

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

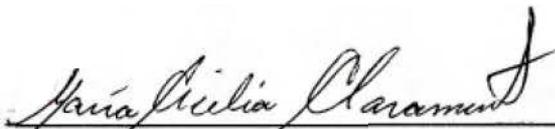
*El impacto de la cromoterapia en la autoestima y satisfacción personal:
un estudio en un grupo de mujeres sobrevivientes de violencia doméstica,
usuarias de la Oficina de la Mujer de la Municipalidad de Cartago.*

Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología

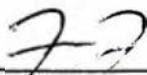
Juliana Sánchez Mora
Paola Solano Durán

Ciudad Universitaria "Rodrigo Facio" Costa Rica
2009

Tribunal examinador



Dra. María Cecilia Claramunt, presidenta del tribunal



Lic. Marina Rivera Vargas, directora



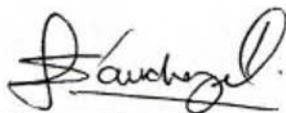
MSc. Teresita Ramellini Centella, lectora



Dra. Elzbieta Malinowski Gajda, lectora



Dra. María Celina Chavarría, Representante de Docentes



Juliana Sánchez Mora, sustentante



Paola Solano Durán, sustentante

Los colores hablan de ti.

Philippe Starck

*Estoy en el centro
de una ciudad muerta
y me anudo las zapatillas rojas...
no son mías.
Son de mi madre.
Transmitidas como una herencia,
pero escondidas como cartas vergonzosas.
La casa y la calle que les corresponden
están escondidas y todas las mujeres también
están escondidas...*

Ana Sexton

Dedicatoria

A todas las mujeres que decidieron...

No hay barrera, cerradura ni cerrojo que puedas imponer a la libertad de mi mente.

Virginia Woolf

Agradecimientos

El más sincero agradecimiento a Marina Rivera por creer en este trabajo, por su tiempo y dedicación.

A Tere Ramellini por su cálido apoyo.

A Elka Malinowski por su gran asesoría, paciencia y amor por los colores.

A Vanessa Smith por su invaluable guía.

*A las grandes protagonistas, las mujeres que aceptaron participar en los grupos,
por su compromiso y entusiasmo.*

*A la Oficina de la Mujer de la Municipalidad Cartago,
en especial a Mariela Vega, por su apertura, compañía y ayuda.*

A Fabiana Zúñiga por las clases de inglés que preparó y ofreció con tanto cariño.

A Juan Pablo Solís por ponernos a disposición su conocimiento.

A todas las personas y seres que directa o indirectamente colaboraron.

*A Pao, por tomarme de la mano (y alzarme
cuando fue necesario) en este camino, gracias
por tus abrazos, ¡te quiero mucho!*

*A Juan por apoyarme desde los primeros
planteamientos, por animarme cuando más lo
necesitaba, por sus enseñanzas
y oportunos aportes.*

*A Marisol por su amistad incondicional, su
tiempo y sus consejos.*

A mi familia por elección: mis amigas y amigos.

*A mi madre, mi padre y mi hermana, porque son
parte de lo que soy.*

*A mis tres fieles amig@s que siempre están
conmigo...*

*A Leo por su amor, su in-condicionable apoyo y
paciencia.*

*A mi gran amiga Juli por su confianza,
dedicación, esfuerzo, empuje, sonrisas, ideas y
demás que acompañaron este proceso tan bello!*

*A mis hermanas del alma (Jenny y Caro) por su
constante apoyo.*

A mis amigas y amigos por existir.

Juliana

Paola

Índice

<i>Tribunal examinador</i>	ii
<i>Dedicatoria</i>	iv
<i>Agradecimientos</i>	v
Índice	vi
Índice de tablas	viii
Índice de figuras	ix
Resumen	xi
Introducción	1
Capítulo I: Marco de Referencia	4
1. Antecedentes investigativos del estudio	4
2. Marco Conceptual	11
2.1. Violencia Doméstica	11
2.2. Autoconcepto	15
2.3. Psicologías Humanistas	19
2.4. Cromoterapia	20
3. Planteamiento del Problema de Investigación	24
4. Hipótesis	24
4.1 Hipótesis Nula	25
4.2 Hipótesis Alternativa	25
5. Objetivos	25
5.1. Objetivo General	25
5.2. Objetivos Específicos	25
Capítulo II: Metodología	26
1. Descripción general de estrategia metodológica	26
2. Definición del procedimiento para seleccionar a las participantes	26
3. Definición de los procedimientos de recolección de información	27
4. Descripción del tratamiento	29
5. Definición de los procedimientos y las técnicas para la sistematización	36
6. Definición de los procedimientos y las técnicas para el análisis de la información	36
7. Criterios para garantizar la calidad de la información	37
8. Precauciones	38
Capítulo III: Resultados y análisis	40
1. Descripción de la muestra	40
2. Niveles de autoestima, satisfacción personal y apoyo social	41
3. Prueba de Hipótesis	45
3.1 Prueba de Hipótesis: Autoestima	45
3.2 Prueba de Hipótesis: Satisfacción Personal	49
4. Análisis y discusión	51
Capítulo IV: Conclusiones y recomendaciones	57
1. Conclusiones	57

2. Recomendaciones.....	59
Bibliografía.....	62
Anexos	68
Anexo 1.....	68
Anexo 2.....	69
Anexo 3.....	71
Anexo 4.....	73
Anexo 5.....	74
Anexo 6.....	77
Anexo 7.....	79
Anexo 8.....	81

Índice de tablas

Tabla 1. Distribución de las entrevistadas según grupo de edad.....	40
Tabla 2. Distribución de las entrevistadas según estado civil	40
Tabla 3. Distribución de las entrevistadas según nivel educativo.....	41
Tabla 4. Distribución de las entrevistadas según profesión u oficio.....	41
Tabla 5. Puntajes promedio entre pre y posprueba para las tres escalas	42
Tabla 6. Diferencias entre grupo experimental y grupo control durante la preprueba	43
Tabla 7. Diferencias en los puntajes promedio	44
entre pre y posprueba, para las tres escalas.....	44
Tabla 8. Diferencias entre grupo experimental y grupo control durante la posprueba	44
Tabla 9. Matriz de correlaciones. Modelo autoestima	45
Tabla 10. Ajuste del modelo para autoestima	46
Tabla 11. Análisis de varianza. Modelo de autoestima.....	47
Tabla 12. Significancia de los coeficientes. Modelo de autoestima.....	48
Tabla 13. Matriz de correlaciones. Modelo satisfacción personal.....	49
Tabla 14. Ajuste del modelo para satisfacción personal.....	49
Tabla 15. Análisis de varianza. Modelo de satisfacción personal	50
Tabla 16. Significancia de los coeficientes. Modelo de satisfacción personal	50

Índice de figuras

Figura 1. Círculo cromático.....	8
Figura 2. Lámparas de colores.....	31
Figura 3. Centros energéticos o chakras.....	33

Índice de gráficos

Gráfico 1. Niveles de autoestima.....	52
---------------------------------------	----

Resumen

Este estudio determina el efecto de la aplicación de la cromoterapia en la autoestima y la satisfacción personal de un grupo de mujeres sobrevivientes de violencia doméstica usuarias de la Oficina de la Mujer de la Municipalidad de Cartago.

Se estimaron los niveles de autoestima y satisfacción personal a través de un diseño experimental con preprueba-posprueba y grupo control, donde las participantes fueron asignadas al azar en los grupos. Se aplicó simultáneamente la preprueba mediante las dos escalas, una por cada variable dependiente. Un grupo recibió el tratamiento experimental de cromoterapia, mientras que el otro se reunió en el mismo horario para recibir clases de inglés. Por último, se administró simultáneamente una posprueba a ambos grupos.

En términos estadísticos, los resultados obtenidos demostraron que la cromoterapia no influyó significativamente en las variables dependientes, sin embargo los puntajes de autoestima y satisfacción personal aumentaron en el grupo experimental durante la segunda medición.

Se propone el uso de enfoques de investigación holistas en la investigación de temáticas de esta índole ya que se encontraron algunas limitaciones relacionadas con el uso de un enfoque exclusivamente cuantitativo.

Introducción

Durante los años ochenta y noventa se han llevado a cabo investigaciones demostrando que la mujer sometida a una relación de violencia tiene graves consecuencias en su salud. La mujer maltratada presenta numerosos síntomas físicos y psicosomáticos, entre los que se encuentran el cansancio y la disminución de su autoestima (Blanco, Ruiz-Jarabo, García, y García, 2004).

La violencia intrafamiliar¹, tal como lo menciona Navarrete (2003, citado por Vía, s.f.) “constituye un fenómeno de la vida social, presente actualmente en todas las sociedades a escala mundial” (p. 2). A nivel nacional, en el año 2004, se registraron 971 casos de violencia intrafamiliar en Cartago, siendo la cuarta provincia con mayor registro de esta problemática (INAMU, 2007). En el 2006 se atendieron 54.807 casos por violencia doméstica, mayormente en San José, Alajuela y Puntarenas (INAMU, 2007). En el primer semestre del 2008 se reportaron 146 denuncias por agresión más que en el mismo lapso del 2007 (La Nación, 13 julio de 2008), lo cual evidencia la urgente necesidad de atender a esta población.

Desde la Psicología se han planteado diversos modelos para comprender la problemática. El modelo ecológico, que concibe la violencia doméstica como un problema complejo y multicausal, resulta más adecuado para el entendimiento de este fenómeno, debido a que plantea la interacción de factores individuales, relacionales, comunitarios y sociales en la producción y mantenimiento de la violencia (Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, 2006).

¹Se tratarán los términos violencia intrafamiliar y doméstica como sinónimos.

Por otra parte, las Psicologías Humanistas proponen las denominadas terapias alternativas y complementarias como abordajes para aliviar las secuelas de la violencia. Las mismas son definidas como terapias que incluyen una serie de filosofías, enfoques y tratamientos de curación que adoptan un punto de vista holístico de la atención, es decir, un tratamiento de la mente, el cuerpo y el espíritu (The Leukemia & Lymphoma Society, 2006). Entre ellas puede incluirse la musicoterapia, la meditación y la cromoterapia.

Ésta última fue reconocida en 1976 como terapia alternativa por la Organización Mundial de la Salud (Balzano, 2006). Definida por Ondina y Álvarez (s.f.) como “una Terapia Humanista de la Psicología, que consiste en utilizar las vibraciones energéticas de los distintos colores del espectro de luz para diagnosticar, prevenir y tratar múltiples desequilibrios energéticos, psíquicos, emocionales y físicos en el individuo” (p. 1). En la cromoterapia se pueden utilizar distintas herramientas con colores para propiciar el fortalecimiento y sanación desde lo interno hacia lo externo de las personas, incluyendo un mejor conocimiento de sí mismas, de sus desbalances psíquicos y emocionales (Brennan, 1990).

Dentro del uso de terapia alternativas y complementarias en sobrevivientes de violencia doméstica, se rescata el modelo piloto de intervención terapéutica diseñado y aplicado por Fernández (2006) en Xalapa, México, el cual consistió en la utilización de la musicoterapia para el aumento de la autoestima en un grupo de mujeres sobrevivientes de violencia doméstica, con resultados muy positivos en dicha población.

Debido a lo anterior consideramos de gran interés para las Psicologías Humanistas el estudio científico de las aplicaciones de la cromoterapia como una alternativa terapéutica

para el tratamiento de las secuelas de la violencia intrafamiliar. Se pretende determinar el efecto de la aplicación de la cromoterapia en la autoestima y la satisfacción personal de un grupo de mujeres sobrevivientes de violencia doméstica usuarias de la Oficina de la Mujer de la Municipalidad de Cartago. Para tal efecto se estimaron los niveles de autoestima y satisfacción personal previo a la aplicación de la cromoterapia y posterior mediante la aplicación de dos escalas autoaplicadas, una por cada variable dependiente, en un grupo experimental y en un grupo de control. Se eligió un diseño experimental con preprueba-posprueba y grupo control para evidenciar las consecuencias de la utilización de la cromoterapia.

En términos estadísticos, los resultados obtenidos demostraron que la cromoterapia no influyó significativamente en las variables dependientes, sin embargo los puntajes de autoestima y satisfacción personal aumentaron en el grupo experimental durante la segunda medición.

Como principal conclusión del estudio de los efectos de la cromoterapia en mujeres sobrevivientes de violencia doméstica, se señalan algunas limitaciones de un enfoque exclusivamente cuantitativo, por lo que se propone el uso de enfoques mixtos.

Capítulo I: Marco de Referencia

1. Antecedentes investigativos del estudio

Se presentarán investigaciones realizadas a nivel internacional con respecto a la *Cromoterapia*, exponiendo el vínculo que se establece entre el color y la persona, ya sea a nivel psicológico como físico. Se expondrán sus múltiples aplicaciones en el ámbito de la salud. En el ámbito nacional no se encontraron antecedentes relacionados con el tema.

Heller (2004), psicóloga y socióloga, llevó a cabo una investigación sobre el color con 2000 personas de diversas profesiones, provenientes de toda Alemania. Se establecieron asociaciones con 160 sentimientos e impresiones distintas con determinados colores. Se les preguntaba a las personas, cuál era su color preferido, cuál era el que menos les gustaba, qué impresiones podía causarles cada color y qué colores se asociaban normalmente a los distintos sentimientos (Heller, 2004).

Como resultado, se mostró que los colores y sentimientos no se combinaban accidentalmente, sino, por “experiencias universales profundamente enraizadas desde la infancia en nuestro lenguaje y nuestro pensamiento” (Heller, 2004, p.17), como también por el simbolismo psicológico y la tradición histórica.

En Estados Unidos, actualmente, un centro para la fotomedicina de la Escuela Médica de Harvard (<http://www.mgh.harvard.edu/wellman>), se dedica a investigar los efectos de la luz en la biología humana y a desarrollar un medio luminoso para el diagnóstico y la terapia

tecnológica mínimamente invasiva. Se indaga cómo la luz interactúa con las moléculas, células, organismos y personas, diseñan nuevas terapias para la práctica y aplicaciones clínicas.

La fotomedicina o fototerapia, de acuerdo a dicho centro, es un método de la cromoterapia, el cual consiste en la aplicación de la luz, para diagnóstico o para tratamientos de diferentes enfermedades. Dicho centro ha aportado bases científicas y metodológicas al estudio de la luz y los colores, para su correcta utilización, tanto en la medicina como en otros campos de la salud.

En el ámbito latinoamericano, la Fundación Universitaria Manuela Beltrán de Colombia, realizó un estudio sobre la aplicación de luz como medio terapéutico. Utilizaron el equipo de cromopuntura² **CROMOTER**. Las patologías estudiadas fueron Asma Bronquial, Síndrome Ansioso, Úlceras de Miembros Inferiores, Déficit Inmunológico y Nódulo de las Cuerdas Vocales³. Se aplicó cromoterapia con el **CROMOTER** a “100 pacientes remitidos a un Departamento de Medicina Tradicional y Natural, durante los meses de enero a octubre del año 2003” (Herrera, Reyes, Broche y Díaz, 2004, p. 92).

El método consistió en la valoración de cada paciente de acuerdo con los criterios diagnósticos de la Medicina Tradicional China, para determinar los elementos energéticos y puntos acupunturales⁴ a tratar. “El **CROMOTER** fue colocado en contacto directo con la piel, puntualmente, para así evitar pérdidas innecesarias de energía luminosa” (Herrera et al,

² Con cromopuntura se refieren a aplicar la luz de color en los puntos del cuerpo utilizados en la acupuntura (Herrera et al, 2004).

³ “El nódulo de cuerda vocal es una pequeña formación redondeada que afecta a una o ambas cuerdas vocales e impide que su cierre sea completo, generando pérdida de aire y disfonía concomitante” (Chinski, 2008, p. 1).

⁴ Zonas del cuerpo humano que trata la acupuntura (Herrera et al, 2004).

2004, p. 92). Se realizaron ciclos de tratamientos de 15 sesiones cada una con aplicación diaria, descansando sábados y domingos.

Los resultados obtenidos, demostraron la efectividad de la terapia. Al finalizar el primer ciclo de tratamiento se disminuyeron o eliminaron los síntomas y signos iniciales en un 87% de los pacientes. Como consecuencia, se recomendó la valoración de la utilización de equipos de dicha naturaleza por profesionales de la salud que atiendan patologías similares a las mencionadas (Herrera et al, 2004).

Por otra parte, en Cuba se llevó a cabo un estudio experimental en el cual “se diseñó una estrategia de investigación-acción para el restablecimiento del nivel de función óptima en pacientes con estrés” (Moreno, Turro y Sánchez, 1999, p. 1). Por medio de un equipo multidisciplinario compuesto por profesionales en medicina, psicología y enfermería, el programa brindaba al paciente la posibilidad de aprender a enfrentar el estrés y reflexionar sobre la necesidad de adoptar un estilo de vida más sano (Moreno et al, 1999, p. 4).

El programa fue estructurado en 2 áreas: el área de crecimiento personal y el área de control del estrés. En el área de crecimiento personal se utilizaron técnicas psicoterapéuticas, didácticas y participativas. Se organizaron atendiendo los siguientes aspectos: conocimiento de sí mismo, autoestima, conocimiento del estrés, sueño, sexo, alimentación, metas, logros, temores y miedo, y estrategias efectivas de comunicación. Mientras en el área de control de estrés se propuso a la persona distintas técnicas para afrontar situaciones generadoras de ansiedad, como el automasaje, fitoterapia, hidroterapia, cromoterapia, técnicas de meditación y de respiración (Moreno et al, 1999). Fue aplicado a más de 120 pacientes durante 3 años con una distribución de 70% de casos con situaciones estresantes familiares y

domésticas y 30% en el trabajo. Las sesiones tuvieron una duración de 2 horas con una frecuencia semanal durante 6 semanas.

Los resultados de este estudio experimental revelaron que el 80% de las personas consideraron positivo el tratamiento y señalaron la necesidad de seguir utilizando dicho programa, pues no exige costo ni recursos adicionales complejos. Además, señalaron que el 95% del total de las personas, promovían actitudes mentales positivas (Moreno et al, 1999).

Igualmente, en Cuba se realizó un ensayo clínico con el objetivo de identificar el color responsable del equilibrio energético y el deficitario en el organismo de pacientes con alteraciones en su estado emocional. Se pretendía comprobar los resultados obtenidos mediante el uso del color deficitario en la ropa y en los alimentos (Reyes y Álvarez, 2001).

Fueron evaluadas 80 personas, mayores de 17 años, de ambos sexos, durante 4 semanas. El método estadístico utilizado fue la prueba de chi cuadrado para probar la existencia de asociación entre la terapia empleada (en sus 2 modalidades; el uso del color en la ropa y en los alimentos) y el estado emocional. A través de un método aleatorio simple se formaron posteriormente 2 grupos de tratamiento de 40 pacientes cada uno (Reyes y Álvarez, 2001).

A todas las personas se les aplicó la prueba visual de equilibrio por los colores de Weiss y Chavelli. Ésta consistía en observar a cada uno de los 12 círculos cromáticos (ver Figura 1) de diferentes colores; cada paciente debía fijar su mirada por un minuto en cada uno de ellos e inmediatamente dirigir la mirada a un papel blanco, donde le debía aparecer de forma

refleja el color complementario⁵. Esto servía para conocer la respuesta del organismo ante un determinado color que lo neutraliza. En caso de no ver el complementario, se suponía que el individuo tenía un déficit de la frecuencia de onda o color en el que fijó la mirada (Reyes y Álvarez, 2001).



Figura 1. Círculo Cromático

De los dos grupos formados, el grupo A fue constituido por pacientes que utilizaron el color complementario en la vestimenta y el grupo B pacientes que utilizaron dicho color en la alimentación, según resultados del test visual descrito anteriormente. Se realizaron pruebas visuales y se evaluaron entrevistas, al inicio en la segunda y cuarta semana con el objetivo de

⁵ Los colores complementarios son aquellos que se encuentran opuestos en el círculo cromático (Heller, 2004).

valorar la capacidad de cada persona de absorber el color indicado en su organismo (Reyes y Álvarez, 2001).

De los pacientes que utilizaron en la vestimenta el color deficitario para su organismo, se observó que al vestirse con ropas del color que se necesitaba fortalecer, el organismo fue capaz de absorber dicha frecuencia vibratoria. En la cuarta semana, el 98% de de las personas participantes lo incorporaron a su cuerpo a través del vestuario, concluyendo que las prendas de vestir actúan como filtros que regulan y determinan la cantidad y calidad de luz y energía que llega al cuerpo (Amber, 1991, citado por Reyes y Álvarez, 2001).

Por otra parte, en las personas que utilizaron en la alimentación el color deficitario en su organismo, se observó que al ingerir comidas de dicho color, a la cuarta semana el 98% fue capaz de absorberlo. De acuerdo con Walker (1998) y Musths (1997) citados por Reyes y Álvarez (2001), el color de la comida tiene una importante función psicofisiológica. Dicho proceso consiste primero en ingerir visualmente la comida, produciendo un efecto en el cerebro a través de la retina del ojo y posteriormente se absorbe durante la digestión. Se concluyó que el uso del color adecuado en el vestuario y en la alimentación, significó un sistema terapéutico eficaz para la salud (Reyes y Álvarez, 2001).

La cromoterapia también ha sido utilizada para la rehabilitación de personas que han sufrido algún trastorno o enfermedad mental. En Chile, Ávalos (2004) planteó un proyecto en el cual “se propone la construcción de un centro de integración social orientado a recibir pacientes psíquicos infanto-juveniles que están estables en su sintomatología, un espacio terapéutico de transición entre el hospital y la vida comunitaria, instancia de paso gradual

entre la enfermedad y la sanidad...” (p. 4). Se propuso utilizar la cromoterapia en ciertos espacios, con el fin de ayudar en la rehabilitación, no sólo para embellecer y animar, sino también “...para resolver necesidades psicológicas de quienes habitan el espacio” (Ávalos, 2004, p.39).

La autora menciona que el color influye sobre el espíritu y el cuerpo, sobre el carácter y el ánimo e incluso sobre los actos de la vida; explica que el cambio de un esquema de color afecta simultáneamente el temperamento y en consecuencia el comportamiento. Así pues, “los colores cálidos (amarillos y rojos) se consideran como estimulantes, alegres y hasta excitantes, y los fríos (verdes y azules) como tranquilizantes y sedantes” (Ávalos, 2004, p.39). Se desconoce si el centro de reintegración social planteado fue construido.

Por otra parte, con respecto a la violencia doméstica, Fernández (2006) propuso un modelo piloto de intervención terapéutica llevado a cabo en la Universidad Veracruzana, de Xalapa, México. El cual incluyó el uso de una técnica alternativa, como la musicoterapia en un grupo de mujeres víctimas de maltrato conyugal con el objetivo de restituir las áreas más afectadas por dicho proceso.

Mediante el uso de instrumentos específicos para cada variable la investigadora comparó el estado de la autoestima, la ansiedad y posibles síntomas depresivos antes y después de aplicar el modelo de tratamiento mencionado. El desarrollo del módulo se llevó a cabo en nueve sesiones semanales con una duración de dos horas cada una (Fernández, 2006).

Dentro de los resultados cabe destacar que a partir del análisis de los instrumentos, la autoestima de las participantes aumentó, lo cual apunta hacia la efectividad de técnicas musicoterapéuticas en esta área (Fernández, 2006).

De acuerdo a las investigaciones consultadas no se hallaron trabajos donde se vincule la cromoterapia a la violencia doméstica. No obstante, considerando los antecedentes mencionados, se evidencia la eficacia que tiene la cromoterapia en la salud mental de las personas, por lo cual la aplicación de dicha terapia en poblaciones afectadas psicológicamente, como lo constituyen las mujeres sobrevivientes de violencia doméstica, puede resultar beneficiosa para el tratamiento de las secuelas.

2. Marco Conceptual

Con el propósito de introducir los objetivos de la investigación, es necesario plantear algunos conceptos básicos. Inicialmente se ubica el fenómeno de la violencia doméstica en el contexto costarricense, así como sus consecuencias en la vida de las mujeres. Posteriormente, se presenta una descripción de las variables de medición, enmarcadas dentro del autoconcepto. Por último, se expone la cromoterapia como una de las técnicas de las Psicologías Humanistas, que contribuye a la comprensión de la estrategia metodológica planteada.

2.1. Violencia Doméstica

Según la Ley No. 7586 de la Violencia Doméstica, ésta se define como:

La acción u omisión, directa o indirecta, ejercida contra cualquier pariente por consanguinidad, afinidad o adopción hasta el tercer grado inclusive, por vínculo jurídico o de hecho o por una relación de guarda, tutela o curatela, y que produzca como consecuencia, el menoscabo de su integridad física, sexual, psicológica o patrimonial. El vínculo por afinidad subsistirá aun cuando la relación que le dio origen haya finalizado (Asamblea Legislativa, Artículo 2, Inciso A de la Ley No. 7586).

Claramunt (1997/2006) amplía la definición refiriéndose a los siguientes puntos:

- a. Cualquier acto abusivo o de negligencia contra niños, niñas, adolescentes, personas adultas, ancianas o con discapacidad, que se presente al interior de una familia biológica o adoptiva, en albergues de cuidado temporal o permanente o en grupos y sectas que funcionan como familias.
- b. Cualquier acto abusivo al interior de la familia o grupo que funcione como familia, cometido por quienes tienen mayor poder y autoridad en contra de personas que tienen una posición de dependencia.
- c. Cualquier acto abusivo entre dos personas adultas que mantienen una relación íntima entre ellas.

La violencia doméstica ocurre cuando hay relaciones desiguales de poder, donde se legitima la violencia afirmando que las víctimas son “objetos que les pertenecen” (Claramunt, 1997/2006). La seriedad de las consecuencias de la violencia doméstica se deriva fundamentalmente de la traición que la víctima experimenta ante el maltrato ejercido por

quien le debía respeto, atención y cuidado. Ocurre en un espacio donde se supone que las personas deben amarse (Claramunt, 1997/2006). A nivel social, refuerza los estereotipos sexuales, perpetúa una cultura que oprime a gran parte de sus integrantes y contradice los valores fundamentales de convivencia armónica (Claramunt, 1997/2006).

Los efectos psicológicos del maltrato son múltiples y varían de persona a persona, y del tipo de abuso recibido. Entre los más frecuentes se encuentran: sentimientos de miedo, tristeza y vergüenza, sentimientos de culpa, dificultades para confiar en otras personas, baja autoestima, dificultades para relacionarse con los demás, dificultades para autoprotegerse, incluyendo ideas e intentos suicidas, dificultad para establecer relaciones íntimas, incluyendo la sexualidad y pérdida del sentido de autoeficacia (Claramunt, 1997/2006). Sin importar cuán severas sean las consecuencias físicas de la violencia, la mayoría de las mujeres encuentran que los efectos psicológicos son aún más prolongados y devastadores (Sagot, 2000, citado por Velzeboer, Ellsberg, Clavel-Arcas, y García-Moreno, 2003).

El concepto de sobrevivientes se ha utilizado para referirse a las personas que han sobrevivido a experiencias traumáticas. Según la teoría del trauma, estas personas pueden *salir intactas* del evento o situación si se privilegian las habilidades y aspectos positivos de ellas (Claramunt, 1997/2006).

Existen diferentes modelos de intervención en la violencia doméstica. Entre ellos se encuentran el modelo intrapsíquico, de expresión, de interacción, de aprendizaje social y el género sensitivo (Ramellini y Mesa, 2004). El modelo ecológico, que concibe la violencia doméstica como un problema complejo y multicausal, resulta más adecuado para la

comprensión de este fenómeno, debido a que plantea la interacción de diversos factores (Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, 2006):

- Individuales: son aquellos aspectos psicológicos, biológicos, culturales, éticos y morales, así como de historia de vida, que aumentan la vulnerabilidad o facilitan mecanismos de respuesta y protección. Aunque no alcanzan para explicar la situación, aportan parte de la comprensión de las circunstancias de cada caso.
- Relacionales: se refieren a los estilos vinculantes, de relación de la pareja, de la familia y de la sociedad, y a aquellas circunstancias pasadas o presentes que influyen en las relaciones.
- Comunitarios: consisten en la existencia y formas de funcionamiento de grupos identitarios cercanos y cotidianos, que actúan como referencia ética y moral.
- Sociales: se tratan de las leyes y normas, los patrones socioculturales, hábitos y costumbres, y sus implicaciones en la organización y estructura de los grupos sociales.

A partir de estos factores el modelo estudia, desde un paradigma de la complejidad, casos concretos de violencia doméstica con el fin de construir el marco referencial de la atención integral. Dicho marco propone los siguientes puntos de partida (Organización Panamericana de la Salud Programa Mujer, Salud y Desarrollo, 2001):

- La interdisciplinariedad para reconocer la complejidad de la realidad en el abordaje de la víctima, agresores, familia, comunidad y sociedad.
- Conocimiento del vínculo entre lo singular de la historia individual y la trama de relaciones sociales en la que esa persona se encuentra.

2.2. Autoconcepto

Se ha interpretado el autoconcepto como un conjunto integrado de factores o actitudes relativos al yo, constituido básicamente por tres elementos: cognitivos (pensamientos), afectivos (sentimientos) y conativos (comportamientos). Es decir, se entiende el autoconcepto como aquello que la persona cree de sí misma y siente sobre sí misma (aunque no corresponda con la realidad) y, que en función de ello, se comporta.

De considerar los tres factores individualmente, podrían identificarse de la siguiente manera: el primer factor como autoconcepto propiamente dicho, el segundo como autoestima y el tercero como autoeficacia (Ramírez y Herrera, s.f.). Por consiguiente, se tratará la autoestima y la satisfacción personal como componentes afectivos y cognitivos del autoconcepto, respectivamente, en los cuales se enfatizará en este estudio.

El autoconcepto se modifica y desarrolla a partir de las experiencias sociales, especialmente con las personas significativas (Ramírez y Herrera, s.f.). De ahí que sea importante incluir el apoyo social percibido como una variable que podría afectar la autoestima y la satisfacción personal de las mujeres participantes. En este sentido, se destaca la relevancia del apoyo que se percibe, más allá del que realmente se recibe, puesto que está relacionado en múltiples estudios de salud mental y física (Cutrona, 1986, citado por Torres, 1990). Los componentes del apoyo social percibido, presentes en la escala de Torres (1990) son: apego, recepción de cuidados, posibilidad de nutrición, sensación de seguridad, posibilidad de obtener consejo y posibilidad de cuidar de otros.

El apoyo social se relaciona con el concepto de redes sociales. Se define red social como un grupo de personas capaces de aportar ayuda y apoyo tan reales como duraderos a

una persona o grupo (Villalobos, 2005). La red es una metáfora que permite hablar de relaciones sociales que aportan contención, sostén, posibilidad de manipulación, tejido, estructura, posibilidad de crecimiento y fortaleza (Pakman, 1995, citado por Villalobos, 2005). Las redes sociales son consideradas tanto como una estrategia para gestionar los riesgos, como una fuente creadora de condiciones para enfrentarlos (Saidón, 1995, citado por Villalobos, 2005).

Las redes sociales se clasifican en redes primarias, secundarias e institucionales (Chandi, 2000). La escala de apoyo social percibido utilizada en dicha investigación, incluye las redes sociales primarias y secundarias que se describen seguidamente. Las redes de apoyo informales o redes primarias están formadas por los miembros de la familia (propia o extensa), así como aquellos no familiares que están alrededor de una persona, (vecinos, amigos y grupos sociales). En las redes secundarias las relaciones se entablan con características más periféricas pero significativas. Se encuentran en grupos recreativos, relaciones comunitarias, religiosas y relaciones laborales o de estudio.

2.2.1 Autoestima

Dado que existen numerosos estudios, artículos y teorías que hablan sobre autoestima, se considera que el planteamiento de Nathaniel Branden (1999) es el más adecuado para la investigación, debido a que se desarrolla bajo el enfoque de las Psicologías Humanistas.

Mruk (1999) menciona que Branden es una de las figuras importantes en la revolución del significado de autoestima de los años sesenta. Es un clínico de orientación humanista, que la define como “estar dispuestos a ser conscientes de que somos capaces de ser competentes para enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida y de que somos

merecedores de felicidad” (Branden, 1999; p.17). Branden afirma que la autoestima es una necesidad básica, por lo que es esencial para el desarrollo normal y sano de las personas, importante para la supervivencia, ya que “sin autoestima positiva, el crecimiento psicológico se ve perturbado” (Branden, 1999, p.18). Según el autor, la autoestima actúa como el sistema inmunológico del espíritu, proporciona resistencia, fortaleza y capacidad de regeneración.

Por otra parte, Branden explica que cuando el nivel de autoestima es bajo, se reduce la resistencia ante los problemas de la vida. Por consiguiente, se tiende a privilegiar el deseo de evitar el dolor sobre el de experimentar alegría. Un nivel bajo de autoestima puede conducir a la persona a conductas autodestructivas como la “dependencia a drogas, alcohol, abandono de la propia salud y la permanencia en relaciones abusivas” (Branden, 1969, citado por Mruk, 1999, p. 122).

En particular, en el caso de muchas mujeres, “el desarrollo de la autovaloración es resultado de relaciones asimétricas de poder y de inequidad, desarrolladas en los ámbitos familiares, escolares, laborales y sociales en general” (López, Apollinaire, Array y Moya, 2006, p. 8). Contribuyen a la generación de sentimientos de inferioridad, poca confianza en sus posibilidades reales, bajo nivel de pretensiones y pobre autodeterminación y autoeficacia.

Kirkwood (1999, mencionado por López y cols 2006), describe:

Las mujeres con una adecuada autovaloración, tienden a ser más independientes, confiadas, optimistas, y están en condiciones más favorables para afrontar conflictos. Establecen relaciones interpersonales más eficaces y

expresivas, así como más íntimas, empáticas y tolerantes; adoptan una posición activa ante la superación de las dificultades (p. 8).

Sin embargo, para las mujeres que son víctimas y sobrevivientes de violencia doméstica, las consecuencias negativas, tanto a nivel físico como psicológico, pueden llegar a ser devastadoras y afectar severamente su autoestima. “Se estima que el 60% de las mujeres maltratadas tiene problemas psicológicos moderados o graves” (Lorente, 2001 citado por Labrador, Fernández y Rincón, 2006, p. 529). Se incluyen síntomas como depresión, sentimientos de ineficacia, dudas sobre la propia capacidad, autoinculpación, pensamientos distorsionados sobre sí mismas y el mundo, así como desconfianza hacia los demás (Taylor, Magnusem y Amundson, 2001 citados por Labrador y cols, 2006).

2.2.2 Satisfacción Personal

De acuerdo a la escala que se utilizará, la satisfacción personal se entiende como: “ser todo lo que se es capaz de ser, el pleno empleo de las propias habilidades y la ampliación máxima de talento” (Davis, 1999, citado por Kirschman, 2006, p. 27). Sin embargo, al revisar los ítems, se considera adecuado referirse a la satisfacción personal desde un punto de vista cognitivo como se describe seguidamente:

... valoración cognitiva personal que realiza una persona de la vida y de los dominios de la misma, atendiendo a la calidad de su vida, a las expectativas y aspiraciones, a los objetivos conseguidos, basada en los propios criterios de la persona y que se realiza de forma favorable (Clemente, Molero y González, 2000, p.189).

Asimismo, Maslow (1943, citado por Kirschman, 2006) plantea, a partir de la Jerarquía de Necesidades, que la satisfacción personal es el resultado de la satisfacción de las necesidades fisiológicas, de seguridad, de pertenencia y amor, de estima y de autorrealización. Aunque la satisfacción personal está constituida por valoraciones y satisfacciones de distintas áreas, el concepto que aquí se utiliza se refiere a la globalidad de la satisfacción con la vida.

El sentido de satisfacción personal es afectado por diversas variables, tanto de índole social y cultural, como personal (Clemente, Molero y González, 2000). Es el resultado de un proceso complejo de evaluación de las experiencias de vida, a través de las cuales se forman predisposiciones, preferencias y metas en la búsqueda de la satisfacción de necesidades (Arita, 2005).

La falta de satisfacción personal es una de las múltiples consecuencias que deja la violencia intrafamiliar en la persona que la vive, y que mayor costo personal tiene para ella (INAMU, 2004).

2.3. Psicologías Humanistas

Sassenfeld (2005) menciona sobre la Psicología Humanista:

Desde sus inicios informales en las primeras décadas del siglo XX, a través de la obra de pensadores y psicoterapeutas como Carl Gustav Jung, Jakob Moreno, Alfred Adler, Wilhelm Reich, Otto Rank, Ludwig Binswanger, Medard Boss, Erich Fromm, Karen Horney, Viktor Frankl, Ronald Laing, Carl Rogers, Frederick Perls y Rollo May, el acercamiento humanista-existencial al trabajo psicoterapéutico

se ha caracterizado por acoger, promover y ocasionalmente intentar integrar una enorme diversidad teórica, clínica y técnica (p.1).

Krippner (1999, citado por Sassenfeld, 2005) aclara entonces lo difícil que puede ser el presentar un modelo único de Psicología Humanista, ya que cada descripción es reflejo de los antecedentes y los intereses de su autor. Indica que “es más apropiado referirse a las Psicologías Humanistas, reconociendo las contribuciones características por el énfasis en la importancia de los valores, la creatividad, las potencialidades humanas y la intencionalidad” (p.2).

Dichas Psicologías Humanistas “también comparten una concepción semejante de la naturaleza del ser humano que se manifiesta de distintas maneras en la práctica psicoterapéutica” (Kriz, 1985, citado por Sassenfeld, 2005, p.2). Schultz y Schultz (2002) aseveran que “sus teorías destacan las fortalezas y aspiraciones humanas, la libre voluntad consciente y la realización de nuestro potencial” (p. 297). Representan “una imagen halagadora y optimista de la naturaleza humana y describen a las personas como seres creativos y activos que se interesan en el crecimiento y la autorrealización” (p. 297).

2.4. Cromoterapia

El componente fundamental de la cromoterapia es el color, influido a su vez por la iluminación, que modifica su intensidad y por consiguiente su potencial psicológico. El color produce un efecto fisiológico en la retina del ojo que activa tres tipos de fotorreceptores, debido a que el sistema visual humano utiliza los sistemas tricromáticos y de colores oponentes para codificar la información relativa al color (Carlson, 1996). Tosar (2007) afirma que cada color emite ciertas vibraciones características, éstas llegan de diferente manera y

producen por ende efectos distintos. Por su naturaleza de energía vibratoria, el color produce frecuencias específicas y longitudes de onda exactas; así, cuando la luz vibra a un nivel concreto, hace que se libere un color propio, entre los 400 nm (luz violeta) y los 700 nm (luz roja). El científico Nassau (2002) manifiesta que los colores, aparte de tener longitud de onda medida en nanómetros, poseen una frecuencia medida en Hertz y energía medida por electronvoltios.

La percepción del color es una experiencia subjetiva; “el color no es otra cosa que el resultado que da la medida que hace el ojo y la interpretación del cerebro de la longitud de onda, la frecuencia o la energía dominante de una onda luminosa” (Nassau, 2002, p. 9). En este proceso los factores psicológicos y fisiológicos desempeñan un papel significativo (Nassau, 2002).

Heller (2004) nombra 13 colores psicológicos, es decir, los colores primarios (rojo, amarillo y azul), los colores secundarios (verde, anaranjado y violeta), mezclas subordinadas (rosa, gris y marrón) y otros como el blanco, negro, dorado y plateado. Menciona que “cada color puede producir muchos efectos distintos, a menudo contradictorios, pues cada color actúa en cada ocasión de manera diferente” (Heller, 2004, p.17), lo cual muestra la importancia del contexto para el efecto del color; “el efecto de cada color está determinado por su contexto, es decir, por la conexión de significados en la cual percibimos el color” (Heller, 2004, p.18).

Asimismo, señala que el trasfondo psicológico e histórico permite explicar qué efectos de los colores están sujetos a una cierta regularidad. Afirma que existen dos reglas básicas, la primera que el mismo color tiene un efecto completamente distinto si se combina con otros

colores y la segunda que si un color se combina con el negro, su significado positivo se convierte en el significado contrario (Heller, 2004).

Amber (1991, p. 133) enuncia que:

- La vida es color, cada órgano tiene un color específico.
- Cada color posee inteligencia y polaridad.
- Cada color conoce su papel funcional y obra selectivamente.
- Cada color obra individual y colectivamente.
- El color es el alimento adecuado, en el lugar adecuado en el momento adecuado (p. 133).

La curación con color, denominada como cromoterapia, consiste en la utilización de determinadas longitudes de onda (colores) en el cuerpo humano para sanar y prevenir patologías. Se afirma que probablemente fue el primer tipo de terapia utilizada por las personas, como método proporcionado por la naturaleza para mantener el equilibrio del organismo (Kochevar, 1981, William y Vulgaris, 2003 y Gollnick, 2001, citados por Herrera, Reyes y Romero, 2004).

Su finalidad es cambiar o mantener las vibraciones del cuerpo en aquella frecuencia que significa salud, tranquilidad y armonía. Estos rayos de color pueden ser visibles e invisibles al ojo humano y se pueden aplicar al cuerpo ya sea físicamente, a través de una exposición determinada a los rayos de luz en sí, o mentalmente, por medio de técnicas de sugestión, visualización o meditación (Balzano, 2006).

No posee efectos secundarios, ni tampoco constituye un factor de tensión para el cuerpo, pues va directamente a restablecer el equilibrio entre las energías vibrantes, activando los diferentes órganos, glándulas y sistemas (Balzano, 2006).

Hunt (1975) asevera que "...siempre ha sido empleada la sabiduría del color para establecer equilibrio y armonía, para calmar y sostener, para sanar y restaurar, y para crear otra vez" (p.19). Dicho conocimiento fue utilizado en el antiguo Egipto, India y China.

Las bases científicas de la cromoterapia se han encontrado básicamente en la Química Orgánica. Albert Saint Jorge (citado por Herrera et al, 2004), reconoció cuán profundamente la luz y el color afectan a los seres vivos; descubrió cómo muchas enzimas y hormonas reaccionaban ante determinados colores. La radiación, absorbida por las moléculas (cromóforos, las que absorben luz) en la piel, inicia una respuesta biológica. Cada fotón absorbido sólo activa una molécula, la cual pasa a un estado de excitación, iniciando procesos bioquímicos complejos como reparación enzimática, regeneración de flujos de iones, iniciación de la replicación de ADN, entre otros, que culminan en efectos celulares produciendo efectos biológicos observables.

Dinshah P. Ghadiali es conocido como el investigador, médico, químico y físico que sentó las bases de la cromoterapia moderna. En el año 1933 diseñó un sistema de cromoterapia basado en el uso de 12 colores y luz eléctrica, al que llamó **Sistema Espectro Cromático**, en el cual indicó tratamientos de dieciséis enfermedades por combinaciones de luces de colores (de La Ossa, Lozano y Sancho, 2003).

Déribéré (1964) así como Cocilovo y Rosen (1999) se refieren a los efectos fisiológicos de los colores, como calmar, mejorar la digestión o activar el organismo. La luz roja ha sido

una de las más utilizadas, se dice que fue manipulada por médicos en la edad media para tratar la viruela y otras infecciones eruptivas como sarampión y varicela. También se descubrió que el azul produce sosiego y adormecimiento, así como el verde es ideal para enfermedades nerviosas y trastornos psicopáticos (Rancoule, 1935, citado por Délibéré, 1964).

Los efectos psicológicos de la cromoterapia se pueden clasificar como indirectos o directos. Los directos son los que hacen que un ambiente u objeto parezca alegre, triste, ligero, caliente, frío, y los indirectos se vinculan con las relaciones afectivas, asociaciones subjetivas u objetivas debidas al efecto del color (Délibéré, 1964).

Por ejemplo, Zurita (s.f), menciona que Nash, doctor en Ciencias de la Universidad de Loyola de Chicago, investigó cómo la luz de determinados colores contribuye a la reducción y balance de ciertos comportamientos negativos como la hiperactividad en escuelas y la agresión en las prisiones.

3. Planteamiento del Problema de Investigación

La violencia doméstica afecta el autoconcepto, tanto de las mujeres víctimas como sobrevivientes, expresado en su baja autoestima y satisfacción personal. Por consiguiente, ¿puede la cromoterapia tener algún efecto positivo en la autoestima y la satisfacción personal de un grupo de mujeres sobrevivientes de violencia domestica?

4. Hipótesis

La aplicación de la cromoterapia en un grupo de mujeres sobrevivientes de violencia doméstica aumentará su autoestima y satisfacción personal.

4.1 Hipótesis Nula

La aplicación de la cromoterapia en un grupo de sobrevivientes de violencia doméstica no aumentará su autoestima y satisfacción personal.

4.2 Hipótesis Alternativa

El apoyo social en un grupo de mujeres sobrevivientes de violencia doméstica, aumenta su autoestima y su satisfacción personal, o viceversa.

5. Objetivos

5.1. Objetivo General

Determinar el efecto de la aplicación de la cromoterapia en la autoestima y la satisfacción personal de un grupo de mujeres sobrevivientes de violencia doméstica usuarias de la Oficina de la Mujer de la Municipalidad de Cartago.

5.2. Objetivos Específicos

- Estimar los niveles de autoestima y satisfacción personal de las mujeres sobrevivientes de violencia doméstica antes de la aplicación de la cromoterapia.
- Aplicar cromoterapia en el grupo de mujeres sobrevivientes de violencia doméstica.
- Estimar los niveles de autoestima y satisfacción personal de las mujeres sobrevivientes de violencia doméstica después de la aplicación de la cromoterapia.
- Determinar los efectos que tuvo la aplicación de la cromoterapia en la autoestima y la satisfacción personal de las mujeres participantes.

Capítulo II: Metodología

1. Descripción general de estrategia metodológica

Se trata de un diseño experimental en 2 tiempos, antes y después de la aplicación de la cromoterapia con preprueba-posprueba y grupo control (Hernández et al, 2006), donde previo a la asignación al azar en los grupos se les aplicó una preprueba. Un grupo recibió el tratamiento experimental de cromoterapia, mientras que el otro se reunió en el mismo horario para recibir clases de inglés. Por último, se le administró simultáneamente una posprueba a ambos grupos. El diseño se diagrama de la siguiente manera:

RG ₁	O ₁	X	O ₂
RG ₂	O ₃	_	O ₄

El grupo control estuvo constituido por siete mujeres y el grupo experimental por ocho. Sin embargo, desertó una persona en el grupo control y dos en el grupo experimental, para un total de doce participantes en toda la investigación.

El alcance del estudio es correlacional-causal puesto que se midió la relación entre la aplicación de la cromoterapia y el aumento en los niveles de autoestima y satisfacción personal (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

2. Definición del procedimiento para seleccionar a las participantes

Se trató de una muestra no probabilística a conveniencia, debido a que se requería seleccionar participantes que fueran sobrevivientes de violencia doméstica. Se decidió acudir a la Oficina de La Mujer ubicada en Cartago, donde se atienden mujeres en dicha condición y existía la disponibilidad para probar la aplicación de la cromoterapia.

Los criterios de inclusión para las participantes en este estudio fueron:

- Ser una mujer sobreviviente de violencia doméstica que acuda a la OFIM de Cartago.
- Ser mayor de edad.
- Saber leer y escribir, debido a que las escalas son autoaplicadas.
- Disposición e interés de asistir puntualmente a la totalidad de las sesiones planteadas.

Los criterios de exclusión:

- No asistir a dos sesiones de cromoterapia.
- Continuar en una relación de violencia doméstica.

3. Definición de los procedimientos de recolección de información.

Los cuestionarios fueron autoaplicados durante las sesiones dedicadas a la preprueba y posprueba, donde se encontraron las participantes del grupo control y experimental, en grupos separados.

Los pasos para la recolección de los datos requeridos fueron los siguientes:

1. Recolección de datos sociodemográficos: se adjuntó a las escalas de las prepruebas un cuestionario para obtener los datos sociodemográficos (Ver Anexo 1).
2. Administración de prepuebas:
 - a. Las redes de apoyo fueron medidas como variables control puesto que los niveles de autoestima y satisfacción personal pudieron estar influenciados por las redes de apoyo con que contaban las participantes en el estudio. Para esto, se utilizó la Escala de Apoyo Social Percibido, validada para Costa Rica por Torres (1990), que consiste en 24 ítems, donde se miden las siguientes provisiones sociales: apego, recepción de cuidado, posibilidad de nutrición, sensación de seguridad, posibilidad de obtener consejo,

posibilidad de cuidar de otros. La escala de medición es una escala Likert de cuatro puntos, donde 1 (uno) es *muy de acuerdo* y 4 (cuatro) corresponde a *muy en desacuerdo*. Un alto puntaje en cada una de ellas y en total, significa que la persona dice contar con apoyo social (Ver Anexo 2).

b. Escala de Satisfacción Personal, validada para Costa Rica por Kirschman (2006), que consta de 17 frases relacionadas con situaciones, experiencias o sentimientos que las personas tienen con respecto a su vida actual. Se trata de una escala Likert de seis puntos, donde 1 (uno) significa *totalmente en desacuerdo* y 6 (seis) *totalmente de acuerdo*. El promedio de las respuestas a dichos ítems fue utilizado como indicador del nivel de satisfacción personal, donde los altos puntajes indican altos niveles de satisfacción. (Ver Anexo 3).

c. La Escala de autoestima de Rosenberg, validada por Smith (2003, 2005) para Costa Rica, compuesta por 8 reactivos. Se presenta como una escala tipo Likert de 4 puntos, donde 1 (uno) se puntúa como *muy de acuerdo* y 4 (cuatro) como *muy en desacuerdo*. Los ítems negativos se codificaron en reverso, para que el total de las puntuaciones reflejaran altos o bajos niveles de autoestima (Ver Anexo 4).

3. Tratamiento: consistió en la aplicación de cuatro sesiones grupales de cromoterapia con una duración de 2 horas semanales (Ver Anexo 5), donde se realizó:

1. Una breve introducción de la técnica.
2. Aplicación de la técnica.
3. Retroalimentación por parte de las mujeres participantes y cierre.

El grupo control se reunió en el mismo horario y durante igual número de sesiones pero no recibió el tratamiento, sino que recibió un curso de inglés.

Tanto el grupo experimental como el grupo control, se reunieron en espacios distintos cada semana, dependiendo de la disponibilidad del espacio físico con que contara la institución.

4. Administración de posprueba

a. Escala de apoyo social percibido

b. Escala de satisfacción personal.

c. Escala de autoestima.

5. Evaluación del tratamiento por parte de las participantes: se realizó con el objetivo de obtener retroalimentación por parte del grupo experimental para nuevas aplicaciones en el futuro.

4. Descripción del tratamiento

A continuación se describen las 4 técnicas de curación con color utilizadas en las sesiones de cromoterapia, respectivamente.

El ideal de la curación con colores se simboliza mediante el arco iris, pues tal como éste, una persona saludable debe distribuir todas las energías, longitudes de onda y colores de manera equilibrada (Graham, 2002; p.63). Es necesario que en primera instancia la persona sea consciente del color, los efectos e influencias sutiles sobre su vida y desarrolle así lo que se podría llamar la conciencia del color.

De ahí que la primera técnica implementada tenía como objetivo conocer el acercamiento al tema de los colores por parte de las participantes, para que despertaran conciencia de los

colores. La misma consistió en identificar los colores que forman parte de su vida y las experiencias que se asocian a éstos, para lo cual se plantearon las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el color con que usualmente vistes?
- ¿De qué color es tu cuarto?
- ¿De qué color es la zona donde prefieres estar en tu casa?
- ¿Cuáles colores tiene usualmente tu comida?
- ¿Existen colores que te provocan sensaciones o sentimientos?
- ¿Cuál es el color que menos te gusta?
- ¿Cuál es tu color favorito?

Mediante esta técnica se conoció el nivel de resonancia que tenían los colores, donde su aversión sugiere que no se está resonando con ellos y, por lo tanto, la persona no funciona efectivamente con respecto a dichas frecuencias (Graham, 2002).

La segunda técnica cromoterapéutica consistió en proyectar luz de color a las mujeres. La luz se suele aplicar en diversas partes del cuerpo utilizando algún aparato para tal efecto. En este caso, se realizó mediante lámparas con filtros (ver Figura 2) para producir colores de todas las longitudes de onda y frecuencias. La distancia media para la aplicación de la energía luminosa es de entre 5 y 10 centímetros. El tiempo de aplicación de cada color varía entre 20 y 40 segundos, aunque puede llegar a un minuto, incluso dos, para casos que así lo requieran. El orden de los colores debe depender de cada caso, y no debe ser alterado (Braham, 2002).

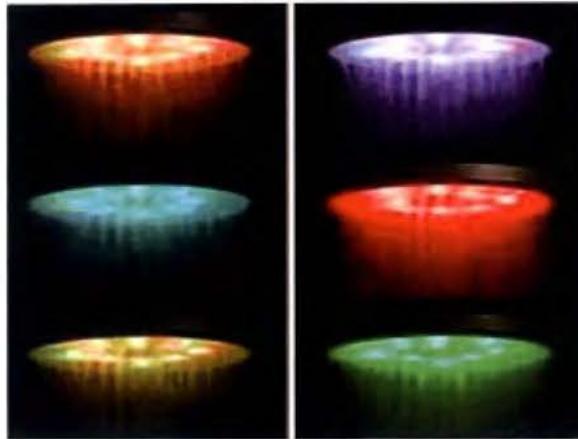


Figura 2. Lámparas de colores

Bajo una lámpara forrada con papel de color, se acomodaron las mujeres, sentadas y erguidas. El tratamiento comenzó por energizar las funciones básicas del organismo mediante la limpieza del aura⁶ que, por lo general, se realiza con una aplicación de cuarenta (40) segundos de color azul y, en casos de personas muy debilitadas, con treinta (30) segundos de amarillo. Enseguida, se activó el sistema nervioso periférico con el color azul, recorriendo la columna vertebral desde el cuello hasta el cóccix, con movimientos ascendentes y descendentes, durante treinta (30) segundos. Después se aplicó en el sistema nervioso central con colores verde, azul y rosa, también a lo largo de la columna vertebral, desde la región sacro-lumbar hasta el encéfalo, con movimientos sólo ascendentes (la luz desciende por el lado derecho de la persona antes de subir nuevamente), durante treinta (30) segundos cada color (Graham, 2002).

Se completó con la proyección de 30 segundos de azul en torno a la cabeza, y de veinte (20) segundos de celeste en la región frontal. Posteriormente se aplicó el color azul en el tórax durante treinta (30) segundos en zigzag (en casos de dolor de cabeza, problemas en los

ojos u oídos, se recomienda reforzar la región frontal con veinte (20) segundos de aplicación de color amarillo, el cual no fue aplicado a ninguna participante) (Graham, 2002).

Una vez finalizada la anterior aplicación, cada mujer escogió cuarenta segundos de exposición del color de su preferencia.

La antepenúltima sesión se dedicó a la visualización con color, la cual consiste en formar imágenes en la mente y se emplea extensamente en la curación con colores.

“El proceso de visualización crea activamente. En la visualización creas una imagen en tu mente y le das energía. Si continúas manteniéndola con claridad en tu mente y le proporcionas energía, al final la creas en tu vida; así les das forma y sustancia. Entre más clara la imagen y más energía emocional le proyectas, más podrás crearla en tu vida” (Brennan, s.f.; citado por Graham, 2002; p. 59).

Al imaginar un color, se producen vibraciones de cierta frecuencia, las cuales, cuando se dirigen a los chakras⁷ (ver Figura 3), pueden producir diversos efectos psicológicos y físicos. Asimismo, la meditación y visualización con colores, fortalece la energía corporal y aumenta las propiedades curativas.

⁶ Emanación de energía radiante que rodea al cuerpo en todas las direcciones y se extiende cierta distancia de su superficie, representa la suma total de la energía emitida por los centros energéticos del cuerpo o chakras (Graham, 2002; p.35).

⁷ Centros energéticos del cuerpo, considerados como transmisores o transformadores de energía, vibran a una determinada frecuencia y distribuyen energía a todo el cuerpo. La energía en forma de luz es atraída a la parte



Figura 3. Centros energéticos o chakras

A continuación se describe el proceso de visualización realizado con el grupo de mujeres.

Inicio:

1. Con los ojos cerrados, sentir cómo la radiante energía luminosa inunda el cuerpo como un flujo de vida.
2. Mentalizar los siete rayos de color penetrando en el cuerpo e impregnando de rosado, anaranjado, amarillo, verde, azul, índigo y violeta todas las células y tejidos del cuerpo.
3. Relajarse, dejar que toda la estructura física se distienda en suave abandono.

Primera etapa:

inmaterial del cuerpo, la cual actúa como un prisma, descomponiéndola en siete corrientes que corresponden a las bandas de frecuencia del espectro de colores.

1. En postura erguida, exhalar por la nariz todo el aire de los pulmones, contrayendo el abdomen.
2. Inhalar contando hasta siete y visualizar el color rosa bañando primero desde el estómago a los genitales, y desde ahí elevándose hasta la nuca.
3. Exhalar contando hasta siete. Hacer una pausa de un segundo.
4. Recomenzar hasta completar tres series.

Segunda etapa:

Repetir los puntos de la primera etapa (uno a cuatro), pero ahora visualizando el color dorado expandiéndose por el tórax y después subiendo hasta la cabeza.

Tercera etapa:

Repetir los puntos de la primera etapa (uno a cuatro), visualizando el color azul penetrando por la garganta, dando una vuelta por el plexo solar y después subiendo hasta el tope del cráneo.

Cuarta etapa:

Sentir los tres colores (rosado, dorado y azul) reunidos en el corazón, mentalizando e irradiando vigor y salud para que el cuerpo físico de la persona que lo practique y reproduzca en la vida diaria.

Final:

Después de una pausa de un segundo, se respira con el mismo ritmo de inhalación-exhalación, se visualiza una pacificadora luz blanca en pies, piernas, manos, brazos y cara. Asimismo repetir las siguientes oraciones: "La luz blanca del sol irradia sus siete colores sobre

mis células, dándoles vida y energía. Agradezco y gozo de mi radiante salud. Soy feliz y sana, e irradío bondad, felicidad y salud a todos los seres vivientes”.

Para cerrar la sesión se realizó una meditación con los colores que se describe a continuación:

Visualice una pradera llena de flores de colores. Diríjase a las flores y mírelas, vea cuantas tonalidades diferentes hay. Mientras camina por el campo verá un río o arroyo que corre por el medio de la pradera. Vaya a la orilla del río o arroyo y siéntese. El agua es muy transparente y usted puede observar los peces y otras especies acuáticas. El cielo es muy azul. Mientras está sentada a la orilla del río o arroyo trate de seguir el movimiento del agua y de los peces. Está completamente relajada y no siente miedo. Cuando siente la necesidad de meterse al agua, entra y se deja flotar a la deriva como un pez. Preste atención a todo lo que encuentra en su camino. Tómese su tiempo para esta expedición. Cuando llegue el momento de marcharse vaya y siéntese a la orilla nuevamente y repase mentalmente sus experiencias. El cielo ha cambiado y siente una atmósfera diferente. Mira hacia arriba y ve un arcoíris maravilloso en el horizonte. Ahora todos los colores están muy nítidos. Trate de armonizar con los colores del arcoíris. Permanezca allí todo el tiempo que desee.

Para finalizar el tratamiento se implementó la respiración con color. Se inició con un ejercicio de relajación corporal tradicional, basado en la contracción y distensión de los músculos del cuerpo, iniciando por los pies y terminando con los músculos faciales. Así se logró proporcionar relajación y un ambiente propicio para que las mujeres visualizaran aire con color que inhalarían posteriormente.

5. Definición de los procedimientos y las técnicas para la sistematización

Una vez que se recopiló la información en los cuestionarios, se elaboró el Manual de Codificación respectivo.

6. Definición de los procedimientos y las técnicas para el análisis de la información.

Para preparar los análisis principales, se realizaron en primera instancia los análisis estadísticos descriptivos de las personas evaluadas, esto en términos de las variables analizadas. Los niveles de autoestima y satisfacción personal antes y después de la terapia y, entre el grupo control y el grupo experimental, fueron comparados mediante dos análisis de covarianza (uno para cada variable dependiente) de 2 x 2 (antes vs. después de la cromoterapia por grupo control vs. experimental) con la variable redes de apoyo como covariante, a través de un modelo de regresión.

El análisis de la covarianza (ANCOVA) combina las ventajas e integra en un solo procedimiento dos métodos de gran aplicabilidad: el análisis de la regresión y el análisis de varianza (Fisher, 1925, citado por Balluerka y Vergara, 2002). En este tipo de análisis se incluyen tres tipos de variables: independiente (cromoterapia), dependientes (autoestima y satisfacción personal) y covariables o variables extrañas no sometidas a investigación (apoyo social) y cuyos efectos se pretenden controlar mediante procedimientos estadísticos (Pascual, 1995 citado por Balluerka y Vergara, 2002). A continuación se describe el análisis de covarianza realizado.

En primer lugar, se analizaron las correlaciones entre las variables dependientes, la variable independiente y la covariable, para determinar la asociación existente entre éstas y la viabilidad de proponer un modelo de relación causal.

En segunda instancia, se corrieron dos modelos de regresión, uno para cada variable dependiente, para determinar el efecto de la variable independiente (factores) y covariable sobre las variables dependientes. De esta manera, se obtuvo un coeficiente de correlación múltiple que representa la proporción de varianza de las variables dependientes explicada por la variable independiente y la covariable (Balluerka y Vergara, 2002), es decir, se determinó la bondad de ajuste del modelo propuesto.

Posteriormente se utilizó un análisis de varianza (ANOVA) para determinar si el modelo estaba correctamente especificado. Así, se puso a prueba su significancia para demostrar la existencia de una relación causal entre la variable predictora y las variables dependientes.

Finalmente, se analizó la significancia de los coeficientes para determinar la relación y efecto de la variable independiente y covariable para con las variables dependientes.

Para dichos cálculos se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), versión 17. Además, las sesiones fueron registradas mediante el uso de grabadoras de voz, como recurso para describir en general el tratamiento.

7. Criterios para garantizar la calidad de la información.

Con el fin de garantizar la calidad de la información se utilizaron escalas elaboradas previamente para medir las variables independientes seleccionadas, que estuvieran adaptadas al contexto nacional y tuvieran en cuenta los factores de falibilidad asociados a este tipo de instrumentos, tales como la deseabilidad social, la falta de estandarización y las fallas mecánicas.

Se evitó que los instrumentos fueran incomprensibles para las participantes, mediante el criterio de inclusión mencionado sobre su capacidad de leer y escribir. Además, los instrumentos son adecuados para población adulta.

La escala de satisfacción personal que se utilizó había presentado “un Alfa de Cronbach adecuado de 0.8548, lo cual indica que mide consistentemente una sola dimensión” (Kirschman, 2006, p. 51) durante su aplicación en mujeres afrodescendientes, por lo tanto cumplía con los criterios de confiabilidad necesarios. De igual manera, la escala de apoyo social percibido en el estudio dirigido por Torres (1990) en una muestra de estudiantes universitarios, había arrojado un alfa de Cronbach de 0.88, lo cual representa una confiabilidad satisfactoria. En Costa Rica, Smith (2003, 2005), reporta confiabilidades de la escala de Rosenberg superiores a .70 en población adolescente.

Se aplicó la escala de apoyo social percibido para considerar una variable externa al experimento que pudiera afectar a las variables dependientes.

8. Precauciones

Debido a que el experimento implicó la participación de seres humanos, mujeres en este caso, se solicitó un consentimiento informado específico para el grupo experimental y control (Ver Anexos 6 y 7). Con el fin de mantener la confidencialidad de las participantes, los instrumentos se aplicaron de forma anónima.

Después de utilizar la información de las grabaciones de voz de las sesiones, se eliminaron los registros para proteger a las participantes en la investigación.

La Oficina de la Mujer de la Municipalidad de Cartago se comprometió a brindar a las participantes del grupo control una intervención posterior al experimento, como compensación terapéutica, basada en los principios éticos de la práctica de la Psicología.

Capítulo III: Resultados y análisis

Este capítulo presenta los resultados obtenidos mediante los instrumentos de recolección de información, a saber: escala de autoestima, escala de apoyo social percibido y escala de satisfacción personal.

El objetivo de este apartado es describir la muestra, exponer los niveles de autoestima, satisfacción personal y apoyo en la preprueba y posprueba en ambos grupos, y señalar los resultados de la prueba de hipótesis, es decir, la correlación entre la aplicación de la cromoterapia y las variaciones en los niveles de autoestima y satisfacción personal en mujeres sobrevivientes de violencia doméstica.

1. Descripción de la muestra

Tal como se muestra en la tabla 1, de las 12 mujeres participantes en el estudio, todas son adultas, la mayoría de ellas tenían más de treinta años. Es decir se trata de una muestra de mujeres adultas.

Tabla 1. Distribución de las entrevistadas según grupo de edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18 a 29	1	8,3
30 a 39	4	33,3
40 a 49	5	41,7
50 en adelante	2	16,7

Asimismo, la tabla 2 muestra que la mitad de la población participante convive con una pareja, mientras que la otra mitad no lo hace.

Tabla 2. Distribución de las entrevistadas según estado civil

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	1	8,3
Casada	4	33,3
Unión Libre	2	16,7

Separada	3	25,0
Divorciada	1	8,3
Viuda	1	8,3

La tabla 3 por otra parte, señala que la mayoría de las participantes tenía un nivel de educación formal medio, puesto que llegaron a la secundaria, aunque no la concluyeron.

Tabla 3. Distribución de las entrevistadas según nivel educativo

Educación	Frecuencia	Porcentaje
Primaria Completa	3	25,0
Secundaria Incompleta	8	66,7
Secundaria Completa	1	8,3

Por último, la tabla 4 demuestra que el oficio que más identifican las mujeres fue el de ama de casa, seguido por los oficios ocasionales, tales como presentadora de eventos, vendedora de lotería y artesana.

Tabla 4. Distribución de las entrevistadas según profesión u oficio

Profesión u Oficio	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	5	41,7
Microempresaria	1	8,3
Artesana	1	8,3
Presentadora de eventos	1	8,3
Parrillera	1	8,3
Vendedora de lotería	1	8,3
Ama de casa y presentadora de eventos	1	8,3
Ama de casa y microempresaria	1	8,3

2. Niveles de autoestima, satisfacción personal y apoyo social

Los niveles de autoestima, satisfacción personal y apoyo social, se midieron mediante las escalas de apoyo social percibido, validada para Costa Rica por Torres (1990), la escala de satisfacción personal, validada para Costa Rica por Kirschman (2006), y la escala de

autoestima de Rosenberg, validada por Smith (2003, 2005) para Costa Rica. Dichas escalas se puntuaron en un rango del 0 al 100, donde un alto puntaje indica un nivel alto de la variable en cuestión, y un puntaje bajo revela lo contrario.

Los resultados se presentan en varias tablas, donde se muestra el puntaje total obtenido en las variables dependientes (autoestima y satisfacción personal) y la covariable (apoyo social percibido), en cada tipo de prueba y en el respectivo grupo de análisis (tabla 5).

Tabla 5. Puntajes promedio entre pre y posprueba para las tres escalas

Estadístico Grupo		Preprueba			Posprueba		
		Apoyo	Satisfacción	Autoestima	Apoyo	Satisfacción	Autoestima
Media	Grupo experimental	60,66	50,00	52,09	72,47	58,43	77,79
	Grupo control	77,33	56,47	82,66	76,17	75,29	81,96
	General	69,00	58,24	67,37	74,32	66,86	79,88
Desv. típ.	Grupo experimental	7,49	23,18	33,21	9,56	10,08	9,38
	Grupo control	16,55	12,69	14,77	13,96	17,81	14,11
	General	15,02	19,78	29,24	11,57	16,37	11,63
Mínimo	Grupo experimental	55,57	23,53	8,34	56,96	43,53	70,85
	Grupo control	62,51	41,18	62,51	59,73	44,71	58,35
	General	55,57	23,53	8,34	56,96	43,53	58,35
Máximo	Grupo experimental	75,02	77,65	87,52	84,74	74,12	91,69
	Grupo control	98,63	76,47	100,02	95,85	94,12	95,85
	General	98,63	77,65	100,02	95,85	94,12	95,85
N	Grupo experimental	6	6	6	6	6	6
	Grupo control	6	6	6	6	6	6
	General	12	12	12	12	12	12

En la tabla 6 se expone la diferencia inicial entre los dos grupos, donde la mayor desigualdad se encuentra en la variable de la autoestima, con un valor de 30.56.

Tabla 6. Diferencias entre grupo experimental y grupo control durante la preprueba

	Apoyo	Satisfacción	Autoestima
Media	-16.67	-16.47	-30.56
Desv. típ.	-9.06	10.50	18.44
Mínimo	-6.95	-17.65	-54.18
Máximo	-23.62	1.18	-12.50
N	12	12	12

*Diferencias: grupo experimental - grupo control

Como se demuestra, los grupos iniciaron en condiciones desiguales aunque se utilizaron criterios de inclusión para garantizar la equivalencia de los mismos y fueron distribuidos de forma aleatoria, mediante la técnica de los trozos de papel.

El objetivo del grupo control en un experimento es lograr la validez interna, mediante el uso de varios grupos de comparación y la equivalencia de los mismos, excepto, en la manipulación de la variable independiente (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Sin embargo, el grupo control presenta puntuaciones más altas en la primera medición, en las tres escalas, con respecto al grupo experimental. Por lo tanto se convierte en una fuente de invalidez interna para la investigación.

Continuando con la descripción de los resultados, en la tabla 7, se exponen las diferencias de puntajes promedio entre pre y posprueba para las escalas.

Tabla 7. Diferencias en los puntajes promedio entre pre y posprueba, para las tres escalas

Estadístico	Grupo	Escala		
		Apoyo	Satisfacción	Autoestima
Media	Grupo experimental	-11.81	-8.43	-25.70
	Grupo control	1.16	-8.82	0.69
Desv. Típ.	Grupo experimental	-2.07	13.10	23.83
	Grupo control	2.59	-5.12	0.66
	General	3.45	3.42	17.61
Mínimo	Grupo experimental	-1.39	-20.00	-62.51
	Grupo control	2.78	-3.53	4.17
	General	-1.39	-20.00	-50.01
Máximo	Grupo experimental	-9.72	3.53	-4.17
	Grupo control	2.78	-17.65	4.17
	General	2.78	-16.47	4.17

*Diferencias: preprueba-posprueba

Las diferencias negativas indican que el puntaje promedio fue mayor en la posprueba. Esto sucede principalmente para el grupo experimental a excepción de la satisfacción, la cual aumentó en el grupo control.

Por otro lado, la autoestima en el grupo experimental fue la variable que reflejó mayor aumento con 25.70 puntos más que en la preprueba, seguida del apoyo social en este mismo grupo de análisis, con un aumento de 11.81 puntos en la posprueba.

En la tabla 2.4, se presentan las diferencias en promedio del puntaje de todas la variables entre los grupos de estudio durante la segunda medición.

Tabla 8. Diferencias entre grupo experimental y grupo control durante la posprueba

	Apoyo	Satisfacción	Autoestima
Media	-3.70	-16.86	-4.17
Desv. Típ.	-4.40	-7.73	-4.73
N	12	12	12

*Diferencias: grupo experimental - grupo control

Tal como el grupo control inició con puntajes mayores que el experimental, finalizó el tratamiento del mismo modo. No obstante, debido a la desigualdad de condiciones iniciales entre los grupos, la diferencia presentada anteriormente, no puede ser tomada en cuenta para posteriores conclusiones.

3. Prueba de Hipótesis

Entre las pruebas estadísticas paramétricas utilizadas comúnmente para realizar la prueba de hipótesis, se encuentra el análisis de covarianza. Los resultados se exponen a continuación para cada variable dependiente con la variable de apoyo social como covariante.

3.1 Prueba de Hipótesis: Autoestima

A continuación, se presentan la matriz de correlaciones entre la variable de autoestima, el momento de aplicación de la prueba, el grupo y la covariable de apoyo social para evaluar si las variables podrían estar relacionadas entre sí.

Tabla 9. Matriz de correlaciones. Modelo autoestima

Variable	Autoestima	Prueba	Grupo
Autoestima	1.00		
Prueba	0.28	1.00	
Grupo	-0,39*	0.00	1.00
Apoyo	0,63*	0.20	-0,39*

* correlaciones significativas al 5%

Como se demuestra en la tabla 9, hay una relación moderada y positiva, pero no significativa entre la autoestima y el momento de aplicación de la prueba ($r = .28$, n.s.). La autoestima aumenta al realizarse la segunda aplicación.

Por el contrario, se presenta una relación moderada y negativa ($r = -.39, p < .05$), lo cual indica que el grupo experimental presenta una medición de autoestima más baja que el grupo control. Sucede lo mismo con el apoyo, el cual se asocia con medidas más bajas en el grupo experimental (teniendo en cuenta que ambos grupos iniciaron con mediciones desiguales, donde el grupo experimental tuvo puntuaciones más bajas que el control en promedio).

También se presenta una asociación alta y positiva entre autoestima y apoyo ($r = .63, p < .05$), lo que indica que conforme aumenta el apoyo, aumenta la autoestima, o viceversa.

Las correlaciones presentadas entre autoestima y el grupo reunido, y entre autoestima y apoyo resultaron significativas al 5%, es decir, que existe una relación lineal significativamente diferente de cero entre estas variables, con 5% de significancia. Debido a lo anterior, es razonable pensar en un modelo de correlación bidireccional entre autoestima y apoyo.

La tabla 10 expone el ajuste del modelo que se propone, el cual interesa para evaluar la idoneidad del mismo, es decir, determina si el modelo está bien especificado y si puede ser utilizado para predecir la variable dependiente (autoestima).

Tabla 10. Ajuste del modelo para autoestima

Estadístico	Valor
R	0.67
R cuadrado	0.45
R cuadrado corregida	0.37
Error típ. de la estimación	18.03
Durbin-Watson	2.08

El estadístico R cuadrado (R^2 , coeficiente de correlación múltiple) permite evaluar la bondad de ajuste del modelo. Este puede obtener valores entre 0 y 1, y determina la proporción de la variabilidad de la variable dependiente que puede ser explicada con el modelo (porcentaje de varianza explicada), es decir, qué tanto se relaciona la variable independiente con la variable dependiente.

Dicho modelo presenta un R^2 alto para los estándares de la investigación social (0,45) lo que indica que la variable independiente logra explicar un 45% de la variabilidad de autoestima, por lo que se puede decir que el modelo posee buen ajuste.

El estadístico Durbin se utiliza para probar los supuestos de homocedasticidad (igualdad de varianzas) y ausencia de autocorrelación (independencia de los errores). El valor de este estadístico (2,08) indica que los errores son independientes y poseen varianza constante.

De igual forma, para determinar si el modelo está correctamente especificado, se pone a prueba su significancia, esto es, se verifica la hipótesis, que todos los coeficientes del modelo (variables dependientes, covariable, grupo y pre y posprueba) son iguales a cero vs. la hipótesis que al menos uno de ellos es diferente de cero. Para esta prueba se contrasta el valor de la significancia de la tabla (p) con un valor crítico, usualmente 0,05 (5%), como se muestra en la tabla 11.

Tabla 11. Análisis de varianza. Modelo de autoestima

F.V.	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	5335.53	3	1778.51	5.47	0.01
Residual	6497.90	20	324.90		
Total	11833.44	23			

En este caso el modelo resultó significativo al 5%, es decir, al menos un coeficiente del modelo es significativamente diferente de cero ($F_{3,20} = 5.47$, $p < .05$). Esto implica que el modelo muestra una relación causal entre la cromoterapia y la variable dependiente (autoestima), por lo que es permisible utilizarlo para predecir.

Tabla 12. Significancia de los coeficientes. Modelo de autoestima

Variable	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Estadísticos de colinealidad	
	B	Error típ.	Beta			Tolerancia	FIV
Constante	10.76	23.99		0.45	0.66		
Prueba	7.81	7.54	0.18	1.04	0.31	0.95	1.05
Grupo	-8.39	8.02	-0.19	-1.05	0.31	0.84	1.19
Apoyo	0.88	0.31	0.52	2.82	0.01	0.81	1.24

Variable dependiente: Autoestima

De acuerdo con el análisis de significancia de los coeficientes de regresión (tabla 12), utilizado para determinar la relación de la variable independiente para con la variable dependiente, se prueba la hipótesis de que el coeficiente es igual a cero, lo cual significa, como se ha venido mencionando con anterioridad, que la variable independiente (cromoterapia) no produce ningún efecto estadísticamente significativo sobre la variable dependiente (autoestima).

Se muestra que solamente el coeficiente de apoyo resulta significativamente diferente de cero, es decir, la variable apoyo social covaría con la autoestima. Se observa asimismo que un aumento en una unidad (1 punto) en el puntaje de apoyo social podría aumentar el puntaje de autoestima en 0,88 puntos, o viceversa.

3.2 Prueba de Hipótesis: Satisfacción Personal

Tabla 13. Matriz de correlaciones. Modelo satisfacción personal

Variable	Satisfacción	Prueba	Grupo
Satisfacción	1,00		
Prueba	0,24	1,00	
Grupo	-0,47*	0,00	1,00
Apoyo	0,59*	0,20	-0,39*

* correlaciones significativas al 5%

En este modelo, al igual que en el anterior, se presentan correlaciones significativas entre satisfacción personal y los grupos reunidos, y satisfacción personal y apoyo social, además de entre grupo y apoyo social, en la misma medida que en el modelo anterior (tabla 13).

Se observa una asociación positiva y alta entre apoyo social y satisfacción personal ($r = .59, p < .05$), lo que indica que conforme aumenta el apoyo social aumenta la satisfacción personal, o viceversa. Contrariamente se nota que la satisfacción personal disminuye al comparar el grupo control con el grupo experimental ($r = -.47, p < .05$), es decir, este último posee una valoración de satisfacción personal menor a la del grupo control.

Tabla 14. Ajuste del modelo para satisfacción personal

Estadístico	Valor
R	0,66
R cuadrado	0,43
R cuadrado corregida	0,35
Error típ. de la estimación	14,78
Durban-Watson	2,37

La tabla 14 muestra que para este modelo se obtuvo una varianza explicada (R^2) de 0,43. El modelo logra explicar el 43% de la variabilidad de la satisfacción personal. Lo anterior hace ver que el modelo posee buen ajuste.

En cuanto al Durbin-Watson (2,37), este indica homoscedasticidad (igualdad de varianzas) y ausencia de autocorrelación. Es decir el modelo cumple con estos supuestos.

Tabla 15. Análisis de varianza. Modelo de satisfacción personal

F.V.	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	3333,00	3	1111,00	5,09	0,01
Residual	4367,12	20	218,36		
Total	7700,12	23			

En este caso, y debido a los resultados de las correlaciones, el modelo también resulta ser significativo, es decir, al menos un coeficiente es estadísticamente diferente de cero ($F_{3,20} = 5.09$, $p < .05$). Lo anterior indica que hay una relación causal significativa entre los predictores (cromoterapia y apoyo social) y la variable respuesta. Por lo tanto el modelo puede utilizarse para relacionar la satisfacción personal con la variable independiente (cromoterapia), y predecirla a partir de la misma.

Tabla 16. Significancia de los coeficientes. Modelo de satisfacción personal

Variable	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados			Estadísticos de colinealidad	
	B	Error típ.	Beta	t	Sig.	Tolerancia	FIV
Constante	21,75	19,67		1,11	0,28		
Prueba	5,41	6,18	0,15	0,87	0,39	0,95	1,05
Grupo	-10,50	6,57	-0,29	-1,60	0,13	0,84	1,19
Apoyo	0,60	0,26	0,44	2,36	0,03	0,81	1,24

Variable dependiente: Satisfacción personal

Al analizar los coeficientes de forma individual, se nota que de nuevo solamente el coeficiente de apoyo social resultó ser significativamente diferente de cero ($\beta = .44$, $p < .05$), es decir, solamente el apoyo social presenta una relación significativa con la variable

dependiente (satisfacción personal). Esto indica que el promedio de la satisfacción personal final no varía significativamente entre el grupo control y el grupo experimental, así como tampoco presenta diferencias significativas entre la preprueba y la posprueba.

Los resultados señalan que al aumentar la percepción de apoyo social en un punto, la satisfacción personal se incrementa en 0,60 puntos, o viceversa, puesto que covarían.

4. Análisis y discusión

Con relación a los resultados descritos anteriormente, es primordial mencionar la desigualdad presentada en los grupos al iniciar la investigación, pese a que fueron asignados aleatoriamente. Esta técnica funciona mejor cuanto mayor sea el número de participantes con que se cuenta para el experimento, es decir, cuanto mayor sea el tamaño de los grupos. Se recomienda que para cada grupo existan por lo menos 15 personas (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). Sin embargo, por las características de la población, no fue posible cumplir con este criterio.

Balluerka y Vergara (2002) mencionan que el supuesto de homogeneidad de grupos es uno de las condiciones básicas para el análisis de la covarianza. Si ésta no se cumple, significa que existe un efecto de interacción entre los tratamientos y la covariable, es decir, que el efecto de la variable manipulada depende de los valores que obtiene cada sujeto en la covariable, lo que puede dificultar en gran medida la interpretación de resultados.

La consecuencia derivada del no cumplimiento de este supuesto, no es de naturaleza técnica, sino teórica. De hecho, ello no invalida necesariamente el proceso de estimación y de comprobación de hipótesis, sino que implica un cambio importante con respecto a la

función de la covariable del diseño, ya que en lugar de ser una variable extraña susceptible de control, se convierte en una variable explicativa adicional (Balluerka y Vergara, 2002).

Por lo que las diferencias entre los grupos, en cualquier variable dependiente, no podrán atribuirse con certeza a la manipulación de la variable independiente. Es por esto que no se rechaza la hipótesis nula. A pesar de lo anterior, sí existió un aumento en los puntajes de las variables dependientes para el grupo experimental, al realizar la segunda medición. Esta diferencia sin embargo, no fue estadísticamente significativa probablemente debido al tamaño de la muestra. Es decir, la cromoterapia podría tener un efecto positivo sobre las mujeres del grupo experimental (ver Gráfico 1).

Como se observa en el gráfico, los niveles de autoestima en el grupo experimental aumentaron en la segunda medición, mientras que en el grupo control disminuyeron.

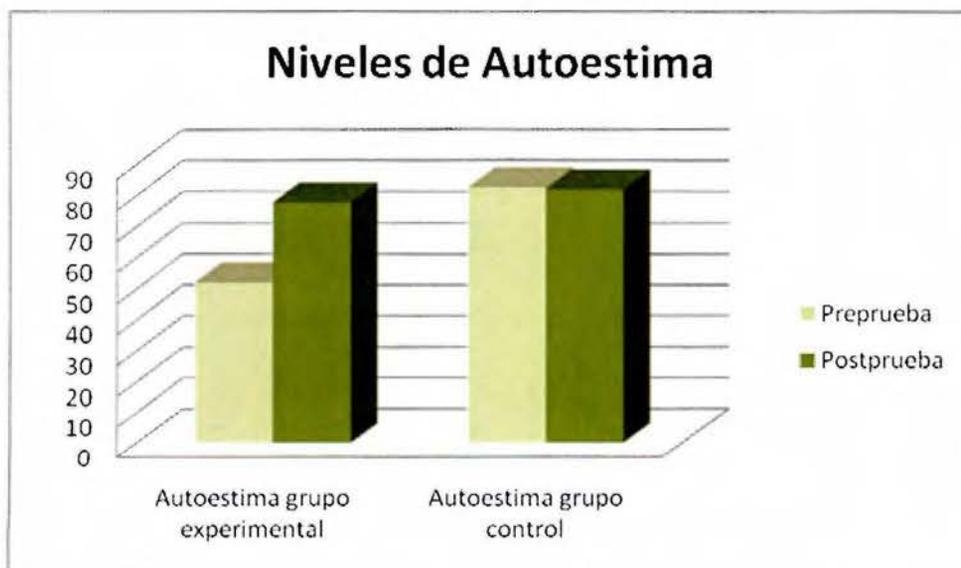


Gráfico 1. Niveles de autoestima

Seguidamente se señalan elementos relevantes del proceso que pueden explicar el aumento en la autoestima en el grupo que recibió cromoterapia.

Durante la sesión introductoria en el grupo experimental, las mujeres identificaron los colores más afines a cada una, con cuáles se sentían más a gusto, qué emociones despertaban en ellas dichos colores y cuáles los más utilizados, tanto en la vestimenta, como en su hogar y alimentación, así como aquellos que les provocaban rechazo y los menos utilizados. Se incentivó a que cada participante le diera un significado a dichas reacciones. El grupo mencionó que el trabajar con el color les motivaba a participar en la terapia.

En la segunda sesión, durante las exposiciones a las luces de colores, las participantes solicitaron principalmente los colores verde, rojo y azul. Al color verde se le atribuye una función regeneradora, equilibradora y calmante del sistema nervioso (Balzano, 2006). El color azul se considera un energizante de las funciones básicas del cuerpo físico, así como sedante del sistema nervioso central y periférico, auxiliando en los procesos de angustia, depresión y estrés (Balzano, 2006). El color rojo estimula y excita, se asocia con la energía, el poder y la fuerza (Amber, 1991). Al finalizar esta sesión las mujeres expresaron que los ejercicios llevados a cabo fueron de gran intensidad física y mental.

La visualización y respiración de colores generó un reconocimiento de emociones y sentimientos por parte de las participantes durante la tercera y cuarta sesión, respectivamente. Asimismo, indicaron algunos beneficios proporcionados como liberación de estrés, control de ansiedad, disminución del cansancio físico y mental y revitalización en general.

A nivel cualitativo se observó un cambio en las participantes del grupo experimental respecto a su actitud al inicio, algunos de los cuales se reflejaron positivamente en hábitos de autocuidado como: forma de vestir, alimentación, higiene, ejercicio físico. Asimismo identificaron y expresaron sentimientos y emociones, cambiaron su postura corporal, manifestaron deseos y sueños, y reconocieron límites respecto a las relaciones interpersonales. Por ejemplo, una de las mujeres del grupo experimental que se presentó con una actitud retraída expresó que sentía repulsión por el color azul en la primera sesión, sin embargo a medida que transcurrieron las sesiones empezó a acercarse a dicho color. Al finalizar el proceso la participante estaba más activa, compartía y conversaba con las compañeras, mostraba una postura corporal más firme, y refería una relación más sana con sus hijos. Al respecto del color azul, Amber (1991), señala que el azul ayuda a que la persona se oriente más a la sociedad y se mueva en armonía con su ambiente, además menciona que la persona que tiende a ser introvertida sale de su “concha”.

Asimismo, en la evaluación que las participantes realizaron del proceso (Ver Anexo 8), mencionaron que la cromoterapia les permitió tener una mayor conciencia de los colores en su vida, principalmente en el vestuario, la comida y los ambientes de las viviendas, facilitando la decisión de cuáles colores las hacían sentir más cómodas, alegres, enérgicas, relajadas, entre otras. Los comentarios giraron principalmente en torno a los beneficios obtenidos, a lo adecuada que fue la terapia para ellas y pertinente para el momento en que se encontraban. Valoraron la metodología positivamente, no obstante sugirieron un mayor periodo de tiempo y un espacio físico acorde.

Con respecto al grupo control, éste no manifestó un cambio positivo en los niveles de autoestima y apoyo social. La satisfacción personal fue la única variable que aumentó y no en gran medida. En este caso, cualitativamente no se observaron cambios visibles en las mujeres de dicho grupo.

Por otra parte, las pruebas de hipótesis en el grupo experimental señalaron una asociación alta y positiva entre cada variable dependiente y la covariable, lo cual indica que una percepción alta de apoyo inicial se relaciona con promedios altos de autoestima y satisfacción personal, o viceversa, a mayores valores de autoestima y satisfacción personal mayores valores de apoyo social. Esta correlación entre el apoyo y las demás variables, es la más relevante, en términos estadísticos. Por lo tanto la variable de apoyo social percibido influye en la autoestima y la satisfacción personal, o las últimas influyen en la primera, en mujeres sobrevivientes de violencia doméstica, es decir, no se rechaza la hipótesis alternativa. Sin embargo no es posible confirmar ninguna de las anteriores correlaciones, puesto que pudo existir una variable extraña que influyera en las mismas.

Finalmente, se debe mencionar algunas variables externas que posiblemente influyeron durante la aplicación de la cromoterapia. Una de estas variables fue el tiempo de aplicación de la misma, el cual fue señalado por las participantes en la evaluación escrita de las sesiones, donde manifestaron que fue un periodo muy corto de aplicación. El cambio constante de espacio físico y la interferencia debida a ruidos y personas externas, también pudo influir en los resultados obtenidos en esta investigación.

De igual forma, las escalas no fueron comprendidas a cabalidad por las participantes de la investigación, es decir, los instrumentos no fueron empáticos (Hernández, Fernández y

Baptista, 2006). Especialmente los ítems negativos que contenían la escala de apoyo social percibido y la de satisfacción personal. Por ejemplo el ítem número 10 de la escala de apoyo social: "Si me fuera mal en algo, nadie acudiría en mi ayuda" y el ítem número 13 de la escala de satisfacción personal: "Si hago un repaso de mi vida, veo que no he podido lograr la mayoría de las cosas importantes que deseaba". Esto llevó a que tuvieran serias dificultades para contestar las escalas. Lo anterior fue señalado por las mujeres y observado en los cuestionarios.

Capítulo IV: Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

En términos estrictamente estadísticos, la única correlación que se demuestra es la existente entre apoyo social y autoestima, y apoyo social y satisfacción personal. De tal manera que la cromoterapia no demostró influir significativamente en las variables dependientes. Se demostró la hipótesis alternativa: el aumento de apoyo social en un grupo de mujeres sobrevivientes de violencia doméstica, aumenta su autoestima y su satisfacción personal, o viceversa. Es difícil determinar la dirección de la correlación puesto que se trata de una covarianza, por lo tanto no es posible establecer de acuerdo a los resultados de la investigación cuál variable influye sobre la otra.

La hipótesis de investigación fue rechazada debido al bajo número de participantes, pues la técnica aleatoria no consiguió la homogenización de los grupos, lo cual ocasionó que la diferencia de las variables dependientes en la posprueba no fuera estadísticamente significativa.

De acuerdo al marco teórico, el apoyo social percibido era un factor relacionado con las variables a estudiar. El estudio aportó evidencia en este sentido.

Aunque estadísticamente no se demostró el efecto de la cromoterapia en las variables dependientes, existió un aumento en los puntajes de las mismas en el grupo experimental durante la segunda medición. Los comentarios de las participantes y las observaciones

realizadas durante el proceso, apoyan la existencia de un efecto positivo principalmente en el nivel de autoestima de las mujeres que recibieron cromoterapia.

Se evidenció la relevancia que los colores tienen en la vida diaria de las personas, a pesar de que no se tenga plena conciencia de esto.

Por otra parte, se demostraron algunas limitaciones de la investigación cuantitativa, como el uso de la técnica aleatoria para la distribución de la muestra y la consecuencia de contar con pocas participantes en la determinación de una diferencia estadísticamente significativa. Además, la utilización de instrumentos o escalas, aunque sean validadas, no garantizan la comprensión total por parte de las personas participantes, lo cual tiene consecuencias que afectan los resultados de los análisis estadísticos y del estudio.

No se pueden controlar todas las variables que podrían influir en la autoestima y satisfacción personal, puesto que se trata de variables complejas, relacionadas con múltiples elementos que conforman la vida de las personas. De ahí que las Psicologías Humanistas deban continuar aportando a enfoques integrales y luchando porque sean valorados utilizados en la academia.

Para la investigación psicológica en mujeres sobrevivientes de violencia doméstica, es particularmente difícil reclutar grupos de 15 personas mínimo y mantener la población constante durante la investigación. Por lo tanto, se deben contemplar enfoques holistas, para reducir las limitaciones que cada enfoque pueda presentar en este campo de investigación.

Se descubrieron variables relevantes para el éxito en la aplicación de la cromoterapia en esta población como el número de sesiones y la constancia y características del espacio donde se realizan.

Más allá de los resultados estadísticos proyectados, se valora que el grupo de mujeres que inició con menores niveles de autoestima y satisfacción personal, haya obtenido beneficios con la realización del estudio, ya que el fin último de la investigación es promover el bienestar de las personas que más lo necesitan.

La presente investigación representa una primera aproximación al estudio de los efectos de la cromoterapia en mujeres sobrevivientes de violencia doméstica en el país, por lo tanto se insta a otras personas interesadas en el área a utilizarla como referente en futuras investigaciones, y aprovechar el esfuerzo que se realiza actualmente por incorporar las terapias complementarias y alternativas en las ciencias sociales y de la salud.

2. Recomendaciones

A las personas investigadoras en el campo:

- Reclutar un mayor número de participantes para que los supuestos básicos estadísticos se cumplan.
- Aplicar sesiones más largas y por un periodo mayor de cromoterapia para esta población.

- Revisar los ítems negativos de las escalas utilizadas, especialmente la de satisfacción personal y apoyo social percibido, y modificarlos para su aplicación en la población de este estudio, ya que se reportaron dificultades en su comprensión por parte de las participantes.
- Tomar en cuenta el apoyo social percibido como una covariable de la autoestima y la satisfacción personal de las mujeres sobrevivientes de violencia doméstica para futuras investigaciones.

A las sedes de la Oficina de la Mujer y otras instituciones similares:

- Explorar la aplicación de la cromoterapia ya que, como se mencionó en el apartado de análisis y discusión, el tratamiento contribuye cualitativamente al aumento de la autoestima y satisfacción personal de las mujeres sobrevivientes de violencia doméstica.
- Contemplar las recomendaciones señaladas en cuanto a la aplicación de la cromoterapia en dicha población.
- Incentivar la formación y aplicación de la cromoterapia por parte de las mujeres que se encuentren en condiciones emocionales de hacerlo.

A profesionales en el campo de la salud:

- Contribuir a la investigación, desarrollo y utilización de la cromoterapia en diferentes campos y poblaciones.
- Promover el uso de enfoques holistas en el estudio de las terapias complementarias y alternativas.

A la escuela de Psicología:

- Fomentar investigaciones desde un enfoque holista sobre la cromoterapia en diversas poblaciones.
- Incluir la cromoterapia como una técnica complementaria para el acompañamiento psicológico de mujeres sobrevivientes de violencia doméstica.
- Apoyar y facilitar futuras investigaciones en el campo de las Psicologías Humanistas y terapias complementarias y alternativas que contribuyan al bienestar de las personas.

Bibliografía

- Amber, R.B. (1991). *Curar con los colores*. Barcelona: Humanitas.
- Arita, B. (2005). Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar [Versión electrónica]. *Psicología y Salud*, 1 (15), 121-126.
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica (2006). *Ley contra la violencia doméstica*. Octava edición. San José, Costa Rica: IJSA, enero del 2006.
- Ávalos, E. (2004). Centro de integración social para pacientes psíquicos en la ciudad de Talca. *Memoria proyecto de título 2004, Facultad de Arquitectura, Universidad de Chile*.
Obtenido el 2 de febrero del 2008 de <http://captura.uchile.cl/dspace/handle/2250/240>.
- Balluerka, N. y Vergara, A.I. (2002). *Diseños de investigación experimental en Psicología*. Madrid: Pearson Educación.
- Balzano, O. (2006). *Cromoterapia: orígenes y fundamentos científicos*. Buenos Aires: Grupal.
- Blanco, P., Ruiz-Jarabo, C., García, L. y García, M. (2004). La violencia de pareja y la salud de las mujeres [Versión electrónica]. *Gaceta Sanitaria*, 18, 182-188.
- Braham, H. (2002). *Curación con color*. México D.F.: Grupo Editorial Tomo S.A. de C.V.
- Branden, N. (1999). *La autoestima de la mujer: desafíos y logros en la búsqueda de una identidad propia*. Barcelona: Paidós.
- Brennan, B. (1990). *Manos que Curan*. Argentina: Martínez Roca.
- Carlson, N.R. (1996). *Fundamentos de Psicología Fisiológica* (3^{ra} Ed.). México: Prentice-Hall Hispanoamericana.

- Chandi, M.R. (2000). *Redes Social en el Trabajo Social*. Argentina: Espacio Editorial.
- Chinski, L. (2008). *Nódulos de cuerdas vocales: causa de disfonía*. Obtenido el 3 de julio de 2008 del sitio Web Centro de Otorrinolaringología Dr. Chinski: <http://http://www.cechin.com.ar/>.
- Claramunt, M.C. (1997/2006). *Casitas quebradas. El problema de la violencia doméstica en Costa Rica (10^{ma} Reimpresión)*. San José: EUNED.
- Clemente, A., Molero, R., y González, F. (2000). Estudio de la satisfacción personal según la edad de las personas [Versión electrónica]. *Anales de Psicología*, 2 (16), 189-198.
- Cocilovo, A. y Rosen, R. (1999). *New developments in color therapy. Acupuncture meridians facilitate the body's absorption of light*. Obtenido el 16 de Julio de 2008 desde: <http://www.photonstimulator.com/Article%20Annas.htm>.
- De La Ossa, E.; Lozano, P. y Sancho, A. (2003). *Cromoterapia. El Color y la salud*. Obtenido el 30 de enero de 2008 desde http://www.aibarra.org/apuntes/ciencias_alternativas/cromoterapia.pdf.
- Déribéré, M. (1964) *El color en las actividades humanas*. Madrid: Tecnos, S.A.
- Fernández, T. (2006). Hacia un nuevo camino: programa de investigación-acción sobre autoestima y musicoterapia con mujeres violentadas. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 1 (11), 65-79. Obtenido el 16 de julio de 2008 desde la base de datos Redalyc.
- Heller, E. (2004). *Psicología del Color, cómo actúan los colores sobre los sentimientos y la razón (2^{da} ed.)*. Barcelona: Editorial Gustavo Gili.

Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4^{ta} ed.). México: Mac Graw Hill.

Herrera, R.; Reyes, L.; Broche, J.; Díaz, A. (2004). Estudio preliminar de la aplicación de la Cromoterapia en diferentes patologías con el equipo de Cromopuntura, "CROMOTER". *Umbral Científico*, 4. Obtenido el día 14 de febrero de 2008 desde la base de datos Umbral Científico.

Hunt, R. (1975). *Las siete claves de la cromoterapia. Una guía completa de prácticas*. México: Yug.

Instituto Nacional de las Mujeres. (2004). *Módulo básico para sentir, pensar y enfrentar la violencia de género, intrafamiliar y sexual*. San José: Autor.

Instituto Nacional de las Mujeres. (2007). *Violencia contra las mujeres: las cifras también hablan*. San José: Autor.

Kirschman, D. (2006). *Doble discriminación: por etnia y por género. Análisis de los vínculos entre las experiencias de discriminación genérica y étnica y la satisfacción personal y laboral de mujeres afrocostarricenses y "blancas-mestizas" insertas en el sector laboral del Gran Área Metropolitana de Costa Rica*. Trabajo Final de Graduación para optar por el título de Licenciatura en Psicología, Escuela de Psicología, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Labrador, F.; Fernández, M. y Rincón, P. (2006). Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 3 (6), 527-547. Obtenido el 18 de julio de 2008 desde la base datos de Redalyc.

The Leukemia & Lymphoma Society, (2006, junio). *Medicina integrativa y terapias complementarias y alternativas: terapias que forman parte de la atención médica para el cáncer de la sangre*. Obtenido el 19 de enero de 2009 desde http://www.leukemia-lymphoma.org/attachments/National/br_1208799293.pdf.

López, L.; Apollinaire, J.; Array, M. y Moya, A. (2006). Autovaloración en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista Científica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos* 1 (4). Obtenido el 19 de julio de 2008 de <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/viewArticle/171>.

Moreno, R.; Turró, C. y Sánchez, D. (1999). Aplicación de un programa de intervención-acción antiestrés. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 2 (28), 155-157. Obtenido el 16 de Febrero de 2008 desde la base de datos de Scielo.

Mruk, C (1999). *Auto-Estima. Investigación y práctica* (2^{da} ed). España: GRAFO, S. A.

La Nación, El País 13/07/08: Archivo digital, http://www.nacion.com/ln_ee/2008/julio/13/pais1617458.html.

Nassau, K. (2002). Las causas del color. *Revista Investigación y Ciencia: El Color*, 27, 8-26.

Ondina, E. y Álvarez, J. (s.f.). Equipo para tratamiento cromoenérgico en la lumbalgia aguda. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, Facultad Hospital Docente "General Calixto García". Obtenido el 20 de Marzo de 2008 desde la base de datos de Scielo.

Organización Panamericana de la Salud Programa Mujer, Salud y Desarrollo (2001). *Modelo de atención integral a la violencia intrafamiliar: Reconstruir la violencia intrafamiliar: estado y sociedad civil, rol del sector salud*. San José: Autor.

Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. (2006). *Abordaje de situaciones de violencia doméstica hacia la mujer: guía de procedimientos en el primer nivel de atención de salud*. Uruguay: UNFPA.

Ramellini, T. y Mesa, S. (2004). *Estrategias de intervención especializada con personas afectadas por la violencia intrafamiliar: Emprendiendo un camino*. San José: Instituto Nacional de las Mujeres.

Ramírez, M.I. y Herrera, F. (s.f.). *Autoconcepto*. Obtenido el 27 de Agosto de 2008 desde <http://personal.telefonica.terra.es/web/ph/Autoconcepto.htm>.

Reyes, A. y Álvarez, J. (2001). Uso terapéutico del color como método tradicional. *Revista Cubana de Enfermería*, 3 (17), 163-167. Obtenido el 16 de Febrero de 2008 desde la base de datos de Scielo.

Roque, G. (2002). Color y luz. *Revista Investigación y Ciencia: El Color*, 27, 4-8.

Sassenfeld, A. (2005). "Sobre la antropología filosófica que fundamenta la psicoterapia de orientación humanista-existencial". Artículo inédito. Obtenido el 02 de febrero de 2008 desde: http://www.csociales.uchile.cl/psicologia/caps/docs/Sobre_la_antropologia_filosofica_que_fundamenta_la_psicoterapia_de_orientacion_humanista_existencial.pdf.

Schultz, D. y Schultz, S. (2002). *Teorías de la personalidad*. México: Thomson.

Smith, V. (2003). *Acculturation and psychological adaptation*. Westport, Connecticut: Greenwood press.

Smith, V. (2005). Discriminación percibida y autoestima en jóvenes de grupos minoritarios y mayoritarios en Costa Rica. *Revista interamericana de psicología*, 39, 93-106.

- Torres, A. (1990). *Relación de eventos de vida y estrés de rol con depresión y síntomas psicosomáticos, papel moderador del apoyo social, el sentido de coherencia y las estrategias de enfrentamiento en una muestra de estudiantes universitarios*. Tesis para optar al grado de Magister Scientiae, Escuela de Psicología, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Velzeboer, M., Ellsberg, M., Clavel-Arcas, C. y García-Moreno, C. (2003). *La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud*. Washington: OPS.
- Vía, J. (s.f.). *La violencia doméstica desde un enfoque de género*. Obtenido el 15 de enero de 2008 de la base de datos de Psicología Online.
- Villalobos, M. (2005). *Redes sociales de apoyo en la atención de la asociación Hogar Mariano Juvenil a adolescentes que han sobrevivido a la violencia intrafamiliar: una perspectiva desde el enfoque de resiliencia*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social, Departamento de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente.
- Wellman Center Massachusetts, General Hospital of Harvard Medical School. Obtenido el 2 de febrero de 2008 del sitio Web Wellman Center for Photomedicine <http://www.mgh.harvard.edu/wellman>.
- Zurita, M. (s.f.). *Curso de cromoterapia* [Versión electrónica]. Obtenido el día 10 de febrero de 2008 desde http://www.drzurita.com/curso_cromoterapia.html.

Anexos

Anexo 1

CUESTIONARIO

Primera Parte: Datos sociodemográficos

1. Edad: _____ años

2. Estado civil:

Soltera	Casada	Unión Libre	Separada	Divorciada	Viuda
()	()	()	()	()	()

3. Educación formal: indique el último año de estudios formales que usted cursó:

1. Ninguno()
2. Primaria incompleta ()
3. Primaria completa ()
4. Secundaria incompleta ()
5. Secundaria completa ()
6. Universidad incompleta ()
7. Universidad completa ()
8. Otro ()

4. Profesión u oficio: _____

Anexo 2

Segunda Parte: Escala de Apoyo Social Percibido

Dan Russel y Carolyn Cutrona, adaptada para Costa Rica por Ana Cecilia Torres

Instrucciones:

Para contestar las siguientes preguntas, es necesario que usted piense acerca de las relaciones que usted mantiene actualmente con amigas, amigos, con los miembros de su familia, con sus compañeros de trabajo con personas de su comunidad y otros.

Por favor, indique el grado en el que está de acuerdo con lo bien que describe cada una de las afirmaciones, las relaciones que usted mantiene actualmente con otras personas.

Para dar su opinión, use la siguiente escala:

Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	2	3	4

Para contestar, marque con una X sobre el número que mejor describa su opinión en la casilla correspondiente. Por ejemplo, si usted siente que una manifestación o afirmación es muy cierta en sus actuales relaciones, usted contestará: "muy de acuerdo". Si usted siente que una manifestación no describe sus relaciones actuales, usted responderá: "muy en desacuerdo".

La última casilla es para codificación, por favor no marque en ella.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No escriba aquí
1. Hay personas con las que puedo contar si realmente necesito ayuda.					
2. Siento que no tengo relaciones personales estrechas con otras personas.					
3. No tengo personas a quien acudir para que me orienten en momentos difíciles de mi vida.					
4. Hay personas que acuden a mí para que les ayude.					
5. Hay personas que disfrutan de las mismas actividades.					

6. Otras personas no me consideran competente o capaz.					
7. Me siento personalmente responsable por el bienestar de otra(s) persona(s)					
8. Siento que formo parte de un grupo de personas que comparten mis mismas actitudes y valores.					
9. Yo creo que otras personas no respetan mis destrezas y habilidades.					
10. Si me fuera mal en algo, nadie acudiría en mi ayuda.					
11. Tengo amistades cercanas que me dan un sentido de seguridad y bienestar emocional.					
12. Existe una persona a la que podría recurrir para hablar acerca de decisiones importantes de mi vida.					
13. Yo me relaciono con personas que me reconocen mis capacidades y destrezas.					
14. No hay nadie que comparta mis intereses y preocupaciones.					
15. No hay nadie cuyo bienestar personal verdaderamente dependa de mí.					
16. Si estuviera teniendo problemas, cuento con una persona de mi entera confianza para que me aconseje.					
17. Yo siento un vínculo emocional fuerte con una o más personas.					
18. Si verdaderamente necesitara ayuda, no habría nadie a quien pudiera recurrir.					
19. No hay personas con las que yo me sienta cómodo hablando de mis problemas.					
20. Hay personas que aprecian o admiran mis capacidades o talentos.					
21. No me siento estrecha o íntimamente relacionado con ninguna persona.					
22. No hay nadie a quien le guste hacer las cosas que yo hago.					
23. Hay personas con las que yo puedo contar en una emergencia.					
24. No hay personas que necesiten de mis cuidados.					

Anexo 3

Tercera parte: Escala de satisfacción personal validada para Costa Rica por Kirschman

A continuación se le presentan una serie de frases. Se trata de situaciones, experiencias o sentimientos que pueden variar de persona a persona. Por favor piense en su vida actual y conteste cada frase de acuerdo a su experiencia. Para cada frase existen seis posibles respuestas. Se trata de una escala en donde 1 significa “TOTALMENTE EN DESACUERDO” y 6 “TOTALMENTE DE ACUERDO” con la frase. Encierre en un círculo la respuesta (es decir, el número) que más se acerque a su experiencia.

1. Conforme pasan los años, mi vida parece estar mejor de lo que yo hubiera pensado.

<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	6	<i>Totalmente de acuerdo</i>
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	------------------------------

2. He tenido más contratiempos en mi vida que la mayoría de personas que conozco.

<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	6	<i>Totalmente de acuerdo</i>
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	------------------------------

3. Este es el período más deprimente y sombrío de mi vida.

<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	6	<i>Totalmente de acuerdo</i>
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	------------------------------

4. Mi vida podría ser más feliz de lo que es en la actualidad.

<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	6	<i>Totalmente de acuerdo</i>
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	------------------------------

5. Estos son los mejores años de mi vida.

<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	6	<i>Totalmente de acuerdo</i>
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	------------------------------

6. Nunca he dudado en detenerme y ayudar a una persona en problemas.

<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	6	<i>Totalmente de acuerdo</i>
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	------------------------------

7. La mayoría de las cosas que hago son monótonas y aburridas.

<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	6	<i>Totalmente de acuerdo</i>
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	------------------------------

8. Las cosas que hago me parecen interesantes.

<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	6	<i>Totalmente de acuerdo</i>
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	------------------------------

9. Me siento vieja y cansada.

<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	6	<i>Totalmente de acuerdo</i>
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	------------------------------

10. Si hago un repaso de mi vida hasta ahora, puedo decir que me siento bastante satisfecha.

<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	6	<i>Totalmente de acuerdo</i>
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	------------------------------

11. No cambiaría las cosas que he hecho en el pasado, aunque pudiera.

<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	6	<i>Totalmente de acuerdo</i>
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	------------------------------

12. Comparada con otras personas de mi edad, pienso que he tomado muchas decisiones tontas en mi vida.

<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	6	<i>Totalmente de acuerdo</i>
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	------------------------------

13. Si hago un repaso de mi vida, veo que no he podido lograr la mayoría de las cosas importantes que deseaba.

<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	6	<i>Totalmente de acuerdo</i>
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	------------------------------

14. Soy siempre muy cuidadosa con la manera en que me visto.

<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	6	<i>Totalmente de acuerdo</i>
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	------------------------------

15. Comparada con otras personas, siento que mi vida ha tenido muchos altibajos.

<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	6	<i>Totalmente de acuerdo</i>
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	------------------------------

16. La verdad es que casi siempre he alcanzado las metas que me he propuesto.

<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	6	<i>Totalmente de acuerdo</i>
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	------------------------------

17. Soy siempre cortés con las personas, aún cuando no me caen muy bien.

<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	6	<i>Totalmente de acuerdo</i>
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	------------------------------

Anexo 4

Cuarta parte: Escala de Autoestima de Rosenberg validada para Costa Rica por Smith

Marque con una X (equis) la respuesta que considere más apropiada

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Soy una persona tan valiosa como las demás.	1	2	3	4
2. Tengo un buen número de buenas cualidades.	1	2	3	4
3. Cometo muchos errores.	1	2	3	4
4. Tengo una opinión positiva sobre mí mismo(a).	1	2	3	4
5. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás.	1	2	3	4
6. En general estoy satisfecho(a) conmigo mismo(a).	1	2	3	4
7. Algunas veces soy inútil.	1	2	3	4
8. De vez en cuando pienso que no soy bueno(a) para nada.	1	2	3	4

Anexo 5

SESIÓN I

Objetivos:

1. Realizar el encuadre
2. Presentar a las participantes la cromoterapia
3. Conocer el acercamiento al tema de los colores por parte de las participantes

Actividad	Descripción	Tiempo	Materiales
<i>Encuadre</i>	• Información respecto al número y duración de las sesiones, así como las normas de participación.	10 min	
<i>Introducción</i>	• Breve descripción de la cromoterapia y espacio para preguntas	20 min	Papelógrafo Pilot
<i>Bienvenidas al mundo del color</i>	<ul style="list-style-type: none">• Se dispondrán tarjetas de colores en una mesa que contienen preguntas respecto a la relación que ha tenido la persona con los colores.• Cada participante debe elegir la tarjeta con el color que desee y responderá de manera individual las preguntas que se plantean.• Posteriormente se unirá a la persona que tenga su color complementario y compartirán las respuestas durante 20 minutos.• Finalmente cada pareja se presentará entre sí al grupo y compartirán sus respuestas.	1 h	Tarjetas de colores
<i>Retroalimentación y cierre</i>		30 min	Papelógrafo Pilot

SESIÓN II

Objetivo:

Realizar canalización de sentimientos negativos a partir de la utilización del color.

Actividad	Descripción	Tiempo	Materiales
<i>Introducción</i>	<ul style="list-style-type: none">Breve descripción de la técnica y espacio para preguntas	10 min	Papelógrafo Pilot
<i>Armonizándonos a través del color</i>	<ul style="list-style-type: none">Dispuestas en círculo con los pies al ancho de los hombros y las rodillas semi flexionadas se les pide que respiren enfatizando en la exhalación, al mismo tiempo que visualizan un determinado color.Mientras realizan el ejercicio anterior, pasan una a una a un espacio aparte para recibir exposición a luces de colores. Se sitúa a cada participante bajo la lámpara con la lámina de color azul por 40 segundos, luego al color amarillo por 30 segundos, 40 segundos del color que elijan y 20 segundos al color complementario del que eligieron.Posteriormente se sientan con una hoja en blanco y lápiz, en la cual dibujarán una espiral mientras que verbalizan el año y edad actuales, retrocediendo en año y edad así hasta el nacimiento.Se solicitará que observen los puntos en los que se detienen o equivocan, ya que en cada uno de estos deberán volver a empezar.	1 h y 20 min	Lámparas con láminas de color Hojas blancas Lápices
<i>Retroalimentación y cierre</i>		30 min	Papelógrafo Pilot

SESIÓN III

Objetivo:

Equilibrar las zonas energéticas corporales mediante los colores.

Actividad	Descripción	Tiempo	Materiales
<i>Introducción</i>	<ul style="list-style-type: none">Breve descripción de la técnica y espacio para preguntas	10 min	Papelógrafo Pilot
<i>Viaje a través de los colores</i>	<ul style="list-style-type: none">Se realiza una relajación corporal como introducción a la posterior visualización donde se recorren los centros energéticos del cuerpo activándolos con un color determinado.Finalizada la visualización se tomarán alimentos y bebidas de los colores que cada cual elija.	1 h y 20 min	Alimentos y bebidas Platos y vasos
<i>Retroalimentación y cierre</i>		30 min	Papelógrafo Pilot

SESIÓN IV

Objetivos:

1. Entrenarlas en el uso de la respiración de colores.
2. Realizar el cierre de la intervención con cromoterapia.

Actividad	Descripción	Tiempo	Materiales
<i>Introducción</i>	<ul style="list-style-type: none">Breve descripción de la técnica y espacio para preguntas	10 min	Papelógrafo Pilot
<i>Respiremos color</i>	<ul style="list-style-type: none">Se realiza una breve relajación corporal.Cada una escogerá un color que se utilizará en la respiración del color.	1 h	
<i>Evaluación de las sesiones</i>	<ul style="list-style-type: none">Se les solicitará que evalúen las sesiones mediante un cuestionario.	20 min	Lapiceros Cuestionarios
<i>Retroalimentación y cierre</i>		30 min	Papelógrafo Pilot

Consentimiento informado, grupo experimental



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO

Teléfonos:(506) 2207-5006 Telefax: (506) 2224-9367

Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Psicología

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Para ser sujeto de investigación)

(El impacto de la cromoterapia en la autoestima y satisfacción personal: un estudio en un grupo de mujeres sobrevivientes de violencia doméstica, usuarias de la Oficina de la Mujer de la Municipalidad de Cartago)

Nombre de las Investigadoras: _____

Nombre de la participante: _____

A. **PROPÓSITO DEL PROYECTO:** Como trabajo final de graduación de la Universidad de Costa Rica, las estudiantes Paola Solano Durán carné A24895 y Juliana Sánchez Mora carné A34907 han desarrollado una investigación sobre el efecto de la cromoterapia en la autoestima y la satisfacción personal de las mujeres que han sobrevivido a la violencia doméstica. La cromoterapia consiste en la utilización del color para el bienestar en la salud de las personas. Se espera conocer cómo se sintieron las mujeres que participen en el grupo. El tiempo de este estudio será de 6 semanas.

B. **¿QUÉ SE HARÁ?:** Si aceptó participar en este estudio, realizará lo siguiente:

- Una primera sesión donde usted llenará un cuestionario.
- Cuatro sesiones de dos horas por semana, en las que participará en un grupo donde recibirá tratamiento con cromoterapia.
- Una última sesión donde llenará un cuestionario.
- Debe comprometerse a asistir a la primera y última sesión, y a no faltar más de una vez a las sesiones de tratamiento con cromoterapia.
- Aceptar que el audio de las sesiones de tratamiento con cromoterapia sea grabado.
- Las grabaciones serán destruidas cuando termine el estudio.

C. **RIESGOS:**

1. La participación en este estudio puede significar cierto riesgo o molestia para usted porque podría sentirse incómoda con algunas o todas las técnicas usadas en el tratamiento, o porque el tratamiento no le ayude a mejorar su autoestima y satisfacción personal.

2. Si sufriera algún daño como consecuencia de los procedimientos a que será sometido para la realización de este estudio, las investigadoras participantes realizarán una referencia al profesional apropiado para que se le brinde el tratamiento necesario para su total recuperación.
3. Su nombre será cambiado por un seudónimo, es decir, otro nombre.

- D. BENEFICIOS:** En caso de que el tratamiento con cromoterapia funcione, sentirá bienestar en su salud emocional. Por otra parte, puede ser que no obtenga ningún beneficio directo, pero, es posible que las investigadoras aprendan más sobre los efectos de la cromoterapia y su utilidad para las mujeres sobrevivientes de violencia doméstica, conocimiento que beneficiará a otras personas en el futuro.
- E.** Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con Juliana Sánchez o con Paola Solano sobre este estudio y ellas deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a Juliana Sánchez al teléfono 8879-7796 o a Paola Solano al teléfono 8869-3446 a cualquier hora. Además, puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación al CONIS –Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud, teléfonos 2233-3594, 2223-0333 extensión 292, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica **a los teléfonos 2207-4201 ó 2207-5839**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
- F.** Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.
- G.** Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica (o de otra índole) que requiere.
- H.** Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.
- I.** No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, cédula y firma de la participante

fecha

Nombre, cédula y firma del testigo

fecha

Nombre, cédula y firma de las Investigadoras que solicitan el consentimiento

fecha

Consentimiento informado, grupo control



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

Teléfonos:(506) 2207-5006 Telefax: (506) 2224-9367

Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Psicología

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Para ser sujeto de investigación)

(El impacto de la cromoterapia en la autoestima y satisfacción personal: un estudio en un grupo de mujeres sobrevivientes de violencia doméstica, usuarias de la Oficina de la Mujer de la Municipalidad de Cartago)

Nombre de las Investigadoras: _____

Nombre de la participante: _____

A. **PROPÓSITO DEL PROYECTO:** Como trabajo final de graduación de la Universidad de Costa Rica, las estudiantes Paola Solano Durán carné A24895 y Juliana Sánchez Mora carné A34907 han desarrollado una investigación sobre el efecto de la cromoterapia en la autoestima y la satisfacción personal de las mujeres que han sobrevivido a la violencia doméstica. La cromoterapia consiste en la utilización del color para el bienestar en la salud de las personas. Se espera conocer cómo se sintieron las mujeres que participen en el grupo. El tiempo de este estudio será de 6 semanas.

B. **¿QUÉ SE HARÁ?:** Si aceptó participar en este estudio, realizará lo siguiente:

- Una primera sesión donde usted llenará un cuestionario.
- Cuatro sesiones de dos horas por semana, en las que participará en un grupo con actividades de la Oficina de la Mujer.
- Una última sesión donde llenará un cuestionario.
- Debe comprometerse a asistir a la primera y última sesión, y a no faltar más de una vez a las sesiones en la Oficina de la Mujer.

C. **RIESGOS:**

1. La participación en este estudio puede significar cierto riesgo o molestia para usted debido al tiempo que debe esperar para participar en el grupo de apoyo.
2. Si sufriera algún daño como consecuencia de los procedimientos a que será sometido para la realización de este estudio, las investigadoras participantes realizarán una referencia al profesional apropiado para que se le brinde el tratamiento necesario para su total recuperación.

- D. **BENEFICIOS:** Como resultado de su participación en este estudio, el beneficio que obtendrá será el de participar en las actividades de la Oficina de la Mujer. Por otra parte, puede ser que no obtenga ningún beneficio directo, pero, es posible que las investigadoras aprendan más sobre los efectos de la cromoterapia y su utilidad para las mujeres sobrevivientes de violencia doméstica, conocimiento que beneficiará a otras personas en el futuro.
- E. Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con Juliana Sánchez o con Paola Solano sobre este estudio y ellas deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a Juliana Sánchez al teléfono 8879-7796 o a Paola Solano al teléfono 8869-3446 a cualquier hora. Además, puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación al CONIS –Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud, teléfonos 2233-3594, 2223-0333 extensión 292, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica **a los teléfonos 2207-4201 ó 2207-5839**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
- F. Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.
- G. Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica (o de otra índole) que requiere.
- H. Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.
- I. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, cédula y firma de la participante fecha

Nombre, cédula y firma del testigo fecha

Nombre, cédula y firma de las Investigadoras que solicitan el consentimiento fecha

Anexo 8

Resultados evaluación de sesiones de cromoterapia

Sugerencias respecto al programa de las sesiones, contenido y temas

- Muy interesantes, jamás imaginé que me ayudara tanto en mi vida personal.
- Por mi todo fue muy bueno, sobre todo que lo disfrute bastante. Todo excelente.
- Lugares más acordes con el tema.
- Solo sé decir que gracias y que lástima que fue tan corto.

Sugerencias respecto a la metodología y técnicas empleadas

- A pesar de ser tan sencillos y muy entendibles, fueron de gran ayuda en la vida personal.
- Las técnicas utilizadas son muy buenas por controlar el autoestima de todas las personas que tomamos la terapia.
- Muy bueno, sobre todo con el desempeño de las facilitadoras porque son muy buenas y con mucha paciencia.
- Muy buenas, apropiadas para mi caso.
- El método es sencillo, bien promovido y con excelente dinámica.

Otros comentarios

- Les agradezco montones su ayuda, que Dios les dé capacidad para seguir con sus metas.
- Esta terapia me ha servido de mucho, en todo aspecto de mi vida personal.
- Todos los temas por mí me encantaron, la metodología que las compañeras nos enseñaron muy excelente.
- Me ayudó mucho personalmente y con el cual pude ayudar a muchas amigas que no pudieron venir. Que Dios les siga bendiciendo.
- Un agradecimiento profundo ya que aprendí mucho y me ha servido bastante.