diálogo y deliberación para resolver estos conflictos, añadiendo valor a la atención a la persona.

Los valores están muchas veces “implícitos” en la toma de decisiones del profesional o “vestidos” con evaluaciones técnicas y, muchas veces, los valores implícitos solo se reconocen como tales cuando hay conflictos e incluso solo cuando los conflictos son graves. Fulford nos recuerda que la atención a las personas está basada en hechos y en valores y Diego Gracia añadiría que también está basada en deberes (Gracia, 2002).

Aunque hablemos de valores y deberes, la bioética, como disciplina aplicada, se traslada a la acción muy a menudo en forma de actitudes. Será pues en las actitudes de los propios profesionales y las que promuevan las instituciones donde aterrizan los supuestos teóricos.

Es importante contar con una orientación ética en el abordaje de la dimensión afectivo-sexual, ayudando a clarificar valores, fomentando el diálogo, y promoviendo actitudes basadas en el respeto y comprensión

El abordaje ético de la dimensión afectivo-sexual requiere de entrada dos actitudes claves: delicadeza y respeto. Se trata de una esfera muy íntima de la persona y, como hemos descrito, quizás no ha recibido adecuado soporte o formación para desarrollarla.

Siempre que entramos “en casa de otro”, es importante realizarlo sin estridencias, con una sensibilidad determinada, con suavidad y tacto. Podemos entender “casa” como el espacio íntimo de la persona, y cuando nos adentramos en él identificarlo como tal, espacio ajeno que pertenece al otro. Aunque las personas convivan en espacios institucionales o compartidos, su esfera íntima sigue siendo “su casa” y requiere una aproximación como tal.

Delicadeza asociada a respeto. Respeto significa etimológicamente *respicere*, es decir, saber mirar atentamente, saber ver más allá de prejuicios, más allá de las palabras, saber ver más allá de las conductas y, sobre todo, más allá de la aplastante rutina del día a día.

No hay recetas ni pautas preestablecidas para la gestión ética, ni tampoco soluciones aplicables en todos los casos o todas las situaciones. Las recomendaciones éticas pretenden ofrecer un marco general que deberá poderse concretar en acciones específicas. Estas acciones pueden estar sustentadas por formaciones concretas o discusiones de casos en comités de ética. En muchas ocasiones, a través de la discusión de diferentes situaciones vividas, pueden inferirse pautas más generalizables.

Y, por último, la mirada ética debe incluir también de forma clara la protección de las personas atendidas, siendo muy cuidadosos de no caer en la sobreprotección. Este es un ejercicio complejo que los profesionales deben aprender también. Hay una obligación ética de proteger sin sobreproteger.

En relación con la protección no podemos olvidar que las personas con discapacidad tienen un mayor riesgo de abuso sexual y, tal como hemos comentado, este es un fenó-



meno que todos los profesionales que trabajan en este ámbito deben saber reconocer, estar alerta y conocer los indicadores de posible abuso.

5. Conclusiones

La dimensión afectivo-sexual es una de las dimensiones de la persona y, en este sentido, ha de formar parte del modelo de atención integral de la persona.

Algunas visiones de la persona con discapacidad y de la propia sexualidad no ayudan al desarrollo maduro de esta dimensión.

Es importante contar con una orientación ética en el abordaje de la dimensión afectivo-sexual, ayudando a clarificar valores, fomentando el diálogo, y promoviendo actitudes basadas en el respeto y comprensión.

Referencias

- Amor Pan, J. R. (2000). *Afectividad y sexualidad en la persona con deficiencia mental* (Vol. 2). Universidad Pontificia Comillas.
- Borawska-Charko, M., Rohleder, P., & Finlay, W. M. L. (2017). The sexual health knowledge of people with intellectual disabilities: A review. *Sexuality Research and Social Policy*, 14(4), 393-409. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13178-016-0267-4>
- DeLoach, C. P. (1994). Attitudes toward disability: Impact on sexual development and forging of intimate relationships. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 25, 18-18.
- Gil-Llario, M. D., Morell-Mengual, V., Díaz-Rodríguez, I., & Ballester-Arnal, R. (2019). Prevalence and sequelae of self-reported and other-reported sexual abuse in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 63(2), 138-148. DOI: <https://doi.org/10.1111/jir.12555>
- Gracia, D. (2002). De la bioética clínica a la bioética global: treinta años de evolución. *Acta bioethica* 8(1). DOI: <https://doi.org/10.4067/s1726-569x2002000100004>
- Juan Pablo II. (2004). Discurso a los participantes en el Simposio Internacional sobre dignidad de las personas con discapacidades mentales, 8 de enero de 2004.
- Murphy, N. A., & Elias, E. R. (2006). Sexuality of children and adolescents with developmental disabilities. *Pediatrics*, 118(1), 398-403. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2006-1115>
- Ramos, B. (2008). Atención integral a personas con discapacidad intelectual en la Orden Hospitalaria. *Labor hospitalaria: organización y pastoral de la salud*, (288), 21-26.
- Stevens, S. E., Steele, C. A., Jutai, J. W., Kalnins, I. V., Bortolussi, J. A., & Biggar, W. D. (1996). Adolescents with physical disabilities: some psychosocial aspects of health. *Journal of adolescent health*, 19(2), 157-164. DOI: [https://doi.org/10.1016/1054-139X\(96\)00027-4](https://doi.org/10.1016/1054-139X(96)00027-4)



- Tamas, D., Jovanovic, N. B., Rajic, M., Ignjatovic, V. B., & Prkosovacki, B. P. (2019). Professionals, parents and the general public: attitudes towards the sexuality of persons with intellectual disability. *Sexuality and Disability*, 37(2), 245-258. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11195-018-09555-2>
- Toro Salas, A. de (2019). El concepto de asistencia integral. *Labor hospitalaria: organización y pastoral de la salud*, 2(324), 56-63.



ANEXO 1

Recomendaciones éticas con relación a la gestión de la dimensión afectivo-sexual en las personas atendidas

I. Marco de desarrollo de la dimensión afectiva-sexual

La dimensión afectiva-sexual es inherente a la condición humana y está presente en el núcleo de cada persona, a pesar de que su expresión sea amplia y variable según cada persona y a lo largo de las diversas etapas del ciclo vital. Esta dimensión, tal como otras, se expresa a través de valores, actitud, creencias, deseos o comportamiento.

Reconocer la dimensión afectiva-sexual y la amplitud de vivencias forma parte del modelo de atención integral a la persona, pilar fundamental del marco asistencial de San Juan de Dios.

- **Criterio de igualdad en la diversidad:** la diversidad de las personas se configura a través de la diversidad de proyectos vitales y situaciones. Los profesionales deben respetar la individualidad, la dignidad y el derecho de cada una de las personas atendidas.
- **Criterio de responsabilidad institucional:** desde nuestro carisma y misión, es imprescindible el respeto a los derechos y la integridad de las personas. Esta responsabilidad incluye reconocer la diversidad de expresiones de la dimensión afectiva-sexual, pero también reconocer que, en personas con elevada vulnerabilidad, se pueden dar situaciones de riesgo.
- **Valores de los propios profesionales.** La valoración de la dimensión afectiva-sexual suele estar muy condicionada por los valores o creencias de los propios profesionales. Es importante ser consciente de la influencia que pueden tener para evitar la influencia indebida en la persona atendida.
- Es muy importante diseñar **planes formativos** sobre afectividad y sexualidad, tanto para los profesionales como para las personas atendidas.

II. Abordaje de la dimensión afectiva-sexual

- **Criterio de delicadeza y respeto.** La sexualidad es un área de la esfera íntima de la persona y requiere ser tratada como tal. Hay que ser muy cuidadoso en los mensajes verbales y no verbales que se envían, ya que repercuten de forma significativa en la persona atendida afectando la percepción y vivencia de su propia sexualidad y en la forma de asumirla.
- **Criterio de autonomía.** La expresión de la dimensión afectiva-sexual de las personas atendidas está muy vinculada a la propia autodeterminación. La observación y la escucha atenta por parte de los profesionales pueden ayudar a orientarla.
- **Criterio de consentimiento y competencia.** La actividad sexual debe contar, siempre, con el consentimiento explícito de cada persona. La competencia de la persona atendida por entender, evaluar la situación y tomar una decisión es clave. Las personas con discapacidad tienen que aprender también a respetar el “no” del otro.



- **Recomendaciones a los profesionales.** La evaluación de la dimensión afectiva-sexual debe formar parte de las buenas prácticas profesionales. Es importante que esta evaluación se realice de forma ponderada, prudente, contrastada y muy respetuosa con la persona atendida y con los valores institucionales. Hay que valorar crear espacios para hablar de esta dimensión y ofrecer la información necesaria o hacer la derivación correspondiente.
- En caso de duda razonable es recomendable pedir asesoramiento al Comité de Ética.

III. Reconocimiento y abordaje de situaciones de riesgo

- **Criterio de alerta.** A pesar de que la dimensión afectiva-sexual es una dimensión inherente a toda persona, se debe contemplar la posibilidad de que se puedan dar situaciones de riesgo. A mayor vulnerabilidad de la persona atendida, hay que estar más alerta a posibles situaciones de riesgo.

Los profesionales deben estar alerta a posibles relaciones no consentidas o consentidas con coerciones o abusos de poder, así como en relaciones muy asimétricas.

- Si se detecta una conducta de riesgo, hay que tomar medidas para evitar o disminuir de forma preventiva este riesgo.
- En caso de sospecha o evidencia de abuso sexual, hay que activar el protocolo establecido de abuso sexual.