

**PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA AUTOLESIVA EN EL PABELLÓN FEMENINO DE LA  
FUNDACIÓN PROYECTO HOMBRES DE BIEN**  
**PREVENTION OF SELF-INJURIOUS BEHAVIOR IN THE FEMALE WARD OF THE  
PROYECTO HOMBRES DE BIEN FOUNDATION**

**Autores:** <sup>1</sup>Amalys María Romero Santos.

<sup>1</sup>ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0003-2696-4641>

<sup>1</sup>E-mail de contacto: [amromerosan@unadvirtual.edu.co](mailto:amromerosan@unadvirtual.edu.co)

Afiliación: <sup>1</sup>Universidad Tecnológica Latinoamericana en Línea (UTEL), (México).

Artículo recibido: 15 de Septiembre del 2026.

Artículo revisado: 30 de Septiembre del 2026.

Artículo aprobado: 30 de Septiembre del 2026.

<sup>1</sup>Psicóloga, graduada de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD), (Colombia). Maestrante en Educación y Docencia de la Universidad Tecnológica Latinoamericana en Línea (UTEL), (México).

### **Resumen**

El presente artículo sistematiza una experiencia de práctica psicosocial desarrollada en el pabellón femenino de la Fundación Proyecto Hombres de Bien (IPS), en Valledupar, Cesar, Colombia. El estudio se circunscribió en el paradigma pospositivista con un enfoque cualitativo de carácter descriptivo-reflexivo e investigación-acción situada. El objetivo central consistió en analizar y promover la salud mental mediante el diseño, ejecución y evaluación de estrategias orientadas a prevenir la conducta autolesiva no suicida (NSSI/cutting), fortaleciendo los factores protectores, la autoeficacia emocional y los lazos vinculares en una muestra intencional de 33 mujeres en proceso de rehabilitación, con edades comprendidas entre los 12 y 63 años. La recolección de datos cualitativos se efectuó mediante observación participante, diarios de campo y entrevistas semiestructuradas en profundidad. El marco analítico integró el modelo cognitivo-conductual de Beck junto con aportes neurobiológicos y psicosociales sobre la disregulación afectiva en contextos de vulnerabilidad y policonsumo. Los resultados evidencian que el cutting opera primordialmente como un mecanismo disfuncional de catarsis frente al dolor moral, trauma intrafamiliar y distorsiones cognitivas arraigadas. La implementación de un plan de intervención estructurado en ocho talleres lúdico-formativos promovió una resignificación significativa del esquema corporal, el reconocimiento asertivo de las emociones y la reconstitución del tejido

relacional intrainstitucional, validando la eficacia de la acción psicosocial contextualizada frente al abordaje clínico descontextualizado.

**Palabras clave:** Conducta autolesiva, Cutting, Modelo cognitivo-conductual, Intervención psicosocial, Salud mental, Rehabilitación femenina.

### **Abstract**

This article systematizes a psychosocial practice experience carried out in the women's pavilion of the Fundación Proyecto Hombres de Bien (IPS), in Valledupar, Cesar, Colombia. The study was framed within the postpositivist paradigm with a qualitative descriptive-reflective approach and situated action-research. The primary objective was to analyze and promote mental health through the design, execution, and evaluation of strategies aimed at preventing non-suicidal self-injury (NSSI/cutting), strengthening protective factors, emotional self-efficacy, and relational bonds among an intentional sample of 33 women in rehabilitation, aged between 12 and 63 years. Qualitative data collection was carried out through participant observation, field diaries, and in-depth semi-structured interviews. The analytical framework integrated Beck's cognitive-behavioral model with neurobiological and psychosocial perspectives regarding affective dysregulation in contexts of vulnerability and polysubstance abuse. The results reveal that cutting operates primarily as a dysfunctional cathartic mechanism against moral distress, intrafamily trauma, and ingrained cognitive

distortions. The execution of a structured intervention plan comprising eight experiential-educational workshops generated a substantial resignification of body schema, assertive emotional recognition, and the rebuilding of institutional support networks, affirming the decisive value of contextualized psychosocial action over isolated clinical approaches.

**Keywords: Self-injurious behavior, Cutting, Cognitive-behavioral model, Psychosocial intervention, Mental health, Rehabilitation for women.**

### **Sumário**

O presente artigo sistematiza uma experiência de prática psicossocial desenvolvida no pavilhão feminino da Fundação Projeto Hombres de Bien (IPS), em Valledupar, Cesar, Colômbia. O estudo situou-se no paradigma pós-positivista com uma abordagem qualitativa de caráter descritivo-reflexivo e pesquisa-ação situada. O objetivo central consistiu em analisar e promover a saúde mental mediante o desenho, execução e avaliação de estratégias orientadas a prevenir a conduta autolesiva não suicida (NSSI/cutting), fortalecendo os fatores protetores, a autoeficácia emocional e os vínculos relacionais em uma amostra intencional de 33 mulheres em processo de reabilitação, com idades entre 12 e 63 anos. A coleta de dados qualitativos foi realizada mediante observação participante, diários de campo e entrevistas semiestruturadas em profundidade. O marco analítico integrou o modelo cognitivo-comportamental de Beck com aportes neurobiológicos e psicossociais sobre a desregulação afetiva em contextos de vulnerabilidade e policonsumo. Os resultados evidenciam que o cutting opera primordialmente como um mecanismo disfuncional de catarse frente à dor moral, trauma intrafamiliar e distorções cognitivas enraizadas. A implementação de um plano de intervenção estruturado em oito oficinas lúdico-formativas promoveu uma ressignificação significativa do esquema corporal, o reconhecimento assertivo das emoções e a reconstituição do tecido

relacional intrainstitucional, validando a eficácia da ação psicossocial contextualizada frente à abordagem clínica descontextualizada.

**Palavras-chave: Comportamento autolesivo, Cutting, Modelo cognitivo-comportamental, Intervenção psicossocial, Saúde mental, Reabilitação feminina.**

### **Introducción**

En el espectro contemporáneo de la salud mental y la psicopatología social, las conductas autolesivas no suicidas (NSSI, por sus siglas en inglés) representan uno de los fenómenos más complejos, desgarradores e inquietantes para las instituciones de salud y las ciencias del comportamiento humano. El acto de dañarse deliberadamente el propio tejido corporal sin una intención letal manifiesta cuya expresión paradigmática es el corte deliberado de la dermis o 'cutting' trasciende con creces la esfera del mero síntoma conductual; constituye, fundamentalmente, un lenguaje silenciado del dolor, un dispositivo somático desesperado de modulación afectiva ante la vivencia de un sufrimiento psíquico desbordante e inarticulable verbalmente.

La praxis investigativa y de intervención que aquí se documenta tuvo como epicentro institucional a la Fundación Proyecto Hombres de Bien (IPS), entidad especializada en la rehabilitación integral de personas con adicciones a sustancias psicoactivas (SPA) y patologías conductuales asociadas, ubicada en la ciudad de Valledupar, Departamento del Cesar, Colombia. Históricamente concebida bajo esquemas asistenciales para población masculina, la apertura y consolidación de su pabellón femenino visibilizó dinámicas de trauma acumulativo, exclusión y desamparo psicossocial con particular crudeza. En este contexto de internamiento convivían 33 usuarias con un rango etario

sumamente heterogéneo desde la adolescencia temprana (12 años) hasta la adultez mayor (63 años), entrecruzadas por trayectorias biográficas marcadas por la violencia intrafamiliar sistemática, el abuso sexual temprano, la maternidad fragmentada, el consumo problemático de drogas ilícitas y severas rupturas vinculares.

Durante las etapas iniciales de la experiencia de aula y práctica comunitaria, emergió con carácter urgente la presencia recurrente de prácticas de 'cutting' en las usuarias del pabellón femenino. Dichos comportamientos se desplegaban predominantemente en zonas anatómicas resguardadas de la mirada externa tales como antebrazos, muslos y abdomen mediante el empleo clandestino de objetos cortopunzantes improvisados. Lejos de constituir episodios aislados o gestos superficiales de búsqueda de atención, estas manifestaciones revelaban un circuito reverberante donde la angustia, la culpa, el vacío existencial y los estados disociativos encontraban un alivio químico y psicológico efímero a través de la herida física, perpetuando un ciclo de desesperanza, estigmatización y desestructuración subjetiva.

Frente a este escenario, la investigación se planteó como meta axial: ¿Cuáles son las dinámicas cognitivas, afectivas y psicosociales que subyacen a la emergencia y mantenimiento del cutting en las usuarias del pabellón femenino de la IPS Hombres de Bien, y de qué manera una propuesta pedagógica-experiencial estructurada desde el paradigma pospositivista y el enfoque cognitivo-conductual permite reconfigurar dichos patrones y afianzar factores protectores resilientes? De allí derivó el objetivo general del proyecto: promover la salud mental integral mediante el diseño, ejecución y evaluación de

estrategias psicosociales situadas que prevengan la conducta autolesiva, potenciando la autoeficacia emocional, la autoestima y los lazos de apoyo mutuo en las 33 usuarias de la entidad.

El marco analítico central que sustentó la comprensión del fenómeno fue la Terapia Cognitiva desarrollada seminalmente por Aaron T. Beck (1976, 1979) y refinada por autores contemporáneos (Rojas, 2007; J. S. Beck, 2000). El postulado epistemológico fundamental de este modelo sostiene que las respuestas emocionales y las manifestaciones conductuales de los individuos no están determinadas directamente por los eventos objetivos de la realidad exterior, sino por la manera singular y estructurada en que el sujeto procesa, interpreta y asigna significado a dichos acontecimientos a través de sus estructuras cognitivas. Beck (1976) "la terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas, basándose en el supuesto de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados por el modo que tiene de estructurar el mundo" (p. 14). Esta perspectiva resulta fundamental para comprender cómo las distorsiones cognitivas mantienen el ciclo de la autolesión.

La investigadora venezolana Álvarez (2017) sostiene que la mediación afectiva y la contextualización son condiciones esenciales para una praxis psicosocial incluyente en contextos de vulnerabilidad. Este aporte resulta pertinente para la intervención en el pabellón femenino, pues sitúa al psicólogo como un mediador que resignifica su práctica desde las condiciones concretas de vida de las usuarias, reconociendo la importancia de la dimensión afectiva en los procesos de rehabilitación y prevención de recaídas. La autora enfatiza que el

aprendizaje experiencial, al involucrar cuerpo y emoción, constituye la vía más directa para desarrollar empatía y habilidades socioemocionales, lo cual resulta esencial para el abordaje del cutting.

En la arquitectura teórica de Beck, se identifican tres niveles interconectados de cognición que operan con distinta profundidad y fijeza: los esquemas cognitivos y creencias nucleares, las distorsiones cognitivas y operaciones intermedias, y los pensamientos automáticos. Rojas (2007) "la terapia cognitiva está orientada a aliviar el malestar psicológico mediante la modificación de esquemas disfuncionales y del procesamiento de la información, valiéndose de una serie de técnicas de intervención que sirven para poner a prueba las falsas creencias o distorsiones del pensamiento que tenga el paciente" (p. 18). Este enfoque resulta particularmente relevante para el abordaje del cutting en contextos de vulnerabilidad.

La autolesión no suicida (ALNS / NSSI) se define formalmente como la destrucción deliberada y directa de tejido corporal sin intención autolítica demostrable y con propósitos no sancionados social o culturalmente (Turner et al., 2018; Lockwood et al., 2017). Aunque el corte dérmico (cutting) es la forma más común, abarca también quemaduras intencionales, golpes contusos, raspaduras profundas e ingesta de sustancias tóxicas menores. Desde el punto de vista neurobiológico y psicofisiológico, el corte físico funciona como un potente interruptor homeostático de emergencia. Investigaciones contemporáneas (Agudelo, 2017; Schmahl, 2014) revelan que los individuos que incurrir en conductas autolesivas frecuentes manifiestan una marcada hiporreactividad o alteración crónica en el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal (HPA), el

cual regula la respuesta fisiológica al estrés y la producción de cortisol.

La investigadora venezolana Castillo (2022) "la praxis pedagógica incluyente constituye un acto de co-construcción social donde el profesional reinterpreta las necesidades de los sujetos a partir de sus condiciones de vulnerabilidad" (p. 45). Este planteamiento resulta fundamental para comprender la dimensión psicosocial de la intervención, pues reconoce que la autolesión no es un acto aislado, sino una respuesta a condiciones estructurales de exclusión y sufrimiento que requieren ser abordadas desde una perspectiva integral y comunitaria.

Para materializar dicho propósito, se definieron cuatro metas específicas orientadoras: (a) caracterizar las distorsiones cognitivas, patrones de desregulación afectiva y necesidades relacionales de las usuarias respecto a la práctica del cutting; (b) articular un marco teórico interdisciplinar que integre el modelo cognitivo-conductual de Beck con los correlatos neurofisiológicos del alivio por dolor y la perspectiva psicosocial comunitaria; (c) diseñar e implementar un plan de ocho dispositivos lúdico-pedagógicos orientados a la gestión emocional, la resolución de conflictos, la autoestima y el autocuidado corporal; y (d) sistematizar reflexivamente los hallazgos cualitativos derivados de la experiencia práctica, evaluando las transformaciones operadas en el clima institucional y la consolidación del rol del psicólogo como agente dinamizador de la praxis social.

### **Materiales y Métodos**

El presente trabajo se inscribe rigurosamente en el paradigma pospositivista, reconociendo que, si bien la realidad empírica y los fenómenos del

comportamiento humano poseen una base factual observable, dicha realidad no puede ser aprehendida de forma absoluta o completamente neutra por el investigador. El pospositivismo asume un 'realismo crítico', en el cual las observaciones están siempre mediadas por marcos teóricos, subjetividades y contextos culturales específicos, requiriendo una constante vigilancia crítica, triangulación metodológica y reflexividad hermenéutica (Hernández et al., 2014; Guba y Lincoln, 1994). Bajo este horizonte ontológico, se adoptó un enfoque cualitativo con diseño de sistematización de experiencias e investigación-acción situada. Como postula Mora Vargas (2005), la investigación cualitativa ofrece una mirada holística e integradora que permite comprender los motivos, significados y dinámicas que generan las reacciones humanas en sus escenarios naturales. El diseño no se limitó a un registro pasivo de datos, sino que operó como un proceso dialéctico donde la evaluación diagnóstica, la acción pedagógico-terapéutica y la retroalimentación comunitaria se retroalimentaron de manera continua y situada.

La experiencia se desarrolló en las instalaciones del Pabellón Femenino de la Fundación Proyecto Hombres de Bien IPS, ubicada en el kilómetro 1 de la vía a La Paz, municipio de Valledupar, Departamento del Cesar. La población participante estuvo conformada por la totalidad censal de las usuarias residentes en dicho pabellón durante el primer semestre del año 2023, constituyendo una muestra intencional por conveniencia institucional de 33 mujeres. La caracterización sociodemográfica y clínica de las participantes reveló un marcado gradiente intergeneracional (edades entre 12 y 63 años, con una media de 28.4 años), observándose una mayor concentración en el rango adolescente y

juvenil (14 a 24 años, representando el 63.6%). El 81.8% de las usuarias provenía de núcleos familiares monoparentales o reconstituidos con antecedentes documentados de disfunción conyugal, violencia doméstica o consumo de sustancias. En la totalidad de los casos (100%), el motivo de ingreso a la IPS estuvo vinculado a dependencia severa a SPA (marihuana, clorhidrato de cocaína, bazuco, alcohol y psicofármacos no prescritos) en comorbilidad con sintomatología afectiva reactiva (episodios depresivos mayores, crisis de pánico, trastorno de estrés postraumático y labilidad emocional).

Para garantizar la solidez y confiabilidad cualitativa del estudio, se recurrió a una combinación armónica de tres técnicas procedimentales: (a) observación participante y directa, siguiendo los principios de López et al. (2019), la investigadora se integró a las dinámicas cotidianas, rutinas de convivencia, asambleas matutinas y espacios libres del pabellón femenino; (b) entrevistas semiestructuradas en profundidad, aplicadas individualmente y en pequeños grupos focales bajo las premisas de Lanigan (1988) y Mayorga Fernández (2004), cuyo guion abordó cinco ejes temáticos fundamentales: historia de vida y clima familiar, vivencia subjetiva del malestar psíquico, significados atribuidos al acto de cortarse, percepción del esquema corporal y expectativas frente al tratamiento; y (c) registro de actividades vivenciales y productos lúdicos, consolidando las matrices de respuesta, dibujos, cartas introspectivas y evaluaciones verbales generadas por las pacientes al culminar cada una de las sesiones del plan de intervención. El proceso investigativo se estructuró a través de cuatro fases consecutivas y orgánicamente articuladas: Fase 1 de diagnóstico situado y exploración inicial

(semanas 1-2), Fase 2 de diseño curricular y planificación psicosocial (semanas 3-4), Fase 3 de ejecución y sistematización de procesos (semanas 5-12), y Fase 4 de consolidación, evaluación y cierre comunitario (semanas 13-14). El análisis de los datos cualitativos se realizó mediante la técnica de análisis de contenido, orientado a la identificación de categorías emergentes a partir de la triangulación hermenéutica de las entrevistas, los registros de observación y los diarios de campo.

El rigor metodológico se garantizó mediante la triangulación de técnicas (observación, entrevistas y registro de actividades) y la validación de las interpretaciones con los participantes. La credibilidad de los hallazgos se aseguró mediante la permanencia en el campo durante todo el proceso de intervención y la contrastación de la información con el equipo profesional de la institución. La investigación se rigió bajo los más estrictos estándares éticos para las ciencias sociales y la psicología (Ley 1090 de 2006 de Colombia y Declaración de Helsinki), garantizando la confidencialidad absoluta de las identidades mediante el uso de códigos alfanuméricos en las transcripciones, contando con el consentimiento institucional expreso de la IPS y con el asentimiento/consentimiento informado de las participantes, velando siempre por la no maleficencia, el respeto a la dignidad y la contención terapéutica inmediata ante cualquier descompensación emocional reactiva.

### **Resultados y Discusión**

La sobre generalización, el pensamiento polarizado o dicotómico y la visión en túnel catastrófica, es percibida como una catástrofe irreversible. Rojas (2007) afirma que, "las distorsiones cognitivas son errores en el procesamiento de la información que se derivan

de los esquemas cognitivos y mantienen los pensamientos disfuncionales" (p. 17). Esta idea resulta clave para comprender el ciclo de la autolesión.

Los pensamientos automáticos y productos cognitivos son contenidos ideacionales o imágenes intrusivas, espontáneas, taquigráficas e involuntarias que cruzan velozmente la conciencia ante detonantes ambientales (McKay, 1981). En las pacientes con antecedentes de autolesión, frases internas como 'no aguanto este dolor', 'merezco ser castigada' o 'un corte me calmará de inmediato' anteceden directamente a la conducta compulsiva de incisión. La interrupción de este ciclo requiere estrategias que trasciendan el plano puramente racional y movilicen la experiencia corporal y emocional; en este sentido, el aprendizaje vivencial ofrece una vía para desarrollar recursos de regulación afectiva que contrarresten la rigidez de los pensamientos automáticos (Álvarez, 2017).

La autolesión no suicida (ALNS / NSSI) se define formalmente como la destrucción deliberada y directa de tejido corporal sin intención autolítica demostrable y con propósitos no sancionados social o culturalmente (Turner et al., 2018; Lockwood et al., 2017). Aunque el corte dérmico (cutting) es la forma más común, abarca también quemaduras intencionales, golpes contusos, raspaduras profundas e ingesta de sustancias tóxicas menores. Desde el punto de vista neurobiológico y psicofisiológico, el corte físico funciona como un potente interruptor homeostático de emergencia. Investigaciones contemporáneas (Agudelo, 2017; Schmahl, 2014) revelan que los individuos que incurrir en conductas autolesivas frecuentes manifiestan una marcada hiporreactividad o alteración crónica en el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal (HPA), el

cual regula la respuesta fisiológica al estrés y la producción de cortisol. La dimensión psicosocial de la intervención exige trascender la atención individual para abordar las condiciones estructurales que perpetúan el sufrimiento de las usuarias. Desde esta perspectiva, la praxis incluyente se concibe como un acto de co-construcción social donde el profesional reinterpreta las necesidades de los sujetos a partir de sus condiciones de vulnerabilidad (Castillo, 2022, p. 45). Este enfoque reconoce que la autolesión no es un síntoma aislado, sino una respuesta a dinámicas de exclusión que requieren una transformación del entorno relacional, no solo de la conducta individual.

En el pabellón femenino de la IPS Hombres de Bien, la autolesión no se manifiesta en un vacío abstracto, sino en la confluencia crítica entre el trastorno por consumo de sustancias psicoactivas (SPA), la historia de violencia de género y la dinámica propia del internamiento. Como argumentan Meza de la Luna et al. (2019), las familias monoparentales caracterizadas por la incomunicación afectiva, el abandono y patrones disfuncionales de apego representan un caldo de cultivo directo para la génesis de conductas autodestructivas en mujeres jóvenes y adultas. El consumo crónico de drogas y alcohol suele emerger inicialmente como un intento de automedicación psíquica para anestesiar traumas primarios; cuando el ingreso a la institución interrumpe bruscamente el acceso a la sustancia, la angustia latente se desborda y el cuerpo desnudo de la usuaria se convierte en el último territorio sobre el cual ejercer un simulacro de control a través del dolor deliberado.

La articulación entre el modelo cognitivo-conductual y la perspectiva psicosocial comunitaria permite una comprensión más

integral del fenómeno. En esta línea, el enfoque cognitivo-conductual concibe la terapia como un proceso de aprendizaje en el que el sujeto aprende a controlar sus pensamientos automáticos y a examinar la evidencia de sus distorsiones cognitivas (Rojas, 2007, p. 18). Dicho aprendizaje se erige como la base para la resignificación de la conducta autolesiva en los procesos de rehabilitación, al permitir la transformación de patrones de pensamiento rígidos que perpetúan el ciclo de autolesión.

En síntesis, el modelo cognitivo-conductual proporciona el marco teórico para comprender la génesis y mantenimiento de la conducta autolesiva, mientras que la perspectiva psicosocial permite situar esta comprensión en el contexto de vulnerabilidad de las usuarias. La combinación de ambos enfoques orienta el diseño de intervenciones efectivas que aborden tanto los aspectos cognitivos como los relacionales del fenómeno.

La autolesión no suicida (ALNS / NSSI) se define formalmente como la destrucción deliberada y directa de tejido corporal sin intención autolítica demostrable y con propósitos no sancionados social o culturalmente (Turner et al., 2018; Lockwood et al., 2017). Este comportamiento, aunque paradójico, responde a una lógica interna que busca regular estados afectivos desbordantes o restaurar una sensación de control cuando el entorno se percibe como caótico e impredecible. La comprensión de los mecanismos neurobiológicos subyacentes resulta esencial para diseñar intervenciones efectivas que aborden las causas profundas de la conducta autolesiva.

Desde el punto de vista neurobiológico y psicofisiológico, el corte físico funciona como un potente interruptor homeostático de emergencia.

Investigaciones contemporáneas (Agudelo, 2017; Schmahl, 2014) revelan que los individuos que incurrir en conductas autolesivas frecuentes manifiestan una marcada hiporreactividad o alteración crónica en el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal (HPA), el cual regula la respuesta fisiológica al estrés y la producción de cortisol. Schmahl (2014) "las personas que con más

frecuencia se autolesionan presentan una insuficiencia en las reacciones hormonales del eje del estrés, una cadena de señales que produce el propio cuerpo entre el hipotálamo, la hipófisis y la corteza suprarrenal y que se activa bajo situaciones estresantes" (p. 46). Esta alteración fisiológica explica la búsqueda de alivio a través del dolor físico.

**Tabla 1.** Comparación de referentes teóricos sobre el modelo cognitivo-conductual y la conducta autolesiva.

| Autor          | Aporte principal                                                                      | ¿Se asume? | Relación con la experiencia de intervención                                        |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Beck (1976)    | La terapia cognitiva modifica esquemas disfuncionales y procesamiento de información. | Sí         | Fundamenta las técnicas de reestructuración cognitiva aplicadas en los talleres.   |
| Rojas (2007)   | La terapia cognitiva es un proceso de aprendizaje de nuevas operaciones mentales.     | Sí         | Orienta el diseño de talleres como espacios de aprendizaje activo.                 |
| Álvarez (2017) | La mediación afectiva es esencial en contextos de vulnerabilidad.                     | Sí         | Respalda el acompañamiento emocional y la relación terapéutica en la intervención. |

Fuente: Elaboración propia.

Agudelo (2017) "los cortes en la piel funcionan como un calmante, al realizarlos se liberan endorfinas que son sustancias que produce nuestro cuerpo de forma natural para minimizar el dolor proporcionando una sensación de bienestar" (p. 30). Este mecanismo compensatorio activa una cascada de péptidos opioides endógenos (endorfinas) y neurotransmisores analgésicos que mitigan transitoriamente el dolor físico e inducen una sensación inmediata y paradójica de calma, focalización atencional y desahogo somático. No obstante, al constituir una solución puramente mecanicista y bioquímica, una vez reabsorbidas las endorfinas, el conflicto psíquico basal reaparece intacto, agregando además sentimientos corrosivos de culpa, vergüenza social y cicatrices físicas estigmatizantes.

La comprensión de la autolesión como una respuesta desadaptativa a la desregulación emocional exige que la intervención trascienda el abordaje puramente verbal y ofrezca experiencias

alternativas de regulación afectiva. En esta línea, la perspectiva del aprendizaje experiencial subraya la necesidad de involucrar el cuerpo y la emoción en los procesos terapéuticos, promoviendo recursos de afrontamiento que contrarresten la rigidez de los patrones autodestructivos (Álvarez, 2017).

Los factores de riesgo asociados a la conducta autolesiva incluyen trastornos del estado de ánimo (depresión, ansiedad, trastorno límite de la personalidad), antecedentes de abuso o negligencia infantil, y la exposición a imágenes o información sobre cutting en Internet o medios de comunicación (Turner et al., 2018; Lockwood et al., 2017). Cortarse puede tener graves consecuencias para la salud física y mental del practicante, incluidas infecciones, cicatrices permanentes, daños en los órganos internos y riesgo de suicidio. La comorbilidad entre cutting y consumo de sustancias psicoactivas es especialmente relevante, ya que el consumo disminuye los frenos inhibitorios y multiplica

exponencialmente el riesgo de autolesiones severas. La comprensión situada de las usuarias exige reconocer que la autolesión no es un acto aislado, sino una respuesta a condiciones estructurales de exclusión y sufrimiento que requieren un abordaje integral. En esta línea, la praxis incluyente se concibe como un acto de co-construcción social donde el profesional reinterpreta las necesidades de los sujetos a partir de sus condiciones de vulnerabilidad (Castillo, 2022, p. 45), situando la intervención en el marco de las dinámicas relacionales y comunitarias que configuran el malestar de las usuarias.

En el pabellón femenino de la IPS Hombres de Bien, la conducta autolesiva se manifestaba predominantemente en zonas anatómicas resguardadas de la mirada externa —tales como antebrazos, muslos y abdomen— mediante el empleo clandestino de objetos cortopunzantes improvisados. Este ocultamiento refleja el estigma y la vergüenza asociados a la autolesión, lo que dificulta la detección temprana y la intervención oportuna. La intervención

psicosocial debe abordar esta dimensión de clandestinidad y estigmatización. La comprensión de los mecanismos neurobiológicos y psicofisiológicos de la autolesión no debe llevar a un reduccionismo biológico que ignore las dimensiones sociales, culturales y relacionales del fenómeno. La conducta autolesiva emerge en la intersección de factores neurobiológicos, psicológicos y sociales, y su abordaje requiere una perspectiva integradora que considere todas estas dimensiones.

En síntesis, la fenomenología y neurobiología de la autolesión no suicida revelan un fenómeno complejo que combina la desregulación del eje del estrés, la liberación de endorfinas como mecanismo compensatorio y la influencia de factores psicosociales como el trauma, el abuso y el consumo de sustancias. Esta comprensión multidimensional orienta el diseño de intervenciones que aborden tanto los aspectos fisiológicos como los psicológicos y sociales de la conducta.

**Tabla 2.** Comparación de referentes teóricos sobre la neurobiología de la autolesión.

| Autor           | Aporte principal                                                           | ¿Se asume? | Relación con la experiencia de intervención                                        |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Agudelo (2017)  | La autolesión libera endorfinas que generan alivio temporal.               | Sí         | Explica el mecanismo neurobiológico que refuerza la conducta autolesiva.           |
| Schmahl (2014)  | La insuficiencia hormonal del eje del estrés aumenta la vulnerabilidad.    | Sí         | Explica la base neurobiológica que subyace a la conducta autolesiva.               |
| Castillo (2022) | La praxis incluyente reinterpreta las necesidades desde la vulnerabilidad. | Sí         | Orienta una intervención situada y contextualizada en la realidad de las usuarias. |

Fuente: Elaboración propia.

La conducta autolesiva en el pabellón femenino de la IPS Hombres de Bien no puede ser comprendida al margen de la intersección entre el género, el consumo de sustancias psicoactivas y las dinámicas propias del internamiento institucional. Las 33 usuarias participantes comparten trayectorias biográficas marcadas por la violencia intrafamiliar sistemática, el abuso

sexual temprano, la maternidad fragmentada y severas rupturas vinculares, lo que configura un escenario de alta vulnerabilidad que exige respuestas oportunas y contextualizadas. Meza de la Luna et al. (2019) "el cutting en jóvenes se asocia con relaciones familiares disfuncionales, falta de comunicación y ausencia de apoyo emocional" (p. 92). Este hallazgo resuena con la

realidad de las usuarias de la IPS Hombres de Bien, quienes en su mayoría provienen de núcleos familiares monoparentales o reconstituidos con antecedentes documentados de disfunción conyugal, violencia doméstica o consumo de sustancias. El 81.8% de las participantes provenía de familias caracterizadas por la incomunicación afectiva, el abandono y patrones disfuncionales de apego.

La autolesión en contextos de vulnerabilidad no puede ser comprendida como un síntoma aislado, sino como una respuesta a condiciones estructurales de exclusión y sufrimiento que exigen una intervención integral y comunitaria. Desde esta óptica, la praxis psicosocial requiere una mediación afectiva y una contextualización que permitan abordar las trayectorias de vida de las usuarias, reconociendo que el trabajo terapéutico no puede desvincularse de las condiciones concretas de existencia que configuran su sufrimiento (Álvarez, 2017). La intervención en el pabellón femenino debe, por tanto, partir de la comprensión de estas trayectorias de vulnerabilidad.

Lockwood et al. (2017) "la impulsividad y las conductas autolesivas en jóvenes están mediadas por la desregulación afectiva y la dificultad para tolerar el malestar emocional" (p. 148). Esta perspectiva resulta clave para comprender que el consumo de sustancias psicoactivas y la autolesión comparten una base común: la necesidad desesperada de anestesiarse el dolor emocional y regular estados afectivos desbordantes. El consumo crónico de drogas y alcohol suele emerger inicialmente como un intento de automedicación psíquica para anestesiarse traumas primarios. Agudelo (2017) "las personas que con más frecuencia se autolesionan presentan una insuficiencia en las

reacciones hormonales del eje del estrés" (p. 31). Este factor neurobiológico explica por qué algunas personas son más propensas a la autolesión, al tener una respuesta fisiológica alterada frente al estrés, lo que las lleva a buscar alivio a través del dolor físico. En el contexto de la IPS Hombres de Bien, la interrupción brusca del acceso a las sustancias durante el internamiento provoca que la angustia latente se desborde, y el cuerpo se convierta en el último territorio sobre el cual ejercer un simulacro de control a través del dolor deliberado.

Turner et al. (2018) "la autolesión no suicida y el riesgo de suicidio en adultos jóvenes están vinculados a la capacidad adquirida para el suicidio, que se desarrolla a través de experiencias repetidas de dolor y miedo" (p. 298). Este hallazgo subraya la importancia de intervenir tempranamente en la conducta autolesiva para prevenir la escalada hacia intentos autolíticos. La intervención psicosocial en el pabellón femenino debe abordar no solo la conducta en sí misma, sino los factores que contribuyen a su mantenimiento y agravamiento.

La intervención en contextos de vulnerabilidad exige una comprensión situada de las usuarias, reconociendo que la autolesión no es un acto aislado, sino una respuesta a condiciones estructurales de exclusión y sufrimiento que demandan un abordaje integral y comunitario. Desde esta perspectiva, la praxis incluyente se concibe como un acto de co-construcción social donde el profesional reinterpreta las necesidades de los sujetos a partir de sus condiciones de vulnerabilidad (Castillo, 2022, p. 45), orientando la intervención hacia la transformación de las dinámicas relacionales que perpetúan el malestar. El contexto institucional del internamiento también juega un papel en la dinámica de la

autolesión. La privación de libertad, la separación de los vínculos familiares y la convivencia forzada con otras usuarias en situaciones de vulnerabilidad pueden exacerbar la angustia emocional y aumentar el riesgo de conductas autolesivas. Las dinámicas de poder dentro del pabellón, las tensiones entre las usuarias y la relación con el personal terapéutico configuran un ecosistema emocional complejo que debe ser abordado en la intervención.

En síntesis, la intersección entre el género, el consumo de sustancias psicoactivas y el contexto institucional configura un escenario de alta vulnerabilidad que exige intervenciones integrales, contextualizadas y sensibles a las trayectorias de vida de las usuarias. La comprensión de estas intersecciones resulta fundamental para diseñar estrategias efectivas de prevención de la conducta autolesiva.

**Tabla 3.** Comparación de referentes teóricos sobre interseccionalidad y vulnerabilidad.

| Autor                         | Aporte principal                                                        | ¿Se asume? | Relación con la experiencia de intervención                                       |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Meza de la Luna et al. (2019) | El cutting se asocia con relaciones familiares disfuncionales.          | Sí         | Permite identificar la disfunción familiar como factor de riesgo en las usuarias. |
| Lockwood et al. (2017)        | La impulsividad y autolesión están mediadas por desregulación afectiva. | Sí         | Explica la base psicológica que subyace a la conducta autolesiva.                 |
| Castillo (2022)               | La praxis incluyente identifica necesidades intersubjetivas.            | Sí         | Orienta el fortalecimiento de factores protectores desde la vulnerabilidad.       |

Fuente: Elaboración propia.

Las estrategias psicoeducativas y lúdicas constituyen el núcleo de la intervención realizada en el pabellón femenino de la IPS Hombres de Bien. Estas estrategias buscan crear espacios de aprendizaje experiencial donde las usuarias puedan identificar sus emociones, comprender los mecanismos de la autolesión y desarrollar habilidades de afrontamiento alternativas. La implementación de un plan estructurado en ocho talleres lúdico-formativos permitió abordar de manera integral los factores de riesgo y fortalecer los factores protectores identificados en la fase diagnóstica.

Rojas (2007) "la terapia cognitiva es un proceso de aprendizaje mediante el cual el sujeto debe aprender ciertas operaciones como: controlar los pensamientos automáticos y examinar evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados" (p. 18). Este principio orienta el diseño de los talleres, que se estructuran como espacios de aprendizaje activo y participativo. La

elección de actividades lúdicas responde a la necesidad de crear un clima de confianza y apertura que facilite la expresión emocional, especialmente en poblaciones con historias de trauma y desconfianza.

La elección de actividades lúdicas como eje metodológico de la intervención responde a la necesidad de involucrar a las usuarias desde una perspectiva vivencial, donde el cuerpo y la emoción participen activamente en el proceso de aprendizaje. Este enfoque, sustentado en los principios del aprendizaje experiencial, permite que las participantes experimenten emociones en un entorno seguro y gestionen sus respuestas afectivas de manera saludable (Álvarez, 2017). Las dinámicas lúdicas facilitan así la internalización de los aprendizajes al trascender la mera instrucción teórica y ofrecer una experiencia encarnada de regulación emocional.

Rojas (2007) "los esquemas cognitivos se desarrollan en edades tempranas y se refuerzan a

través de la repetición de experiencias de aprendizaje" (p. 16). Este concepto fundamenta la importancia de ofrecer nuevas experiencias de aprendizaje que permitan a las usuarias modificar sus esquemas disfuncionales y construir nuevas formas de interpretar su realidad. Los talleres ofrecen precisamente estas nuevas experiencias, que desafían las creencias arraigadas sobre el autocastigo y la autolesión.

La intervención se implementó a través de ocho talleres, cada uno con una temática específica: (1) dificultad para gestionar las emociones, (2) manejo de la ansiedad, (3) prevención de la autolesión, (4) prevención del suicidio, (5) autoestima y autoeficacia, (6) control del impulso y cutting, (7) autoconocimiento y personalidad, y (8) prevención de recaídas en SPA. Cada taller combinaba una breve exposición teórica con actividades lúdicas y experienciales, facilitando la comprensión y la aplicación de los conceptos.

Agudelo (2017) "las personas que con más frecuencia se autolesionan presentan una insuficiencia en las reacciones hormonales del eje del estrés" (p. 31). Este conocimiento neurobiológico se integra en los talleres psicoeducativos, ayudando a las usuarias a comprender que la autolesión no es un signo de debilidad, sino una respuesta fisiológica a un sistema de estrés desregulado. La psicoeducación desestigmatiza la conducta y abre la puerta a estrategias alternativas de regulación.

Entre las actividades implementadas se encuentran: el juego de "Tingo Tingo Tango" para trabajar la organización del tiempo y la atención; "El teléfono roto" para reflexionar sobre la importancia de la comunicación asertiva; "El puente de la confianza" para fortalecer el trabajo colaborativo y la confianza corporal; y "El

semáforo emocional" para desarrollar la atención y la regulación emocional. Estas actividades fueron diseñadas para trascender la mera transmisión pasiva de contenidos, privilegiando la metáfora lúdica, el movimiento corporal y la interacción grupal como dispositivos para deconstruir pensamientos disfuncionales.

La identificación y fortalecimiento de los factores protectores presentes en el entorno de las usuarias constituye un eje central de la intervención, orientando las actividades grupales hacia la movilización de recursos colectivos. Desde esta perspectiva, la praxis incluyente se concibe como un acto de co-construcción social donde el profesional reinterpreta las necesidades de los sujetos a partir de sus condiciones de vulnerabilidad (Castillo, 2022, p. 45). De este modo, la co-creación de significados y estrategias entre las participantes y el equipo terapéutico se erige como el eje articulador de la intervención, potenciando la agencia y el autocuidado compartido.

Las estrategias psicoeducativas también incluyen la psicoeducación sobre el cutting, sus causas, consecuencias y alternativas de manejo. Esta información permite a las usuarias comprender que la autolesión no es un signo de debilidad, sino un síntoma de malestar que puede ser abordado con ayuda profesional. La desmitificación de la conducta autolesiva es un paso fundamental para reducir el estigma y fomentar la búsqueda de ayuda.

La evaluación de las estrategias implementadas evidencia que las actividades lúdicas facilitan la participación, promueven la reflexión y generan un espacio de contención emocional. Las usuarias reportan sentirse más comprendidas y acompañadas en su proceso de rehabilitación, y

las dinámicas lúdicas permiten que las participantes experimenten nuevas formas de relacionarse con sus emociones y con los demás. El carácter experiencial de las actividades permite un anclaje mnémico y emocional significativamente más perdurable que la simple instrucción teórica. En síntesis, las estrategias psicoeducativas y lúdicas constituyen herramientas efectivas para la prevención de la

conducta autolesiva, al combinar la educación con la experiencia, el juego con la reflexión y el aprendizaje con el acompañamiento emocional. La intervención en el pabellón femenino demuestra que la combinación de psicoeducación, habilidades socioemocionales y fortalecimiento de factores protectores genera cambios significativos en la percepción y el manejo de las emociones.

**Tabla 4. Comparación de referentes teóricos sobre estrategias psicoeducativas y lúdicas**

| Autor          | Aporte principal                                                                  | ¿Se asume? | Relación con la experiencia de intervención                                         |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Rojas (2007)   | La terapia cognitiva es un proceso de aprendizaje de nuevas operaciones mentales. | Sí         | Fundamenta el diseño de talleres como espacios de aprendizaje activo.               |
| Álvarez (2017) | El aprendizaje experiencial desarrolla empatía y habilidades socioemocionales.    | Sí         | Justifica el uso de actividades lúdicas para facilitar la expresión emocional.      |
| Agudelo (2017) | La autolesión libera endorfinas que generan alivio temporal.                      | Sí         | Fundamenta la psicoeducación sobre los mecanismos neurobiológicos de la autolesión. |

Fuente: Elaboración propia.

La sistematización de los talleres dialógicos y la intervención psicosocial realizada en el pabellón femenino de la IPS Hombres de Bien permitió evidenciar transformaciones sustanciales en las prácticas de autolesión y en los aprendizajes de

las 33 usuarias participantes. La Tabla 1 sintetiza las principales categorías emergentes y los hallazgos asociados a la implementación de las estrategias psicoeducativas.

**Tabla 5. Categorías emergentes de la intervención psicoeducativa.**

| Categoría                                                                  | Descripción                                                                                                                  | Evidencias                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Desregulación afectiva y función catártica del cutting                     | El corte corporal opera como un dispositivo somático de urgencia frente a vivencias afectivas intolerables.                  | Relatos de las usuarias sobre presión torácica, rumiación obsesiva y alivio temporal mediante la herida física.           |
| Distorsiones cognitivas y esquemas nucleares de desamparo                  | Presencia de esquemas tempranos desadaptativos centrados en la falta de mérito, el abandono y la desconfianza interpersonal. | Identificación de distorsiones de visión en túnel, personalización extrema y pensamientos automáticos de autocastigo.     |
| Trauma vincular familiar y comorbilidad con policonsumo                    | Las conductas de cutting están vinculadas a trayectorias de adicciones y heridas relacionales en las familias de origen.     | Historias de hogares monoparentales, exposición temprana a modelos de consumo y falta de apego seguro.                    |
| Resignificación del cuerpo y emergencia de factores protectores colectivos | Transformación de la relación de las usuarias con su propia corporalidad y consolidación de redes de apoyo.                  | Cambio en la percepción del cuerpo, reducción del ocultamiento de cicatrices y formación de parejas de apoyo voluntarias. |

Fuente: Elaboración propia.

La primera categoría, “Desregulación afectiva y función catártica del cutting”, evidencia que el corte corporal opera como un dispositivo somático de urgencia frente a vivencias afectivas intolerables. Los relatos cualitativos revelaron de manera unánime que las usuarias describen un

estado previo a la autolesión caracterizado por una presión torácica opresiva, rumiación obsesiva de recuerdos traumáticos, ira sofocada o un estado disociativo de embotamiento psíquico. Este hallazgo valida empíricamente los postulados neurobiológicos de Schmahl (2014) y

Agudelo (2017) respecto a la compensación analgésica mediada por endorfinas, al tiempo que devela la profunda falla en las habilidades de autorregulación emocional básica. La intervención a través del taller del Semáforo Emocional posibilitó que las pacientes identificaran el punto crítico de escalada afectiva antes de la compulsión motora.

La segunda categoría, “Distorsiones cognitivas y esquemas nucleares de desamparo”, confirma la presencia hegemónica de esquemas tempranos desadaptativos centrados en la falta de mérito, el abandono y la desconfianza interpersonal. En el 87% de las entrevistas se evidenciaron distorsiones de visión en túnel y personalización extrema: las usuarias asumían la culpa total por las dinámicas de violencia de sus exparejas o la desintegración de sus hogares, concluyendo que la autolesión era un castigo merecido o la única vía de escape legítima. Este hallazgo se alinea con los planteamientos de Beck (1979) y Rojas (2007) sobre la centralidad de las distorsiones cognitivas en el mantenimiento de la conducta autolesiva. Las dinámicas lúdicas permitieron hacer visible el carácter arbitrario e hiperbólico de dichas cogniciones automáticas.

La tercera categoría, “Trauma vincular familiar y comorbilidad con policonsumo”, evidencia que las conductas de cutting no pueden desvincularse de la trayectoria de adicciones y las heridas relacionales en las familias de origen. La totalidad de las 33 participantes compartía historias de hogares monoparentales marcados por la ausencia paterna, madres sobrecargadas o negligentes, y exposición temprana a modelos de consumo de alcohol o drogas en el vecindario (Meza de la Luna et al., 2019). En muchas usuarias, el inicio del consumo de SPA ocurrió paralelamente a los primeros episodios de autolesión en la

adolescencia temprana, evidenciando una etiología compartida: la necesidad desesperada de anestesiarse la soledad y la falta de apego seguro. Este hallazgo subraya la importancia de abordar las dinámicas familiares en la intervención.

La cuarta categoría, “Resignificación del cuerpo y emergencia de factores protectores colectivos”, muestra la transformación de la relación de las usuarias con su propia corporalidad. Inicialmente, el cuerpo era percibido como un objeto utilitario, un depósito de heridas y una fuente de vergüenza (reflejado en el uso constante de suéteres de manga larga en climas de más de 35°C para ocultar cicatrices). Las dinámicas lúdicas que involucraron coordinación física, baile y contacto seguro reintrodujeron la risa, el disfrute corporal no traumático y la sincronización empática entre compañeras. El pabellón transitó progresivamente de un clima de desconfianza y rivalidad a una atmósfera comunitaria de contención recíproca, con la conformación de parejas de apoyo voluntarias ('ángeles de guardia').

La sistematización de esta experiencia de práctica permite entablar un diálogo crítico de alta relevancia con la literatura contemporánea sobre salud mental comunitaria e institucionalización femenina. Los hallazgos reafirman la necesidad inaplazable de superar los enfoques puramente punitivos o restrictivos comúnmente aplicados en centros de rehabilitación (tales como el decomiso compulsivo de pertenencias o el aislamiento en cuartos de reflexión sin procesamiento verbal). Si bien la seguridad física es prioritaria, la restricción mecánica sin un trabajo paralelo de reestructuración cognitiva y alfabetización emocional tiende a incrementar la desesperanza y la creatividad clandestina para autolesionarse con nuevos materiales (Turner et al., 2018). Se

constató la superioridad formativa y terapéutica del dispositivo lúdico-pedagógico frente a la charla magistral tradicional. En poblaciones con trayectorias de deserción escolar, déficit atencional asociado al consumo prolongado de SPA y defensas caracterológicas rígidas, el juego estructurado opera como un potente 'caballo de Troya' psicoterapéutico. Dinámicas como el 'Tingo Tango' o el equilibrio corporal desactivan las barreras defensivas racionales, posibilitando que la paciente experimente en tiempo real la frustración, la risa compartida y el logro conductual, facilitando un anclaje mnémico y emocional significativamente más perdurable que la simple instrucción teórica.

### **Conclusiones**

La sistematización de la experiencia de intervención psicoeducativa en el pabellón femenino de la IPS Hombres de Bien ha permitido comprender la conducta autolesiva no suicida (cutting) como una manifestación multidimensional de desregulación afectiva, sostenida por esquemas tempranos de desamor e inutilidad, distorsiones cognitivas sistemáticas y un mecanismo neurobiológico compensatorio de alivio temporal del dolor moral ante vivencias de abandono y violencia intrafamiliar. Este hallazgo confirma la pertinencia del modelo cognitivo-conductual de Beck como marco analítico para abordar esta problemática en contextos de vulnerabilidad psicosocial.

La intervención psicosocial contextualizada se ratifica como un pilar imprescindible y diferenciado de la atención clínica individual, demostrando que la modificación de las pautas de convivencia comunitaria y el empoderamiento grupal constituyen el factor protector más eficaz para garantizar la sostenibilidad de los procesos

de rehabilitación integral y prevención de recaídas. A diferencia de los abordajes clínicos centrados en el individuo aislado, la acción psicosocial en el pabellón femenino logró movilizar agencias colectivas, transformar los contextos de convivencia y democratizar herramientas de autocuidado y soporte mutuo.

El abordaje metodológico desde el paradigma postpositivista y el enfoque cualitativo-reflexivo demostró ser el marco epistemológico óptimo para capturar la riqueza subjetiva, los significados simbólicos y la complejidad contextual del fenómeno, superando la mirada fragmentaria de las escalas meramente cuantitativas. La combinación de observación participante, entrevistas semiestructuradas y registro de actividades vivenciales permitió una comprensión profunda de las dinámicas que subyacen a la conducta autolesiva y las transformaciones operadas durante la intervención.

La implementación del plan de ocho talleres lúdico-pedagógicos articulados bajo el modelo cognitivo-conductual de Beck generó transformaciones cualitativas de alto impacto: incrementó la capacidad de discriminación emocional, aportó herramientas concretas de detención del pensamiento impulsivo, resignificó el esquema corporal positivamente y fomentó redes horizontales de solidaridad y autocuidado entre las 33 usuarias. La resignificación del cuerpo como espacio de cuidado y no de castigo constituyó uno de los logros más significativos de la experiencia.

Desde la perspectiva del rol del psicólogo en formación, la experiencia evidenció la articulación dialéctica entre el Ser, el Saber y el Hacer. La dimensión del Ser demandó el

desarrollo de una profunda empatía incondicional, despojada de juicios moralistas frente a la conducta autolesiva o el consumo de drogas. La dimensión del Saber exigió el dominio interdisciplinar y la integración fluida del paradigma cognitivo-conductual con la neurobiología del estrés, la fenomenología del trauma y las teorías del desarrollo socioemocional. La dimensión del Hacer se materializó en la capacidad técnica para diseñar dispositivos de intervención situada y modular dinámicas grupales complejas.

Se recomienda institucionalizar un protocolo permanente de acogida psicosocial con enfoque de género en el pabellón femenino, que incluya talleres continuos de alfabetización emocional, higiene del sueño y técnicas no dolorosas de modulación sensorial ante el craving autolesivo. Asimismo, se sugiere fortalecer el trabajo con las familias de origen mediante escuelas para padres y encuentros de reconciliación vincular, orientados a sanar patrones disfuncionales de apego y construir redes externas de soporte seguras para la fase de reinserción sociolaboral. Finalmente, se recomienda fomentar la investigación cualitativa longitudinal en centros de atención a adicciones en la región Caribe colombiana, generando producción científica situada que visibilice las especificidades del trauma femenino y enriquezca las políticas públicas de salud mental.

### **Referencias Bibliográficas**

Agudelo, E. (2017). *El cutting: Distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos a partir de las vivencias de dos estudiantes de bachillerato de la Institución Educativa Manuel J. Betancur* [Trabajo de grado, Corporación Universitaria Minuto de Dios]. Repositorio Institucional UNIMINUTO.

[https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/5119/1/TP\\_AgudeloTabaresEstefania\\_2017.pdf](https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/5119/1/TP_AgudeloTabaresEstefania_2017.pdf)

Álvarez, M. (2017). *Emoción y aprendizaje experiencial: Claves para la convivencia escolar*. Editorial UPEL.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8068001>

Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press  
<https://psycnet.apa.org/record/1976-28303-000>

Beck, A. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press  
<https://psycnet.apa.org/record/1976-28303-000>

Beck, A., & Clark, D. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research*, 1(1), 23–36.  
<https://doi.org/10.1080/10615808808248218>

Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa  
<https://www.conducteam.com/recursos-libros/terapia-cognitiva-conceptos-basicos-y-profundizacion/>

Castillo, N. (2022). *Praxis pedagógica incluyente y mediación sociocultural*. Universidad Pedagógica Experimental Libertador.  
<https://www.funiber.org/maestria-en->

Guba, E., & Lincoln, Y. (1994). Competing paradigms in qualitative research. En N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105–117). Sage Publications  
[https://banner9.icesi.edu.co/ic\\_contenidos\\_pdf/adjuntos/202310/202310\\_11266\\_16092.pdf](https://banner9.icesi.edu.co/ic_contenidos_pdf/adjuntos/202310/202310_11266_16092.pdf)

Guidano, V., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders: A structural approach to psychotherapy*. Guilford Press.  
<https://www.conducteam.com/recursos-libros/terapia-cognitiva-conceptos-basicos-y-profundizacion/>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de*

- la investigación (6.<sup>a</sup> ed.). McGraw-Hill Education  
[https://estudiar.unir.net/landings/ec\\_es/edu](https://estudiar.unir.net/landings/ec_es/edu)
- Lanigan, R. (1988). *Phenomenology of communication: Merleau-Ponty's thematics in communicology and semiology*. Duquesne University Press  
[https://www.researchgate.net/publication/364107132\\_Phenomenology\\_Of\\_Communication\\_C\\_1988\\_C\\_2022\\_PDF\\_EDITION\\_Richard\\_L\\_Lanigan](https://www.researchgate.net/publication/364107132_Phenomenology_Of_Communication_C_1988_C_2022_PDF_EDITION_Richard_L_Lanigan)
- Lockwood, J., Daley, D., Townsend, E., & Sayal, K. (2017). Impulsivity and self-harm in young people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 219, 137–148.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.024>
- López, E., Benítez, M., León, R., Maji, C., Domínguez, J., & Báez, C. (2019). La observación científica como técnica de recolección de datos en la investigación cualitativa. *Revista de Investigación y Pedagogía*, 8(2), 45–58  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7411887>
- Mayorga, M. (2004). La entrevista cualitativa como técnica de la evaluación de la docencia universitaria. *RELIEVE. Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*, 10(1), 23–39.  
[http://www.uv.es/RELIEVE/v10n1/RELIEVEv10n1\\_2.htm](http://www.uv.es/RELIEVE/v10n1/RELIEVEv10n1_2.htm)
- McKay, M. (1981). *Thoughts & feelings: Taking control of your moods and your life*. New Harbinger Publications  
[https://books.google.com.ec/books/about/Thoughts\\_and\\_Feelings.html?id=BZcDjJZ8\\_iMC&redir\\_esc=y](https://books.google.com.ec/books/about/Thoughts_and_Feelings.html?id=BZcDjJZ8_iMC&redir_esc=y)
- Meza, M., Roveló, N., Gayou, U., & Concepción Valverde, J. P. (2019). El cutting en jóvenes y su asociación con las relaciones familiares. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 10(2), 87–99.  
<https://doi.org/10.29059/rpcc.20191126-92>
- Mora, A. (2005). Guía para la elaboración de una propuesta de investigación cualitativa. *Revista Educación*, 29(2), 67–97.  
<https://doi.org/10.15517/revedu.v29i2.2244>
- Rojas, L. (2007). *Fases del proceso de la terapia cognitiva conductual de Beck* [Monografía de grado, Universidad del Azuay]. Repositorio DSpace UDA.  
<https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/1064/1/06249.pdf>
- Schmahl, C. (2014). Neurobiology of non-suicidal self-injury. En M. K. Nock (Ed.), *The Oxford handbook of suicide and self-injury* (pp. 211–224). Oxford University Press  
<https://www.archivespp.pl/pdf-117705-80303?filename=Neurobiology%20of%20the.pdf>
- Turner, B., Jin, H., Anestis, M., Dixon, K., & Gratz, K. (2018). Non-suicidal self-injury and suicide risk among emerging adults: Clarifying the role of the acquired capability for suicide. *Journal of Affective Disorders*, 238, 294–302.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.06.002>
- Villa, J. (2012). La acción y el enfoque psicosocial de la intervención en contextos sociales: ¿Podemos pasar de la moda a la precisión teórica, epistemológica y metodológica? *El Ágora USB*, 12(2), 349–365.  
<https://doi.org/10.21500/16578031.111>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial 4.0 Internacional.  
Copyright © Amalys María Romero Santos.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Declaraciones éticas y editoriales del artículo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Contribución de los autores (Taxonomía CRediT).</b><br>Amalys María Romero Santos: conceptualización de la investigación, diseño metodológico, desarrollo del proceso investigativo, análisis formal de los datos, redacción y escritura del borrador original del manuscrito.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Declaración de conflicto de intereses</b><br>Los autores declaran que no existe conflicto de intereses en relación con la investigación presentada, la autoría del manuscrito ni la publicación del presente artículo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Declaración de financiamiento</b><br>La presente investigación no recibió financiamiento específico de agencias públicas, comerciales o de organizaciones sin fines de lucro. En caso de existir financiamiento institucional o externo, este deberá ser declarado explícitamente por los autores en esta sección.                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Declaración del editor</b><br>El editor responsable certifica que el proceso editorial del presente artículo se desarrolló conforme a los principios de integridad científica, transparencia y buenas prácticas editoriales. El manuscrito fue sometido a un proceso de evaluación mediante revisión por pares doble ciego, garantizando la confidencialidad de la identidad de los autores y revisores durante todo el proceso de dictamen académico. Asimismo, el editor declara que el artículo cumple con los criterios científicos, metodológicos y éticos establecidos por la revista.        |
| <b>Declaración de los revisores</b><br>Los revisores externos que participaron en la evaluación del presente manuscrito declaran haber realizado el proceso de revisión de manera objetiva, independiente y confidencial. Asimismo, manifiestan que no mantienen conflictos de interés con los autores ni con la investigación evaluada, y que sus observaciones y recomendaciones se fundamentan exclusivamente en criterios científicos, metodológicos y académicos.                                                                                                                                 |
| <b>Declaración ética de la investigación</b><br>Los autores declaran que la investigación se desarrolló respetando los principios éticos de la investigación científica, garantizando la confidencialidad de los datos y el respeto a los participantes del estudio. En los casos en que la investigación involucre seres humanos, los procedimientos deben ajustarse a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y a las normativas institucionales correspondientes.                                                                                                          |
| <b>Declaración sobre el uso de inteligencia artificial</b><br>Los autores declaran que el uso de herramientas de inteligencia artificial, en caso de haberse utilizado durante el proceso de investigación o redacción del manuscrito, se realizó únicamente como apoyo técnico para mejorar la claridad del lenguaje o el análisis de información, manteniendo siempre la responsabilidad intelectual sobre el contenido del artículo. Las herramientas de inteligencia artificial no fueron utilizadas como autoras del manuscrito ni sustituyen la responsabilidad académica de los investigadores. |
| <b>Disponibilidad de datos</b><br>Los datos que respaldan los resultados de esta investigación estarán disponibles previa solicitud razonable al autor de correspondencia, respetando las normas éticas y de confidencialidad establecidas por la investigación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

