
Ética y TIC en la intervención psicológica con personas menores

PID_00266510

Júlia Martín Badia

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 3 horas



**Júlia Martín Badia**

Doctora en Bioética y Éticas aplicadas (UB), Máster en Ciudadanía y Derechos Humanos (UB) y Máster en Bioética y Derecho (UB). También tiene un Postgrado en Pedagogía Hospitalaria. Ha participado en proyectos de investigación nacionales y europeos, y es miembro de varios comités de Ética Asistencial de hospitales. Tiene artículos y capítulos de libro publicados, y es la autora del libro *El Laberinto de Asterión*, una herramienta lúdico-pedagógica para adolescentes hospitalizados (próxima publicación en Voliana Ed.).

El encargo y la creación de este recurso de aprendizaje UOC han sido coordinados por la profesora: Marta Reinoso (2019)

Primera edición: septiembre 2019
© Júlia Martín Badia
Todos los derechos reservados
© de esta edición, FUOC, 2019
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona
Realización editorial: FUOC

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño general y la cubierta, puede ser copiada, reproducida, almacenada o transmitida de ninguna forma, ni por ningún medio, sea este eléctrico, químico, mecánico, óptico, grabación, fotocopia, o cualquier otro, sin la previa autorización escrita de los titulares de los derechos.

Índice

1. Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC)...	5
1.1. El concepto de red social	5
1.2. Las razones de niños y adolescentes para utilizar Internet y las redes sociales	7
1.3. Riesgos y beneficios del uso de Internet y de las redes sociales ..	8
1.4. Legislación sobre protección de datos de personas menores	10
2. La bioética y las TIC.....	13
2.1. Las TIC y la relación asistencial	13
2.2. Derechos y deberes de cuidado	14
2.2.1. El ciberacoso	14
3. Las personas menores y las TIC.....	16
3.1. Proyecto vital en la sociedad de la hiperactividad, hipervisibilidad e hipercomunicación	16
3.2. Etapa de transición: socialización y TIC	17
3.3. Identidad, intimidad y privacidad	19
3.3.1. Identidad digital y otros conceptos	20
3.3.2. Identidad narrativa en las redes sociales	21
3.4. Las TIC como un nuevo determinante de la salud y como una herramienta para la gestión de la vivencia de la enfermedad	21
4. Las TIC como herramientas para el reconocimiento y el autorreconocimiento del menor.....	23
4.1. El reconocimiento	23
4.2. Las tres esferas de reconocimiento	23
5. Las TIC como herramientas para ayudar al menor a desarrollar capacidad.....	25
5.1. El concepto de <i>capacidad</i> y las TIC	25
5.2. Las 10 capacidades básicas y las TCI	25
6. Espacio y tiempo en las TIC.....	28
6.1. Espacios comunes, propios, íntimos y momentos íntimos	28
6.2. ¿Derecho al olvido?	29
7. Roles de los actores implicados en la utilización de las TIC...	31
7.1. Persona menor: autonomía y vulnerabilidad	31
7.2. Padres y profesionales: responsabilidad apoderadora compartida	31

7.3. En la relación asistencial a tres bandas: confianza y decisiones acompañadas	32
7.4. La institución: formación y coordinación	33
8. Reflexión final	34
Bibliografía	35

1. Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC)

1.1. El concepto de red social

Una *red social* es una estructura social hecha de personas (nodos) y relaciones (aristas). En otras palabras, una red social es un grupo de personas que se relacionan entre sí por varios motivos: amistad, vínculo familiar, aficiones o intereses comunes, motivos económicos, etc. La familia o el grupo de amigos son redes sociales de nivel *micro*. En un nivel *meso* encontramos, por ejemplo, la comunidad escolar, que está formada por padres, profesores y alumnos. Y en un nivel *macro*, el barrio y la ciudad.

El uso del término *comunidad*, en el ejemplo de redes sociales *meso*, no ha sido arbitrario: las redes sociales son comunidades de personas que se relacionan. Algunas comunidades son de adhesión voluntaria (p. ej., barrio, ciudad o amigos) y otros son de adhesión involuntaria (p. ej., familia o escuela).

Toda comunidad se caracteriza por «la acogida, la pertenencia, el compromiso y la lealtad».

Las comunidades de adhesión voluntaria acogen sus miembros y generan un sentimiento de pertenencia y también de compromiso, en la medida en que los miembros quieren seguir formando parte (Aparicio, 2006). En las comunidades de adhesión involuntaria, en cambio, la acogida no tiene por qué generar un sentimiento de pertenencia y el compromiso de los miembros es más obligado que querido. En ambos tipos de comunidad, la lealtad es lo que posibilita el compromiso y la pertenencia. El objetivo consiste en que los nuevos miembros sientan la comunidad como propia. Si la oyen, se convertirá en un elemento importante en la **forja de la identidad**: como seres relacionales que somos, nos definimos por nuestras relaciones y, por tanto, por las comunidades o las redes sociales a las que pertenecemos.

La aparición de Internet ha alterado el concepto de red social, que ahora se define como una **comunidad virtual** que permite la comunicación (relación) con cualquier persona del mundo y en cualquier momento, sin barreras físicas (Departament d'Educació, 2019). Una red social no es menos auténtica por ser virtual, ya que contribuye igualmente de manera fundamental en la forja de

Nota

Definición adaptada a partir de las definiciones de Enciclopèdia Catalana (www.enciclopedia.cat) y del boletín Familia Escuela (ved: Departament d'Educació, 2019).

la identidad, en la medida en que también influye en la manera de pensar, de sentir, y de relacionarse con uno mismo, con los demás o con la sociedad a la que se pertenece, y con el mundo.

Con la globalización, **el mundo es en sí mismo una red social** o comunidad *macro*, que incluye múltiples redes sociales o comunidades también *macro* (Twitter, Facebook, Facebook Messenger, Instagram, WhatsApp, Youtube, Skype, MySpace, Pinterest, Flickr, LinkedIn, SnapChat, Gmail, Yahoo, etc.). Estas comunidades pueden estar entrelazadas, es decir, una misma persona puede tener perfiles en varias redes sociales. Además, cada una puede incluir, a su vez, redes sociales *micro*, *meso* o *macro* que, en algunos casos, replican redes sociales físicas (por ejemplo, un usuario de WhatsApp puede tener el grupo de amigos, el grupo de la familia, el grupo de trabajo, el grupo de padres de la clase de su hijo o el grupo de miembros de una entidad municipal de la que forma parte). La comunidad virtual es de adhesión voluntaria, pero no hay acogida más allá del mensaje de bienvenida. La pertenencia viene dada por la publicación del perfil (o perfiles). Y el compromiso, por la política de seguridad que los nuevos usuarios han de aceptar (p. ej., no publicar contenidos violentos o que comprometan a menores) y en la que deben ser leales, bajo amenaza de ver sus perfiles clausurados si no lo hacen. En otras palabras, la acogida, la pertenencia, el compromiso y la lealtad se tienen hacia la plataforma y solo indirectamente hacia los otros usuarios. El mensaje de bienvenida lo emite la plataforma, a la que se pertenece como condición para poder seguir y ser seguido por otros usuarios (para poderse relacionar con los demás miembros de la comunidad); y el compromiso y la lealtad se tienen también hacia la plataforma, que es sobre la que recae, en última instancia, la responsabilidad de proteger la integridad moral de sus miembros.

Internet ha alterado, pues, las relaciones. Ahora, todas las dimensiones de la persona pueden quedar expuestas: un perfil virtual puede **aglutinar varios yo**, que hasta ahora se separaban, como el yo profesional, el yo padre o madre, el yo ideológico, etc. Y todos ellos son accesibles, incluso para personas a las que quizá solo les interesaba uno de estos yo (p. ej., un paciente que quiere corroborar las credenciales de su médico) o para personas que, de hecho, lo que buscaban era otro perfil con el mismo nombre. Desde el momento en que los pacientes, los alumnos o los trabajadores pueden tener acceso a la intimidad de su médico, de su profesor o de su jefe (y viceversa), mezclando varias redes sociales que hasta ahora eran inconexas, la confianza mutua y la autoridad de estos últimos pueden quedar en entredicho.

La palabra *persona* proviene etimológicamente del griego *prósopon*, que significa **máscara**. Como en la Grecia clásica no había micrófonos y la voz no era suficientemente potente para llegar a todo el público, los actores se ponían máscaras que expresaban los sentimientos de los personajes. Las personas actuamos de diferentes maneras según la red social o la comunidad en la que nos encontremos, como si nos fuéramos sacando y poniendo máscaras. El yo (*self*), como conjunto de yo, hasta ahora solo era cognoscible por el propio

yo, pero la aparición de Internet nos interpela: ¿el yo virtual es el fin de este yo incognoscible, el fin de las máscaras, o es solo el pretexto para crear una máscara nueva?

1.2. Las razones de niños y adolescentes para utilizar Internet y las redes sociales

Las personas menores usan las redes sociales, principalmente, con las siguientes finalidades:

- **Fines sociales:** para socializarse; para conocer gente; para visitar otros perfiles o chats; para estar permanentemente en contacto y comunicarse con los amigos; para mantener las amistades; para intercambiar información sobre sus intereses; para compartir fotos, vídeos y música (canciones y videoclips); para seguir los usuarios de referencia, *influencers*, que marcan tendencias, o por ser ellos personas de referencia; porque es popular; porque está de moda, etc.
- **Finalidades educativas:** para compartir conocimientos y hacer tareas escolares de una manera motivadora, etc.
- **Fines de ocio:** para entretenerse; para divertirse, ya que lo toman como un juego, etc.
- **Otros:** para expresar su estado de ánimo; para explicar quiénes son o quién les gustaría ser; para crear una imagen de sí mismos a partir de lo que comparten, lo que les permite reafirmar su identidad y captar el grado de aceptación y pertenencia dentro del grupo; para escapar del control de los padres; para encontrar el anonimato, la información, la interacción y la fantasía que les permite exponer lo que no se atreven a explicar a los padres sin tener miedo de las consecuencias (p. ej., miedo a que les regañen); etc.

Hay **otros fines** en el uso de Internet no relacionados con las redes sociales, tales como:

- Jugar solo contra el ordenador o con otros jugadores.
- Crear un personaje o un *avatar*.
- Utilizar la *webcam*.
- Leer o ver noticias.
- Pasar el tiempo en un mundo virtual.
- Escribir un *blog* o un diario.

Resulta evidente que niños y adolescentes son a la vez consumidores y creadores de contenidos (cuanto más consumen y más interaccionan, más generan), y que el uso de las redes sociales y de Internet no tiene que ver solo con la diversión y la moda, sino que hay un componente muy importante de forja de la propia identidad. Esta tendencia se ve también en el uso del móvil que, gracias

Bibliografía recomendada

Naranjo y Moya, s. d.; Cooney y Morris, 2009; Departament d'Educació, 2019; García Martín y García-Sánchez, 2015; Garmendia *et al.*, 2011.

Bibliografía recomendada

Garmendia *et al.*, 2011.

a la eclosión de las redes sociales, ha pasado de ser una herramienta lúdica a ser una herramienta comunicativa (Besoli *et al.*, 2018). La comunicación gana importancia como vehículo de socialización, ya que la identidad es relacional y, como tal, se basa en conseguir la aceptación y la aprobación del grupo.

1.3. Riesgos y beneficios del uso de Internet y de las redes sociales

Los riesgos de hacer un uso inadecuado de las redes sociales son:

- **Riesgos sociales**

- Pérdida de contenido comunicativo cuando se pasa del lenguaje oral al lenguaje escrito, ya que se pierde el contenido que se transmite a través del tono y el lenguaje no verbal, que es el 80% del contenido total.
- Comparación social (envidia) y aumento de la presión social, lo que puede conllevar insatisfacción con los propios méritos.
- Aislamiento, soledad, dependencia y enfermar por falta de contacto físico y falsa sensación de cubrir necesidades sociales.
- Sobresaturación de contacto humano.
- Uso de las redes para compensar dificultades en las relaciones no virtuales o para «llenar vacíos» vitales.
- Comportamiento agresivo.
- Actividad sexual precoz.

- **Riesgos personales**

Pérdida de control sobre la información que se cuelga en la red, lo que a su vez puede generar:

- Pérdida de privacidad y de intimidad.
- Ciberbullying.
- Abusos físicos.
- Abusos sexuales y *sexting*.
- Otros riesgos derivados de la publicación de datos falsos de uno mismo o de familiares, y de interactuar con otras personas que también publican datos personales falsos: engaños, chantaje o *grooming*, robos en el domicilio, etc.

- **Riesgos para la salud**

- Adicciones y hábitos compulsivos (p. ej., en relación con el consumo de sustancias o el mismo uso de Internet).
- Ansiedad, depresión, etc.
- Trastornos del sueño y la alimentación.
- Obesidad.

- **Otros (sociales y personales)**

- Riesgo para la seguridad física y emocional.
- Riesgo de pérdida de concentración (riesgo para el rendimiento académico).

Bibliografía recomendada

Expoeduca, s. d. ; Naranjo y Moya, s. d.; Echeburúa y De Corral, 2010; Valkenburg y Peter, 2011; Van Allen y Roberts, 2011; Strasburger, Jordan y Donnerstein, 2012; Gabelas, Marta y Aranda, 2012; Moreno y Kolb, 2012; Müller *et al.*, 2013; Stockburger y Omar, 2013; Tzavela y Mavromatis, 2013; Moreno y Whitehill, 2014; Francomano y Harper, 2015; Swist *et al.*, 2015; Roca, 2015; Livingstone *et al.*, 2018; Departament d'Educació, 2019.

- Riesgo de relaciones poco éticas entre profesional y paciente en las redes sociales.
- Sensación de que el tiempo invertido en las redes sociales es un tiempo perdido, en consecuencia, sensación de vacío.
- Contaminación informativa.
- Riesgos derivados de acceder a contenidos no adecuados a la edad o inapropiados (p. ej., contenido racista, violento, sexual, de apología de comportamientos de riesgo, de finalidad comercial, etc.).
- Riesgos derivados de hacer psicoterapia por videoconferencia, ya que resulta más difícil el contacto visual y la detección de cambios conductuales (p. ej., respiración alterada).

El concepto de *riesgo* es complejo. El riesgo puede estar presente o futuro; puede afectar a las relaciones sociales del adolescente; puede tener que ver con el hecho de que el adolescente se haga daño a sí mismo (p. ej., suicidio), que haga daño a otra persona (p. ej., ciberacoso), o que le hagan daño a él (p. ej., chantaje) (Duncan *et al.*, 2015). Para decidir si hay que intervenir o cómo hacerlo hay que valorar la gravedad potencial del daño, la probabilidad real de que ocurra, la posibilidad de que haya otras víctimas (otros usuarios afectados), la inminencia del daño, la probabilidad real de que una intervención pueda disminuir el riesgo o la gravedad, y si el adolescente es o no el agente (Comité de Bioética de Catalunya, 2009).

No obstante, el uso adecuado de Internet y de las redes sociales también tiene beneficios:

- **Para los profesionales.** Usos estadísticos, demográficos y de investigación; marketing; mejora de la eficacia de los servicios sanitarios; facilidad de comunicación entre profesionales; utilidad en intervenciones de salud (cambio de comportamiento, promoción de conductas saludables; prevención, detección y disminución de conductas de riesgo o de riesgo potencial; detección de posibles problemas de salud mental); superación de barreras tecnológicas, lo que:
 - Facilita que haya información sanitaria fiable accesible para los pacientes.
 - Permite educar a los pacientes en el uso de las redes sociales.
 - Obra posibilidades terapéuticas, como la terapia grupal en red o el apoyo de los pacientes en sus relaciones familiares e intergeneracionales. El uso de blogs, particularmente, es beneficioso porque permite narrar experiencias médicas estresantes y recibir estrategias de gestión por parte de los profesionales y, durante las hospitalizaciones, permite mantener el contacto y recibir el apoyo emocional de familiares y amigos.
- **Para niños y adolescentes.** Desarrollo social y cognitivo; fomento de habilidades sociales y de autonomía; oportunidad de experimentación; aceptación por parte del grupo; sentimiento de pertenencia; autovaloración

Bibliografía recomendada

Naranjo y Moya, s. d.; Gabelas *et al.*, 2011; Van Allen y Roberts, 2011; Kolmer, 2012; Marta y Aranda, 2012; Moreno y Kolb, 2012; Tzavela y Mavromatis, 2013; Franco-mano y Harper, 2015; Swist *et al.*, 2015; Livingstone *et al.*, 2018.

positiva; exploración de la propia identidad; mejora de la autoestima y del capital social; apoyo de los iguales y trabajo en red; organización de actividades académicas, cívicas y de participación política y social; fomento de la creatividad y de la autoexpresión; acceso a información fiable sobre la salud y fomento de conductas saludables e iniciativas de autocuidado; acceso a conocimiento; oportunidad de aprendizaje individual y cooperativo; oportunidades para desarrollar las llamadas *habilidades para la vida* (capacidad de sentir y emocionarse, socializar y conocer, conversar, jugar, recrearse, interactuar y construir, etc.); generación de espacios de seguridad y lazos de confianza que facilitan intercambiar y compartir experiencias, y generar empatía (inteligencia interpersonal); activación de la capacidad de apoderamiento (tomar decisiones, organizar una tarea o establecer objetivos); beneficios para la percepción del propio grado de felicidad y salud; fortalecimiento de las relaciones interpersonales, haciéndolas íntimas a través del cuidado mutuo; alfabetización digital y apoderamiento de niños y adolescentes en riesgo de exclusión; acceso a la asistencia sanitaria de pacientes que en su comunidad lo tienen difícil porque residen en zonas rurales, o porque les cuesta encontrar especialistas (p. ej., pacientes transgénero); fomento de construcción de comunidad; promoción de nuevos espacios de ocio; influencia positiva en los hábitos de consumo; apoderamiento en gestión del riesgo y de la seguridad; y fomento de la resiliencia.

En definitiva, podemos decir que el uso de las redes sociales comportará beneficios como los anteriores si va encaminado a fomentar la forja de relaciones interpersonales significativas, y que conllevará dichos riesgos si no va encaminado en esta dirección (Clark *et al.*, 2018).

1.4. Legislación sobre protección de datos de personas menores

El documento principal sobre tratamiento de datos personales es la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal (LOPD).

Empecemos por definiciones básicas. Un **dato de carácter personal** es cualquier información concerniente a una persona física identificada o identificable. El **consentimiento informado** es toda manifestación de voluntad libre, inequívoca, específica e informada, mediante la cual el interesado consiente en el tratamiento de datos personales que le afectan. El **tratamiento** se refiere a la recopilación, la grabación, la conservación, la elaboración, la modificación, el bloqueo y la cancelación de la información. Y la cesión o comunicación de datos es toda revelación de datos a una persona distinta de la interesada (véanse las disposiciones adicionales de la LOPD).

Los datos personales solo se podrán recopilar y tratar cuando sean adecuados, pertinentes y no excesivos en relación con el ámbito y las finalidades (determinadas, explícitas y legítimas) para las que hayan sido obtenidos. Solo se podrán utilizar para finalidades distintas para las que fueron recogidos cuando estos fines sean históricos, estadísticos o científicos. Se deberán actualizar periódicamente para que sean fieles a la realidad y se deberán eliminar cuando dejen de ser necesarios (art. 4).

Los **interesados** a los que se soliciten datos personales deberán ser informados con anterioridad de la existencia del fichero, de la finalidad de la recogida, de los destinatarios de la información, de su derecho a preguntar dudas, de las consecuencias de ceder sus datos o de negarse, de sus derechos ARCO (acceso, rectificación, cancelación y oposición), y de la identidad y la forma de contacto del responsable del tratamiento de los datos. Cuando los datos no se hayan obtenido directamente del interesado, se le informará antes de tres meses desde la recogida, a menos que se hayan obtenido de fuentes accesibles al público (art. 5, 15, 16 y 17).

El **consentimiento** para el tratamiento de datos personales no será obligatorio en ciertos supuestos –entre ellos, si es necesario proteger un interés vital de la persona–, y podrá ser revocado cuando exista una causa justificada (art. 6 y 11).

Hay ciertos **datos protegidos** sobre los que no se puede preguntar y, por tanto, el interesado puede decidir no facilitarlos: la ideología, la religión, las creencias y la afiliación sindical. Los datos sobre el origen racial, la salud y la vida sexual solo se podrán recoger y tratar por razones de interés general. Todos los datos mencionados se podrán recoger y tratar con fines de prevención o diagnóstico médico, de gestión de servicios sanitarios, de prestación de asistencia sanitaria (incluso si el interesado no puede dar su consentimiento y está en situación de riesgo vital), y siempre que estas actuaciones las haga un profesional sanitario con deber de secreto u otro profesional con un deber equivalente. En relación con los datos sobre salud, las instituciones y los centros médicos (públicos o privados) pueden recoger y tratar dichos datos de las personas que acudan o que hayan de recibir tratamiento (art. 9). Los datos relativos a infracciones penales o administrativas solo podrán ser recogidos por las administraciones públicas competentes en los supuestos establecidos en sus normativas (art. 7 y 8).

El **deber de secreto** lo tiene el responsable del fichero y cualquiera que lo manipule, y perdura una vez finalizada la relación con el titular de la información (art. 10).

La **Agencia de Protección de Datos** es el órgano encargado de proteger los derechos de las personas que se vean vulnerados por actuaciones contrarias a las disposiciones de la ley, las cuales pueden conllevar el pago de indemnizaciones a los afectados (art. 18 y 19, y título VI).

Derechos Arcópoli

Ahora ya se habla de los derechos Arcópoli, que incluyen los derechos a la portabilidad, el olvido y la limitación del tratamiento de los datos personales (ved: Institut Català de la Salut, s. f.).

Por último, la ley incluye disposiciones específicas, en función de si los archivos son de titularidad pública o privada (título IV, cap. I y II).

Además de esta ley, también existe un **reglamento europeo (UE 2016/679)** al que el ordenamiento jurídico de los Estados miembros se ha tenido que adaptar y, en el caso de España, esta adaptación se ha traducido en la **Ley 3/2018 de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales**. Los 14 años se establecen como la edad a partir de la cual las personas menores pueden dar su consentimiento para el tratamiento de los datos personales (art. 7), e incluye un apartado de garantía de los derechos digitales (título X) donde mencionan, entre otros, los derechos a la seguridad y a la educación digitales, la necesidad de protección de los menores en Internet, el derecho a la rectificación en Internet, la protección de datos de los menores en Internet, el derecho al olvido, y el derecho a la portabilidad de los datos. Finalmente, las leyes 21/2000 (catalana) y 41/2002 (estatal) de autonomía del paciente concretan el tratamiento, los usos y la conservación de la historia clínica, y los derechos que tienen los pacientes (cap. 5).

2. La bioética y las TIC

2.1. Las TIC y la relación asistencial

Los doctores Ezekiel J. Emanuel y Linda L. Emanuel (1992) han descrito la evolución de la relación entre profesional y paciente a través de cuatro modelos de relación asistencial. Los podemos aplicar al uso de las TIC:

- **Relación paternalista.** Consiste en decidir por el paciente, sin atender lo que el paciente quiere, como consecuencia de asumir cuatro creencias (Ferrater Mora, J., y Cohn, P., 1991; Alemán, 2017):
 - Se considera que la vulnerabilidad del paciente lo hace incapaz de definir sus intereses.
 - Se considera que si se dejara decidir al paciente, tomaría una mala decisión.
 - Se considera que el daño que puede causar una actitud paternalista es menor que el daño potencial de una mala decisión que tomara el mismo paciente.
 - Se presupone que el profesional sabe qué le conviene al paciente.

En otras palabras, el profesional decide (limita) el uso que se hace de las TIC en la consulta y el alcance del acceso a las redes sociales mutuas, sin tener en cuenta qué quiere el paciente, porque piensa que este es incapaz de definir lo que quiere y que, por tanto, si se le dejara decidir haría un mal uso de las propias redes sociales (por ejemplo, usarlas como método para pedir ayuda o colgar comentarios negativos sobre el terapeuta), o bien haría un mal uso del WhatsApp del profesional y del acceso que tuviera en sus redes sociales. En definitiva, según el profesional, el daño de (sobre)protegerlo es menor que el daño derivado de un mal uso de las TIC, de manera que lo que le conviene al paciente es ver limitado su uso.

- **Relación informativa.** El profesional informa al paciente de su situación y de las opciones que tiene, para que él decida qué quiere hacer. Es una relación contractual. En otras palabras, el profesional informa al paciente de su política de uso de las TIC y de las redes sociales, para que el paciente decida si la acepta o si busca otro terapeuta con una política con la que esté más de acuerdo.
- **Relación interpretativa.** El profesional ayuda al paciente a definir sus valores para adoptar la opción que más los respete. En otras palabras, el profesional ayuda al paciente a definir qué entiende por hacer un buen uso de las TIC, qué entiende por *amistad* y *autoridad*, etc., con el fin de establecer un uso de las redes sociales de acuerdo con estos valores.

- **Relación deliberativa.** El profesional reflexiona con el paciente sobre cuáles son los valores que deberían priorizar en relación con la salud para adoptar la decisión que más los respete. En otras palabras, el profesional reflexiona con el paciente sobre cuál es el uso más adecuado que se puede hacer de las TIC para alcanzar los beneficios terapéuticos esperados.

Emanuel y Emanuel (1992) se decantan por la relación deliberativa. A nuestro entender, seguramente una buena opción sería la mezcla de los dos últimos modelos de relación asistencial, teniendo en cuenta los aspectos positivos de los dos primeros: proteger a los pacientes no competentes para tomar decisiones y proporcionar una información completa, veraz y adaptada al grado de comprensión del paciente.

2.2. Derechos y deberes de cuidado

Un elemento esencial de la bioética es la ética del cuidado (Gilligan, 2013), es decir, el hecho de cuidar de los demás, lo que requiere cuidar también de uno mismo.

El **autocuidado** o cuidado de uno mismo es la actitud que una persona autónoma decide adoptar para responsabilizarse de su salud. El concepto de autocuidado es básico, sobre todo en niños y adolescentes: tienen **el deber y el derecho de cuidarse**, que incluye el **derecho a ser cuidado** (por los padres, los profesores, los profesionales asistenciales, los iguales, etc.) y el deber de cuidar a los demás y el entorno. Los profesionales deben intentar concienciar a niños y adolescentes de la importancia del autocuidado, ya que es el primer paso para que puedan ejercer todos estos derechos y deberes y, de este modo, apoderarse en el desarrollo de su autonomía personal.

2.2.1. El ciberacoso

El ciberacoso (*ciberharassment*), ciberintimidación (ciberbullying) o ciberpersecución (*ciberstalking*) se define como la acción de infligir un daño intencionado y repetitivo a otra persona a través de medios electrónicos con el objetivo de avergonzarla, humillarla o amenazarla. Es un ejemplo de situación que vulnera el derecho a ser cuidado y el deber de cuidar, dificultando así el derecho y el deber de cuidarse uno mismo.

De acuerdo con los autores, para que se dé el acoso deben converger **varios factores** en un mismo espacio de actividad social: agresores motivados, blancos fáciles, información de la víctima y falta de supervisión. Internet supone un nuevo espacio de actividad social en el que están presentes todos estos factores y, además, magnificados. Por eso es importante que niños y adolescentes entiendan que colgar datos personales en Internet, sin activar los máximos niveles de seguridad y privacidad, supone dar información sobre potenciales víctimas a posibles agresores. Las personas menores aún están conformando su concepto de confianza y deben entender que un concepto maduro de rela-

Bibliografía recomendada

Mesch, 2009; Hertz y Ferdon, 2011; Kolmer, 2012; Donnerstein, 2012; Burnett *et al.*, 2013

ción de confianza demanda revelar información personal de forma gradual, si es necesario empezando por no dar ningún tipo de información, en función de la percepción que se tenga de cada destinatario.

Pero ¿de dónde proviene la **confianza**? La filósofa Annette Baier (1995) la define como el hecho de aceptar la vulnerabilidad que implica que otros puedan causarnos un daño, porque juzgamos que no nos lo causarán. Por lo tanto, la confianza proviene del ejercicio de los derechos y los deberes de cuidado mutuos. La prevención del acoso y el ciberacoso pasa por hacer conscientes a niños y adolescentes de sus derechos y deberes de cuidado. Tienen derecho a ser cuidados por sus amigos y compañeros de escuela, y tienen el deber de cuidarlos. Cuidar significa respetar, que viene del latín *respectare* y significa «mirar atrás, considerar». El cuidado tiene que ver, pues, con la mirada y la escucha atentas (Esquirol, 2006), tanto de los iguales como los diferentes. Mirar y escuchar para reconocer al otro, su vulnerabilidad, que nos interpela a ayudarlo (Lévinas, 2000), y también para reconocer sus potencialidades y capacidades, que son una fuente de aprendizaje.

Dos ejemplos de relaciones basadas en el cuidado mutuo dentro del grupo de clase son: el programa finlandés KIVA, pionero en la reducción del acoso escolar, y la metodología de Aprendizaje Cooperativo, que puede ayudar a gestionar los conflictos en el aula, en la medida que favorece las habilidades sociales, la cohesión de grupo, la solidaridad entre los alumnos y la integración de puntos de vista ajenos, todo ello a través de unas tareas grupales, la consecución de las cuales requiere un liderazgo y una responsabilidad compartidos, porque los objetivos individuales solo se consiguen si se alcanzan los grupales.

Programa KIVA

Más información en <http://www.kivaprogram.net/spain>.

Aprendizaje Cooperativo

Más información en RIMA (s. f.).

3. Las personas menores y las TIC

3.1. Proyecto vital en la sociedad de la hiperactividad, hipervisibilidad e hipercomunicación

Internet y las TIC no son una característica de nuestros niños y adolescentes, sino del contexto cultural y social en el que viven. La sociedad actual se caracteriza por lo *hiper*: hiperactividad, hipervisibilidad, hipercomunicación.

Byung-Chul Han (2012, 2013) critica que vivimos en una sociedad en la que la exigencia de productividad, en virtud del *todo es posible*, acaba generando **hiperactividad** y, en último término, **cansancio**. Se pierde el don de escucharse los unos a los otros, desaparecen la comunidad que escucha y la sensación de recogimiento, porque el *multitasking* (hacer muchas actividades a la vez) no deja lugar al aburrimiento y la vida contemplativa. Este autor también critica que vivimos en la **sociedad de la transparencia**, que lleva a exponer y consumir intimidades hasta que la esfera privada se pierde. Las personas menores están totalmente expuestas a las miradas y los juicios de los demás. Se llega a un punto en que las relaciones sociales se miden en función del número de amigos en Facebook, y los indicadores de bienestar emocional son los emoticonos que aparecen en el estado de su perfil, o el tiempo que hace que el chico o la chica no lee los mensajes de WhatsApp. Esta sociedad exige hipervisibilidad e hipercomunicación: si no tienes perfiles en redes sociales y no los actualizas regularmente, si no tienes lo que tienen o no haces lo que hacen los otros, estás fuera del mundo.

En el ámbito **clínico** también ha habido un **cambio en el concepto de *transparencia*** (Kolmes, 2012): hace unos años los profesionales temían que sus pacientes encontraran información sobre ellos en Internet, aunque en realidad los pacientes no solían revelar la información que encontraban (del 70% de pacientes que buscaba información de sus terapeutas en Internet, solo un 28 % les comentaba los datos encontrados). Ahora, en cambio, son los profesionales los que buscan información de sus pacientes, sobre todo los residentes jóvenes. Incluso, facilitan que puedan hacer comentarios en la red sobre su experiencia médica (p. ej., Doctoralia).

Este afán de transparencia puede ayudar a disminuir el estigma asociado a la búsqueda de atención psicológica, pero también es un riesgo para la **hospitalidad**. El ser humano necesita relaciones hospitalarias, es decir, relaciones cá-

lidas, de recogimiento, que sean espacios de intimidad en los que uno se sienta «como en casa». Pero la transparencia absoluta dificulta la hospitalidad, en la medida que imposibilita construir y ofrecer estos espacios (Stahler, 2014).

¿Como pueden salir adelante, niños y adolescentes, en esta sociedad? El **proyecto vital** es el horizonte que la persona, libremente, se propone conseguir para autorrealizarse en todas sus dimensiones. Requiere, por un lado, ser competente para definirlo (definir valores, principios, actitudes, aptitudes, estilo de vida), valorar si es realista y llevarlo a cabo; y, por otro, contar con la complicidad de otras personas (red de apoyo social) que ayuden a hacer la reflexión anterior y que apoyen a la persona mientras lo lleva a cabo. La aparición de las TIC incide en la reflexión sobre los propios valores, principios, actitudes y estilo de vida, y las relaciones que se establecen a través de ellas forman parte de la red de apoyo social de la persona. En los próximos apartados veremos de qué modo.

3.2. Etapa de transición: socialización y TIC

La adolescencia es una etapa vital de transición entre la infancia y la edad adulta. El término proviene del latín *adolescere*, que significa doler y que se traduce como «crecer, desarrollarse, a pesar de todo, con dificultades». Es una etapa crucial en el desarrollo de la persona, por lo que es esencial la forja de la **autonomía**, la **identidad**, la **intimidad** y la **sexualidad**, que no se pueden abstraer de las **características personales** y el **contexto** del adolescente. En esta etapa, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), se pueden dar tres tipos de cambios diferentes: físicos, del neurodesarrollo y psicosociales.

En el tema que nos ocupa, es importante profundizar en los **cambios psicosociales**. Estos incluyen cambios emocionales que aumentan las capacidades cognitivas e intelectuales. Los cambios psicosociales se encuentran en la base del proceso de construcción del yo, que es un proceso de abandono de la autoimagen infantil y de construcción de la propia identidad en todas sus dimensiones (Tió *et al.* 2014): corporal, cognitiva, emocional, relacional y social. Este proceso de forja de la identidad está muy influido por la opinión de los demás, especialmente de los iguales (hermanos, amigos, parejas, etc.). Por ello, resulta esencial que niños y adolescentes aprendan a mostrarse y mostrar su intimidad a los otros (Roca, 2015).

Internet y las TIC inciden notoriamente en este **proceso de forja de la propia identidad y de establecimiento de relaciones sociales** –con los amigos, con la pareja, con la familia, en la escuela y, incluso, con extraños, etc. Internet es una puerta de acceso a la cultura participativa, la cual incide en las habilidades sociales, cognitivas y emocionales de las personas menores. De hecho, los propios niños y adolescentes creen que Internet se adapta a sus necesidades sociales, culturales y psicológicas. Por lo tanto, los adultos deben ser conscientes y partícipes de sus intereses digitales y compartir espacios de consumo cultural con ellos, sin pensar que el tiempo de conexión a Internet es, por definición,

Proyecto vital

La definición propuesta se inspira en la que hizo el filósofo Francesc Torralba a la conferencia «Proyecto vital y bienestar emocional», que pronunció en la Unió Catalana d'Hospitals el 29 de mayo de 2018. Se puede ver íntegramente en: <https://vimeo.com/277257226>

Bibliografía recomendada

Valkenburg y Peter, 2011; Subrahmanyam y Greenfield, 2008.

Bibliografía recomendada

Roca, 2015; Subrahmanyam y Greenfield, 2008.

tiempo perdido. Hay que entender que las interacciones de las personas menores en las redes, si se basan en la confianza y en normas de uso adecuadas, generan capital social (generan colaboración de la que surgen oportunidades individuales). No es tan importante, por tanto, la cantidad de tiempo que pasan en Internet, como sí la manera como lo utilizan y la finalidad con que lo hacen.

Por otra parte, hay quien dice, alertando de los **riesgos**, que las redes sociales son **una forma inauténtica de socialización** (Staehler, 2014). Permiten la comparación con los demás, lo que hacemos en todas las relaciones sociales, pero en el mundo virtual la comparación es cuantitativa (número de *likes*, seguidores, amigos, clics, etc.) y, cuando la hacemos, nos aseguramos de que sea buena para nosotros (hay sistemas para aumentar el número de seguidores, por ejemplo). Además, los *otros* con quienes nos relacionamos no son *otros* físicos, concretos, sino que son una multitud abstracta. Es la **dictadura de los otros**. Las relaciones sociales en el mundo virtual no requieren un cuerpo físico, ahora y aquí, solo una imagen opcional y modificable, lo que nos permite elegir nuestra mejor cara para mostrarnos ante los demás. Y no necesitamos un espacio compartido, sino que cada uno puede manejar sus relaciones desde un espacio confortable para él. Por lo tanto, parece que las redes sociales nos liberan de las limitaciones que la corporalidad tiene para las relaciones sociales. Pero en el fondo no es así: la confortabilidad del espacio desde donde nos relacionamos es ficticia, porque el mundo virtual también es inseguro; todo lo que nos pasa en las redes es público para una audiencia inconmensurable; y aunque podamos cambiar nuestra imagen, lo que nos pase en las redes nos afecta realmente (podemos cambiar el yo que presentamos en la red, pero no podemos cambiar el yo que experimenta lo que nos pasa). Una explicación de todo ello puede ser la **falta de profundidad** en las relaciones sociales *online*. Bauman (1999) decía que las relaciones sociales, hoy, son líquidas. También lo son las relaciones sociales *online* aunque parezca que Internet nos abre a los demás, no dejamos de estar solos, de ser el único personaje redondo en medio de un mar de personajes planos. Defendemos la conectividad como una manera de acercarnos a los demás cuando, de hecho, también en las redes nos escondemos de los demás, porque tenemos tanto miedo de la soledad como de esos otros y de mostrar nuestra intimidad. Es la paradoja del mundo virtual: estamos juntos en la soledad, *alone together* (Capurro, 2011).

En definitiva, hay una **influencia recíproca** entre las relaciones sociales físicas y aspectos de la adolescencia, por un lado, y las comunicaciones electrónicas los adolescentes, por el otro (Subrahmanyam y Greenfield, 2008). Este hecho demanda que los adultos –padres, terapeutas, profesores, hermanos mayores, etc.– los acompañen en el uso de las TIC (Naranjo y Moya, s. f.). No se trata de inventar normas y recomendaciones nuevas, sino de trasladar a este nuevo mundo la relación de confianza, los valores y las actitudes que se fomentan en el resto de las áreas de la vida de niños y adolescentes.

3.3. Identidad, intimidad y privacidad

Hemos visto que la sociedad actual se caracteriza por un afán de transparencia que pone en riesgo la intimidad y que esta es un elemento importante en el desarrollo de las personas menores al igual que la identidad. Profundicemos, ahora, en la relación entre identidad e intimidad.

Sin intimidad no hay identidad. La apertura absoluta al otro es inviable, siempre hay líneas rojas infranqueables que diferencian el yo del no-yo, el *dentro* (el espacio de confort, de recogimiento, personal, intransferible, privado) del *fuera* (el espacio compartido, común, transferible, público). La transparencia absoluta es la desaparición del yo y puede derivar en la exigencia de apertura absoluta y desaparición del otro. Por el contrario, la intimidad supone el autorreconocimiento y el reconocimiento del otro.

La intimidad tiene que ver, por tanto, con la **privacidad**. Podemos definir la intimidad como el límite que establece la persona entre el yo (dentro) y el no-yo (fuera) y que tiene tres dimensiones: física, psíquica y de la información. Por otra parte, la persona tiene privacidad en una determinada situación, respecto a los demás, si y solo si en esta situación está normativamente protegida de la intrusión, la interferencia y el acceso a la información por parte de los otros (Spinello, 2011). Por lo tanto, intimidad y privacidad comparten las tres dimensiones, a las que el surgimiento de las TIC añade una cuarta: la dimensión digital. Además, tanto la intimidad como la privacidad tienen relación con la autonomía, la seguridad y la dignidad del yo (dentro): preservar o violar las dos primeras implica preservar o violar las tres últimas (Bülow, 2011). La diferencia estriba en que la intimidad es un límite personal, mientras que la privacidad es un límite normativo.

En el **ámbito asistencial** no hay intimidad absoluta, sino que los profesionales pueden acceder a la intimidad de sus pacientes para atenderlos adecuadamente en la medida que sea necesario. Por eso hablamos de *intimidad compartida*, lo que se enmarca en el ejercicio, no en la renuncia, del derecho a la intimidad. Se han establecido mecanismos de protección de la intimidad y la privacidad de los pacientes, como el derecho de confidencialidad y el deber de secreto médico. Seoane (2015) rechaza esta nomenclatura al considerar que el secreto es absoluto, mientras que la confidencialidad tiene esferas –se puede garantizar la confidencialidad de la conversación, pero no de los datos que haya que hacer constar en el historial clínico a efectos de poder hacer el seguimiento del paciente–, por lo que propone hablar de derecho y deber de confidencialidad. Además, hay que tener especial cuidado con niños y adolescentes, porque la confidencialidad es un factor tan importante para ellos a la hora de decidir si buscan o no atención sanitaria, que un exceso de confianza en la relación de confidencialidad les puede llevar a abrirse en exceso y terminar subordinándose al adulto, o alienándose.

La confidencialidad para niños y adolescentes

Los estudios demuestran que la preocupación por la confidencialidad de información sensible influye en los deseos de los adolescentes de búsqueda de asistencia sanitaria y en el uso que hacen, por tanto, de los servicios sanitarios (Th-rall *et al.*, 2000; Berlan y Bravender, 2009).

Una buena manera de proteger la intimidad y la privacidad, el límite entre el yo (dentro) y el no-yo (fuera), es **preservar la integridad de los contextos** en los que nos movemos. Los contextos son estructuras sociales caracterizadas por actividades, roles, relaciones, estructuras de poder, normas, valores y objetivos (Capurro, 2011). Las TIC tienen el riesgo de difuminar los límites entre contextos. Para evitarlo, es necesario entender que la transparencia no es una decisión individual, sino un hecho social: no tiene que ver solo con cómo el yo (dentro) se quiere mostrar, sino también con las expectativas de cómo el no-yo (fuera) recibirá y utilizará la información mostrada (Coll *et al.*, 2011). Por lo tanto, la privacidad tiene una función social (Bülow, 2011). Hay que mantener diferenciados los contextos sociales de los que formamos parte, y hay que entender que lo privado y lo público se definen en función del tipo de interacción social propio de cada contexto, a fin de decidir sobre la revelación de información personal en función del contexto donde estemos en cada momento (Capurro, 2011) y los diferentes tipos de relaciones que queramos construir (Bülow, 2011).

La pregunta es (Spinello, 2011): la privacidad ¿es un interés, una preferencia o un derecho humano fundamental? Antes de responderla, analicemos el contexto digital.

3.3.1. Identidad digital y otros conceptos

Los **nativos digitales** son las personas nacidas durante o después del surgimiento de las nuevas tecnologías, y los **inmigrantes digitales** son las personas nacidas antes de la existencia de la tecnología digital y que la han adoptado tarde (Kolmer, 2012). Hay que remarcar que haber nacido en la era de las TIC no garantiza su buen uso, ya que una cosa es tener habilidades técnicas y otra tener habilidades para la vida.

La **identidad digital** es la información que cada usuario de Internet deja en la red como resultado de su interrelación con otros usuarios o de la generación de contenidos (Roca, 2015). En otras palabras, es la información que hay en Internet sobre una persona (datos personales, imágenes, registros, noticias, comentarios, etc.), tanto si ha sido colgada por la misma persona como por otros usuarios, y que conforma la descripción de esta persona en el ámbito digital. Toda esta información es nuestra **huella digital**, el rastro que dejamos en Internet y que personas desconocidas y con objetivos diversos (sociales, comerciales, dañinos, etc.) pueden seguir para llegar hasta nosotros.

La **reputación digital** es la opinión o consideración social que otros usuarios tienen de la identidad digital de una persona (Naranjo y Moya, s. f.), y la **conciencia digital** es la forma en que cada usuario interpreta el impacto del fenómeno digital en su vida y su reacción ante este impacto (Roca, 2015).

3.3.2. Identidad narrativa en las redes sociales

Paul Ricoeur (1995, 1996) dice que la identidad del ser humano es una identidad esencialmente narrativa. Distingue entre identidad *idem* (biológica, permanente) e identidad *ipse* (contingente, narrativa) y otorga más importancia a la narración que a la biología, porque defiende que la razón por la que el *yo* de hoy y el *yo* de mañana son el mismo *yo* es la biografía, la narración vital, que les une.

Lo que diferencia a los humanos de los animales es la autoconciencia o conciencia del *yo* (compuesta por la memoria, el autorreconocimiento y el reconocimiento de los otros) (Baker, 2013). Pero lo que determina el **grado de madurez** es, no solo la autoconciencia, sino la **capacidad de elaborar** la narración de la propia vida, la **autobiografía**, que es lo que permite justificar las opiniones y decisiones. La autoconciencia se adquiere en torno a los 4 años, mientras que la capacidad de construir una autobiografía no se adquiere hasta la adolescencia.

Nuestra identidad digital es, en el fondo, una narración vital o una autobiografía virtual. Por eso es importante fomentar la conciencia digital de las personas menores y valorar su *madurez digital* en función de si justifican sus decisiones sobre lo que cuelgan y comparten en la red a partir de la reflexión sobre la identidad, la huella y la reputación digitales que quieren tener ahora y que querrán tener en el futuro.

3.4. Las TIC como un nuevo determinante de la salud y como una herramienta para la gestión de la vivencia de la enfermedad

Los determinantes de la salud son los factores personales y del entorno que afectan positiva o negativamente a la salud de las personas. Los determinantes o factores pueden ser **protectores** (si afectan positivamente a la salud), **de riesgo** (si afectan negativamente a la salud) o **bidireccionales** (determinantes con influencia recíproca). Además, pueden afectar al **individuo** y al **entorno**, tanto el **próximo** (biológico y físico) como el **lejano** (valores y normas sociales) (OMS, 2014).

La adolescencia, como etapa de transición con necesidades y problemas específicos, es un determinante de la salud en sí misma (OMS, 2014). En los últimos tiempos han surgido nuevos determinantes, como son las TIC, que generan nuevas formas de ocio y que, según cómo se utilicen, pueden ser de riesgo o protectores. Además, son un determinante bidireccional: un buen o mal uso de las TIC puede tener efectos positivos o adversos para la salud, al tiempo que la salud psicológica puede redundar en un buen o mal uso de las TIC y generarse, de esta manera, un círculo que puede ser virtuoso o vicioso. Los efectos de las TIC impactan tanto en el adolescente como en su entorno, y en las normas y los valores comunitarios.

Con todo, las TIC también pueden ser, y son en muchos casos, una buena herramienta para ayudar a las personas menores con problemas de salud a **gestionar la vivencia** de estos problemas. La **pérdida de grados de salud**, a nuestro entender, se puede definir como un estado físico o psicológico (Cas-sell, 2009) que provoca una **sensación de amenaza** (Lain, 1984, p. 233-234) o miedo, lo cual genera **sufrimiento** (más amplio que el dolor) y altera el tiempo de la persona (Bayés, 2001), con la consecuencia de interrumpir su **proyecto vital**, hacerla **vulnerable** (Lain Entralgo, 1984, p. 237) y, por tanto, hacer necesario poder **confiar en el entorno**. En el caso de las personas menores, los elementos de la vivencia de la pérdida de grados de salud son los mismos que para las personas adultas pero más acusados, porque tienen más dificultades para gestionar la adversidad y la pérdida de control sobre su mundo, aparte de que exigen inmediatez y exageran la frustración por las expectativas no satisfechas; sin olvidar que las personas menores aún están forjando el proyecto vital que se interrumpe.

Las TIC son una fuente de información que, con capacidad crítica y apoyo de los profesionales, puede ayudar a disminuir la sensación de amenaza y el sufrimiento que se deriva. Las redes sociales, bien utilizadas y con conciencia de los riesgos, pueden proporcionar una inmediatez que, en situaciones de urgencia, los adolescentes agradecen. Y, en general, tener información sobre su problema de salud y buscar sus propios recursos para hacerle frente es una forma de apoderamiento, de forja de la autonomía y, por tanto, de disminución de la vulnerabilidad. En caso de hospitalización (completa o de día) las TIC permiten a niños y adolescentes seguir en contacto con las personas y las actividades de su entorno habitual, y son un medio de entretenimiento que ayuda a pasar el tiempo. Además, si las actividades habituales que se pueden mantener gracias a las TIC son, por ejemplo, las académicas o extraescolares, para no perder el curso y seguir descubriendo intereses y aptitudes, todo ello puede contribuir a aminorar las consecuencias que tiene la hospitalización para el proyecto vital y, a su vez, hacer que el tiempo no solo pase más rápido, sino que sea un tiempo aprovechado y enriquecedor.

En definitiva, es necesario que los adultos que acompañan encuentren un término medio entre la sobreprotección y la desprotección del adolescente en la red para fomentar su capacidad de resiliencia.

4. Las TIC como herramientas para el reconocimiento y el autorreconocimiento del menor

4.1. El reconocimiento

Axel Honneth define el *reconocimiento* como el **respeto mutuo** para la especificidad de cada uno; se fundamenta en el hecho de que la **dignidad es igual para todos** los seres humanos. En el caso de niños y adolescentes, el reconocimiento es **asimétrico**, porque la relación con los adultos de su entorno es asimétrica: la responsabilidad de los adultos con el adolescente es mayor que la del adolescente con los adultos. Sin embargo, es recíproco: el adulto debe reconocer al adolescente como una persona especialmente vulnerable, en la medida que es especialmente dependiente de las relaciones sociales, al tiempo que el adolescente debe reconocer al adulto como figura de autoridad moral. La diferencia es que el reconocimiento del adolescente por parte del adulto debe ser incondicional, mientras que el reconocimiento del adulto por parte del adolescente está condicionado a que el adulto asuma su responsabilidad y actúe como autoridad moral.

El **objetivo último** del reconocimiento es la **forja de la identidad personal**, que está en constante construcción y se construye en el encuentro: el reconocimiento de los otros permite una relación nueva y positiva con uno mismo (autorreconocimiento), que hace tener convicción en el propio valor moral y social. Al adolescente, el reconocimiento le ayuda a forjar su identidad de manera más decisiva que en los adultos, ya que él apenas comienza a definirla, y el inicio puede determinar el proceso y el final.

El reconocimiento ofrece posibilidades de transformar las relaciones conflictivas en relaciones de cooperación (por ejemplo, la relación de un terapeuta con un paciente que no acepta su enfermedad o la terapia propuesta) a través de poner atención en las necesidades de los diversos miembros de la relación (cuando el adolescente ve que se le atiende como una persona con necesidades biopsicosociales específicas).

4.2. Las tres esferas de reconocimiento

La **lucha por el reconocimiento** (*struggle for recognition*) comienza, según Honneth cuando se lesionan las **expectativas** de reconocimiento que toda persona tiene en **tres esferas**: emocional, legal y social.

- El **reconocimiento emocional** consiste en reconocer al otro en su individualidad y aceptarlo tal como es, lo que facilita sus relaciones interpersonales. Implica considerar al otro como un ser autónomo y, al mismo tiem-

Bibliografía recomendada

Axel Honneth, 1997; ved también Costa-Alcaraz, 2012.

Bibliografía recomendada

Honneth, 1997; ved también Costa-Alcaraz, 2012.

po, tener confianza en que responderá como se espera. Implica respeto y confianza mutuos. Se trata de encontrar el equilibrio entre la autoafirmación y la dependencia. En definitiva, es el reconocimiento del otro como sujeto de necesidades y genera autoconfianza.

- El **reconocimiento legal** consiste en reconocer al otro como sujeto capaz de seguir normas, participar en las decisiones colectivas, y conocer sus derechos y exigir su respeto. En definitiva, es el reconocimiento del otro como sujeto de derechos y deberes, y genera autorrespeto.
- El **reconocimiento social** se concreta en el reconocimiento de las contribuciones positivas de las personas a la sociedad, es decir, reconocer las capacidades personales, que permiten establecer objetivos y valores para desarrollar un rol social desde el que autorrealizarse. En definitiva, es el reconocimiento del otro como sujeto de capacidades y genera autoestima.

El adolescente debe sentir que el profesional reconoce las emociones que hay en juego en el uso de las TIC y que se puede establecer un pacto de confianza; debe sentir que el profesional le respeta sus derechos en este uso y, al mismo tiempo, le exige el cumplimiento de las normas establecidas; y también debe sentir que le reconoce las capacidades digitales. Además, el adolescente debe reconocer emocional, legal y socialmente a los usuarios de las redes sociales con los que interacciona, y se debe sentir reconocido de esta manera por ellos. Todo ello requiere que el profesional también sea consciente de las emociones que le produce a él mismo el uso de las redes sociales, y que tenga claros los derechos y deberes que tiene, como todo usuario. Solo así podrá desarrollar capacidades técnicas para aprender a utilizarlas y, así, que le permitan educar niños y adolescentes en su buen uso.

5. Las TIC como herramientas para ayudar al menor a desarrollar capacidad

5.1. El concepto de *capacidad* y las TIC

Según Nussbaum (2011, 2012), las capacidades son **aquello de lo que las personas son capaces de hacer y de ser para tener una vida digna**. Dependen de las habilidades internas de la persona y de las oportunidades que ofrezca el entorno, y se pueden entender como áreas de libertad, en la medida que una capacidad se tiene solo si se puede escoger ejercerla o no. Por ejemplo, la capacidad de ejercer el derecho a votar requiere competencia para decidir qué votar (habilidad interna), y tener un colegio electoral cerca o un transporte público para llegar (oportunidades del entorno). Solo si se dan estas condiciones, la persona tiene la capacidad de votar, porque solo así puede decidir si vota o no. El objetivo de las capacidades es **alcanzar funcionamientos adecuados**. Los funcionamientos son los estados o las actividades que muestran el **nivel de bienestar** (físico, psíquico o social) de la persona: una buena nutrición / mala nutrición; buen nivel de estudios / mal nivel de estudios, etc.

En el caso de los **niños**, a menudo el entorno no debe garantizar solo la capacidad, sino también el funcionamiento. Por ejemplo, no es suficiente garantizar la oferta de escuelas públicas y el acceso a la sanidad, sino que la escolarización y las revisiones pediátricas deben ser obligatorias. Las razones son dos: la inmadurez de los niños para hacer uso de sus áreas de libertad y la importancia de ciertas áreas para el desarrollo futuro de la persona. Ahora bien, a los **adolescentes** sí se les debe **explicar la diferencia** entre capacidad y funcionamiento, para ayudarles a reflexionar sobre los funcionamientos deseables y, de esta manera, acompañarlos en el uso de sus áreas de libertad.

5.2. Las 10 capacidades básicas y las TIC

Nussbaum (2011, 2012) propone una lista de 10 capacidades básicas, entendidas como derechos sociales innegociables. A continuación, adaptamos y aplicamos esta lista a las TIC:

a) Vida online: «ser capaz de vivir una vida humana de longitud normal hasta el final». En el caso de las TIC se puede entender como la capacidad de gestionar el derecho al olvido, a fin de decidir qué queremos que perdure en la red con el paso los años, lo cual empieza por tener la capacidad de decidir qué colgamos a la red en previsión de que nos gustará, en el futuro, ver que colgamos.

b) Salud digital: «ser capaz de tener buena salud» (preservar una buena salud social en la red y, al mismo tiempo, gestionar adecuadamente los efectos que un mal uso puede tener para la salud mental), «estar adecuadamente nutrido» (digerir la información que recibimos, analizando críticamente), y «tener un techo adecuado» (tener la capacidad de elegir una persona de confianza a quien podamos recurrir en caso de que tengamos problemas).

c) Integridad digital: «ser capaz de moverse con libertad de un lugar a otro y tener seguridad ante ataques». En el caso de las TIC, se puede entender como la capacidad de saber navegar por los diferentes entornos digitales de forma segura, lo que tiene que ver con la capacidad de activar la configuración de privacidad y seguridad, y tener estrategias para actuar ante contenidos inadecuados y actitudes agresivas de otros usuarios.

d) Sentidos, imaginación y pensamiento: «ser capaz de utilizar los sentidos, imaginar, pensar y razonar –y de hacerlo de una manera [...] informada y cultivada mediante una educación adecuada [...]. Ser capaz de utilizar la propia mente de las maneras protegidas por las garantías de la libertad de expresión [...]. Ser capaz de tener experiencias placenteras y de evitar el dolor no beneficioso». Hay que formar a las personas menores en TIC para que sean capaces de razonar, con sensatez y creatividad, sobre su actividad *online*, así como que sean capaces de hacer uso de su libertad de expresión en Internet y en las redes, y de potenciar sus beneficios por delante de los riesgos.

e) Emociones: «ser capaz de tener vínculos con cosas y personas fuera de nosotros [...]; no ver el propio desarrollo emocional deteriorado por el miedo y la ansiedad». En el caso de las TIC, se puede entender como ser capaz de construir relaciones sociales *online* sanas, y ser capaz de definir, de expresar y de gestionar las emociones derivadas de las actividades *online*.

f) Razonamiento práctico: «ser capaz de formular una concepción del bien y de hacer una reflexión crítica sobre la planificación de la propia vida». En el caso de las TIC, se puede entender como ser capaz de definir qué es un buen y un mal uso de Internet y las redes, y de utilizarlas como herramientas que ayuden a llevar a cabo el propio proyecto vital.

g) Afiliación: «a) ser capaz de vivir con y hacia los demás, de reconocer y mostrar preocupación por los demás seres humanos, de comprometerse en varias formas de interacción social; ser capaz de imaginar la situación de otro [...]; b) tener las bases sociales de autorrespeto y no humillación; ser capaz de ser tratado como un ser con dignidad, la valía es igual a la de los demás». En el caso de las TIC, se puede entender como la capacidad de tener empatía con los otros usuarios de las redes, y de exigir que los demás la tengan hacia uno mismo, por ejemplo, desvinculándose de (bloqueando a) quien no la tenga. Extrapolar la afiliación al mundo de las TIC requiere, seguramente, repensar los conceptos de *vínculo* y *desintonización* (Kolmes, 2012).

h) Otras especies: Nussbaum se refiere, en este caso, a los animales y la naturaleza. Parece que no sea aplicable, pero también las TIC pueden ser oportunidades responsabilizarse del entorno. Un buen ejemplo de nuestro pasado reciente son los *tamagotchis*, unos juguetes electrónicos que invitaban a hacerse cargo de una mascota digital.

i) Juego: «ser capaz de reír, de jugar, de disfrutar de actividades recreativas». Son muchas las oportunidades de entretenimiento que ofrecen las TIC.

j) Control sobre el entorno digital: «a) tener capacidad de participación política; b) ser capaz de tener propiedades y un trabajo digno». Las TIC facilitan ambas cosas, pero en el caso de las personas menores hay que ampliar el alcance de la idea de control sobre el entorno para incluir el control sobre la información que se cuelga en la red, lo que hemos dicho que requiere tener en cuenta el uso que se hará. Volvemos, aquí, a la idea de privacidad (Spinello, 2011): en la red no se puede tener privacidad sin un cierto control de la información que se comparte sobre uno mismo, y por tanto, sin restricciones en la difusión de esta información. En otras palabras, la privacidad es un estado de accesibilidad restringida. Nos preguntábamos más arriba, si la privacidad es un interés, una preferencia o un derecho humano fundamental. Podríamos decir que es un derecho humano, porque es una condición necesaria para el bienestar integral de la persona, en la medida que es necesaria para obtener bienes como el bienestar físico, la seguridad, la libertad (autonomía), el conocimiento o la sociabilidad. Alcanzar todos estos bienes requiere de habilidades internas (madurez para cuidarse física, psíquica y socialmente) y oportunidades del entorno (en forma de no intromisión). Y es cuando estas dos condiciones se dan que la persona puede decidir, libremente, si toma medidas para preservar su privacidad en la red o no. Por lo tanto, la privacidad también es una capacidad.

6. Espacio y tiempo en las TIC

6.1. Espacios comunes, propios, íntimos y momentos íntimos

Internet y las redes sociales alteran los conceptos de espacio y de tiempo en general, y también en relación con la forma de hacer terapia. La pregunta es si esto hará más o menos atractiva la terapia, o si habrá diferencias psicológicas entre las personas que prefieran la terapia *online* y las que prefieran continuar haciendo la terapia en la consulta física (Kolmes, 2012). El tiempo dirá. Por ahora, lo que podemos hacer es analizar los diferentes tipos de espacios y de momentos, y su extrapolación al mundo de las TIC.

El Comité de Ética de los Servicios Sociales de Cataluña (2017) distingue tres tipos de espacios: comunes, propios e íntimos.

Los **espacios comunes** son espacios compartidos. Si pensamos en un piso de estudiantes, estamos hablando del comedor, la cocina o el lavabo. Los **espacios propios** son espacios que pertenecen a una determinada persona y, por tanto, hay que pedir el consentimiento para entrar, pero basta pidiéndolo la primera vez. El compañero de piso a quien le toque poner la lavadora puede entrar siempre en mi habitación dejarme la ropa limpia, si cuando se ha establecido el reparto de tareas se ha acordado así. Y los espacios íntimos son espacios donde, en principio, no se puede entrar y, en todo caso, hay que pedir el consentimiento cada vez que se quiere acceder. Es el caso del armario o el cajón de la mesilla de noche.

En los espacios comunes y propios puede haber momentos íntimos, por ejemplo, cuando un compañero de piso está el comedor o en la habitación con su pareja, o cuando el lavabo está ocupado de manera que, excepcionalmente, se debe pedir el consentimiento para entrar. **Hay que valorar, en cada caso, la legitimidad** de tener momentos íntimos en espacios comunes y propios, así como la legitimidad de pedir acceso a espacios íntimos, o en espacios comunes y propios en momentos íntimos.

Extrapolamos al caso de las TIC. Las redes sociales son espacios propios (pertenecen al usuario y, para entrar, hay que hacer una petición de amistad inicial) y hay que definir para quien las transformamos en espacios comunes (qué peticiones de amistad aceptamos y qué contenidos mostramos) o íntimos (qué peticiones denegamos, qué usuarios bloqueamos y qué contenidos configuramos como privados). En relación con el uso de las TIC en la consulta, hay que tener presente que las redes sociales del paciente son espacios propios a los

que el terapeuta puede tener acceso, si así se acuerda en la primera visita. Y puede haber momentos íntimos: en un chat de WhatsApp que el terapeuta esté comentando, puede haber un fragmento de conversación, de un día a una hora determinada, que el adolescente no quiera que se lea. Hay que respetar este momento íntimo de la conversación, a pesar de que el adolescente juzgue equivocadamente la relevancia del fragmento para el tema de discusión en la terapia, porque el riesgo es que convierta el chat entero en un espacio íntimo donde ya no deje volver a acceder al terapeuta. Por otra parte, la decisión sobre el control parental del uso de las redes sociales de los hijos es una decisión sobre si los hijos tienen suficiente madurez para que los momentos de uso de las redes sociales puedan ser considerados momentos íntimos, tal como lo es una conversación telefónica con una amiga en la habitación.

Además, las TIC han hecho aparecer una nueva categoría de momentos, los **micromomentos** (Roca, 2015). Son los breves lapsos de tiempo (los minutos de espera antes de coger el metro o el autobús, o los trayectos a pie de casa al trabajo o en el supermercado) que antes se dedicaban a leer el periódico o un libro, o hablar, o a pensar, o sencillamente no hacer nada, y que ahora se dedican a actividades o comunicaciones *online*. Hay que ayudar al adolescente a gestionar adecuadamente estos micromomentos para evitar la adicción.

6.2. ¿Derecho al olvido?

El *derecho al olvido* o derecho de supresión es la extrapolación a Internet del derecho de cancelación que consta en la LOPD (mencionada en el apartado 1.4). Se define como «el derecho a solicitar que los enlaces con datos personales de una persona no figuren en los resultados de búsqueda en Internet realizados por su nombre». Para poder ejercer este derecho se deben dar las siguientes condiciones:

- Los datos ya no son necesarios para la finalidad para la que se recogieron.
- Se ha revocado el consentimiento en que se basaba el tratamiento de los datos.
- El interesado se opone al tratamiento de los datos.
- Los datos se han tratado ilícitamente.
- Los datos se han de suprimir para cumplir una obligación legal.
- Los datos se han obtenido en relación con la oferta de servicios de la sociedad de la información dirigida a menores.

Desde un punto de vista ético, la idea que interesa aquí es que, por un lado, el derecho al olvido es muy importante, porque la **distancia no excluye la posibilidad de daño** (no todas las consecuencias de la difusión de datos personales se pueden evitar apagando el ordenador), pero por otra parte, el derecho al olvido presenta carencias, en la medida que los supuestos en los que se

Nota

Definición extraída de las webs de la Autoritat Catalana de Protecció de Dades (https://apdcat.gencat.cat/ca/drets_i_obligacions/drets/drets_habeas_data/dretde-supressio/) i de l'Institut Català de la Salut (<http://ics.gencat.cat/ca/lics/responsabilitat-social-corporativa/dretsarco/>).

puede ejercer excluyen la mayoría de contextos en los que niños y adolescentes comparten su información personal, y también en la medida que **la privacidad en la red no es nunca absoluta**: quien sabe cómo buscar, encuentra.

7. Roles de los actores implicados en la utilización de las TIC

7.1. Persona menor: autonomía y vulnerabilidad

La persona menor necesita **espacios de autonomía** para poder ejercer sus capacidades y, así, desarrollarlas. Asimismo, necesita **protección**, porque es vulnerable. Por lo tanto, debe ser **protagonista** de su proceso de aprendizaje en la utilización de las TIC, **aceptando las normas** razonadas (no impuestas) por los adultos de su entorno. Y debe recordar a los padres que respeten, ellos también, las normas que establecen.

7.2. Padres y profesionales: responsabilidad apoderadora compartida

Los padres y los profesionales deben **acompañar** al menor en su proceso de apoderamiento personal en el uso de las TIC, desde una responsabilidad compartida, en virtud de la cual han de aumentar o disminuir el margen de autonomía y el grado de protección en función del proceso de maduración del adolescente.

Esta **responsabilidad apoderadora** compartida requiere un **método educativo democrático**, término medio entre el autoritarismo y la permisividad, que se ha de ejercer con habilidades comunicativas y educativas.

Las **habilidades comunicativas** son la empatía (que incluye la hospitalidad), la mirada y la escucha atentas, la seguridad (que tiene que ver con la credibilidad) y el tacto (físico y emocional).

Las **habilidades educativas** se refieren a dar una información sobre el funcionamiento de las TIC que sea completa, veraz, continuada, adaptada al nivel de comprensión del menor y contrastada con su vivencia y con los valores familiares. Además de saber (tener información), también hay que *saber hacer* (escoger criterios éticos para decidir cómo actuar en Internet) y *saber ser* (definir la identidad digital de forma responsable). La persona menor debe poder transformar la información que recibe en conocimiento aplicable a la práctica, por lo cual se debe promover la salud, más allá de educar para la salud: no se trata solo de informarla, sino de asegurar que *sabrà usar* la información (no se trata solo de decirle que debe controlar el tiempo que pasa *online* para evitar caer en la adicción, sino de darle herramientas para hacerlo) y que la *podrà utilizar* (que padres y profesionales no se contradirán en las normas establecidas, dificultándole el empoderamiento).

Ejercer estas habilidades comunicativas y educativas demanda que padres y profesionales tengan una **actitud justa** (dando oportunidades a la persona menor para utilizar las TIC según el grado de madurez que tenga para ejercer sus capacidades, de manera que obtenga funcionamientos o niveles de bienestar adecuados) y **solidaria** (aliándose, como sujetos sólidos, firmes, es decir, formados y con información, con el fin de acompañar al sujeto vulnerable, el niño o el adolescente, a la par que se le reconoce emocional, legal y socialmente).

Ejercer estas habilidades comunicativas y educativas demanda que padres y profesionales tengan una actitud justa y solidaria. La actitud justa se basa en dar oportunidades a la persona menor para utilizar las TIC según el grado de madurez que tenga para ejercer sus capacidades, de manera que obtenga funcionamientos o niveles de bienestar adecuados. La actitud solidaria, en segundo lugar, se basa en la alianza de sujetos sólidos, firmes, es decir, formados y con información, con el fin de acompañar al sujeto vulnerable, al niño o al adolescente, a la vez que lo reconoce emocional, legal y socialmente.

En definitiva, el niño o adolescente es el sujeto de su proceso de crecimiento. El profesional tiene un rol de educador del menor, de aliado de los padres y de mediador entre ambos. Y los padres tienen un rol de intermediarios, nunca de sustitutos de los hijos.

7.3. En la relación asistencial a tres bandas: confianza y decisiones acompañadas

Para que los roles descritos anteriormente se puedan ejercer de forma eficaz, debe haber una **confianza mutua** entre el profesional, los padres y el adolescente, que permita consensuar estrategias y explicitar preocupaciones en torno al uso de las TIC, siempre teniendo en cuenta el mayor interés del menor. Este se puede definir como la opción que mejor tenga en cuenta al menor como sujeto de necesidades, como sujeto de derechos y de deberes, y como sujeto de capacidades.

Solo desde la confianza mutua y con el horizonte del mayor interés del menor se podrá hacer un **proceso efectivo de toma de decisiones acompañadas**. Entendemos que este proceso debe seguir 7 pasos:

1) **Definir el dilema o la decisión a tomar en relación con las TIC:** riesgo físico, psíquico o social en el uso de las TIC; duda sobre la actitud del profesional; duda sobre el control parental, etc.

2) Valorar la vulnerabilidad y las capacidades del adolescente para utilizar las TIC: capacidad de argumentar por qué ha actuado o quiere actuar como dice, capacidad de respetar normas, capacidad de extrapolar las herramientas de socialización *offline* al mundo *online*, valoración del CV digital y de los éxitos o problemas tenidos con anterioridad, etc.

3) Valorar la situación del profesional en relación con el uso de las TIC en la psicoterapia: riesgo para la reputación, riesgo de confusión de límites profesional / personal, riesgo de pérdida de objetividad, riesgo de incomodidad para seguir la terapia, riesgo para la intimidad y la privacidad, riesgo de pérdida de confianza del adolescente, etc.

4) Valorar el contexto familiar del adolescente en relación con las TIC: apoyo familiar, opinión y grado de conocimiento de los padres sobre las TIC y sobre el uso que el adolescente, relación de control o confianza, grado de cumplimiento del rol parental en relación con el uso de las TIC, grado de reconocimiento del adolescente en el uso de las TIC y concesión de oportunidades de uso, etc.

5) Tener en cuenta otras consideraciones (médicas, psicológicas, sociales, educativas, legales,...) relevantes según el caso.

6) Tomar una decisión o elaborar una estrategia.

7) Evaluar el resultado de la decisión o la implementación de la estrategia y, si procede, introducir cambios. Evaluar las medidas adoptadas no significa solo ver si se ha resuelto adecuadamente el dilema o la situación particular, sino si la situación ha supuesto un aprendizaje para los tres actores implicados.

7.4. La institución: formación y coordinación

La institución sanitaria que ampara al profesional, y en la que se lleva a cabo la psicoterapia, tiene el rol de promover la formación continuada de sus profesionales, también en el ámbito de las TIC. Asimismo, debe contar con una normativa propia, con un modelo propio de uso de las TIC en la atención a pacientes menores. Este modelo debe ser consensuado por todos los profesionales, con el fin de que lo sientan como propio, y debe tener el objetivo de facilitar que actúen de forma coordinada, a fin de que se sientan acompañados en sus decisiones y maneras de proceder. El **reconocimiento recíproco** también debe darse dentro de la institución, tanto vertical (entre jefes y trabajadores) como horizontalmente (entre compañeros).

8. Reflexión final

Si recuperamos el concepto de red social como comunidad de acogida, de pertenencia, de compromiso y de lealtad, desde el reconocimiento mutuo y la capacitación de los vulnerables, podremos entender la esencia de la intimidad y la privacidad, y diferenciar espacios y momentos, para que la tecnología nos resuelva problemas, en lugar de crear otros nuevos y, en último término, para que sea un medio para la felicidad, en lugar de ser una condición.

Bibliografía

Alemaný, M. (2017). Paternalismo. *Eunomía. Revista en Cultura de La Legalidad*, 12, 199-209.

Aparicio, O. Y. (2006). *El nexu familia-persona en la filosofía personalista*. Barcelona: Universitat de Barcelona.

Autoritat Catalana de Protecció de Dades (s. f.). Dret de supressió (dret a l'oblit). *Apdcat.cat*. Recuperado de https://apdcat.gencat.cat/ca/drets_i_obligacions/drets/drets_habeas_data/dretde-supressio/ (consultado el 29 de abril de 2019).

Baier, A. (1995). *Moral Prejudices*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bauman, Z. (1999). *Modernidad líquida* (ed. original polaco, 1980). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Baker, J. (2013). Children's Agency, Interests and Medical Consent. *HBC Forum*, 25, 311-324.

Bayés, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca.

Berlan, E., y Bravender, T. (2009). Confidentiality, consent, and caring for the adolescent patient. *Curr Opin Pediatr*, 21(4), 450-456.

Bülow, W. (2011). Pluralism about the Value of Privacy. *International Review of Information Ethics*, 16, 85-88

Burnett, A. L., Yozwiak, J. A., y Omar, H. A. (2013). Cyberbullying: A brief review. *International Journal of Child and Adolescent Health*, 6(4), 465-468.

Capurro, R. (2011). Never enter your real data. *International Review of Information Ethics*, 16(12), 74-78

Cassell, E. (2009). *La persona como sujeto de la medicina* (Quaderns de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, 19). Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas.

Clark, J. L., Algae, S. B., y Green, M. C. (2018). Social network sites and well-being: the role of social connection. *Current Directions in Psychological Science*, 27(1), 32-37.

Coll, S., Glassey, O., y Balleys, C. (2011). Building social networks ethics beyond «privacy»: a sociological perspective. *International Review of Information Ethics*, 16, 47-53.

Comitè de Bioètica de Catalunya (2009). *La persona menor en l'àmbit de la salut*. Barcelona: Comitè de Bioètica de Catalunya.

Comitè d'Ètica de Serveis Socials de Catalunya (2017). *La intimitat als centres residencials de persones amb diversitat funcional*. Barcelona: Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, Generalitat de Catalunya.

Cooney, G. M., y Morris, J. (2009). Time to take an Internet history? *The British Journal of Psychiatry*, 194(6), 185-191.

Costa-Alcaraz, A. M. (2012). Ética del reconocimiento recíproco en el ámbito de la salud. *Dilemata*, 8, 99-122.

Departament d'Educació de la Generalitat de Catalunya (2019). Com fer un bon ús de les xarxes socials. *Butlletí Família i Escola*, 31. Recuperado de <http://familiaiescola.gencat.cat/ca/butlleti/butlleti-31/index.html> (consultado el 17 de marzo de 2019).

Donnerstein, E. (2012). Internet Bullying. *Pediatric Clinics*, 59(3), 623-633.

Echeburúa, E., y de Corral, P. (2010). Addiction to new technologies and to online social networking in young people: A new challenge. *Adicciones*, 22(2), 91-96

Emanuel, E., y Emanuel, L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *Journal of the American Medical Association*, 267(16), 2221-2226.

Enciclopèdia Catalana (s. f.). *Enciclopèdia.cat*. Recuperado de <https://www.enciclopedia.cat/>

Esquirol, J. M. (2006). *El respeto o la mirada atenta*. Barcelona: Gedisa.

ExpoEduca (s. f.). *El risc de les xarxes socials*. Recuperado de <http://expoeduca.cat/risc-xarxes-socials/> (consultado el 18 de marzo de 2019).

Ferrater Mora, J., y Cohn, P. (1991). *Ética Aplicada. Del aborto a la violencia*. Madrid: Alianza Editorial.

Francomano, J. A., y Harpin, S. B. (2015). Utilizing social networking sites to promote adolescents' health. A pragmatic review of the literature. *Computers, Informatics, Nursing*, 33(1), 10-20.

Gabelas, J. A., Marta, C., y Aranda, D. (2012). Per què les TRIC i no les TIC. *Comein*, 9. Recuperado de <https://www.uoc.edu/divulgacio/comein/es/numero09/articles/Article-Dani-Aranda.html> (consultado el 19 de marzo de 2019).

García-Martín, J., y García-Sánchez, J.-N. (2015). Use of Facebook, Tuenti, Twitter and Myspace among young Spanish people. *Behaviour and Information Technology*, 34(7), 685-703.

Garmendia, M., Garitaonandia, C., Martínez, G., y Casado, M. A. (2011). *Riesgos y seguridad en Internet. Los menores españoles en el contexto europeo*. Bilbao: Universidad del País Vasco. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Miguel_Angel_Casado_Del_Rio/publication/315457843_Riesgos_y_seguridad_en_internet_Los_menores_espanoles_en_el_contexto_europeo/links/58d0e5fa458515302b86fff8/Riesgos-y-seguridad-en-internet-Losmenores-espanoles-en-el-contexto-europeo.pdf?origin=publication_detail (consultado el 18 de marzo de 2019).

Gilligan, C. (2013). *La ética del cuidado* (Quaderns de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, 30). Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas.

Han, B.-C. (2012). *La sociedad del cansancio* (trad. A. Saratxaga, ed. original alemán, 2010). Barcelona: Herder.

Han, B.-C. (2013). *La sociedad de la transparencia* (trad. R. Gabás, ed. original alemán, 2012). Barcelona: Herder.

Hertz, M. F., y Ferdon, C. D. (2011). Online aggression: a reflection of in-person victimization or a unique phenomenon? *Journal of Adolescent Health*, 48, 119-120.

Honneth, A. (1997). *La lucha por el reconocimiento. Por una gramática moral de los conflictos sociales* (trad. M. Ballester, ed. original alemán, 1992). Barcelona: Crítica.

Institut Català de la Salut (s. f.). *Responsabilitat social corporativa. Drets ARCO*. Recuperado de <http://ics.gencat.cat/ca/lics/responsabilitat-social-corporativa/drets-arco> (consultado el 30 de abril de 2019).

Kolmes, K. (2012). Social media in the future of professional psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(6), 606-612.

Laín, P. (1984). *Antropología médica para clínicos*. Barcelona: Salvat.

Lévinas, E. (2000). *Ética e infinito* (2a. ed., trad. J. M. Ayuso, ed. original francés, 1982). Madrid: Visor.

Livingstone, S., Mascheroni, G., y Staksrud, E. (2018). European research on children's Internet use: assessing the past and anticipating the future. *New Media and Society*, 20(3), 1103-1122.

Mesch, G. S. (2009). Parental mediation, online activities, and cyberbullying. *Cyberpsychology & Behavior*, 12(4), 387-393.

Moreno, M. A., y Kolb, J. (2012). Social networking sites and adolescent health. *Pediatric Clinics*, 59(3), 601-612.

Müller, K. W., Wölfling, K., y Dreier, M. (2013). Risks of developing Internet addictive behaviors: scope and extent of Internet sites used. *International Journal of Child and Adolescent Health*, 6(4), 399-409.

Naranjo, M. C., y Moya, I. (s. f.). L'ús de les TIC. *Infermera Virtual*. Recuperado de https://www.infermeravirtual.com/cat/situacions_de_vida/adolescencia (consultado el 28 de marzo de 2019).

Nussbaum, M. C. (2011). *Creating capabilities: the human development approach*. Cambridge, MA: The Belknap Harvard of Harvard University Press.

Nussbaum, M. C. (2012). *Las fronteras de la justicia: consideraciones sobre la exclusión* (trad. R. Vilà y A. Santos, ed. original inglés, 2007). Barcelona: Paidós.

O'Neill, B., y Dinh, T. (2015). Mobile technologies and the incidence of cyberbullying in seven European countries: findings from net children go mobile. *Societies*, 5(2), 384-398.

Organització Mundial de la Salut (2014). *Health for the World's Adolescents*. Ginebra: WHO. Recuperado de <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/> (consultado el 27 de abril de 2019).

Ricoeur, P. (1995). *Tiempo y narración* (vol. iii, trad. A. Neira, ed. original francés, 1983). Madrid: Siglo xxi.

Ricoeur, P. (1996). *Sí mismo como otro* (trad. A. Neira, ed. original francés, 1990). Madrid: Siglo xxi.

Recerca i Innovació en Metodologies d'Aprenentatge (RIMA) (s. f.). Què és Aprenentatge Cooperatiu? Recuperado de <https://www.upc.edu/rima/ca/grups/giac/que-es-aprenentatge-cooperatiu> (consultado el 7 de mayo de 2019).

Roca, G. (coord.). (2015). *Las nuevas tecnologías en niños y adolescentes. Guía para educar saludablemente en una sociedad digital*. Barcelona: Hospital Sant Joan de Déu. Recuperado de <http://faros.hsjsbcn.org> (consultado el 28 de marzo de 2019).

Spinello, R. A. (2011). Privacy and social networking technology. *International Review of Information Ethics*, 16, 41-46.

Stahler, T. (2014). Social Networks as inauthentic sociality. *Metodo. International Studies in Phenomenology and Philosophy*, 2(2), 227-248.

Strasburger, V. C., Jordan, A. B., y Donnerstein, E. (2012). Children, adolescents, and the media: health effects. *Pediatric Clinics of North America*, 59(3), 533-587.

Stockburger, S. J., y Omar, H. A. (2013). Internet addiction, media use, and difficulties associated with sleeping in adolescents. *International Journal of Child and Adolescent Health*, 6(4), 459-463.

Subrahmanyam, K., y Greenfield, P. (2008). Online communication and adolescent relationships. *The Future of Children*, 18(1), 119-146.

Swist, T., Collin, P., y McCormack, J. (2015). *Social media and the wellbeing of children and young people: A literature review*. Commissioner for Children and Young People Western Australia. Recuperat de <https://researchdirect.westernsydney.edu.au/islandora/object/uws:36407> (consultat el 21 de març de 2019).

Thrall, I., McCloskey, L., Ettner, S., Rothman, E., Tighe, J., y Emans, S. (2000). Confidentiality and adolescents' use of providers for health information and for pelvic examinations. *The Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 154, 885-892.

Tió, J., Mauri, L., y Raventós, P. (coords.) (2014). *Adolescencia y transgresión. La experiencia del Equipo de Atención en Salud Mental al Menor (EAM)*. Barcelona: Octaedro.

Tzavela, E. C., y Mavromati, F. M. (2013). Online social networking in adolescence: associations with development, well-being and Internet addictive behaviors. *International Journal of Child and Adolescent Health*, 6(4), 411-420.

Valkenburg, P. M., y Peter, J. (2011). Online communication among adolescents: an integrated model of its attraction, opportunities, and risks. *Journal of Adolescent Health*, 48(2), 121-127.

Van Allen, J., y Roberts, M. C. (2011). Critical incidents in the marriage of psychology and technology: a discussion of potential ethical issues in practice, education, and policy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(6), 433-439.

Legislación

Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y a la autonomía del paciente, y la documentación clínica, DOGC 3303 (2000).

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, BOE 274 (2002).

Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, BOE 298 (1999).

Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, BOE 294 (2018).

Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas respecto al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de dichos datos.

Nota: Algunas de las reflexiones de este material surgen de la tesis doctoral de la autora titulada *Cap a l'autonomia del pacient: model d'acompanyament per a professionals assistencials* (*Hacia la autonomía del paciente: modelo de acompañamiento para profesionales asistenciales*), que será defendida dentro de unos meses.