

# **UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA**

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto Presidencial  
Del 3 de abril de 1981



## **“NARRATIVAS IDENTITARIAS Y TRAUMA COMPLEJO EN JÓVENES EXPUESTOS A VIOLENCIA ORGANIZADA EN TIERRA CALIENTE: UN ESTUDIO CLÍNICO-NARRATIVO”**

### **DISEÑO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Que para obtener el grado de

### **MAESTRO EN ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA**

P r e s e n t a

## **ORLANDO DOMÍNGUEZ CORONA**

Directora: Dra. Areli Reséndiz Rodríguez

Lectores: Dra. Ana Lilia Villafuerte Montiel

Dr. Hugo Alberto Yam Chalé

Ciudad de México, 2026



## **Datos del documento**

Nombre del alumno: Orlando Domínguez Corona

Número de cuenta: 201944-8

Grado académico obtenido: Maestría en Orientación Psicológica

Modalidad: protocolo de investigación

Departamento: Psicología

Directora: Dra. Areli Reséndiz Rodríguez

Lectora 1: Dra. Ana Lilia Villafuerte Montiel

Lector 2: Dr. Hugo Alberto Yam Chalé

Título del trabajo de titulación: Narrativas identitarias y trauma complejo en jóvenes expuestos a violencia organizada en Tierra Caliente: un estudio clínico-narrativo.

Áreas de interés: Psicología Clínica, Trauma complejo, Violencia organizada, Identidad narrativa, TEPT-C, Tierra Caliente, Salud mental comunitaria

Publicable en los repositorios Ibero

Consultable en el interior de la Ibero

## Índice

Portada .....	1
Datos del documento .....	3
Índice .....	4
Introducción .....	6
Marco Teórico .....	8
1. Trauma complejo: constructo y alcance clínico .....	8
2. Violencia estructural y exposición crónica (México/LatAm, 2005–2025) .....	10
3. Parentalidad, apego y co-regulación bajo amenaza .....	13
4. Adultos entre 20–25 años: desarrollo e identidad .....	15
5. Identidad narrativa como indicador clínico .....	17
6. Modelo conceptual y alcances (clínico-éticos) del estudio .....	19
Justificación .....	22
Pregunta de investigación .....	24
Objetivo general y específicos .....	25
Hipótesis .....	26
Metodología .....	27
Diseño del estudio .....	27
Participantes y muestreo .....	27
Instrumentos .....	28

Procedimientos .....	28
Análisis cuantitativo .....	28
Análisis narrativo (fase cualitativa) .....	30
Confiabilidad y análisis .....	31
Integración de resultados .....	31
Consideraciones éticas .....	32
Cierre: Procedimiento de ejecución doctoral (QUAN→QUAL con integración mixta) .....	33
Referencias .....	35
Anexos .....	40

## Introducción

Este proyecto nace de una evidencia clínica que no podemos seguir viendo de reojo: los adultos jóvenes que hoy tienen entre 20–25 años en Tierra Caliente del Balsas crecieron en un ambiente de amenaza crónica. Desde la mitad de los 2000, los sonidos que ordenan la vida cotidiana —campanas, zapateados, voces— se mezclaron con ráfagas, silencios impuestos y ausencias que no tenían nombre. No es un giro literario: es la materia prima de la historia clínica de toda una generación. En términos nosográficos, ese patrón de exposición prolongada y predominantemente interpersonal y comunitaria se alinea con el trauma complejo reconocido por la CIE-11, que agrega a los núcleos del TEPT alteraciones persistentes en regulación afectiva, autoconcepto y relaciones, con deterioro funcional asociado (Herman, 1992; Cloitre et al., 2018; Maercker et al., 2022). Esta distinción no es semántica: cambia la formulación del caso y la priorización clínica.

La pregunta clínica adecuada no es “¿qué tienen en esos jóvenes?”, sino “¿qué les pasó —y en qué vínculos ocurrió?” (Perry, 2021). En contextos de miedo sostenido, la parentalidad suele operar al límite: cuidadores en hiperalerta, ausencias por migración y conflictos intrafamiliares erosionan la co-regulación y la seguridad de apego, amplificando el riesgo de desregulación afectiva, sesgos de autovaloración negativos y dificultades vinculares que definen al trauma complejo (Bowlby, 1988; Fonagy et al., 2004; Maercker et al., 2022). Así, la historia del joven no se reduce a “eventos” aislados, sino a matrices relacionales que modulan la huella del peligro.

Para detectar y describir con rigor estas secuelas, partimos de instrumentos alineados a la CIE-11. *El International Trauma Questionnaire* (ITQ) provee una medición breve y válida de los dominios del trauma complejo y del deterioro funcional, con evidencia psicométrica reciente en español latinoamericano; cuando se requiere juicio clínico, la *International Trauma Exposure Measure* (ITEM) complementa el tamizaje y mejora la validez de clasificación (Fresno et al., 2023). Esta base permite situar la presencia y severidad del trauma complejo con criterios comparables internacionalmente y anclar las decisiones de detección y derivación.

Ahora bien, el cómo se integra esa experiencia en el sentido de sí mismo, exige un segundo lente: la identidad narrativa. No buscamos retórica; buscamos marcadores clínicos observables en el relato de vida: coherencia temporal (ubicar hechos en una secuencia), coherencia causal (conectar acontecimientos y consecuencias) y la manera en que la persona

articula metas y vínculos como soportes de continuidad. La evidencia muestra que estas propiedades del relato se asocian al funcionamiento y bienestar y capturan dimensiones de integración y fragmentación que otros instrumentos pasan por alto (McAdams & McLean, 2013; Adler et al., 2016; Dimitrova & Simms, 2022). En jóvenes atravesados por amenaza crónica y cuidado frágil, es esperable observar coherencias vulneradas (lagunas, “contaminación” narrativa, dificultades para dotar de sentido a episodios clave), cuya lectura clínica orienta la formulación del caso y la planificación psicoterapéutica.

Este estudio, por tanto, propone una mirada clínico-narrativa situada: (a) operacionalizar el trauma complejo con instrumentos validados (ITQ/ITEM) y describir su severidad y deterioro; (b) contextualizar esos hallazgos en la matriz de parentalidad y el entorno de amenaza crónica; y (c) evaluar la organización narrativa de la identidad como indicador de integración del self. Con ello, buscamos producir conocimiento útil y transferible para detección oportuna y formulación de caso en servicios reales de la región, sin dramatizar lo vivido, pero sin diluirlo: con el rigor que exige la clínica y la responsabilidad de nombrar lo que sucede.

## **Marco teórico**

### **1. Trauma complejo: constructo y alcance clínico**

El trauma complejo (TEPT-C) en la CIE-11 designa una constelación sindrómica que comparte con el TEPT los núcleos de reexperimentación, evitación y sensación de amenaza, pero añade alteraciones persistentes en la organización del self: DSO (*Disturbances in Self-Organization*): regulación afectiva, autoconcepto y relaciones. La propuesta retoma intuiciones clínicas tempranas (Herman, 1992) y se consolida con evidencia psicométrica y poblacional que distingue perfiles TEPT y TEPT-C, con mayor gravedad funcional en este último (Cloitre et al., 2019). Esta distinción no es semántica: desplaza la formulación del caso desde el “síntoma de miedo” hacia la arquitectura del self en relación.

#### **1.1 Disturbances in Self-Organization (DSO): regulación afectiva, autoconcepto y relaciones**

Las DSO organizan el cuadro en tres dominios que se retroalimentan. En regulación afectiva, se observan oscilaciones entre hiperactivación (ira, sobresalto, pánico) e hipoactivación (embotamiento, desconexión), con dificultad para volver al rango óptimo ante estresores cotidianos; en autoconcepto, predominan vergüenza, culpa y minusvalía que erosionan agencia y expectativa de futuro; en relaciones, aparecen retraimiento, desconfianza o vínculos tormentosos que reflejan trayectorias de apego bajo amenaza y acumulación de victimización (Maercker et al., 2022). Esta estructura triádica explica por qué el sufrimiento no “cabe” solo en los núcleos del TEPT.

Este patrón tiene correlatos neurobiológicos y experienciales que la clínica reconoce: desincronías entre sistemas de defensa y mentalización; irrupción de memoria somática que se impone al relato; fallas para simbolizar experiencias cuando la amenaza fue crónica (van der Kolk, 2020). De ahí la pertinencia de formulaciones que integren cuerpo y vínculo como escenarios de la herida y del tratamiento, y que avancen por fases—regulación, seguridad relacional, elaboración y reconstrucción de sentido—(Lanius & Frewen, 2015).

#### **1.2 Diferencias TEPT vs. TEPT-C y validez clínica**

La evidencia factorial y de clases latentes demuestra que TEPT y TEPT-C son configuraciones distinguibles cuando se miden con instrumentos alineados a CIE-11. El

*International Trauma Questionnaire (ITQ)* reproduce consistentemente la estructura de síntomas PTSD y DSO en muestras clínicas y comunitarias (Cloitre et al., 2018) y la revisión sistemática de Redican et al. (2021) respalda su solidez estructural y discriminante. En términos clínicos, el TEPT-C concentra mayor carga sintomática y funcional y, por tanto, exige modificar prioridades terapéuticas (Cloitre, 2020). Para la medición, este anteproyecto empleará el ITQ para síntomas y el *ITEM (International Trauma Exposure Measure)* para caracterizar la trayectoria de exposición a 21 tipos de eventos a lo largo de infancia, adolescencia y adultez, coherente con la definición de la CIE-11; ambos son de acceso abierto y con uso extendido en investigación internacional (Cloitre et al., 2018; *International Trauma Consortium, s. f.*). En Latinoamérica, la adaptación en español del ITQ mostró validez de constructo y concurrente en adultos jóvenes chilenos (Fresno et al., 2023).

### **1.3 Curso, comorbilidad y deterioro en jóvenes adultos**

Los estudios poblacionales y clínicos convergen en que el TEPT-C se asocia con mayor comorbilidad internalizante (depresión, ansiedad), peor bienestar y deterioro funcional (educación, empleo, redes) frente al TEPT, especialmente cuando la exposición es prolongada e interpersonal desde etapas tempranas (Karatzias et al., 2019). Investigaciones recientes refuerzan que las DSO capturan el exceso de carga (uso de servicios, impedimento social) y ayudan a explicar trayectorias de aislamiento y evitación relacional si no se interviene oportunamente (Karatzias et al., 2019). En términos de evaluación, combinar ITQ (síntomas/DSO) con ITEM (exposición por periodo) permite anclar la formulación del caso en una línea de tiempo desarrollativa y comparables criterios internacionales.

Nombrar el trauma complejo es reconocer una herida del self en relación. En contextos donde la amenaza es crónica y estructural, las capacidades de co-regulación familiar y comunitaria se tensionan, y con ellas la organización del self. El siguiente apartado situará este marco clínico en escenarios de violencia estructural y exposición crónica—como la franja del Balsas—para precisar cómo el entorno sociopolítico y las tramas de cuidado moldean la ruta contexto → DSO → funcionamiento/relato (Herman, 1992; Maercker et al., 2022).

## **2. Violencia estructural y exposición crónica (México/LatAm, 2005–2025)**

La clínica no sucede en el vacío. En territorios donde la amenaza se vuelve rutina, la salud mental de los jóvenes se talla en estructuras de poder y en economías morales de supervivencia. Llamamos a ese telón de fondo violencia estructural: formas de daño que se inscriben en instituciones, mercados y arreglos políticos y que restringen sistemáticamente las posibilidades de vida (Galtung, 1969). En América Latina, ese daño adopta a menudo el rostro de gobernanzas criminales: redes de actores armados que proveen “orden” local, resuelven disputas y extraen rentas, negociando con élites, autoridades y comunidades (Arias, 2006; Feldmann, 2021). En México, la competencia política subnacional, la fragmentación de fuerzas armadas no estatales y la disputa por rentas ilegales han producido guerras criminales intermitentes que oscilan entre acuerdos y rupturas, modulando el nivel de riesgo cotidiano de la población (Trejo & Ley, 2020). Estas categorías no son decorado teórico: ayudan a operacionalizar la exposición crónica que, en CIE-11, puede derivar en TEPT o TEPT-C cuando la amenaza es prolongada e interpersonal o comunitaria.

### **2.1. Marco: violencia estructural, crimen organizado y salud mental**

El cruce entre violencia estructural y gobernanza criminal ubica a los jóvenes en una doble trama: instituciones que fallan en protegerlos y actores armados que regulan la vida cotidiana a cambio de lealtad o pagos. Esto tiene correlatos psíquicos bien documentados: la exposición a violencia comunitaria se asocia a mayor carga de síntomas internalizantes (posible depresión, ansiedad) y estrés postraumático, especialmente en adolescencia y adultez emergente, con efectos que persisten más allá del evento agudo (Andreoli et al., 2009; Miliuskas et al., 2022). En México y la región, estudios locales y multicéntricos han mostrado asociaciones entre victimización por delito, extorsión o presencia de crimen organizado y síntomas de TEPT, incluso en muestras escolares y universitarias (O’Connor et al., 2013; Benjet et al., 2019). Este anteproyecto traducirá ese marco a variables observables: exposición acumulativa por periodos de vida con el *International Trauma Exposure Measure (ITEM)*, y síntomas CIE-11 con el ITQ, herramientas abiertas y con evidencia latinoamericana reciente.

## **2.2. Panorama en México y razones del caso Balsas; comparación breve con otras regiones**

Entre 2005 y 2024, México experimentó un aumento sostenido de homicidios que alcanzó picos históricos hacia 2018 (~30 por 100 mil), con heterogeneidad territorial marcada (UNODC/World Bank; INEGI/SESNSP). La serie histórica internacional muestra el quiebre ascendente a partir de 2007; las estadísticas vitales mexicanas y los datos abiertos del SESNSP permiten trazar la variación por entidad y municipio para el periodo 2005–2025.

En Tierra Caliente del Balsas (Guerrero–Michoacán–Edomex) la gobernanza criminal se ha reconfigurado en ciclos: entrada de actores externos, extorsión y control de mercados, oleadas de vigilantismo y nuevas rotaciones de grupos (2013–2014), con efectos ambivalentes en la seguridad local (Herrera, 2021; 2023). En Ciudad Altamirano, Gro., por ejemplo, la presión extorsiva llevó a cierres temporales de operaciones de embotelladoras (Coca-Cola y Pepsi) en 2018, indicador económico de riesgo comunitario sostenido; en San Miguel Totolapan, la masacre de 2022 con más de 20 personas asesinadas —incluido el alcalde— ilustra picos de letalidad en la franja (BBC, 2022). Tomamos el Balsas como caso instrumental: una muestra clínica-territorial donde observar cómo inestabilidad sostenida y economías coercitivas tensionan la co-regulación familiar y la identidad en jóvenes. Para contraste, se discutirán brevemente regiones con dinámicas distintas (p. ej., áreas metropolitanas con gobernanza estatal más estable o con pactos criminales más duraderos).

## **2.3. Evidencia latinoamericana sobre exposición comunitaria y TEPT-C**

La literatura regional ha avanzado en dos frentes. Primero, en medición CIE-11: el ITQ muestra validez factorial y concurrente en Chile (modelo de dos factores de orden superior PTSD/DSO y seis clústeres correlacionados), y evidencia de invarianza y confiabilidad en Brasil; en Colombia, estudios recientes reportan ajuste adecuado en adultos expuestos a traumas múltiples, reforzando la aplicabilidad del constructo en contextos hispanohablantes (Fresno et al., 2023; Aprígio et al., 2024). Segundo, en asociaciones clínicas: adolescentes y jóvenes en Brasil expuestos a violencia barrial presentan mayor probabilidad de TEPT/síntomas internalizantes; la evidencia mexicana sugiere vínculos entre delincuencia violenta (p. ej., extorsión, robos) y ansiedad/TEPT en escolares y jóvenes (Andreoli et al., 2009; Avanci et al., 2021; O'Connor et al., 2013). Aunque no todos estos trabajos distinguen TEPT-C de TEPT, las mediciones CIE-11

disponibles en la región permiten —por primera vez— operacionalizar DSO y explorar su carga en cohortes expuestas a amenaza comunitaria crónica como la del Balsas.

Si el contexto produce una pedagogía de la amenaza, la clínica debe leer las secuelas con un doble alfabeto: exposición acumulativa (ITEM) y síntomas CIE-11 (ITQ). En la cohorte 20–25 del Balsas, ese cruce es el punto de partida para comprender cómo se organiza la identidad —y qué tan frágil quedó la co-regulación familiar— al llegar a la adultez emergente. El siguiente apartado detalla por qué la muestra poblacional entre 20–25 años es estratégica para observar esos procesos.

### **3. Parentalidad, apego y co-regulación bajo amenaza**

Cuando la vida cotidiana se organiza alrededor del riesgo, la parentalidad opera “al límite”: sostener, calmar y significar se vuelve un trabajo de alta demanda. La teoría del apego nombra ese sostén como seguridad base: un andamiaje desde el cual el niño explora y al que regresa para regularse. Ese andamiaje no es abstracto; son gestos, ritmos y voces que se sincronizan hasta volver predecible el mundo. Desde Bowlby y Ainsworth, sabemos que la calidad de ese lazo funda modelos internos de sí y de los otros; en contextos de amenaza crónica, esa previsibilidad se fractura y la regulación requiere “más manos” y mejor coordinación familiar y comunitaria (Bowlby, 1988; Ainsworth et al., 2014).

#### **3.1. Seguridad base, mentalización y co-regulación en contextos violentos**

La co-regulación es un proceso diádico: el adulto presta su corteza prefrontal al niño hasta que éste puede autorregularse. Modelos de regulación mutua muestran que micro-desacoples frecuentes—ruido, sobresaltos, miedo—exigen reparaciones más rápidas y sensibles para que el sistema no se desorganice (Tronick, 2007). Cuando esas reparaciones fallan de modo sistemático, el aprendizaje del cuerpo es que el mundo no “vuelve”; la arousal queda alta o se apaga de más. En clínica, la mentalización parental (capacidad de leer la mente del niño y la propia) amortigua ese estrés: padres que mentalizan mejor describen y nombran estados internos con más precisión, y esto modera reacciones defensivas del menor (Fonagy et al., 2002; Slade, 2005).

La evidencia con madres expuestas a violencia interpersonal es clara: mayor severidad de TEPT materno se asocia con peor sintonía relacional y más síntomas de estrés postraumático en los hijos, vía alteraciones en la respuesta neurobiológica materna ante señales de su propio hijo (p. ej., tareas de reconocimiento emocional), incluso al controlar confusores. Es decir, la parentalidad bajo amenaza pierde precisión para predecir y calmar, y el niño lo “aprende” en su cuerpo (Schechter et al., 2017; Perizzolo et al., 2019; Glaus et al., 2021).

En familias latinas, además, hay recursos culturales protectores que conviene medir y no dar por sentado. El familismo y ciertas rutinas en casa pueden reducir la exposición del adolescente a violencia comunitaria, mientras que actividades no estructuradas fuera de la escuela aumentan el riesgo de victimización; la comunicación madre/padre-hijo modera parcialmente esos efectos. Esto sugiere que la “dosis de amenaza” no depende solo del barrio, sino de cómo se organiza la vida familiar (Ceballo et al., 2021; Mora et al., 2024).

### **3.2. Vías hacia DSO desde la amenaza crónica; configuraciones familiares relevantes**

La CIE-11 ubica el TEPT-C cuando a los núcleos del TEPT se suman perturbaciones persistentes en la organización del self (DSO): desregulación afectiva, autoconcepto negativo y relaciones perturbadas. En contextos de amenaza crónica, esas vías pasan, típicamente, por (a) co-regulación fallida—picos de hiper/hipoactivación que no encuentran contención—, (b) atribuciones de sí teñidas de culpa o minusvalía ante pérdidas y humillaciones repetidas, y (c) modelos internos que anticipan daño o abandono en el lazo (Cloitre et al., 2018; Maercker et al., 2022). En términos prácticos, esto explica por qué el sufrimiento no se resuelve solo “procesando recuerdos”: hay que restaurar regulación, agencia y confianza relacional.

En México, la parentalidad se despliega en configuraciones familiares heterogéneas: hogares extensos o multigeneracionales, jefatura femenina creciente y migración que fragmenta tiempos de cuidado. Los datos censales y encuestas nacionales sitúan las jefaturas femeninas cerca de un tercio de los hogares—con variaciones territoriales—, y ENDIREH 2021 documenta alta prevalencia de violencia de pareja, un estresor crónico que erosiona la co-regulación adulta y, por ende, la base segura de niños y jóvenes. Para formular caso en territorio, conviene leer la parentalidad “en red” (abuelas, tías, hermanos mayores) y no solo en la díada madre-hijo (INEGI, 2020; INEGI-ENDIREH, 2021; González de la Rocha, 1986/2001; Minuchin, 2009).

Desde esta óptica, la amenaza crónica no solo deja recuerdos intrusivos; configura estilos de regulación y guiones vinculares que encajan con las DSO. Por eso, en el análisis empírico de este anteproyecto, leeremos juntas la trayectoria de exposición (ITEM) y la sintomatología CIE-11 (ITQ), pero también describiremos rutinas de co-regulación y apoyos reales (quién calma a quién, cómo, y cuándo falla), porque ahí se juega la posibilidad de reparación clínica. (Fonagy et al., 2002; Cloitre, 2020; Maercker et al., 2022).

#### **4. Adultos entre 20–25 años: desarrollo e identidad**

Entre los 20 y los 25 años se consolidan transiciones que exigen al self sostener autonomía, intimidad, propósito y responsabilidad: dejar la casa o reconfigurarla, definir rutas vocacionales, afianzar vínculos y elaborar una narrativa de continuidad personal. La literatura de adultez emergente sitúa esta etapa como un periodo de alta exploración con identidades aún “en prueba”, lo que la vuelve plástica pero vulnerable cuando la vida ha transcurrido bajo amenaza (Arnett, 2014; Erikson, 1968/1994). Dicho de forma llana: si el entorno aprieta, aquí suele “tronar” la tensión entre lo que se desea y lo que las condiciones permiten.

##### **4.1. Adultez emergente (tareas de desarrollo, crisis de identidad)**

En esta franja vital, el trabajo psicológico central es integrar pertenencia y autonomía sin perderse en el intento. Las tareas normativas —afrontar la incertidumbre económica, negociar límites con la familia de origen, construir intimidad real— requieren un andamiaje de seguridad base y regulación afectiva que no siempre está disponible cuando la infancia y adolescencia ocurrieron en contextos de riesgo. La “crisis de identidad” de Erikson no es un desorden, es un pasaje: se ordena el pasado para dar dirección al futuro. Cuando el pasado estuvo marcado por exposición crónica a violencia, el pasaje se llena de baches: se intensifican dudas de valor personal, aumentan conductas evitativas y se resienten las decisiones vocacionales y vinculares (Erikson, 1994; Arnett, 2014).

##### **4.2. Identidad narrativa como proceso clave a esta edad**

A esta edad, la identidad narrativa es el “espacio de trabajo” donde el joven integra lo vivido y lo que proyecta. No es solo memoria: es coherencia temporal (poner cada cosa en su lugar), coherencia causal (entender por qué pasó lo que pasó) y articulación de metas y vínculos que sostengan continuidad. La evidencia muestra que un relato más coherente y agentivo se asocia con mejor ajuste, mientras que historias dominadas por contaminación (lo bueno acaba mal) se vinculan con malestar persistente. En un estudio clínico-territorial como el nuestro, este nivel narrativo permite ver el efecto del trauma complejo más allá del síntoma: cómo quedaron organizados el sentido de sí y la expectativa de relación (McAdams, 1997; McLean & Syed, 2015).

En suma, este tramo del desarrollo es estratégico para leer el impacto del trauma complejo: las demandas de autonomía e intimidad ponen a prueba la regulación afectiva, el autoconcepto y las relaciones —los tres ejes DSO—, y la narrativa de vida revela si hubo integración o si persisten fracturas. En los siguientes apartados, estos elementos se vincularán con la exposición acumulativa (ITEM) y la sintomatología CIE-11 (ITQ) para afinar la formulación de caso en territorio.

## **5. Identidad narrativa como indicador clínico**

La identidad narrativa es el dispositivo con el que una persona organiza su biografía en una trama con continuidad, propósito y sentido. En clínica no es adorno: el modo en que se cuenta la historia de vida condensa regulación afectiva, creencias de agencia y expectativas de vínculo; por eso complementa —no sustituye— los síntomas y el deterioro que capturamos con la CIE-11 (PTSD/DSO) y con medidas de exposición (ITEM) e impacto (ITQ). La literatura de referencia sitúa esta noción en el corazón del desarrollo del self: en la adultez temprana, integrar pasado, presente y futuro mediante un relato mínimamente coherente se asocia con mejor ajuste psicológico, mientras que relatos trabados o “rotos” suelen acompañar mayor malestar (McAdams & McLean, 2013; Adler, Lodi-Smith, Philippe, & Houle, 2016).

### **5.1. Coherencia temporal/causal, metas y vínculos; “contaminación” narrativa**

Trabajaremos con una noción multidimensional de coherencia narrativa: (a) contexto (tiempo y lugar), (b) cronología (secuencia comprensible de los acontecimientos) y (c) tema (hilo organizador con valoración y cierre). Esta propuesta —base de la rúbrica NaCCS— ha mostrado buen desempeño en investigación y clínica, y permite traducir la “buena historia clínica” a criterios codificables (Reese, Haden, Baker-Ward, Bauer, Fivush, & Ornstein, 2011). En adultos jóvenes expuestos a amenaza crónica, es esperable observar vacíos de contexto, quiebres de secuencia y temas que “se caen” antes de resolverse, marcando dificultades de integración del self (Reese et al., 2011).

Además de la coherencia básica, ciertos patrones de significado aportan información clínica fina. La tradición de McAdams distingue secuencias de redención (lo malo termina en algo valioso) y secuencias de contaminación (lo bueno acaba mal): las primeras tienden a asociarse con mayor bienestar y generatividad; las segundas, con depresión, menor satisfacción y auto-valoración frágil (McAdams, Reynolds, Lewis, Patten, & Bowman, 2001; McAdams, 2006). En jóvenes, una preponderancia de contaminación es un indicador sensible de “trayectorias de significado” que erosionan agencia y esperanza, especialmente cuando la biografía se ha tejido en contextos de violencia. En este proyecto, estos rasgos se codificarán como índices temáticos complementarios a la coherencia y se analizarán junto con DSO (regulación, autoconcepto, relaciones) y deterioro funcional.

## **5.2. Uso clínico de índices e ideas de confiabilidad**

La identidad narrativa agrega un plano de lectura que complementa los síntomas CIE-11 (PTSD/DSO) y el deterioro: permite ver cómo quedó organizado el self tras la amenaza crónica. En términos clínicos, interesa observar tres familias de indicios: coherencia temporal y causal (si la persona puede ubicar y enlazar los acontecimientos en una secuencia comprensible), la articulación de metas y vínculos (si el relato proyecta objetivos realistas sostenidos por lazos significativos) y ciertos patrones de significado que la literatura describe como redención (lo adverso desemboca en un sentido) y contaminación (lo valioso termina deteriorándose) (McAdams & McLean, 2013; McAdams et al., 2001; Adler et al., 2016).

En jóvenes que crecieron bajo amenaza, los relatos tienden a mostrar quiebres de secuencia, causalidades opacas y temas de contaminación que erosionan agencia y esperanza. Leer estos rasgos junto con los dominios DSO ofrece información incremental para la formulación de caso: no solo “qué duele”, sino cómo se sostiene (o se desarma) el sentido de sí y la expectativa de vínculo (McAdams, 1997; Adler et al., 2016).

Para efectos de este proyecto, el detalle técnico de codificación (qué manual específico se utilizará, cómo se entrenará a los evaluadores y cómo se estimará la confiabilidad) se describe en el apartado de Método. Aquí basta con establecer que se empleará una guía de coherencia narrativa reconocida y códigos de significado (redención/contaminación, agencia/comunión) para generar indicadores clínicos comparables con los dominios DSO y el deterioro (McAdams & McLean, 2013; Reese et al., 2011).

## **6. Modelo conceptual y alcances (clínico-éticos) del estudio**

Este anteproyecto parte de una idea sencilla y exigente: cuando la inestabilidad sociopolítica se vuelve rutina, la parentalidad trabaja “a contrarreloj” para sostener la calma y el sentido; si ese sostén falla de modo crónico, el daño no es solo miedo, es organización del self (DSO). Por eso, además de medir exposición (ITEM) y síntomas CIE-11 (ITQ), proponemos leer cómo quedó armado el self en la narrativa y en el funcionamiento cotidiano.

### **6.1. Ruta propuesta: inestabilidad → parentalidad bajo amenaza → DSO → narrativa/funcionamiento**

La inestabilidad (violencia estructural y gobernanzas criminales locales) introduce amenaza crónica y costos cotidianos para las familias (Trejo & Ley, 2020). En ese clima, la parentalidad tiende a operar bajo estrés prolongado: disminuye la co-regulación, se erosiona la seguridad base y se empobrecen las oportunidades de mentalización y reparación del vínculo (Bowlby, 1988; Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). Esta fricción sostenida es la antesala de las perturbaciones del self que define la CIE-11 para el trauma complejo: desregulación afectiva, autoconcepto negativo y relaciones perturbadas (Maercker, Hecker, Augsburg & Kliem, 2022).

Cuando ese tríptico DSO se instala, el impacto se visibiliza en dos planos: (a) la identidad narrativa —quiebres de coherencia temporal y causal, temas de “contaminación” que corroen agencia y esperanza— y (b) el funcionamiento —estudio/trabajo, vínculos, salud— (McAdams & McLean, 2013; Lanius & Frewen, 2015; van der Kolk, 2014). La ruta conceptual que guía el estudio es: inestabilidad sociopolítica → parentalidad bajo amenaza (↓co-regulación, ↓seguridad de apego) → DSO (CIE-11) → narrativa de vida y deterioro funcional. Este encuadre orienta una formulación de caso por fases (estabilización/regulación; elaboración; reconstrucción de metas y vínculos) coherente con la clínica del trauma complejo (Lanius & Frewen, 2015; van der Kolk, 2014).

### **6.2. Mediadores/moderadores prioritarios**

A continuación se enuncian los factores que, por teoría y clínica, vale la pena observar como mecanismos o condiciones de contexto:

\* Co-regulación y seguridad base (parentalidad): disponibilidad, sensibilidad y reparación del vínculo (Bowlby, 1988; Fonagy et al., 2002).

- \* Regulación emocional: estrategias desadaptativas (p. ej., evitación, supresión) que mantienen hiper/hipoactivación (Gross, 2014).
- \* Vergüenza/culpa en el autoconcepto: guiones de minusvalía que tiñen agencia y expectativas (Tangney & Dearing, 2002).
- \* Disociación y memoria traumática: desconexión experiencia-significado que dificulta integración (Lanius & Frewen, 2015).
- \* Apoyo social y cohesión comunitaria: lazos y normas compartidas que amortiguan riesgo y facilitan recuperación (Cohen, Underwood & Gottlieb, 2000; Sampson, 2012).
- \* Dosis y temporalidad de la exposición: acumulación, edad de inicio y proximidad interpersonal (Trejo & Ley, 2020).
- \* Variables contextuales: pobreza, movilidad forzada, arreglos familiares (Minuchin, 2009).

Estos elementos no adelantan un modelo estadístico aquí; sólo justifican qué observaremos para explicar cómo la inestabilidad llega a DSO y a la vida cotidiana.

### **6.3. Consideraciones éticas mínimas y relevancia clínica/transferencia**

Trabajar con población expuesta a amenaza crónica exige un marco informado por trauma y sensible al conflicto. El estudio se regirá por:

- \* Respeto, beneficencia y justicia (Belmont Report) y guías para investigación con seres humanos (consentimiento como proceso, evaluación de riesgos, protección de datos).
- \* Enfoque “Do No Harm” en campo: identificar dinámicas locales, evitar re-activaciones innecesarias, plan de seguridad (para participantes y equipo) y derivación clínica cuando se detecte sufrimiento significativo (Anderson, 1999).
- \* Trauma-Informed Care: previsión de activación, opción de pausar/retirar, lenguaje no estigmatizante, y cierre con recursos de apoyo (SAMHSA, 2014).
- \* Confidencialidad reforzada en territorios de riesgo: minimización de datos identificables, resguardo seguro y manejo prudente de hallazgos sensibles.

Relevancia clínica. El modelo produce insumos transferibles a servicios locales: (a) un mapa explicativo que vincula contexto, parentalidad y DSO; (b) reglas de decisión para detección y formulación de caso (en lenguaje clínico, no solo estadístico); y (c) un vocabulario común para coordinar atención entre niveles (comunitario, clínico, universitario).

#### **6.4. Salud psicosocial ocupacional del equipo (prevención de traumatización vicaria)**

La exposición repetida a relatos y escenas de violencia conlleva estrés traumático secundario, fatiga por compasión y traumatización vicaria si no se atiende. Este proyecto instituye un plan de salud ocupacional psicosocial con tres capas:

1. Organizacional: límites de carga y tiempos, supervisión clínica programada, rotaciones de tareas “de alta exposición”, protocolos de debriefing tras entrevistas difíciles (Hawkins & Shohet, 2012).
2. Profesional: entrenamiento en autocuidado basado en evidencia (sueño, ritmos, ejercicio), uso de grupos de pares y acceso a psicoterapia cuando se requiera (Pearlman & Saakvitne, 1995; Figley, 1995; Mathieu, 2012).
3. Personal: prácticas de compasión hacia uno mismo y regulación diaria que previenen la cronificación del desgaste (Neff, 2011).

Se documentará cualquier incidente crítico, las acciones de apoyo implementadas y los ajustes al plan durante el estudio. La salud del equipo no es un accesorio: es una condición ética para cuidar sin dañarnos.

Este modelo conceptual amarra lo que veremos en campo: la trama sociopolítica que presiona la parentalidad, la huella DSO en el self, y la manera en que se cuenta y se vive la propia historia. Desde ahí, las decisiones metodológicas (ITEM, ITQ y lectura narrativo-clínica) se vuelven herramientas al servicio del cuidado: detectar a tiempo, formular con precisión y abrir rutas de reparación en servicios reales.

## **Justificación**

Este proyecto se concentra en Tierra Caliente del Balsas porque allí se observa una inestabilidad sociopolítica crónica sin un contrapeso comunitario estabilizado que atenúe la violencia: a diferencia del Valle de Apatzingán–Tepalcatepec, donde el ciclo de autodefensas (2013–2014) reconfiguró temporalmente las reglas locales (Herrera, 2021, 2023), en la franja del Balsas (Cd. Altamirano, Coyuca de Catalán, San Lucas, San Miguel Totolapan, Arcelia) persistieron la rotación de grupos armados, el cobro sistemático de cuotas y episodios de alta letalidad (v. gr., la masacre de 2022 en San Miguel Totolapan), además de presiones económicas que forzaron cierres empresariales (p. ej., Coca-Cola FEMSA en 2018 en Cd. Altamirano, Gro.), y treguas mediadas por actores eclesiales, indicadores de un “orden” precario y vacíos de control estatal. Desde la clínica, este entorno de amenaza prolongada y vínculos bajo tensión probabiliza alteraciones persistentes del self—desregulación afectiva, autoconcepto negativo y perturbación de las relaciones—que la CIE-11 identifica como dimensiones distintivas del trauma complejo (Disturbances in Self-Organization, DSO) (Cloitre et al., 2018; Maercker et al., 2022).

La elección del Balsas se justifica como un caso instrumental territorial por su idoneidad clínica para observar el nexo causal entre inestabilidad sostenida y organización del self, con generalización analítica a contextos de violencia crónica sin contrapeso estabilizado. Además, la posicionalidad del investigador (pertenencia a la región) aporta competencia cultural, acceso y seguridad, con control de sesgos mediante diario reflexivo, codificación ciega y supervisión externa.

Esta inestabilidad crónica impone una doble visión de la violencia, elevando el estrés ambiental a un estrés crónico de significado. La gobernanza criminal en la región no solo se manifiesta a través de la coerción y el vacío de control estatal, sino que también establece un orden social alternativo donde los grupos armados son, en ciertas esferas, percibidos como proveedores de seguridad, orden o incluso como un modelo de éxito socioeconómico para la población joven (Arias, 2006; Trejo & Ley, 2020). Esta contradicción estructural y moral obliga a los individuos a negociar una identidad coherente en un entorno donde el poder y la amenaza están indisolublemente ligados a la única vía visible para el capital social. Desde la perspectiva clínica, esta ambigüedad exacerba la fragmentación del self, haciendo que el trauma complejo no solo sea una respuesta a la amenaza, sino una alteración fundamental en la capacidad de construir un relato de vida (Cloitre et al., 2018).

El rigor metodológico del proyecto exige la integración de dos aproximaciones, las medidas alineadas a CIE-11 capturan con validez la presencia, severidad del trauma complejo y su deterioro funcional—ITQ en tamizaje (con validación latinoamericana reciente) y la ITEM cuando se requiere juicio clínico (Fresno et al., 2023)—, pero el rasgo diferencial del trauma complejo se expresa en cómo la persona organiza su historia. Por ello se integra un análisis de identidad narrativa con manual de codificación y confiabilidad para evaluar coherencia temporal y causal, y la articulación de metas y vínculos: propiedades del relato asociadas a funcionamiento y bienestar que discriminan integración vs. fragmentación más allá del síntoma (McAdams & McLean, 2013; Adler et al., 2016; Dimitrova & Simms, 2022). Esta combinación—ITQ/ITEM + narrativa— busca cerrar una brecha clínica: traducir las DSO en reglas de decisión (umbrales e índices narrativos) útiles para detección, formulación de caso y derivación en servicios reales.

El proyecto generará un doble producto de alto valor: por un lado, un modelo clínico-narrativo validado que explicita la cadena inestabilidad sociopolítica → parentalidad bajo amenaza → DSO → organización narrativa del self; y por otro, criterios operativos con utilidad diagnóstica (sensibilidad, especificidad, AUC) transferibles a contextos análogos y preparados para validación externa.

### **Pregunta de investigación**

¿Cómo se relacionan la exposición a violencia estructural y los factores relacionales de crianza con los resultados clínicos (DSO/deterioro) y narrativos del self en adultos jóvenes (20 a 25 años) de Tierra Caliente del Balsas?

**Objetivo general:** Desarrollar y validar, mediante diseño mixto secuencial y análisis de mediación/moderación, un modelo clínico-narrativo que estime la cadena causal entre violencia organizada, parentalidad y la organización de la identidad en adultos jóvenes (20–25) de Tierra Caliente; y traducir sus hallazgos en criterios operativos de detección y formulación de caso, soportados por métricas de utilidad diagnóstica.

**Objetivos específicos:**

1. Diseñar y validar el contenido de instrumentos cuali-cuantitativos: codebook narrativo (coherencia temporal/causal, metas, vínculos, redención/contaminación) y módulos de parentalidad/exposición; validar con expertos y pilotaje cognitivo.
2. Evaluar estructura factorial (CFA) e invarianza del ITQ/ITEM (sexo, municipio, nivel de exposición) y confiabilidad ( $\alpha/\omega$ ;  $\kappa$ /ICC en narrativa).
3. Estimar asociaciones directas violencia/parentalidad  $\rightarrow$  DSO, monitoreando datos sociodemográficos.
4. Probar mediaciones/moderaciones pre-especificadas que expliquen la ruta hacia DSO.
5. Modelar con SEM la relación DSO  $\rightarrow$  organización narrativa (coherencia e índices temáticos).
6. Desarrollar reglas de decisión para la práctica local integrando umbrales ITQ/ITEM e índices narrativos (sensibilidad, especificidad, AUC).

**Hipótesis:**

La exposición a violencia organizada (medida con el ITEM) se asociará positivamente con la severidad del DSO (medida con el ITQ) y el deterioro funcional en jóvenes adultos de 20–25 años de la franja del Balsas. Se postula que este vínculo será parcialmente mediado por la fragilidad de la co-regulación/seguridad base en la parentalidad, resultando en una menor integración narrativa del self, caracterizada por una disminución de la Coherencia (temporal/causal) y una mayor prevalencia de Secuencias de Contaminación.

## **Metodología**

### **Diseño del estudio**

El proyecto adopta un mixto secuencial explicativo (QUAN→QUAL→integración). Primero se miden exposición a violencia y sintomatología CIE-11 (PTSD/DSO) mediante ITEM e ITQ. Con base en esos perfiles se selecciona una submuestra para entrevistas clínico-narrativas, cuyo análisis permite explicar y afinar los hallazgos cuantitativos.

La integración ocurre por dos vías: a) conexión por muestreo (la fase cualitativa se nutre de perfiles definidos en la cuantitativa) y b) construcción analítica (los índices narrativos se incorporan como variables al SEM), de modo que el modelo estadístico refleje la lógica clínica del estudio.

### **Participantes y muestreo**

La población objetivo son adultos jóvenes de 20 a 25 años residentes en la franja del Balsas con exposición prolongada a violencia estructural. Este periodo vital es estratégico porque la demanda de autonomía, intimidad y proyecto pone a prueba los tres ejes DSO y la capacidad de articular una identidad narrativa coherente.

Criterios de inclusión: 20–25 años;  $\geq 5$  años de residencia en la región; alfabetización funcional; consentimiento informado.

Criterios de exclusión: psicosis activa no estabilizada; deterioro cognitivo severo sin apoyo; riesgo agudo (suicida o violento) sin contención inmediata.

El muestreo será intencional por variación máxima (sexo, municipio, dosis y temporalidad de exposición). Tamaños muestrales previstos: fase cuantitativa  $n \approx 250-300$  (suficiente para CFA/SEM e invarianza parcial) y fase cualitativa  $n \approx 24-32$  entrevistas en profundidad (saturación teórica por perfiles DSO alto/medio/bajo y patrones de exposición). Se realizarán dos pilotajes: cognitivo del lenguaje y de confiabilidad narrativa.

## **Instrumentos**

- *International Trauma Questionnaire (ITQ)* en español latinoamericano para síntomas PTSD/DSO y deterioro funcional, con puntuación y criterios conforme a su guía oficial.
- *International Trauma Exposure Measure (ITEM)* para reconstruir trayectoria y dosis/temporalidad de exposición a 21 tipos de eventos a lo largo del desarrollo.
- *Entrevista clínico-narrativa semiestructurada (40–60 min)*: episodios de giro, anclajes temporales antes/durante/después, metas y vínculos significativos, y patrones de significado (redención o contaminación).

## **Procedimiento**

1. Sensibilización y reclutamiento seguro a través de universidades, centros comunitarios, parroquias y redes locales.
2. Consentimiento informado: explicación clara de objetivos, riesgos, beneficios y resguardo de datos.
3. Aplicación de ITEM + ITQ en formato presencial o híbrido bajo supervisión.
4. Selección teóricamente informada para la fase cualitativa según perfiles ITQ (cuartiles DSO/PTSD) y dosis/temporalidad ITEM.
5. Entrevistas clínico-narrativas en entorno seguro, grabadas en audio; uso de grounding si hay activación.
6. Transcripción anonimizada y resguardo cifrado de audios y textos.
7. Codificación ciega por dos jueces entrenados; discrepancias resueltas por consenso y auditoría.
8. Cierre con psicoeducación breve, entrega de recursos y derivación cuando corresponda.

## **Análisis cuantitativo**

Evaluación de la estructura factorial y confiabilidad

- Se aplicará un Análisis Factorial Confirmatorio (CFA) para evaluar la estructura dimensional del Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ) y la Medida Internacional de la Exposición al Trauma (ITEM).

- El CFA comprobará la validez factorial de los dominios del trauma complejo establecidos por la CIE-11, específicamente los núcleos de Desregulación Afectiva, Autoconcepto Negativo y Perturbación de las Relaciones (DSO).
- Se evaluará la invarianza de medición por grupos sociodemográficos relevantes (edad, sexo, municipio) y por nivel de exposición a violencia organizada para comprobar que los instrumentos mantienen equivalencia psicométrica en las subpoblaciones.
- Se calculará la confiabilidad interna con coeficientes como alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) y omega ( $\omega$ ) para cada subescala y para el total del cuestionario.

### **Estimación y análisis descriptivo de prevalencia y severidad.**

- Se realizará un análisis descriptivo para estimar la presencia y severidad de los síntomas de trauma complejo en la muestra.
- Se calcularán medias, medianas, desviaciones estándar y rangos de puntuación para los dominios del ITQ y los criterios de diagnóstico tanto para PTSD como para PTSD-C.
- Se establecerán frecuencias y proporciones para casos que cumplan criterios de diagnóstico según los umbrales validados internacionalmente.

### **Análisis de asociaciones y controles**

- Se empleará análisis bivariados (correlaciones de Pearson o Spearman según distribución) para explorar las asociaciones entre variables clave: exposición a violencia estructural, condiciones de parentalidad, y dominios del trauma complejo.
- Se controlarán posibles variables de confusión sociodemográficas utilizando análisis multivariados, como regresiones lineales o logísticas, para precisar asociaciones directas e independientes.

### **Modelos de mediación y moderación**

- Se probarán hipótesis específicas sobre mediación y moderación para explicar la relación causal entre violencia organizada, parentalidad y trauma complejo:
  - Mediante análisis de mediación se evaluará si los efectos de la exposición a violencia sobre el trauma complejo se transmiten a través de variables de parentalidad y condiciones familiares.

- Mediante análisis de moderación se examinará si determinadas condiciones sociodemográficas o contextuales fortalecen o debilitan estas relaciones.

Los análisis se realizarán con técnicas robustas para mediación (ej. bootstrapping para intervalos de confianza) y se verificarán supuestos estadísticos como la linealidad, normalidad y homocedasticidad.

### **Modelado de ecuaciones estructurales (SEM)**

- Como análisis central, se desarrollará un modelo de ecuaciones estructurales que integra:
  - Variables exógenas: exposición a violencia estructural, condiciones de parentalidad.
  - Variables mediadoras: dominios del trauma complejo (DSO).
  - Variables endógenas: indicadores de organización narrativa de la identidad obtenida en la fase cualitativa (integración/coherencia).
- El modelo SEM evaluará la validez del modelo clínico-narrativo propuesto, estimando pesos, efectos directos e indirectos y tamaño de efectos.
- Se reportarán índices globales de ajuste (CFI, TLI, RMSEA, SRMR) para determinar la validez del modelo.
- El modelo permitirá validar la ruta causal propuesta y aportar robustez estadística a la integración clínica del trauma complejo y la narrativa del self.

Este conjunto de análisis cuantitativos robustos permitirá validar psicométricamente las herramientas, conocer la epidemiología del trauma complejo en el contexto estudiado, y esclarecer las vías causales entre violencia, parentalidad y organización del yo, estableciendo bases científicas sólidas para la integración mixta del estudio.

### **Análisis narrativo (fase cualitativa)**

La entrevista busca marcadores observables de integración o fragmentación del self y de la calidad de los vínculos de sostén.

### **Codebook de codificación**

Coherencia en tres dimensiones, con escala ordinal 0–3 y anclajes explícitos:

- Contexto (tiempo, lugar suficiente y preciso).

- Cronología (secuencia comprensible sin quiebres centrales).
  - Tema (hilo organizador con valoración y cierre).
- Patrones de significado: redención y contaminación (0–3; presencia, claridad y centralidad).
- Metas y vínculos (0–3): claridad, viabilidad y apoyos realistas.

### **Confiabilidad y análisis**

- Matrices de casos que crucen perfiles ITQ/ITEM con índices narrativos para construir perfiles prototípicos.
- Análisis temático focal de parentalidad bajo amenaza (disponibilidad, sensibilidad, reparación) y recursos de co-regulación (familismo, rutinas).
- Memoria metodológica y diario reflexivo para documentar decisiones y posicionalidad.

### **Integración de resultados**

La integración se realiza articulando los índices narrativos dentro del SEM para estimar su contribución diferencial sobre DSO y funcionamiento. Con los umbrales ITQ/ITEM y los puntos de corte narrativos (por ejemplo, coherencia baja + contaminación alta), se elaborarán reglas de decisión para detección y formulación de caso. Su utilidad clínica se evaluará con curvas ROC (Curva Característica Operativa del Receptor.) y AUC (Área Bajo la Curva), y se documentará una hoja de ruta aplicable en servicios locales (detección, formulación por fases y criterios de derivación).

## **Consideraciones éticas**

Este trabajo se guía por los principios éticos de autonomía (respeto por los derechos y la dignidad), no maleficencia, beneficencia y justicia (Beauchamp & Childress, 1999), así como por el enfoque de Trauma-Informed Care (TIC). El consentimiento es un proceso continuo.

Las entrevistas se realizan en lugares seguros, con opción de pausar o retirarse sin consecuencias. Se dispone de rutas de derivación y de protocolos de manejo de activación. La confidencialidad se refuerza mediante minimización de datos, anonimización, control de accesos y resguardo cifrado.

## **Cuidado del equipo**

Para prevenir estrés traumático secundario y fatiga por compasión, se establecen límites de carga, rotación de tareas, debriefing posterior a entrevistas difíciles, supervisión clínica periódica y acceso a psicoterapia. Cada integrante contará con un plan personal de regulación y líneas de apoyo.

## **Calidad, sesgos y manejo de datos**

Se atenúan sesgos de selección y deseabilidad social con variación máxima, rapport, codificación ciega y triangulación. Se utilizará control de versiones, bitácora de decisiones y respaldo cifrado. Cuando la seguridad lo permita, se hará pre-registro del plan analítico y se compartirán materiales metodológicos sin exponer a participantes ni equipos.

## **Limitaciones**

La inferencia causal está acotada al diseño observacional: el SEM y las mediaciones fortalecen la plausibilidad de la ruta propuesta, pero no sustituyen un ensayo. Puede haber no respuesta por temor; se mitiga con contextos de entrevista seguros y anonimato reforzado. La generalización es analítica hacia contextos análogos de violencia crónica.

### **Cierre: Procedimiento de ejecución doctoral (QUAN→QUAL con integración mixta)**

El proyecto se ejecutará en cuatro movimientos encadenados: tamizar, comprender, modelar y transferir, con evaluación y ajuste al final.

I. Iniciaría con la aprobación ética y el prerregistro del protocolo —hipótesis, variables y plan analítico— y con la capacitación del equipo en modelo informado en trauma (consentimiento como proceso, contención breve, debriefing y rutas de derivación clínica). Antes de salir a campo se realizarán pilotos breves para ajustar lenguaje y tiempos de aplicación, y para afinar el manual de codificación narrativa.

II. El tamizaje cuantitativo se hará con dos instrumentos abiertos y alineados a CIE-11. El International Trauma Questionnaire (ITQ) medirá síntomas de PTSD y DSO, junto con deterioro funcional. El International Trauma Exposure Measure (ITEM) reconstruirá la trayectoria y la “dosis/temporalidad” de exposición a eventos a lo largo del desarrollo. La base de datos se depurará con criterios de calidad y manejo robusto de faltantes. Con estos insumos se identificarán perfiles de riesgo y se confirmará la estructura de medición del ITQ en la muestra local.

III. Desde ese mapa, se seleccionará una submuestra para entrevistas clínico-narrativas, priorizando jóvenes con mayor DSO y alta exposición para describir con detalle la organización del self; se incluirán deliberadamente casos contraste (baja DSO con alta exposición) para iluminar factores de resiliencia narrativa. Las entrevistas (60–90 min) explorarán capítulos de vida, puntos de inflexión, metas, vínculos y escenas de co-regulación familiar; se realizarán en entornos seguros, con estrategias breves de regulación al inicio y al cierre. Las transcripciones se anonimizarán y se codificarán a ciegas con un codebook que puntúa coherencia (contexto, cronología y tema) e índices de significado (redención/contaminación; agencia/comunión), asegurando confiabilidad interjueces  $\geq .75$ .

IV. Con la evidencia cuantitativa y cualitativa integrada, se construirá el modelo clínico-narrativo mediante un Modelo de Ecuaciones Estructurales (SEM) que ponga a prueba la ruta conceptual: exposición → seguridad base/co-regulación parental → DSO → funcionamiento. Los índices narrativos ingresarán al modelo como variables endógenas para estimar su validez incremental más allá de DSO. A partir de ahí se derivarán reglas de decisión clínicas que combinen umbrales del ITQ, gradiente del ITEM

y puntos de corte narrativos; su desempeño se evaluará con curvas ROC (característica operativa del receptor) y AUC (área bajo la curva), junto con índices de ajuste del SEM (CFI, TLI, RMSEA, SRMR).

V. La intervención clínica ocurrirá mediante talleres con equipos locales, centrados en detección por fases, formulación clínica basada en TEPT-C/DSO y lectura narrativa del caso. Se entregará un paquete de implementación: hoja de decisión para tamizaje y derivación, manual breve de formulación por fases (estabilización, elaboración, reconstrucción de metas y vínculos), plantillas de entrevista y de notas clínicas, y la sintaxis analítica con guías de reporte no estigmatizante.

VI. Para comprobar factibilidad y cambio clínico sin sobrerreclamar causalidad, se realizará un pilotaje de intervención breve en servicios reales: psicoeducación, micro-técnicas de regulación y tareas de sentido que conecten metas con vínculos significativos. Se evaluará con un diseño pre-post y seguimiento a 3–6 meses; cuando sea posible, se usará una implementación escalonada entre sedes. Los resultados primarios serán la reducción en ITQ-DSO y en deterioro funcional, y la mejora en coherencia/contaminación narrativa; se reportarán tamaños de efecto, Cambio Fiable y AUC de las reglas de decisión aplicadas en campo, junto con aceptabilidad y fidelidad de la intervención.

VII. Con base en esos hallazgos, se refinará el modelo y la hoja de decisión —ajustando puntos de corte narrativos y pautas de formulación— hasta una versión revisada y estable. El producto final del doctorado será un modelo clínico-narrativo validado, con reglas de decisión y materiales listos para uso, documentado en un manual breve y un informe de transferencia para actores locales, y con un repositorio metodológico que preserve la confidencialidad. Así, el proyecto deja instalada una vía replicable para detectar y tratar el TEPT-C y, en clave preventiva selectiva, para proteger la narrativa identitaria en jóvenes que crecieron bajo amenaza crónica en Tierra Caliente.

## Referencias

- Adler, J. M., Lodi-Smith, J., Philippe, F. L., & Houle, I. (2016). The incremental validity of narrative identity in predicting well-being. *Personality and Social Psychology Review*, 20(2), 142–175. <https://doi.org/10.1177/1088868315585068>
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (2014). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press/Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315802428>
- Andreoli, S. B., Ribeiro, W. S., Quintana, M. I., Guindalini, C., Breen, G., Blay, S. L., & de Jesus Mari, J. (2009). Violence and post-traumatic stress disorder in São Paulo and Rio de Janeiro, Brazil: The protocol for an epidemiological and genetic survey. *BMC Psychiatry*, 9, 34. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-34>
- Arias, E. D. (2006). *Drugs and Democracy in Rio de Janeiro: Trafficking, Social Networks, and Public Security*. University of North Carolina Press.
- Arnett, J. J. (2014). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties* (2.<sup>a</sup> ed.). Oxford University Press.
- Associated Press. (2019). No Coke, no Pepsi: Bottlers leave Mexican city hit by crime. *AP News*. <https://apnews.com/general-news-c75f911517294005840e6dbe3cd30ab0>
- Associated Press. (2022, October 6). Drug gang kills 20 in attack on city hall in southern Mexico. *AP News*. <https://apnews.com/article/mexico-caribbean-city-gangs-5314d6c2b3ef07c48939ab7904e78464>
- Baranyi, G., Benjet, C., Lodi-Smith, J., & Benavides, M. (2021). The impact of neighbourhood crime on mental health: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 282, 114106. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114106>
- BBC (2022). Masacre en San Miguel Totolapan (alcalde y civiles). *Nota de síntesis*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-63155151>
- Benjet, C., Lodi-Smith, J., Benavides, M., Méndez, E., Gureje, O., Aguilar-Gaxiola, S., Karam, E. G., & Mari, J. J. (2019). Associations between neighborhood-level violence and individual mental disorders: World Mental Health Surveys in five Latin American cities. *Psychiatry Research*, 282, 112587. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112587>
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. Routledge.

- Ceballo, R., Cranford, J. A., Alers-Rojas, F., & Joeson, R. (2021). What happens after school? Linking Latino adolescents' activities and exposure to community violence. *Journal of Youth and Adolescence*, 50, 2007–2020. <https://doi.org/10.1007/s10964-021-01480-6>
- Cloitre, M. (2020). ICD-11 complex post-traumatic stress disorder: Simplifying diagnosis in trauma populations. *The British Journal of Psychiatry*, 216(3), 129–131. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.43>
- Cloitre, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Roberts, N. P., Karatzias, T., & Shevlin, M. (2018). ICD-11 PTSD and complex PTSD: A clinical and research agenda. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1556557. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1556557>
- Cloitre, M., Hyland, P., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Karatzias, T., & Shevlin, M. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536–546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
- Cloitre, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Roberts, N. P., Karatzias, T., & Shevlin, M. (2019). ICD-11 posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in the United States: A population-based study. *Journal of Traumatic Stress*, 32(6), 833–842. <https://doi.org/10.1002/jts.22454>
- Cloitre, M., Shevlin M., Brewin, C.R., Bisson, J.I., Roberts, N.P., Maercker, A., Karatzias, T., Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536-546. DOI: 10.1111/acps.12956
- Coca-Cola FEMSA. (2018, March 23). *Coca-Cola FEMSA announces indefinite closure of its operations in Ciudad Altamirano, Guerrero*. <https://www.femsa.com/en/press-room/press-release/coca-cola-femsa-announces-indefinite-closure-of-operations-ciudad-altamirano/>
- Dimitrova, J., & Simms, L. J. (2022). Construct validation of narrative coherence: Links with personality functioning and psychopathology. *Personality Disorders*, 13(5), 482–493. <https://doi.org/10.1037/per0000508>
- ENVIPE 2024. (2024). *Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública*. INEGI. <https://www.inegi.org.mx/programas/envipe/2024/>

- Erikson, E. H. (1994). *Identity: Youth and crisis* (reimp.). W. W. Norton & Company. (Trabajo original publicado en 1968).
- Feldmann, A. E. (2021). Criminal governance in Latin America. *Oxford Research Encyclopedia of Criminology*. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190264079.013.697>
- Ferri, P. (2024, February 16). Greed, ambition, money and power: Mexican bishops negotiate with drug traffickers in Guerrero. *El País*. <https://english.elpais.com/international/2024-02-16/greed-ambition-money-and-power-mexican-bishops-negotiate-with-drug-traffickers-in-guerrero.html>
- Folke, S., Nielsen, A. B. S., Carlsen, K., Madsen, T., & Thorsen, M. H. (2023). Risk factors, comorbidity and social impairment of ICD-11 PTSD and CPTSD in Danish veterans. *Journal of Psychiatric Research*, *163*, 285–293. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.08.014>
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
- Fresno, A., Ramos-Alvarado, N., Núñez, D., Ulloa, J. L., Arriagada, J., Cloitre, M., Roberts, N., Shevlin, M., & Karatzias, T. (2023). Initial validation of the International Trauma Questionnaire (ITQ) in a sample of Chilean adults. *European Journal of Psychotraumatology*, *14*(2), 2263313. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2263313>
- Galtung, J. (1969). Violence, peace, and peace research. *Journal of Peace Research*, *6*(3), 167–191. <https://doi.org/10.1177/002234336900600301>
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—From domestic abuse to political terror*. Basic Books.
- Herrera, J. S. (2021). The limits of resistance to criminal governance: Cyclical mobilisation in Michoacán's autodefensa movement. *Global Crime*, *22*(4), 413–435. <https://doi.org/10.1080/17440572.2021.2024805>
- Herrera, J. S. (2023). Rejecting the social contract: Criminal governance, agrarian inequalities and the autodefensa movement in Michoacán, Mexico. *Journal of Latin American Studies*, *55*(3), 493–517. <https://doi.org/10.1017/S0022216X22000918>
- INEGI. (2020). *Censo de Población y Vivienda 2020*. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>

- INEGI. (2021). *ENDIREH 2021 – Resultados nacionales*.  
<https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2021/>
- INEGI. (2025). *Defunciones registradas por homicidio por entidad federativa*. Tabulados interactivos.  
[https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Mortalidad\\_Mortalidad\\_08\\_733c4167-e790-42a9-8bc7-f290480f41af&utm](https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Mortalidad_Mortalidad_08_733c4167-e790-42a9-8bc7-f290480f41af&utm)
- Karatzias, T., Hyland, P., Bradley, A., Cloitre, M., Roberts, N. P., Bisson, J. I., & Shevlin, M. (2019). Risk factors and comorbidity of ICD-11 PTSD and complex PTSD: Findings from a population-based sample of adults in the United Kingdom. *Depression and Anxiety, 36*(11), 1106–1116. <https://doi.org/10.1002/da.22934>
- Lanius, R. A., & Frewen, P. A. (2015). *Healing the Traumatized Self: Consciousness, Neuroscience, Treatment*. W. W. Norton.
- Maercker, A., Hecker, T., Augsburger, M., & Kliem, S. (2022). Complex post-traumatic stress disorder. *The Lancet, 400*(10345), 60–72. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00821-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00821-2)
- McAdams, D. P. (1997). *The stories we live by: Personal myths and the making of the self*. The Guilford Press.
- McAdams, D. P. (2006). *The redemptive self: Stories Americans live by*. Oxford University Press.
- McAdams, D. P., & McLean, K. C. (2013). Narrative identity. *Current Directions in Psychological Science, 22*(3), 233–238. <https://doi.org/10.1177/0963721413475622>
- McAdams, D. P., Reynolds, J., Lewis, M., Patten, A. H., & Bowman, P. J. (2001). When bad things turn good and good things turn bad: Sequences of redemption and contamination in life narrative and their relation to psychosocial adaptation in midlife adults and in students. *Personality and Social Psychology Bulletin, 27*(4), 474–485. <https://doi.org/10.1177/0146167201274008>
- McLean, K. C., & Syed, M. (Eds.). (2015). *The Oxford handbook of identity development*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199936564.001.0001>
- Minuchin, S. (2009). *Familias y terapia familiar*. Gedisa.
- Nieto Martínez, I., & López Casares, M. C. (2016). Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. *Clínica Contemporánea, 7*(2), 87–104. <https://doi.org/10.5093/cc2016a7>

- O'Connor, K. P., Vizcaino, M., & Benavides, M. (2013). Mental health outcomes of Mexico's drug war in Ciudad Juárez: A pilot study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(3), 193–194. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4123812/>
- Perizzolo, V. C., Mattioli, S. D., Schechter, D. S., & de Oliveira, L. (2019). EEG recording during an emotional face-matching task in mothers with IPV-PTSD and their children. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 291, 38–46. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2019.08.006>
- Perry, B. D., & Winfrey, O. (2021). *What happened to you? Conversations on trauma, resilience, and healing*. Flatiron Books.
- Redican, E., Nolan, E., Hyland, P., Cloitre, M., McBride, O., & Karatzias, T. (2021). A systematic review of factor-analytic and mixture models of ICD-11 PTSD and complex PTSD using the ITQ. *Journal of Anxiety Disorders*, 79, 102381. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102381>
- Reese, E., Haden, C. A., Baker-Ward, L., Bauer, P. J., Fivush, R., & Ornstein, P. A. (2011). Coherence of personal narratives across the lifespan: A multidimensional model and coding method. *Journal of Cognition and Development*, 12(4), 424–462. <https://doi.org/10.1080/15248372.2011.587854>
- Schechter, D. S., Suardi, F., Glaus, J., St-Hilaire, A., Gendre, F., & Smajlagic, A. (2017). Maternal PTSD and corresponding neural activity mediate effects of child exposure to violence on child PTSD symptoms. *PLOS ONE*, 12(8), e0181066. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181066>
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development*, 7(3), 269–281. <https://doi.org/10.1080/14616730500245906>
- Trejo, G., & Ley, S. (2020). *Votes, Drugs, and Violence: The Political Logic of Criminal Wars in Mexico*. Cambridge University Press.
- Tronick, E. (2007). *The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children*. W. W. Norton.
- UNODC/World Bank. (s. f.). *Intentional homicide rate – Mexico, 2000–2024*. <https://data.worldbank.org/indicator/VC.IHR.PSRC.P5?locations=MX>
- Vanden Poel, L., Hermans, D., & Bijttebier, P. (2019). Narrative coherence and identity: Associations with psychological well-being and internalizing symptoms. *Frontiers in Psychology*, 10, 1171. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01171>

## Anexo 1:

### CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE TRAUMA (ITQ)

#### **Descripción:**

El instrumento adjunto es una medida breve, redactada de forma sencilla, que se centra sólo en las características principales del TEPT y el TEPT complejo, utilizando reglas claras de diagnóstico. El cuestionario ITQ fue desarrollado para ser coherente con los principios organizativos de la CIE-11, según lo propuesto por la Organización Mundial de la Salud, que consisten en maximizar la utilidad clínica y garantizar la aplicabilidad internacional a través de un enfoque centrado en los síntomas centrales de un trastorno determinado. La prueba ITQ está disponible gratuitamente en el dominio público para todos los interesados. La evaluación de la medida se centra particularmente en la definición del deterioro funcional tanto para el TEPT como para el TEPT complejo, y en que el contenido de los ítems podría ser predictivo de los resultados de tratamientos diferenciales.

#### **Los ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS son los siguientes:**

TEPT: Un diagnóstico de TEPT requiere cumplir uno de dos síntomas de cada uno de los tres grupos de síntomas: (1) re-experimentación en el aquí y el ahora, (2) evitación, y (3) sensación actual de amenaza; además de presentar al menos un indicador de deterioro funcional asociado con estos síntomas. La calificación de síntoma o deterioro funcional se define como una puntuación de 2 o más.

TEPTC: Un diagnóstico de TEPTC requiere cumplir uno de dos síntomas de cada uno de los tres grupos de síntomas de TEPT (re-experimentación en el aquí y ahora, evitación, y sensación actual de amenaza) y uno de dos síntomas de cada uno de los tres grupos de Alteraciones en la Auto-Organización (AAO): (1) desregulación afectiva, (2) autoconcepto negativo y (3) dificultades en las relaciones interpersonales. El deterioro funcional debe ser identificado cuando se presente al menos un indicador de deterioro funcional en relación con los síntomas de TEPT y un indicador de deterioro funcional en relación con los síntomas de AAO. La calificación de síntoma o deterioro funcional se define como una puntuación de 2 o más.

Una persona puede ser diagnosticada con TEPT o con TEPTC, pero no con ambos. Si una persona cumple con los criterios para el TEPTC, esa persona no podrá tener a la vez un diagnóstico de TEPT.

Las instrucciones sobre el sistema de puntuación están disponibles al final de este documento.

Referencia instrumento ITQ Cloitre et al. (2018): Traducido al español latinoamericano por Andrés Fresno, Nadia Ramos, Rosario Spencer, Carolina Salgado, Daniel Núñez, Clara López, Neil Roberts y Jonathan Bisson.

Para citar la versión original del ITQ utilizar la siguiente referencia:

Cloitre, M., Shevlin M., Brewin, C.R., Bisson, J.I., Roberts, N.P., Maercker, A., Karatzias, T., Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536-546. DOI: 10.1111/acps.12956

**BIBLIOGRAFÍA:**

Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A.,... Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1-15. doi: 10.1016/j.cpr.2017.09.001.

Karatzias T., Shevlin M., Fyvie C., Hyland P., Efthymiadou E., Wilson D.,...Cloitre M. (2017). Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 trauma questionnaire (ICD-TQ). *Journal of Affective Disorders*, 207, 181-187. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.032>

Hyland, P., Shevlin M., Brewin C.R., Cloitre M., Downes A.J., Jumbe, S.,... Roberts, N.P. (2017). Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136, 313-322. doi: 10.1111/acps.12771.

Shevlin, M., Hyland, P., Roberts, N. P., Bisson, J. I., Brewin C.R. & Cloitre M. (2018). A psychometric assessment of Disturbances in Self-Organization symptom indicators for ICD-11 Complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *European Journal of Psychotraumatology*, 9:1, DOI: 10.1080/20008198.2017.1419749

Referencia instrumento ITQ Cloitre et al. (2018): Traducido al español latinoamericano por Andrés Fresno, Nadia Ramos, Rosario Spencer, Carolina Salgado, Daniel Núñez, Clara López, Neil Roberts y Jonathan Bisson.

### Cuestionario Internacional de Trauma

**Instrucciones:** Por favor, indique la experiencia traumática que más le perturba y responda a las siguientes preguntas relacionadas con dicha experiencia.

Breve descripción de la experiencia \_\_\_\_\_

¿Cuándo ocurrió la experiencia? (marque una opción)

- a. Hace menos de 6 meses
- b. Entre 6 y 12 meses atrás
- c. Entre 1 y 5 años atrás
- d. Entre 5 y 10 años atrás
- e. Entre 10 y 20 años atrás
- f. Hace más de 20 años

A continuación se presenta una serie de problemas que las personas a veces informan en respuesta a eventos traumáticos o estresantes de la vida. Por favor, lea atentamente cada pregunta, después marque con un círculo uno de los números de la derecha para indicar cuánto le ha molestado ese problema durante el mes pasado.

	Nada	Poco	Moderada- mente	Mucho	Extremada- mente
P1. ¿Tener sueños perturbadores que reproducen parte de la experiencia o están claramente relacionados con la experiencia?	0	1	2	3	4
P2. ¿Tener imágenes o recuerdos intensos que a veces vienen a su mente, en los cuales siente que la experiencia está ocurriendo de nuevo aquí y ahora?	0	1	2	3	4
P3. ¿Evitar pensamientos, sentimientos, sensaciones físicas u otros estímulos internos que le recuerden la experiencia?	0	1	2	3	4
P4. ¿Evitar personas, lugares, conversaciones, objetos, actividades, situaciones u otros estímulos externos que le recuerden la experiencia?	0	1	2	3	4
P5. ¿Estar "súper alerta," vigilante o en guardia?	0	1	2	3	4
P6. ¿Sentirse sobresaltado/a o asustarse fácilmente?	0	1	2	3	4

Referencia instrumento ITQ Cloitre et al. (2018): Traducido al español latinoamericano por Andrés Fresno, Nadia Ramos, Rosario Spencer, Carolina Salgado, Daniel Núñez, Clara López, Neil Roberts y Jonathan Bisson.

**En el último mes, si ha tenido alguno de los problemas anteriormente mencionados, indique cómo le han afectado:**

	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
P7. ¿Han afectado sus relaciones interpersonales o a su vida social?	0	1	2	3	4
P8. ¿Han afectado su trabajo o su capacidad para trabajar?	0	1	2	3	4
P9. ¿Han afectado otras áreas importantes de su vida, como la crianza de sus hijos o hijas, su desempeño en la escuela o en la universidad, u otras actividades importantes?	0	1	2	3	4

A continuación se presentan problemas que a veces experimentan las personas que han sufrido eventos estresantes o traumáticos. Las preguntas se refieren a la forma en que usted normalmente se siente, a la manera habitual en que piensa acerca de sí mismo y el modo en que normalmente se relaciona con los demás.

Conteste cada una de las siguientes preguntas pensando en cuán cierto es cada ítem para usted.

¿Cuán cierto es para usted?

	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
C1. Cuando estoy molesto/a, tardo bastante tiempo en calmarme.	0	1	2	3	4
C2. Me siento desconectado/a emocionalmente o emocionalmente apagado/a	0	1	2	3	4
C3. Me siento como un/a fracasado/a	0	1	2	3	4
C4. Siento que no valgo nada	0	1	2	3	4
C5. Me siento distante o alejado/a de las personas	0	1	2	3	4
C6. Me resulta difícil estar emocionalmente cercano/a a la gente.	0	1	2	3	4

Referencia instrumento ITQ Cloitre et al. (2018): Traducido al español latinoamericano por Andrés Fresno, Nadia Ramos, Rosario Spencer, Carolina Salgado, Daniel Núñez, Clara López, Neil Roberts y Jonathan Bisson.

***En el último mes, si ha tenido alguno de los problemas mencionados respecto a sus emociones, creencias sobre usted mismo o dificultad en sus relaciones, indique cómo le han afectado:***

	Nada	Poco	Moderada-mente	Mucho	Extremada-mente
C7. ¿Han generado preocupación o malestar sobre sus relaciones o su vida social?	0	1	2	3	4
C8. ¿Han afectado su trabajo o su capacidad para trabajar?	0	1	2	3	4
C9. ¿Han afectado otras áreas importantes de su vida, como la crianza de sus hijos o hijas, su desempeño en la escuela o en la universidad, u otras actividades importantes?	0	1	2	3	4

Referencia instrumento ITQ Cloitre et al. (2018): Traducido al español latinoamericano por Andrés Fresno, Nadia Ramos, Rosario Spencer, Carolina Salgado, Daniel Núñez, Clara López, Neil Roberts y Jonathan Bisson.

## 1. Puntuación diagnóstica para TEPT y TEPTC

### TEPT

Si  $P1$  o  $P2 \geq 2$ , se cumplen los criterios de Re-experimentación en el aquí y el ahora (Re\_dx).

Si  $P3$  o  $P4 \geq 2$ , se cumplen los criterios de Evitación (Ev\_dx).

Si  $P5$  o  $P6 \geq 2$ , se cumplen los criterios de sensación actual de Amenaza (Am\_dx).

Y ADEMÁS:

Al menos uno de  $P7$ ,  $P8$  o  $P9 \geq 2$ , cumple el criterio para el deterioro funcional de TEPT (TEPT-DF)

Si se cumplen los criterios para 'Re\_dx' Y 'Ev\_dx' Y 'Am\_dx' Y 'TEPT-DF', se cumplen los criterios para el diagnóstico de TEPT.

### TEPTC

Si  $C1$  o  $C2 \geq 2$ , se cumplen los criterios de Desregulación afectiva (Da\_dx).

Si  $C3$  o  $C4 \geq 2$ , se cumplen los criterios de Autoconcepto negativo (An\_dx).

Si  $C5$  o  $C6 \geq 2$ , se cumplen los criterios para Alteraciones en las relaciones (Ar\_dx).

Y ADEMÁS:

Al menos uno de  $C7$ ,  $C8$  o  $C9 \geq 2$  cumple los criterios para el deterioro funcional de las Alteraciones en la Auto-Organización (DFAAO).

Si se cumplen los criterios para 'Da\_dx' Y 'An\_dx' Y 'Ar\_dx' Y 'DFAAO', se cumplen los criterios para la alteración de la auto-organización (AAO).

Se obtiene un diagnóstico de TEPT cuando se cumplen los criterios de TEPT y NO se cumplen los de Alteraciones en la auto-organización (AAO).

Se obtiene un diagnóstico de TEPTC cuando se cumplen los criterios de TEPT y los criterios AAO.

No se puede establecer un diagnóstico si no se cumplen los criterios de TEPT, o solo se cumplen los criterios de AAO.

## 2. Puntuación dimensional para el TEPT y el TEPTC

Las puntuaciones pueden ser calculadas para cada grupo de síntomas de TEPT y AAO y sumadas para obtener las puntuaciones de TEPT y AAO.

### TEPT

La suma de las puntuaciones Likert de  $P1$  y  $P2$  = Re-experimentación en el aquí y el ahora (Re).

La suma de las puntuaciones Likert de  $P3$  y  $P4$  = Puntuación de evitación (Ev).

La suma de las puntuaciones Likert de  $P5$  y  $P6$  = Sensación actual de amenaza (Am).

Puntuación de TEPT = Suma de Re, Ev, y Am.

### AAO

Suma de las puntuaciones de Likert para  $C1$  y  $C2$  = Desregulación afectiva (Da).

Suma de las puntuaciones de Likert para  $C3$  y  $C4$  = Autoconcepto negativo (An).

Suma de las puntuaciones de Likert para  $C5$  y  $C6$  = Alteraciones en las relaciones (Ar)

Puntuación de Alteraciones en la auto-organización = Suma de Da, An y Ar.

Referencia instrumento ITQ Cloitre et al. (2018): Traducido al español latinoamericano por Andrés Fresno, Nadia Ramos, Rosario Spencer, Carolina Salgado, Daniel Núñez, Clara López, Neil Roberts y Jonathan Bisson.

## Anexo 2:

### MEDIDA INTERNACIONAL DE LA EXPOSICIÓN AL TRAUMA (ITEM)

**DESCRIPCIÓN:** La *Medida Internacional de la Exposición al Trauma* (ITEM) es una nueva lista de chequeo desarrollada para capturar los eventos vitales traumáticos, y sus características asociadas, en una manera consistente con las descripciones de acuerdo con la CIE-11 de los diferentes trastornos relacionados al trauma.

La ITEM mide la exposición a diferentes eventos vitales traumáticos a lo largo de diferentes periodos del desarrollo (infancia, adolescencia, adultez, y a lo largo de la vida); frecuencia de exposición al evento individual más traumático; y la principal emoción asociada al evento individual más traumático. La ITEM se encuentra disponible de forma gratuita para las comunidades clínicas y de investigación y puede ser usada sin permiso.

#### Medida Internacional de la Exposición al Trauma

**Instrucciones:** Estamos interesados en saber si usted experimentó alguno de los siguientes eventos vitales traumáticos durante diferentes periodos de su vida. Por favor, lea cada descripción de un evento traumático, y díganos si experimentó cada evento en la infancia, adolescencia, y/o adultez.

	¿Pasó este evento...		
	antes o durante su tiempo en la escuela primaria/básica? (hasta los 12 años)	durante su tiempo en la escuela secundaria/media (entre los 13-18 años)	luego de su tiempo en la escuela secundaria/media (luego de los 18 años)
1. Fue diagnosticado/a con una enfermedad que amenazaba su vida (o potencialmente mortal).			
2. Alguien cercano/a a Ud. falleció en una forma terrible.			
3. A alguien cercano/a a ud. le diagnosticaron una enfermedad que amenazaba su vida o experimentó un accidente que puso en riesgo su vida.			
4. Alguien amenazó su vida con un arma (cuchillo, arma de fuego, bomba, etc.)			
5. Ud. fue agredido/a físicamente (golpeado/a, pateado/a, abofeteado/a, asaltado/a, o robado/a, etc.) por un padre o un cuidador.			
6. Ud. fue agredido/a físicamente (golpeado/a, pateado/a, abofeteado/a, asaltado/a, o robado/a, etc.) por alguien distinto de un padre o cuidador.			
7. Ud. fue agredido/a sexualmente (penetración anal, vaginal, u oral, o			

cualquier contacto en y con zonas sexuales) por un padre o cuidador.			
8. Ud. fue agredido/a sexualmente (penetración anal, vaginal, u oral, o cualquier contacto en y con zonas sexuales) por alguien distinto de un padre o cuidador.			
9. Ud. fue acosado/a sexualmente (comentarios o conductas sexuales no deseadas).			
10. Ud. estuvo expuesto/a a la guerra o combate (como un soldado o como un civil).			
11. Ud. estuvo en cautiverio y/o fue torturado/a.			
12. Ud. causó sufrimiento extremo o la muerte a otra persona.			
13. Ud. fue testigo de cómo otra persona experimentaba sufrimiento extremo o muerte.			
14. Ud. estuvo involucrado/a en un accidente (por ej., transporte, trabajo, hogar, ocio) donde su vida estuvo en peligro.			
15. Ud. estuvo expuesto/a a un desastre natural (por ej., huracán, tsunami, terremoto) donde su vida estuvo en peligro.			
16. Ud. estuvo expuesto/a a un desastre causado por el hombre (por ej., ataque terrorista, derrame químico, tiroteo público) donde su vida estuvo en peligro.			
17. Otra persona lo/a acosó			

18. Ud. fue intimidado/a (bullying) repetidamente (online o fuera de línea).			
19. Ud. fue humillado/a, menospreciado/a, o insultado/a por otra persona.			
20. A Ud. le hicieron sentirse no amado/a, indeseable/a, o desvalorizado/a.			
21. A Ud. lo descuidaron, ignoraron, rechazaron, o aislaron			
22. Algún otro evento no mencionado (Por favor, especifique).			

- Vergüenza
- Culpa
- Ninguna emoción

1. Por favor, señale qué evento encontró como el más angustiante, escribiendo el número correspondiente de la lista de arriba: \_\_\_\_

2. Si ha experimentado este evento más de una vez en su vida, por favor díganos ¿cuántas veces aproximadamente experimentó este evento? \_\_\_\_\_

3. ¿Hace cuánto tiempo ocurrió este evento?

- a. Menos de un mes atrás
- b. Hace 1-6 meses
- c. Hace 6-12 meses
- d. Hace 1-5 años
- e. Hace 6-10 años
- f. Hace más de 10 años

4. ¿Cuál es la principal emoción que usted asocia con este evento?

- Miedo
- Ira
- Asco
- Pena