

Evaluación de las experiencias vitales tempranas: la escala ELES y su uso clínico

María de Gracia León-Palacios¹, Miguel Garrido-Fernández¹, Cristina Senín-Calderón², Salvador Perona-Garcelán¹, Paul Gilbert³ y Juan Francisco Rodríguez-Testal^{1*}

¹ Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento, Universidad de Sevilla (España)

² Departamento de Psicología, Universidad de Cádiz (España)

³ Mental Health Research Unit, Kingsway House, Kingsway Hospital, Derby (UK)

Resumen: *Antecedentes:* la escala de *Experiencias Vitales Tempranas* (ELES) evalúa el recuerdo de la amenaza y subordinación percibidas durante la infancia en las relaciones familiares partiendo de la teoría del rango social. Se propone adaptar al español dicha escala y comprobar su estructura factorial mediante una validación cruzada y explorar sus propiedades psicométricas. *Método:* participaron 960 sujetos (863 de población general y 97 pacientes). *Resultados:* los datos confirman la estructura factorial de la versión inicial de Gilbert, Cheung, Grandfield, Campey, y Irons (2003), obteniendo tres factores: sumisión, amenaza, y desvalorización, explicando un 66.31% de la varianza. La versión española de la escala ELES resultó estar compuesta por el mismo número de ítems que la original y mostró índices adecuados de validez, consistencia interna, fiabilidad retest, fiabilidad compuesta e invarianza por género. *Conclusiones:* la escala de *Experiencias Vitales Tempranas* (ELES) puede ser de utilidad para evaluar las experiencias vitales tempranas, estudiar la relación entre dichas experiencias en diferentes manifestaciones psicopatológicas y establecer posibles modelos explicativos.

Palabras clave: experiencias vitales; sumisión; amenaza; desvalorización; escala ELES; validación cruzada.

Title: Evaluation of early life experiences: The ELES scale and its clinical use.

Abstract: *Background:* The *Early Life Experiences Scale* (ELES) evaluates the memory of threat and subordination perceived in childhood family relationships based on social rank theory. This scale was adapted to Spanish, its factor structure was tested by cross-validation, and its psychometric properties were explored. *Method:* 960 subjects participated (863 subjects from the general population and 97 patients). *Results:* Data confirm the factor structure of the original version by Gilbert, Cheung, Grandfield, Campey, and Irons (2003), obtaining a similar model with three factors: submission, threat, and devaluation, which explained 66.31% of the variance. The Spanish version of the ELES was comprised of the same number of items as in the original study and showed adequate indices of validity, internal consistency, retest and combined reliability, and invariance by gender. *Conclusions:* The *Early Life Experiences Scale* (ELES) can be a useful measure for evaluating early life experiences. Its application may be very relevant in studying the relationship between these experiences and psychopathological manifestations in constructing explanatory models.

Keywords: life experiences; submission; threat; devaluation; ELES scale; cross validation.

Introducción

Las relaciones tempranas con los padres y su influencia en el desarrollo de psicopatología ha sido objeto de interés desde distintas aproximaciones teóricas. Tradicionalmente se ha puesto el foco en el análisis de las relaciones de apego, basándose en la teoría propuesta por John Bowlby. Partiendo de dicha teoría la creación de lazos emocionales funciona como base del desarrollo evolutivo y sirve de modelo de la conducta social que se mantiene durante toda la vida, reflejándose en el desarrollo biológico, cognitivo, social y emocional del ser humano (Bowlby, 1980). En los últimos años ha crecido el interés por el estudio del vínculo y desarrollo de psicopatología en jóvenes y adultos (Paetzold, Rholes y Kohn, 2015) y se ha analizado, por ejemplo, si el estilo de apego previo al tratamiento se asocia con cambios a nivel clínico y funcional en personas con estados mentales de alto riesgo para la psicosis (Quijada, Kwapił, Tizón, Sheinbaum y Barrantes-Vidal, 2015). Asimismo, entre los trastornos mentales relacionados con la alteración del apego se han establecido: los trastornos de personalidad, trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos por estrés posttraumático, trastornos psicóticos y de la conducta alimentaria (Gumley,

Taylor, Schwannauer y MacBeth, 2014; Wickham, Sitko y Bentall, 2015).

Para Stevens y Price (2000), lo que se ha descrito anteriormente responde a la necesidad básica de apego. Sin embargo, hay otra necesidad básica que tiene que ver con el estatus (respeto o validación) en las relaciones interpersonales que se establece con los cuidadores. Algunos autores parten de la Teoría de Rango Social (Gilbert, 2001a; Gilbert, Allan, Brough, Melley y Miles, 2002), sugiriendo que las relaciones entre cuidadores e hijos se basan en relaciones de poder (dominancia versus sumisión), en las que intervienen las valoraciones que hace la persona sobre su propio rango o estatus (incompetencia versus competencia).

En consecuencia, otra forma de estudiar las experiencias tempranas se basa, no tanto en el sistema de apego moldeado por las experiencias y los comportamientos de los cuidadores, sino en el recuerdo de los sentimientos y comportamientos de la persona objeto de estudio con relación al comportamiento de sus cuidadores. Mientras que la teoría del apego tiende a concentrarse en la necesidad de proximidad y seguridad procedente de las figuras de apego en situaciones difíciles, la teoría del rango social se centra más en el establecimiento de relaciones de control y dominio por parte de los cuidadores (Gilbert et al., 2001), además de valorar la competencia o capacidad del evaluado, ocasionando sentimientos de amenaza (de pérdida de rango) y sumisión en los hijos. Así, los niños que tienen miedo de sus padres y tienen la sensación de estar subordinados pueden adoptar comportamientos defensivos, por ejemplo, comportamiento sumiso. De esta manera, se puede conseguir que cese la hostilidad o el con-

*** Correspondence address [Dirección para correspondencia]:**

Juan Fco. Rodríguez-Testal, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Sevilla. Calle Camilo José Cela s/n, 41018 Sevilla (España). Email: testal@us.es
(Artículo recibido: 17-09-2017; revisado: 18-03-2018; aceptado: 09-04-2018)

trol por parte de los progenitores (Lopes y Pinto-Gouveia, 2013). La conducta sumisa basada en el miedo se asocia a la inhibición del comportamiento asertivo (Gilbert et al., 2002). Por otro lado, los niños que tienden a estar demasiado atentos a las amenazas (en lugar de confiar en los padres como base segura para la regulación emocional) pueden ser más vulnerables a la depresión (Gilbert et al., 2002). Por lo tanto, las experiencias tempranas negativas podrían cultivar estilos de apegos inseguros y dificultades para confiar en los otros (Cruddas, Gilbert y McEwan, 2012), pero lo que sensibiliza a diferentes trastornos, procede de la tensión del rechazo y/o hostilidad por parte de los cuidadores. Esto significa una respuesta defensiva que adopta la persona ante el estrés (al ser forzados a una posición subordinada no deseada), los procesos fisiológicos implicados y sostenidos en el tiempo, y los esquemas de sí mismo y de los otros (ej., verse como inferior) (Gilbert, Cheung, Grandfield, Campey y Irons, 2003).

En suma, los niños pueden crecer en ambientes donde se sienten ansiosos, experimentando respuestas de estrés, estados ansiosos y depresivos y, consecuentemente, desarrollan sesgos atencionales hacia los estímulos amenazantes, ocasionando efectos crónicos por el mantenimiento de las respuestas fisiológicas del estado de ánimo alteradas (Gilbert, 2001b; 2001c). A su vez, esto puede influir en el desarrollo de esquemas sobre sí mismo que se activan en las relaciones interpersonales (por ejemplo, sentirse inferior a los demás puede hacer que se adopten comportamientos basados en la sumisión de forma generalizada). Este estilo basado en la sumisión y subordinación se han relacionado con el desarrollo de la depresión, ansiedad social, vergüenza, rumia cognitiva (Cheung, Gilbert y Irons, 2004; Gilbert, 2000), paranoia (Lopes y Pinto-Gouveia, 2013; Pinto-Gouveia, Matos, Castilho y Xavier, 2014), alucinaciones (Birchwood, Meaden, Trower, Gilbert y Plaistow, 2000), y trastornos de la conducta alimentaria (Cardi, Di Matteo, Gilbert y Treasure, 2014; Duarte et al., 2017).

Más específicamente, la ideación paranoide se ha relacionado directamente con la vergüenza externa, e indirectamente con la relación de la vergüenza interna sobre la sumisión, a partir de experiencias negativas tempranas. En el caso de la depresión, la internalización de las experiencias de vergüenza, amenaza y sumisión en la creencia de que uno no es atractivo a ojos de los demás y de que carece de valía, es lo que hace vulnerable a las personas al trastorno (Pinto-Gouveia et al., 2014). En la depresión unipolar, además de la sumisión y la vergüenza (Cheung et al., 2004), se ha caracterizado la ira inhibida e intrapunitiva, como en la depresión bipolar, siendo específica la ira extrapunitiva en la depresión unipolar (Allan y Gilbert, 2002). En el trastorno bipolar, se ha observado que las variaciones en la evaluación del rango social se relacionan con los cambios del humor (Gilbert, McEwan, Hay, Irons y Cheung, 2007). En los estudios con alucinadores, resulta relevante la subordinación con respecto a las voces en cuanto al inicio y origen de las mismas (Paulik, 2012). En suma, la subordinación como defensa tiene lugar

en la esquizofrenia con las voces, y en la depresión con respecto a los propios pensamientos de autodesprecio (Gilbert et al., 2001).

Se ha destacado el papel de la amenaza y la sumisión, sin embargo, hay otras vivencias relacionadas. Se ha planteado que la vivencia de derrota social (social defeat) y la imposibilidad de huir o escapar (entrapment) son condiciones relacionadas claramente con la anhedonia que caracteriza a la depresión (Gilbert et al., 2002; Gilbert y Allan, 1998), a la esquizofrenia (Gilbert, 2000), y en el caso de personas en riesgo para la psicosis (Valmaggia et al., 2015).

Para poder realizar estudios científicos tratando de evaluar los recuerdos de los sentimientos en torno a la relación con los padres ha sido necesaria la construcción de escalas fiables y válidas. En este sentido, Gilbert desarrolló la escala *Early Life Experiences Scale* (ELES) (Gilbert et al., 2003), que evalúa el recuerdo de la amenaza y la subordinación percibida durante la infancia en las relaciones familiares. Esta herramienta de evaluación puede ser muy útil para el estudio de diferentes manifestaciones psicopatológicas que permitan elaborar modelos explicativos sobre las mismas, para el estudio de la relación de estas experiencias tempranas con la formación del sistema de apego y la emoción expresada, así como los diferentes estados emocionales relacionados. Recientemente ha sido adaptada y validada al portugués para su uso con población adolescente (Pinto-Gouveia, Xavier y Cunha, 2016), validada con estudiantes universitarios en su versión turca (Akin, Uysal y Çitemel, 2013), y algunos estudios han tratado de analizar la relación entre las experiencias de vida tempranas y la autocompasión (Satici, Uysal y Akin, 2015).

Los objetivos del presente estudio son adaptar al español la escala de *Experiencias Vitales Tempranas* (ELES), comprobar la estructura de la escala mediante una validación cruzada, y explorar sus propiedades psicométricas en un instrumento relacionado con la teoría del rango social y los recuerdos de amenaza y subordinación percibida durante la infancia.

La importancia del estudio de la amenaza y de la sumisión es que forma parte de condiciones de vulnerabilidad relevantes a tener en cuenta en el desarrollo y mantenimiento de diferentes alteraciones psicopatológicas, así como claves a seguir durante la intervención relativas a las experiencias tempranas de la persona y la manera de posicionarse y defenderse ante las mismas (Gilbert et al., 2002).

Esperamos encontrar una adecuada validez de constructo a partir del modelo original con una estructura factorial similar a la versión original (Gilbert et al., 2003) compuesta los tres factores: sumisión, amenaza y desvalorización. Del mismo modo, esperamos que estos factores estén asociados de forma significativa a instrumentos que midan componentes de ansiedad, depresión y preocupaciones somáticas obteniendo, por lo tanto, una validez convergente y discriminante significativa, encontrando indicadores de fiabilidad, así como hallar una sensibilidad y especificidad adecuadas para esta escala de experiencias vitales tempranas.

Método

Participantes

La muestra del presente estudio estuvo compuesta por un total de 960 participantes (863 sujetos de población general –PG- y 97 pacientes). Los pacientes procedían de centros de salud mental pública y privada reclutados en el periodo de un año natural. El 62.9% eran mujeres. Las edades oscilaron entre 19 y 65 años ($M = 34.84$; $DT = 11.86$). El índice de clase social promedio (SCI) (Hollingshead, 1975) fue de 37.9 (clase social media) (rangos: 11 – 17, SCI muy alta; 18 – 27, SCI alta; 28 – 43, SCI media; 44 – 60, SCI baja; 61 – 77, SCI muy baja). Los diagnósticos de los participantes pacientes se realizaron por profesionales especializados con más de 20 años de experiencia clínica siguiendo los criterios del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) en formato de entrevista clínica y se categorizaron según los siguientes grupos de diagnósticos generales: trastornos depresivos ($n = 14$), trastornos adaptativos ($n = 6$), trastornos disociativos (n

$= 1$), trastornos de ansiedad ($n = 25$), esquizofrenia y otros trastornos psicóticos ($n = 19$), trastornos de la conducta alimentaria ($n = 3$), trastornos bipolares ($n = 10$), trastornos somatoformes ($n = 11$) y otras categorías del eje I ($n = 8$).

El grupo de PG estuvo compuesto por universitarios reclutados por accesibilidad y participantes no universitarios reclutados mediante el procedimiento de bola de nieve. El 79.1 % fueron mujeres con edades entre 18 y 59 años ($M = 23.03$; $DT = 6.55$). Su SCI promedio fue 54.42 (clase social baja). Se eliminaron de toda la muestra de PG a los sujetos que manifestaron expresamente que presentaban alguna psicopatología en el momento de la evaluación o tomaban medicación. La muestra global se dividió en dos mitades al azar (SPSS versión 22) (mitad 1 = 435 participantes de PG y 45 pacientes; mitad 2 = 428 sujetos de PG y 52 pacientes) para la validación cruzada. Ambos grupos fueron equiparables en género ($\chi^2(960) = 0.597$, $p = .440$), estado civil ($\chi^2(960) = 1.98$, $p = .576$), edad ($t(960) = 0.531$, $p = .093$) y en SCI ($t(228) = .773$, $p = .416$) (ver Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes.

	Muestra total N: 960				Muestra AFE N: 480				Muestra AFC N: 480			
	n	%	M	DT	n	%	M	DT	n	%	M	DT
Género												
Hombre	216	22.5			113	23.5			103	21.5		
Mujer	744	77.5			367	76.5			377	78.5		
Edad			24.22	8.08			24.08	7.83			24.36	8.33
Estado civil												
soltero	844	87.9			427	89.0			417	86.9		
casado/pareja	101	10.5			45	9.4			56	11.7		
viudo												
separado/divorciado	3	0.3			1	0.2			2	0.4		
separado/divorciado	12	1.3			7	1.5			5	1.0		
Índice de clase social			48.19	22.91			46.98	23.29			49.33	22.60
Grupo												
Pacientes	97	10.1			45	9.4			52	10.8		
Controles	863	89.9			435	90.6			428	89.2		

Instrumentos

Escala de Experiencias Vitales Tempranas (Early Life Experiences Scale, ELES) (Gilbert et al., 2003): prueba que evalúa el recuerdo de la amenaza y la subordinación percibida durante la infancia en las relaciones familiares. La escala consta de 15 ítems y contiene tres factores principales: amenaza (ej.: “El ambiente en mi casa podía tornarse amenazante súbitamente y sin motivo aparente”), sumisión (ej.: “Me sentía nervioso/a porque no estaba seguro/a de si mis padres podían enfadarse conmigo”), y desvalorización (ej.: “Me sentía capaz de hacerme valer en mi familia”). Los ítems se valoran en una escala tipo Likert de 1 (completamente falso) a 5 (completamente verdadero). La escala posee adecuada consistencia interna para sus tres factores en el trabajo original: amenaza ($\alpha = .89$), sumisión ($\alpha = .85$) y desvalorización ($\alpha = .71$).

Primera evaluación auto-informada (herramienta desarrollada por

los autores). Identifica el índice de clase social (SCI) (Hollingshead, 1975), enfermedades actuales, antecedentes psicopatológicos, historia y duración de los síntomas, tratamientos psicofarmacológicos y uso de drogas.

Cuestionario de Salud General de Goldberg (General Health Questionnaire, GHQ-28), (Goldberg, 1996). Es una de las abreviaciones de la escala original de Goldberg de 93 ítems para validación española. Prueba de cribado que valora globalmente la salud y disfunción social. Consta de 28 ítems agrupados en 4 subescalas acerca de los síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave. Posee adecuadas propiedades de fiabilidad (test-retest, .90) y validez (sensibilidad entre 44% y 100% y especificidad entre 74% y 93%). Para este trabajo con la muestra global se han utilizado tres subescalas de síntomas: somáticos ($\alpha = .78$), de ansiedad ($\alpha = .82$) y depresivos ($\alpha = .77$).

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Hospital An-

xiety and Depression Scale, HADS) (Zigmond y Snaith, 1983). Cuestionario de 14 ítems para evaluar la sintomatología ansiosa (ítems impares) y depresiva (ítems pares), 7 ítems cada parte, en escala tipo Likert, de 0-3 puntos según los síntomas durante la última semana. La versión española fue realizada por Tejero, Guimera, Farré y Peri (1986), obteniendo una consistencia interna total de $\alpha = .86$, $\alpha = .83$ para la ansiedad y $\alpha = .87$ para la depresión. En el presente trabajo se obtiene una consistencia interna global de $\alpha = .84$, $\alpha = .78$ para la ansiedad y $\alpha = .71$ para la depresión, considerando la muestra completa.

Procedimiento

En primer lugar, para la traducción y adaptación de esta escala se solicitó permiso su autor, Paul Gilbert. La adaptación y traducción al español de la escala ELES fue realizada por expertos bilingües siguiendo el método de traducción inversa y considerando las directrices marcadas por la Comisión Internacional de Test (Muñiz, Elosua y Hambleton, 2013). Los participantes fueron informados de los objetivos del estudio y antes de la aplicación de las pruebas, se les solicitó por escrito el consentimiento informado y se obtuvieron, posteriormente, los datos clínicos y demográficos y se procedió a la administración de los instrumentos de medida. El estudio fue autorizado por el Comité Ético y se garantizaron los principios éticos para investigación en seres humanos propuesto por la Asociación Médica Mundial en la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013).

Los análisis de datos se llevaron a cabo con los programas SPSS 22 y LISREL 8.7. Se realizaron análisis descriptivos de las variables sociodemográficas y comparaciones de medias entre los participantes de los dos grupos formados al azar para realizar la validación cruzada del instrumento ELES. Se realizó un análisis de frecuencia de las respuestas de los ítems de esta escala, de la asimetría y la kurtosis. Se evaluó la consistencia interna de la escala ELES completa y de los tres factores propuestos por Gilbert et al. (2003) para evaluar la idoneidad de la estructura original. Como análisis central para establecer la validez de constructo, en primer lugar se realizó, con la primera mitad de la muestra, un análisis factorial exploratorio (AFE) bajo el método de extracción de máxima verosimilitud robusto (RML) y una rotación Oblimin Directa. La normalidad multivariante se comprobó mediante el test de Mardia. Posteriormente, se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC) utilizando el procedimiento RML y la matriz de covarianza asintótica para probar el modelo hipotetizado con la segunda mitad de la muestra. Para comprobar el ajuste global de los modelos se empleó Chi-cuadrado, índice de ajuste no normalizado (NNFI), índice de bondad de ajuste (GFI), y el índice de ajuste comparativo (CFI), los cuales deben ser $>.90$ (Baumgartner y Homburg, 1996). Además, de esos índices, se calcularon la raíz del error de aproximación cuadrático medio (RMSEA) y su intervalo de confianza (IC) al 90%, que debe ser $<.06$ para un buen ajuste, así como la raíz cuadrática media estandarizada de los

residuos (SRMR), que ha de ser $<.08$ (Hu y Bentler, 1999). Se realizaron AFC multi-grupos para probar la medición de la invarianza de la escala ELES en el género con el software AMOS 22. El ajuste del modelo se evaluó considerando el ΔCFI y $\Delta RMSEA$. La invarianza existe si el Δ en el CFI y RMSEA es bajo (generalmente se acepta $\Delta <.01$, Cheung y Rensvold, 2002).

Para el estudio de la validez convergente se utilizó también el coeficiente de correlación de Pearson entre las puntuaciones del ELES, los factores del GHQ-28 y los factores del HADS. Para la validez discriminante se calculó el intervalo de confianza de las correlaciones entre los factores de la ELES a partir de las covarianzas y el error de éstas (Anderson y Gerbing, 1988). Con el establecimiento de la estructura definitiva de la escala ELES se constató la consistencia interna utilizando el alfa ordinal dada las características del sistema de respuesta (Elosua y Zumbo, 2008), y para la fiabilidad test-retest se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson (r). Se aportaron los indicadores de fiabilidad compuesta (CR), varianza promedio extraída (AVE) y varianza máxima compartida al cuadrado (MSV). Finalmente, se desarrolló el análisis de la curva de característica operativa del receptor (ROC) considerando la significación del área bajo la curva, el intervalo de confianza, y estableciendo la sensibilidad y especificidad para el global de la escala ELES y el criterio paciente/control.

Resultados

Análisis descriptivos de los ítems de la escala ELES

Los valores de asimetría y kurtosis oscilaron entre 0.23 y 2.20 y entre -0.29 y 4.08, respectivamente, siguiendo los factores establecidos en la versión inglesa de la escala. El ítem 13 del factor amenaza fue el que obtuvo mayor asimetría y kurtosis. Estos resultados indican que el ajuste de las puntuaciones de estos factores es adecuado en valor absoluto, ya que los valores son inferiores a 2 en el caso de la asimetría y de 7 para la kurtosis (Curran, West y Finch, 1996).

Validez de constructo

Análisis Factorial Exploratorio del ELES

Se realizó un AFE con la primera mitad de la muestra. El test de Mardia obtuvo un valor de 46.70 ($p <.001$). El análisis paralelo y el autovalor recomendaron una solución de 3 factores. El resultado mostró valores adecuados para las pruebas Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ($KMO = .93$) y el estadístico de Bartlett = 3472.1 ($g^2 = 105$; $p <.001$). Con esta solución se explica un 63.57% de la varianza. Los factores son similares a los obtenidos por Gilbert et al. (2003), por lo que recibieron los mismos nombres que en la versión original de la escala.

En la Tabla 2 se muestra la solución factorial obtenida. El primer factor explicó el mayor porcentaje de varianza

(46.3%), y se corresponde en gran medida con el factor original “sumisión” excepto el ítem 4 que en el original de Gilbert satura en el factor amenaza. En el segundo factor se agrupan todos los ítems del factor original “desvalorización”. En el tercer factor, se agrupan los mismos ítems del factor “amenaza”. Las correlaciones entre los factores oscilaron entre .541 y .607. Los indicadores de bondad de ajuste fueron apropiados (CFI = .983, NNFI = .97, GFI = .99, RMSEA = .072 (95% IC = .068-.080), RMSR = .027 (95% IC = .026-.026).

Tabla 2. Matriz de la estructura del análisis factorial exploratorio.

Items	Factor		
	I	II	III
1. En mi casa, a menudo tenía que ceder ante los demás.	.797		
5. Si yo no hacía lo que los demás querían sentía que sería rechazado/a.	.635		
2. Me sentía nervioso/a porque no estaba seguro/a de si mis padres podían enfadarse conmigo.	.593		
12. A menudo tenía que ir con otros aun cuando no quisiera.	.581		
4. Era poco lo que podía hacer para controlar el enfado de mis padres una vez que ellos se enfadaban.	.519		
3. Rara vez sentí que mis opiniones importaran mucho.	.501		
10. A menudo me he sentido subordinado en mi familia.	.375		
7. Me sentía muy cómodo y relajado con mis padres.		.748	
9. Me sentía un miembro más de mi familia.		.678	
6. Me sentía capaz de hacerme valer en mi familia.		.624	
13. Para evitar sentirme lastimado solía evitar a mis padres.			.798
8. Mis padres podían hacerme daño si no me comportaba de la manera en que ellos querían.			.787
14. El ambiente en mi casa podía convertirse de repente en amenazante sin motivo aparente.			.604
15. Mi experiencia con mis padres fue abrumadora y de poder por parte de ellos.			.594
11. Mis padres ejercieron el control por medio de amenazas y castigos.			.573
FI			
F II	.541		
F III	.607	.566	

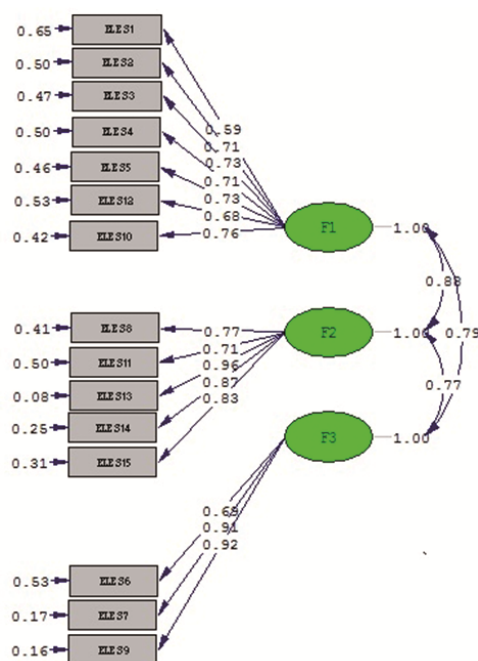
Nota: La parte inferior de la tabla corresponde a las correlaciones entre los factores (FI: sumisión; FII: desvalorización; FIII: amenaza).

Análisis Factorial Confirmatorio del ELES

Para probar la idoneidad de la estructura del AFE, se llevó a cabo un AFC en el segundo grupo de participantes. Los 15 ítems del ELES se ajustaron al modelo con tres factores, obteniendo los siguientes indicadores de bondad de ajuste: Satorra Bentler Scaled $\chi^2(87) = 183.44$, $p < .001$; NNFI = .99, GFI = .88, CFI = .99, RMSEA = .048 (95% IC = .038-

.058), SRMR = .047. Los resultados del modelo definitivo contuvieron el mismo número de ítems que el de Gilbert et al. (2003). El modelo final consistió en 7 ítems para la dimensión “sumisión” (4, 12, 1, 5, 3, 2, 10), 5 ítems para la dimensión “amenaza” (13, 14, 15, 11 y 8) y 3 para “desvalorización” (6,7, 9). El ítem 4 en la escala original de Gilbert se mantuvo en el factor sumisión al no sugerirse ningún cambio en los índices de modificación. En la figura 1 se representa el AFC con los pesos factoriales estandarizados.

Se realizó una prueba de invarianza factorial a través del género. La prueba de invarianza de género mostró que el modelo de invarianza configurado en el género demostró un ajuste aceptable. Los resultados de los análisis de invarianza métrica sugieren que las puntuaciones de los ítems pueden ser comparados de manera significativa por género. La invarianza escalar reveló que cuando se restringen los pesos e intersecciones de los ítems, existe invarianza entre hombres y mujeres. Los hallazgos de esta prueba mostraron que el modelo se ajusta bien a los datos (Tabla 3).



Chi-Square=177.67, df=87, P-value=0.00000, RMSEA=0.047

Figura 1. Modelo resultante del análisis factorial confirmatorio (FI: sumisión; F2: amenaza; F3: desvalorización).

Tabla 3. Estadísticos de bondad de ajuste para la prueba de la medida de invarianza de la escala ELES en el género.

Género	χ^2	gl	CFI	RMSEA (90 % IC)	Δ CFI	Δ RMSEA
Invarianza Configural ¹	621.22	176	.934	.051 [.047, .056]	N/A	N/A
Invarianza Métrica ²	628.79	186	.935	.050 [.046, .054]	.001	.001
Invarianza escalar ³	644.44	201	.935	.048 [.044, .052]	.000	.002

Nota. 1 Modelo sin restricciones; 2 Igualdad de carga del factor; 3 Igualdad de carga del factor, factor varianzas/covarianzas.

Validez convergente del ELES

Para examinar la validez convergente, se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson con otros instrumentos (ver tabla 4). Los tres factores del ELES correlacionaron de forma positiva y estadísticamente significativa con las subescalas del GHQ-28 y con las puntuaciones en las escalas HARS y HRSD. Las correlaciones más elevadas se dieron entre sumisión del ELES y depresión grave del GHQ-28 ($r = .390$) y desvalorización y depresión grave ($r = .371$). Mientras que las correlaciones más bajas fueron amenaza y ansiedad e insomnio del GHQ-28 ($r = .185$) y amenaza y disfunción social del GHQ-28 ($r = .140$).

Validez discriminante del ELES

Dado que los factores de la escala ELES correlacionaron entre sí de manera significativa ($p < .01$): sumisión-amenaza, .718; sumisión-desvalorización, .608; amenaza-desvalorización, .592, se verificó que los tres factores representan constructos diferenciados puesto que los intervalos de confianza no contienen el 1: sumisión-amenaza, .820-.940; sumisión-desvalorización, .710-.830; amenaza-desvalorización, .704-.876.

Tabla 4. Correlaciones entre subescalas del ELES, GHQ-28 y HADS.

	SOM	AN	DS	DEP	HA	HD
SUM	.316**	.306**	.255**	.390**	.352**	.344**
AME	.234**	.185**	.140*	.268**	.300**	.326**
DES	.257**	.252**	.257**	.371**	.329**	.357**

SUM: sumisión; AME: amenaza; DES: desvalorización; SOM: síntomas somáticos; AN: ansiedad e insomnio; DS: disfunción social; DEP: depresión grave; HA: HADS ansiedad; HD: HADS depresión.

** $p < .01$ (dos colas)

* $p < .05$ (dos colas)

Fiabilidad de la escala ELES

La consistencia interna del ELES fue analizada usando el alfa ordinal, cuyo resultado fue: $\alpha = .86$ en el caso de sumisión, $\alpha = .81$ para desvalorización, y $\alpha = .90$ en el caso del factor de amenaza. En cuanto a la estabilidad temporal, se obtuvieron coeficientes de correlación test-retest de .90, con un intervalo temporal de un mes para una muestra de 292 participantes (78.8% mujeres), $M = 21.68$ años de edad ($DT = 4.68$), rango de 18 a 56 años.

En la tabla 5 se muestra a modo de resumen final, los ín-

dices para el estudio de la fiabilidad y validez convergente del instrumento para el modelo compuesto por los tres factores. Encontramos que los valores de la fiabilidad compuesta (CR) de sumisión, amenaza y desvalorización fueron superiores a .7, teniendo, por lo tanto, las tres una adecuada consistencia interna. Por otro lado, la varianza promedio extraída (AVE) fue mayor a .5 para los factores amenaza y desvalorización, siendo en sumisión ligeramente inferior a dicho valor. Obtuvimos, de este modo, una validez convergente adecuada para amenaza y desvalorización, al ser $CR > AVE$, $AVE > .05$. (Fornell y Larcker, 1981).

Tabla 5. Coeficientes de validez y fiabilidad del modelo de tres factores de la escala ELES.

	CR	AVE	MSV	Fiabilidad CR > .7	Validez Convergente CR > AVE, AVE > .5
SUMISIÓN	.846	.440	.693	✓	X
AMENAZA	.873	.580	.692	✓	✓
DESVALORIZACIÓN	.808	.587	.554	✓	✓

Cálculo de la curva ROC

Se llevó a cabo el análisis de la curva de característica operativa del receptor (ROC) para toda la muestra y para el global de la escala ELES, tomando como criterio la condición paciente/control. Los resultados muestran que el área bajo la curva fue de .756 ($p < .0001$), para un intervalo de confianza (IC) de .705-.808, con una sensibilidad del 70% y especificidad del 71% para un punto de corte de 32.5.

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo central adaptar la *Early Life Experiences Scale* (ELES) al español. Se analizó su estructura factorial mediante una validación cruzada, indicadores de validez convergente y discriminante, así como la obtención de indicadores de fiabilidad del instrumento.

En primer lugar, nuestros datos confirman la estructura factorial de la versión inicial de Gilbert et al. (2003) obteniendo un modelo similar compuesto por tres factores: sumisión, amenaza y desvalorización, explicando con esta solu-

ción un 66.31% de la varianza. Los resultados del modelo definitivo estuvieron compuestos por el mismo número de ítems que en el trabajo original. El modelo final consistió en 7 ítems para la dimensión “sumisión”, 5 ítems para la dimensión “amenaza” y 3 para “desvalorización”. En consecuencia, como se predijo, esta replicación de la estructura factorial muestra validez de constructo de la escala ELES para estos tres factores. El análisis de la invarianza mostró que la estructura factorial, la relación entre los ítems y sus factores correspondientes son invariantes a través del género, lo que demuestra que la escala ELES es una medida conceptualmente apropiada que no genera una interpretación sesgada entre hombres y mujeres.

En segundo lugar, respecto a la validez convergente, los resultados obtenidos indican relaciones entre las medidas de depresión y ansiedad, especialmente para los factores de sumisión y desvalorización. También sobresale la relación entre sumisión con la presencia de síntomas somáticos y de desvalorización con la disfunción social, resultados todos ellos coherentes desde el punto de vista teórico. Además, los factores de la escala ELES correlacionaron entre sí aunque se obtuvo validez discriminante.

La versión española de la escala ELES muestra unos índices de consistencia interna, fiabilidad retest y fiabilidad compuesta adecuados como para utilizarla con las garantías semejantes a la versión original. Por último, este instrumento mostró una sensibilidad y especificidad adecuadas, considerando la condición paciente en general, sin diferenciar el tipo de diagnóstico.

Consideramos que este instrumento puede ser muy relevante en el estudio de las experiencias tempranas y su papel en diferentes manifestaciones psicopatológicas. Por ejemplo, el factor amenaza se ha relacionado con el trastorno dismórfico corporal (Veale y Gilbert, 2014), o con la presencia de psicosis (Braehler, Harper y Gilbert, 2012). Se ha descrito que la pérdida de la posición social percibida, la vergüenza, la identidad social negativa y el temor al estigma proporciona una vía para que aparezca ansiedad social en primeros episodios psicóticos (Birchwood et al., 2007). El factor de sumisión se ha asociado con la presencia de psicosis y de depresión (Gilbert et al., 2001; 2002). Se ha explorado la relación entre los sentimientos de vergüenza, el rango social percibido y la rumia en la depresión (Cheung et al., 2004), encontrándose que el rango social y la vergüenza estaban altamente relacionados, que ambos correlacionaban con la rumia y que ésta media parcialmente entre la vergüenza y la depresión.

El factor de sumisión y amenaza se ha asociado también a la paranoia (Pinto-Gouveia et al., 2014), encontrándose que el pensamiento paranoide está íntimamente relacionado con la ansiedad social, en el contexto de interpretaciones de malevolencia y cuando las emociones afiliativas están constreñidas (Gilbert, Boxall, Cheung y Irons, 2005; Mills, Gilbert, Bellew, McEwan y Gale, 2007). Se han hallado diferencias de género en ese sentido, siendo las mujeres las que tendrían puntuaciones más altas en ansiedad social, comportamiento sumiso y bajo poder social (Gilbert et al., 2005).

También se ha observado una asociación entre el comportamiento sumiso y los trastornos de la conducta alimentaria (Cardi et al., 2014), y se ha constatado que las personas con anorexia y bulimia nerviosa aparecen altos niveles de vergüenza interna global, siendo ésta mayor que en pacientes con ansiedad o depresión (Grabhorn, Stenner, Kaufbold, Overbeck y Stangier, 2005).

Finalmente, el factor desvalorización podría jugar un papel relevante en los trastornos de la conducta alimentaria. Se ha descrito que las actitudes hacia la alimentación y la ansiedad por la apariencia se asociaron con valoraciones de inferioridad, sentimientos de inseguridad y miedo a la pérdida en las relaciones interpersonales (Bellew, Gilbert, Mills, McEwan y Gale, 2006). Es posible también que este factor abarque una dimensión más afiliativa o de seguridad emocional (en el sentido de pérdida) y por lo tanto más relacionado con la calidez (Gilbert et al., 2003).

En suma, el estudio de las relaciones interpersonales tempranas con los progenitores puede que requiera de dos enfoques: por un lado, el apego puede tener que ver con un apoyo afiliativo en el que las personas son menos vulnerables o se recuperan con más facilidad de diferentes problemas si el vínculo es seguro (Gilbert et al., 2007). Este enfoque puede tener que ver con el estudio de la necesidad de protección, seguridad, o calma (por tanto con la participación del sistema opioide y la oxitocina). Pero esta perspectiva no está completa sin el estudio de la búsqueda de estatus, respeto y recursos (rango social), donde sobresale la motivación por el logro y la activación (y por tanto relacionado con las monoaminas como la dopamina), pero que ocasiona condiciones de vulnerabilidad cuando se amenaza el estatus o se requieren respuestas defensivas como el comportamiento sumiso (Carvalho et al., 2013). Estas condiciones pueden darse con los progenitores o en diferentes situaciones (ej., acoso, abusos, etc.) (Cardi et al., 2014).

Para concluir podemos afirmar que la versión en español del ELES es un instrumento fiable y válido para evaluar el recuerdo de la amenaza y la subordinación percibida durante la infancia en las relaciones familiares, pudiendo ser de utilidad para elaborar modelos explicativos sobre el estudio de diferentes manifestaciones psicopatológicas. Por otro lado, el análisis de la invarianza de género mostró que la escala ELES se puede usar indistintamente con hombres y mujeres. Este resultado puede permitir analizar cuidadosamente las variables que pueden ser relevantes para el género en términos de las relaciones con los progenitores, por ejemplo, en condiciones de abuso sin el sesgo de género en la propia herramienta de medición. En el futuro resulta de interés ampliar los estudios sobre las experiencias tempranas y los diferentes estados emocionales tratando de establecer modelos de carácter predictivo y de mediación, así como formar parte del proceso de evaluación previa a la aplicación de la *Terapia Centrada en la Compasión* (Gilbert, 2014), utilizada en diversas alteraciones psicológicas.

Este estudio cuenta con algunas limitaciones que hay que tener presentes. En primer lugar, se trata de un estudio de

carácter transversal, sin conllevar, por lo tanto, un periodo de seguimiento posterior de los participantes. Por otro lado, utilizar medidas de autoinforme implica fuentes de error como las tendencias de respuesta, la deseabilidad social o las distorsiones en el recuerdo, ya que cuanto más alejado temporalmente esté la información que se le solicite al participante mayor es la probabilidad de olvido. Además, determinadas alteraciones emocionales, como los estados depresivos o los estados disociativos, podrían conllevar alteraciones y sesgos en el recuerdo. Por lo tanto, al ser la escala ELES una prueba

que evalúa las relaciones familiares incluyendo la percepción de cómo fueron en el pasado sería recomendable incluir medidas de control de las variables que podrían producir una alteración en el recuerdo.

Finalmente, sería de interés poder estudiar las propiedades psicométricas de la escala ELES estableciendo muestras específicas de población clínica más amplias, que permitan realizar un análisis factorial para conocer si la estructura subyacente compuesta por los tres factores permanece en distintos subgrupos de sujetos clínicos.

Referencias

- Akın, A., Uysal, R., & Çitemel, N. (2013). Çocukluk Deneyimleri Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması. [The validity and reliability of Turkish version of the early life experiences scale]. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 21(4), 1541-1550. Retrieved from <http://79.123.169.199/ojs/index.php/Kefdergi/article/viewFile/55/43>
- Allan, S., & Gilbert, P. (2002). Anger and anger expression in relation to perceptions of social rank, entrapment and depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 32(3), 551-565. doi:10.1016/S0191-8869(01)00057-5
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, text revision (DSM-IV-TR)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: a review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin*, 103(3), 411-423. doi: 10.1037/0033-2909.103.3.411
- Baumgartner, H., & Homburg, C. (1996). Applications of structural equation modeling in marketing and consumer research: A review. *International Journal of Research in Marketing*, 13 (2), 139-161. doi:10.1016/0167-8116(95)00038-0
- Bellew, R., Gilbert, P., Mills, A., McEwan, K., & Gale, C. (2006). Eating attitudes and striving to avoid inferiority. *Eating Disorders*, 14(4), 313-322. doi:10.1080/10640260600796242
- Birchwood, M., Meaden, A., Trower, P., Gilbert, P., & Plaistow, J. (2000). The power and omnipotence of voices: Subordination and entrapment by voices and significant others. *Psychological Medicine*, 30(2), 337-344. doi: 10.1017/S0033291799001828
- Birchwood, M., Trower, P., Brunet, K., Gilbert, P., Iqbal, Z., & Jackson, C. (2007). Social anxiety and the shame of psychosis: A study in first episode psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 45(5), 1025-1037. doi:10.1016/j.brat.2006.07.011
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss, sadness and depression (Vol. 3)*. New York: Basic Books.
- Braehler, C., Harper, J., & Gilbert, P. (2012). Compassion Focused Group Therapy for recovery after psychosis. In C. Steel (Ed.), *CBT for Schizophrenia: Evidence-based interventions and future directions* (pp. 236-266). Chichester, West Sussex, UK: John Wiley & Sons.
- Cardi, V., Di Matteo, R., Gilbert, P., & Treasure, J. (2014). Rank perception and self-evaluation in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 47(5), 543-552. doi:10.1002/eat.22261
- Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Pimentel, P., Maia, D., Gilbert, P., & Mota-Pereira, J. (2013). Entrapment and defeat perceptions in depressive symptomatology: through an evolutionary approach. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 76(1), 53-67. doi:10.1521/psyc.2013.76.1.53
- Cheung, M. S. P., Gilbert, P., & Irons, C. (2004). An exploration of shame, social rank and rumination in relation to depression. *Personality and Individual Differences*, 36(5), 1143-1153. doi:10.1016/S0191-8869(03)00206-X
- Cheung, G.W., & Rensvold, R.B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling*, 9(2), 233-255. doi:10.1207/s15328007sem0902_5
- Cruddas, S., Gilbert, P., & McEwan, K. (2012). The relationship between self-concealment and disclosure, early experiences, attachment, and social comparison. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(1), 28-37. doi:10.1521/ijct.2012.5.1.28
- Curran, P. J., West, S. G., & Finch, J. F. (1996). The Robustness of Test Statistics to Nonnormality and Specification Error in Confirmatory Factor Analysis. *Psychological Methods*, 1(1), 16-29.
- Duarte, C., Matos, M., Stubbs, R. J., Gale, C., Morris, L., Gouveia, J. P., & Gilbert, P. (2017). The impact of shame, self-criticism and social rank on eating behaviours in overweight and obese women participating in a weight management programme. *PLoS ONE*, 12(1), e0167571. doi:10.1371/journal.pone.0167571
- Elosua, P., & Zumbo, B. D. (2008). Reliability coefficients for ordinal response scales. *Psicothema*, 20(4), 896-901.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39-50. doi:10.2307/3151312
- Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 7(3), 174-189. doi:10.1002/1099-0879(200007)7:3%3C174::AID-CPP236%3E3.0.CO;2-U
- Gilbert, P. (2001a). Evolution and social anxiety: The role of attraction, social competition, and social hierarchies. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(4), 723-751. doi: 10.1016/S0193-953X(05)70260-4
- Gilbert, P. (2001b). Evolutionary approaches to psychopathology: The role of natural defences. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(1), 17-27. doi: 10.1046/j.1440-1614.2001.00856.x
- Gilbert, P. (2001c). Depression and stress: A biopsychosocial exploration of evolved functions and mechanisms. *Stress*, 4(2), 121-135. doi: 10.3109/10253890109115726
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41. doi: 10.1111/bjc.12043
- Gilbert, P., & Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*, 28(3), 585-598. doi: 10.1017/S0033291798006710
- Gilbert, P., Allan, S., Brough, S., Melley, S., & Miles, J. N. V. (2002). Relationship of anhedonia and anxiety to social rank, defeat and entrapment. *Journal of Affective Disorders*, 71(1-3), 141-151. doi:10.1016/S0165-0327(01)00392-5
- Gilbert, P., Birchwood, M., Gilbert, J., Trower, P., Hay, J., Murray, B.,... Miles, J.N.V. (2001). An exploration of evolved mental mechanisms for dominant and subordinate behaviour in relation to auditory hallucinations in schizophrenia and critical thoughts in depression. *Psychological Medicine*, 31(6), 1117-1127. doi: 10.1017/S0033291701004093
- Gilbert, P., Boxall, M., Cheung, M., & Irons, C. (2005). The relation of paranoid ideation and social anxiety in a mixed clinical population. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(2), 124-133. doi:10.1002/cpp.438
- Gilbert, P., Cheung, M. S.-P., Grandfield, T., Campey, F., & Irons, C. (2003). Recall of threat and submissiveness in childhood: development of a new scale and its relationship with depression, social comparison and shame. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(2), 108-115. doi:10.1002/cpp.359
- Gilbert, P., McEwan, K., Hay, J., Irons, C., & Cheung, M. (2007). Social rank and attachment in people with a bipolar disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14(1), 48-53. doi:10.1002/cpp.508

- Goldberg, D.P. (1996). *Goldberg General Health Questionnaire*. Barcelona: Masson.
- Grabhorn, R., Stenner, H., Kaufbold, J., Overbeck, G., & Stangier, U. (2005). [Shame and social anxiety in anorexia and bulimia nervosa]. *Zeitschrift Für Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 51(2), 179–193.
- Gumley, A. I., Taylor, H. E. F., Schwannauer, M., & MacBeth, A. (2014). A systematic review of attachment and psychosis: Measurement, construct validity and outcomes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129(4), 257–274. doi:10.1111/acps.12172
- Hollingshead, A. A. (1975). *Five Factor Index of Social Position*. New Haven, CT: Unpublished manuscript, Yale University.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1–55. doi:10.1080/10705519909540118
- Lopes, B., & Pinto-Gouveia, J. (2013). The relationship between childhood experiences of submissiveness, external shame and paranoia in a portuguese student sample. *Progress in Psychology*, 1(1), 1–10. Retrieved from <https://www.dora.dmu.ac.uk/bitstream/handle/2086/9820/PP011%E2%80%9494%E2%80%9494.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mills, A., Gilbert, P., Bellew, R., McEwan, K., & Gale, C. (2007). Paranoid beliefs and self-criticism in students. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14(5), 358–364. doi:10.1002/cpp.537
- Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151–157. doi:10.7334/psicothema2013.24
- Paetzold, R. L., Rholes, W. S., & Kohn, J. L. (2015). Disorganized attachment in adulthood: Theory, measurement, and implications for romantic relationships. *Review of General Psychology*, 19(2), 146–156. doi:10.1037/gpr0000042
- Paulik, G. (2012). The role of social schema in the experience of auditory hallucinations: A systematic review and a proposal for the inclusion of social schema in a cognitive behavioural model of voice hearing. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19(6), 459–472. doi:10.1002/cpp.768
- Pinto-Gouveia, J., Matos, M., Castilho, P., & Xavier, A. (2014). Differences between depression and paranoia: The role of emotional memories, shame and subordination. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21(1), 49–61. doi:10.1002/cpp.1818
- Pinto-Gouveia, J., Xavier, A., & Cunha, M. (2016). Assessing early memories of threat and subordination: Confirmatory Factor Analysis of the Early Life Experiences Scale for adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 25(1), 54–64. doi:10.1007/s10826-015-0202-y
- Quijada, Y., Kwapil, T. R., Tizón, J., Sheinbaum, T., & Barrantes-Vidal, N. (2015). Impact of attachment style on the 1-year outcome of persons with an at-risk mental state for psychosis. *Psychiatry Research*, 228(3), 849–856. doi:10.1016/j.psychres.2015.05.013
- Satici, S. A., Uysal, R., & Akin, A. (2015). Early life experiences and self-compassion: A structural equation modelling. *Estudios de Psicología*, 36(2), 343–365. doi:10.1080/02109395.2015.1026123
- Stevens, A., & Price, J. (2000). *Evolutionary Psychiatry. A new beginning* (2nd ed.). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge, Taylor & Francis Group.
- Tejero, A., Guimera, E., Farré J. M., & Peri, J.M. (1986). Uso clínico del HADS (Hospital Anxiety and Depresión Scale) en población psiquiátrica: un estudio de sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista Del Departamento de Psiquiatría Facultad de Medicina de Barcelona*, 12, 233–238.
- Valmaggia, L. R., Day, F., Garety, P., Freeman, D., Antley, A., Slater, M., ... McGuire, P. (2015). Social defeat predicts paranoid appraisals in people at high risk for psychosis. *Schizophrenia Research*, 168(1-2), 16–22. doi:10.1016/j.schres.2015.07.050
- Veale, D., & Gilbert, P. (2014). Body dysmorphic disorder: The functional and evolutionary context in phenomenology and a compassionate mind. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 150–160. doi:10.1016/j.jocrd.2013.11.005
- Wickham, S., Sitko, K., & Bentall, R.P. (2015). Insecure attachment is associated with paranoia but not hallucinations in psychotic patients: The mediating role of negative self-esteem. *Psychological Medicine*, 45(7), 1495–1507. doi:10.1017/S0033291714002633
- World Medical Association (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. doi: 10.1001/jama.2013.281053
- Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x