

SCHOLAE PSYCHOLOGY

NEWS & INSIGHTS

**DORMIR BIEN PARA
SENTIRSE MEJOR:**

El sueño protege nuestra
salud mental

**ROMPER EL SILENCIO
DE LA TRATA**

Entre luces y sombras

**¿SABÍAS QUE TU INTESTINO
PODRÍA ESTAR INFLUYENDO
EN TU ESTADO DE ÁNIMO
MÁS DE LO QUE IMAGINAS?**

SER, SENTIR Y CUIDAR

**CONSTRUYENDO BIENESTAR
DESDE LO ESENCIAL**

NO.9 | JULIO 2025

@scholaepsychology

www.scholaepsychology.com



CONTENIDO

03

DORMIR BIEN PARA SENTIRSE
MEJOR: EL SUEÑO PROTEGE
NUESTRA SALUD MENTAL

Psiquiatría

08

CRECER CON TDAH SIN
SABERLO: UNA VIDA
CONTRACORRIENTE

Testimonio

11

EL ABANDONO TERAPÉUTICO
COMO FORMA DE
COMUNICACIÓN EN LA
TERAPIA FAMILIAR

Psicología

14

TEJIENDO LAZOS: JORNADA DE
TRAUMA Y PSIQUIATRÍA

Presencia Scholae

16

ENTRE LUCES Y SOMBRAS:
ROMPER EL SILENCIO DE LA
TRATA

Psicología

19

¿SABÍAS QUE TU INTESTINO
PODRÍA ESTAR INFLUYENDO EN
TU ESTADO DE ÁNIMO MÁS DE
LO QUE IMAGINAS?

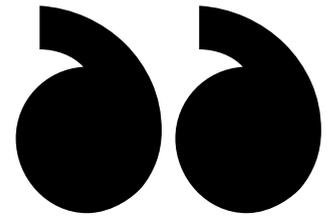
Nutrición clínica



PSIQUIATRÍA

DORMIR BIEN PARA SENTIRSE MEJOR: EL SUEÑO PROTEGE NUESTRA SALUD MENTAL

Por: Dra. Diana Fabiola Ramos López, médico residente de psiquiatría



Dormir bien no es un lujo ni una pérdida de tiempo: es una necesidad biológica fundamental que sostiene nuestra mente y cuerpo. ¿Te ha pasado que después de una noche de mal sueño te sientes irritable, ansioso o con la cabeza nublada? No es casualidad. El sueño y la salud mental están profundamente conectados.



¿QUÉ SUCEDE EN EL CEREBRO MIENTRAS DORMIMOS?

Durante el sueño, el cerebro realiza una especie de “mantenimiento nocturno”: consolida recuerdos, regula emociones, elimina toxinas neuronales y fortalece conexiones importantes entre neuronas. Cuando estos procesos no se completan correctamente, aparecen señales de alarma: irritabilidad, fatiga, bajo estado de ánimo, ansiedad y, en casos crónicos, síntomas más graves como alteraciones cognitivas o incluso psicóticas.



TRASTORNOS DEL SUEÑO MÁS COMUNES EN SALUD MENTAL

- **Insomnio:** Es el trastorno más frecuente. Afecta hasta al 30% de la población general y es aún más común en personas con depresión o ansiedad. Dormir mal puede ser tanto un síntoma como un factor desencadenante de estos trastornos.
- **Hipersomnias:** Exceso de sueño o somnolencia diurna, común en depresiones atípicas.
- **Pesadillas y terrores nocturnos:** Se observan con frecuencia en personas con trastorno de estrés posttraumático (TEPT).
- **Alteraciones del ritmo circadiano:** Cuando se desajustan los horarios de sueño, puede haber desregulación emocional y mayor riesgo de recaídas en trastornos afectivos.

POBLACIONES ESPECIALES: CUANDO EL SUEÑO ES MÁS VULNERABLE

El sueño no afecta igual a todas las personas. Hay grupos con vulnerabilidades específicas que requieren especial atención:

Adolescentes

Durante la pubertad, el ritmo circadiano se retrasa de forma natural, pero los horarios escolares siguen siendo matutinos. Esta desincronía genera privación crónica de sueño en hasta el 70% de los adolescentes. Dormir menos de 6 horas por noche aumenta significativamente el riesgo de depresión y otras comorbilidades psiquiátricas.

Adultos mayores

Con la edad, disminuye el sueño profundo y aumenta la fragmentación del descanso. El insomnio afecta hasta a la mitad de los adultos mayores, muchas veces asociado con depresión, deterioro cognitivo o apnea del sueño. Este último, además, incrementa el riesgo de demencia. Es esencial considerar la comorbilidad médica y la polifarmacia en esta población.

Mujeres en etapas reproductivas

El sueño se ve alterado por los cambios hormonales del ciclo menstrual, embarazo o menopausia. Hasta el 60% de las embarazadas reportan insomnio, lo cual eleva el riesgo de depresión perinatal. Durante la perimenopausia, los sofocos y trastornos del ánimo también impactan el descanso.

Trabajadores por turnos

Un 20% de la población laboral trabaja en turnos rotativos o nocturnos. Esta desincronización crónica con el ritmo biológico natural se asocia a un mayor riesgo de ansiedad y depresión. La luz brillante programada, la melatonina y una adecuada planificación de turnos pueden ayudar.

Personas con trastornos psiquiátricos severos

En condiciones como esquizofrenia o trastorno bipolar, los fármacos y la propia enfermedad pueden alterar la arquitectura del sueño. Incluir el manejo del sueño dentro del abordaje terapéutico integral puede reducir recaídas y mejorar el pronóstico.

Personas con trauma complejo

En personas con antecedentes de violencia o desplazamiento, los problemas de sueño (como las pesadillas) pueden cronificarse. Intervenciones como la Terapia de Ensayo de Imágenes (IRT) han demostrado eficacia en la reducción de pesadillas y síntomas asociados al TEPT.



¿QUÉ DICE LA CIENCIA?

Numerosos estudios han encontrado que dormir mal no solo afecta el estado de ánimo, sino que también incrementa el riesgo de depresión y ansiedad. Por otro lado, mejorar la calidad del sueño favorece la respuesta a tratamientos psiquiátricos, mejora la concentración y fortalece el bienestar emocional.

TRATAMIENTO:

CUANDO DORMIR MEJOR ES PARTE DE SANAR

Higiene del sueño

Es el primer paso. Implica mantener horarios regulares, evitar estimulantes antes de dormir, y crear un ambiente propicio para el descanso. Solo con estas medidas se pueden ver mejoras de hasta un 30% en la calidad del sueño.

Terapia Cognitivo-Conductual para Insomnio (TCC-I)

Considerada el tratamiento de primera línea. Combinando estrategias como restricción del sueño, reestructuración cognitiva y control de estímulos, logra tasas de éxito de hasta el 80% con efectos duraderos.

Tratamiento farmacológico

Se reserva para casos moderados o severos. Incluye benzodiazepinas, hipnóticos no benzodiazepínicos, antidepresivos sedantes, y melatonina. Su uso debe ser individualizado, considerando efectos secundarios y el trastorno subyacente.

Intervenciones cronobiológicas

La fototerapia (exposición a luz brillante) ha demostrado ser eficaz, sobre todo en depresiones estacionales o bipolares. Solo 30 minutos diarios pueden mejorar el ánimo en más de la mitad de los casos.

El uso de tecnologías para monitorear el sueño puede ser útil, pero hay que evitar caer en la "ortosomnia" (obsesión por dormir perfecto), que puede aumentar la ansiedad y empeorar el descanso. El objetivo no es dormir perfecto, sino dormir mejor.



¿CÓMO LLEVARLO A LA PRÁCTICA?

Implementar buenos hábitos de sueño puede ser un desafío en la vida cotidiana. Estas son estrategias prácticas para lograrlo



Establece una rutina de sueño constante, incluso los fines de semana.



Evita pantallas al menos una hora antes de dormir. La luz azul inhibe la melatonina.



Reduce el consumo de cafeína, alcohol y cenas pesadas antes de acostarte.



Practica técnicas de relajación nocturna, como respiración, meditación o lectura.



Consulta a un profesional si el problema persiste. El tratamiento adecuado puede transformar tu calidad de vida.

"DORMIR BIEN NO ES UN LUJO, SINO UNA NECESIDAD BÁSICA PARA LA SALUD MENTAL."

Un descanso adecuado (idealmente entre 7 y 9 horas diarias) reduce en un 30% el riesgo de depresión mejora la memoria hasta en un 35% y ayuda a regular el cortisol, la hormona del estrés.

Como médico del área de salud mental, puedo afirmarlo con certeza: no hay salud mental sin buen sueño. Dormir bien es darle a tu cerebro el tiempo que necesita para procesar, sanar y mantenerte en equilibrio.

Y recuerda: si los problemas de sueño afectan tu estado de ánimo, concentración o relaciones, no estás solo. Pedir ayuda es un acto de cuidado y valentía. Tu bienestar importa, y siempre hay apoyo disponible.

Referencias

1. Walker, M. (2017). Why We Sleep. Scribner.
2. Harvard Medical School. (2021). Sleep and Mental Health.
3. Freeman D. et al. (2020). Sleep disturbance and psychiatric disorders. Lancet Psychiatry, 7(7), 628–637.
4. American Academy of Sleep Medicine. (2023). Guideline for the Treatment of Chronic Insomnia in Adults.
5. OMS (2022). Salud mental y trastornos del sueño.



El 13 de julio se conmemora el
**Día Internacional del Trastorno por Déficit de
Atención e Hiperactividad (TDAH)**

Esta fecha tiene como objetivo sensibilizar y concienciar sobre esta condición neurobiológica

TESTIMONIO

CRECER CON TDAH SIN SABERLO: UNA VIDA CONTRACORRIENTE

Por: Dr. Sergio López, médico residente de psiquiatría



Hola, mi nombre es Sergio. He pensado mil formas de escribir este texto, pero con el tiempo he aprendido que, al detenerme demasiado en los detalles, muchas veces no termino lo que empiezo. ¿Cómo comenzar? ¿Qué incluir? ¿Alguien lo leerá? Esas preguntas se agolpan en mi mente y exigen respuesta antes de dejarme avanzar. Por eso, he decidido no planificar. Hoy, simplemente voy a fluir y confiar en que mis palabras le dejarán a cada lector una enseñanza personal.

Quiero compartir cómo ha sido mi experiencia viviendo como una persona neurodivergente sin saberlo, y cómo muchas de esas vivencias podrían haberse prevenido o entendido desde una mirada más compasiva.

Desde pequeño fui intensamente curioso. Podía pasar horas leyendo sobre historia, ciencia, astronomía o animales. No era una curiosidad superficial: cada tema se convertía en una obsesión. Cuando me interesé por la astronomía, conseguí un telescopio y pasaba horas leyendo sobre planetas, estrellas, física, y el pensamiento astronómico de civilizaciones antiguas. Con los animales, llegué a tener iguanas y serpientes en casa. Me sumergía en investigar sobre su alimentación, hábitat, regulación de temperatura, y hasta sobre las especificaciones técnicas de las lámparas que requerían. Nada era a medias. Si algo me apasionaba, me entregaba por completo.

Sin embargo, esos intereses no siempre encontraban eco en mi entorno. No tenía con quién compartirlos. Aunque tenía amigos en la escuela, los temas cotidianos me aburrían. Lo que sí me ayudó a socializar fue el deporte, una de las pocas actividades que equilibraba mi mundo interior con el exterior.

Fue en la secundaria cuando comenzaron las dificultades, especialmente en lo académico. Hacer tareas en casa era una tortura. Podía pasar horas frente a un libro sin avanzar. Mi mente simplemente no estaba ahí. Me levantaba, buscaba comida, escuchaba música... todo menos terminar la tarea. Al final, solía copiarla por la mañana. Aunque con los exámenes me iba bien, pues entendía los temas al copiarlos, este patrón comenzó a generar culpa y dependencia.

En la preparatoria, los problemas se agravaron con la rebeldía, el alcohol y el entorno social. Descubrí que podía aprender mucho simplemente escuchando a mis compañeros estudiar en grupo, ya que leer por mi cuenta era casi imposible. Fue en esta etapa que decidí estudiar medicina, lo que me obligó a mejorar mi promedio. Empecé a entregar todas las tareas, incluso las más tediosas, y recurrí a cualquier método para lograrlo. Las sesiones de estudio en grupo se convirtieron en mi estrategia clave.

Pero en la universidad, todo cambió. El sufrimiento se intensificó. A pesar de que los temas me interesaban profundamente, no podía leerlos ni memorizarlos. Mis métodos previos ya no funcionaban. Fracasaba en los exámenes. Mis compañeros, aunque aún disfrutaban mi compañía, dejaron de invitarme a estudiar porque no solo me distraía yo, sino que también los distraía a ellos.

Comencé a dudar de mí mismo. ¿Por qué, si estudié tanto, no recuerdo nada? ¿Estoy perdiendo la mente? ¿Me estoy volviendo loco? El miedo y la inseguridad me invadieron. Mi autoestima se desplomó. Tenía sudoración en las manos, temblores, taquicardia al hablar en público. Me sentía constantemente expuesto, juzgado y, sobre todo, insuficiente.

Los olvidos se volvieron parte de mi vida. Era común que sacara libros de la biblioteca y olvidara devolverlos, acumulando recargos. También olvidaba tareas importantes, fechas clave, compromisos. En la universidad, incluso olvidé inscribirme dos semestres seguidos. Aunque la institución fue comprensiva, yo sentía que algo estaba muy mal conmigo.



SABÍAS QUE

Según CHADD (Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder), en Estados Unidos alrededor de 15.5 millones de adultos, es decir, el 6% de la población mayor de 18 años, tiene un diagnóstico vigente de TDAH.

En lo personal, el impacto era igual de doloroso. Olvidaba conversaciones, detalles importantes, aniversarios. Mi ahora esposa solía sentirse ignorada, como si no me importara. Y aunque me dolía profundamente hacerla sentir así, no podía evitarlo. Yo también sufría. No entendía por qué mis acciones no reflejaban lo que sentía.



Pero esta historia da un giro. Y aunque podría extenderme en cómo fue ese proceso, prefiero ir al punto: tiene un final feliz.

Mi mente curiosa, esa que siempre buscó respuestas, comenzó a encontrar estrategias. Empecé a usar agendas, alarmas, rutinas, a poner las cosas siempre en el mismo lugar para no perderlas. Revisaba mi mochila antes de salir, revisaba el lugar donde me sentaba para no olvidar nada. Poco a poco, sin diagnóstico ni tratamiento aún, logré avanzar.

Hoy me pregunto: ¿qué habría pasado si me hubieran diagnosticado y tratado a tiempo? Probablemente habría sufrido menos. Pero no me quedo mucho tiempo en ese pensamiento. Prefiero mirar hacia adelante y, sobre todo, hacia adentro. Hoy reconozco en mí –y en mi papá– muchas señales claras de TDAH. Entiendo que esta historia viene de generaciones atrás.

El TDAH tiene su propia magia. Nos da una mente veloz, capaz de conectar ideas de forma inusual, de crear con intensidad. Pero también nos expone a frustraciones, malentendidos y dolor. Hacer las paces con mi historia ha sido parte fundamental de mi tratamiento. Reconocerme, perdonarme y abrazar quién soy, con todo lo que eso implica.

He escuchado historias similares en mis pacientes, amigos y familiares. Por eso, es urgente reducir el estigma, aprender a detectar estas condiciones y asegurar que las personas neurodivergentes reciban la atención y psicoeducación que merecen. Porque cuando entendemos lo que ocurre, podemos intervenir, apoyar y potenciar los talentos únicos de cada persona.

Hoy, ya con diagnóstico y tratamiento, me siento más claro, más pleno. Como médico, he encontrado nuevas formas de empatizar con mis pacientes; como persona, he aprendido a cuidar mejor de mí y de los que me rodean. Mi práctica médica ha ganado una sensibilidad distinta, una comprensión más profunda de lo que significa vivir con una condición invisible. Y en mi vida personal, he logrado reconstruir vínculos desde la honestidad y el autoconocimiento.

Espero que esta lectura siembre conciencia. Que las señales del TDAH no se minimicen, que sean vistas como lo que son: oportunidades de intervenir a tiempo, de sanar, de acompañar. Gracias por leerme.

PSICOLOGÍA

EL SILENCIO QUE HABLA

EL ABANDONO TERAPÉUTICO COMO FORMA DE COMUNICACIÓN EN LA TERAPIA FAMILIAR

Por: Gabriela Galindo, estudiante de último semestre de psicología.



Las familias van a terapia porque hay un problema por resolver, es decir, porque ese problema sobrepasó los recursos que tenían para resolverlo por sí mismas y es entonces cuando buscan ayuda. Pero ¿Qué tendría que pasar para que decidan abandonar la terapia antes de tiempo?.

Minuchin (2013), uno de los referentes fundamentales del enfoque sistémico, sostiene que *“La teoría de la terapia de familias se basa en el hecho de que el hombre no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo de grupos sociales”*. Por lo que el abordaje terapéutico no se centrará únicamente en el individuo, sino en las interacciones, los roles y las estructuras familiares que dan forma a los conflictos y, por lo tanto, a las posibles soluciones.

También es importante detenerse un momento a pensar qué significa abandonar una terapia. Para este artículo, se tomará la definición de Gavino y Godoy (1993), quienes lo describen como *“una interrupción del tratamiento antes de alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos”* (citado en Moreno, Roza y Cantor, 2012). Este abandono puede deberse a muchas causas, tanto del lado del paciente como del terapeuta. Analizar las causas permite hacer un ejercicio más bien fenomenológico, es decir, tratar de describir qué está pasando sin caer en juicios de valor.

Castillo, Pérez y Aubareda (1996) presentan las siguientes variables asociadas con el abandono:

a) Variables psicosociales; las cuales incluyen *variables demográficas del paciente*, las tasas de abandono más altas corresponden a minorías raciales y poblaciones con escaso nivel educativo y bajo estatus socioeconómico. *Obstáculos ambientales:* se encontró una relación estadísticamente significativa entre abandono y cantidad de tiempo utilizado por el paciente para desplazarse hasta el lugar donde se realizaba la psicoterapia.

b) Variables clínicas; *Motivación*, se encontró que el abandono es menor en pacientes que han tenido una experiencia terapéutica previa. *Personalidad:* un aspecto compartido por los pacientes que interrumpían el contacto con la institución era la tendencia a rechazar la introspección; también podría entenderse como un “acting out” del paciente para aliviar las ansiedades vinculadas con la relación terapéutica o con la finalización del tratamiento: miedo a la dependencia, a la intimidad, a perder el control, a ser dejado por el terapeuta, falta de confianza, sentimiento de desesperanza, etc. *Psicopatología:* En un estudio con pacientes que sufrían depresión, hallaron que los pacientes que abandonaban el tratamiento se caracterizaban porque sufrían un trastorno de personalidad y presentaban un elevado nivel de depresión inicial y ausencia de síntomas depresivos endógenos. La gravedad y cronicidad del trastorno también parece favorecer el abandono.

c) Variables del terapeuta y de la relación terapéutica: Aptitudes relacionales y alianza terapéutica, los

pacientes que abandonaban se caracterizaban porque percibían a los terapeutas como menos cálidos, empáticos y auténticos. *Actividad verbal y tipo de intervenciones del terapeuta*, sobre terapia familiar y de pareja, se refieren a que el abandono puede estar relacionado con un alto nivel de actividad verbal del terapeuta, con un número desproporcionado de interpretaciones de la conducta del paciente, así como con escasa estimulación de la interacción. Estos datos apuntan la necesidad de que los terapeutas consideren en todo momento la adecuación de sus intervenciones (en frecuencia y contenido), teniendo en cuenta lo que el paciente es capaz de entender y asumir. *Experiencia y formación de los psicoterapeutas:* los terapeutas con menos experiencia podrían tener tasas de abandono más altas. También hallaron una tasa más alta en los terapeutas que realizaban terapia breve sin una formación específica para ello, aunque tuvieran experiencia en otras modalidades terapéuticas.

d) Duración del tratamiento y expectativas sobre la forma de finalización: Se encontró una asociación entre abandono y el método de finalización anticipado por los pacientes: los pacientes que esperaban finalizar el tratamiento cuando lo acordaran ellos y sus terapeutas, permanecieron en terapia más tiempo que los que predijeron una forma de finalización distinta. La tasa de abandono también era mayor entre aquellos pacientes con tendencia a olvidar citas con otros profesionales de la salud o a no seguir las prescripciones médicas.

Como conclusión se puede decir que hablar del abandono de la terapia familiar es mucho más complejo que simplemente decir que una familia "decidió dejar de ir". Como se vió a lo largo de este artículo, detrás de esa decisión pueden coexistir múltiples factores: desde condiciones estructurales como el trabajo, los horarios y los recursos económicos, la definición del fin del tratamiento, hasta procesos menos perceptibles como la motivación, las expectativas o incluso la percepción del vínculo con el terapeuta.

Desde una perspectiva sociocultural, estos casos no pueden ser entendidos sin considerar el contexto más amplio en el que las familias están inmersas: los valores culturales respecto a la terapia, el acceso a servicios de salud mental, el peso de los roles de género en la familia, o incluso las ideas sobre lo que significa "ir a terapia". No es lo mismo una familia que tiene recursos, contención comunitaria y tiempo, que una familia que vive con urgencias económicas o con condiciones de salud mental severas. Tampoco es lo mismo una familia con hijos pequeños que una con hijos adultos, o una pareja sin hijos. Cada configuración familiar implica formas distintas de lidiar con el malestar y con los procesos de ayuda.

Por eso, pensar el abandono terapéutico desde esta mirada no es solo preguntarse por qué alguien dejó de asistir, sino más bien preguntarse qué fue lo que no hizo sentido, qué no logró sostenerse y qué lugar ocupó –o no ocupó– la terapia en el sistema familiar. Tal vez, como terapeutas, también nos corresponde revisar nuestras prácticas, nuestros marcos de referencia y nuestras propias expectativas sobre el "éxito" del tratamiento. En definitiva, abandonar una terapia no siempre es sinónimo de fracaso, sino también una forma de expresar que algo no encajó, no alcanzó o no fue dicho en el idioma emocional de esa familia.



Referencias:

- 1.Ortiz, D. (2018) La terapia familiar sistémica. Ecuador. Recuperado de: <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/6096/1/Terapia%20familiar%20sistemica.pdf>
- 2.Minuchin, S. (2013). Familias y terapia familiar: (ed.). Editorial Gedisa. <https://elibro.net/es/ereader/bibliotecauniva/61060?page=22>
- 3.Diccionario de la lengua española. Recuperado de: <https://dle.rae.es/familia>
- 4.Moreno, J., Rozo, M., y Cantor M. (2012) Permanencia y abandono terapéutico en un centro de servicios psicológicos. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1900-23862012000200003&script=sci_arttext
- 5.Castillo, J., Pérez, S., Aubareda, M., (1996) El abandono de los tratamientos psicoterapéuticos. ProQuest, recuperado de: <https://www.proquest.com/openview/ad4b1fc05c5ad02c6882756d3cda5899/1?pq-origsite=gscholar&cbl=4852149>



Presencia Scholae

Tejiendo Lazos: Jornada de Trauma y Psiquiatría

El pasado 28 y 29 de junio, Scholae formó parte de la *Jornada Internacional de Trauma Psicológico y Psiquiatría*, organizada por *Clínica Bien-Vita*, una de nuestras más cercanas aliadas estratégicas en la construcción de espacios de atención integral en salud mental. El evento, celebrado en el Hotel Hilton Midtown, reunió a profesionales de distintas disciplinas para reflexionar y compartir experiencias sobre los retos actuales en la atención al trauma.

Durante estos días, Scholae tuvo presencia activa con un stand donde dimos a conocer nuestros servicios profesionales y nuestra visión de atención centrada en el bienestar integral. Además, nuestra Directora Ejecutiva, la psicotraumatóloga *Lizette Salcedo González*, participó como ponente en el Simposio “**Atención para la Prevención de TEPT**”, compartiendo una valiosa opinión sobre la **psicología de emergencias** y la importancia de la intervención temprana para



prevenir el desarrollo del trastorno de estrés postraumático. Fue un espacio que resaltó la necesidad de actuar con rapidez y sensibilidad ante las crisis para disminuir el impacto emocional a largo plazo.

Agradecemos a *Clínica Bien-Vita* por abrir este espacio y permitirnos ser parte de un evento tan significativo. También reconocemos la participación de varios miembros del equipo Scholae, quienes asistieron a las conferencias, apoyaron en el stand y se sumaron con entusiasmo a la labor de seguir construyendo comunidad dentro del ámbito de la salud mental.



En ese mismo simposio, nuestra Directora Operativa, *Fernanda Bustos Espinosa*, tuvo el honor de moderar la sesión, contribuyendo a dar voz a perspectivas diversas y a enriquecer el diálogo académico. Nos sentimos profundamente agradecidos de haber compartido escenario con colegas de gran trayectoria, en un ambiente que fomentó no solo el aprendizaje, sino también la creación de lazos de compañerismo y colaboración para el futuro.

Fue, sin duda, un mes que reafirmó nuestro compromiso con el crecimiento profesional y con la atención humana y oportuna en situaciones de trauma.



PSICOLOGÍA

ENTRE LUCES Y SOMBRA

ROMPER EL SILENCIO DE LA TRATA

Por: Alejandra Rayas, estudiante de psicología.



Julio es un mes que nos invita a mirar de frente una de las realidades más dolorosas y silenciadas de nuestra sociedad: la trata de personas. Este delito, considerado por la ONU como una forma de esclavitud moderna, ocurre muchas veces en silencio, a plena luz del día, escondido entre rutinas cotidianas, y es perpetuado por redes delictivas, pero también por la indiferencia o desconocimiento social.

Hablar de la trata de personas no es sencillo, implica tocar fibras profundamente humanas: la libertad, la dignidad, el cuidado, el abandono... es mirar de frente las sombras que existen aún en entornos aparentemente seguros. Este delito no solo implica el traslado o retención de personas con fines de explotación (ya sea sexual, laboral o incluso para matrimonio forzado o mendicidad ajena) sino también una profunda violación a los derechos humanos.

En estados como el nuestro, la trata se ha convertido en un fenómeno persistente, alimentado por la desigualdad, la violencia estructural, la impunidad y sobre todo, por una preocupante invisibilidad. La trata de personas no siempre se ve como nos imaginamos: no siempre se ve como cadenas, traslados o fronteras. Muchas veces ocurre en casas particulares, negocios locales o espacios virtuales.

INVISIBILIDAD QUE DUELE

Uno de los hallazgos más inquietantes de esta investigación fue reconocer que la trata ha sido un delito sistemáticamente oculto. Las víctimas, en muchas ocasiones, no son identificadas ni siquiera por sí mismas. La coerción psicológica, la manipulación emocional, el aislamiento y la amenaza constante contribuyen a que permanezca en silencio, mientras que para quienes logran abrir los ojos ante este delito, a menudo los invade una profunda ansiedad: ¿cómo actuar frente algo tan grande?



El objetivo de este artículo no es alarmar, sino visibilizar. Es un llamado a encender pequeñas luces en medio de las sombras. Reconocer que sí es posible actuar, que todos, desde nuestras realidades cotidianas podemos convertirnos en agentes de prevención y cuidado. No es necesario ser especialista o activista; basta con informarse, estar atentos, generar redes de apoyo comunitario y fortalecer la cultura de cuidado.

¿CÓMO CUIDARNOS Y CUIDAR AL OTRO?

La prevención no se limita a detectar señales de riesgo, es sobre todo, una práctica cotidiana de autocuidado y cuidado colectivo. *Fomentar relaciones basadas en el respeto, aprender a identificar vínculos coercitivos, hablar con nuestras infancias y juventudes sobre consentimiento, límites y derechos humanos, son acciones concretas.* Escuchar sin juzgar, ofrecer ayuda segura y, sobre todo, confiar en que sí se puede actuar, también son formas de resistencia.

La participación activa de la sociedad civil es fundamental. Fortalecer el tejido comunitario, construir entornos seguros, exigir políticas públicas efectivas, apoyar a organizaciones abolicionistas y formar parte de redes de información son estrategias que pueden hacer una diferencia real. En palabras de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), *la trata de personas es un crimen que se sostiene gracias al silencio.* Por ello, hablar del tema ya es un acto de transformación.

CULTURA DE PAZ Y CULTURA DE DENUNCIA

Como sociedad, necesitamos transitar hacia una cultura de paz, donde la dignidad humana esté al centro, donde el respeto y la justicia no sean excepciones, sino fundamentos. Esto implica también desarrollar una cultura de denuncia, no desde el miedo o la culpa, sino desde la responsabilidad compartida. Denunciar no es traicionar a alguien, es proteger a una vida que quizá no tiene otra salida.

En Jalisco, existen mecanismos para reportar situaciones sospechosas. La denuncia puede hacerse de forma anónima, y muchas veces, esa llamada puede salvar una vida. Pero más allá de lo legal, denunciar también implica abrir espacios de diálogo, romper el silencio, cuestionar discursos normalizados que perpetúan la explotación.

Entre luces y sombras no pretende responderlo todo. Es apenas una grieta por donde entra la luz. Pero a veces, una pequeña luz basta para empezar a cambiar el paisaje.



En este link encontrarás un test que te permitirá conocer que tan susceptible eres a ser víctima de este delito. Es anónimo y te permitirá conocer herramientas de prevención:

Test vulnerabilidad

<https://findelaesclavitud.org/>



¿DÓNDE APRENDER MÁS?

Si este tema te toca, te mueve o te inquieta, hay mucho por hacer. Aquí algunas fuentes confiables para seguir aprendiendo:

- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC): www.unodc.org
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos: www.cndh.org.mx
- Fin a la Esclavitud A.C <https://findelaesclavitud.org/> Con sede en Jalisco
- Fundación Freedom <https://www.fundacionfreedom.mx/>
- El pozo de vida A.C <https://www.elpozodevida.org.mx/>

NUTRICIÓN CLÍNICA

¿SABÍAS QUE TU INTESTINO PODRÍA ESTAR INFLUYENDO EN TU ESTADO DE ÁNIMO MÁS DE LO QUE IMAGINAS?

Por: Dra. Liliana Magallanes

En 1795, se dio a conocer el concepto de “*simpatía nerviosa*” propuesto por Robert Whytt para describir los mecanismos que conectaban los órganos internos, y observó que el intestino poseía un suministro abundante de terminaciones neurológicas que dispensaban “energía nerviosa” a través del cuerpo.



Con el paso de los años, la ciencia ha descubierto que el sistema digestivo juega un papel crucial en cómo pensamos y sentimos, incluso, en como manejamos el estrés; a este diálogo constante entre intestino y cerebro se le conoce como el “**EJE INTESTINO-CEREBRO**”, y su equilibrio depende en gran medida, de nuestra alimentación.

MICROBIOTA Y ALIMENTACIÓN: LO QUE COMEMOS IMPORTA

La microbiota es el conjunto de microorganismos (bacterias, hongos, arqueas, virus y parásitos) que vive en nuestro cuerpo y se ha comprobado que desempeña un papel fundamental en el sistema de defensas, el sistema metabólico y hormonal, así como en la relación eje intestino-cerebro.

Estas bacterias no solo ayudan a digerir los alimentos, sino que también participan en la producción de neurotransmisores como la **dopamina** y la **serotonina**, conocidas como “las hormonas de la felicidad”.

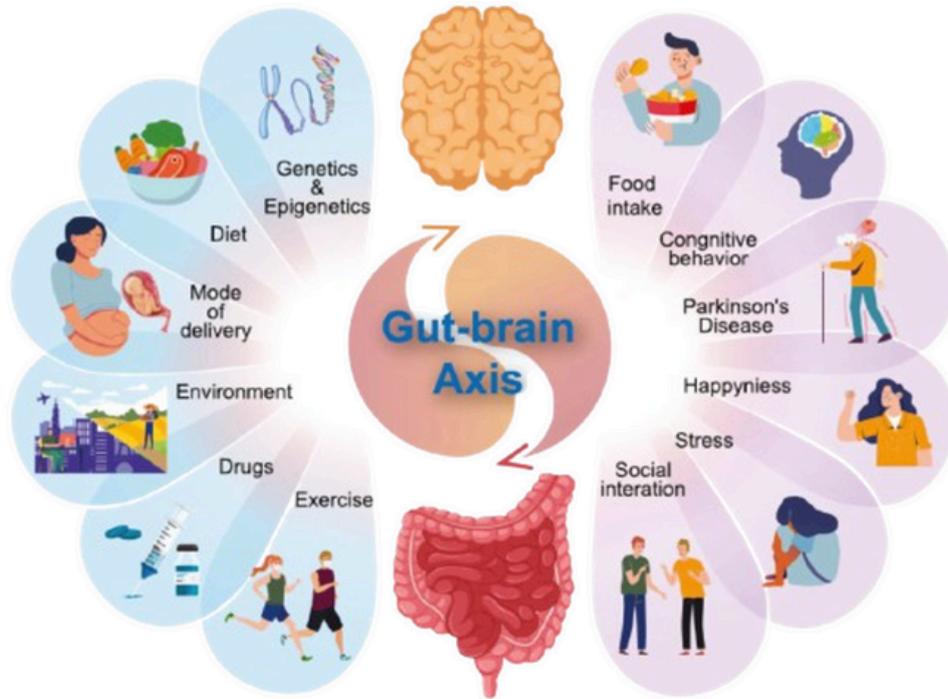


Figura 6. Factores que afectan al eje microbiota-cerebro-intestino (Hou et al., 2022).

Investigaciones recientes han encontrado importantes asociaciones entre desequilibrios en la microbiota y problemas como *ansiedad*, *depresión*, *insomnio* e incluso *dificultades cognitivas*.

El equilibrio en nuestra microbiota depende de manera importante de lo que comemos; una dieta rica en fibra, frutas, verduras y alimentos fermentados como el yoghurt o kéfir, favorece el crecimiento de bacterias beneficiosas.

Por el contrario, una dieta alta en azúcares refinados, grasas saturadas y alimentos ultraprocesados puede alterar de manera importante este ecosistema microbiano, generando inflamación y afectando negativamente la producción de neurotransmisores.

¿CÓMO PUEDO CUIDAR MI SALUD MENTAL DESDE MIS HÁBITOS?

1. Incorpora fibra suficiente
 - a. Frutas, cereales integrales y legumbres
2. Agrega alimentos fermentados de forma regular
3. Evita excesos de azúcar y alimentos ultraprocesados
4. Duerme bien y mantente activo
 - a. El ejercicio y el descanso también tienen impacto en tu microbiota
5. Escucha a tu cuerpo: si tienes molestias gastrointestinales frecuentes, es momento de revisar tus hábitos y acudir a valoración médico-nutricional.

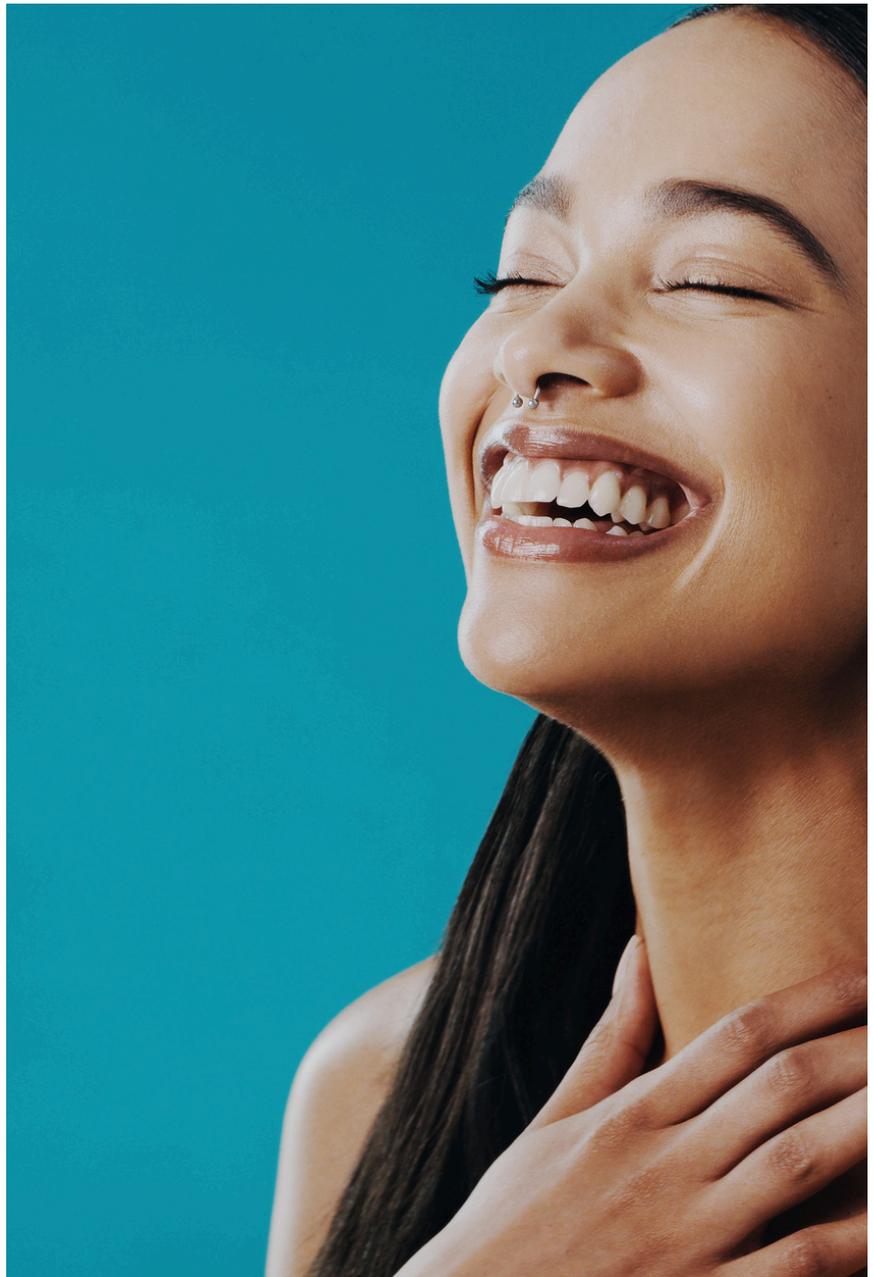
No olvides que tu salud mental no solo se define en tu cabeza; también se cultiva en tu intestino.

Pequeños cambios diarios pueden hacer una gran diferencia en cómo te sientes por dentro... y por fuera.

Referencias

1. Bustos-Fernández, L. M., & Hanna-Jairala, I. (2022). Eje cerebro intestino microbiota. Importancia en la práctica clínica. Revista de Gastroenterología del Perú, 42(2), 106-116.

Walker, M. (2017). Why We
2. Peñafiel, M. B. P., & Pinos, K. M. N. (2023). Eje intestino – cerebro – microbiota y su impacto en la salud. RECIAMUC, 7(2), 566-575.
[\(2\).abril.2023.566-575](https://doi.org/10.26820/reciamuc/7)



El 24 de julio se celebra el Día Internacional del Autocuidado

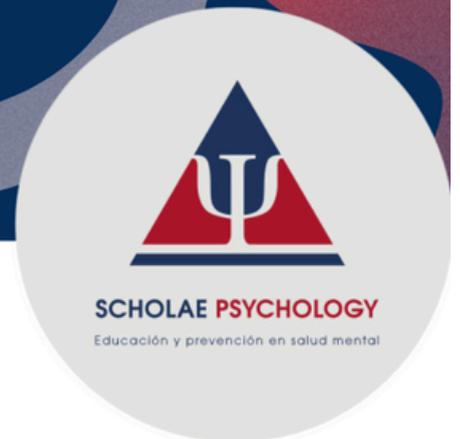
Porque cuidar de ti, es un acto de
amor propio



DIPLOMADO
**INTERVENCIÓN EN CRISIS Y
PSICOTERAPIA BREVE DE EMERGENCIA**
9ª GENERACIÓN



Estudia con nosotros



Aprende estrategias avanzadas y técnicas innovadoras en el campo de la salud mental y neuropsicología. Desarrolla habilidades prácticas con un enfoque integral, impartido por especialistas en el tema. ¡Impulsa tu carrera al siguiente nivel!



Duración: 7 meses



**Horario: sábados de 16:00
a 20:00 cada 15 días**



Modalidad: presencial

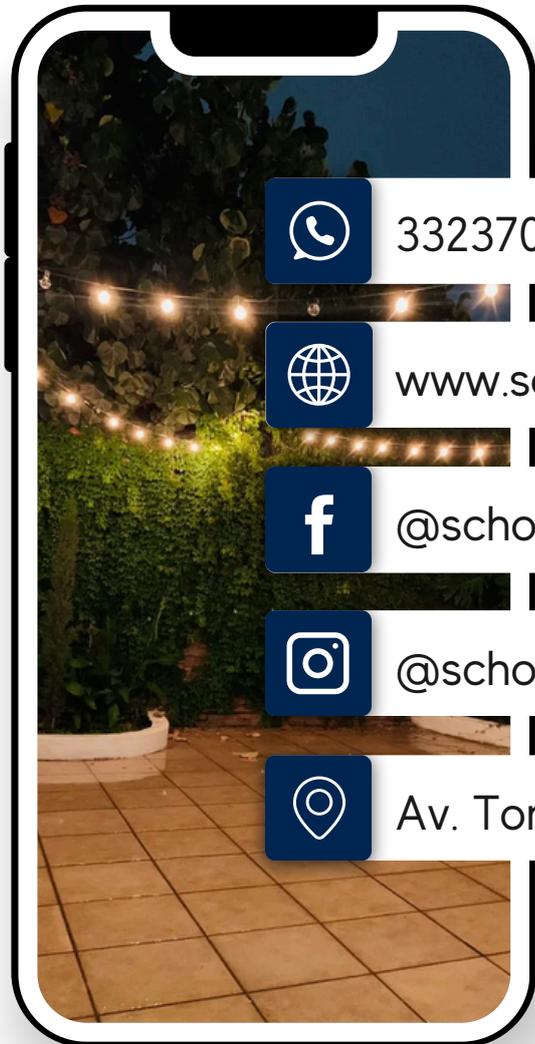


**Práctica con asesoría de
caso en psicoterapia
breve de emergencia**



**Inicio de clases
6 de septiembre 2025**

CONTÁCTANOS



3323709878



www.scholaepsychology.com



@scholaepsychology



@scholae_psychology_official



Av. Tonantzin 1151, Jardines del Bosque



SCHOLAE PSYCHOLOGY

Educación y prevención en salud mental

