

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**De Transgresor a Víctima. Realidad Virtual para Cambio
de Perspectivas en Maltrato Infantil**
Proyecto de investigación

Carla Anabel Socola Leiva

Sicología

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Licenciatura en Psicología

Quito, 1 de mayo de 2019

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**De transgresor a víctima. Realidad virtual para cambio de perspectivas
en maltrato infantil**

Carla Anabel Socola Leiva

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Micaela Jiménez Borja, Ph.D.

Firma del profesor

Quito, 1 de mayo de 2019

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Carla Anabel Socola Leiva

Código: 00132751

Cédula de Identidad: 1723736045

Lugar y fecha: Quito, 1 de mayo de 2019

RESUMEN

El maltrato infantil se presenta en nuestra sociedad como una práctica común que puede acarrear graves consecuencias para sus víctimas. Una de las estrategias para reducir y en el mejor de los casos erradicar de la sociedad este mal, debe enfocarse en del agresor; además de la forma en cómo percibe a su víctima y en examinar las herramientas que posee para enfrentar sus conflictos.

Este trabajo de investigación sugiere una intervención con realidad virtual a cuidadores primarios de niños, como un intento terapéutico para reducir los niveles de maltrato infantil, tanto físico como psicológico. Estudios previos indican que el uso de realidad virtual permite ubicar al sujeto en una perspectiva distinta, para nuestro estudio esta perspectiva será la del niño que sufre maltrato físico o psicológico. Los resultados indicarían que mejoran las habilidades empáticas de los cuidadores primarios al conocer cómo se vive el maltrato desde la perspectiva del niño, y junto con el aprendizaje de herramientas adecuadas y saludables de crianza, disciplina y resolución de conflictos, reduciría de manera significativa los niveles de maltrato infantil y con ello mejorarían el estilo de vida de los menores y así procurar su bienestar general.

Palabras clave: Maltrato infantil, cuidadores primarios, realidad virtual, empatía.

ABSTRACT

Child abuse occurs in our society as a common practice that can have serious consequences for its victims. One of the strategies to reduce and, in the best of cases eradicate this evil from society, should focus on the aggressors; In addition to the way in which he perceives their victim and in examining the tools that they have to face their conflicts.

This research paper suggests an intervention with virtual reality to primary caregivers of children, as a therapeutic attempt to reduce the levels of child abuse, both physical and psychological. Previous studies indicate that the use of virtual reality allows us to locate the subject in a different perspective, for our study, this perspective will be that of the child who suffers physical or psychological abuse. The results would indicate that the empathic skills of the primary caregivers improve upon knowing how the abuse is lived from the perspective of child, and, together with the learning of adequate and healthy tools of parenting, discipline and conflict resolution, would significant reduce the levels of child abuse and thereby improve the lifestyle of children seeking, in this way, the children`s general welfare.

Key words: Child abuse, primary caregivers, virtual reality, empathy.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	4
ABSTRACT	5
ÍNDICE DE TABLAS	7
USO DE REALIDAD VIRTUAL PARA MEJORA DE HABILIDADES EMPÁTICAS EN CUIDADORES PRIMARIOS DE NIÑOS EN LA CIUDAD DE QUITO	8
Planteamiento del problema	8
Objetivos y pregunta de Investigación	9
Objetivo general.....	9
Objetivos específicos.....	9
Justificación	10
Marco Teórico	11
Violencia	12
Maltrato infantil	13
Tipos y formas de maltrato infantil	13
Tabla 1. Tipos de castigos definidos como maltrato	14
Consecuencias del maltrato infantil.....	15
Empatía	17
Realidad virtual	21
Diseño	26
Población.....	27
Instrumentos o materiales	28
Procedimiento de recolección de datos	30
Análisis de los datos	32
Consideraciones Éticas	33
Discusión	33
Fortalezas y limitaciones de la propuesta	35
Recomendaciones para Futuros Estudios	36
REFERENCIAS	38
ANEXO A: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	47

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla # 1. Tipos de castigos definidos como maltrato	14
--	----

PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

USO DE REALIDAD VIRTUAL PARA MEJORA DE HABILIDADES EMPÁTICAS EN CUIDADORES PRIMARIOS DE NIÑOS EN LA CIUDAD DE QUITO

Planteamiento del problema

Según la UNICEF (2017), dos de cada tres niños entre dos y cuatro años, experimentan de forma regular, algún tipo de disciplina violenta ya sea psicológica o castigos corporales dentro de sus hogares. Se menciona, además, que niños que no han recibido cuidados adecuados durante su desarrollo, son más sensibles al estrés y han presentado más problemas de comportamiento que otros niños que sí recibieron cuidados adecuados.

El maltrato físico es una práctica normalizada, común y aceptada en nuestra cultura y que resulta en la dificultad de la víctima para identificarlo como un abuso, convirtiéndose en una práctica tolerada e incluso justificada. Se conoce que 7 de cada 10 niñas y adolescentes entre 15 y 19 años experimentaron violencia física o sexual, y no denunciaron al no advertir que sufrían un tipo de violencia (UNICEF, 2015).

Se ha encontrado además que existen diferencias de género en cuanto al abuso físico infantil dentro del hogar, siendo las mujeres percibidas como frágiles y con necesidades de cuidado mientras que los hombres son percibidos como rudos y con necesidad de conductas fuertes de control y disciplina por parte del adulto, esto se debe también a que durante la infancia los niños varones tienden a tener juegos más bruscos y rudos tanto en casa como en la escuela, este planteamiento es altamente discutido pues en otros estudios se encontró víctimas mayormente mujeres (Martínez, López, Díaz, & Teseiro, 2015)

Una de las consecuencias de haber recibido maltrato físico, es la perpetuación de la conducta por parte de la víctima, ya que en estos casos el maltrato puede ser imitado por aprendizaje vicario. Se conoce que la violencia física dentro del hogar deja huellas psicológicas que más adelante podrían desarrollar trastornos psicológicos, presentando

síntomas como: problemas de adaptación o mostrando dificultad de afrontamiento a estresores experimentando un cuadro ansioso depresivo (Martínez, López, Díaz, & Teseiro, 2015).

Objetivos y pregunta de Investigación

Objetivo general.

Desarrollar habilidades empáticas en cuidadores primarios, para reducir los niveles de maltrato físico y psicológico hacia los niños dentro de los hogares en la ciudad de Quito, mediante el uso de realidad virtual

Objetivos específicos.

- Proveer de información a cuidadores primarios sobre estrategias saludables de crianza.
- Guiar a cuidadores primarios de niños, sobre herramientas saludables de disciplina y manejo de conflictos.
- Informar a cuidadores primarios sobre las consecuencias de maltrato físico y psicológico en los niños.

Pregunta de investigación:

¿Cómo y hasta qué punto la intervención con realidad virtual mejorar las habilidades empáticas en cuidadores primarios de niños, para reducir los niveles de maltrato físico y psicológico en las familias de la ciudad de Quito?

Justificación

En el Ecuador, la aceptada norma sociocultural que contribuye con el maltrato infantil es el uso del castigo físico y psicológico como forma de disciplina, esto se convierte en un obstáculo en la construcción de un contexto seguro para el sano desarrollo de niños (UNICEF, 2007).

La violencia física y psicológica infantil es un problema que coexiste y está latente en muchas familias ecuatorianas, es un atentado contra los derechos básicos y elementales de los niños, establecidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que indica que todos los niños tienen derecho a la integridad tanto física como psicológica y a recibir protección contra cualquier tipo de violencia (CDN, 2006); a pesar de la información existente y la fácil accesibilidad a la misma, vemos que este problema aún persiste .

Es por ello por lo que el presente trabajo de investigación centra su atención no en la víctima y cómo ayudarlo a superar secuelas del maltrato, o en enseñarles conductas de autoprotección, que, aunque son necesarias, no terminan con el problema; sino que hace énfasis en la prevención, basada en estrategias modernas y eficaces que permitan llegar al agresor, poniéndolo en perspectiva de la víctima.

En este trabajo, se utilizará la realidad virtual como herramienta para ubicar al agresor en la posición de la víctima durante el maltrato, pues la realidad virtual nos permite crear un entorno donde el sujeto principal recibe información audiovisual previamente programada; podemos llevar a este nuevo entorno elementos que sean considerados útiles para el objetivo planteado, y que lleve al sujeto a “estar” y experimentar aquella realidad creada (Botella, García, Baños y Quero, 2007).

Lo que se espera con este método, es generar un alto nivel de empatía que permita que éste cambie su visión sobre el maltrato físico y psicológico, pueda ver al niño como alguien de cuidado, y, además, pueda aprender herramientas saludables tanto de disciplina como de relación, que ayuden al buen desarrollo del niño; se espera que esta investigación ayude a disminuir los niveles de maltrato hacia niños y procurar su bienestar tanto físico como psicológico.

Marco Teórico

Cada año el 58% de niños, niñas y adolescentes en edades entre 0 a 17 años, sufre abusos físicos, sexuales o emocionales. La violencia contra los niños, que incluye violencia física, sexual, emocional, negligencia, descuido o explotación, es un problema que sigue presente a nivel mundial y cuyos efectos negativos, frecuentemente afectan de por vida la salud física, mental y el desarrollo tanto social como cognitivo de los niños (UNICEF, 2017).

Uno de esos problemas con mayores efectos negativos en la sociedad es la violencia, que, si bien es cierto, es un concepto que sugiere una primera comprensión del marco cultural de donde se presente, cuenta con diferentes aristas para su análisis y es una práctica que afecta de forma global a la sociedad con consecuencias sobre la calidad de vida de las personas (Vaca y Rodríguez, 2018).

Por otro lado, aunque existan leyes políticas hechas para normar esta situación, éstas no han atacado de forma directa en su génesis por lo que el problema se ha encontrado mantenido en el tiempo (Vaca y Rodríguez, 2018), lo que nos lleva a pensar en buscar otras

alternativas para trabajar en temas de violencia, que no sean únicamente atacadas por el lado legal.

Violencia

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la violencia es entendida como el uso de la fuerza física de forma intencional, así como amenazas contra personas, comunidad o incluso a uno mismo, que tiene como consecuencia daños psicológicos, traumatismo o incluso la muerte (OMS, 2017). En esta primera definición, encontramos que la violencia puede ser no únicamente un daño físico, sino, que las amenazas también constituyen actos violentos, cuyas consecuencias pueden ser fatales en la vida de la persona. Yagosesky, citado en Martínez y García (2005); define a la violencia como la acción u omisión, de forma intencional, de imponer nuestra voluntad sobre otros, causando daños físicos, psicológicos, en la moral. En ambas definiciones, encontramos un factor importante que es el daño psicológico como consecuencia de actos de violencia provocados hacia otra persona.

Por otro lado, resulta importante también conocer a más de la definición de la violencia, que un sujeto violento es un sujeto que con su comportamiento es capaz de hacerse daño a sí mismo o a otros, paralelo a la agresión que es la conducta de efectuar daño sobre otros de forma intencional (Domínguez y Perez, 2007). Bancroft, Silverman y Ritchie (2012), mencionan de manera general que el agresor puede encajar en un perfil, el mismo que muestra rasgos de control, tales como: sentimiento de derecho especial sobre otros, persona centrada en complacer su interés, superioridad, manipulación, no diferenciar amor con abuso, posesivo, minimizar su acto o culpar a la víctima de lo ocurrido.

Maltrato infantil

Se considera maltrato infantil al uso de la fuerza física de una forma no accidental con el fin de lastimar o herir a un niño, lo que provoca daño emocional como miedo, desesperación o ansiedad, además inhibe el desenvolvimiento de sentimientos positivos que a su vez provoca disminución en la habilidad de regular, percibir y expresar sus emociones, lo que afecta su desarrollo biopsicosocial (Santana, Sánchez y Herrera, 1998).

Tipos y formas de maltrato infantil

Para clasificar el maltrato infantil, se debe considerar su forma, quien lo ejerce y desde qué lugar; podría ser físico, emocional, sexual, institucional, y otros (UNICEF, 2009). Para el presente estudio, nuestra referencia para maltrato es de tipo físico y psicológico. Por otro lado, Larraín y Bascuñán (2006) presentan una tipología según el lugar donde se presenta, el campo de estudio en este proyecto corresponde al contexto familiar donde los cuidadores primarios son los autores del maltrato.

En el año 2010, el 44% de niños con edades entre 5 y 7 años, fueron objeto de violencia física por parte de sus cuidadores dentro del hogar como forma de castigo ante una falta o desobediencia (UNICEF, 2007). Hillis, Mercy, Amobi & Kress (2016), mencionan que el abuso físico es provocar daños o lesiones a nivel corporal, e incluye los siguientes componentes: Imprevisibilidad, Golpes con Ira y Controlar el comportamiento usando el miedo (Smith, Robinson & Segal, 2018).

La imprevisibilidad hace referencia a la inseguridad que siente el niño del momento en el cual su comportamiento provocará una actitud agresiva por parte de su cuidador; los golpes con ira hace referencia la motivación del cuidador para la agresión física, ésta está

dirigida por el estado de ánimo del cuidador primario; y el uso del miedo para controlar el comportamiento del niño viene de la idea de que el niño que teme se comportará de forma adecuada (Smith y colegas, 2018).

Basados en la metodología de la OMS (2003), se plantea la siguiente descripción del tipo de maltrato presentados como castigos que reciben los niños en el ámbito familiar; según esta metodología, se muestran tres categorías que son violencia física grave, leve y violencia verbal (UNICEF, 2009).

Tabla 1. Tipos de castigos definidos como maltrato
Violencia física grave o maltrato físico grave
Golpeó al niño niña con un objeto (no en las nalgas).
Pateó al niño o niña.
Quemó al niño o niña.
Golpeó al niño o niña.
Amenazó al niño o niña con un cuchillo o arma de fuego.
Asfixió al niño o niña.
Violencia física leve o maltrato físico leve
Nalgadas (con la mano).
Golpeó al niño o niña en las nalgas (con un objeto).
Abofeteó al niño/a o le dio un golpe con la mano abierta en la cabeza.
Jaló el pelo del niño o niña.
Zamarreó al niño o niña.

Pellizcó al niño o niña.
Retorció la oreja del niño o niña.
Forzó al niño o niña a arrodillarse o permanecer en una posición incómoda.
Puso pimienta en la boca del niño o niña.
Violencia psicológica o verbal, o maltrato psicológico o verbal
Le gritó al niño o niña.
Insultó al niño o niña.
Maldijo al niño o niña.
Rehusó hablar con el niño o niña.
Amenazó echar al niño o niña del hogar.
Amenazó abandonarlo/a.
Le amenazó con espíritus malignos.
Cerró la puerta y dejó al niño o niña fuera de la casa
(UNICEF, 2009)

Consecuencias del maltrato infantil

El maltrato a edades tempranas puede derivar en problemas psicológicos y neurológicos irreversibles, es decir, las experiencias traumáticas o la exposición al estrés crónico a edades tempranas podrían afectar el desarrollo psicológico y cognitivo del menor (Lee & Hoaken, 2007). Los niños que han recibido maltrato, pueden presentar déficit cognitivos o de lenguaje, dificultades en el aprendizaje que deriva en problemas académicos que se pueden presentar como déficit de atención y problemas conductuales, podrían mostrar

conductas auto líticas y problemas emocionales, por lo tanto, se ha encontrado que el maltrato en edad infantil aminora la calidad de vida en relación a la salud física y mental (Afifi, Enns, Cox, Graaf, Have y Sareen, 2007).

Por otro lado, se conoce que la intermitencia en el desarrollo psicológico y neurobiológico del niño puede contribuir al desarrollo de psicopatologías, entre las más comunes encontramos la depresión, delincuencia, problemas de conducta, déficit de atención e incluso estrés postraumático (Jaffee, Caspi, Moffitt, Dodge, Rutter, Taylor y Tully, 2005). Además, se ha encontrado una relación del maltrato infantil con consumo de drogas, conductas suicidas, somatización, ansiedad y disociación (Cicchetti y Toth, 2005). Desde la neurobiología, también el maltrato infantil tiene relación con alteraciones importantes del sistema nervioso central y el autónomo, el sistema endócrino e inmune, alteración en el gen NR3C1 que se relaciona con los receptores de glucocorticoides del hipocampo, lo que provoca alteraciones en la respuesta de estrés del eje HPA (Hipotálamo- Pituitario- Adrenal), relacionado con el aumento de riesgo de suicidio (McGowan, Sasaki, D'alessio, Dymov, Labonté, Szyf y Meaney, 2009).

Al ser la violencia infantil un problema de gran magnitud y con consecuencias severas en la vida de un niño, el trabajo debe ser orientado a la prevención de esta. Si a un cerebro empático se le dificulta comportarse de un modo violento con otro, la intervención debería ser dirigida hacia mejorar habilidades empáticas de cuidadores primarios, para lograr reducir los niveles de maltrato a los niños y aprender estrategias más saludables de manejo de conflictos y disciplina.

Empatía

La empatía, es una variable importante que considerar cuando se estudia el comportamiento humano (Letourneau, 1981), tanto en psicopatología como del estudio de una conducta prosocial (Coke, Batson y McDavis, 1978). La empatía es un constructo estudiado durante muchos años, y lo difícil que ha sido para los investigadores ha sido llegar a un consenso con respecto a su medida, ha llevado a estudiar de forma más profunda las diferentes hipótesis de esta variable, lo que ha enriquecido de forma importante el desarrollo de su concepto. Aunque existe cierto consenso en cuanto a pistas conductuales que hablan de empatía, no existe un acuerdo fuerte con respecto a su definición (Fernández, López, Márquez, 2008). Una de las discusiones sobre su definición es entender si la empatía es ponerse mentalmente en el lugar de otro, o de forma vicaria poder sentir su emoción (Chlopan, McCain, Carbonell y Hagen ,1985).

En la antigüedad, algunos filósofos como Rousseau y Leibniz, mencionaban la necesidad de ponerse en el lugar de otro para ser buenos ciudadanos, también, Adam Smith habla sobre la capacidad del ser humano de sentir pena, compasión, dolor frente al dolor que experimentan otros, o usar la imaginación para ponernos en su lugar (Wispé, 1986). También Köhler, desde el enfoque cognitivo, propone que la empatía es el proceso de comprensión de los sentimientos del otro. Un suceso importante en la construcción de esta definición se presenta cuando Dymond en 1949, integra al concepto de empatía el término role-taking, que significa adoptar la perspectiva del otro (Fernández, López & Márquez, 2008). Por su parte, Hogan en 1969, define la empatía como tratar de comprender lo que ocurre en la mente de los

demás, o la construcción que uno hace de lo que pasa en la mente de otros (Fernández, López & Márquez, 2008).

Los estudios planteados desde el enfoque cognitivo de la empatía han hecho diferenciación entre imaginarse a sí mismos en una situación, o imaginar a los demás en esa situación, (Fernández, López & Márquez, 2008), bajo esta premisa, Stotland encontró que el primer grupo a quien se le pidió que se imaginaran a sí mismos en esa situación, presentaban niveles altos de ansiedad a diferencia de los otros (1969). Además, se ha encontrado que tomar la perspectiva del otro, es inversamente proporcional a los niveles de agresividad (Richardson y Malloy, 1994). Basándose en estos estudios, se puede encontrar que los autores describen a la empatía como la adopción de la perspectiva del otro.

Existe otro enfoque para analizar la empatía, que considera más al área afectiva por sobre la cognitiva. Este planteamiento indica que la empatía viene de la relación emocional del observador cuando siente que el otro experimenta una emoción (Stotland, 1969), es decir un sentimiento vicario. Por otro lado, la perspectiva situacional, menciona que la empatía viene por un sentimiento observado y que además incluye que debe ser congruente con el estado emocional del otro (Batson, 1991), es decir, un sentimiento de compasión que viene del sentir el sufrimiento del otro; este planteamiento, deja de lado también la perspectiva cognitiva y se centra más en la emoción expresada en situaciones concretas (Fernández, López y Márquez, 2008).

Una visión integradora, plantea a la empatía como la combinación de emociones y cogniciones, es así como el modelo propuesto por Decety y Jackson (2004), menciona que la empatía es el resultado de la combinación de la emoción compartida entre ambos seres

humanos, el observador y el observado, así como la autoconsciencia y consciencia del otro, que a pesar de la identificación personal impide la fusión del self con el otro, y la flexibilidad cognitiva para lograr adoptar la perspectiva del otro y que necesita de un proceso de regulación. Ninguna de estas dimensiones define por separado a la empatía del ser humano, pues la emoción que se comparte sin la auto consciencia se vuelve en una sola identificación emocional entre el self y el otro (López, Filippetti y Richaud, 2014).

Esta propuesta tiene tres componentes principales que son: la mencionada respuesta afectiva frente a las emociones de otros, los procesos cognitivos que se realizan al ponerse en la perspectiva del otro y nuestra respuesta afectiva, y la toma de decisión que debe ser consciente sobre actuar o no de forma empática (Gerdes y Segal, 2009). Sin la presencia de esta respuesta conductual no se puede dar fe de la presencia de este fenómeno, es decir, experimentar el afecto del otro, realizar un procesamiento cognitivo del mismo y como consecuencia expresar una acción voluntaria, la que responde a la emoción compartida y al proceso cognitivo (Gerdes y Segal, 2009).

Por otro lado, existen las bases neurobiológicas para explicar a la empatía, como la Teoría de Percepción/Acción planteada por Preston y Waal (2001), indica que el proceso de empatía se muestra en el sistema de neuronas espejo de nuestro cerebro.

Se conoce como neuronas espejo a aquellas que se activan cuando el observador capta a una persona realizando una acción o experimentando una emoción, permite a la persona percibir el estado de la otra (Rizzolatti & Craighero, 2004). Según la Teoría de Simulación planteada por (Gallese, 2001), la observación de una acción activa la zona premotora del observador, similar a cuando el observador es quien realizaría la acción.

Las investigaciones iniciales se realizaron en monos, y más adelante se encontró que existe un sistema de neuronas espejo similares al ser humano, el mismo que indican que frente a la observación de una acción se activa el mismo sistema de neuronas que en los monos y que están incluidas zonas como la región del surco temporal superior izquierdo, el área de Broca y el lóbulo parietal inferior (Rizzolatti et ál., 1996b). Mientras que para la observación de dichas activaciones de las neuronas espejo en los seres humanos se usaron herramientas como el encefalograma (Cochin, Barthelemy, Lejeune, Roux & Martineau, 1998).

Para medir otras dimensiones como la emoción y cognición son necesarias otro tipo de herramientas como son cuestionarios y escalas de medición. Se han desarrollado diversos programas de rehabilitación para casos de violencia doméstica, y todos ellos enfocados hacia el desarrollo de la empatía en el maltratador (Seinfeld, 2017), lo que nos permite decir, que la habilidad empática puede ser mejorada.

Gerdes y colegas (2011), menciona que, al ser la empatía un constructo complejo, involucra diferentes procesos cognitivos y afectivos, los mismos que pueden ser toma de perspectiva, autoconsciencia, conexión emocional, regulación emocional, discriminación de afectos. Lo que quiere decir, que para mejorar la empatía es necesario potenciar las distintas habilidades, para lo cual, en el presente estudio se usará realidad virtual, considerando la toma de perspectiva, y se complementará con psicoeducación que incluya información sobre auto consciencia y regulación emocional.

Realidad virtual

Realidad virtual, es un sistema informático que se utiliza para crear un mundo artificial, donde el usuario puede explorar, interactuar y tomar objetos de él (Manetta C. y R. Blade, 1995); este sistema se realiza en un ordenador y se utiliza un dispositivo que permita su inmersión en él en tiempo real (Otegui, 2017). Caracterizada por su naturaleza de inmersión, esta tecnología permite al usuario mediante el uso de un visor de RV el introducirse en escenarios en tres dimensiones, 360 grados y en primera persona (Martínez, Olivencia & López, 2016).

Aunque se considera a la Realidad Virtual como tecnología actual, se conoce que en la primera mitad del siglo XIX ya había indicios de ella, aunque no era llamada como tal. Entre las características de la Realidad Virtual planteadas por la Universidad de Coruña, se encuentra las 3I, es decir, Inmersión, Imaginación e Interacción (Otegui, 2017).

La primera I que es Inmersión, se debe a que el usuario de la Realidad Virtual percibe solamente los estímulos que vienen de este mundo virtual, con esto pierde el contacto con el mundo exterior y su realidad. La inmersión será de acuerdo con el nivel de contacto con su mundo real; la Interacción se debe a que, por medio de diferentes dispositivos, el usuario recibe información sensorial del mundo virtual en tiempo real; y la Imaginación se presenta debido a que el usuario puede percibir realidades que no existen por medio de este mundo virtual creado (Otegui, 2017). La inmersión que permite la realidad virtual es un proceso psicológico en el cual el usuario no recibe de forma clara los estímulos de la realidad, y concentra su atención a los estímulos de un medio artificial; este proceso es consciente, y a pesar de ello, los eventos producidos en este medio artificial, impactan al usuario de la misma

forma como lo harían en el mundo real, sobre todo aquellos eventos que tienen que ver con lo emocional (Ryan, 2004).

A diferencia de otros medios de inmersión como el cine, la realidad virtual tiene una característica especial que es la interacción, esto permite al usuario participar en el desarrollo de la historia del medio artificial, lo que facilita el proceso de inmersión. González (2010), propone un modelo de tres factores que permiten la inmersión, querer creer, empatía y familiaridad.

El primer factor que es *querer creer* se refiere a la premisa de aceptar una idea como verdadera, aunque esto signifique aceptar algo sin comprobación científica, esto podría ayudar a optimizar recursos en el procesamiento de información de los humanos. Otro punto importante para considerar es la familiaridad, que significa el ser cercano y acumular experiencias sobre un tema en especial; esta información suele almacenarse como rutinas que son necesarias para ahorrar recursos intelectuales que permite realizar acciones sin que esto implique un análisis de cada uno de los pasos (González, 2010). El siguiente factor que propone este modelo es la empatía, que consiste en comprender lo que el otro siente por medio de la simulación de esta otra situación, con el fin de predecir el comportamiento o reacción del otro frente a nuestras acciones (González, 2010).

Un elemento importante de la Realidad virtual, es que permite al usuario estar en este ambiente creado, la sensación de ser parte de este nuevo ambiente, de juzgar este ambiente artificial como real, da al usuario un sentido de presencia; y desde la psicología, la sensación de estar en determinado lugar, así sea virtual, y de vivir en este ambiente una experiencia significativa, es de vital importancia, ya que permite la posibilidad de adaptar estos ambientes

virtuales como herramientas terapéuticas que potencian el cambio en la persona, mientras que se está protegido (Botella, García, Quero, Baños & Bretón, 2006). Es decir, la intención es modificar experiencias, conductas y pensamientos por medio de la experiencia virtual adaptada a la necesidad del usuario Rothbaum y colegas (1995), desde entonces, ha ido creciendo alrededor del mundo, principalmente en el tratamiento de trastornos de ansiedad (Botella, García, Quero, Baños & Bretón, 2006).

En psicología, se ha utilizado simulaciones de la realidad como por ejemplo un juego de roles, donde se lleva al paciente a imaginar una situación determinada, sin embargo, con el uso de Realidad Virtual, esta simulación de la realidad está controlada por completo por el terapeuta, un ejemplo de ello es con el tratamiento de fobias a volar, donde el terapeuta controla situaciones como el tipo de avión, si el vuelo es en el día o en la noche, si hay o no turbulencias, o se puede representar solo una parte del vuelo como el despegue (Botella, García, Quero, Baños & Bretón, 2006). Al ser la realidad virtual un ambiente controlado, el paciente puede explorar y practicar conductas aprendidas en un ambiente virtual seguro para luego aplicarlas en su ambiente real; en este medio, se pueden hacer graduaciones con tal precisión que permitan una mejor intervención terapéutica, por ejemplo, en el tratamiento de fobia social, se puede decidir el número de personas que estarán cerca del paciente en el ambiente artificial, además, a diferencia del mundo real, existe la posibilidad de replicar la misma situación una y otra vez (Botella, García, Quero, Baños & Bretón, 2006), esto puede ser beneficioso pues ayuda al paciente a obtener expectativas de auto-eficacia (Bandura, 1977).

Los tratamientos en los cuales la realidad virtual se ha usado como una herramienta eficaz, ha sido en los tratamientos para la ansiedad como la fobia específica por medio de tratamiento de exposición gradual, mostrando mejor aceptación entre los pacientes que el tratamiento de exposición tradicional (Baños, Botella, Perpiñá y Quero, 2001). La ansiedad social es otro trastorno beneficiado por la realidad virtual, permite al terapeuta adaptar el ambiente virtual a la necesidad del paciente, con esto el paciente logra entrenarse en situaciones específicas como dar un examen oral o situaciones cotidianas como ir al supermercado, todo en un ambiente controlado donde el paciente tiene opción a detenerse si lo desea (Botella, García, Quero, Baños & Bretón, 2006). Los mismos tratamientos de exposición mencionados con la realidad virtual, podrían ser adaptados a diferentes trastornos.

Para el trastorno de estrés pos traumático, la realidad virtual también ha podido ser parte del tratamiento, exponer al paciente gradualmente a objetos aversivos, acompañado de técnicas apropiadas para el manejo de la ansiedad, puede ser muy útil al momento de procesar el evento traumático, pues en muchos de los casos, el paciente con trauma tiende a una evitación cognitiva; en general, la realidad virtual puede usarse como herramienta para promover la imaginación del paciente (Botella, García, Quero, Baños & Bretón, 2006). En un estudio realizado por Seinfeld (2017), aplicó la realidad virtual en el campo de la violencia llamado *Improving empathy in domestic violence offenders through perspective-taking in immersive virtual reality*, para mejorar los niveles de empatía y reducir la violencia doméstica. La autora señala que los programas de rehabilitación en violencia doméstica incluyen de forma importante temas de empatía, con el fin de generar sentimientos compasivos en el maltratador y prevenir comportamientos agresivos, ubicándose en la perspectiva de la víctima.

Con base en esta premisa, la realidad virtual resulta en una herramienta importante que permite al maltratador sumergirse en la situación violenta desde la mirada de la víctima; las investigaciones al respecto han indicado que al estar el maltratador inmerso en el ambiente virtual por medio de información multisensorial que recibe, puede experimentar un *embodiment*, que se refiere a la forma en como la percepción del cuerpo normal se enmarca en un cuerpo virtual (Seinfeld, 2017). El estudio indicó que quienes usaron *embodiment* en el programa de rehabilitación, lograron tener un mejor reconocimiento de emociones de los maltratadores en sus víctimas y que solo un 2.1% reincidieron en conductas agresivas en el hogar, es decir de entre un total de 196 maltratadores, 4 cometieron actos agresivos en el periodo de seguimiento (Seinfeld, 2017). Por otro lado, en el programa de rehabilitación que no recibió la herramienta de realidad virtual y *embodiment*, tuvo una reincidencia de 6.5%, es decir, el resultado indicó una mejor efectividad en el programa de rehabilitación de violencia doméstica que usó realidad virtual con *embodiment*, esta herramienta resulta una técnica potencialmente importante para la efectividad del programa (Seinfeld, 2017).

Estos resultados, concuerdan con otro estudio realizado por Seinfeld y colegas (2018), donde se menciona que el maltratador tiene dificultades para reconocer emociones como el miedo en el rostro de sus víctimas, tras ser encarnados en el cuerpo de su víctima por medio de *embodiment* en realidad virtual, lograron tener un mejor reconocimiento de emociones, lo que demostró que cambiar la perspectiva al agresor por medio de la realidad virtual, puede modificar procesos de percepción y el reconocimiento de emociones, que es un pensamiento latente en conductas agresivas.

La presente investigación, pretende responder a la pregunta ¿Cómo y hasta qué punto el uso de realidad virtual ayuda a mejorar las habilidades empáticas en cuidadores primarios de niños, para reducir los niveles de maltrato físico y psicológico en las familias de la ciudad de Quito?, con el fin de prevenir las graves consecuencias que sufren los niños que reciben maltrato y que han sido mencionadas con anterioridad. No existe evidencia de que anteriores intervenciones hayan tenido grandes resultados, por lo que se espera que esta herramienta planteada en este estudio muestre resultados significativamente importantes en la sociedad.

Diseño

La presente investigación empleará un método cuasi experimental con enfoque cuantitativo, basado en la información obtenida antes y después de la intervención con realidad virtual. Este método contribuirá al logro de los objetivos de la investigación, puesto que, con la batería de cuestionarios seleccionados, se obtendrá de forma numérica las experiencias propias de los sujetos, los cuestionarios indicados en las herramientas se aplicarán antes y después de la intervención, lo que nos dará un resultado numérico que permitirá la comparación y con ello establecer si existen diferencias significativas en el grupo.

La metodología de investigación escogida consiste en un plan de medición de las variables Empatía y Evaluación al cambio, además del análisis de los datos con herramientas estadísticas; esto busca la obtención de datos y con ello predecir o generalizar resultados que puedan ser replicados en otros estudios; el objetivo principal del método cuantitativo es demostrar teorías cuyas bases sean estándares de confiabilidad y validez (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010).

Población

Los participantes para este estudio se obtendrán del Jardín de infantes “Manuel Córdova Galarza” de la parroquia de Pomasqui del Distrito Metropolitano de Quito. Se realizará la convocatoria a los 20 padres de familia o cuidadores primarios de los niños de Primero de básica de la institución mencionada. Todos los sujetos son participantes de estudio.

La edad de los participantes no es un criterio para considerar en el estudio, el rasgo principal para su inclusión es que deban ser cuidadores directos de los niños de este jardín. Por otra parte, los sujetos que realizarán inmersión en realidad virtual con el uso de las gafas no deberán presentar alteraciones físicas como ceguera o sordera parcial o total, o que el participante se encuentre en silla de ruedas, esto podría interferir en la intervención. Esta indicación será dada al inicio del taller; tampoco se considera el nivel académico como dato de exclusión, independientemente del nivel de estudios pueden participar en la intervención. Dado que mucho de los casos de maltrato físico infantil no son denunciados, no se considera denuncias previas como criterio de exclusión.

De los 20 padres de familia y cuidadores primarios que pertenecen al primero de básica de la institución y que participarán en el estudio, se dividirán en grupos de 5 personas para lograr la inmersión en realidad virtual de todos los participantes, esto se debe a que la inmersión tiene una duración de 5 minutos por cada persona, y en caso de tener grupos más grandes el taller sería muy extenso en tiempo y podría ser cansado para el resto de participantes; con la selección de 5 personas se logrará la inmersión en realidad virtual de todas ellas. Se debe considerar que en estos grupos estén presentes padres, madres y

cuidadores (aquellos que no tenga relación de paternidad con el niño pero que estén a su cuidado).

Instrumentos o materiales

Para el presente estudio, se seleccionaron instrumentos de medición que permitan conocer niveles de empatía y la evaluación de su disposición al cambio, las herramientas serán mencionadas a continuación.

La Escala de evaluación al cambio, desarrollado por McConaughy, Prochaska y Velicer en 1983 y adaptado por McConaughy, DiClemente, Prochaska y Velicer en 1989; esta Escala es un auto informe que consta de 32 ítems clasificados en 4 escalas cada una con 8 ítems medidos en escala de Likert de 5 puntos (Rodríguez & López 2013: p. 118). Esta Escala usa el Modelo Transteórico de Cambio que contiene 4 estadíos: pre-contemplación, que consiste en negar o minimizar el problema por parte del agresor, incluso culpar a la víctima por el problema; la contemplación, donde el agresor acepta su responsabilidad en la agresión y considera las ventajas o desventajas de la intervención; actuación, donde se obtiene in compromiso de cambio por parte del agresor; y la final de ellas que es el mantenimiento, donde se realiza un trabajo para evitar reincidencia. En cuanto a consistencia interna, los índices de fiabilidad encontramos pre-contemplación con un alfa de .78, contemplación con un alfa de .78, actuación con un alfa de .84, mantenimiento .79, (Rodríguez y López). Estos resultados psicométricos obtenidos, permiten concluir que el instrumento de medición cumple los criterios de confiabilidad considerando el Alfa de Cronbach, pues superan el valor crítico de .70, considerado como indicador de buena

confiabilidad de los instrumentos de medición en psicología (Vallejos, Orbegoso y Capa, 2015).

Una herramienta que medirá la empatía en el presente estudio es la Escala de Conducta Empática, cuyos reactivos están orientados hacia conductas empáticas específicas; en caso de que el participante no haya participado antes en esa situación, deberá imaginar cómo actuaría si así lo fuera considerando sus valores, mentalidad y personalidad. Esta escala consta de 20 ítems que representan el constructo empatía y cuya modalidad de respuesta es en escala de Likert de seis niveles siendo 1=Nunca, 2=Casi Nunca, 3=A veces, 4= Con Frecuencia, 5= Casi Siempre, 6= Siempre. El alfa de Cronbach para este test es de .82, lo que confirma un instrumento de alta consistencia interna (Auné, Facundo y Attorresi, 2016).

El Test de empatía cognitiva y afectiva TECA, creado por López-Pérez, Fernández-Pinto, y Abad (2008), fue elaborado originalmente en español, y es un cuestionario que consta de 33 ítems que evalúa: Adopción de perspectivas, Comprensión emocional, Estrés empático, Alegría empática. Este test fue desarrollado para ser aplicado en adultos y se ofrecen puntajes que se diferencian entre subescalas, y un puntaje general de empatía (Olivera, Braun y Roussos, 2011). Con respecto a la consistencia interna de este instrumento medido con el Alfa de Cronbach, se encuentra: adopción de perspectivas: un alfa de .65; comprensión emocional .64; estrés empático .63 y alegría empática .62, lo que indica una fiabilidad alta (Palella y Martins, 2003).

Para el análisis de los datos recolectados, se utilizará el programa estadístico SPSS que es uno de los programas informáticos usados en la investigación en el campo de las Ciencias Sociales. Esta herramienta se caracteriza por su fácil manejo y comprensión, no obstante, su uso se limita a un tiempo determinado pues trabaja bajo licencia y esto podría

entorpecer los procesos. Entre las ventajas principales de este programa encontramos la rapidez con la que analiza los datos, la posibilidad de obtener datos más exactos evitando aproximaciones, la cantidad de datos que se pueden ingresar es extensa (Bausela, 2005).

Procedimiento de recolección de datos

Para este estudio, se solicitará permiso a la directora del Jardín de Infantes Manuel Córdova Galarza mediante una carta donde se indicará el propósito de la intervención, duración y la forma en la que se realizarán los talleres. Una vez obtenido el permiso de la directora, se realizará la invitación a los padres de familia por medio de la profesora del grado, se entregará una invitación donde se indicará los objetivos y un breve resumen de los temas a tratar en el taller, para contar con un número alto de participantes, se realizará la intervención el día de entrega de calificaciones escolares.

Se dividirá al grupo de 20 padres de familia, en subgrupos de 5 personas, las mismas que asistirán a la escuela en horarios distintos: de 8:00 a 9:30; de 10:00 a 11:30; de 15:00 a 16:30 y de 17: a 18:30. Al empezar con cada grupo, se asignará un código aleatorio a cada participante, esto con el fin de mantener el anonimato de los participantes, además deberán registrar su edad y género; se aplicará la batería de cuestionarios seleccionados para este estudio y que fueron descritos con anterioridad. Un salón de uso múltiple será adaptado con sillas, mesas, una pantalla grande, un ordenador, gafas de realidad virtual y parlantes para la intervención, la misma que tendría una duración de una hora y treinta minutos. Cada sujeto del grupo participará de la inmersión en realidad virtual por un tiempo de cinco minutos, dos de los cuales son utilizados para la inmersión, donde se le pide al sujeto realizar actividades como caminar o tomar cosas a fin de que sienta la dimensión de su nuevo cuerpo, los otros

tres minutos restantes se involucra al sujeto en una situación de maltrato específico. Todos los participantes observan las mismas imágenes pero es uno solo el que usa gafas de realidad virtual, esto con el objetivo de que todos los participantes puedan observar el escenario que en el que el participante se encuentra.

La inmersión en la realidad virtual consistirá en escenificar 3 situaciones de maltrato diferentes. La primera de ellas era el maltrato verbal, donde el sujeto personificado en niño, por medio de efectos audiovisuales, podrá escuchar y sentir agresiones verbales por parte de un adulto programado en el mundo virtual, las agresiones consistirán en insultos, gritos, rechazo al momento de querer hablar, amenazas con abandono y maldiciones como lo plantea la metodología de la Organización Mundial de la Salud (2003). La siguiente situación consistirá en la simulación de una agresión física y verbal dentro del hogar, entre padre y madre, donde al igual que en el caso anterior, se incluirán insultos, gritos, amenazas y más, y que incluye además un componente físico como lo son empujones; para este caso, el participante estará en posición de observador, siendo parte del mismo contexto. La tercera escena, recrea una agresión física directamente sobre el sujeto personificado en niño, la realidad virtual ayudará al sujeto a sumergirse en un ambiente hostil y que le permita llegar a sentir temor de la escena, donde un adulto es programado para que se acerca al niño con intención de golpear, quemar, patear, abofetear, dar nalgadas, ubicarse en una posición incómoda, jalar el cabello, retorcer la oreja y más, que de igual manera, forman parte del modelo planteado por la OMS (2003).

Dos participantes se involucrarán en maltrato físico, dos en maltrato verbal y uno como observador de maltrato. Tras cada inmersión, se realizará el análisis de la situación, donde el sujeto tenga la oportunidad de exponer lo que vio y cómo se sintió; además, para

cada situación expuesta de maltrato físico, verbal e intrafamiliar, se brindará a los sujetos las herramientas apropiadas para control de impulsos en cada caso, así como la gestión adecuada de las emociones y cómo ayudar al niño a superar la circunstancia sin recurrir al maltrato. La intervención finalizará brindando información a los participantes de las consecuencias que sufren los niños que reciben maltrato y que fueron descritas en la revisión de literatura, así como la forma de brindar una crianza psicológicamente saludable. Tras la intervención, se aplicará nuevamente las baterías de cuestionarios escogidas para medir Empatía como la Escala de Conducta Empática (Auné, Facundo & Attorresi, 2016), TECA (Olivera, Braun & Roussos, 2011), y la Escala de Evaluación para el Cambio (McConaughy et al, 1989).

Análisis de los datos

Los datos recolectados en este estudio serán analizados en el programa SPSS descrito anteriormente, utilizando una prueba de t pareada para conocer si existen diferencias significativas en el grupo, antes y después de la intervención. Cabe recalcar que el tanto la Escala de Conducta Empática (Auné, Facundo & Attorresi, 2016), TECA (Olivera, Braun & Roussos, 2011), y la Escala de Evaluación para el Cambio (McConaughy et al, 1989), serán aplicadas al mismo grupo de participantes antes y después de la intervención con Realidad Virtual.

La prueba de T pareada fue escogida para este análisis puesto que nos permite analizar si las medias de dos muestras relacionadas son diferentes de forma significativa (Hernández, Fernández & Baptista, 2010), en este caso, se aplica esta prueba dado que la muestra es la misma. Los datos se obtienen antes y después del taller donde recibirán la intervención con realidad virtual. El taller al cual los participantes asistirán será la variable

independiente. La prueba T pareada, permitirá analizar las medias de las variables independientes empatía y evaluación al cambio, datos que se obtendrán con los instrumentos de medición antes indicados.

Consideraciones Éticas

Previo a la intervención, los participantes deberán firmar el consentimiento informado donde se darán indicaciones sobre el proceso a realizar, los objetivos del estudio, la libre decisión de abandonar el estudio en caso de requerirlo sin que esto tenga una consecuencia negativa; además, recalcar que la participación en la intervención es completamente voluntaria. Para garantizar el anonimato de los participantes, les será asignado un código de forma aleatoria para sus hojas de respuesta de la batería de test.

Discusión

La presente investigación espera proporcionar información importante para entender de qué forma y hasta qué punto la intervención con realidad virtual, mejora habilidades empáticas y reduce los niveles de violencia hacia los niños dentro de los hogares en la ciudad de Quito. En estudios como los realizados por Seinfeld (2017), ha sido utilizada la realidad virtual para aumentar los niveles de empatía y con ello reducir la violencia doméstica, y complementado con el planteamiento de Richardson y Malloy (1994), que indica que tomar la perspectiva del otro reduce la agresividad, se espera que el entrenamiento en empatía reduzca de manera significativa los niveles de maltrato infantil. De acuerdo con Gerdes y colegas (2011), el desarrollo de habilidades empáticas como toma de perspectiva, regulación

y conexión emocional, autoconsciencia y discriminación de efectos, procuran relaciones más sanas.

Por otro lado, según el estudio realizado por Seinfeld (2017), aunque el porcentaje de reducción de violencia con uso de realidad virtual es alto, aún existe la probabilidad de que esta intervención influya en los niveles de violencia pero que no tenga un efecto o reporte un efecto bajo. Esto podría deberse a que en temas de maltrato infantil la falta de empatía no es único factor que interviene, es decir, la violencia no se presenta únicamente por bajas habilidades empáticas (McPhedran, 2009; Palmeri Sams y Truscott, 2004). Sin embargo, dada la complejidad del constructo empatía, este estudio aportará con conocimiento que permita acercarnos a un mejor entendimiento de este.

Por lo tanto, la presente investigación podría presentar resultados importantes para nuestra sociedad. Si el resultado sugiere una reducción significativa de los niveles de maltrato infantil, podemos considerar un logro importante en el desarrollo de una intervención científicamente comprobada que permite acercarse a una posible solución de este gran problema. Además, esta investigación, puede ser presentada como un programa de prevención, donde futuros cuidadores primarios puedan entrenarse en habilidades empáticas, no solamente como una herramienta de intervención cuando ya el problema ha sido identificado. Por otro lado, si no se presentan diferencias significativas tras la intervención, es necesario indagar sobre posibles canales que contribuyen al maltrato infantil como puede ser el consumo y abuso de sustancias; con lo que se puede concluir que, para la intervención en maltrato infantil, es necesario un trabajo integral, que incluya tanto aspectos sociales como individuales, esto podría ser base para futuras investigaciones.

Fortalezas y limitaciones de la propuesta

Es importante recalcar que la propuesta cuenta con algunas fortalezas importantes, entre ellas es que la intervención puede ser aplicada a cualquier persona adulta sin límite de edad, que esté al cuidado de uno o varios niños. La intervención no tiene límites en cuanto a organizaciones o instituciones, podría abarcar un número importante de la población en general, pues la característica principal para acceder al taller es que tengan o deseen tener hijos, o estar al cuidado de ellos.

Una fortaleza importante de esta propuesta, es que puede ser usada como herramienta de prevención, pues en caso de que una persona considere tener un hijo o decida estar al cuidado de uno, puede acceder a la intervención y tomarla como una preparación para situaciones de conflicto y maltrato que podrá evitar y aprender a manejar de forma más saludable; cabe recalcar, que una forma crianza saludable y respetuosa como la presentada en esta propuesta, sería de gran beneficio no solo para el niño y su entorno familiar, sino que tendría importantes repercusiones a nivel de la sociedad en general.

Las limitaciones que encontramos a esta propuesta son, como ya fue mencionada en la revisión de literatura, acceder a los instrumentos electrónicos de realidad virtual y producir el software necesario para la intervención, podría tener costos bastante elevados, lo que podría limitar el número de personas que tienen acceso a él, pues es necesario obtener financiamiento para cubrir los materiales.

Un tema importante también que se presenta como limitación, es la selección de 5 participantes por taller, aunque lo convierte es un taller más personalizado, el número es pequeño lo que implica un número grande de talleres para abarcar un número grande de personas lo que implicaría más tiempo y recursos.

Recomendaciones para Futuros Estudios

Esta propuesta de investigación tiene como propósito, acompañar al padre o cuidador en el desarrollo de su empatía para con los niños, esto con el fin de reducir los niveles de maltrato infantil tanto físico como verbal, que como ya se indicó, muestra consecuencias negativas tanto en la vida del niño, de la familia y sociedad. Es por esto, que las futuras investigaciones dentro de esta área, deberán dirigir su atención hacia posibilidades de tratamiento, seguimiento y prevención de maltrato, pues en una sociedad dinámica como la nuestra, las prácticas de crianza deben ser adaptadas a las necesidades de los niños de ahora que no necesariamente son los mismos que hace 40 años atrás, solamente la llegada del internet y los teléfonos inteligentes a nuestras vidas, ya nos dan una idea de la forma en como la sociedad ha cambiado, y con ello la forma de relacionarnos también. Además, resalto la importancia de profundizar en estos temas en futuros estudios, pues el frenar las conductas agresivas dentro del hogar, ayudará a cortar el círculo de violencia, los niños criados de forma saludable muy probablemente repitan esas prácticas cuando tengan sus hijos.

Por otra parte, las futuras investigaciones deberán adaptarse a las situaciones sociales en las que se encuentren, podrían existir herramientas más avanzadas que la realidad virtual y que puedan servir como herramienta de intervención aún más efectivas que las actuales; otra consideración con respecto a una sociedad a futuro, son los temas a tratar dentro de los talleres, probablemente si este taller se realizaba hacia 40 años atrás, no era necesario topar temas como el “screen time”, el avance tecnológico nos lleva también hacia otro tipo de conflictos, los mismo que deben ser manejados de forma diferente.

Una recomendación adicional, es que se pueda dar seguimiento a las personas intervenidas, que puedan tener acceso a esta información un número mayor de veces, más

que la hora y treinta minutos que dura el taller, pues cada vez se presentan nuevos escenarios donde se debe reforzar o aprender nuevas y estrategias de afrontamiento y formas saludables de crianza.

REFERENCIAS

- Afifi, T. O., Enns, M. W., Cox, B. J., de Graaf, R., ten Have, M., & Sareen, J. (2007). Child abuse and health-related quality of life in adulthood. *The Journal of nervous and mental disease, 195*(10), 797-804.
- Andreu, J.M., Peña, E. y Graña, J.L. (2002). Adaptación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Agresión. *Psicothema, 14*(2), 476-482.
- Auné, S., Facundo, A., & Attorresi, H. (2017). Propiedades psicométricas de una prueba de conducta empática. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica, 3*(45), 47-56.
- Bancroft, L., Silverman, J. G. & Ritchie, D. (2011). *The batterer as parent: Addressing the impact of domestic violence on family dynamics*. Los Angeles: SAGE Publications.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review, 84*(2), 191.
- Baños, R. M., Botella, C., Perpiñá, C., & Quero, S. (2001). Tratamiento mediante realidad virtual para la fobia a volar: un estudio de caso. *Clínica y Salud, 12*(3), 391-404.
- Bausela, E. (2005). SPSS: Un instrumento de análisis de datos cuantitativos. *Revista de informática educativa y medios audiovisuales, 2*(4), 62-69.
- Botella, C., García, A., Quero, S., Baños, R. M., & Bretón, J. M. (2006). Título: Realidad Virtual y tratamientos psicológicos: Una revisión. *Psicología Conductual, 3*, 491-510.

- Botella, C., García, A., Baños, R., & Quero, S. (2007). Realidad Virtual y Tratamientos Psicológicos. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 82, 17-31.
- Buss, A.H. y Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 343-349.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 409-438. doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144029
- Chlopan, B. E., McCain, M. L., Carbonell, J. L. y Hagen, R. L. (1985) Empathy: review of available measures. *Journal of personality and social psychology*, 48(3) 635-653.
- Cochin, S., Barthelemy, C., Lejeune, B., Roux, S. & Martineau, J. (1998). Perception of motion and qEEG activity in human adults. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 107(4), 287-295. doi: 10.1016/S0013-4694(98)00071-6
- Coke, J., Batson, C. y McDavis, K. (1978) Empathetic mediation of helping: A two-stage model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36(7), 752-766. doi.org/10.1037/0022-3514.36.7.752
- Domínguez, L., & Perez, J. (2007). Acercamiento al paciente violento. *Asociación de Sanitarios de Bomberos de España*. Recuperado de: <http://www.sanitariosbomberos.es/docjornadas/aranda%202007/009%20-%20Paciente%20violento.pdf>
- Fernández, I., López, B., & Márquez, M. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de psicología*, 24(2), 248-298.

- Gallese, V. (2001). The 'Shared Manifold' Hypothesis. From Mirror Neurons To Empathy. *Journal of Consciousness Studies*, 8(5-7), 33-50.
- Gerdes, K. E., & Segal, E. A. (2009). A social work model of empathy. *Advances in Social Work*, 10(2), 114-127.
- Gerdes, K. E., Segal, E. A., Jackson, K. F., & Mullins, J. L. (2011). Teaching empathy: A framework rooted in social cognitive neuroscience and social justice. *Journal of Social Work Education*, 47(1), 109-131.
- Guarín, L. & Camacho, G. (2001). *Panorama del Maltrato y Abuso Sexual en América del Sur: estudios y actores claves del tema en la subregión*. Bogotá: Imprenta Editores.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: McGraw Hill.
- Hillis, S., Mercy, J., Amobi, A., & Kress, H. (2016). Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Pediatrics*, 137(3), 1-13.
- Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Dodge, K. A., Rutter, M., Taylor, A., & Tully, L. A. (2005). Nature × nurture: Genetic vulnerabilities interact with physical maltreatment to promote conduct problems. *Development and psychopathology*, 17(1), 67-84.
- Larraín, S.; Bascuñán, C. (2008). Maltrato infantil y relaciones familiares en Chile. Análisis Comparativo 1994-200-2006. *Revista chilena de pediatría*, 79, 64-79.
- Larraín, S., & Bascuñán, C. (2009). Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro. *Desafíos*, 9(5), 4-12.

- Lee, V., & Hoaken, P. N. (2007). Cognition, emotion, and neurobiological development: Mediating the relation between maltreatment and aggression. *Child maltreatment, 12*(3), 281-298.
- Letourneau, C. (1981). Empathy and stress: How they affect parental aggression. *Social Work, 26*(5), 383-389.
- López, M. B., Arán Filippetti, V., & Richaud, M. C. (2014). Empatía: desde la percepción automática hasta los procesos controlados. *Avances en psicología Latinoamericana, 31*(1), 37-51.
- Manetta, C. & Blade, R. (1995). Glossary of virtual reality terminology. *International Journal of Virtual Reality, 1*(2), pp. 35-39.
- Martínez, A., & García, C. (2005). *Jugando en paz*. Madrid: NARCEA S.A.
- Martínez, M., López, A., Díaz, A., & Teseiro, M. (2015). Violencia intrafamiliar y trastornos psicológicos en niños y adolescentes del área de salud de Versalles, Matanzas. *Revista Médica electrónica, 37*(3), 237-245.
- Martínez, N. M. M., Olivencia, J. J. L., & López, E. (2016). Experiencia formativa en el uso didáctico de la realidad aumentada con estudiantes del máster de formación del profesorado en educación secundaria en la Universidad de Málaga. *Innovación educativa, (26)*, 265-303.
- McConaughy, E. A., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 26*(4), 494-503. <http://dx.doi.org/10.1037/h0085468>

- McGowan, P. O., Sasaki, A., D'alessio, A. C., Dymov, S., Labonté, B., Szyf, M., Turecki, G. & Meaney, M. J. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature neuroscience*, 12(3), 342.
- McPhedran, S. (2009). A review of the evidence for associations between empathy, violence and animal cruelty. *Aggression and Violent Behavior*, 14(1), 1-4.
- Melián Jiménez, A. (2017). *Cuestionario de Agresividad* (Tesis de grado de Psicología). Universidad de Laguna, España.
- Meesters, C., Muris, P., Bosma, H., Schouten, E. y Beuving, S. (1996). Psychometric evaluation of the dutch version of the aggression questionnaire. *Behavioral Research and Therapy*, 34(10), 839-843.
- Nakano, K. (2001). Psychometric evaluation on the Japanese adaptation of the aggression questionnaire. *Behavioral Research and Therapy*, 39(7), 853-858.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Recuperado de: http://www.paho.org/spanish/am/pub/violencia_2003.htm
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Violencia*. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/violence/es/>
- Otegui, J. (2017). La realidad virtual y la realidad aumentada en el proceso de marketing. *Revista de Dirección y Administración de Empresas*, 24, 155-229.
- Olivera, J., Braun, M., Roussos, A. (2011). Instrumentos para la evaluación de la Empatía en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20, 121-132.

Palella, S. & Martins, F. (2003). *Metodología de la Investigación cuantitativa*. Caracas:

Fedupel.

Palmeri Sams, D. & Truscott, S. D. (2004). Empathy, exposure to community violence, and use of violence among urban, at-risk adolescents. *Child & Youth Care Forum*, 33(1), 33-50.

Picornell, A. (2006). *La infancia en desamparo*. Valencia: NauLlibres.

Pinheiro, S. (2006). *Informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas UNICEF*.

Recuperado de:

https://www.unicef.org/mexico/spanish/Informe_Mundial_Sobre_Violencia.pdf

Preston, S. D. & de Waal, F. B. M. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases.

Behavioral & Brain Sciences, 25(1), 1-20. doi:10.1017/S0140525X02000018

Richardson, E. D., y Malloy, P. F. (1994). The frontal lobes and content specific decisions.

Journal of neuropsychiatry and clinical neuroscience, 6(4), 455-466.

Rizzolatti, G., Fadiga, L., Matelli, M., Bettinardi, V., Paulesu, E., Perani, D., Fazio, F.

(1996). Localization of grasp representations in humans by PET: 1. Observation versus execution. *Experimental Brain Research*, 111(2), 246-252. doi:

10.1007/BF00227301

Rizzolatti, G. & Craighero, L. (2004). The mirror neuron system. *Annual Review of*

Neuroscience, 27, 169-192. doi: 10.1146/annurev.neuro.27.070203.144230

- Rodríguez, N., & Lopez, E. (2013). Programa emocional para presos por violencia de género (PREMOVIGE): Efectividad en variables cognitivas y conductuales. *Psychosocial Intervention*, 22(2), 115-123.
- Ryan, M. L. (2004). *La narración como realidad virtual*. Barcelona: Paidós.
- Santana, R., Sánchez, R., & Herrera, E. (1998). El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud pública México*, 40(1), 1-7.
- Seinfeld, S. (2017). *Improving empathy in domestic violence offenders through perspective-taking in immersive virtual reality* (Doctoral dissertation), Universitat de Barcelona, España.
- Seinfeld, S., Arroyo, J., Iruretagoyena, G., Hortensius, R., Zapata, L. E., Borland, D., Gelder, B., Slater, M., & Sanchez, M. V. (2018). Offenders become the victim in virtual reality: impact of changing perspective in domestic violence. *Scientific reports*, 8(1), 1-11. DOI: 10.1038/s41598-018-19987-7
- Smith, M.A., Robinson, L., & Segal, J., (2018). *Child Abuse and Neglect*. Recuperado de: <https://www.helpguide.org/articles/abuse/child-abuse-and-neglect.htm/>
- Stotland, E. (1969). Exploratory investigations of empathy. *Advances in experimental social psychology*, 4, 271-314. doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60080-5
- Tardón, C. G. (2010). Inmersión en mundos simulados: definición, factores que lo provocan y un posible modelo de inmersión desde una perspectiva psicológica. *Investigaciones Fenomenológicas*, 2, 311-320.

UNICEF. (2005). *Estado de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia en el Ecuador 2005*.

Recuperado de:

<https://www.softchalkcloud.com/lesson/files/NUQRkmSiOvBb7s/estadoderechos.pdf>

UNICEF. (2006). *Convención sobre los derechos del niño*. Recuperado de:

<http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

UNICEF. (2007). *Violencia*. Recuperado de:

https://www.unicef.org/ecuador/children_28783.html

UNICEF. (2009). *Estudio sobre maltrato infantil en el ámbito familiar Paraguay*.

Recuperado de:

https://www.unicef.org/paraguay/spanish/py_resources__Estudio_Maltrato.pdf

UNICEF. (2015). *Violencia contra los niños*. Recuperado de:

https://www.unicef.org/ecuador/media_28087.html

UNICEF. (2016). *Estado Mundial de la Infancia 2016*. Recuperado de:

https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf

UNICEF. (2017). *La violencia en la primera infancia*. Recuperado de:

https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org/lac/files/2018-03/20171023_UNICEF_LACRO_FrameworkViolencia_ECD_ESP.pdf

UNICEF. (2017). *Revisión sistemática de protocolos nacionales para la atención a*

sobrevivientes de violencia en la niñez en los países de América Latina y el Caribe:

Sumario de políticas de OPS/UNICEF. Recuperado de:

https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org.lac/files/2018-05/20180507_UNICEF_Review_of_protocols_care_%20for_survivors_of_VAC_in_LAC_ESP.pdf

Vaca, P. V., & Rodríguez, M. C. (2018). Responsabilidad social de la Psicología frente a la violencia. *Trans-pasando Fronteras*, (11), 216-237.

DOI:<https://doi.org/10.18046/retf.i11.2745>

Vallejos, M., Orbegoso, C., & Capa, W. (2015). Escala de evaluación del cambio de la universidad de RHODE ISLAND (URICA): Validez y confiabilidad en drogadependientes. *En Revista de Psicología*, 9(1), 52-59.

Wispe, L. (1978). *Altruism, sympathy, and helping: Psychological and sociological principles*. New York: Academic press.

ANEXO A: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
 The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: De transgresor a víctima. Realidad virtual para cambio de perspectivas en maltrato infantil

Organización del investigador: *Universidad San Francisco de Quito*

Nombre del investigador principal: *Carla Anabel Socola Leiva*

Datos de localización del investigador principal: *02-3465368, 0987866874, carlita.anabel@gmail.com*

Co-investigadores

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO
<p>Introducción <i>(Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)</i></p>
<p>Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.</p> <p>Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre el uso de realidad virtual para desarrollar habilidades empáticas en cuidadores primarios porque se desea analizar a la empatía como un criterio para reducir el maltrato infantil.</p>
<p>Propósito del estudio <i>(incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)</i></p>
<p>El estudio pretende entrenar a cuidadores primarios en habilidades empáticas (entendidas como la habilidad de ubicarse en perspectiva del otro) y herramientas de crianza saludables, con el objetivo de determinar si esta intervención ayuda a la reducción de los niveles de maltrato infantil dentro de los hogares en la ciudad de Quito.</p>
<p>Descripción de los procedimientos <i>(breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)</i></p>
<p>La intervención se realizará por medio de talleres. Al iniciar, los participantes deberán completar los cuestionarios de empatía como de valuación al cambio. A continuación cada participante usará las herramientas de realidad virtual donde podrán experimentar el maltrato infantil desde una perspectiva del niño, cada participante será inmerso en el mundo virtual durante 5 minutos. Posterior a cada experiencia, se brindará información sobre herramientas adecuadas de resolución de conflictos según sea el caso de la experiencia percibida. Al finalizar la intervención, los participantes deberán llenar nuevamente la misma batería de cuestionarios de empatía y evaluación al cambio, para conocer si existen o no diferencias significativas tras a la intervención.</p>

<p>Riesgos y beneficios (explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)</p>
<p>La intervención con realidad virtual promueve respuestas que involucran emociones y pensamiento con lo que respecta a niños. Los temas a tratar pueden ser delicados, sin embargo no serán casos personales y tampoco se incluirán imágenes perturbadoras. La intervención con realidad virtual pretende mejorar las habilidades empáticas de los participantes, la intervención incluye reflexiones sobre emociones y pensamientos que promoverá el mejoramiento de relaciones entre cuidadores primarios y los menores.</p>
<p>Confidencialidad de los datos (se incluyen algunos ejemplos de texto)</p>
<p>Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrán acceso. 2A) Si se toman muestras de su persona estas muestras serán utilizadas solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio <i>(si aplica)</i> ó 2B) Si usted está de acuerdo, las muestras que se tomen de su persona serán utilizadas para esta investigación y luego se las guardarán para futuras investigaciones removiendo cualquier información que pueda identificarlo <i>(si aplica)</i> 3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones. 4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.
<p>Derechos y opciones del participante (se incluye un ejemplo de texto)</p>
<p>Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decirlo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.</p> <p>Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.</p>
<p>Información de contacto</p>
<p>Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0987866874 que pertenece a Anabel Socola, o envíe un correo electrónico a carlita.anabel@gmail.com</p>
<p>Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Iván Sisa, Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec</p>

Consentimiento informado <i>(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)</i>	
<p>Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.</p>	
Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha