

Adaptación y validación de un instrumento para el estudio de la ética relacional y análisis de su vinculación con la diferenciación del self

Mercè Rived Ocaña

<http://hdl.handle.net/10803/672172>

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

TESIS DOCTORAL

Título	Adaptación y validación de un instrumento para el estudio de la ética relacional y análisis de su vinculación con la diferenciación del self
Realizada por	Mercè Rived Ocaña
en el Centro	Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte Blanquerna
y en el Departamento	Psicología
Dirigida por	Dr. Lluís Botella Garcia del Cid Dr. Martiño Rodríguez González

TESIS DOCTORAL

Adaptación y Validación de un Instrumento para el Estudio de la Ética Relacional y Análisis de su Vinculación con la Diferenciación del Self.

DOCTORAL DISSERTATION

Adaptation and Validation of an Instrument for the Study of Relational Ethics and Analysis of its Connection with Differentiation of Self.

*No sé si te lo he dicho:
Mi madre es pequeña
y tiene que ponerse de puntillas
para besarme.
Hace años yo me empinaba,
supongo, para robarle un beso.
Nos hemos pasado la vida estirándonos y agachándonos
para buscar la medida exacta
donde poder querernos.*

*I wonder if I've told you:
My mother is rather small
And has to stand on tiptoe
To give a kiss to me.
Years ago, I'd strain all I could
To snatch a kiss from her, I guess.
We've spent our lives stretching and stooping
To find the right height
Where one another we can love.*

Begoña Abad

*Atrapados por viejas angustias dicen cosas que no son pertinentes,
hacen cosas indebidas, no saben enfrentarse a las situaciones y
soportan terribles sentimientos que no tienen que ver con el presente.*

*In the grip of an old distress, they say things that are not pertinent,
they do things that don't work, they don't know how to cope with the situation,
and endure terrible feelings that have nothing to do with the present.*

Harvey Jackins

*Y, sobre todo, sé fiel a ti mismo,
pues de ello se sigue, como el día a la noche, que no podrás ser falso con nadie.*

*This above all: to thine own self be true,
And it must follow, as the night the day,
Thou canst not then be false to any man.*

Polonio a su hijo/ to his son Laertes, en/by *Hamlet* de William Shakespeare

AGRADECIMIENTOS [ACKNOWLEDGMENTS]

Esta tesis doctoral va més allà de un largo, dilatado, intenso, complejo, exhausto, atrayente y extraordinario proceso de investigación. Es y ha sido, además, pero sobretodo, la peregrinación hacia un conocimiento interior que me ha llevado a una de las mas valiosas comprensiones que poseo en mi vida; que lo Extraordinario reside en el *camino hacia* y no en la obtención o posesión de nada.

Por esta comprensión debo agradecer a todas aquellas personas que me han acompañado en este viaje. Tanto a los que estuvieron en algún momento, como a los que han estado siempre, como también a los que se fueron, pero aún están.

De más lejos en el tiempo a más cerca, sin implicar que unos estén más lejos o más cerca, sino en diferentes ángulos y recodos de mi.

Als meus avantpassats que no vaig conèixer però estan en mi.

A les meves àvies, Yeyona i Paca per ensenyar-me com continuar endavant malgrat les contrarietats i dificultats. Per la valentia, la disciplina i la perseverança.

A mis abuelos, Juan y Antonio porque su sufrimiento y destino ha sido un legado del que aprender.

Al meu pare i a la meva mare, el Pere i la Carme. Per ser qui son i com son. Per ser la millor mare i el millor pare que hagués pogut mai tenir. Per mirar-me sempre amb bons ulls i estimar-me i recolzar-me incondicionalment simplement perquè SOC, independent del que faci o com ho faci.

A la meva germana, M'Angels, per SER-HO. Al Rodrigo, petit mestre d'ulls blaus que tanta alegria has donat a casa quan has vingut. Per fer-me tieta i fer-ho sempre tot fàcil i divertit. A l'Ihor, per contribuir molt amablement i fins on calgui amb la logística familiar.

Al Samuel, per tenir una brillant idea, per ser el millor company de camí i per haver-me donat el millor regal de la meva vida. Per deixar-ho tot, venir i cuidar de la Nawal als Països Baixos. Per tots els dinars, sopars i tots els plats rentats. Perquè només tu saps del cert com de difícil ha estat. Perquè ho hem aconseguit plegats. Per respectar que gastés un temps que era per nosaltres.

A la Nawal, una petita gran fada feta realitat que rabosa vida i alegria. Que m'ha portat infusions i berenars i m'ha animat mentre treballava. Que ha tingut la paciència d'esperar respectuosament els moments on jo podia donar. Gràcies per veure i viure la vida genuïnament, espontàniament i recordar-me el que és important. Gràcies per no reclamar-me el temps que era per tu.

A la meva família extensa, per animar-me i creure en que ho podia fer.

A la Sònia Moreno, Mònica Romero, Anna Estruga i Dolors Rius per estimar-me com ho fan, unes autèntiques germanes. A la Cristina Martínez per fer-me riure com ningú. A la Pilar Puyané, per ser més persona que metge i per mostrar-me la importància de saber ser abans que saber fer.

A la Laura Sala, perquè sabies que ho aconseguiria i si estiguessis aquí series de les que més se'n alegraria.

Al Vicente Holgado, Eduardo Valera, Roberto Salvador, Francisco Oliveros, Rosa Benet, Xavi Fornés, Yolanda Pérez, Cesc Vázquez, Rafa Andrade, Albert Gay, Sergio Hernández, Amanda Lopez, Sandruki, Josefina Klump, Víctor Canario, Marc Morera, Teresa de Santa Cruz, per nodrir incansablement i amb tanta veritat la nostra llarga amistat. A la Tribu, las Pepis, per tots els moments compartits que omplien de benestar i recarregaven piles. A la Laura Pujol, per recolzar la logística familiar com ho ha fet, per interessar-se i escoltar genuïnament. A la Lorena, Neuzen, Anna Ferré i a la Susana Herzog per no perdre les ganes de veure'm malgrat hagi aparegut tan poc.

A la Carme Salvador i el Manel Martínez, per deixar-nos la seva casa a Menorca perquè pugues escriure la discussió.

Al Fran Calvo, per recolzar-me com ho ha fet.

Al Tu7, per ser exigent i dir la veritat.

To Molly Mall, Gracia Standfield, Eric Standfield, Jeff Caplan, Noa Levin, Joseph Yos Tany, Trevor Nugent, Alvin Lander, for being my guardian angels when I was living, studying, and working away from home.

A la Mercè Oriol, la Sawako, la Pilar, la Sarah, l'Ariadna, per cuidar-me físicament.

A la natura, als boscos del costat de casa, per deixar que trepitges tant fort quan

necessitava respirar, per inspirar-me la reflexió i permetre escriure mentre caminava. Als gaigs, pits roigs, merles, mallerengues i puputs que venien al jardí i feien que el dia tornés a començar.

A Menorca, la isla de los 5 faros. A todo el equipo, a mis compañeras, a las personas que asistían diariamente en pro de su recuperación. A Emma Millán por inspirarme a hacer psicología y por las largas conversaciones en el despacho. A Charo por cuidarme como lo hizo mientras viví allí.

To Ralph Quinn, professor at the University of Santa Cruz, California, for transforming my view of human beings and the world of caring, and for triggering my curiosity about transpersonal and transgenerational psychology. A Pedro Yscadar y Marcela Hernando, los mejores psicoterapeutas que he conocido, por dejarme con la boca entreabierta, y enseñarme todo lo que sé de psicoterapia.

A les companyes i companys de l'EUIT. Especialment al Raul Vernet i l'Helena Roig per ser companys de neguit, a l'Inda Zango pels seus ànims incansables i les cançons enviades, a la Jessica Garrido per fer-nos-ho fàcil i lleuger. A la Pascale Pérez, per recordar-me el que és important, a la Cristina Rodríguez, pel seu suport respectuós. A la Lluïsa Masó per donar-me els millors bons dies i a la Meritxell Pujol per compartir tertúlia. A la Maria Àngels Pujols, per tota l'amabilitat donada mentre m'ajudava amb els gestors bibliogràfics. A la Silvia Sanz, per convencerme que el buen pastel necesita de cocción lenta.

A tots els equips i totes les persones que van fer possible i fàcil la recollida de dades i a la direcció de diferents serveis i institucions que han autoritzat i facilitat les investigacions. Especialment a la Montse Comellas, directora de l'escola universitària d'infermeria i teràpia ocupacional, a la Silvia Ramos, terapeuta ocupacional de la unitat d'aguts de Mútua de Terrassa, a la Merche Nivelá, terapeuta ocupacional del servei de rehabilitació comunitària de Terrassa, a la Maite Sanz i tot l'equip del Centre de Salut Mental Adults i de l'hospital de dia del Consorci Sanitari de Terrassa, a tot l'equip de rehabilitació comunitària de Rubí, als professionals de les diverses unitats de les Germanes Hospitalàries de Martorell.

Gràcies a totes les persones que desinteressadament i sense que ens coneguéssim varen regalar i dedicar un valuós temps de la seva vida a contestar els qüestionaris. Especialment vull agrair a totes les que els varen contestar mentre estaven ingressades a les unitats de psiquiatria, mentre assitien als hospitals de dia o serveis

de rehabilitació comunitària o mentre esperaven a la sala d'espera del centre de salut mental per ser ateses. La majoria, en una situació de forta vulnerabilitat es van atrevir a contestar preguntes que reactivaven memòries de dolor i dificultat. Amb llàgrimes als ulls i empassant-se la saliva, continuaven endavant.

I wish to thank all the people who are a part of the Institute Contextual Approach of the Christian University for Applied Sciences in the Netherlands, for welcoming me the way you did and for helping me obtain the international PhD mention; for being available before and after; for transmitting the true legacy of Ivan Boszormenyi Nagy and for teaching it to me. I thank Hanneke Meulink Korf for opening the doors of her intellect and home to me the way she did. My deepest gratitude goes to Catherine Ducommun Nagy, for making it very difficult at first and very easy in the end; for demanding that I gain the insight contextual therapy deserves. I thank Sandra for offering me a homey place to stay and for all her help during my stay in the Netherlands.

Thanks to Tatiana Glevoba for being available and for her time.

I thank Maria Schweer-Collins and Maria Calatrava for making magic out of numbers, for patiently and most kindly answering each of my questions.

Gràcies al Ferran Sayerza per la disponibilitat i l'atenció al detall.

Gracias a Jordan y Carmen Almeida, porque con vosotras, el inglés era una excusa para un lindo y agradable compartir.

Gràcies al Jordi Segura, per estar disponible i oferir suport sempre que li he demanat.

I les gràcies més profundes per els dos directors que m'han acompanyat en aquesta peregrinació: el Dr. Lluís Botella i el Dr. Martiño Rodríguez.

Gràcies Lluís per estar disponible, per les converses compartides, pel recolzament ofert i per tots els esborranys revisats i recomanacions donades.

Gracias Martiño, aunque decirte gracias me parece realmente pobre e insignificante ante todo el tiempo que me has dedicado, el conocimiento que me has entregado y la humanidad que has compartido.

*Un viaje de mil millas comienza con el primer paso.
A journey of a thousand li starts beneath one's feet.*

Lao-Tsé

ÍNDICE GENERAL [TABLE OF CONTENTS]

ÍNDICE GENERAL [TABLE OF CONTENTS]
Contenidos [Contents]

Índice de tablas [List of tables]	xix
Índice de figuras [List of figures]	xxi
Resum i paraules clau (Català)	xxv
Resumen y palabras clave (Castellano)	xxvii
Abstract (English)	xxix
Actividad investigadora derivada del proyecto de tesis doctoral [Research activity derived from the doctoral dissertation project]	xxxii

PRIMERA PARTE: FUNDAMENTOS TEÓRICOS

CAPÍTULO 1. LA TERAPIA CONTEXTUAL DE BOSZORMENYI-NAGY	1
1.1. LA TERAPIA CONTEXTUAL: ANTECEDENTES, ORIGEN, DESARROLLO Y SITUACIÓN ACTUAL	3
1.2. ASPECTOS CENTRALES: LAS CINCO DIMENSIONES	11
1.3. INVESTIGACIÓN EN TERAPIA CONTEXTUAL	24
CAPÍTULO 2. ÉTICA RELACIONAL	29
2.1. RECONSTRUCCIÓN DE LA TEORÍA CONTEXTUAL: ENTENDER LA ÉTICA RELACIONAL	31
2.2. AXIOMA: INTERDEPENDENCIA DE LOS SERES HUMANOS	33
2.3. ANTROPOLOGÍA CONTEXTUAL	34
2.4. PATOLOGÍA CONTEXTUAL	55
2.5. METODOLOGÍA CONTEXTUAL	71
2.6. INVESTIGACIÓN EN ÉTICA RELACIONAL	85
2.7. RESUMEN Y REFLEXIÓN FINAL	91
CAPÍTULO 3. TEORÍA FAMILIAR SISTÉMICA DE BOWEN	93
3.1. ORIGEN, DESARROLLO Y SITUACIÓN ACTUAL	94
3.2. LA TEORÍA DE LOS SISTEMAS FAMILIARES DE BOWEN: ASPECTOS CENTRALES	98
3.3. APOYO EMPÍRICO A LA TEORÍA DE BOWEN	103

CAPÍTULO 4. DIFERENCIACIÓN DEL SELF	105
4.1. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL: ANÁLISIS Y REFLEXIÓN TEÓRICA	106
4.2. DIFERENCIACIÓN DEL SELF: EFECTOS, IMPLICACIONES, Y VINCULACIONES CON OTRAS VARIABLES	118
4.3. INVESTIGACIÓN EN DIFERENCIACIÓN DEL SELF: PRINCIPALES ESTUDIOS E INSTRUMENTOS DESARROLLADOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DIFERENCIACIÓN	128
4.4. LA MEDICIÓN DE LA DIFERENCIACIÓN DEL SELF	144
4.5. RESUMEN Y REFLEXIÓN FINAL	154
SECOND PART: EMPIRICAL APPLICATION. STUDY 1 & STUDY 2	155
A. INTRODUCTION AND JUSTIFICATION OF THE EMPIRICAL STUDIES	157
B. OBJECTIVES & HYPOTHESES	158
C. ETHICAL CONSIDERATIONS	161
CHAPTER 5. STUDY 1	165
5.1. THE CURRENT STUDY	167
5.2. METHODS	168
5.2.1. Sample and Recruitment	168
5.2.2. Measures	169
5.2.3. Procedures	171
5.2.4. Analysis plan	174
5.3. RESULTS	175
5.3.1. Exploratory Factor Analysis	175
5.3.2. Confirmatory Factory Analysis	179
5.3.3. Convergent and Discriminant Validity	183
5.4. DISCUSSION	185
5.5. CONCLUSIONS	193
CHAPTER 6. STUDY 2	195
6.1. THE CURRENT STUDY	197
6.2. METHODS	198
6.2.1. Design of the Study	198
6.2.2. Sample and Recruitment	199
6.2.3. Measures	204
6.2.4. Procedures	207
6.2.5. Analyses	211
6.3. RESULTS	213
6.4. DISCUSSION	229
6.5. CONCLUSIONS	263

CAPÍTULO 7. REFERENCIAS [CHAPTER 7. REFERENCES]

Referencias [References]	281
--------------------------------	-----

CAPÍTULO 8. ANEXOS [CHAPTER 8. ANNEXES] 323

ANEXO [Annex] A. Autorización firmada por la directora de la universidad. [Sample letter addressed to university directors and signed authorization.]	325
---	-----

ANEXO [Annex] B. Cuestionario sociodemográfico. [Ad hoc sociodemographic questionnaire.]	329
--	-----

ANEXO [Annex] C. Relational Ethics Scale (RES; Hargrave et al., 1991)	333
---	-----

ANEXO [Annex] D. Spanish Differentiation of Self Inventory (S-DSI; Rodríguez-González et al., 2015)	339
---	-----

ANEXO [Annex] E. Spanish Relational Ethics Scale (S-RES; Rived-Ocaña et al., 2020).	343
---	-----

ANEXO [Annex] F. Aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica del (1) Hospital Universitario Mutua de Terrassa, (2) Hospital-Consorcio Sanitario de Terrassa, (3) Unidades de Psicología y Psiquiatría de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús. [Approval from Ethical Committee of Clinical Research of Health Care Services and Psychology and Psychiatry Units.]	349
--	-----

ANEXO [Annex] G. Cuestionario sociodemográfico. [Ad-hoc Questionnaire to Collect Sociodemographic Data.]	355
--	-----

ANEXO [Annex] H. Variables analizadas, así como los criterios aplicados para realizarlas. [Variables analyzed as well as the criteria applied to perform them.]	359
---	-----

 ÍNDICE DE TABLAS [LIST OF TABLES]
PARTE I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Tabla 1. <i>Otros Instrumentos que miden constructos relacionados con la ética relacional</i>	90
Tabla 2. <i>Instrumentos para evaluar la diferenciación del self</i>	146

PART II: EMPIRICAL APPLICATION**STUDY 1**

Table 1. <i>Item Level Descriptives in the EFA Sample</i>	176
Table 2. <i>Removed Original RES Items</i>	178
Table 3. <i>Parallel Analysis of the S-RES EFA Sample</i>	178
Table 4. <i>Communality and Factor Loadings for the Three-Factor Solution of the RES EFA Sample</i>	179
Table 5. <i>Confirmatory Factory Analysis Fit Indices</i>	181
Table 6. <i>Bivariate Correlations Among the Domains of S-RES and S-DSI</i>	183

STUDY 2

Table 1. <i>Sociodemographic Characteristics of the two Study Groups</i>	214
Table 2. <i>Comparison of S-DSI Items scores Between the two Groups</i>	215
Table 3. <i>Comparison of S-RES Items Scores Between the two Groups</i>	217
Table 4. <i>Comparison of S-DSI and S-RES Scores Between the two Groups</i>	218
Table 5. <i>Correlations Between S-DSI and S-RES Scores in Clinical Group ..</i>	219
Table 6. <i>Correlations Between S-DSI and S-RES Scores in Non-Clinical Group</i>	220
Table 7. <i>Correlations Between S-DSI Scores and Demographic Characteristics</i>	220
Table 8. <i>Correlation Between S-RES Scores and Demographic Characteristics</i>	221
Table 9. <i>Multiple Regression Analysis with S-DSI-ER as Dependent Variable and Demographic and S-RES Domains as Predictors</i>	222
Table 10. <i>Multiple Regression Analysis with S-DSI-EC as Dependent Variable and Demographic and S-RES Domains as Predictors</i>	222
Table 11. <i>Multiple Regression Analysis with S-DSI total as Dependent Variable and Demographic and S-RES Domains as Predictors</i>	223
Table 12. <i>The Distribution of S-DSI and S-RES Scores of Clinical Sample According to Sex</i>	224
Table 13. <i>The Distribution of S-DSI and S-RES Scores of Clinical Sample According to Age</i>	224

Table 14. <i>The Distribution of S-DSI and S-RES Scores of Clinical Sample According to Current Partner</i>	225
Table 15. <i>The Distribution of S-DSI and S-RES Scores of Clinical Sample According to Have Children</i>	225
Table 16. <i>The Distribution of S-DSI and S-RES Scores of Non-clinical Sample According to Sex</i>	226
Table 17. <i>The Distribution of S-DSI and S-RES Scores of Non-Clinical Sample According to Age</i>	227
Table 18. <i>The Distribution of S-DSI and S-RES Scores of Non-Clinical Sample According to Current Partner</i>	227
Table 19. <i>The Distribution of S-DSI and S-RES Scores of Non-clinical Sample According to Have Children</i>	228
Table 20. <i>Variables associated with Going to a Mental Health Centre for treatment</i>	229

 ÍNDICE DE FIGURAS [LIST OF FIGURES]
PARTE I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Figura 1. <i>Las cuatro dimensiones de la Realidad Relacional</i>	15
Figura 2. <i>Esquema de los elementos centrales de la teoría y terapia contextual</i>	32
Figura 3. <i>Esquema de la dinámica de elementos centrales de la teoría contextual que fomentan la individuación</i>	69
Figura 4. <i>Esquema de la dinámica de elementos centrales en teoría contextual que obstaculizan la individuación</i>	70

PART II: EMPIRICAL APPLICATION**STUDY 1**

Figure 1. <i>Confirmatory factor analysis of a three-factor Spanish Relationship Ethics Scale with standardized factor loadings and squared-multiple correlations for each item</i>	180
Figure 2. <i>Confirmatory factor analysis of the two-factor Spanish Relationship Ethics Scale with standardized factor loadings and squared-multiple correlations for each item</i>	182

STUDY 2

Figure 1. <i>Inclusion and exclusion criteria</i>	200
Figure 2. <i>Collecting procedure for non-clinical population</i>	202
Figure 3. <i>Collecting procedure for clinical population</i>	203
Figure 4. <i>Interrelations of the main concepts presented</i>	256

TÍTOL, RESUM I PARAULES CLAU

TÍTULO, RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

ABSTRACT

TÍTOL: Adaptació i Validació d'un instrument per a l'Estudi de l'Ètica Relacional i Anàlisi de la seva Vinculació amb la Diferenciació del Self.

RESUM: L'ètica relacional, constructe distintiu i principal de la teràpia contextual, fa referència a una ètica de la cura i de la responsabilitat que hi ha entre les persones i que consisteix a reconèixer i assumir la responsabilitat d'examinar el que s'ha rebut i el que s'ha donat (fer un balanç entre els drets i les obligacions recíproques), i en comprometre's a mantenir l'equitat d'acord amb la naturalesa de la relació. Inclou els conceptes de confiança, lleialtat i dret; i la justícia funciona com la seva potència reguladora.

La diferenciació del self, constructe central de la teoria familiar sistèmica de Murray Bowen, és un tret que involucra capacitats intrapersonals (moderar la influència de les emocions en el funcionament cognitiu) i interpersonals (equilibrar les forces de separació-intimitat / autonomia i unió-vinculació) i la viabilitat per equilibrar-les.

Aquesta tesi doctoral s'estructura al voltant de dos objectius generals: el primer, traduir i adaptar per a la població espanyola la *Relational Ethics Scale (RES)*, i el segon, analitzar la relació entre ètica relacional i diferenciació del self (utilitzant l'adaptació a l'espanyol del *Differentiation of Self Inventory-Revised (S-DSI)*) en poblacions clíniques i no clíniques i comparar els resultats obtinguts. Per aconseguir aquests objectius, i després d'haver desenvolupat un treball de revisió de la literatura científica i reflexió teòrica, es va estructurar la tesi en dos estudis. El primer, dut a terme amb una mostra total de 1181 participants, consisteix en la traducció, adaptació i validació d'un instrument de mesura, obtenint la S-RES (*Spanish-Relational Ethics Scale*). El segon, realitzat amb una mostra no clínica de 1230 subjectes i una altra clínica de 241 subjectes, analitza les connexions que hi ha entre ètica relacional, diferenciació del self i determinades variables sociodemogràfiques.

Gràcies a aquesta investigació, per un costat, és possible comptar amb un instrument psicomètricament vàlid en l'idioma espanyol per mesurar el nivell d'ètica relacional i per l'altre, s'han obtingut resultats empírics que suggereixen que l'ètica relacional i la diferenciació del self estan altament interconnectades i vinculades amb la salut i amb l'assoliment d'una individuació madura. Partint d'aquesta reflexió i resultats, s'ofereixen algunes orientacions per a la pràctica clínica llur aplicació podria afavorir la salut, la qualitat de vida de les persones i el benestar, individual i relacional.

PARAULES CLAU: teràpia contextual, teràpia familiar sistèmica de Bowen, ètica relacional, diferenciació del self, validació psicomètrica, individuació, salut mental, salut.

TÍTULO: Adaptación y Validación de un Instrumento para el Estudio de la Ética Relacional y Análisis de su Vinculación con la Diferenciación del Self.

RESUMEN: La ética relacional, constructo distintivo y principal de la terapia contextual, hace referencia a una ética del cuidado y de la responsabilidad que existe entre las personas y que consiste en reconocer y asumir la responsabilidad de examinar lo que se ha recibido y lo que se ha dado (hacer un balance entre los derechos y las obligaciones recíprocas), y en comprometerse a mantener la equidad de acuerdo con la naturaleza de la relación. Incluye los conceptos de confianza, lealtad y derecho; y la justicia funciona como su potencia reguladora.

La diferenciación del self, constructo central en la teoría familiar sistémica de Murray Bowen, es un rasgo que involucra capacidades intrapersonales (moderar la influencia de la emocionalidad en el funcionamiento cognitivo) e interpersonales (equilibrar las fuerzas de separación-intimidación/autonomía y unión-vinculación) y la viabilidad para balancearlas.

Esta tesis doctoral se estructura en torno a dos objetivos generales: el primero, traducir y adaptar para la población española la *Relational Ethics Scale (RES)*, y el segundo, analizar la relación entre ética relacional y diferenciación del self (utilizando la adaptación al español del *Differentiation of Self Inventory-Revised (S-DSI)*) en poblaciones clínicas y no clínicas y comparar los resultados obtenidos. Para lograr estos objetivos, y después de haber desarrollado un trabajo de revisión de la literatura científica y reflexión teórica, se estructuró la tesis en dos estudios. El primero, llevado a cabo con una muestra total de 1181 participantes, consiste en la traducción, adaptación y validación de un instrumento de medida, obteniendo la S-RES (*Spanish-Relational Ethics Scale*). El segundo, realizado con una muestra no clínica de 1230 sujetos y por otra clínica de 241 sujetos, analiza las conexiones que existen entre ética relacional, diferenciación del self y determinadas variables sociodemográficas.

Gracias a esta investigación, por un lado, es posible contar con un instrumento psicométricamente válido en el idioma español para medir el nivel de ética relacional y, por otro, se han obtenido resultados empíricos que sugieren que ética relacional y diferenciación del self están altamente interconectadas y vinculadas con la salud y con el logro de una individuación madura. Partiendo de esta reflexión y resultados, se ofrecen algunas orientaciones para la práctica clínica cuya aplicación podría favorecer la salud, la calidad de vida de las personas y el bienestar, individual y relacional.

PALABRAS CLAVE: terapia contextual, terapia familiar sistémica de Bowen, ética relacional, diferenciación del self, validación psicométrica, individuación, salud mental, salud.

TITLE: Adaptation and Validation of an Instrument to Study Relational Ethics and Analysis of its Connection with Self-Differentiation

SUMMARY: Relational ethics, main and distinctive construct of contextual therapy refers to the ethics of responsibility and caring that prevails among people. It involves recognizing and assuming the responsibility of evaluating what one has received and one has given (striking a balance between reciprocal rights and obligations), and making a commitment of upholding fairness according to the nature of the relationship. Relational ethics includes the concepts of trust, loyalty and entitlement; justice works as its regulating power.

Differentiation of self, the key construct of Murray Bowen's systemic family theory, is a trait that involves intrapersonal capacities (moderate the influence of emotion in cognitive functioning) and interpersonal ones (offset separation-intimacy forces/autonomy and togetherness-bonding forces), including the viability of balancing them.

This doctoral dissertation is structured around two general objectives: the first, to translate and adapt the *Relational Ethics Scale (RES)* to the Spanish population, and the second, to analyze the connection between relational ethics and differentiation of self (using the adaptation to the Spanish population of the *Differentiation of Self Inventory-Revised (S-DSI)*) in clinical and non-clinical populations and compare the results obtained. To achieve these objectives, after developing a scientific literature review and theoretical reasoning, we decided to structure the dissertation in two studies. The first, performed with a total sample of 1181 participants, consists of the translation, adaptation and validation of a measuring instrument, obtaining the *S-RES (Spanish-Relational Ethics Scale)*. The second, involving a non-clinical sample of 1230 subjects and a clinical one of 241 people, analyzes the existing connections between relational ethics, self-differentiation, and certain sociodemographic variables.

On the one hand, thanks to this research it is possible to have a psychometrically valid instrument, in Spanish, to measure the level of relational ethics, and on the other, empirical results were obtained, suggesting that relational ethics and differentiation of self are highly interconnected and linked to health and to the achievement of mature individuation. Based on this reasoning and these results, a few guidelines are provided for clinical practice, whose application might benefit people's health, quality of life, and individual and relational well-being.

KEYWORDS: contextual therapy, Bowen systemic family therapy, relational ethics, differentiation of self, psychometric validation, individuation, mental health, health.

ACTIVIDAD INVESTIGADORA DERIVADA DEL PROYECTO DE TESIS DOCTORAL

RESEARCH ACTIVITY DERIVED FROM THE DOCTORAL DISSERTATION PROJECT

- **PUBLICACIONES - PUBLICATIONS**

Rived-Ocaña et al., (2020). Spanish Adaptation of the Relational Ethics Scale. *Contemporary Family Therapy*, 42(4), 346-359.
<https://doi.org/10.1007/s10591-020-09540-y>

Estudio 1
Study 1

- **COMUNICACIONES ORALES Y PRESENTACIÓN DE PÓSTERES EN CONGRESOS [ORAL PRESENTATIONS AND POSTER EXHIBITIONS AT CONFERENCES].**

Rived-Ocaña, M. (2019, marzo). *Differentiation of Self And Relational Ethics: Bridging The Gap Between Nagy & Bowen*. Comunicación oral presentada en el World Family Therapy Congress (IFTA) en Aberdeen, Escocia, marzo, 28 - 30, 2019.

Rived-Ocaña, M. (2018, septiembre). Bowen Family Systems Theory (BFST) and the Contextual Therapy (CT), incluida en la mesa *OS13: Differentiation of self: Linking theory and research with family therapy and intervention*. Comunicación oral presentada en el 9th Congress of the European Society on Family Relations en Porto, Portugal, septiembre, 5-8, 2018.

Rived-Ocaña, M. (2018, abril). *Spanish adaptation of the relational ethics scale: a preliminary study*. Póster presentado en el The International Conference Contextual Therapy en Ede, Países Bajos, abril, 18-20, 2018.

- **ESTANCIA DE INVESTIGACIÓN- RESEARCH VISIT**

Institute Contextual Approach (ICA). Christian University of Applied Sciences Ede – Ede, Netherlands. Estancia del 10 de abril al 15 de julio de 2019 [Visit from April 10 to July 15, 2019]

Dedicada a todas las personas que quieran contribuir para que las relaciones con los demás brinden la libertad y la consideración necesarias para que podamos ser quienes somos.

Dedicated to everyone who wants to contribute in letting relationships with others provide freedom and the consideration needed so that we can be who we truly are.

PRIMERA PARTE: FUNDAMENTOS TEÓRICOS

CAPÍTULO 1. LA TERAPIA CONTEXTUAL DE BOSZORMENYI-NAGY

1.1. LA TERAPIA CONTEXTUAL: ANTECEDENTES, ORIGEN, DESARROLLO Y SITUACIÓN ACTUAL

1.2. ASPECTOS CENTRALES: LAS CINCO DIMENSIONES

1.3. INVESTIGACIÓN EN TERAPIA CONTEXTUAL

1.4. RESUMEN Y REFLEXIÓN FINAL

El paro cardíaco y la hospitalización de mi padre me obligan a considerar qué significará su muerte para mí. Mis pensamientos se centran en varias preguntas, entre ellas, ¿Quién era él? ¿Qué significará su pérdida para mí? ¿Qué significará su muerte para mis hijos? ¿Qué paralelos encuentro en nuestras vidas como padres que somos? ¿Qué recibí de él? ¿Qué le di?. (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 409)

1.1. TERAPIA CONTEXTUAL: ANTECEDENTES, ORIGEN, DESARROLLO Y SITUACIÓN ACTUAL

1.1.1. Introducción

La teoría y la terapia contextual¹ son el producto del trabajo clínico y la investigación llevados a cabo durante al menos tres décadas por su fundador, Ivan Boszormenyi-Nagy (de ahora hacia delante también Nagy²) y sus colaboradores³ (Boszormenyi-Nagy, Grunebaum, & Ulrich, 1991; Boszormenyi-Nagy & Framo, 1965; Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; Boszormenyi-Nagy & Spark, 1984; Boszormenyi-Nagy & Ulrich, 1981) y desarrollados a partir del movimiento de terapia familiar.

Nagy y Framo editaron en 1965 uno de los primeros libros sobre *terapia familiar* (*Terapia Familiar Intensiva. Aspectos teóricos y prácticos*, Boszormenyi-Nagy & Framo, 1965) en el que expresaron la fundamentación teórica de sus pensamientos, pero no fue hasta el año 1978 cuando Nagy presentó y explicó su teoría contextual y su terapia en sus tres obras posteriores, comenzando con *Invisible Loyalties* (en 1978 y con Geraldine Spark como coautora; Boszormenyi-Nagy & Spark, 1984); seguida de *Between Give and Take* (publicado en 1986 con Barbara Krasner) y *Foundations of Contextual Therapy*, una colección de documentos de Nagy publicada en 1987 (Boszormenyi-Nagy, 1987).

Gracias a sus cualidades distintivas y aportaciones significativas (van der Meiden, Noordegraaf, & van Ewijk, 2018a), la obra de Nagy devino un constituyente clave en la evolución del modelo sistémico, convirtiéndose en una de las teorías más antiguas e influyentes de la práctica terapéutica y habiéndose descrito y utilizado ampliamente en la literatura teórica y clínica (por ejemplo, Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012; Goldenthal, 1993, 1996; van der Eerenbeemt & van Heusden, 1986).

Aunque existen excelentes fuentes que explican y discuten acerca del establecimiento del modelo con mucho detalle (e.g Boszormenyi-Nagy, Grunebaum,

¹ El término *contextual* aquí no solo se refiere a la estructura del medio ambiente sino también a las consecuencias de las generaciones pasadas y las responsabilidades de las futuras. Por lo tanto, *contexto* indica que los individuos están conectados dinámicamente a sus relaciones; a largo plazo y con sus raíces multigeneracionales (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986).

² Decisión que radica en que entre los terapeutas familiarizados con la teoría y terapia contextual es muy frecuente nombrarle así (hasta más que utilizar sus apellidos al completo).

³ James Framo (1922-2001), psicólogo estadounidense y pionero de la terapia familiar. Barbara Krasner, Ph.d., psicoterapeuta y filósofa, directora del *Center for Contextual Therapy and Allied Studies* en King of Prussia, Pennsylvania. David N. Ulrich, Stanford USA. Geraldine M. Spark, trabajadora social y terapeuta familiar, miembro de la *Asociación Psicoanalítica de Filadelfia*.

& Ulrich, 1991; Boszormenyi-Nagy & Framo, 1965; Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012) se debe aclarar que este capítulo ofrecerá aquellos elementos que (en cuanto a su origen, evolución y situación actual) resultan más relevantes respecto los objetivos planteados por esta tesis.

1.1.2. Origen y desarrollo

La terapia⁴ contextual es un enfoque⁵ de terapia familiar integral, intergeneracional y multilateral que integra principios de la biología, la filosofía, el psicoanálisis y la teoría de sistemas pero que además propone un esquema más inclusivo basado en la ética intrafamiliar (Grunebaum, 1987).

Aunque en la literatura resulta común posicionarlo y designarlo como un *enfoque* de la terapia familiar, aún existe mucha controversia acerca de si debe ser llamado así o bien debe hacerse más evidente su independencia con respecto a la terapia familiar (C.Ducommun-Nagy⁶, comunicación personal, 13 de mayo, 2019). De hecho, según la propia C.Ducommun-Nagy, es erróneo hablar de *enfoque contextual*. En su lugar ella propone usar el término *terapia contextual* o bien *terapia familiar contextual* pero evitar el término *enfoque*, ya que Nagy nunca aceptó estar dentro del grupo reconocido como terapia familiar sistémica y, por lo tanto, no es ningún enfoque particular dentro del modelo sistémico. A pesar de ello, la literatura revisada de los autores más relevantes, ya sea sus coetáneos (Meulink-Korf & Noorlander, 2012; Meulink-Korf & Rhijn, 2016; van der Eerenbeemt & van Heusden, 1987) como otros más contemporáneos (Goldenthal, 1993, 1996; Hargrave et al., 1991; Hargrave & Pfitzer, 2003; Hargrave & Sells, 1997; Heyndrickx, 2018; Stauffer, 2011; van der Meiden, 2019) utilizan mayoritariamente el término *enfoque* para designarlo.

La terapia contextual es integral en el sentido de que “entiende al paciente mediante el desarrollo de un marco teórico superior que se basa en una variedad de marcos diferentes” (Goldenthal, 1993, p.5). Tal y como se ha explicado en la introducción, un elemento definitorio de la teoría y terapia contextual es su inclusividad en cuanto a la integración de principios de la biología y la filosofía, como

⁴ En el contexto estadounidense la palabra “terapia” indica no solo psicoterapia, sino también apoyo y cuidado psicosocial (Meulink-Korf & Rhijn, 2016, p. 2).

⁵ Aunque hemos decidido mantener el término *enfoque* (para respetar la denominación utilizada por la mayoría de los terapeutas del *Institute Contextual Therapy*, Ede, Países Bajos), asumimos la controversia del término que explicitamos más abajo.

⁶ Catherine Ducommun-Nagy, psiquiatra infantil y familiar formada en Suiza, de renombre internacional y experta en terapia contextual. Profesora asociada en el *Departamento de Terapia de Pareja y Familia* de la Universidad de Drexel, EUA. Su esposo, Ivan Boszormenyi-Nagy, fue uno de los pioneros de la terapia familiar y el fundador de la teoría y terapia contextual.

también de conceptos y técnicas de diversos modelos teóricos, tanto de terapia individual como de sistemas familiares.

En sus orígenes, la terapia contextual estuvo influenciada por la tradición psicoanalítica y psicodinámica, especialmente por los escritos de Freud (1856-1939) y por las perspectivas neofreudianas así como por las formulaciones asociadas con los teóricos de las relaciones objetales. Fundamentalmente tuvieron relevancia las aportaciones del Psicoanálisis Interpersonal de Sullivan (1892-1949) y de la Escuela Inglesa de las Relaciones de Objeto de Fairbain (1889-1964) y de Guntrip (1901-1975) que concebían la teoría psicoanalítica en términos relacionales⁷ y establecieron una nueva concepción de la mente humana, considerándola como una entidad relacional desde su inicio.

En este recorrido por los inicios de la teoría contextual, concretamente en la década de los cincuenta, y aconsejado por su mentor y amigo Kalman Gyárfás, para quien “la terapia y las relaciones interpersonales eran inseparables” (Doherty & Sollee, 1992), y por Thomas Szasz⁸ (1920-2012), Nagy se conectó con psiquiatras y psicólogos claves de la Psiquiatría Interpersonal⁹ y del Enfoque Relacional¹⁰—quienes estaban cada vez más comprometidos con la exploración de la naturaleza psicológica del vínculo entre el individuo y los otros—y empezó a considerar e incluir en su trabajo el ámbito de lo interpersonal “como elemento clave para poder penetrar en el sufrimiento humano” (Meulink-Korf & Rhijn, 2016, p.2). En concreto, el contacto y la visita de Maxwell Jones (1907-1990) y sus enseñanzas acerca de las *Comunidades Terapéuticas*¹¹ fueron claves para que Nagy y su equipo pudieran aplicar estos nuevos componentes relacionales al marco clínico, iniciando una nueva propuesta terapéutica: la familia dejaba de estar excluida y era invitada a participar conjuntamente con el miembro (paciente) identificado (Doherty & Sollee, 1992; Meulink-Korf & Rhijn, 2016).

⁷ Diálogo estructuralmente implícito entre el yo (ego) y el otro (objeto interno) más que en términos instintivos (estructura ego-id-superego).

⁸ Médico psiquiatra, considerado el padre de la antipsiquiatría. Profesor Emérito de Psiquiatría en la Universidad de New York, Health Science Center en Siracusa.

⁹ Como lo fue Harry Stack Sullivan (1892-1949), psiquiatra estadounidense. Su contribución más significativa fue la elaboración de la *teoría de las relaciones interpersonales*, enmarcada en el modelo psicoanalítico.

¹⁰ Incluye aportaciones del *Psicoanálisis Interpersonal* (H.S. Sullivan), de la *Escuela Inglesa de las Relaciones de Objeto* (W.R.Fairbain), de la *Self-psychology* (H.Kohut) y de teóricos considerados “independientes” como D.W.Winnicott y M.Balint. También están incluidas las perspectivas psicosociales psicoanalíticas latinoamericanas (E.Pichon-Rivière, M.Baranger), las aportaciones de psicoanalistas más contemporáneos: *grupo de Boston* (Stern, Lyons-Ruth, Tronick), intersubjetivistas (R.Stolorow, M.Atwood, D.Orange) y *Self-psychology* contemporánea (F.Lachmann, J.D Lichtenberg, K.R Morrison) (Velasco, 2009).

¹¹ Ese término fue dado a aquellos programas en clínicas psiquiátricas donde los pacientes y el personal trataban de reunirse sobre una base de apertura y conversación y donde el elemento central residía en la idea de que es la comunidad la que cura.

Paralelamente, influenciado por los primeros psiquiatras existencialistas como Karl Jaspers (1883-1969) y Otto Ludwig Binswanger (1852-1929) y tratando de entender más profundamente la terapia y la psicología, Nagy—a través del filósofo y psicoterapeuta Maurice Friedman¹² (1921-2012)—empezó a interesarse por la visión ético-existencial del filósofo y pensador alemán Martin Buber¹³ (1878-1965); quien devino la mayor de las influencias filosóficas en la elaboración de la terapia contextual (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; Sollee, 1992), especialmente¹⁴ en lo que concierne a la antropología filosófica y su paradigma dialógico, a la cuestión de *la justicia del orden humano* y el *devenir de la curación a través de la reunión* (Kellebrew, 2006).

Así, mientras que la influencia de la Psiquiatría Interpersonal y del Enfoque Relacional fueron fundamentales para abrir las puertas a las profundidades del fenómeno relacional (al concebir que las motivaciones, las acciones, y las dinámicas de las relaciones interpersonales y consecuentemente, sus disfunciones, se fundamentaban en una base psíquica más relacional que individual¹⁵), fue el humanismo relacional de Buber (Boszormenyi-Nagy, 1987), profundamente interesado en el ser humano y en entender la experiencia humana, el que ofreció la llave maestra para abordar la cuestión del significado existencial de las relaciones humanas.

Aunque Buber reconoce el influjo que tiene el contexto (social, cultural y político) sobre las personas y las interpretaciones de sus experiencias, para él es el lenguaje—elemento básico de todas las relaciones humanas cercanas—y más concretamente el diálogo, definido como “esa reciprocidad de experiencias entre dos seres humanos, reafirmados por su encuentro en términos Yo-Tu”¹⁶ (van der Eerenbeemt & van Heusden, 1987, p. 4) el protagonista fundamental en los procesos de ser, dar sentido y experimentar el mundo (Fife, 2015; Inger, 1993). Así, si la dinámica

¹² Profesor emérito de estudios religiosos, filosofía y literatura comparada en la Universidad Estatal de San Diego y codirector de Instituto de Psicoterapia Dialógica. Entre sus libros publicados y por la importancia que tienen en este trabajo presentado, señalamos *La vida de Martin Buber* y *Trabajo (tres volúmenes)*; *El diálogo curativo en psicoterapia* (Friedman, 2002).

¹³ Conocido mundialmente por su obra “Yo y Tú” (1958), y por su filosofía de diálogo, la cual ha tenido una gran influencia en diferentes ámbitos de la filosofía y en la teoría y la práctica del psicoanálisis y de la psicoterapia. Conocido por ser existencialista (aunque él nunca se declaró como tal) enfatizó al ser humano como fundamentalmente relacional y rechazó la concepción positivista del ser humano (Daly, 2007; Littlejohn & Foss, 2011 citado en Fife, 2015, p. 209).

¹⁴ Hay tres textos de Buber a los que Nagy se refiere repetidamente : *Yo y tú*, *Curación a través de la reunión* y *Guilt and guilt feelings* (Meulink-Korf & Rhijn, 2016, p. 7).

¹⁵ Por ejemplo, al explorar las motivaciones individuales y los síntomas, se deja de considerar de manera aislada la personalidad individual y se incluye la exploración del sistema familiar completo, en relación con la función-señal de la “patología” del miembro identificado como paciente (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012, p. 27).

¹⁶ Para saber más, leer Buber, M, (1958) *I and Thou*, 2nd.Rev. ed. New York: Charles Scribners Sons.

y la realidad de las relaciones son resultado del diálogo entre las personas, no existe una realidad objetiva independiente de las acciones de una persona hacia las demás (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986 citado en Bray, 1993). Tal y como explicaremos en profundidad más adelante, veremos que el diálogo devino el concepto terapéutico clave de la terapia contextual.

Ante este escenario de pugna entre explicaciones más freudianas del determinismo psíquico y otras provenientes de las ciencias biológicas, emergió un grupo de terapeutas¹⁷ que, bajo la influencia del biólogo y antropólogo Gregory Bateson¹⁸ (1904-1980), empezaron a considerar a las familias como “sistemas naturales”¹⁹ tratando de comprender los determinantes relacionales del comportamiento humano en términos sistémicos y más específicamente, familiares (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 43). Esto permitió cambiar el enfoque y pasar de considerar exclusivamente las realidades únicas del individuo a considerar realidades sistémicas (interacciones y comunicaciones “aquí y ahora”²⁰, patrones transaccionales, estructuras familiares, límites interpersonales, asignaciones de roles y alianzas de poder en el grupo familiar, entre otros) como aspectos indispensables para tener en cuenta en el trabajo terapéutico. Se empezó a incluir a otros significativos y a familias enteras en terapia (Van Rhijn & Meulink-Korf, 1997 citado en Doosterlinck et al., 2011), lo que permitía observar directamente patrones de funcionamiento y dinámicas relacionales que de otra manera (por ejemplo en un encuadre individual) únicamente podían ser identificadas gracias a aspectos activados en la relación paciente-terapeuta, como por ejemplo los elementos transferenciales (Boszormenyi-Nagy, 1987).

Posiblemente una de las concepciones más valiosas obtenidas de esta aplicación del modelo sistémico a las familias haya sido el concepto multipersonal o sistémico de la teoría motivacional, que propone que la estructuración y dinámica de las relaciones, en especial dentro de las familias, puede ser inferida a partir de la “regularidad y predictibilidad de ciertos hechos reiterados, sujetos y respondientes

¹⁷ Theodore Lidz, Stephen Fleck, Alice Cornelison, Lyman, Wynne, Don Jackson, Virginia Satir, Carl Whitaker, Murray Bowen, Salvador Minuchin, Jay Haley, y muchos otros, sobretodo aquellos referentes del ‘pensamiento narrativo’.

¹⁸ Biólogo y antropólogo, con recorridos analíticos por la psiquiatría, la psicología, la sociología, la comunicación y la ecología. Fue uno de los principales inspiradores de la corriente de pensamiento de la escuela de Palo Alto (Cátedra UNESCO de Comunicación [Libertad de Expresión] de la Universidad de Málaga (España), n.d.).

¹⁹ “Un sistema es un conjunto de partes en interacción que conforman un todo. En la naturaleza se considera que cada sistema se anida en uno mayor, estableciendo un continuum de los sistemas naturales, desde las partículas subatómicas hasta la sociedad-nación” (Restrepo et al., 2008, p. 79).

²⁰ Comillas de la autora de esta tesis.

a unas leyes sistémicas multipersonales” (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012, p. 21), muchas de las cuales se dan implícitamente y sin que los miembros de la familia sean conscientes de ellas.

La unión de estas explicaciones motivacionales con las de dinámicas relacionales empezó a ser considerada como muy atractiva, ya que evidenciaba el hecho de que “ciertas funciones del comportamiento individual estaban reguladas a un nivel sistémico que trascendía al individuo” (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012, p. 7). Esto, más que una explicación causal, permitía empezar a contemplar e intervenir desde una concepción de co-responsabilidad que posibilitaba la participación de todos aquellos miembros que estaban siendo afectados por lo sucedido (van der Eerenbeemt & van Heusden, 1986). En otras palabras, facilitaba comprender el hecho de que algunas condiciones que incapacitaban a las personas estaban “determinadas por su propia psicología, pero también por las reglas que regían la existencia de toda su unidad familiar” (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012, p. 22). En general, se asumió que frente a la patología o no funcionalidad, manifestada individual o sistémicamente, habría una mejora en uno o varios miembros si se reorganizaban y/o cambiaban estas configuraciones debilitantes.

Sobre esta hipótesis, los terapeutas familiares empezaron a intervenir para poder identificar los elementos que configuraban estos patrones de organización reiterada, y para poder provocar cambios en las pautas transaccionales (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012). En consecuencia, terapias individuales y terapias familiares se fueron aplicando paralela pero separadamente (Doosterlinck et al., 2011).

En esta amalgama de varios y alternados modelos de conocimiento que fluctuaban entre concepciones más unilaterales y simplistas y otras más multipersonales y eclécticas, Nagy continuó buscando un modelo de conocimiento que diera respuesta a todas las cuestiones que estaban emergiendo alrededor del acto de entender la complejidad del ser humano (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986). Para Nagy, una comprensión íntegra de la existencia humana debía superar la antítesis entre orientaciones individuales y sistémicas e incluir tanto realidades individuales como relacionales; tanto aspectos intrapsíquicos como interpersonales, tanto aspectos “centrípetos como centrífugos” (Boszormenyi-Nagy, 1987, p. 238), y asumir que su relación era “más constitutiva que exclusiva” (Boszormenyi-Nagy, 1987, pp. 25, 77).

Por consiguiente a finales de los 50, firmemente convencido de la efectividad de su método y tratamiento, Nagy introdujo la terapia familiar “en todos los casos” y, poco a poco, empezó a ser reconocido como uno de sus pioneros, juntamente con los terapeutas más influyentes del momento como Nathan Ackerman, Murray Bowen, Lyman Wynne y, más tarde, Carl Whitaker (van der Eerenbeemt & van Heusden, 1987, p. 5). Juntamente con ellos, asumió el reto de trascender definitivamente la única mirada vigente hasta entonces, el abordaje individual (Carey, 2007), y cimentar una nueva manera de concebir la realidad más que un nuevo método de psicoterapia (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012).

Muchos de estos terapeutas consideraron que su trabajo no debía limitarse a la familia nuclear y a las transacciones “aquí y ahora” y empezaron a explorar las líneas de conexión entre las múltiples generaciones de los sistemas familiares. Así, la teoría contextual comparte con otros modelos (e.g., Ackerkman, 1966; Bowen 1978; Framo, 1976, 1982; Kerr & Bowen, 1988; Smith, 1988 y Wynne, 1965) el interés por la dimensión intergeneracional; esto es, por conocer la historia de la familia y considerar que las cuestiones familiares y, por lo tanto, también las individuales, suceden en ciclos de interacción más largos que abarcan, al menos, tres generaciones (Adams & Maynard, 2004; Boszormenyi-Nagy, Grunebaum, & Ulrich, 1991; Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012; Delsing et al., 2003; Goldenthal, 1993).

Además, de entre los terapeutas familiares, Nagy fue el único que tuvo una perspectiva individual múltiple y que trascendió la simple combinación de terapias individuales o familiares (Compton, 1998), ya que consideraba al ser humano como una entidad ética y existencial en sí misma, y a la vez como un sistema psicodinámico con un conjunto de subsistemas o niveles (van der Eerenbeemt & van Heusden, 1987).

Posicionado en esta construcción dialéctica de la interrelación personal (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986) y decidido a integrar conceptos individuales y de la terapia familiar, Nagy prosiguió su propio camino y a principios de los 60's (Ducommun-Nagy & Schwoeri, 2003) empezó a distinguir y definir más propiamente su modelo teórico y de intervención fundamentalmente ético-relacional (Meulink-Korf & Rhijn, 2016). En un primer momento lo llamó “dialéctico”, “intergeneracional” y “terapia dialéctica intergeneracional” (Brown et al., 1999, p. 366) y no fue hasta más tarde, en 1979 (Doosterlinck et al., 2011) cuando acuñó el término “contextual” (Meulink-Korf & Rhijn, 2016, p. 7), en respuesta a y de forma coherente con la gran

importancia que otorgaba, no solo a la estructura del entorno sino también a las consecuencias de las generaciones pasadas y la responsabilidad sobre las futuras (van der Meiden et al., 2018b).

Todas estas influencias, junto con sus hallazgos empíricos emergidos del trabajo de toda una vida como terapeuta (que según varios expertos representan su mayor fuente de inspiración; Compton, 1998), conformaron un nuevo marco teórico y de intervención para la terapia familiar transgeneracional que, a la vez, incluía a muchos estilos de práctica (Dankoski & Deacon, 2000). Así mismo, su atención explícita a la ética relacional y a las cuestiones de justicia lo ubicaban en “una posición única en la historia de la psicoterapia”, lo que suponía el desarrollo de una perspectiva única de la ética al considerarla como una “dimensión generalizada, fundamental y esencialmente relacional del ser humano” (Compton, 1998, p. 44). El mismo Nagy consideraba que su enfoque implicaba la inclusión de un nuevo paradigma; el de “la visión unificadora de la dimensión ética como base de las relaciones” (van der Eerenbeemt & van Heusden, 1987, p. 4)

A finales de los 60 la teoría contextual se extendió, siendo Estados Unidos (aún con una mirada muy centralizada en la familia nuclear) y Países Bajos, dos de los primeros países donde el modelo de Nagy empezó a adquirir mayor presencia (Meulink-Korf & Rhijn, 2016).

1.2. ASPECTOS CENTRALES

1.2.1. Una postura integradora

Tal y como hemos introducido con anterioridad, el propio Nagy aclaró que su intención no era plantear una teoría de terapia familiar completamente nueva, ni tampoco hacer aportaciones únicamente a la terapia familiar, sino contribuir al conjunto de la psicoterapia y en el ámbito de todas las relaciones humanas, y para ello buscó integrar premisas significativas de muchos enfoques y añadir constructos relacionados con la justicia relacional (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; Boszormenyi-Nagy & Ulrich, 1981; Flores-Ortiz & Bernal, 1989) con el objetivo de otorgarle un papel nuclear (Nolan-Shmarkovskaya, 2018).

Nagy no planteó cómo debería tener lugar tal integración, sino que su propuesta era que cualquier asimilación de actitudes, perspectivas o técnicas de otros modelos debían incorporarse sin perder de vista el faro que debía guiar la

esencia del proceso terapéutico: el paradigma de la ética relacional (van der Meiden, Noordegraaf, et al., 2019) y la concepción de la terapia como “una curación que se esfuerza por mantener la integridad del mundo relacional de uno” (Cotroneo, 2007, p.269).

Aunque ya comentado, la terapia contextual integra y comparte conceptos y técnicas claramente psicodinámicos, se desmarca de éstos sobre todo al retirar el foco de atención de la patología, de la interpretación de los aspectos transferenciales y de “las necesidades individuales de éxito, satisfacción y conveniencia” (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012, p. 33). Tal y como se irá explicando, la teoría y terapia contextual no persiguen liberar al individuo de sus síntomas y demandas, como tampoco metamorfosear la persona “en una determinada dirección” (Boszormenyi-Nagy, 1987, p. 106), sino que su foco reside en la importancia de la acción (el *insight* no es suficiente) y poder modificar las dinámicas relacionales actuales, y futuras, a modo preventivo y en pro de la justicia relacional (Goldenthal, 1993).

Así mismo, aunque comparte con los modelos circulares y cibernéticos varios elementos definitorios y el hecho de concebir al individuo en términos relacionales y de atribuir motivaciones casuales propias a los sistemas (Boszormenyi-Nagy, 1987), Nagy discrepa del énfasis que estos modelos hacen respecto las cuestiones estructurales del sistema, los análisis de las relaciones, las transacciones y los fines relacionados con el poder y el control (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012) y pasa a interesarse por cuestiones familiares pero relacionadas con asuntos de equidad y con las necesidades individuales de justicia (Goldenthal, 1993).

Ante lo que acabamos de explicar, es fundamental entender que la teoría contextual no niega descripciones y comprensiones psicológicas de base psicodinámica y sistémica, sino que las trasciende. En consecuencia, a pesar de sus conexiones tanto con el modelo psicodinámico individual como con el modelo sistémico enfocado a las familias (Boszormenyi-Nagy, 1962), se debe clarificar que la terapia contextual no es una terapia individual ni tampoco una forma de terapia familiar sistémica (C.Ducommun-Nagy, comunicación personal, 14 de julio, 2019), sino que resulta mucho más adecuado definirla como una terapia integrativa (Goldfried, 1980; Norcross & Goldfried, 1992) y “como una terapia para las familias más que como una terapia familiar” (Goldenthal, 1993, p. 48).

Su propósito consiste en ayudar a las personas a legitimar sus propias

necesidades y a actuar de acuerdo a ellas (respeto centrípeto) a la vez que se tiene en cuenta a los demás, a como les puede impactar, y a cuales son sus necesidades (respeto centrífugo), sin obviar las consecuencias que todo ello puede tener para las posteriores generaciones (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012). Así, la terapia contextual da un giro a las preocupaciones, las recriminaciones, las inculpaciones y la identificación con la patología y se focaliza en los deseos, las necesidades propias y mutuas y las fortalezas como elementos de mejora de las relaciones interpersonales (Goldenthal, 1993).

Como resultado, la teoría y terapia contextual, marco de trabajo que va más allá de los determinantes psicológico-individuales y sistémicos y se combina con las cuestiones ético-relacionales, deviene en un modelo muy completo y potente, que permite atender tanto realidades intrapersonales como interpersonales y que está indicado para cualquier individuo, pareja o familia, de cualquier edad, perteneciente a cualquier clase y estrato social y con cualquier clase de sufrimiento (Goldenthal, 1993, 1996; van der Eerenbeemt & van Heusden, 1987).

Concluyendo y tomando las palabras de Barbara Krasner (citado en Dwyer, 1987, p. 171):

La terapia contextual es una modalidad terapéutica independiente que se enfoca en el ámbito de lo intermedio y afirma que la interfaz ontológica intergeneracional es una fuente humana fundamental y una influencia primaria para la justicia y la existencia confiable (...) es una forma que se puede habilitar en el entorno clínico, pero una forma que se sostiene por sí sola en la vida de todos (...) Las verdades que sostiene son evidentes y le informan de una terapia que libera a las personas para la promesa de la comunidad: ser libres y conectarse.

Así, reforzando la idea con la que se inició este punto y concluyendo, la terapia contextual es una terapia básicamente orientada a potenciar los recursos y las fortalezas que promuevan un considerado intercambio del *dar y el tomar / recibir*²¹ – especialmente entre los miembros del sistema familiar – más que una terapia orientada a las patologías y a las debilidades individuales y del sistema familiar (Goldenthal, 1993).

²¹ El lector encontrará “dar y tomar” y “dar y recibir” a lo largo de la tesis según el período en el que se contextualice la afirmación. Inicialmente Nagy habló del balance de “dar y tomar” pero más tarde “tomar” se intercambió por “recibir” pues se consideró que este era la respuesta/acción que mejor encajaba con el “dar” (Bakhuizen, 2000, p. 8; Dillen, 2004, p. 65; van der Meiden, 2014b; van Rhijn & Meulink-Korf, 1997, p. 56). Aún existe controversia respecto este intercambio de términos.

Hasta aquí, hemos pretendido presentar de manera general la definición de la teoría y de la terapia contextual, así como sus preocupaciones, objetivos y cuestiones centrales. Seguidamente se realizará una aproximación más en detalle de este modelo único, con la intención de sentar los fundamentos teóricos necesarios para esta tesis, presentando un marco teórico desde el que explicar los elementos que lo configuran y la relación que establecen.

1.2.2. El modelo de las cinco dimensiones

Con el objetivo de establecer un puente entre las terapias que buscan determinantes individuales y relacionales, Nagy propone un modelo terapéutico constituido por cuatro²² dimensiones interconectadas en las que se entrelazan elementos de base orgánica, de la biología, del modelo sistémico aplicado a las familias, del enfoque transgeneracional y multipersonal y que deben considerarse en terapia: (I) Dimensión de los hechos, (II) Dimensión de la psicología individual, (III) Dimensión de las transacciones sistémicas y (IV) Dimensión de la ética relacional.

Cada dimensión contiene un ámbito válido de comprensión y de exploración de la realidad relacional de cada persona y al considerarlas en conjunto se consiguen todos los determinantes relacionales existentes, incluyendo la relación terapeuta-cliente (Boszormenyi-Nagy, 1987; Boszormenyi-Nagy, Grunebaum, & Ulrich, 1991; Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986).

Tal y como hemos comentado previamente, la formulación de estas cuatro dimensiones es un claro ejemplo de como Nagy apuesta por una terapia que trata de integrar—más que confrontar, rechazar o poner en duda—un amplio espectro de modelos y enfoques terapéuticos válidos, pero sin perder de vista cuál es su aportación más destacable: otorgar un reconocimiento medular a la justicia y a la confianza merecida (dimensión IV) y concebirlos como las raíces que inervan las dinámicas relacionales (Boszormenyi-Nagy, 1987).

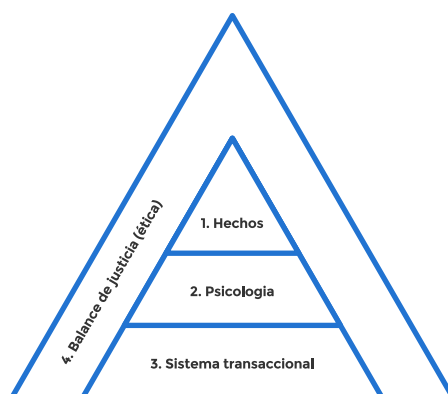
Se supone que es por ello por lo que Nagy se atreve a definir la terapia contextual como algo más que una modalidad terapéutica (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986), y autores de referencia en este modelo, como Gangamma, Bartle-Haring y Glebova, indican que esta incorporación e integración de conceptos y técnicas de otros modelos terapéuticos es posible siempre y cuando se contemple

²² Más adelante explicaremos porque no incluimos todavía en este momento la quinta dimensión.

la cuestión del balance o de la equidad en las relaciones y el impacto que el vivir de unos tiene sobre los demás y con las consecuencias que esto supone para la posteridad (2012).

Aunque Nagy propone la siguiente figura (Figura 1) para ilustrar la existencia e interrelación de este “espectro de enfoques y métodos terapéuticos válidos” bajo el paraguas de la ética relacional (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 47) es importante señalar que esto no significa que sea más importante (o únicamente importante) intervenir en ella. Es más, Nagy plantea que para poder hacer una comprensión lo más completa posible acerca de la justicia relacional es imprescindible ahondar en las cuestiones que subyacen en las otras tres dimensiones (Goldenthal, 1993).

Figura 1. *Las cuatro dimensiones de la Realidad Relacional* (Boszormenyi-Nagy, 1987, p. 329)



Es fundamental comprender que los elementos agrupados en cada una de las dimensiones no se encuentran en distintos lugares ni hacen referencia a cuestiones independientes, sino que se dan simultáneamente y están “altamente superpuestos, interconectados y entrelazados”. Es por ello por lo que Nagy justamente habla de “dimensiones” y no de “niveles” ya que ninguna de ellas es más profunda que las otras ni tampoco existe una organización jerárquica (Goldenthal, 1993, pp. 3–9).

De hecho, la propuesta de que la cuarta dimensión circunde a todas las demás fue utilizada únicamente en una ocasión por Nagy y según Hanneke Meulink-Korf (comunicación personal, 4 de junio, 2019) se desconoce cómo se ha podido difundir

esta idea que, según sus palabras “ha sido erróneamente entendida y extendida”. Actualmente, tal y como expone van der Meiden (2019), siguen proliferando autores que están tratando de entender y explicar esta integración de otra manera, como, por ejemplo, den Hollander (2009), Howard (1987), Lyness (2003), Mathews (1984), Meulink-Korf & van Rhijn (2002), van Rhijn & Meulink-Korf (1997) y Schmidt (1998).

A continuación se sigue ahondando en las definiciones de cada una de las dimensiones, tal y como son proporcionadas por la teoría contextual (Boszormenyi-Nagy, 1987; Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, Ducommun-Nagy, 2002²³), donde ahora si que contemplaremos la quinta dimensión.

I. Dimensión de los hechos

II. Dimensión de la psicología individual

III. Dimensión de las transacciones sistémicas

IV. Dimensión de la ética de la debida consideración, confianza merecida (balance de justicia), ética relacional

V. Dimensión Óptica ²⁴

Dimensión I: Hechos

Esta dimensión entraña una mezcla de realidades objetivas²⁵, individuales y relacionales y los elementos que la conforman tienen que ver con los llamados “factores preexistentes, con los conflictos inevitables y con sus consecuencias” (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 49): herencia genética, salud, tratamientos médicos, aspecto físico, hechos biográficos básicos, enfermedades hereditarias y otros hechos hereditarios y situaciones vitales determinantes como por ejemplo el divorcio de unos padres, la muerte prematura de alguno de los progenitores, las adopciones, los problemas legales, las complicaciones económicas, las tendencias psicósomáticas, etc... Es la dimensión en la que “la diversidad y la singularidad deben

²³ El hecho de incluir a Ducommun-Nagy aquí permite incluir a la quinta dimensión, tal y como argumentaremos al explicarla.

²⁴ El término óptico fue acuñado por Heidegger y Spiegelberg (1960) quien lo define como “una estructura inherente al Ser mismo) (citado en Boszormenyi-Nagy & Framo, 1965, p. 60).

²⁵ Aunque todo lo que se menciona a continuación sean “hechos objetivos” sería algo muy discutible por ejemplo desde el construccionismo social (e.g, el “aspecto físico” que sería es sin duda una construcción social (basada en unas condiciones físicas, pero muy subjetivo en muchos casos). No obstante, se recuerda que el marco desde donde se hacen estas formulaciones es el de la teoría contextual.

ser reconocidas y respetadas” y el individuo y su familia pueden ser considerados con “la plenitud del contexto particular en el que se desarrolla la vida” (Compton, 1998, p. 46).

Aunque algunas características fácticas son inevitables y otras emergen fruto de la elección del individuo (como por ejemplo los esquemas de género) todas se convierten en características del vivir individual y conforman parte del legado que será transmitido a través de las generaciones (Ducommun-Nagy, 2002).

Más allá del objetivo de obtener información vital básica, el interés en trabajar sobre esta dimensión radica no en la intención de “negociar lo innegociable” o de “cambiar algo que no se puede cambiar”, sino en el aprendizaje de decidir cómo coexistir con determinados hechos y de “cómo convertir un mundo congelado de consecuencias fácticas en un compromiso vivo con el diálogo responsable” (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 48, 49 citado en Compton, 1998, p. 47). Este proceso busca que la persona pueda vivir de la manera más significativa y satisfactoria posible y que la repercusión en las siguientes generaciones²⁶ sea lo más favorable y menos perjudicial posible (Boszormenyi-Nagy, 1987). Sus consecuencias, por supuesto, son la preocupación sustantiva de la ética relacional, ya que implican directamente a los elementos que subyacen en las cuestiones de equidad y justicia relacional. Por lo tanto, considerar esta dimensión es fundamental en el proceso de tratar las cuestiones de justicia y “ayudar a determinar el curso de la terapia” (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 48).

Dimensión II: Psicología individual²⁷

Una cosa son los hechos objetivables (pertenecientes a la dimensión I) y otra los pensamientos, las actitudes y los sentimientos que uno tiene respecto a lo sucedido (dimensión II). Así, ésta es la dimensión que hace referencia a la naturaleza psíquica del individuo, a su mundo interno y a los aspectos centrales de la vida psicológica, como por ejemplo: la personalidad, los procesos psicológicos básicos, las funciones cognitivas y emocionales, los principales mecanismos de defensa, los mecanismos motivacionales, las limitaciones, las potencialidades, las fantasías, los procesos simbólicos y la idea/vivencia de la confianza básica (Belous, 2015; Hargrave

²⁶ Los intercambios relacionales giran en torno a los hechos y se convierten en “consecuencias”, es decir, hechos que impactan unilateralmente a ciertas personas” (Boszormenyi-Nagy y Krasner, 1986, p. 49).

²⁷ En *Foundations of contextual therapy* aparece como “Dimensión de las necesidades o de la psicología” (Boszormenyi-Nagy, 1987, p. 204).

& Pfitzer, 2003; Piercy et al., 1996). En definitiva, es la dimensión desde la cual se puede identificar o descartar la presencia o ausencia de determinados niveles de trastornos de la personalidad, así como “conocer cual es la experiencia permanente del *self*, el nivel individual de la organización sistémica en un comportamiento de la persona” (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 50).

Es importante señalar que, de acuerdo con el marco contextual, aunque esta segunda dimensión hace referencia al individuo y a aspectos intraindividuales, siempre es considerada desde una lente relacional. Tal y como propone Lothstein (1996, citado en Gangamma, 2008, p. 11), para la terapia contextual “*to be is to be relational*”²⁸. Esto se podrá explicar y entender mejor a medida que se desarrolle con más profundidad el termino *relacional* para la teoría contextual.

Dimensión III: Transacciones sistémicas²⁹

Esta dimensión se deriva principalmente de la teoría de sistemas y contiene esencialmente las transacciones sistémicas, que incluyen conceptos como el poder, la estructura, los roles, las coaliciones, las alianzas, y las interacciones comunicativas (Belous, 2015; Boszormenyi-Nagy, Grunebaum & Ulrich, 1991; Shannon, 2017).

Aunque Nagy comparte con todas las escuelas de terapia familiar la concepción circular de las relaciones (Whitchurch & Constantine, 1993), las transacciones sistémicas y cómo estas afectan a sus miembros, para él es obvio que la comprensión de lo que sucede en un sistema no puede reducirse a una mera secuencia de interacciones observables, recíprocas y medibles sino que “la realidad relacional alcanza significados propios” que trascienden aquellos que emergen de la mera interacción (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 56). Por esta razón, Nagy propone considerar aquellos componentes de la realidad relacional que subyacen a las interacciones observables (Hinde, 1997; Szapocznik et al., 1991, citado en Manzi & Scabini, 2011).

Por ende, la teoría contextual emplea los elementos propios de la terapia familiar (e.g; Bateson et al., 1956; Bowen, 1978; Haley, 1976; Jackson, 1957; Minuchin, 1974; Selvini-Palazzoli et al., 1978; Wynne, 1965) y los utiliza como “movimientos tácticos” en terapia (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 55) pero no son su último

²⁸ “Ser es ser relacional”.

²⁹ En *Foundations of contextual therapy* aparece como “Dimensión de las Transacciones y de las Alineaciones de poder”(Boszormenyi-Nagy, 1987, p. 205).

objetivo, sino que el propósito terapéutico final es guiar a los miembros–sintomáticos y no sintomáticos–hacia una redefinición de su responsabilidad respecto a sus dinámicas relacionales (Boszormenyi-Nagy & Framo, 1965).

Dimensión IV: Ética relacional³⁰

La ética relacional, dimensión “de acción o proceso”³¹ (Boszormenyi-Nagy, Grunebaum & Ulrich, 1991, p. 204; Boszormenyi-Nagy, 1987, p. 236) y rasgo único y distintivo del enfoque contextual (Bray, 1993; Ducommun-Nagy, 2002; Gangamma et al., 2015; Goldenthal, 1996; Krasner & Joyce, 1995) es una fuerza dinámica fundamental en los individuos, las familias y las sociedades (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012) que incorpora “realidades individuales y relacionales” (Hargrave et al., 1991, p. 147) y la consideración de la cual va más allá del aquí y del ahora (Compton, 1998). Es un compromiso ético entre las personas que consiste en asumir la responsabilidad de examinar lo que se ha recibido y lo que se ha dado³² (esto es, hacer un balance entre los derechos y las obligaciones recíprocas) y en comprometerse a mantener la equidad de acuerdo con la naturaleza de la relación (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1987; Boszormenyi-Nagy & Spark, 1984; Krasner & Joyce, 1995). Esta dimensión incluye los conceptos de confiabilidad³³, derecho y lealtad; y la justicia funciona como su potencia reguladora (Boszormenyi-Nagy, 1987).

Según la teoría contextual, este balance entre los derechos y las obligaciones recíprocas (balance de justicia) en las relaciones familiares es el elemento fundamental para que las relaciones puedan mantenerse a lo largo del tiempo, y contempla su influencia no solo en las relaciones actuales sino también en las futuras (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; Goldenthal, 1996). En esta línea, las personas–lo sepan o no–registran mediante un proceso cognitivo todas estas ganancias (méritos ganados, recibidos-reconocidos) y endeudamientos (lo que se

³⁰ También nombrada la dimensión de “la ética de la debida consideración” (Boszormenyi-Nagy, Grunebaum, & Ulrich, 1991), el “mérito o de la ética relacional” (Boszormenyi-Nagy, 1987, p. 207) o de la “confianza merecida o balance de justicia” (Boszormenyi-Nagy, 1987, p. 274).

³¹ Interesante remarcar la idea de proceso ya que tal y como comentaremos más adelante lo que se busca es una consideración global de los “balances relacionales” o de la “justicia de los libros de cuentas interpersonales” a lo largo del tiempo y no de “momento a momento” (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 58).

³² En terapia contextual, dar o recibir atención se refiere tanto al sentido material (como comer y beber), como al sentido inmaterial (como el reconocimiento, la apreciación y la crianza) (Boszormenyi-Nagy & Framo, 1965, p. 37).

³³ Confiabilidad (trustworthiness) implica una concepción más relacional que la de confianza (trust) ya que solo puede ser mantenida en una relación confiable. Así, “confiar” haría referencia a la dimensión II, a un aspecto psicológico (entendiéndolo como la tendencia de una persona de creer los demás, de tener un sentimiento de confianza en los demás (Rotter, 1954). En cambio, el concepto ético de “confiabilidad” pertenece a la dimensión IV ya que hace referencia a la acción confiable, responsable y considerada en el sentido relacional.

debe a quién) en un libro mayor de contabilidad el cual, si se encuentra balanceado –objetivo de cualquier relación– es signo de salud, confiabilidad y funcionalidad mientras que si se encuentra en desequilibrio es signo de injusticia y, por lo tanto, de posibles disfunciones y rupturas de la confianza en las relaciones (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986 citado en Belous, 2015).

Tal y como señaló Nagy (1986), la ética relacional es “un equilibrio en movimiento”, “una propiedad dinámica intrínseca de las relaciones humanas según la cual cada parte de la relación es inherentemente responsable ante la otra por el impacto existencial mutuo ejercidos el uno sobre el otro” (p. 139).

Tal y como apuntan Adams y Maynard (2004), afirmar la existencia de esta propiedad implica reconocer la existencia de una preocupación humana innata y elemental por el respeto mutuo, la reciprocidad y la equidad. Y es que, según Nagy, la ética relacional está “enraizada en la ontología de la naturaleza fundamental de todas las criaturas vivientes “ (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 420) lo que conlleva una “tendencia innata ontológica a preocuparse por otras personas” (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 78).

Aunque estas afirmaciones están basadas en una alternancia de suposiciones, conceptos teóricos, clínicos, observaciones, creencias y reflexiones del propio Nagy, (Doherty & Sollee, 1992), existen varios estudios e investigaciones neurobiológicas (e.g Damasio, 2012; de Waal, 2009, 2013; Wohlleben, 2016 citado en van der Meiden et al., 2018b) que podrían respaldarlas ya que apuntan hacia la evidencia de posibles orígenes biológicos de equidad y cuidado recíproco, subrayando la importancia del dar y recibir para que las especies puedan sobrevivir (Heyndrickx, 2018). Esto apoyaría la convicción de Nagy de que la ética relacional no proviene de una perspectiva moralista ni religiosa, “conectada con la adjudicación, el valor de determinadas preferencias e idealismos” (Boszormenyi-Nagy, 1987, p. 243), sino que está naturalmente presente en individuos, familias y sociedades (Labanyi, 2009) y se basa en la certeza de que las relaciones inter-humanas son recursos para el crecimiento individual y para la salud (van der Meiden et al., 2018a).

Por esta razón, es fundamental clarificar que, aunque en la conceptualización y práctica contextual se la nombra la *dimensión ética*, no está enraizada en un determinado sistema de valores, juicios o principios abstractos prescriptivos para aplicar a determinadas situaciones o comportamientos, como tampoco supone la

adopción de actitudes altruistas o “auto-sacrificantes” (Boszormenyi-Nagy & Ulrich, 1981, p. 163) sino que se refiere a “la ética del vivir y del relacionarse” (Compton, 1998, p. 86).

Por consiguiente, debemos despegarnos de concepciones populares adheridas al término *ética*³⁴ que hacen referencia a valoraciones acerca lo correcto o lo incorrecto, y concebirlo como un constructo relacionado con las dinámicas familiares y relacionales y con el grado de preocupación y consideración acerca del bienestar, de lo que es justo y de lo que se debe a un individuo dentro de los contextos de una relación (Doherty & Sollee, 1992; Ducommun-Nagy, 2002). Esto no significa que la dimensión IV sea una esfera sin valor, sino que son los propios integrantes de la relación los que deben llegar a un acuerdo entre lo que merecen, lo que esperan recibir, y lo que deben dar (Boszormenyi-Nagy, 1987). Así, las consideraciones tipificadas acerca lo que va a estar bien y lo que va a estar mal son reemplazadas por evaluaciones y consideraciones dialécticas de la justicia relacionalmente contextualizada (Goldenthal, 1993)

Tal y como explicaremos con más profundidad *a posteriori*, este reconocimiento del papel central de la justicia en el mantenimiento de las relaciones, sumado a una connotación diferente del término *justicia*, abre muchas dudas, preguntas y debates ya que considerar una “neutralidad de valor” (Labanyi, 2009, p. 22) y un acuerdo de “valoraciones subjetivas” (Boszormenyi-Nagy, 1987, p. 236), puede resultar un proceso complejo y espinoso ya que requiere explorar aspectos que pueden ser bastante complicados de identificar pues pueden estar enquistados en diferencias que se asumen, se dan por hechas y dan forma a la naturaleza de la relación y que están enraizadas en viejas normas culturales y en muchos casos, en patrones de comportamiento esperados (Gabriel, 2009; Knudson-Martin & Mahoney, 2009; Silverstein et al., 2006). Esta cuestión será retomada en el siguiente capítulo y en la sección de la discusión.

Ahora, explicaremos un poco más en detalle esta cuarta dimensión.

La dimensión de la ética relacional existe en dos tipos de relaciones. Primero, en las relaciones verticales y jerárquicas, como por ejemplo entre progenitores e hijos y entre generaciones sucesivas (Hargrave & Pfitzer, 2003; van der Eerenbeemt & van

³⁴ Por ejemplo, “Conjunto de normas morales que rigen la conducta de la persona en cualquier ámbito de la vida” o “Parte de la filosofía que trata del bien y del fundamento de sus valores”(Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, n.d.).

Heusden, 1986). Estas relaciones, aunque teóricamente justas, son legítimamente asimétricas por naturaleza, lo que significa que tienen necesidades complementarias (Fish, 2000) y están reguladas por la *ética del cuidado* más que por *la ética de la equidad* (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986). Es decir, uno de los dos individuos tiene la responsabilidad de cuidar “proporcionándole al otro el contexto en el que crecer” (Fish, 2000, p. 505) y debe asumir esta asimetría y responsabilidad ya que de no hacerlo, emergería un “conflicto de intereses enorme”, una privación y un daño existencial a “los que no lo merecen” (por ejemplo, los hijos o personas con discapacidad, entre otros; Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 67). En segundo lugar, la ética relacional existe en las relaciones horizontales entre compañeros de posiciones iguales (como los cónyuges, hermanos y amigos) que tienen obligaciones y expectativas mutuas entre sí, y en las que se espera que cada individuo invierta niveles similares de amor y confianza a lo largo del tiempo y que por lo tanto haya simetría en “el dar y el tomar” (Hargrave & Pfitzer, 2003 en Sude & Eubanks Gambrel, 2017, p. 620; van der Eerenbeemt & van Heusden, 1986).

Nagy advierte que la ética relacional no garantiza *per se* una dinámica favorable ya que justamente, porque existe, emerge la posibilidad de que no sea respetada. Es más, Nagy y Krasner (1986) la consideran como la dimensión que tiene más influencia en la articulación relacional, de modo que las consecuencias de su quebrantamiento suelen ser la razón general de las manifestaciones sintomáticas y de las disfunciones familiares, conyugales y relacionales (presentes y también con implicación en las siguientes generaciones mediante el *revolving slate*³⁵) Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973. Esto será explicado en profundidad más adelante en los puntos de *injusticia* y *derecho destructivo*.

Pese a que nunca se debe perder de vista a las otras tres dimensiones, esta cuarta es la que establece las directrices más importantes del trabajo terapéutico ya que es en ella en donde se esperan obtener los resultados más efectivos y facilitadores del cambio. Ello sin olvidar que, tal como ya se ha comentado, la teoría contextual “no niega el valor de las otras dimensiones, sino que las acomoda y permite la inclusión tanto en la terapia individual como en la terapia familiar” (Bray, 1993, p. 15).

³⁵ Se ha optado por mantener el término en inglés debido a que su traducción literal no corresponde a su significado conceptual. Se podría definir como aquellas consecuencias, devenidas por el cuidado no cumplido, que resultan en reclamos injustos y, como tal, pasan a las generaciones futuras (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1986).

Dimensión V: Dimensión Óptica de las Relaciones

Esta quinta dimensión, presentada por Nagy en el año 2000 en la 14ª Conferencia Anual de la Asociación Húngara de Terapia Familiar, subsume las otras cuatro y se refiere a la “interconexión entre las personas que permite que el individuo exista como un ser relacional frente a un yo aislado” (Ducommun-Nagy, 2002 citado en Shannon, 2017, p. 1).

Aunque inicialmente Nagy nunca publicó nada acerca de ella³⁶, ni la calificó explícitamente como una dimensión, se han encontrado escritos datados en 1965 que hacen referencia a “la función óptica del Otro³⁷” y a la “dependencia fundamental del vínculo con el Otro” (Ducommun-Nagy, 2008, p. 190 citado en van der Meiden, 2019). Después de la muerte de Nagy, éstos escritos fueron retomados y explicados por los teóricos contextuales—principalmente por su viuda, Catherine Ducommun-Nagy—e incluidos en una dimensión diferente (Ducommun-Nagy, 2002). Catherine Ducommun-Nagy clarifica que cuando se escribió *Between Give and Take* en ese momento no se había conceptualizado ni presentado esta dimensión, lo que dejaba las cosas mucho menos claras. Para C.Ducommun-Nagy (comunicación personal, 15 septiembre, 2020) reconocer esta dimensión “es crucial para que el modelo de Nagy se comprenda y se pueda utilizar correctamente”, pero aún existen algunos autores como Barbara Krasner (coautora *Between Give and Take*) que en la actualidad siguen sin estar de acuerdo.

Sin entrar en el terreno de lo divino, lo espiritual o lo sagrado, sino integrando sus elementos idiosincrásicos, esta dimensión teoriza acerca de la experiencia humana universal (Ducommun-Nagy, 2002) y expone que todos los seres humanos somos inherentemente relacionales y que nos debemos a un imperativo óptico de relacionarnos éticamente en ese *dar y tomar* (Krasner & Joyce, 1995).

A pesar de la importancia que determinados autores otorgan a esta dimensión, considerándola como el axioma fundamental de la teoría contextual, la esencia de la ética relacional y la fuente de esperanza para restablecer las relaciones y para poder mejorar la comprensión del paradigma contextual (Ducommun-Nagy, 2002; van der Meiden, 2019), la mayoría de las publicaciones sobre terapia contextual solo nombran las cuatro primeras dimensiones.

³⁶ Motivo por el cual no la hemos nombrado al presentar el modelo que propiamente Nagy elaboró.

³⁷ Utilizamos mayúscula para distinguir el “otro” del “Otro” de la matriz dialógica de Buber en el que el otro es un Otro personalizado (para saber más, el arte de cuidar (Domingo Moratalla, 2013).

Una vez presentada la fundamentación teórica de la teoría contextual, así como sus principales características y dimensiones, explicaremos las investigaciones existentes que incluyen a la teoría contextual en su marco teórico y/o a la terapia contextual en sus procedimientos. Por lo tanto, no se incluirán aquí aquellas investigaciones que explícitamente se centran en el estudio de la ética relacional pues de ello se hablará en el correspondiente apartado elaborado con ese propósito.

1.3. INVESTIGACIÓN EN TERAPIA CONTEXTUAL

“Después de 30 años de aplicar la terapia contextual en diversos contextos, sigo creyendo que su mayor contribución es enseñarnos a vivir en el mundo de hoy, de manera que prevengamos consecuencias destructivas para las generaciones futuras” (Cotroneo, 2007, p. 270).

La teoría contextual, centrada en conseguir equidad relacional y reciprocidad en los asuntos humanos por medio de hechos de cuidado y confiabilidad, sigue siendo reveladora y aplicable a un gran rango de posibilidades terapéuticas (Horowitz, 2009). Para muchos autores resulta indudable su singular contribución a la psicoterapia, por el hecho de involucrar a toda la familia y centralizarse en aspectos relacionados con la justicia. Por ejemplo, Stierlin (1975 citado en van der Meiden, 2019) la calificó como un nuevo paradigma; y Goldenthal (1996) señaló que los objetivos de la terapia contextual son ampliamente admirados, sus suposiciones considerablemente respaldadas y sus conceptos extensamente prestados.

A pesar de su importancia en el establecimiento y desarrollo de la teoría de los sistemas familiares, y de su fuerte influencia en la práctica clínica (Carey, 2007; Fowers & Wenger, 1997; Nolan-Shmarkovskaya, 2018; Wagner & Reiss, 1995), la investigación que intenta medir y validar sus construcciones es escasa. Esta ausencia de estudios empíricos es aún más clara si se compara con otra literatura publicada sobre terapia familiar, como por ejemplo sobre el enfoque estructural, la terapia orientada a soluciones y la terapia estratégica (Dankoski & Deacon, 2000). Algunos autores sugieren que esta carestía arraiga en la dificultad de poder operacionalizar y probar empíricamente los constructos de la teoría contextual (en parte debido a la naturaleza subjetiva y personal de lo que es la ética; Shannon, 2017), así como en la complejidad para comprender en profundidad su contenido teórico (Rosenberg y Sandberg, 2004 en Sibley et al., 2015), en la dificultad para su aplicabilidad tanto en la investigación como en la práctica clínica (Bray, 1993; Goldenthal, 1996; Wilburn-

McCoy, 1993) y en el hecho de que los idiomas principales de las instituciones formativas de referencia en este modelo son el holandés y el belga, lo que reduce significativamente el acceso de la población (J. van der Meiden, comunicación personal, 10 de mayo, 2019).

El mismo Nagy (1987), manifestaba su preocupación acerca de que los conceptos centrales de su enfoque pudieran ser debidamente comprendidos. A pesar de esta complejidad, su aportación ha sido muy influyente y duradera—especialmente en el ámbito de la terapia familiar—y la investigación generada al respecto nunca ha cesado (Belous, 2015; Gabriel, 2009; Gangamma et al., 2015; Kwar et al., 2019; Khojasteh Mehr et al., 2018; Shannon, 2017; Sibley et al., 2015; van der Meiden, Verduijn, et al., 2019; van der Meiden, 2019; van der Meiden et al., 2018b; van der Meiden, Noordegraaf, et al., 2019; Wilson, 2017).

El hecho de que sea una teoría que reconoce que la experiencia humana se compone de realidades individuales y relacionales (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986) y que se presente como un modelo versátil e integrador que pueda ser empleado como modelo primario o bien integrado con otros modelos terapéuticos (Lyness, 2003), hace que sea de gran utilidad en una pluralidad de ámbitos y de terapeutas.

Además, es abundante la evidencia de que la terapia contextual ofrece herramientas conceptuales y metodológicas significativas para trabajar en múltiples clientes y contextos con situaciones complejas, y los clínicos la han encontrado útil en el trabajo con niños, adolescentes, adultos, parejas, familias (Adkins, 2010; Doosterlinck et al., 2011; Dutta, 2014; Gold, 2008; Schmidt et al., 2016; Shannon, 2017).

Algunas muestras de ello son las investigaciones publicadas acerca de la utilidad de la terapia contextual para mejorar el ajuste familiar y disminuir las conductas problemáticas de los hijos adolescentes (Delsing et al., 2005), para intervenir en adolescentes con dificultades que viven en centros residenciales (Lee, 1995), en familias en las que había habido incesto y parentalización (Haxhe, 2016) y, utilizada en combinación con otras intervenciones, como por ejemplo la “*Life Space Crisis Intervention*”³⁸ (LSCI) en niños y niñas con problemas emocionales y conductuales, concluyendo que su combinación permite una “comprensión más profunda del niño y de su contexto” que posibilita la mejora de las intervenciones (Doosterlinck et al., 2011, p. 13).

³⁸ Método terapéutico para jóvenes en crisis enfocado principalmente al contexto escolar (Doosterlinck et al., 2011).

Así mismo, algunos estudios sugieren su contribución—en el sentido de estimular una dinámica familiar favorecedora—en personas que se encuentran en procesos oncológicos y en sus familias (Brown et al., 1999), así como también con personas con VIH (den Hollander, 2009), con personas con problemas sexuales (Adams et al., 2001) y otros trastornos (Benjamin & Benjamin, 1994; Sibley et al., 2015).

Siguiendo en esta dirección, también hay publicaciones que subrayan su validez para trabajar aspectos relacionados con el restablecimiento de la confianza en personas que han experimentado una experiencia traumática severa (Horowitz, 2009; Lemaire & Despret, 2001) y su utilidad para comprender la influencia de la familia, las conexiones, los conflictos generacionales y la dinámica social en los patrones que inciden y perpetúan el abuso de sustancias y la adicción (Bernal, Rodriguez, et al., 1990; Soyez et al., 2004).

Dejando a un lado la aplicación más clínica, varios autores consideran que la terapia contextual es útil no solo en el ámbito de la terapia familiar en general, sino también en el ámbito de las teorías feministas y construccionistas sociales ya que sus principales conceptualizaciones son acordes y coherentes con la ideología feminista, lo que permite examinar las formas en que los legados se generan y se transmiten por género (Knudson-Martin, 1992), así como cuestionar los estereotipos de género que instigan los desequilibrios y las injusticias relacionales (Dankoski & Deacon, 2000). Para Grunebaum, “la terapia contextual y el feminismo convergen en muchos aspectos, así como por ejemplo, en sus objetivos y en sus valores implícitos” (1987, p. 648) y es por esta razón y por su “punto de vista único sobre el significado de la actualidad histórica y social” que “la terapia contextual enmarcada y llevada a cabo dentro de un paradigma feminista tiene implicaciones para el cambio social” y “está en condiciones de aclarar e interpretar las implicaciones del pasado social y de las injusticias cometidas contra los padres, la familia, el género o el grupo” (Grunebaum, 1987, p. 654). En esta línea, también existe evidencia de que el marco contextual proporciona herramientas conceptuales y metodológicas significativas para trabajar y contribuir a la comunidad LGBT³⁹ (Belous, 2015; Dankoski & Deacon, 2000), para reconocer y comprender a los progenitores homosexuales, así como a los de hogares adoptivos y de crianza (Rootes, 2013) a la vez que aborda cuestiones estigmatizadoras, de opresión, marginalidad y moralidad (Doherty, 1995; Dolan-Del Vecchio, 1998; Hargrave & Pfitzer, 2003; Hicks, 2006b ; McGoldrick, 1998; McGoldrick,

³⁹ LGBT acrónimo que identifica a las palabras lesbiana, gay, bisexual y transgénero. En la actualidad, se utiliza LGTBI (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transsexuales, Intersexuales, Queer).

Almeida, García Preto, et al., 1999; Tamases & Waldegrave, 1993 citado en Rootes, 2013).

También hay literatura que evidencia la importancia de la terapia contextual en justicia, especialmente en los procesos de custodia de menores y en prevención, ofreciéndose como un marco comprensivo, de apoyo y esperanzador, tanto para los padres como para sus hijos, con el objetivo de que las familias “puedan identificar las fuentes de confianza y desconfianza en sus propios legados de crianza, siendo así más receptivos a evaluar como sus acciones actuales afectarán al bienestar de sus hijos” (Cotroneo et al., 1992, p. 15) y en consecuencia, empoderándose y tomando responsabilidad de sus dinámicas relacionales en vez de que lo haga el sistema legal y judicial.

Por último, existen otros estudios más recientes (Dutta, 2014) que han señalado la utilidad de la terapia contextual como un recurso válido para complementar las políticas y los programas de emigración (generalmente útiles para abordar los aspectos más esenciales, pero insuficientes en ofrecer un enfoque integral y especialmente familiar), apoyando y acompañando a las familias que se encuentran en este proceso, facilitando que se puedan adaptar a la cultura que les acoge a la vez que se puedan sentir legitimados para expresar y reforzar sus valores familiares tradicionales (Dwairy & Dor, 2009).

Siguiendo el hilo de pensamiento de Boszormenyi-Nagy, quien creía que la terapia contextual era útil tanto en la resolución de conflictos familiares como de conflictos internacionales (ya que según este modelo, ambos serían consecuencia de edificar las relaciones sobre una base de desconfianza y de derechos destructivos) se puede deducir, tal y como se ha ido exponiendo, que esta terapia puede ser aplicada a todas las relaciones, ya sean familiares, interpersonales, como también a pequeñas comunidades y sociedades en su conjunto (Nolan-Shmarkovskaya, 2018). De hecho, después del 11 de septiembre de 2001 el propio Nagy trató de pensar en la posible mediación entre culturas y religiones utilizando la teoría contextual, y también sugirió que su enfoque pudiera ser utilizado para la resolución de conflictos en la Organización de las Naciones Unidas (Kurimay, 2007).

Tal y como propone Magistro (2014), en este presente atiborrado de redes sociales competidoras y de modos de comunicación tecnológicos donde los recursos del planeta parecen llegar a su extinción, puede resultar extremadamente interesante la aplicabilidad de la terapia contextual para fomentar la responsabilidad individual respecto la salvaguarda del medio ambiente para las generaciones futuras, como también para promocionar el cuidado, la genuinidad, la atención, la confiabilidad y la satisfacción relacional del individuo y de sus relaciones cercanas en un nivel más ético y menos estético (van der Meiden, Noordegraaf, et al., 2019).

Actualmente, la terapia contextual sigue siendo utilizada por terapeutas individuales, de pareja y familiares y en los últimos años se han publicado interesantes investigaciones que abren paso a nuevas propuestas y reflexiones que alientan una reactivación de la terapia contextual, principalmente en Países Bajos, Bélgica y los Estados Unidos. Aunque es en los dos primeros donde existe un interés creciente en la obra de Nagy y prácticamente el único lugar donde se ofrece una formación de posgrado en terapia contextual (J.van der Meiden, comunicación personal, 12 junio, 2019), esta sigue siendo utilizada por terapeutas de todo el mundo, y muchos de los programas de formación en terapia familiar de los Estados Unidos, Europa y Latinoamérica la incluyen en su plan de estudios (C.Ducommun-Nagy; comunicación personal, 15 de mayo, 2019).

CAPÍTULO 2. ÉTICA RELACIONAL

2.1. RECONSTRUCCIÓN DE LA TEORÍA CONTEXTUAL: ENTENDER LA ÉTICA RELACIONAL

2.2. AXIOMA: INTERDEPENDENCIA DE LOS SERES HUMANOS

2.3. ANTROPOLOGÍA CONTEXTUAL

2.4. PATOLOGÍA CONTEXTUAL

2.5. METODOLOGÍA CONTEXTUAL

2.6. INVESTIGACIÓN EN ÉTICA RELACIONAL

2.7. RESUMEN Y REFLEXIÓN FINAL

2.1. RECONSTRUCCIÓN DE LA TEORÍA CONTEXTUAL: ENTENDER LA ÉTICA RELACIONAL

Una vez trascendidos los dominios de lo biológico, lo psicológico y de las transacciones sistémicas, se alcanza la dimensión de la ética de la responsabilidad donde residen las consecuencias a largo plazo del hecho de estar en relación y relacionarse (Boszormenyi-Nagy 1986/87 citado en Compton, 1998).

Tal y como evidencian la mayoría de las investigaciones, y respaldan los autores y los terapeutas de la teoría contextual y de otros modelos teóricos, esta resulta ser una teoría complicada ya que su contenido—los conceptos y los principios metodológicos—están explicados de forma compleja y son difíciles de entender y de aplicar en terapia. Tal como explica van der Meiden (2019), Nagy describió muy poco su implementación y aplicación y muy probablemente, el propio Nagy se dio cuenta de ello cuando escribió que “para que la ética de la responsabilidad relacional pudiera devenir una directriz terapéutica, ésta debía de ser traducida en métodos terapéuticos” (Boszormenyi-Nagy, 1987, p. 296).

Aunque desde su formulación varios terapeutas e investigadores han orientado parte de su trabajo a convertirla en un modelo comprensible, accesible y aplicable (Goldenthal, 1993, 1996; Hargrave & Pfitzer, 2003; entre muchos otros), ha sido la contribución de Jaap van der Meiden (2019)—fundamentada en una interpretación exhaustiva de la teoría contextual y la terapia de Nagy—la que ofrece las mayores oportunidades para una mejor comprensión y, por ende, para crear oportunidades para un mayor desarrollo, claridad y eficacia del modelo.

Después de esta presentación más introductoria de la teoría y terapia contextual se proseguirá a explicarla con la debida consideración, profundizando en sus elementos centrales y explicándolos desde la perspectiva del axioma contextual, la antropología contextual, la patología y la metodología contextual.

Esta exposición más extensa y detallada de los constructos sigue las asunciones y argumentaciones de su fundador, Ivan Boszormenyi-Nagy, pero se presentan según la reflexión/organización/esquema elaborado por Jaap van der Meiden:

Para comenzar, busqué el axioma de la teoría contextual, el punto de partida al que se pueden rastrear todos los elementos de la teoría contextual. He resumido ese punto de partida como la interdependencia de los seres humanos. Luego

traté de extraer cómo, según Nagy, ese axioma se hace visible en las relaciones de los seres humanos y conduce a la definición de los conceptos centrales de la antropología contextual. Como tal, describe el núcleo de la ética relacional. La teoría contextual, sin embargo, también describe dónde, a nivel ético relacional, puede ocurrir injusticia, la llamada patología contextual. Aunque Nagy ha descrito muchos conceptos y elementos diferentes de la patología contextual, he buscado las perturbaciones fundamentales más importantes, los llamados conceptos centrales de la patología contextual. Finalmente, definí la esencia de la metodología contextual resumiendo los principios metodológicos coherentes según Nagy. (2019, p.42)

Como se puede ver en la figura 2, van der Meiden (2019) establece una distinción entre la antropología contextual, la patología contextual y la metodología contextual:

Figura 2. Esquema de los elementos centrales de la teoría y terapia contextual (van der Meiden, p.54, 2019)

AXIOMA	Interdependencia de los seres humanos
ANTROPOLOGIA CONTEXTUAL	<p>Interconexión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lealtad • Rendición de cuentas y responsabilidad • Contexto Intergeneracional <p>Justicia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Balance del Dar y el Recibir • Derecho a recibir (Entitlement)
PATOLOGÍA CONTEXTUAL	<p>Lealtad patológica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lealtad forzada • Lealtad invisible o indirecta • Lealtad dividida <p>Injusticia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derecho Destructivo
METODOLOGÍA CONTEXTUAL	<ul style="list-style-type: none"> • Contexto como recurso • Parcialidad Multidirigida • Diálogo • Exoneración

2.2. AXIOMA: INTERDEPENDENCIA DE LOS SERES HUMANOS

Tal y como se ha comentado previamente, la teoría contextual está arraigada en la comprensión ontológica-Buberiana del ser humano, que introduce la visión dialéctica y de dependencia del ser humano, y según la cual este, “suspendido en su angustia ontológica” experimenta un vacío total si no logra “entablar un diálogo personal significativo con un otro” (Wheeler, 2013 citado en Fife, 2015, p. 210).

Por consiguiente, no se trata de una dependencia funcional sino óptica que implica que el yo no puede existir sin antes estar relacionado con un *tú* (*I-Thou* en términos de Buber ⁴⁰) (Morgan & Guiherme, 2010). Además, el ser “no se encuentra ni en un individuo ni en los dos juntos” sino que se halla en el ámbito de lo “interhumano, es decir, en su diálogo en sí, en este “entre” que viven juntos” (Friedman, 2008, citado en Fife, 2015, p.212).

En este retomar la ontología de Buber de lo interhumano y conectar con la perspectiva fenomenológica⁴¹—que enfatiza la noción de completa unidad e interdependencia de los seres humanos—(Valle et al., 1989 citado en Fife, 2015), la teoría contextual concibe que no existe un yo en tanto que una identidad separada, sino que la vida “nace, se transforma y tiene sentido por lo que sucede ENTRE⁴² las personas, entre las personas y las cosas” (Colpaert, 2005, p. 136).

En términos contextuales, esta interdependencia se entrecruza con cuestiones éticas y dialécticas de derechos y obligaciones mutuas, pasadas y presentes y acaba confluyendo en la noción de *responsabilidad relacional mutua*: todo ser humano tiene el derecho ético de recibir atención y a la vez, la obligación ética de brindarla (Boszormenyi-Nagy, 1987). Esta responsabilidad resulta ser la estructura más profunda de las relaciones cercanas y el elemento primordial para que estas sean estables y duraderas (van der Meiden, 2019); cuestión que será abordada en profundidad más adelante.

⁴⁰ Para Buber, I-It y I-Thou son las dos relaciones fundamentales o actitudes básicas que constituyen la existencia humana. Para saber más se recomienda la lectura de Buber, M. (2006). *Yo y tú y otros ensayos*. Buenos Aires: Lilmod.

⁴¹ Aunque gran parte de los escritos de Buber resuenan con la tradición fenomenológica-existencialista, él nunca se identificó como un Existencialista (Scott, 2014). Para más información, se aconseja la lectura de Friedman, M. (1988). *Martin Buber's Life and Work*. Detroit, Wayne State University Press.

⁴² Mayúsculas mías. Remarcar que “la categoría del entre” (Buber, 1967, p.707) es sorprendentemente similar al “dominio del entre” de Gergen (Gergen, 1994, p. 217), tanto en el significado como en el énfasis, y ambos, al mismo tiempo, hacen la comparación con el concepto de Winnicott de *objeto transicional* (Winnicott, 1979). De igual forma, el énfasis de Buber en lo interhumano, en el diálogo y en el modo Yo-Tú de sostener una relación se compara con las conceptualizaciones intersubjetivas contemporáneas (Aron, 2013).

2.3. ANTROPOLOGÍA CONTEXTUAL

2.3.1. *Interconexión*

2.3.1.1. Lealtad

2.3.1.2. Rendición de cuentas y responsabilidad

2.3.1.3. Contexto Intergeneracional

2.3.2. *Justicia*

2.3.2.1. Balance del Dar y el Recibir

2.3.2.2. Derecho a recibir (Entitlement)

El concepto de Ubuntu⁴³ pone en el centro del pensamiento y de la acción del ser humano precisamente al ser humano entendido como comunidad. El ser humano mira a los otros seres humanos que conviven con él y se reconoce en ellos y conjuntamente, construyen un proyecto de sociedad. Es una forma de pensamiento que da una importancia elevada a la solidaridad, a la reconciliación entre las personas, a lo negativo que puede resultar el odio para el ser humano que odia. El que odia es el que más sufre y la lucha contra el odio, para perdonar y reconciliarse con el otro, está en el centro de la formación de una comunidad equilibrada y de esa filosofía. Son elementos de un pensamiento milenario africano que no se da solamente en Sudáfrica, pero que en esa zona recibe el nombre de Ubuntu. Desmond Tutú hablaba del Ubuntu como una de las grandes aportaciones que hace África al resto de la Humanidad. (Lozano, 2018)

El axioma preliminar acerca los seres humanos y sus relaciones interpersonales es elaborado desde una mirada antropológica-contextual y organizado en dos principios esenciales de la ética relacional: el primero, el de *interconexión de los seres humanos* y el segundo, el de la consideración de la *justicia* como principio regulador de las relaciones (van der Meiden et al., 2018b).

A continuación, se explicarán cada uno de estos términos, detallando y definiendo los elementos que los configuran.

⁴³ *Umuntu, nigumuntu, nagamuntu* que en zulú significa "una persona es una persona a causa de los demás."

2.3.1. Interconexión

“El ser humano se vuelve un yo en el tú” (Buber, 2013, p. 30).

La teoría contextual admite el supuesto de interconexión, que supone que “los individuos son seres relacionales que existen en conexión con otros y no pueden ser separados por ningún medio” (Shannon, 2017, p. 8). Se remarca otra vez el término *conexión* ya que implica una existencia conectiva más que una existencia aditiva, es decir, un lugar o espacio de conexión ontológica, donde los *selves* puedan ser y estar en relación. Tal y como se explicó previamente, Buber lo nombraba *el reinado de lo interhumano* o el *elemento de lo interhumano* (Buber, 1997)⁴⁴.

Resulta conveniente aclarar que “interhumano” no es sinónimo de “interpersonal”, sino que más bien, es la “concreción particularizada” revelada y manifestada en el momento particular y “auténtico” del diálogo genuino y del encuentro *I-Thou* (Kellebrew, 2006, pp. 18–19).

El *zwischen* es el ámbito de confluencia de las ocurrencias interhumanas, pues la relación, como hemos venido diciendo, no ocurre para Buber, ni en uno ni en otro de los participantes, ni tampoco en una zona neutra que abarque y determine, sino “entre los dos”, en una esfera a la que solo ellos tienen acceso. (Sánchez, 1984, p. 133)

Desde el prisma de la terapia contextual, esta formulación implica considerar y admitir unos supuestos inherentes al concepto de interconexión:

1. Las configuraciones mutuamente *ónticas* dentro de un sistema familiar constituyen una de las fuentes principales de la lealtad (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012).
2. El simple hecho de que “yo exista” (Compton, 1998, pp. 47–48) va más allá del ámbito fáctico y penetra en el ámbito de lo ontológico ya que provoca consecuencias para los demás. Entonces, para poder valorar la calidad de las relaciones personales hay que considerar las consecuencias que las acciones o inacciones de un individuo tienen para los demás (Fowers & Wenger, 1997), es decir, tener en cuenta la responsabilidad relacional.

⁴⁴ (Buber, 1948, 1957, 1997).

3. Esta responsabilidad relacional no atañe únicamente a los miembros de la familia sino también y sobretodo a las generaciones futuras (Fowers & Wenger, 1997). Es decir, existe una solidaridad transgeneracional (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986).

El siguiente pasaje de Nagy articula esta afirmación. (Todos los énfasis pertenecen al texto original):

Las relaciones familiares se potencian por el hecho de que los miembros están conectados entre sí por nacimiento (...) El peso de sus conexiones está enraizado en engendrar, convertirse, ser y merecer. A pesar de lo que eventualmente puedan hacer el uno para el otro, en primer lugar, la importancia que tienen el uno para el otro se invierte en su ser. Las comunicaciones y las transacciones inevitablemente contribuirán a la calidad de sus vidas juntos. Sin embargo, es la conexión *per se* lo que demuestra ser el factor de mayor consecuencia. (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 8)

De estos tres supuestos inherentes al concepto de interconexión (1., 2., 3.) emergen entonces, sus tres elementos centrales (van der Meiden, 2019):

2.3.1.1. Lealtad

¿Me has demostrado que puedes oírme, considerarme y preocuparte por mí? Si tus acciones demuestran que sí, para mí es natural sentir y actuar con lealtad hacia ti, o sea considerarte a ti y a tus necesidades. Tú me obligas por medio de tu apertura. Aunque ante un extraño quizás parezcamos dos enemigos trabados en lucha, solo nosotros podemos juzgar cuándo y de qué manera uno de nosotros pudo haber quebrado y traicionado nuestro vínculo de lealtad mutua. Nuestra lucha aparente puede ser nuestro modo de volver a saldar las cuentas de reciprocidad. (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012, p. 68)

Tal y como Nagy recupera en *lealtades invisibles*, el término *lealtad* deriva del vocablo francés *loi* (ley) por lo que implicaría “actitudes de acatamiento a la ley” (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012, p. 66).

Delimitando la posibilidad de significados que el vocablo puede comprender (morales, filosóficos, políticos y psicológicos) y definiéndolo en este contexto ético relacional, la lealtad puede ser definida como un “concepto ético con orígenes

de naturaleza típicamente dialéctica” (ya que su estructura interiorizada se inicia a partir de algo que se le debe a un progenitor y que implica un sentido—que no sentimiento—de obligación, equidad, justicia, defensa o apoyo hacia quien “se lo merece” y *triádico* porque implica un compromiso preferencial (una prioridad y elección) de una relación respecto a otra en base al mérito que ese sujeto se ha ganado (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012, p. 71).

Así, tal y como se acaba de comentar, en la teoría contextual, la noción de interdependencia apunta hacia el concepto de lealtad: una llamada ética, “un vínculo preferencial hacia aquellos que han realizado una inversión significativa en la existencia de uno” (Knudson-Martin, 1992, p. 245).

Según la teoría contextual (1987) ya al nacer, antes de poder realizar ningún ejercicio cognitivo ni de reflexión al respecto, estamos entrettejidos por unas dinámicas de lealtad que configuran expectativas acerca de lo que uno debe (y que por lo tanto a lo que ha de contribuir) *versus* aquello que es debido a uno (y que por lo tanto que puede esperar recibir).

Nagy distingue entre dos tipos de lealtad: por un lado, “la lealtad óptica⁴⁵, vertical o asimétrica (entre padres e hijos, entre una generación y la otra)” y, por otro, “la lealtad horizontal o lealtad ganada” (van der Eerenbeemt & van Heusden, 1987, p. 17). La primera está enraizada en el origen de los vínculos existenciales, la consanguinidad, la preservación de la existencia biológica y el linaje familiar. La segunda, está basada en el mérito obtenido en el curso de una relación y no tiene el carácter irreversible e incuestionable de las verticales (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012).

En consecuencia, las lealtades verticales son lealtades básicas⁴⁶, como fibras invisibles y perennes, irremplazables y resistentes a la distancia física, fundamentadas en leyes familiares que toman la forma de expectativas y legados⁴⁷ compartidos y

⁴⁵ Remarcamos el término óptico ya que esto implica una existencia real más que unos sentimientos de lealtad (van der Eerenbeemt & van Heusden, 1987).

⁴⁶ Básicas en el sentido que representan el compromiso más fundamental, es decir que existe una obligación no resuelta para con la familia de origen (J.van der Meiden, comunicación personal, 15 de mayo, 2020).

⁴⁷ En este sentido, el legado es una obligación pero también una opción. Por un lado (1) lealtad filial, implica un reconocimiento de lo recibido por nuestros progenitores (distinguir “quien me ha dado qué” y conocer las expectativas heredadas) y por otro lado, (2) rendición de cuentas, implica reconocer la responsabilidad que tenemos respecto lo recibido y teniendo en cuenta nuestros descendientes, definir en términos propios como las vamos a cumplir (Boszormenyi-Nagy, 1987).

vinculados a la justicia familiar⁴⁸, edificada a lo largo de los años (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; van der Eerenbeemt & van Heusden, 1986). Implican un código no escrito de regulaciones y sanciones a las que cada miembro está “eternamente” sujeto, y con las que tiene unos compromisos innegables; independientemente de si—consciente o inconscientemente—los acepta, rechaza y/o cumple.

Así, los legados son ese puente que conecta el pasado con el futuro, esto es, la transmisión multigeneracional de la lealtad (Dankoski & Deacon, 2000, p. 56); unos “vínculos de conexión entre los miembros de las generaciones pasadas y futuras” que determinan el grado en el que éstos se sentirán más o menos libres (dependiendo de la cantidad, calidad y distribución de estos recursos originales de confianza, méritos y justicia) para establecer relaciones cercanas y significativas fuera de la familia de origen (Krone, 1983 citado en Dankoski & Deacon, 2000, p. 56).

Además, la lealtad filial no es algo que los padres necesiten ganarse de sus hijos o que deban “forzar”, sino que consiste en una “preocupación dinámicamente obligada” (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 191) que surge naturalmente en los hijos⁴⁹ como respuesta de su reconocimiento de haber recibido la vida y el cuidado parental (Goldenthal, 1993). No obstante, tal y como apunta Nagy, esto no exime que los padres deban asumir la responsabilidad principal de ofrecer una crianza receptiva y atenta, que promueva la seguridad, el amor y que, en consecuencia, genere un legado de confianza para la familia.

Hay que tener en cuenta que mientras que la estructuración de la lealtad está determinada por la historia del grupo, la justicia del orden humano y sus mitos, la manera en como la lealtad será transformada en obligaciones⁵⁰ y cumplida por cada individuo dependerá del “complejo emocional de cada miembro en particular, de sus umbrales de culpa⁵¹ y de la posición que por sus méritos ocupe en el sistema multipersonal” (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012, p. 62).

Para Nagy una pregunta indispensable que todo ser humano debe hacerse es:

⁴⁸ Donde hay lealtad, hay mérito y la justicia hace relación a como este mérito está distribuido en un sistema de relaciones (Boszormenyi-Nagy, 1987).

⁴⁹ Kagan (1981) ahonda en este aspecto y puntualiza que este sentido de obligación para-con las expectativas de los padres se manifiesta a partir de los dos años (citado en Leibig & Green, 1999, p. 90).

⁵⁰ Referente a las obligaciones, Kelsen (1957, p.191) añade que es importante diferenciar, entre “la obligación en el sentido normativo del término y la idea de una norma como obligación ya que esto influenciará en su complejo motivacional y por lo tanto en llevar a cabo una conducta de conformidad con la norma” (citado en Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012, p. 141).

⁵¹ Su incumplimiento genera sentimientos de culpa que constituyen entonces fuerzas secundarias de regulación del sistema (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012).

¿qué es lo que debes? ¿te consideras un traidor si no cumples con las expectativas heredadas? (Frank, 1984, p. 8).

A pesar de las pocas investigaciones que existen acerca de la influencia de la lealtad familiar, Nagy (2012) expone que es una de las influencias esenciales en la configuración del individuo (especialmente en su disposición causal o motivacional) y varios teóricos como, por ejemplo Leibig & Green (1999) o van Hekken (1990), sugieren que juega un papel esencial en la configuración de sus relaciones futuras y se conecta con otros niveles sistémicos más visibles de la conducta de interacción y las comunicaciones.

En términos del marco pentadimensional propuesto, es importante distinguir entre los fenómenos estrictamente psicológicos del concepto de lealtad (sentimientos de lealtad) que estarían ubicados en la dimensión II, y aquellos que tienen su correspondiente estructuración motivacional, que están basados en una contabilización de méritos y créditos a lo largo de las generaciones y que tienen su realidad fáctica⁵² (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012). Por lo tanto, en la terapia contextual, la lealtad no es un concepto psicológico, basado en una reciprocidad emocional (van der Eerenbeemt & van Heusden, 1987) o en una preferencia enraizada en un sentimiento (aunque puede coincidir e incluso ser inseparable de él), sino que se trata de una lealtad ética, basada en el endeudamiento y la reciprocidad; en el balance mutuo de justicia y méritos (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012). En palabras del propio Nagy:

Es un concepto ético. La lealtad responde a un contexto de expectativas, éticamente justificables, en el que uno nace. En la medida en que es éticamente justificable, en ese sentido es un contexto de lealtad. Por lo tanto, no tiene nada que ver con qué siente. En terapia contextual no existe tal “cosa” como el “sentimiento leal”. Es un contexto ético que cada individuo lleva consigo, lo sepa o no. Piense o no en ello existe independientemente de nuestra percepción e incluso de nuestros propios procesos conscientes. (Doherty & Sollee, 1992, pp. 18–19)

Especialmente en momentos de transición del ciclo vital, las lealtades verticales se entrecruzan con las horizontales y emergen los llamados *conflictos de lealtad* (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012). Son períodos en los que como resultado

⁵² Realidad fundamentada en hechos o limitado a ellos, en oposición a teórico o imaginario (Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, n.d.).

de querer mantener la unidad y cohesión del sistema familiar pero también del deseo de incorporar otras propuestas relacionales, emergen una serie de esfuerzos homeostáticos, adaptativos y acomodativos, que lidian entre ambos imperativos. Aquí Nagy advierte que como puede resultar una situación difícil y conflictiva para el individuo—pues éste puede sentir que deba decidir o sacrificar determinadas maneras de relacionarse que eran válidas hasta el momento—, puede ser que la lealtad pueda cumplirse y consumarse por medio de formas patológicas (Simon et al., 2013) o conductas autodestructivas (Chacana, 2006). Estas, aunque en un nivel más observable o manifiesto pueden parecer y ser interpretadas como actos de separación y de deslealtad (por ejemplo, dejar de hacer un rol, evitar todo el contacto con la familia, y hasta actuar como si no se formara parte de ella), en otro nivel—invisible—son evidentes actos de lealtad pues el hijo se ofrece y se dedica a proseguir la dirección de los intereses del grupo familiar (Berger, 1993, citado en Chacana, 2006).

Se considera importante remarcar aquí que, puesto que el concepto de vinculación y relación está en un nivel superior que el de la interacción, ser miembro de una familia no es algo opcional y sobre lo que uno puede decidir. Es más, tal y como afirman Nagy y sus seguidores (1986, 1987), si uno opta por creer y hacer parecer que no lo es, “esto siempre irá en detrimento de su propio sentido de identidad” (Walsh, 2003, p. 377 citado en Manzi & Scabini, 2011, p. 572).

Así pues, cuando la lealtad hacia la familia de origen es forzada, ambivalente, negada o no reconocida, se transmuta en una fuerza que restringe las posibilidades individuales, que propicia la recreación de injusticias pasadas en las generaciones siguientes y por ello deviene una lealtad patológica. De ellos se hablará en profundidad más adelante, en el apartado de *lealtad patológica*.

2.3.1.2. Rendición de cuentas y responsabilidad⁵³

“Puedes ir al otro extremo del mundo para escapar de tu familia y quedar paralizado por la culpa existencial interhumana” (Friedman, 2002, p. 32).

Basándose en la premisa de que las personas tienen una tendencia innata a cuidarse mutuamente (van der Eerenbeemt & van Heusden, 1987), la teoría contextual

⁵³ *Accountability* y *responsability* en un principio pueden traducirse como “responsabilidad” pero si las contextualizamos, la palabra *accountability* no tiene un equivalente en español, aunque su significado se asemeja a la “rendición de cuentas”. Así, *responsible* se atribuye al que comete un acto y *accountable* a quien responde por las consecuencias del mismo.

subraya la cuestión ética de la *responsabilidad relacional* (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, pp. 11, 62), considerándola esencial para establecer relaciones humanas saludables y satisfactorias (lo que se refleja en el hecho de que inicialmente Nagy nombró a la cuarta dimensión la dimensión de la responsabilidad). Para explicarla, tomó los conceptos de cuidado y responsabilidad recíprocos y los formuló como principios éticos: si alguien necesita atención, tiene el derecho ético de recibirla y si uno se halla con alguien que requiere cuidado, éste tiene la responsabilidad ética de proporcionarlo (van der Meiden, 2019). Así, para la teoría contextual, estar en relación implica urdir una trama mutua de responsabilidades que conlleva el deber de atender a los intereses y al bienestar de todos los implicados, permitiendo que todos sean merecedores del reconocimiento de todos (Godbout, 2007 citado en Fombuena Valero, 2011).

El hecho que las personas en relación constituyan contextos éticos (Czubaroff, 2007) implica que, aunque éstas deban actuar en armonía con sus necesidades y prioridades, también deben reconocer y asumir responsabilidades y posibles cuentas a rendir; abandonando la creencia ilusoria de que pueden vivir su vida libre e independientemente, sin que impacte ni afecte a las personas significativas con las que están en relación. Por lo tanto, hay que asumir el hecho de que las personas, además de su vinculación sanguínea “están interconectadas por las consecuencias de sus acciones” (p. 8), y donde sea que haya consecuencias, “existe una potencial responsabilidad ética” (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, pp. 32, 67).

Retomando la concepción de responsabilidad desarrollada por Buber, Nagy también prescinde de formular una responsabilidad conectada con la idea de responder al otro en base a unos determinados valores o códigos de conducta y, en su lugar, opta por una concepción del término que indica un acto de devenir voluntario, auténtico, disponible y totalmente presente para poder acreditar y dar la debida consideración a un Otro en toda su singularidad, para que ello permita la emergencia de argumentos bilaterales que posibiliten la cocreación de contextos relacionales justos. Siendo así, solo aquellos *encuentros reales*, de los que únicamente puede emanar una *responsabilidad genuina* permitirán descubrir lo que es correcto hacer en una determinada situación (Buber, 1955, p. 16 citado en Fife, 2015, p. 216).

Siguiendo esta argumentación, cuando una generación explora sus compromisos y se responsabiliza de sus actuales relaciones, esto favorece a las

siguientes generaciones, ya que promueve una profilaxis ante la generación de “roles y dinámicas patológicas” a la vez que ofrece oportunidades de reconciliación (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1984, pp. 224, 245, 376).

Existe suficiente evidencia acerca de como las generaciones resultan afectadas por las consecuencias del pasado, especialmente sobre las afectaciones que incumben a los niños, ya que éstos, al ser los más vulnerables, son la máxima expresión de “legados cautivos del comportamiento pasado y presente” (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 12).

Ahora bien, la voluntad de preocuparse por las consecuencias no es sinónimo de conocimiento predictivo sobre las proyecciones futuras del pasado y el presente. Esto, por supuesto, sería una tarea humanamente imposible.

2.3.1.3. Contexto Intergeneracional

No podemos salir del contexto de nuestras raíces generativas. Una nueva familia no comienza como una pizarra en blanco (...) la naturaleza de las relaciones en una familia se basa en estos legados y lealtades que se extienden a través de las generaciones. (Adams & Maynard, 2004, p. 2)

Un concepto central que plantea la teoría contextual en esta visión de la dimensión ética como base de las relaciones (van der Eerenbeemt & van Heusden, 1987) es el de *contexto intergeneracional*. Este término, doblemente trascendente, expresa la “interconexión dinámica y ética-pasada, presente y futura-que existe entre las personas cuyo ser tiene importancia para cada una de ellas” (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 8). Así, el individuo, con sus necesidades, es vinculado con el aspecto relacional de su ser (Ruzgyte, 2011), pero eso a la vez va más allá del aspecto meramente intrapsíquico e interpersonal que se manifiesta en el aquí-y-ahora, ya que incorpora elementos multi individuales, sistémicos e intergeneracionales. A resultas, las identidades de los miembros del sistema familiar además de ser afectadas por las conexiones y relaciones que estos establecen, muestran en una especie de continuidad intergeneracional, en la que mediante unos valores, significados, rituales, asignación de roles, patrones funcionales y disfuncionales son acordadas e-implícita o explícitamente, e independientemente del *darse cuenta* de sus miembros-tienden a ser repetidas a lo largo de las generaciones (Cigoli & Scabini, 2006).

Por lo tanto, tal y como sugieren McGoldrick y Carter (2003) el *campo psíquico* es mucho más amplio que el espacio dual creado por la relación entre padres e hijos: al menos es un sistema trigeneracional (McGoldrick & Carter, 2003) o, más simplemente, un sistema multigeneracional (Bowen, 1978; Manzi et al., 2006).

Es por ello por lo que Nagy enuncia que el ámbito de lo intersubjetivo es triádico⁵⁴, es decir, en cada relación diádica hay un *tercero imaginario* (la próxima generación) que debe ser considerado (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, pp. 92, 191), y que se alinea con el *tribunal transgeneracional*, una extensión del libro mayor de padres e hijos. Este tercero imaginario considera y prioriza fundamentalmente “el bienestar de la posteridad y la equidad multilateral en la relación de los contemporáneos” (Boszormenyi-Nagy, 1987, pp. 308-309). Meulink-Korf y van Rhijn lo llamaron *el tercero insospechado*⁵⁵ (Meulink-Korf & Rhijn, 2016).

Esta conexión ética que existe entre los seres humanos de distintas generaciones, se expresa en mandatos y legados, que tal y como se ha definido previamente serían aquellos “imperativos éticos que se originan a partir de reclamos justificados y que deben ser considerados tanto por nuestros predecesores como por nuestros sucesores” (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 128) y que conformarían la *solidaridad transgeneracional* (Boszormenyi-Nagy, 1987; Meulink-Korf, 2018). Como resultado de las conexiones inherentes que les unen con sus antecesores y descendientes por el hecho de haber recibido y dado vida y en consecuencia y correspondencia al mérito que sus padres se ganaron por el cuidado y el sustento que proporcionaron, los hijos están obligados a dar a la siguiente generación. Por lo tanto, nadie (ninguna generación) es completamente libre de las *obligaciones transgeneracionales* de cuidar (Knudson-Martin, 1992). De acuerdo con Nagy, la cuestión no reside en si los legados y mandatos se transmitirán o no (pues todos lo harán), sino en cómo serán transmitidos, ya que no todos lo serán de manera que beneficien a la posteridad⁵⁶. Entonces, “dependiendo de si benefician o no a la prosperidad, en el sentido de equidad, diremos que son justos o injustos” (Boszormenyi-Nagy, 1987, p. 213).

⁵⁴ Nombrada por Krasner y Joyce como 'la tríada elemental' (Krasner & Joyce, 1995, pp. 40–41): los padres están obligados a brindar atención a sus hijos, en representación de la próxima generación.

⁵⁵ *Unexpected third* (Meulink-Korf & Rhijn, 2016). En el sentido que siempre hay un tercero inesperado (la próxima generación) que hay que tener en cuenta.

⁵⁶ Por ejemplo tal y como aclara Nagy, “cuanto más sutiles o involuntarias son las expectativas de los padres, más difíciles son para los jóvenes” (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 130).

2.3.2. Justicia

“La justicia es un don existencial” (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012, p. 80).

Querer explorar el concepto de justicia en el ámbito de la familia resulta una tarea ardua y difícil. Además, hablar de ella implica hablar de muchos conceptos relacionados.

En su interés por la cuestión ética, la teoría contextual consideró de un modo muy particular el término de justicia para que pudiera ser aplicada en el marco del contexto familiar (van der Meiden et al., 2018b) y propuso el término de *justicia relacional*, que hace referencia al hecho de considerar y responder a las necesidades de las personas con las que uno está en relación, es decir, corresponder al derecho que el otro tiene de recibir (Boszormenyi-Nagy, 1987; Boszormenyi-Nagy & Ulrich, 1981; van der Eerenbeemt & van Heusden, 1987). Por lo tanto, aquí justicia no supone un concepto jurídico sino ético acerca de las obligaciones interpersonales (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012) y hacia la que, según apunta Nagy, el ser humano tendría una tendencia innata (Adkins, 2010; Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986).

Esta justicia relacional propuesta por la teoría contextual surge cuando las personas valoran cuidadosamente sus intereses y los de los demás, y comprenden las esferas de los derechos y las responsabilidades. Promover esta justicia mejora el bienestar individual y colectivo, y sus consecuencias se prolongan a lo largo de las generaciones (Boszormenyi-Nagy, 1987). Además, su consideración implica contemplar aspectos que tienen que ver con la calidad de vida y la supervivencia de la especie, es decir, la preocupación por los intereses y el bienestar de la posteridad (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986).

En esta aplicación del término de justicia al ámbito familiar, Nagy propone la idea de un *libro de cuentas multigeneracional* e históricamente gestado, que registraría, de manera permanente “el balance de mutualidad en el toma y daca” (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012, pp. 89, 92). Este libro implicaría una contabilización de las contribuciones y las retribuciones que han existido entre los miembros de la familia y, por lo tanto, un balance respecto al grado de justicia e injusticia que está presente en sus relaciones. Para Nagy y sus seguidores, este libro—que siempre exige un balance equilibrado—llega a ser la estructura relacional básica a través de la cual los miembros del sistema integran una norma generalizada de reciprocidad entre

las necesidades y aspiraciones individuales y las cuentas presentes y pasadas de reciprocidad de toda la familia (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012).

Retomando la consideración de Nagy y sus colegas acerca la tendencia innata y el deseo universal del ser humano hacia la justicia (1987), resulta importante señalar que la justicia relacional que ellos formulan no se somete a unos determinados valores culturales o religiosos, así como tampoco es objetiva ni subjetiva⁵⁷, sino que depende de la realidad del dar y del tomar y de una convalidación intersubjetiva consensual y contextual. Ello implica que es una justicia sin tribunal ni juez, en la que emerge un *tribunal relacional intrínseco*, determinado en ese encuentro y compuesto por las personas que participan en él. Justamente es la propuesta de este “tribunal contextualizado” la que produce cierta controversia debido a que, de ser así, diferentes personas y grupos en relación tendrán diversas definiciones de equidad relacional con la posibilidad de que algunos—dependiendo del punto de vista culturalmente normativo desde el que sea observado y evaluado—sean percibidos como más justos que otros (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012, p. 92).

Además, los teóricos contextuales insisten en que conocer la existencia de esta justicia relacional no debe suponer estar a la expectativa y fantasear con relaciones libres de injusticias o de comportamientos hirientes; como tampoco esperar una contabilidad implacable o una exigencia de igualdad entre las partes. De hecho, una distribución de la justicia exacta es algo idealizado e inabarcable y además, cuanto más cercana sea una relación, más conflictos de intereses habrán (van der Eerenbeemt & van Heusden, 1987) ya que nadie es capaz de mantener un rendimiento ideal continuo frente a un otro todo el tiempo, como tampoco nunca va a existir una relación que suponga una confluencia perfecta entre los intereses de sus miembros (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012).

Es decir, se trata de una reciprocidad en el cuidar que entraña una responsabilidad de hacer un esfuerzo honesto para considerar los intereses de los demás, en lugar de hacer una contribución de “igual valor” y que nunca será valorada “momento a momento”, ya que las ventajas y desventajas oscilarán en función de los sucesos vitales que vayan ocurriendo, y lo que importa es el balance de justicia a lo largo del tiempo, de manera que sus integrantes tengan el sentir de

⁵⁷ Un solo miembro de la familia no puede determinar si el libro mayor está equilibrado; sino que esto debe valorarse y acordarse desde el punto de todos los miembros de la familia involucrados.

que ambos han “mantenido más o menos el mismo ritmo” (Ulrich, 1983, p. 189 citado en van der Meiden, 2019). Para ello, es imprescindible que los individuos aprendan a discriminar las necesidades del otro como válidas pese a ser distintas de las propias y confronten—consciente o inconscientemente—las cuentas de reciprocidad, “ajustando y compensando la asimetría de los intercambios y de las ventajas” (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012, p.182). Únicamente resultará un “balance injusto” cuando una de las dos partes haya invertido en demasía respecto a la otra a lo largo de un periodo de tiempo significativo (Nolan-Shmarkovskaya, 2018; van der Eerenbeemt & van Heusden, 1987, p. 44).

Por la importancia que entraña para la comprensión de la teoría de Nagy, se insiste en clarificar que justicia no quiere decir igualdad, sino que representa un principio de equidad⁵⁸ personal entre la “cantidad de dar y recibir y la capacidad de cada persona para devolver lo recibido” (van der Eerenbeemt & van Heusden, 1987, p. 9). Tampoco es un valor, ni un concepto estático ni inmutable, sino que presupone un “diálogo permanente sustentado en la acción”⁵⁹ (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012, p. 125), que buscará mantener un balance dinámico entre las dos acciones humanas fundamentales del recibir y el dar y, por lo tanto, en tratar de forma responsable tanto a uno mismo como a los demás (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012). Por último, hay que considerar que al ser dinámico implica la posibilidad de transformación a largo plazo, lo que conlleva la necesidad de que sea periódicamente revisado (Fowers & Wenger, 1997).

De acuerdo a lo planteado, esta consideración de la justicia tiene un sentido transpersonal ya que plantea que “la gratificación recíproca como meta trasciende las necesidades individuales” (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012, p. 79). A la vez, propone que el individuo, de acuerdo con su propia fórmula de contabilidad existencial, lleve a cabo acciones de auténtica responsabilidad, para que pueda estar en armonía y conseguir un equilibrio entre sus necesidades y expectativas con las de las personas y el mundo que lo rodea (Boszormenyi-Nagy, 1987).

Es innegable la conexión e influencia que existe entre esta comprensión del término de justicia y la concepción Buberiana que supone que todas las relaciones

⁵⁸ Es decir, si hay justicia entre las personas, hay equidad. Según explica van der Meiden (comunicación personal, 17 de junio, 2019) la justicia es la raíz. Así, el lugar donde el balance de justicia puede ser visible es en el intercambio del dar y el tomar.

⁵⁹ Se refiere al principio dialéctico de la teoría contextual (Boszormenyi-Nagy, 1995, p. 34) que supone que derechos y obligaciones éticas pueden darse simultáneamente ya que mérito, deuda, derecho y culpa están vinculados dialécticamente (Stierlin, 1975 citado en van der Meiden, 2019, p.3).

humanas están finalmente fundamentadas en un *orden global* y en un *tribunal supremo* (más que contextualmente delimitado), que configura “la justicia del orden humano, que puede entenderse como un criterio cuasi objetivo de equidad interpersonal” (Boszormenyi-Nagy, 1987, p. 306), y como una fuerza reguladora supraindividual que supone que las acciones del individuo—y por tanto sus injurias—infringen no solo en sus relaciones más cercanas y significativas sino en “la justicia del orden humano que lo circunda y que, por lo tanto, impactan en toda la existencia humana común (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012, p. 91).

Nagy y sus seguidores señalan que el hecho de introducir la justicia como concepto dinámico central de la teoría familiar, y profundizar en el análisis de este dar y recibir responde a la convicción de que es la distribución justa de los beneficios y las cargas en las relaciones a largo plazo (o sea, la justicia relacional) la que permite que se genere confianza entre las personas y se cimiente la base desde la cual estas constituyen relaciones estables, fundamentadas en el diálogo, el bienestar y la satisfacción (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012; Boszormenyi-Nagy & Ulrich, 1981; Czubaroff, 2007).

En el próximo punto se ahondará en la cuestión de como el dar y el recibir se entrelazan con la confiabilidad, es decir, “con el grado de justicia interhumana existente a lo largo de un tiempo” (Czubaroff, 2007, p. 27) y para la teoría contextual, requisito crucial para que las relaciones sean viables, cercanas y duraderas (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986).

2.3.2.1. Balance⁶⁰ del Dar y el Recibir

Entonces, el primer paso fue “confianza”. Y noté que en muchas personas que trabajan con esquizofrénicos, la “confianza” es especialmente, un requisito fundamental.

Entonces dije: “¿y qué hace que la confianza sea relacional?” Bueno, la confiabilidad encaja con la confianza. Uno puede confiar cuando hay alguien digno de confianza, por lo tanto, es un elemento relacional... ¿Qué posibilita la confiabilidad? Relaciones confiables y justas. Es en este punto donde surgió la justicia, la equidad y luego ¿cómo concebir el balance de justicia? Es entonces

⁶⁰ Nagy habla de más de 20 tipos de balance (p.ej. balance de justicia, balance de confianza, balance de equidad, balance del dar y tomar, balance de méritos, balance de poderes motivacionales etc.). Por lo tanto, lo utiliza de diferentes maneras en función del elemento de la relación que quiere enfatizar. Además, para Nagy, equilibrio y balance es lo mismo.

cuando llegas a la ética relacional. (Doherty & Sollee, 1992, p. 11)

Tal y como se expuso en el apartado en el que se habló acerca de la *interdependencia de los seres humanos*, Nagy desarrolló la idea de “dependencia óptica entre personas estrechamente relacionadas” para explicar la base de tal interdependencia (Boszormenyi-Nagy, 1987, p. xvi). Según la teoría contextual, ésta, sumada a un sentido innato de la justicia y a la necesidad de reciprocidad y rendición de cuentas, motiva a las personas involucradas en una relación a mantener una obligación ética de dar y cuidar como también un mérito adquirido o derecho a recibir (Bray, 1993). Así, *dar y recibir* son realidades relacionales objetivas que existen independientemente de que sean reconocidas y admitidas en la relación y pasan a ser esenciales para un funcionamiento adecuado y satisfactorio del individuo y para el sostén relacional más profundo tanto de la familia como de otras relaciones cercanas (Boszormenyi-Nagy, Grunebaum, & Ulrich, 1991; Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986).

Desde la perspectiva contextual, el “dar” y “el deber de dar” es igual de importante que “el recibir” y “el derecho a recibir”. Además, para que este “dar” y este “recibir” puedan ser saludables—en el sentido de que tanto el dador como el receptor se beneficien—deben ser espontáneos (Goldenthal, 1993, pp. 9, 111). Es decir, uno no da “porque le toca dar” en respuesta a obligaciones “congeladas” propias de un “rol fijo” sino que uno (el sí-mismo como agente libre y responsable) da “libremente”, desde una “responsabilidad auténtica” que emerge de un rol más poderoso que cualquier obligación establecida (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012, p. 47). Cuando esto es posible, *dar y recibir* impulsan la confirmación mutua y entonces, la entrega justa—ideal por parte de uno de los miembros—impulsa y facilita la entrega justa—ideal para el otro miembro—, promocionando un intercambio justo y, por tanto, una dialéctica de recibir a través del dar justa. En otras palabras, la entrega real permite al receptor también recibir; de lo contrario la donación se vuelve unilateral (Boszormenyi-Nagy, 1995, citado en Compton, 1998).

Insistimos en uno de los puntos que de no ser comprendido puede generar gran confusión y dificultad para entender la propuesta de la teoría contextual: hay que aclarar que tal y como se ha explicado anteriormente, este *dar y recibir* difiere según estemos considerando relaciones simétricas o asimétricas: En las relaciones verticales y asimétricas, la simetría en el intercambio nunca se consigue ni se debe conseguir y, por lo tanto, no puede funcionar como la medida de equilibrio. Por lo

tanto, si bien a medida que los niños van creciendo se capacitan para poder dar a sus padres cada vez más—y lo hacen siempre que éstos faciliten las oportunidades para que puedan hacerlo—naturalmente los padres deben ofrecer cuidados sin expectativas de retornos simétricos (sobre todo en fases iniciales y finales de la vida). Esto no supone una desventaja o movimiento perjudicial para los padres ya que ellos mismos han acumulado un superávit en su propia infancia que es el que pueden usar gratuitamente o libre de deudas para la próxima generación (Meulink-Korf & Rhijn, 2016; van der Meiden et al., 2018b). En estas relaciones, por tanto, la justicia deja de ser evaluada en términos de balances equitativos y pasa a serlo en términos de recompensas internas como, por ejemplo, la obtención de derechos ganados por los cuidados ofrecidos, las satisfacciones emocionales propias de testimoniar el crecimiento de los hijos y la recepción de sus muestras innatas de afecto. Así, la expectativa de los padres debe radicar en esperar que sus hijos puedan saldar la deuda que tienen con ellos⁶¹ dando de manera adulta en las futuras relaciones⁶² que vayan estableciendo, más que en recibir una retribución directa por parte de sus hijos (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012 citado en Sude & Eubanks Gambrel, 2017, p. 621).

En cambio, en las relaciones horizontales y, por tanto, asimétricas, la justicia sí que es evaluada en términos de balances equitativos entre el dar y el recibir y, por tanto, sí que se podría concebir la reciprocidad como el elemento para estimarla (Compton, 1998).

Confianza y confiabilidad.

“La confianza (*trust*) se basa en la confiabilidad; la confiabilidad (*trustworthiness*) se basa en la fiabilidad (*reliability*); y la fiabilidad (*reliability*); se basa en la equidad (*fairness*) en las relaciones “ (Dwyer, 1987, p. 170).

Una vez expuesta más detenidamente la cuestión del dar y del recibir, y retomando el punto anterior, se considera importante exponer las implicaciones que este dar y recibir tiene con la cuestión básica y nuclear de la confianza. Según propone la teoría contextual, el balance entre dar y recibir determina la justicia relacional. Ésta es la fuente fundamental de las relaciones cercanas y confiables y,

⁶¹ Aunque nunca podrán devolver a sus progenitores lo que éstos les han dado (Sude & Eubanks Gambrel, 2017).

⁶² Este dar no debe ser *sine qua non* un acto procreativo sino que también puede tener la forma de un crear artístico, de un proyecto etc...

por lo tanto, estables en el tiempo (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; Boszormenyi-Nagy & Spark, 1984; Ulrich, 1983). En consecuencia, confianza y confiabilidad brotan de la justicia, o sea, del hecho de haber considerado el bienestar y los intereses de los implicados en una determinada relación y actuar en correspondencia, o sea, con acciones que beneficien a ambos (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; Czubaroff, 2007; Schmidt et al., 2016; Sude & Eubanks Gambrel, 2017).

Cuando los miembros de la familia pueden estar cada vez más en sintonía con lo que es justo con respecto a sus propias necesidades y las de los demás, la confianza y la confiabilidad emergen y se entrelazan para producir una espiral creciente de balance relacional entre ellos, lo que potencia su capacidad para dar y recibir espontáneamente (Goldenthal, 1993) y para cuidar de la relación a largo plazo (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986).

Por consiguiente, el hecho de confiar y ser digno de confianza no resulta de una valoración ingenua del otro o de la propia interrelación, sino que se establece en base a criterios reales (un intercambio real, fundamentado en una acción) que indican balance, por lo tanto, justicia relacional y en consecuencia derecho apropiado de confiar (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012).

Retomando la comprensión del intercambio no simétrico en las relaciones verticales, es evidente que los elementos que constituyen este intercambio del dar y del tomar, si son únicamente valorados en el aquí y ahora, estarán sesgados (Hargrave & Pfitzer, 2003) y pueden ser estimados como injustos. Sin embargo, tal y como clarifica Nagy (2012) se van equilibrado inter-generacionalmente a lo largo de varias generaciones para construir una atmosfera de equilibrio entre la confianza y la desconfianza.

Nagy y Krasner (1986) exponen que, justamente debido a que todos los individuos necesitan relaciones confiables, es la falta de confiabilidad la condición patógena primaria de vida y que, por ello, tal y como se profundizará más adelante⁶³, posibilitar que la confianza emerja o se restablezca es la tarea principal de la terapia contextual. Ulrich destaca la centralidad de la confianza relacional de esta manera: “Sin ignorar la importancia del afecto, ni pasando por alto el elemento de poder siempre presente, mantenemos que es la confiabilidad el elemento crítico para mantener unidas las relaciones”(1983, p. 189).

⁶³ Ver 2.5 Metodología contextual

El dar de más y no recibir. El dar de menos y el exceso de derechos: la corrupción del dar y el recibir

Tal y como se ha explicado, todos los individuos tienen el derecho y la necesidad no solo de recibir, sino también de dar a los demás. Será en el acto de dar que el dador puede validarse a sí mismo—por reconocimiento del otro—como también aumentar su mérito por el hecho de haber tenido en consideración las necesidades de los demás. Ahora bien, no se trata de un dar aleatorio, automatizado y sin reparar en el sujeto-receptor concreto al que se va a dar. Si fuera así, el acto de dar podría parecer altruista y generoso y, sin embargo, tratarse fácilmente de una dinámica destructiva, que debilite, aisle y vaya en contra de la autonomía, tanto del dador como del receptor (Goldenthal, 1993). Además, según sugiere la teoría contextual, este dar en exceso (forzadamente o sin conciencia y libertad) ocurre no tanto por un deseo de hacerlo, sino por una incapacidad de recibir (a pesar de haber dado tanto y hecho tanto, la persona no se siente legitimada para poder recibir) lo que resulta más en un *tener que dar* que en un *querer dar*. Ello podría dar lugar a que algunas personas que lo cultivan se puedan sentir utilizadas, explotadas, enfadadas y sumergidas en ciclos imperecederos de autodestrucción. Además, con el tiempo, dar de más carga al receptor disminuyendo y hasta bloqueando las posibilidades para que éste pueda hacer una contribución—un retorno justo. Por lo tanto, este exceso de donación no sirve ni para el donante ni para el receptor (Compton, 1998, p. 111).

En el otro extremo a los que *dan de más*, estarían los *overentitled* (exceso de derecho) o los *under-giving* (dificultad en el dar)⁶⁴ (Boszormenyi-Nagy, 1987; Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986). Como el término se presta a que sea fácilmente malentendido, se retoma esta afirmación de Nagy (1987) la cual clarifica que, por un lado, “haber obtenido derecho no necesariamente conduce a un sentido de derecho y, por otro lado, es posible sentirse con derecho sin haber obtenido el derecho real” (p.245). Es decir, una vez más se vuelve a la diferencia fundamental planteada por la teoría contextual, a saber: distinguir entre las dimensiones II y IV. Además, no es que el sujeto tenga un exceso de derechos por haber dado de más, sino que los tiene a merced de haber recibido daños importantes en el pasado (por ejemplo, unos padres que privan a sus hijos están aumentando su derecho intrínseco) y por los que el contexto actual no ofrece una respuesta adecuada. Como resultado, el sujeto se

⁶⁴ Se siguen conservando los términos originales en el manuscrito por la dificultad de encontrar un término equivalente en castellano.

enquista en esta condición de retención, y la dinámica dialéctica de recibir a través de dar y del dar a través del recibir se ve seriamente perturbada.

2.3.2.2. Derecho a recibir (Entitlement)

“¿Cómo puedo aumentar mis propios sentimientos de valor contribuyendo a los demás de una manera que tenga sentido para mí?”(Goldenthal, 1996, p. 31).

Una vez más, para poder aprehender el significado de este concepto tal y como lo plantea la teoría contextual es fundamental distinguirlo de su significado más popular. Por ejemplo, fácilmente se le puede comprender en términos legalistas del tipo “tengo derecho a” y “tengo el derecho de”, como también en términos más psicológicos (individual-sentimentalista-egoísta) es decir, con un estado de derecho, transmitiendo un sentido o sentimiento de derecho y reclamándolo en un nivel subjetivo individual y unilateral. En cambio, en la teoría contextual, el término *derecho* es un concepto que pertenece a la dimensión de la ética relacional y que difiere de estas comprensiones legales y/o psicológicas. De esta manera, *derecho a recibir* o *entitlement*⁶⁵ es:

Un fenómeno que existe entre las personas. Es decir; aunque yo pueda tener (el) derecho, esto no implica que exista en mí como un fenómeno individual. No es una construcción de un fenómeno individual como la cognición o el afecto. En otras palabras, no puedo pensarlo o sentirlo y así hacerlo realidad. No puedo determinarlo unilateralmente, o incluso consensuar con los demás lo que se da por naturaleza relacional. Lo que sí se puede es adquirirlo, ganarlo. (Compton, 1998, p. 69)

Esta definición ya entrevé complejidad. Además, a lo largo de la obra de Nagy el término aparece de varias formas, sugiriendo también diferencias de significado. Por ejemplo, se encuentran: “derecho constructivo”, “derecho de propiedad intelectual”, “derecho inherente”, “tiene derecho a”, “derecho destructivo” y “sobre derecho” lo que puede dificultar aún más su comprensión (Compton, 1998, p. 93).

Para empezar, la teoría contextual distingue dos tipos de derecho que, aunque profundamente relacionados entre sí, también difieren de manera importante. El primero es el derecho existencial a un dar justo (*fair giving*) y el segundo el derecho

⁶⁵ Se siguen conservando los términos originales en el manuscrito por la dificultad de encontrar un término equivalente en castellano.

existencial a un recibir justo (*fair receiving*) (Boszormenyi-Nagy, 1987).

El primero se relaciona con un “derecho natural” (Dillen, 2004, p. 64 citado en Doosterlinck et al., 2011) que implica un derecho inherente a recibir la debida consideración de otros y, por lo tanto, es propio de la relación progenitores-hijos (van der Eerenbeemt & van Heusden, 1986). Los niños, por el simple hecho de ser y existir (Compton, 1998; Knudson-Martin, 1992), disponen de legitimidad para reclamar a sus padres: tienen derecho a recibir unos cuidados y una atención que aseguren su supervivencia y la crianza que se merecen, independientemente de si los padres disfrutan haciéndolo o no. Tal y como apuntan Krasner y Joyce (1995, p. 38), “La vida y la existencia de una persona en sí conllevan singularidad, dureza y derecho. Soy, por lo tanto, merezco”. Por consiguiente, no es un derecho ganado, sino que es un derecho fundamentado en su vulnerabilidad, dependencia y su inherente indefensión, y a través del cual los padres ganan mérito (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012).

El otro tipo de derecho es el *mérito, derecho constructivo* (Boszormenyi-Nagy, 1990, citado en van der Meiden, 2019) o *derecho ético* (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986). Este derecho es un concepto dialéctico en tanto que hace referencia al proceso de recibir a través de dar y cuidar de los demás (van der Eerenbeemt & van Heusden, 1987), es decir, de ganar derecho gracias al mérito acumulado por ser justo y confiable, ofreciendo actos de cuidado genuino en las personas que han invertido cuidado en la vida de uno (Krasner, 1995 citado en Colpaert, 2005, p. 137). Para Nagy y sus seguidores (1986), este derecho emerge de la tendencia natural entre las personas a “esperar retornos justos por sus contribuciones y ofrecer retornos justos por los beneficios recibidos por parte de los demás” (p. 102).

Así, en la teoría contextual la acción de dar de manera justa es llamada *earning entitlement* (ganancia de derecho) y el derecho que se gana se llama “derecho constructivo” (Compton, 1998, p. 94).

Para comprender este ciclo, se remarca que, en primera instancia, el que recibe se queda en deuda y el mérito o el derecho constructivo reside en el que da. Sin embargo, cuando el que ha recibido da, o al menos reconoce la contribución del que ha dado, se empieza a restablecer el balance de méritos y se resuelve la antítesis entre “derecho *versus* endeudamiento”, surgiendo un “movimiento oscilante integrador entre tener derecho y estar en deuda, entre la autogratificación (consideración centrípeta) y la correspondencia por la atención recibida de ese otro

en relación (consideración centrífuga)” (Boszormenyi-Nagy, 1987, pp. 207, 244).

Aquí se retoma la asunción dialéctica de la teoría contextual: dador y receptor no pueden ser separados ya que dar también es recibir y viceversa (quien da, recibe mérito, y quien recibe también otorga al dador, reconocimiento).

Evidentemente, considerar y legitimar necesidades centrípetas y centrífugas entraña entrar en un espacio conflictuado, ya que tal y como Nagy plantea, “no existe ninguna realidad objetiva⁶⁶ como campo intermedio entre los calibres de necesidades recíprocamente antagónicos de dos personas que se relacionan”. Sin olvidar, además, la combinación de aspectos subjetivos, transferenciales y reales en la vivencia personal de un otro. Por lo tanto, para Nagy y sus seguidores, si en algún momento se habla de objetividad, ésta reside “en la conciencia que cada persona tiene de las configuraciones de necesidades simultáneas en el otro, mientras que ambos luchan por hacer de ese otro el objeto de sus necesidades y deseos” (2012, p.35).

Básicamente, y debido a la idiosincrasia de las relaciones intergeneracionales-familiares-verticales que previamente se han explicado, son las relaciones horizontales (relaciones simétricas) las que brindan esencialmente las oportunidades para obtener estos derechos constructivos (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; Hargrave & Pfitzer, 2003; Sude & Eubanks Gambrel, 2017). En resumen pues, lo que Nagy plantea es la existencia de un derecho conseguido gracias a un hacer sintonizado tanto con los intereses de uno como con las necesidades y derechos de los demás (Compton, 1998; van der Eerenbeemt & van Heusden, 1987).

Además, es en este puente entre el egoísmo y el altruismo, entre el compromiso mutuo y la preocupación por los intereses bilaterales y por un retorno equitativo⁶⁷, donde se propicia no solo la confianza relacional y, por ende, las relaciones de larga duración, sino también las mayores posibilidades para conseguir la autonomía “en su sentido más pleno y rico” (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 101). Es decir, es justamente en este puente donde se promueven los recursos fundamentales para el *self* (Compton, 1998) como la “auto-validación” (*self-validation*, incremento de la

⁶⁶ “La realidad de la persona en sus relaciones más cercanas está compuesta por su realidad interna familiar transferida y subjetiva, más atributos reales del compañero” (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012, p. 35).

⁶⁷ Utilizamos el término “equidad” en lugar de “igualdad” ya que la debida equidad que se debe otorgar a todos los miembros de una red relacional no tiene (ni debe) ser transformada necesariamente en igualdad. Por ello, la idea de “balance” se convierte en el concepto operativo en los esfuerzos para promover un diálogo genuino (Boszormenyi-Nagy, 1987).

propia valoración como persona) y “la auto-delineación” (*self-delineation*, capacidad de definir y delimitar un *self* autónomo) (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 421), que posibilitan vivir con la libertad de atender a los propios derechos, deseos y necesidades y a la vez, con integridad relacional; elementos indispensables para fomentar la individuación y el compromiso en relaciones nuevas y antiguas (Dwyer, 1987). De todo ello se hablará en profundidad más adelante, en la discusión.

2.4. PATOLOGÍA CONTEXTUAL

No hay persona sin familia, aprendizaje sin cultura, locura sin orden social, y por lo tanto tampoco puede haber un yo sin un nosotros, un saber sin un conocimiento simbólico, un trastorno que no haga referencia a la moral y a las normas sociales. Ignacio Martín-Baró (1994, p. 41)

2.4.1. Una introducción a los conceptos de salud y patología desde el modelo contextual

2.4.1.1. Lealtad patológica

2.4.1.1.1. Lealtad forzada

2.4.1.1.2. Lealtad invisible o indirecta

2.4.1.1.3. Lealtad dividida

2.4.1.2. Injusticia

2.4.1.2.1. Derecho destructivo

2.4.1. Una introducción a los conceptos de salud y patología desde el modelo contextual

“Para sobrevivir, el ser humano requiere necesidades básicas. Para existir, las personas requieren relaciones” (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 199).

Para la terapia contextual, la salud en cuanto a la calidad de vida de una persona no es un regalo o un privilegio obtenido, sino que requiere un acto de

construcción y de movimiento para su obtención (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986). Así, la salud, o el “estar en salud” entraña “la capacidad de las personas para relacionarse de manera diferenciada, asumir su debida responsabilidad (compromiso de reciprocidad), considerar las consecuencias intergeneracionales y ofrecer a la posteridad la posibilidad de oportunidades” (Boszormenyi-Nagy, 1987, p. 55; Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 207).

Siguiendo esta línea de pensamiento, desde el marco de terapia contextual, la salud mental es concebida como “la capacidad que tiene el ser humano para poder relacionarse respetando el balance entre las necesidades de uno mismo y las necesidades del “otro⁶⁸”, favoreciendo un crecimiento individual a través de una reciprocidad responsable” (Horowitz, 2009, p. 214). En su defecto, y en lo que concierne a la patología, aunque la terapia contextual sea un modelo que valide las interacciones normativas y tome en consideración la psicopatología tanto a nivel individual como familiar—admitiendo la importancia de que sea mirada, reconocida y tratada—su foco no está en lo que no va bien, en el trastorno, en las debilidades o en el malestar, sino que está en los recursos y en las posibilidades (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1984; Dankoski & Deacon, 2000; Delsing et al., 2005; Goldenthal, 1993, 1996; Ziter, 1990).

Al haber introducido una nueva dimensión en psicoterapia, Nagy consideró que era necesario reformular la definición de patología (que hasta el momento había sido formulada en términos individuales) y propuso que fuera traducida en “términos sistémicos de patogenicidad” (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012, p. 130). Así, para la terapia contextual, la existencia de la patología tiene su propio significado (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986): es una psicopatología que reside en la dimensión relacional, a la que llama “patogenicidad relacional” (Boszormenyi-Nagy, 1987, p. 32), y en la que los síntomas y las “relaciones disfuncionales” (Shokouhi-Behnam et al., 1997, p. 5) son una medida del nivel de desequilibrio que existe en las relaciones significativas y que básicamente resulta de una violación de la justicia en las relaciones interpersonales (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986 citado en Sude & Eubanks Gambrel, 2017, p. 619; van der Meiden et al., 2018b, p. 500).

Nagy concluye apuntando que “parecería entonces” que todos los problemas psicológicos relacionales e individuales, incluidas algunas formas de psicopatología, provienen de interrupciones en la ética relacional (Boszormenyi-Nagy & Krasner,

⁶⁸ Comillas del texto original.

1986, pp. 194-195). Siguiendo esta línea, tal y como también plantea Bray (1993), la percepción que uno tiene respecto al balance conseguido (y por tanto respecto a cómo han sido tratadas las cuestiones éticas en su familia de origen), va a influir tremendamente en su sentir y su estado emocional, tanto en ese contexto particular como en los demás contextos relacionales (p. 4).

Aunque con anterioridad se argumentó acerca de la existencia de una tendencia innata universal a esperar y dar compensación justa por lo que uno ha aportado y recibido, Nagy contempla la existencia de ciertos factores—explicados en los siguientes puntos de este apartado—que impiden unos balances equitativos en el libro mayor de justicia de un sistema relacional y que llevados a su máxima expresión provocan un “estancamiento relacional”⁶⁹ (Adams & Maynard, 2004, p. 7). En el caso que este suceda, la existencia de unas dinámicas relacionales saludables se ve seriamente comprometida (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012).

Continuando y a modo de aclaración, clarificamos aquí tres cuestiones:

1. La primera, el hecho que exista un desequilibrio en la reciprocidad de una relación y, por tanto, una “violación de la justicia” (Adams & Maynard, 2004, p. 4) no es causa *sine qua non* de patogenicidad. Más aún, muchas veces el desequilibrio estimula una nueva propuesta relacional que genera crecimiento en las relaciones. De hecho, muchas de las familias que funcionan bien se caracterizan por su capacidad de negociar desequilibrios. Se incide en recordar que “solo el desequilibrio fijo e inalterable, con la consiguiente pérdida de confianza y esperanza entre los miembros que están en relación, deberá considerarse patógeno” (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012, p. 130).
2. La segunda, el hecho de que en lo individual no exista la supuesta salud o “necesaria normalidad”⁷⁰ (por ejemplo, una persona con diversidad funcional), no implica que no puedan alcanzarse relaciones equilibradas y por ende justicia relacional.
3. Y la tercera, debemos ajustar estas cuestiones de equilibrio/desequilibrio y salud/patología a las idiosincrasias propias de las relaciones simétricas

⁶⁹ Entendiendo como tal “una falta crónica de preocupación por el equilibrio de la justicia entre los miembros de la familia” (Nagy, 1986, p. 37)

⁷⁰ Comillas de la autora que aluden a la ambigüedad y relatividad del término “normalidad”.

y asimétricas; sabiendo que a veces será necesaria una “contabilidad asimétrica en relaciones simétricas, a fin de mantener el equilibrio”⁷¹ (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012, p. 130).

Concluyendo, se espera que haya quedado suficientemente claro que desde este marco, salud y patogenicidad no dependen—y hasta pueden no tener nada que ver—con un concepto/diagnóstico médico/individual, sino que ambas (salud y patología) están conectadas, y surgen y se nutren de unas configuraciones relacionales determinadas. Por añadidura, considerar que la patogenicidad reside en la dimensión relacional, significa asumir que “el desequilibrio trasciende los propios hechos o faltas conscientes individuales” y que “evaluar la salud (...) implica tener en cuenta el balance de las actitudes intergeneracionales” (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012, p. 45).

Tal y como se ha ido argumentando, para la terapia contextual, “el equilibrio a largo plazo entre dar y recibir dentro de la familia y entre las generaciones se considera el determinante más importante del comportamiento sintomático y de las relaciones perturbadas y, a la inversa, de la salud mental y la creatividad” (Grunebaum, 1987, p. 648 citado en van der Meiden, 2019).

2.4.1.1 Lealtad patológica

“¿Con qué derecho puedo disfrutar otras relaciones si mis padres siempre están sufriendo?”(Doherty & Sollee, 1992, p. 19).

Si tal y como plantea la teoría contextual (Boszormenyi-Nagy, 1987), se asume que el sistema familiar está sostenido por el sistema de lealtad, esa estructura de fibras invisibles que mantienen unidos a sus miembros, entonces se deduce que cualquier sintomatología debe ser considerada teniendo en cuenta este elemento medular. Tal y como se definió al hablar de lealtad, esta resultaba una obligación⁷² ética, indispensable para que el individuo pudiera conquistar la autonomía y la libertad de vivir la vida.

Aunque la lealtad también puede ser positiva (cuando está basada en un

⁷¹ Por ejemplo, en relaciones en las que un miembro ha sufrido una enfermedad, un accidente que anula o limita su capacidad en el dar.

⁷² Para Nagy, la obligación es “un fenómeno relativamente unilateral en el que la psique de los padres es determinativa y lo que acaba determinando es la acción de los futuros jóvenes”(Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p.126).

cuidado espontáneo y en la obligación primaria fundamental de pagar con gratitud a quien nos dio la vida) aquí se explicará su otra posible expresión: una lealtad patógena y conflictuada, la cual, aunque se pueda manifestar con expresiones de gratitud y cuidado, está mediatizada por necesidades regresivas, “por esfuerzos de equilibrio vengativos y desplazados de los miembros del sistema familiar”⁷³ (Boszormenyi-Nagy, 1987, p. 79).

La obligación (familiar) es un principio fundamental en las teorías sistémicas que quieren comprender las dinámicas familiares, y es definida como aquellos derechos y deberes que acompañan a los roles de parentesco (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012). Concebida también como un pegamento que conecta a las generaciones, es sentida como una expectativa de conducta apropiada y por ello, fundamentada en los “debería” y los “tendría que” que circundan a los miembros de la familia a lo largo del ciclo vital y que se manifiesta en una multiplicidad de relaciones y contextos (Stein, 1992).

Generación tras generación, y especialmente en momentos cruciales del desarrollo individual y del ciclo vital, los compromisos vinculados a las lealtades verticales se entrecruzan con los que emergen de las lealtades horizontales, acarreado un desafío para el individuo (especialmente cuanto más inflexible, confuso e invisible sea el sistema de lealtad originario), al encontrarse en una situación en la que debe decidir como confrontar las expectativas y las obligaciones que confluyen en esta intersección de direcciones (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012). Desde la perspectiva contextual es imprescindible conseguir el mayor equilibrio posible entre unas y otras (van der Eerenbeemt & van Heusden, 1986), ya que según como decida posicionarse y estar en relación, acumulará libertad o restricción, acciones facilitadoras u obstaculizadoras de su desarrollo como adulto y de su proceso de individuación y, por ende, de la promoción o no de su salud personal, relacional y familiar (Schmidt et al., 2016).

La teoría contextual distingue tres tipos de lealtades patógenas, conflictuadas o poco saludables que obstaculizan la equidad interpersonal, el proceso de individuación y la toma de responsabilidad en el propio vivir: la lealtad impuesta, la lealtad dividida y la lealtad invisible (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012).

⁷³ De hecho, Nagy sugiere que existe una correlación directa entre el grado de patogenicidad en una familia y el grado en que los miembros de la familia “traicionados” ejercen presión sobre el miembro “tentado de deslealtad” que ha escapado / que quiere escapar.

2.4.1.1.1. *Lealtad forzada o impuesta*

En referencia a la lealtad forzada o impuesta, Nagy y sus seguidores (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986) plantean que se da cuando los progenitores, a través de delegaciones y expectativas parentales y aprovechándose—por lo general inconscientemente—de la vulnerabilidad y dependencia de sus hijos, les imponen—explícita o implícitamente—una serie de obligaciones que resultan inapropiadas y desajustadas a los intereses y las posibilidades de los niños. Normalmente esto ocurre por el fenómeno de *retribución desplazada*, a través del cual los padres dan o piden a sus hijos aquello que deberían dar (devolver) o pedir (haber pedido) a sus propios progenitores. Al hacer esto, los padres pierden de vista “el contexto apropiado” (p.167) para cumplir la tarea de reequilibrar el balance de las cuentas pendiente de saldar con los propios padres. Por su parte, los hijos reciben el encargo de saldar obligaciones irreconciliables entre generaciones, lo que engendra obligaciones cargadas de culpa y de mucho resentimiento, y unos vínculos de lealtad esclavizadores y repetitivos (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012).

Por la magnitud que sus consecuencias pueden tener para el desarrollo del individuo, Nagy también señala que estas obligaciones impuestas desafortunadamente pueden converger en el fenómeno de la *parentalización*⁷⁴, el cual apunta hacia una situación en la que los padres imponen una “responsabilidad mayor sobre el niño que la que se ajusta a sus capacidades y edad” (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 419; Hooper, 2011, p. 2024). Ahora bien, siguiendo el hilo de pensamiento de Nagy, Goldenthal (1993) y van der Meiden (2019) se detienen en puntualizar lo siguiente: asumir determinados roles parentales en determinadas ocasiones no necesariamente implica parentalización y, además, no toda parentalización es por sí misma negativa, sino que puede ser apropiada en el proceso de integración de la responsabilidad y la maduración. Así, considerando este concepto desde la cuarta dimensión⁷⁵ y, por lo tanto, focalizándonos en la ética, en la justicia de las relaciones, y en factores relacionales más que en la asunción de determinados roles, la parentalización será destructiva o patológica cuando ésta no se limite a las capacidades del infante y se ignore “la naturaleza asimétrica de las obligaciones en la relación padre-hijo” (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, pp. 124-125).

⁷⁴ Concepto introducido por Nagy en 1965 (van der Meiden, 2019) y que se debe distinguir de la definición más conocida propuesta por Minuchin en el 1974 (Hooper, 2011, p. 2023). Para Minuchin, un niño parentalizado es un niño unido al subsistema parental al que se le ha dado o bien ha tomado cierto poder casi parental.

⁷⁵ Ya que la definición planteada por Minuchin se focaliza en el poder, y este, al ser un término transaccional, se ubica en la tercera dimensión.

2.4.1.1.2. Lealtad invisible o indirecta

“Mira, papá, nunca quise lastimarte por mi matrimonio. Estamos de acuerdo en que mi esposa ha sido una puta” (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 338).

Tal y como se ha planteado previamente⁷⁶, la teoría contextual sugiere que aunque ser leal a la familia de origen es un deseo intrínseco e innegable del ser humano (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; Boszormenyi-Nagy & Spark, 1984), en determinadas ocasiones hay adultos que sienten que por algún motivo no pueden expresarlo abiertamente o bien quieren negarlo, camuflarlo, o mostrarse indiferentes. En estas ocasiones, tal y como expresa tan bien el viejo proverbio holandés, “la sangre se arrastra donde no puede fluir” (van der Eerenbeemt & van Heusden, 1987, p. 22), si la lealtad no puede ser libre y abiertamente manifestada, encontrará otras maneras de expresarse y se convertirá en una “acción indirecta o invisible” (Goldenthal, 1993, p. 75).

De ser así, aunque se exprese de manera menos clara, más compleja, confusa y conflictuada, estará igualmente destinada a obtener el amor y la consideración de la familia de la que uno proviene (Rootes, 2013). Algunos autores (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; Cotroneo & Krasner, 1977; Flores-Ortiz & Bernal, 1989), especifican ejemplos concretos, como el hecho de adoptar comportamientos que parecerían ser literalmente opuestos a lo que es ser leal (i.e comportamientos auto-destructivos, enfermedades psicosomáticas, adiciones, cortar las relaciones con la familia de origen o bien poner distancia física y/o negar cualquier parecido y/o mostrar una actitud “culposa” o de rechazo desmesurado en las relaciones horizontales), entre otros (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 26; Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012). Todas estas manifestaciones pueden considerarse como expresiones de lealtad invisible que mantienen a la persona identificada en una posición dependiente, pseudodiferenciada, unida a los padres, quienes a su vez permanecen como cuidadores de un adulto psicológicamente “lisiado” y gracias a quien muy probablemente, su vida tenga sentido (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012).

Aquí tiene interés introducir el concepto de “aplazamiento colusorio del duelo” utilizado por Nagy (1987, p. 71), el cual hace referencia a la “conspiración inconsciente para evitar la maduración del otro”, en la que “todos los miembros de la familia se convierten en cómplices entre sí en la tarea de evitar la dolorosa sensación de

⁷⁶ 2.3.1. Interconexión > 2.3.1.1. Lealtad

pérdida que ocurre por el evento de separación por crecimiento” (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 36) el cual puede continuar durante años, incluso después de que los miembros de la familia se hayan separado físicamente.

Resulta casi innecesario señalar que el hecho de invisibilizar la lealtad no hace que disminuya o desaparezca, sino al contrario. El hecho de que la lealtad no pueda ser mirada, confrontada y por tanto elaborada, provoca que no se pueda comprender, asimilar y trascender y, por ende, que se intensifique en vez de disminuir o desaparecer (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012). Para el joven y el adulto ello conllevará dificultades de apego, de mutualidad y dificultad para poder comprometerse con otras personas con las que desee vincularse más allá de la familia de origen (Baker et al., 2013).

Teniendo en cuenta que en las familias la unidad sistémica de contabilización tiende a abarcar generaciones enteras, resulta evidente que la influencia de esta invisibilidad y su potencial repercusión y bloqueo de otras relaciones puede proseguir a través de las generaciones (Knudson-Martin, 1992), desencadenando el fenómeno del *estancamiento relacional*, del que se habló en anterioridad.

Además, cuanto menor conciencia tenga un individuo de las obligaciones invisibles⁷⁷ (acumuladas en el pasado y también presentes), más a merced estará de su influencia y de la “aplicación de pautas defensivas patológicas” (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012, pp. 43, 94), ya que se empeñará en llevar a cabo soluciones que únicamente serán intentos superficiales para resolver el conflicto actual, es decir, no poder negar su condición de ser leal y sin embargo no querer-poder serlo.

2.4.1.1.3. Lealtad dividida

Uno debería suponer que la madre sí vio algo bueno en el padre, de lo contrario no se habría casado. Y de alguna manera, la integridad de la madre depende de poder afirmar que vio algo bueno en él. Estoy tratando de encontrar una fórmula que alivie esa lealtad dividida. El hecho de que dos padres no se gusten es inmutable, pero lo que exista en beneficio del niño debe ser respetado por el otro padre. Eso puede ser lo máximo que se puede esperar de ese padre. (Frank, 1984, p. 10)

⁷⁷ Nagy insiste en la importancia de “no confundir el hecho que sean invisibles con el hecho que sean inconscientes ya que ello supondría una confusión primordial respecto la teoría contextual” (Doherty & Sollee, 1992, p. 18).

Una de las formas más dañinas y lastimosas de lealtad patógena, especialmente en lo que concierne a su capacidad para derruir la confianza intergeneracional es la “lealtad dividida” (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 127). Más propia de las relaciones asimétricas, ocurre cuando el hijo se ve obligado a elegir entre uno de sus progenitores o entre ellos y algún otro adulto importante como también si debe “escoger un lado” del linaje (materno versus paterno, biológicos versus adoptivos) (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 421).

En este simultáneo “rechazo y deslealtad hacia una persona y devoción y lealtad por otra” (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012, p. 164), el niño se convierte en un peón para los padres y se coloca (o es colocado) en un “callejón sin salida”, ya que nunca podrá ser leal a los dos. Por lo tanto, nunca podrá encontrar una solución relacional que satisfaga a ambos (Boszormenyi-Nagy, 1987, p. 167). Para la teoría contextual, un niño continuamente atrapado en una lealtad dividida no puede desarrollar una confianza básica hacia sus progenitores, ya que a lo que tiene acceso es a unos padres mutuamente desconfiados (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986). En consecuencia, esta no-confianza se extenderá más allá de los progenitores, proyectándose en el mundo y plantando las semillas de una más que probable dificultad para que pueda ganar derechos constructivos⁷⁸) y en su defecto lo que obtendrá sean derechos destructivos⁷⁹. Como es de suponer, todo esto tendrá un efecto boicoteador en el camino hacia su autonomía e individuación (Boszormenyi-Nagy, 1987) y además, podría ocasionar “severos problemas de personalidad y comportamientos suicidas” (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 421).

Otro tipo de lealtad menos devastadora es la que tiene que ver con el conflicto de lealtades entre las relaciones verticales y las horizontales (Hargrave & Pfitzer, 2003). Esto se da cuando creencias y actitudes de las respectivas familias de origen confluyen en la pareja y cada cónyuge debe elegir entre seguir comprometido con estas o bien establecer un nuevo compromiso con la pareja actual, de la que emergerán nuevas creencias, roles y actitudes. Es obvio y probable que esto motive una situación de triangulación–familia de origen/sujeto/cónyuge–en la que emerjan enfados, decepciones, miedos, celos y sentimientos de exclusión entre las díadas y que con frecuencia desemboquen en problemas conyugales y/o familiares (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; McGoldrick & Carter, 2003; Silverstein, 1992).

⁷⁸ Ver el punto 2.3.2 Justicia > 2.3.2.2. Derecho a recibir (Entitlement).

⁷⁹ Ver el punto 2.4.1.2. Injusticia > 2.4.1.2.1. Derecho Destructivo.

2.4.1.2. Injusticia

En términos generales, toda relación significativa provoca a ambos participantes el reto de dirimir la dialéctica antitética constante entre alternar los roles de sujeto y objeto. Tal y como apunta Nagy, “no podemos poseer a los otros sin, a la vez, ser también poseídos por ellos” (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012, p. 188).

Se explicó previamente que cuando la lealtad es el núcleo de la conexión entre las personas, la justicia (entendida, tal y como ha sido descrita, como el “equilibrio justo de dar y recibir”) es la que permite que la conexión pueda convertirse en una relación íntima mantenida en el tiempo. Contrariamente, un desequilibrio o corrupción en la justicia y en la lealtad, no solo en las relaciones presentes sino también por experiencias de injusticia del pasado (Hanna et al., 2003), provoca la emergencia de la *injusticia relacional*, a la que los niños son especialmente vulnerables (van der Meiden, 2019).

2.4.1.2.1. Derecho Destructivo

¿Qué es lo que se ha entrometido entre el espontáneo dar generoso de un niño y su pérdida? La confianza en la infancia es insustituible. Una vez perdida no se puede recuperar. Psicológicamente, la pérdida es duradera e irreversible ya que la persona buscará recuperar lo que es debidamente suyo, pero lo tomará de un lugar incorrecto. En contraste con los confines de proyección o desplazamiento basados en modelos individuales, el patrón relacional del derecho destructivo recrea nuevos contextos reales (actuales) de interacción social injusta. (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 219)

Tal y como se ha explicado, cuando el equilibrio entre el dar y recibir se perturba, hay injusticia relacional. Es decir, el derecho inherente o intrínseco de un sujeto a obtener el cuidado y la atención que merecía no ha sido atendido.

Como apunta Van der Meiden (2019), la teoría contextual distingue la injusticia distributiva (aquella que ocurre por un suceder del destino y, por lo tanto, sin la identificación de personas responsables) de la injusticia retributiva (injusticia infringida por determinadas personas, por lo que pueden ser consideradas responsables).

Aunque esta injusticia retributiva ocurre tanto en las relaciones verticales

como en las horizontales⁸⁰, la teoría contextual enfatiza los daños ocurridos en la dimensión vertical, ya que sus consecuencias acostumbran a afectar a las generaciones posteriores, pues acaban configurándose en un patrón multigeneracional, en el que varias generaciones de una familia se verán impulsadas a ejercer el derecho destructivo, con el fin de satisfacer las heridas del pasado y, por tanto, inoculando, innegablemente, explotación y malestar en las relaciones posteriores (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; Boszormenyi-Nagy & Spark, 1984, 2012; Rootes, 2013).

Debido a la falta de mutualidad con sus propios padres (y, por tanto, con las reservas de confianza “vacías”) algunos progenitores “no dan” o bien “dejan de dar” a sus hijos y, en consecuencia, no proveen los cuidados físicos y emocionales que estos necesitan y merecen (van der Eerenbeemt & van Heusden, 1987, p. 47). Si esto ocurre durante un período de tiempo significativo y los hijos siguen sin recibir ninguna evidencia ni muestra de este dar “espontáneo”⁸¹, entonces los recursos naturales de confianza y confiabilidad—que los niños naturalmente tienen y sobre todo depositan en los padres—decrecen hasta que se extinguen (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 53). Entonces, si los niños desconfían de sus padres—y, en consecuencia, del mundo—acaban perdiendo la capacidad de pedir lo que necesitan y lo que se merecen. Es como si no hubieran aprendido maneras genuinas y empáticas de relacionarse con los demás y, por el contrario, se hubieran vuelto insensibles tanto al propio suceder (deseos, necesidades) como al dolor ajeno (Goldenthal, 1993, 1996).

Esta pérdida total de confianza, junto con la legitimación que sienten por el dolor recibido, provoca en ellos *un excedente moral ominoso* al que Nagy se refiere con el nombre de *derecho destructivo*, y que se define como un “crédito ganado por la victimización, que predispone a las personas a reclamaciones repetitivas y sustitutivas de restitución” (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 111). Este derecho destructivo conduce a que se sientan legitimados a permanecer “enfadados con el mundo” (externo, interno) y a adoptar un rol de víctimas⁸², al considerar al resto del mundo como deudores (Schwechten, 1990 citado en Knudson, 1992, p. 245).

⁸⁰ El derecho destructivo no afecta solo a las familias. Los grupos sociales como las minorías, las clases sociales, las razas y otros grupos de población pueden sufrir, a veces durante generaciones, injusticias que emergen de un “revolving slate” de derecho destructivo (van der Meiden, Verduijn, et al., 2019).

⁸¹ En el sentido que lo expresa Winnicott (1965), de recibir unos cuidados y una crianza “suficientemente buenos” (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 53).

⁸² De hecho, cuanto “más víctima es la víctima”, en el sentido de que se encuentra en mayor situación de vulnerabilidad, de dependencia, o bien según la gravedad y/o reversibilidad o no del daño, más probabilidad existe de que acumule derecho destructivo.

En consecuencia, el deseo de venganza y el “derecho” a vengarse convergen y se inicia un proceso encaminado a conseguir reparación, restitución y compensación por lo sufrido. Es como si las personas que lo han sufrido vivieran en un “reclamo de justicia anhelada” (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012, p. 92), actuando unilateralmente de maneras destructivas para esos otros que no son culpables (por ejemplo, demandando en demasía y con exigencia, reclamando injustamente y culpando) con el objetivo de que se comporten de cierta manera y así puedan compensar el desequilibrio pasado (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; Doosterlinck et al., 2011; van der Eerenbeemt & van Heusden, 1987).

Como es de suponer, estos derechos destructivos, acostumbran a ser un motor que impulsa la angustia y el malestar en las relaciones íntimas (Shannon, 2017), y que acaba desembocando en un desequilibrio relacional. El desatino es que la persona con derecho destructivo busca obtener lo que le es debido y le pertenece, pero lo hace de una fuente incorrecta, recreando en su relación actual un patrón relacional de injusticia relacional adquirido en el pasado (Canevaro & Cancrini, 2018). Además, como busca ser recompensado “en el lugar equivocado”, no consigue dicha compensación y, en consecuencia, tampoco consigue liberarse del sentimiento de venganza. Todo ello provoca un incremento de la decepción y el endeudamiento (ahora, su endeudamiento por estar cometiendo injusticias relacionales; Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 112), encontrándose en una condición que parece no tener fin.

Este proceso que se viene describiendo se conoce dentro de la teoría contextual con el nombre de *revolving slate*⁸³ (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973 en Boszormenyi-Nagy, 1987, p. 272). Su traducción literal sería “bandeja giratoria” y implica que este deseo de venganza sustitutiva que actúa por derechos destructivos acaba configurando nuevas experiencias de injusticia (Compton, 1998, p.102) y estableciendo una cadena de retribuciones desplazadas, creando nuevas víctimas y posiblemente nuevos agresores (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 420). Esta bandeja giratoria tiene consecuencias negativas para todos los implicados (Frank, 1984), ya que no solo hay una víctima inocente que recibe instigación y malestar, sino que el perpetrador, al no ofrecer cuidados a un tercero, también ve destruida su posibilidad de poder auto-validarse⁸⁴. Esta falta de auto-validación implica un

⁸³ La palabra “slate” como la fijación a unas cuentas relacionales antiguas activadas ahora en una nueva relación (Compton, 1998, p. 102).

⁸⁴ Validación del self (self-validation), de la que hablaremos más adelante.

bloqueo en su libertad de movimiento y en su libertad de poder ser (Rotter, 1954) y, por tanto, un obstáculo en su proceso de individuación (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986). Se le dará el relieve que este proceso se merece en el aparatado de la discusión.

El hecho de que el derecho destructivo tenga a la vez elementos validos (existencia del hecho en el pasado) e inválidos (su compensación por otros inocentes), lo convierten en un elemento especialmente complejo y contradictorio, que afecta claramente el mundo íntimo y relacional del individuo. Considerándolo clínicamente, este derecho destructivo se manifiesta en “patrones relacionales estancadamente recurrentes”⁸⁵ (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 111) y podría explicar algunos de los trastornos emocionales y conductuales presentes en niños jóvenes y adultos (Ducommun-Nagy, 2008).

Para terminar, y siguiendo la propuesta de Goldenthal, se debe aclarar que en todos los humanos existen semillas, actos y acumulaciones de derecho destructivo y que coexiste con el derecho constructivo. Es decir, lo importante es en qué medida, predominancia e intensidad este derecho constructivo está presente y uno “basa su vida relacional en ello”; 1993, p. 16). Indiscutiblemente, cualquier ser humano puede, debe y tiene derecho a enfadarse con otros y con el mundo y a mostrarse por ello irritable, o eventualmente insensible ante sucesos vitales ajenos (especialmente en aquellas situaciones en las que no hay un responsable al que señalar, como por ejemplo haber nacido con alguna enfermedad, haber sufrido la muerte de un progenitor, ser víctima de catástrofes naturales, etc.), pero una cosa es conectar eventualmente con el derecho destructivo y otra, establecerlo como el campo base y el marco desde el que relacionarse.

Deseamos también clarificar que, al igual que haber acumulado derecho destructivo no es el resultado de una única causa (como por ejemplo de unos padres inadecuados/disfuncionales/irresponsables), sino la consecuencia de una experiencia estable de injusticias existenciales en la propia vida (usualmente en los primeros años), el derecho destructivo tampoco tiene unas consecuencias inmovibles, determinadas o innegables, ya que no todas las personas que han acumulado significativamente derecho destructivo, actúan ciegas al vivir ajeno.

⁸⁵ Por ejemplo: hostilidad ante autoridades y figuras del otro sexo, comportamientos depresivos (incapacidad para hacer contribuciones sanas), comportamientos auto destructivos, “narcisismo, defensividad, ambivalencia, miedo a la intimidad”, y distorsiones emocionales manifestadas en las relaciones cercanas etc...(Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p.186).

En esta línea y a modo de ejemplo, hay personas que, a pesar de ser claramente portadoras de derecho destructivo, en vez de confinarse en él consiguen transformarlo en su opuesto, o sea, en derecho constructivo, cimentando su existir en aportar y favorecer al otro (como, por ejemplo, eligiendo determinadas profesiones, asumiendo el liderazgo de determinadas asociaciones, etc...). No obstante, tal y como apunta Goldenthal, normalmente son personas que han tenido alguna experiencia relacional significativa “rescatadora”, que les permite preservar su capacidad de tomar en consideración al otro y de cuidar de él (1993, p. 19).

Según propone la teoría contextual, una de la mayores posibilidades de liberación de este círculo recurrente del derecho destructivo pasa por la *rejunction*⁸⁶ (Boszormenyi-Nagy & Ulrich, 1981), una de las principales intervenciones contextuales destinadas a familias encalladas en dinámicas que ocasionan relaciones insatisfactorias y perturbadas. Literalmente el término significa *tying together* (“vincular”). Se trataría de vincular, a través de la creación o del restablecimiento de la confianza y del compromiso ético, a los miembros de la familia. Esta vinculación se consigue cuando cada miembro de la familia puede conectar y revelar(se) sus reclamaciones, decepciones, desalientos, necesidades y deseos, a la vez que atiende a los de los otros y gana derecho considerándolos, activando sus recursos residuales o inutilizados, para poder comprometerse en un intercambio relacional justo (Adams & Maynard, 2004).

Según van der Meiden (comunicación personal, 13 de junio, 2019) el término de *rejunction* es un término en desuso, “una vieja palabra que debería significar más bien algo así como un proceso para restaurar la relación”. Así, utilizando terminología más propia de la terapia contextual, esto se lograría mediante la exoneración, la reevaluación del equilibrio entre la equidad y la rendición de cuentas, y la capacidad renovada de los miembros para reconocer contribuciones positivas (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986)⁸⁷.

De todos estos elementos y otros que tienen lugar en la terapia contextual, trataremos en este siguiente punto. Antes, pero, ofreceremos dos figuras que sintetizan algunos de los aspectos centrales que hemos comentado hasta aquí.

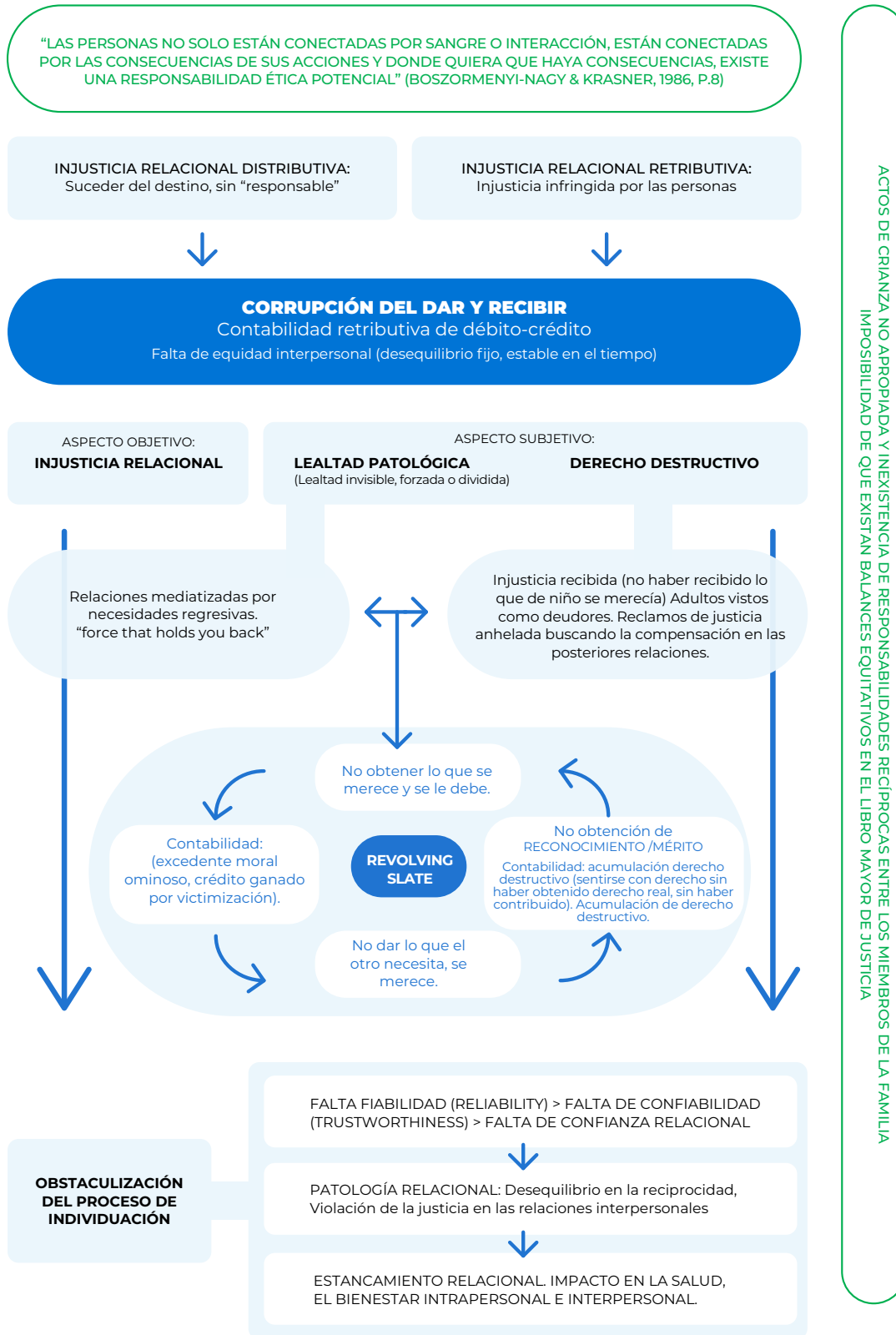
⁸⁶ Se mantiene el término en inglés por no encontrar un equivalente en castellano.

⁸⁷ El objetivo de la exoneración es la *rejunction* (en el nivel ético relacional) pero no toda *rejunction* es una exoneración (J.van der Meiden, comunicación personal, 13 de junio, 2019).

Figura 3. Esquema de la dinámica de los elementos centrales de la teoría contextual que fomentan la individuación.



Figura 4. Esquema de la dinámica de los elementos centrales de la teoría contextual que obstaculizan la individuación.



2.5. METODOLOGÍA CONTEXTUAL

2.5.1. El contexto como recurso

2.5.2. La Parcialidad multidirigida

2.5.3. El diálogo

2.5.4. La exoneración

“El amor y la confianza en la humanidad forman la base de toda terapia”
(Cotroneo, 2007, p. 270).

Tal y como hemos venido comentando a lo largo de este capítulo, la terapia contextual, en consonancia con su fundamentación teórica, busca comprender las consecuencias relacionales del comportamiento humano y sus causas. Es una aproximación que plantea la intervención terapéutica como algo que debe ir más allá de los aquí-y-ahora, y que exige hacer un planteamiento profundo al considerar que los hechos observables, los roles, las actitudes, las emociones, las motivaciones individuales y las manifestaciones disfuncionales se enraízan y confluyen en criterios existenciales y visiones del mundo cruciales de cada persona, los cuales se han ido encadenando a lo largo de las generaciones (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; Cotroneo, 2007).

Desde esta comprensión, la terapia contextual propone utilizar un marco integrador que muestre una intención clara de abarcar un amplio espectro de modelos terapéuticos adecuados y válidos, como también sus técnicas en intervenciones concretas y que tal y como se ha indicado, incluya como elementos cruciales la integridad relacional y la ética de la responsabilidad (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986).

Debemos clarificar, recordar y remarcar que la terapia contextual fundamenta su diseño de intervención en la dimensión IV (dimensión de la ética y la justicia relacional), lo que no implica devaluar ni las otras dimensiones ni otro tipo de intervenciones. Tal y como muy acertadamente sugieren Adams y Maynard (2004), tener una mirada ética no supone tener una única mirada.

Objetivo

Tal y como se comentó anteriormente⁸⁸, la terapia contextual postula que la salud en las relaciones humanas se puede lograr a través del compromiso, la confianza y los componentes interpersonales de confiabilidad y reciprocidad (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012). Por lo tanto, el objetivo de los terapeutas contextuales es inducir actitudes lo más genuinas posibles, que permitan activar los recursos de atención, preocupación, conexión y confianza (Boszormenyi-Nagy & Ulrich, 1981; Goldenthal, 1996) y, por lo tanto, establecer patrones de acción que “maximicen el potencial positivo en el acto de relacionarse” (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 310). Así, se reordenará y redistribuirá la responsabilidad por las inequidades pasadas, como también la responsabilidad compartida hacia las acciones futuras (Boszormenyi-Nagy, 1987). Su viabilidad depende de que las personas en relación encuentren formas de confrontar⁸⁹ una redistribución justa de los beneficios y las cargas relacionales. Es decir, conseguir relaciones con un buen balance entre el *dar* y el *recibir*, con “beneficios multilaterales”, en las que la autonomía, la autovalidación y la autodefinición sean posibles (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, pp. 59, 199).

En definitiva, se trata de convertir la confianza en la palanca de la intervención (Fombuena Valero, 2011) y de fortalecer el “sistema inmunológico”⁹⁰ de la familia (Gurman & Kniskern, 2014, p. 2014) promoviendo una relación de cuidado y responsabilidad mutua⁹¹ entre sus miembros (Boszormenyi-Nagy, 1987).

Resulta claro, por tanto, que la terapia contextual es una propuesta que trasciende el planteamiento tradicional del cambio—en el sentido de modificar un comportamiento, eliminar un síntoma o curar patología familiar—y pasa a prestar atención a las fortalezas, los recursos y la responsabilidad de las consecuencias (con uno mismo y con los demás) y la capacidad de mantener un sentido de justicia (Adams & Maynard, 2004). Además, la terapia contextual propone una actualización de la

⁸⁸ En 2.4.1. Una introducción a los conceptos de salud y patología desde el modelo contextual.

⁸⁹ En terapia contextual, “confrontar” tiene que ver más con “tomar una posición” respecto los créditos y los déficits en la relación que en una determinada confrontación cognitiva (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 219) o en ofrecer una “experiencia emocional correctiva” (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 221).

⁹⁰ Se utiliza este término como analogía a hacer “más fuerte a la familia” en el sentido de hacerla más resiliente para que pueda confrontar y gestionar los asuntos vitales (C. Ducommun-Nagy, comunicación personal, 15 setiembre, 2020).

⁹¹ Nagy insiste en clarificar que este acto “se desmarca de consideraciones morales o tradicionalmente relacionadas con el superego acerca la responsabilidad hacia las otras personas” (Boszormenyi-Nagy, 1987, p. 219).

responsabilidad con una mirada intergeneracional, es decir, en miras a beneficiar no solo el presente sino también a las generaciones futuras, aunque aun no estén presentes; ya sea porque no han nacido, porque no están vivos o porque son reacios a cooperar (Boszormenyi-Nagy, 1987; Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986). Y es que para Nagy, no se trata de una terapia centrada en analizar o entender el pasado sino una terapia que, desde el presente (Ducommun-Nagy, 2002), busca “el mayor y más deseable de los cambios”, un cambio para ser experimentado en el presente pero también por y para las siguientes generaciones⁹² (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 264).

Formato

El enfoque metodológico de la terapia contextual es fundamentalmente activo más que prescriptivo o estructurador, ya que se centra en los efectos reparadores de la experiencia de la comunicación directa y genuina, que se consiguen promoviendo una participación “activa, asertiva y responsable por parte de cada miembro de la familia” (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 19).

Tal y como comentaron Ilse Siebesma y Jaap van der Meiden⁹³ (comunicación personal, 8 de junio, 2019), sus principios metodológicos no implican el empleo de ningún tipo de estrategia o técnica específica para conseguir un determinado comportamiento, aunque si que se contempla la posibilidad de integrar conceptos y técnicas de otros modelos y enfoques (siempre que sean coherentes con los temas generales e inherentes de la teoría contextual: la atención a la justicia relacional y la equidad a través de las interacciones éticas con los miembros de la familia (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; Shannon, 2017).

El terapeuta

“No deberías ser un juez. Deberías ser un terapeuta que tenga curiosidad para permitirles que acuerden el juicio entre ellos, no a través de ti” (Doherty & Sollee, 1992, p. 13).

En vez de esperar que el terapeuta sea un agente activo instigador de cambios,

⁹² Esto implica una consideración preventiva de la que hablaremos en el apartado de discusión.

⁹³ Referentes del *Institute Contextual Approach* (ICA), que ofrece la formación post graduada en terapia contextual en la Christelijke Hogeschool Ede, universidad holandesa, con sede en Ede, en el centro de los Países Bajos.

en la terapia contextual, se espera que éste practique una “postura de no saber”, con el objetivo de disminuir el poder que habitualmente se podría proyectar en él (Freedman & Combs, 1996 citado en Dutta, 2014, p. 54). Reconociendo entonces que el recurso más poderoso está en y entre los propios miembros de la familia, el terapeuta se convierte en un facilitador-iniciador del proceso terapéutico. Después de haber hecho una exhausta evaluación del contexto ético-relacional—o sea, de los balances relacionales—(Boszormenyi-Nagy, 1987), promueve que sean ellos los que asuman la responsabilidad del proceso (Doosterlinck et al., 2011), para que puedan explorar y revisar sus balances relacionales (Goldenthal, 1993), desarrollar su propia “comprensión de equidad” (Fowers & Wenger, 1997, p. 155) e interpretar los problemas desde diferentes perspectivas, sin tener que hacer o aplicar una determinada acción o técnica (Boston, 2000).

Se trata de un terapeuta preocupado por los “equilibrios relacionales” (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 58), que cree genuinamente que todos los miembros de la familia ganarán en la medida en que puedan establecer relaciones de confianza, y que tiene la certeza de que existe una realidad humana universalmente válida (no culturalmente determinada) de la que emanan unas prioridades éticas contextuales.

En consecuencia, la reparación o el fortalecimiento de las relaciones se produce no tanto a través de las técnicas aplicadas por el terapeuta (como, por ejemplo: la empatía, el reconocimiento⁹⁴ o la transferencia psicoterapéutica), sino más bien en estimular que los miembros de la familia asuman proactividad y responsabilidad con el fin de establecer relaciones justas y confiables que posibiliten la autonomía, la autovalidación y la autodefinición (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986).

Destinatarios

La terapia contextual no excluye ni diagnósticos, ni culturas, ni edades, ni poblaciones, y está orientada hacia el trabajo con individuos, parejas y familias (Bernal, Rodríguez, et al., 1990).

Dado que la terapia contextual no es una terapia individual ni una forma de terapia familiar clásica, a menudo se plantean preguntas con respecto a cuántos miembros de la familia se ven normalmente en las sesiones de este modelo de

⁹⁴ Empatía en dimensión II, reconocimiento en dimensión IV.

terapia y en qué combinaciones (Goldenthal, 1993).

Aunque es evidente que para la terapia contextual la familia, concebida como “una entidad en lugar de como una suma de dinámicas de los diversos miembros” (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1984, p. 10) se convierte en elemento central y es el foco principal de la teoría, esto no quiere decir que deje de considerar relevante la atención al individuo, o a las relaciones diádicas y tríadicas—aunque siempre concibiéndolas en un contexto significativo—(Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012; Doosterlinck et al., 2011). Por consiguiente, aunque tanto el individuo como la familia sean buenos candidatos, para la terapia contextual es muy importante no tratar nunca únicamente a la persona identificada y considerar siempre la posibilidad de incluir a todos los miembros del sistema familiar. Esto no implica, sin embargo, que todos los miembros de la familia deban atender a todas las sesiones. Además, todos los participantes tendrán oportunidades para encontrarse de forma individual con el terapeuta (Goldenthal, 1993).

Haciendo eco de la visión de la justicia del teórico social liberal John Rawls (1971), que propone que los más desfavorecidos tienen derecho a una “consideración prioritaria en cuestiones de justicia” (citado en Fowers & Wenger, 1997, p. 159), y “siendo los niños los que pagan uno de los costes más altos, y los que menos representados están en el encuentro terapéutico” (Boszormenyi-Nagy, 1987, p. 169), Nagy prioriza la intervención en los niños (Shannon, 2017), en las personas dependientes, y en “aquellas que han sufrido en extremo, han acumulado grandes dosis de derecho destructivo y se las ha considerado personas insanas o locas” (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 64).

2.5.1. El contexto como recurso

“Todo ser humano es parte de un contexto multipersonal cuyos miembros están unidos éticamente y fechados dinámicamente para ayudarse mutuamente a descubrir equilibrios más justos de dar y recibir”(Krasner & Joyce, 1995, p. xiii).

Al abordar la cuestión de la responsabilidad, Nagy establece una definición del término *contexto* que va más allá de la comprensión clásica habitual. Así, una definición común del término haría referencia a “la relación de una persona con sus raíces multigeneracionales, con sus aspectos raciales, religiosos y étnicos específicos” (Boszormenyi-Nagy, 1987, p.216), siendo un elemento indispensable para poder

entender y dar significado a las acciones y relaciones personales que en él ocurran (e.g., Bateson, 1972 citado en Silverstein et al., 2006, p. 392). Sin embargo, para la teoría contextual, *contexto* es la conexión ética de una persona con sus relaciones significativas, caracterizada por una dinámica recíproca de “deuda ética y mérito, obligación y derecho” (Boszormenyi-Nagy, 1987, p. 216), y por “el flujo inevitable de consecuencias de persona a persona y de generación a generación del sistema familiar “ (Fowers & Wenger, 1997, p. 155), y en la que por tanto, la responsabilidad está distribuida por todos sus miembros (Nolan-Shmarkovskaya, 2018).

Es por esta razón que se trata de un “contexto relacional multilateral y ético” (Grunebaum, 1990 p.14 citado en Czubaroff, 2007, pp. 24–25). Concebirlo así implica que en la terapia se contempla no solo a aquellas personas que están interactuando y relacionándose en el momento presente, sino también a todas aquellas que podrían verse afectadas y perjudicadas por el transcurso de la terapia.

Una vez más, esto conlleva reconocer varios aspectos de lo que supone estar en relación: la inevitabilidad de las consecuencias intergeneracionales⁹⁵, el reconocimiento de que las personas tienen oportunidades para contribuir de manera diferente en su forma de relacionarse, y el hecho de que esto permite que relaciones estancadas se puedan transformar en algo diferente y, por ende, generar consecuencias diferentes (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012).

La comprensión de esta interdependencia implicará que en el momento de diseñar y plantear las intervenciones contextuales se tengan en cuenta dos cuestiones fundamentales: por un lado, que las acciones de un miembro siempre van a afectar a los demás y, por otro, que para poder hablar de relaciones saludables y de calidad, debe existir un cuidado responsable; es decir, que quien ha provocado estos efectos, asuma la responsabilidad de sus acciones (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986).

Recordamos que para la terapia contextual es central trabajar con lo positivo, con lo que sí funciona y recuperar los recursos⁹⁶ que se puedan activar. Para ello es fundamental el lugar vertebral que ocupa el contexto en este modelo, ya que es en él—particularmente en el familiar—donde se encuentran las mayores fuentes

⁹⁵ Considerar las consecuencias no significa lanzar sentencias predictivas acerca del futuro de las conductas presentes (es obvio que esta sería una tarea humanamente imposible).

⁹⁶ Nagy indica que los recursos son relaciones confiables por el hecho que tienen un histórico relacional del “dar y el recibir” justo y que, por tanto, promueven oportunidades para el crecimiento y el desarrollo personal y familiar (Boszormenyi-Nagy, 1996, p. 379).

potenciales de recursos. Independientemente de la manifestación comportamental de los miembros de una familia, los terapeutas contextuales saben que el contexto enfatiza esta existencia de recursos y que las relaciones cercanas son el recurso más importante para poder conectar con la confianza, la seguridad y la realización personal. Así, cuanto más dañina se presenta una relación, “más indicadores hay de que sus bienes y sus potencialidades no están siendo utilizadas” (Boszormenyi-Nagy, 1987, p. 163).

2.5.2. La Parcialidad multidirigida

“El terapeuta está comprometido con todos los miembros y es su responsabilidad tomar acciones–diseñar patrones de acción–que contribuyan al bienestar de cada uno de ellos” (Boszormenyi-Nagy, 1987, p. 122).

Para la terapia contextual es fundamental que el terapeuta se comprometa en conseguir la justicia relacional entre los miembros de la familia y con otras personas significativas con las que cada uno de ellos está en relación (Boszormenyi-Nagy, 1987). Esto significa considerar a todas las personas que puedan verse afectadas por la intervención terapéutica (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; Dankoski & Deacon, 2000), independientemente de si el cliente los ha conocido o no (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 230; Goldenthal, 1996, p. 73), de si acuden o no a “la sala de terapia” (Goldenthal, 1996, p. 47), y de si presentan o no síntomas.

Para conseguirlo, Nagy formula el “principio metodológico terapéutico clave de la terapia contextual” (Cotroneo, 2007, p. 270): la parcialidad multidirigida.

La parcialidad multidirigida es un método, un contrato ético, un objetivo terapéutico y una actitud terapéutica (Hargrave & Pfitzer, 2003) fundamentada en una comprensión de la realidad relacional que contempla múltiples perspectivas, demandas y obligaciones éticas (Grunebaum, 1987). Está “al servicio de la equidad y la confianza” (Krasner & Joyce, 1995, p. 217) y entraña una genuina⁹⁷ preocupación por los intereses y las aspiraciones de cada uno de los miembros de la familia (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 52).

Por lo tanto, conviene distinguirlo de un interés personalizado. El interés reside

⁹⁷ Parecería extraño decir que es genuino cuando se puede tratar de una técnica, pero según van der Meiden (comunicación personal, 23 de julio, 2019) “una técnica deviene verdadera cuando nace de una actitud verdadera que en terapia contextual reside en un compromiso genuino y verdadero en lo que le sucede a la familia”.

en como están conectados sus miembros y cuales son las interrupciones de esta conexión (J.van der Meiden, comunicación personal, 23 julio, 2020).

Este principio metodológico terapéutico se materializa ofreciendo y facilitando un espacio terapéutico de “verdadera reunión”⁹⁸ (Kellebrew, 2006, p. 19), en el que cada miembro puede expresar su verdad⁹⁹, nombrar lo callado y lo no dicho, comunicar sus intentos de ser útil y sus experiencias de injusticia (van der Meiden, 2019). Se potencia promoviendo un “diálogo de afectos” que posibilite la apertura de nuevas posibilidades de escucha, tolerancia y respuesta¹⁰⁰, y que favorezca la emergencia de un diálogo genuino entre los miembros de la familia que permita reelaborar los desequilibrios estancados, así como explorar sus posibilidades reales para estar disponibles para y con los demás (Boszormenyi-Nagy, 1987; Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986 citado en Friedman, 2002, p. 33).

Para conseguirlo, el terapeuta manejará y enfocará la parcialidad según criterios terapéuticos, aplicándola selectivamente en determinados momentos y en determinados miembros, mostrando más apoyo y atención a una persona u otra, según sea necesario y conveniente. El terapeuta ofrecerá también la posibilidad de hacer sesiones individuales con algunos miembros para tratar con mayor intimidad y profundidad ciertos temas, con el objetivo de que posteriormente puedan ser compartidos con más confort y mayor seguridad en las sesiones grupales (Goldenthal, 1996).

En consecuencia, cada uno de los participantes, acostumbrado a apreciar las relaciones desde un punto de vista propio, es alentado y provocado a la *multilateralidad*, suscitando una nueva exploración, reflexión, reconsideración—o quizás, hasta primera formulación—del término equidad en su sistema familiar y relacional en particular (Boszormenyi-Nagy, 1987).

Aunque es probable que la familia haga intentos para asignar al terapeuta la función de juez, éste debe trascenderlos y transformarlos (uso catalítico del rol terapéutico), (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986) en un “tribunal intrínseco

⁹⁸ Entendiendo el término “reunión” en el sentido que lo hizo Buber (1958) “una reunión es un evento especial que ocurre cuando las personas se reúnen en el tipo de diálogo en el que uno siente que algo significativo acaba de suceder”. Siguiendo a Buber, “toda la vida real es reunión” (pág.11) y “es en el reino de la reunión donde tiene lugar la curación”(citado en Kellebrew, 2006, p. 19).

⁹⁹ Para la terapia contextual, movilizar la verdad es movilizar la confianza y al aspecto más importante para recobrar las relaciones familiares (van der Eerenbeemt & van Heusden, 1987).

¹⁰⁰ Esto conecta con la propuesta de Andersen (1992) de hablar y escuchar por separado.

intrafamiliar” (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 52), provocando que los argumentos adversarios se disuelvan en una nueva síntesis, se resuelva “el tira y afloja”¹⁰¹ acerca de los balances relacionales y se pueda llegar a un acuerdo final “justo” para todos (Boszormenyi-Nagy, 1987, p. 166). Esto permitirá descubrir la influencia de los recursos escondidos y aplicarlos para que sean del máximo provecho para todos los miembros, de modo que puedan emerger relaciones más responsables y cuidadas: redistribución de cargas y beneficios, cambios en los patrones relacionales, en los roles establecidos y en la asunción de responsabilidades (Czubaroff, 2007).

Tal y como clarifica Goldenthal (1993, p. 19), aunque puedan apreciarse ciertas similitudes, “este procedimiento difiere de otros posicionamientos o actitudes terapéuticas como, por ejemplo, la neutralidad terapéutica (evitar ponerse del lado de alguien), la parcialidad no dirigida (el apartamiento de un miembro de la familia contra todos los demás)”, la imparcialidad, o la consideración positiva incondicional de Rogers (1951)¹⁰². Comentado previamente, la parcialidad multidirigida va más allá de la empatía y la inclusión, ya que además de estos elementos procura (a) la configuración de un escenario mantenido de cuidado mutuo y de atención crediticia (Dutta, 2014), (b) la clarificación y reconocimiento de injusticias (Hargrave & Pfitzer, 2003), (c) la acreditación/ reconocimiento de las contribuciones positivas y los esfuerzos de los demás para generar confianza y equidad relacional y así posibilitar los senderos hacia la exoneración o el perdón (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; Czubaroff, 2007; Goldenthal, 1993; Hargrave, 2001; Hargrave & Pfitzer, 2003; Soyez et al., 2004), y (d) la asunción / revisión de las responsabilidades y compromisos de cada uno de los miembros y el vivir de acuerdo a ellos (den Hollander, 2009).

Por último, señalar que este apoyo multidirigido puede resultar realmente difícil en determinadas ocasiones, dependiendo de las injusticias infligidas y de otros aspectos (como por ejemplo la contratransferencia terapéutica y “la complejidad para diferenciar entre beneficio aparente y victimización esencial” (Boszormenyi-Nagy, 1987, p. 134), entre otras) y con frecuencia algunos miembros de la familia no estarán preparados para asumir la responsabilidad relacional que entraña (Goldenthal, 1993). Aquí el terapeuta tiene que hacer más evidente su preocupación empática y adaptar los tiempos a los diferentes ritmos (Boszormenyi-Nagy, 1987).

¹⁰¹ Referencia a la metáfora del “tira y afloja” de la interacción dialógica de Buber (Friedman, 1989).

¹⁰² A la que Rogers define como “un amor no posesivo y que no exija ninguna gratificación personal (...) se limita a demostrar que 'me importas', y no 'me importas con la condición de que te comportes de esta o aquella manera'” (Rogers, 1961, p. 283).

2.5.3. El diálogo

“Si alguna vez ha sido objeto de la atención no dividida de alguien, entonces has experimentado la inclusión en un diálogo genuino” (Friedman, 2008, p.304 citado en Fife, 2015, p. 215).

Tal y como se ha explicado comentado en el apartado previo, la parcialidad multidirigida persigue evocar el *diálogo genuino*. Aunque coloquialmente el diálogo puede definirse como una conversación entre dos o como un intercambio verbal, y su estructura puede ser calificada como un sistema comunicacional, el diálogo al que aquí se está haciendo referencia, y del que se habló al inicio de este capítulo, trasciende este significado pues está ubicado en una capa más profunda que la del propio acto comunicativo: se trata de un diálogo auténtico. En palabras de Buber, de un diálogo genuino que se produce en ese “reino de lo intermedio”, o en el “ámbito interhumano de la reunión” (Friedman, 2002, pp. 7-8); un lugar de conexión y vinculación en el que dos seres se comprometen a poder ser en lugar de parecer y en consecuencia, a poder ser mutuamente auténticos (Buber, 1965 citado en Kellebrew, 2006).

De esta manera, se puede definir el diálogo genuino como “aquel discurso concebido, pensado y hablado con todo el ser, en el que una persona y su universo humano se enfrentan a otra, y al universo humano de ésta con la intención de establecer una relación mutua viva entre ellos” (Buber 1965a, p.19 citado en Fife, 2015, p. 214). Esto implica un “compromiso para comprender la experiencia del otro” honrando lo que es real e importante para uno y para el otro, “abrazando las similitudes y las diferencias sin perder el sentido de uno mismo” (Buber, 1965b, p. 81 citado en Fife, 2015, p. 214).

En armonía con esta concepción, el diálogo pasa a ocupar un lugar central en la teoría contextual pero, a diferencia de los psicoterapeutas dialógicos¹⁰³ y de los analistas relacionales—que utilizan el diálogo entre terapeuta y paciente como elemento central (Friedman, 2008)—los terapeutas contextuales consideran que la responsabilidad del diálogo radica en los miembros de todas las generaciones y, por tanto, lo promueven—siempre que sea viable—en personas de distintas generaciones de la familia (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986).

¹⁰³ Cabe subrayar la diferencia que existe entre los terapeutas dialógicos y los terapeutas del diálogo. Los primeros, recurren directamente a Buber para guiar su práctica clínica, la esencia de la cual es “la curación a través del encuentro”. En cambio, los terapeutas del diálogo usan algunos de los elementos de la psicoterapia dialógica sin hacer “curación a través de la reunión” (Friedman, 2002, p. 7).

Además, para la terapia contextual, este diálogo genuino está enfocado hacia la naturaleza dinámica de la ética relacional (Hargrave & Pfitzer, 2003). Por ello, se espera que este diálogo no solo fomente “la verdad” de sus miembros y entre ellos, sino que sobre todo sea una forma de lograr y preservar juicios justos para que las puertas a la mutualidad del compromiso real puedan abrirse (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986). Aquí, tal y como se ha argumentado previamente, el término *verdad* (concepto cognitivo) debe derivarse de un término ético, como el de *justicia*. Este planteamiento estaría en línea con el argumento de Crosswhite (1996, p.70): “una lógica que concibe la razón basada en realidades éticas en lugar de cognitivas, puede resultar mucho más útil para guiar nuestras acciones” (citado en Czubaroff, 2007, pp. 22–23).

En consecuencia con lo anterior, se presume que si los participantes en el encuentro dialógico han podido clarificar la relación en términos de justicia (qué es debido y qué es merecido), esto posibilitará nuevas maneras de vincularse, cimentadas en la confianza y manifestadas en un intercambio de cura responsable entre personas que se contribuyen mutua y significativamente (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; van der Eerenbeemt & van Heusden, 1986).

Entonces, como ya se vio previamente¹⁰⁴, cada miembro podrá tener más confianza en que el otro, además de ser destinatario de cuidados, también pueda ser proveedor. Esto permitirá “reinvertir nuevas dosis de confianza” (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 14) e iniciar un movimiento de reconexión entre los miembros de la familia, capacitándoles para que puedan tomar más riesgos y más responsabilidades en sus relaciones, y aumentando también su capacidad para disfrutar del dar y el tomar (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; van der Meiden et al., 2018b).

Una vez más, la integridad y la confianza—principales recursos del diálogo genuino—se convierten en los elementos más poderosos para restablecer las relaciones familiares (Kellebrew, 2006; van der Eerenbeemt & van Heusden, 1987). Consecuentemente, un fracaso en el diálogo implica un fracaso en establecer relaciones de confianza y reciprocidad (y viceversa) (van der Meiden, 2019).

Una cuestión importante acerca del diálogo y fundamental de conocer para esta tesis, es que para la teoría contextual, éste traza las dos grandes sendas hacia la individuación: la delineación del self y la validación del self (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986). Se ahondará en este aspecto en el capítulo dedicado a la discusión.

¹⁰⁴ 2.3.2 JUSTICIA >2.3.2.1. Balance del Dar y el Recibir.

2.5.4. La exoneración

En este sentido, a manera de ejemplo hipotético, lo que me ocurrió al descubrir la verdad en la correspondencia de mi padre representa establecer un nuevo equilibrio de tipo ético. En otras palabras, lo más importante es que pude humanizarlo. Siempre lo había vivido como un monstruo, un ser no querible. Pero ahora descubro que era un ser a quien le importaba o no su hijo. Incluso aunque lo siga viendo como un monstruo, por lo menos he descubierto cómo fue su infancia, lo veo no solo como victimario, sino también como víctima. Y como he rebalanceado el deber y haber de méritos de mi padre, ya no necesito sentir un resentimiento ambivalente hacia él y puedo amarlo. Si puedo confiar más en mi padre, entonces puedo confiar en el mundo, en mi pareja, en mi hijo, en todas las demás relaciones. (Canevaro & Cancrini, 2018, p. 163)

La exoneración es una de las principales intervenciones contextuales utilizadas para poder restablecer la confianza mediante la eliminación de la carga de injusticia y deuda.

Esta intervención consiste en “inducir la reevaluación de los adultos, de la persona y de la situación injusta, mostrando parcialidad hacia la propia victimización de los padres en la infancia y destacando un paralelo con el comportamiento que tienen hacia el niño” (Boszormenyi-Nagy et al., 1991, pp. 226–227 citado en van der Meiden et al., 2018b, p. 6).

Es un proceso que se inicia con una indagación biográfica del pasado de los progenitores, con el objetivo de tomar conciencia de sus obstáculos/dificultades/injusticias vitales preexistentes y de caducar la idea que sus descendientes tienen de ellos (asociada a una maldad intrínseca), para poder comprenderlos y percibirlos de forma diferente y probablemente mejor. Se trata de un proceso que busca ofrecer información a los descendientes para que puedan conocer la biografía de sus progenitores, los motivos históricos—seguramente dolorosos—alojados en sus realidades relacionales, con el objetivo de ayudarles a tomar conciencia de que ellos (los progenitores) también fueron lastimados o victimizados, de forma que los hijos puedan trascender el comportamiento objetado, penalizado e impugnado que han adjudicado a sus padres (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986).

En definitiva, se trata de un proceso de acreditación y duelo, que capacita poder ver a una persona, especialmente a un progenitor, como alguien humano (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986 citado en Dankoski & Deacon, 2000, p. 56; van der Meiden et al., 2018a), y que permite hacer “una exención de responsabilidad por razones de razonabilidad e imparcialidad “ (van Rhijn & Meulink-Korf, 1997, p. 131 citado en van der Meiden et al., 2018a). Como resultado, la cuestión de la culpa se torna cada vez más intrascendente y, en cambio, se hacen más relevantes aquellas cuestiones asociadas a la responsabilidad (Flores-Ortiz & Bernal, 1989).

La culminación de esta “comprensión retroactiva”, reevaluación y hasta reconocimiento de valores en la vida de los progenitores puede suponer la reparación de las relaciones en múltiples sentidos: clarificación de responsabilidades, disminución de culpas, de comportamientos autodestructivos o hasta supresión de lealtades invisibles, lo cual implica una mejora y satisfacción en las relaciones. Además, conectando con la noción de *revolving slate* previamente explicada, también puede disminuir o frenar la búsqueda de justicia y la perpetuación de actos vengativos contra miembros “inocentes” (Goldenthal, 1996, pp. 76, 82). En conclusión, la persona puede adquirir una libertad renovada para sentirse, expresarse y poder (re)relacionarse, ocasionando un claro beneficio en el presente pero, sobretodo, para las posteriores generaciones (Frank, 1984).

Clarificamos que, aunque pueda parecer que existe alguna semejanza con el concepto del perdón, son realidades distintas: “La exoneración significa que la víctima puede levantar la carga de culpabilidad del victimario mientras realiza una conexión y una identificación significativas, mientras que el perdón significa que la víctima y el victimario se identifican realmente para restaurar la relación amorosa y la confianza” (Hargrave & Sells, 1997, pp. 43-44). Es decir, en la exoneración no se considera si el otro merece perdón y, es más, no tiene porqué implicar perdón (hasta hay un claro posicionamiento de que algunos hechos pueden no ser jamás perdonables). Así mismo, “la exoneración tampoco tiene que ver con desresponsabilizar a alguien, liberarlo o excusarlo de, sino que se trata de dejar de ver únicamente aquellos actos que han provocado el daño y poder ver al otro de una manera más completa” (Goldenthal, 1996, p. 77).

En conclusión, la terapia contextual tiene, como principales elementos constituyentes (Schmidt et al., 2016; van der Meiden, Noordegraaf, et al., 2019):

1. La parcialidad multidirigida.
2. La orientación y el diálogo hacia el balance relacional.
3. La consideración transgeneracional; la preocupación y el cuidado por y del futuro.
4. La focalización en las fortalezas, los recursos y la autoconfianza, que promueven la confianza mutua y en otros atributos positivos.
5. La certeza en el sentido innato positivo de las personas para responder a la llamada del otro (aunque a veces de manera cubierta o imperfecta).
6. La exoneración.

Comentarios finales del proceso terapéutico

A medida que las personas confían en una espiral autosostenida de ganar derecho, ganan la libertad que les permite asumir responsabilidad en vez de culpar, proyectar, o establecer cualquier acto de relación destructiva. Así, mejora su capacidad para las relaciones conyugales, parentales y para la posteridad. (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 232)

En la terapia contextual, el progreso terapéutico se confirma en el momento en el que el cliente—entiéndase, algún miembro del sistema familiar—inicia alguna acción que tiene un “efecto palanca”¹⁰⁵, que provoca que se activen una serie de reacciones y de cambios en los balances relacionales que permiten la emergencia de nuevas posibilidades relacionales (con uno mismo y con los demás). Este proceso no está exento de dificultades, de confrontaciones y de pérdidas. De hecho, cada ganancia terapéutica implica un desafío para la homeostasis del sistema familiar, con lo que sus miembros deben ir (re)invistiéndose de coraje para “seguir tomando el riesgo y depositar confianza en la expectativa de un nuevo contexto, en un renovado intercambio del dar y el tomar y en una nueva manera de ganar mérito” (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 230).

¹⁰⁵ Principio clave del pensamiento, el *principio de palanca* enseña que los actos, aun siendo pequeños, pueden llegar a producir mejoras significativas y duraderas si se realizan en el sitio apropiado (McDermott & O'Connor, 1998).

Según Nagy, cuando gracias al proceso terapéutico, cada miembro de la familia puede reconocer sus deudas del pasado, sus responsabilidades, sus derechos y sus fortalezas, como también los de los demás, esto estimula un clima compasivo entre ellos, favoreciendo explicaciones y comprensiones más saludables de sus motivos y actitudes, permitiendo que las personas puedan elegir nuevas formas de relacionarse para que germine un “renovado sentido de reciprocidad y equidad” entre ellas (Adams & Maynard, 2004, p. 11).

Entonces, los criterios que permiten hablar de progreso terapéutico y, por tanto, de cambio, tienen que ver no con eliminar o mejorar una determinada patología individual, sino con unos resultados que indican la existencia de un nuevo balance y una nueva propuesta relacional (Boszormenyi-Nagy, 1987; Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986).

2.6. INVESTIGACIÓN EN ÉTICA RELACIONAL

2.6.1. *Investigación en Ética relacional (en un mundo basado en la evidencia del pensamiento)*

2.6.1.1. Ética Relacional, Salud y Psicología.

Si en el apartado anterior se ha presentado la teoría y la terapia contextual como modelo teórico y práctico, con referencias a Nagy y a los principales autores, así como la evidencia existente respecto la teoría contextual, en este punto se abordará exclusivamente la investigación que existe en torno a su principal constructo, la ética relacional.

Son varios los estudios que relacionan una ética relacional baja con problemas de salud (Grames et al., 2008) y con la depresión (Gangamma et al., 2015; Wilson, 2017). Además, existe evidencia empírica de que la ética relacional—tanto en relaciones verticales como horizontales—es un predictor significativo de los niveles de satisfacción de las parejas y de la calidad de las relaciones (Grames et al., 2008; Hargrave & Bomba, 1993). Por ejemplo, algunos estudios sugieren que una baja ética relacional en la familia de origen (relaciones verticales) predice una menor satisfacción conyugal (en las futuras relaciones horizontales) y, más específicamente, la ética relacional horizontal (percepción de equidad en las relaciones simétricas) predice significativamente el bienestar y la capacidad para gestionar los factores estresantes en las integrantes de género femenino de las parejas estudiadas (Gangamma, 2008; Gangamma et al., 2012, 2015).

Además, continuando con esta exploración de las variables que se han asociado con cuestionarios cuantitativos de evaluación de la ética relacional, hay evidencia que apunta que desequilibrios en las relaciones horizontales¹⁰⁶—expresados frecuentemente en una disminución de la confianza y en una mayor probabilidad de lealtad en las relaciones verticales—se han asociado con niveles más altos de conflicto interparental, con mayor probabilidad de infidelidad y con la percepción en los hijos de no haber recibido lo que necesitaban y de tener menos posibilidades de establecer relaciones de pareja “justas” (Schmidt et al., 2016, pp. 386, 391). Además, Kavar y colaboradores (2019) exponen en un estudio reciente que el hecho que los hijos conozcan la infidelidad de sus progenitores se vincula con una experiencias relacionales—tanto en relaciones verticales como en horizontales—problemáticas.

Otras investigaciones sobre cómo la ética relacional está conectada con la satisfacción relacional, apuntan que existe una relación entre la ética relacional y las *cycling relationship*¹⁰⁷, (parejas que se separan y se reconcilian en su relación romántica cíclicamente) indicando que los niveles de ética relacional de este tipo de parejas (más bajos) influirían en la satisfacción sentida por sus miembros pero no en la frecuencia del “cycling” (Shannon, 2017). También se han encontrado relaciones significativas entre la ética relacional y la violencia de pareja (Intimate Partner Violence, IPV); específicamente, una alta ética relacional en las mujeres parece asociarse negativamente a la perpetración de IPV por parte de sus parejas masculinas (Adkins, 2010).

Otros resultados indican que la ética relacional y el perdón, mediatizados por la variable de la satisfacción relacional, estarían relacionados (Bursky, 2016). De acuerdo con este estudio, mayores niveles de ética relacional conducirían a mayores niveles de satisfacción, que a su vez se asociarían a mayores niveles de perdón. Por su parte, otro estudio que comparaba los niveles de ética relacional entre familias funcionales y familias disfuncionales—con el objetivo de explorar si existían variables contextuales que permitían distinguirlas—, obtuvo datos coherentes con investigaciones previas (Hargrave, et al, 1991) al indicar que los adolescentes de las familias disfuncionales evaluaban la calidad de las relaciones en sus familias más negativamente que aquellos jóvenes que pertenecían a familias funcionales (Chambliss & Others, 1992, p. 13).

¹⁰⁶ Niveles bajos de ética relacional.

¹⁰⁷ Se mantiene el vocablo en inglés ya que no se ha encontrado el término equivalente a la lengua castellana.

Respecto a si existe relación entre los niveles de ética relacional y las características sociodemográficas, algunas investigaciones sugieren que los niveles de la ética relacional y la equidad en las relaciones están relacionados con la edad y el estado civil (Hargrave & Bomba, 1993), y con la identidad de género y el rol de género (Gangamma et al., 2012; Hargrave et al., 1991), apuntando que los sujetos solteros o en matrimonios de larga duración tendrían puntuaciones más altas mientras que las mujeres tendrían niveles más bajos de ética relacional. En esta línea, otros estudios han evaluado la aplicabilidad en los planteamientos teóricos de la terapia contextual en las poblaciones occidentales (Bernal, Rodriguez, et al., 1990; Chambless & Others, 1992; Hargrave et al., 1991), no habiendo encontrado diferencias significativas según el sexo. A pesar de existir estos estudios, existen muchas cuestiones que requieren de nuevas investigaciones que puedan dar mayor solidez a los hallazgos encontrados y aumentar su validez externa.

En conjunto, los hallazgos empíricos de estas investigaciones previas apuntan a un respaldo hacia la afirmación de Nagy de que existe una relación entre la ética relacional, el funcionamiento relacional y los problemas de salud (Boszormenyi-Nagy, 1987; van der Eerenbeemt & van Heusden, 1986). Por ello, se asume que es justificado el planteamiento y el interés de continuar investigando sobre la ética relacional, al que, de acuerdo con las asunciones teóricas de la terapia contextual, se le considera un constructo esencial desde el que es posible intervenir tanto en individuos, como en parejas y en familias (Belous, 2015; Cotroneo, 2007; Dankoski & Deacon, 2000; Grunebaum, 1987; Haxhe, 2016; Rootes, 2013; Sibley et al., 2015; van der Meiden, 2019).

2.6.2. Instrumentos desarrollados para la evaluación de la Ética relacional

2.6.2.1. Escala de Ética Relacional: antecedentes, descripción (administración, interpretación resultados), aspectos psicométricos, nuevos ámbitos de aplicación, adaptación a otras poblaciones.

¿Cómo se puede cuantificar la ética relacional? ¿Cómo se puede medir el equilibrio entre dar y recibir? ¿Es suficiente mi propia experiencia de este equilibrio? Mucho depende de las circunstancias y de lo que ya ha sucedido entre nosotros. También depende del libro mayor entre las personas con las que estoy conectado. Esto lo hace muy complejo. ¿Quién decide qué es justo? (Heyndrickx, 2018).

Tal y como se ha comentado previamente, uno de los principales desafíos de la terapia contextual es hacer operativos sus constructos y aplicarlos en la práctica. En la actualidad existen dos instrumentos para evaluar la dimensión de la ética relacional de forma consistente con la teoría contextual y solo uno de ellos, la *Relational Ethics Scale* (RES; Hargrave et al., 1991), cuenta con datos empíricos publicados que lo respaldan como un instrumento potencialmente válido y fiable (Shannon, 2017, p. 29).

La RES es una escala autoinformada, que mide la percepción de los sujetos acerca de la ética relacional en su familia de origen—dimensión interpersonal de la familia—y en sus relaciones actuales con otros adultos significativos, siguiendo las descripciones ofrecidas por la teoría contextual. El propio Boszormenyi-Nagy respaldó su validez aparente¹⁰⁸ y, tal y como se ha explicado en el punto previo, varias investigaciones empíricas sugieren que puede ser un instrumento útil, válido y fiable, para evaluar el constructo de la ética relacional en adultos, habiendo sido ya utilizado con muestras con diversos perfiles socioeconómicos, raciales y de estado civil (Hargrave & Bomba, 1993; Hargrave et al., 1991). De acuerdo a los autores del instrumento, la escala muestra unos índices razonables en cuanto a fiabilidad tanto en la escala total como en las subescalas, así como en las medidas de validez de constructo, validez predictiva y validez concurrente, cuando se ha estudiado en combinación con instrumentos que miden constructos relacionados (Bray, 1993). Así, por ejemplo, la RES se ha utilizado para respaldar la validez concurrente de la Escala de resolución de relaciones interpersonales (Hargrave & Sells, 1997) o la Escala de perdón familiar (Pollard et al., 1998). Ha obtenido altas correlaciones con otras escalas como la Escala de Ajuste Diádico (Spanier, 1976) y las Subescalas de Intimidad Conyugal e Intimidad Intergeneracional del Cuestionario del Sistema Familiar de Autoridad Personal (Bray et al., 1984), que están valorando constructos como la cercanía intergeneracional o el ajuste relacional (Hargrave et al., 1991).

La RES es una escala tipo Likert (“1 = totalmente en desacuerdo” a “5 = completamente de acuerdo”) constituida por 24 ítems que se agrupan en dos dimensiones, cada una de ellas compuesta por 12 ítems. La primera es la dimensión vertical (relaciones jerárquicas padres-hijos) y consta de los primeros 12 reactivos de la escala. La segunda es la dimensión horizontal (relaciones no jerárquicas entre

¹⁰⁸ La validez aparente es la medida en que se considera subjetivamente que una prueba cubre el concepto que pretende medir (si “parece” que va a medir lo que se supone que debe medir). En general, la validez aparente significa que la prueba “parece” funcionará, en lugar de “se ha demostrado que funciona” (Shuttleworth, 2020).

pareja / relaciones significativas) e incluye los 12 siguientes ítems. Cada dimensión (la vertical y la horizontal) a su vez se componen de tres subescalas: (a) confianza y justicia, (b) derecho y (c) lealtad.

La RES proporciona un índice general de ética relacional y una puntuación específica para cada dimensión y subescala. Puntuaciones más altas indicarían mayor ética relacional y, consiguientemente, las más bajas una peor ética relacional, lo que nos estaría señalando que esa relación (ya esté asociada a la dimensión vertical o a la horizontal) puede estar definida (en mayor o menor claridad, según la puntuación obtenida) por una sensación de inseguridad y de no-amor, pudiendo indicar por tanto, una relación disfuncional (Hargrave et al., 1991).

Los propios autores de la escala remarcaron la necesidad de realizar estudios que pudieran examinar los constructos tan complejos que componen la ética relacional (Bray, 1993), así como también su relación con otras variables, como por ejemplo: el género, la identidad, el estado civil, la salud y la situación económica; para poder tenerlas en cuenta a la hora de considerar los resultados de la RES.

2.6.2.2. Propuesta de otros instrumentos

A parte de la RES, existen otros instrumentos que también pretenden medir constructos relacionados con la ética relacional. Tal y como podemos ver en la siguiente tabla, son realmente pocos y las investigaciones que han podido generar también han resultado escasas.

Tabla 1. *Otros Instrumentos que miden constructos relacionados con la ética relacional*

Instrumentos	Objetivo del instrumento	Ítems y Opciones de respuesta	Alpha de Cronbach (global)	Consideraciones del instrumento
The Contextual Family Therapy-Therapists Action Index (CFT-TAI) (Bernal et.al, 1990)	Conocer qué intervenciones propuestas por la terapia contextual podían ser transferidas a un contexto terapéutico en particular.	12 ítems con 5 opciones de respuesta (escala de valoración del 1 al 5)	.87	Aunque se obtuvieron resultados interesantes, los propios autores concluyeron que, al ser un estudio preliminar, éstos debían ser tomados con cautela y que era necesario seguir realizando más investigación en esta dirección, sobretudo respecto la consistencia interna.
The Balance of Fairness Questionnaire (BoFQ) Gangamma, (inédito)	Evaluar los constructos de confianza, justicia, lealtad, derecho y balance de equidad en dos dimensiones: la vertical (12 ítems; que hace referencia a la justicia percibida por el encuestado respecto su familia de origen) y la horizontal (38 ítems que hace referencia a la justicia percibida en la relación de pareja, por cada uno de los miembros).	50 ítems, escala tipo Likert (1 >7), preguntas de opción múltiple y preguntas de respuesta corta.	Desconocida	A diferencia de la RES, este instrumento no ofrece un resultado por constructos (confianza, justicia etc...) sino que proporciona una puntuación global y una puntuación para cada una de las dimensiones (vertical, horizontal-uno mismo, horizontal-pareja). Al igual que en la RES, resultados más altos para la escala combinada y cada dimensión indican una ética relacional más saludable. Actualmente este cuestionario aún no está validado, pero existe algún estudio inicial (p. ej.; Shannon, 2017).
Nijmegen Family Relations Test (NFRT) (Oud y Welzen, 1989)	Explorar y medir la justicia y la confianza percibidas dentro del contexto de la familia nuclear.	Desconocido	Desconocida	Su validación está desactualizada y ya no se usa.
The intimate justice scale (IJS) (Jory, 2004)	Detectar el abuso psicológico y la violencia física no midiendo actos específicos de abuso, sino midiendo la dinámica ética de las relaciones de pareja.	Autoinforme de 15 ítems y cada uno puede responderse con una puntuación en una escala de 1 > 5.	0.98	En lugar de centrarse en actos específicos de abuso (no hace preguntas directas sobre tipos de violencia, frecuencia, gravedad o lesiones), el IJS mide la dinámica ética de las relaciones i es más prudente y acertado considerarlo como uno de los varios instrumentos que se pueden emplear para la detección clínica de la víctima por abuso.

2.7. RESUMEN Y REFLEXIÓN FINAL

“La terapia, en el sentido contextual, nunca fue divorciada de las condiciones sociales, pero en realidad podría aplicarse para comprender e intervenir en ellas”. (Cotroneo, 2007, p. 269)

A lo largo de todo este capítulo dedicado a la terapia contextual, y especialmente en los dos últimos puntos dedicados a su investigación y evidencia empírica, se ha buscado presentar una síntesis de las múltiples y potenciales aplicaciones que este modelo terapéutico puede tener, atendiendo principalmente al ámbito de lo individual y lo relacional (parejas y familias).

Aunque, tal y como se ha comentado, muchos terapeutas reconocen y valoran este modelo, su contribución teórica-conceptual y también sus aplicaciones más prácticas, nunca ha llegado a tener una posición principal en el campo de la terapia familiar, existiendo incluso algunos autores que apuntan que corre peligro de extinción (Hargrave & Pfitzer, 2003). Además, es un enfoque que dista del *mainstream* de la psicoterapia actual, que tal y como apuntan (Brown-Standridge & Floyd, 2000) está repleta de tratamientos breves basados en resultados acordes a una sociedad dominada por la búsqueda de la rapidez y las soluciones individuales. Consideramos que, precisamente en este marco, este es un enfoque valioso dado que, tal y como propone Meulink-Korf & Noorlander (2012, p. 160), se necesita de una propuesta terapéutica que tenga interés en lo colectivo, en el compartir, en la solidaridad y en la reconsideración del cuidado mutuo (...) “en respuesta a un dominio creciente de una actitud pragmática estrecha, una creciente indiferencia moral hacia los demás, renuncia y disminución del respeto”.

Sin dedicar más tiempo a las razones por las cuales este modelo no ocupa un espacio más central en la psicoterapia, se desea indicar, por último, que varios terapeutas contextuales han apuntado que para que esta aproximación pueda sobrevivir y seguir contribuyendo significativamente al campo de la terapia familiar y de la sociedad en general, es necesario promocionar la realización de investigaciones sobre el modelo y aumentar el número de programas formativos disponibles, tanto en inglés como en español (Sude & Eubanks Gambrel, 2017, p. 619).

CAPÍTULO 3. TEORÍA FAMILIAR SISTÉMICA DE BOWEN

3.1. ORIGEN, DESARROLLO Y SITUACIÓN ACTUAL

3.2. LA TEORÍA DE LOS SISTEMAS FAMILIARES DE BOWEN: ASPECTOS CENTRALES

3.3. APOYO EMPÍRICO A LA TEORÍA DE BOWEN

De acuerdo con los objetivos que hemos planteado en esta tesis doctoral, nos detenemos en el que será el segundo de los autores clave: Murray Bowen (1913-1990). En este capítulo ofreceremos una aproximación a esta teoría, a sus aspectos y constructos centrales, su situación actual en el ámbito clínico y científico y la investigación generada al respecto.

3.1. ORIGEN, DESARROLLO Y SITUACIÓN ACTUAL

Tal y como hemos ido describiendo en el capítulo anterior, la terapia familiar fue evolucionando desde el anonimato hasta lograr una condición relevante y muy respetable en el ámbito de la psiquiatría y la psicología.

De todas las aportaciones¹⁰⁹ que, desde su inicio, han contribuido a la evolución y expansión de la terapia familiar y de pareja algunos autores sugieren que “ningún otro individuo ha influido tanto en la identidad de la terapia familiar y de pareja como una disciplina distintiva y separada como lo ha hecho Bowen” (Horne & Hicks, 2002, p. 103). Murray Bowen, fundamental en la aplicación del modelo sistémico al contexto familiar y en el desarrollo de la terapia familiar y de pareja, no solo contribuyó enormemente a establecer sus fundamentos, sino que ha sido fundamental para comprender como es en la actualidad.

Tal como hemos expuesto en la introducción, de todos los referentes y enfoques teóricos que fueron emergiendo desde el inicio del movimiento de la terapia familiar, Murray Bowen, psiquiatra y profesor en la *Georgetown University* y uno de los fundadores de la terapia familiar sistémica, ha sido concebido no solo como el pionero sino “como una de las figuras más relevantes de la terapia familiar y relacional norteamericana” (Andolfi & Nichilo, citado en Bowen, 2014, p. 9).

Su teoría acerca de los sistemas familiares, ha sido considerada por muchos autores como el sistema teórico y terapéutico más comprehensivo, completo y reflexivo del funcionamiento humano (Guerin & Chabot, 1992; Skowron, Van Epps, & Cipriano-Essel, 2014) y se ha establecido como una de las aportaciones más valiosas para la práctica clínica desde la perspectiva sistémica (e. g., Horne & Hicks, 2002; Rodríguez-González & Kerr, 2011).

¹⁰⁹ Por ejemplo, Carl Whitaker, Theodore Lidz, Ronald Laing, Nathan Ackerman, Carl Whitaker, el Grupo de Palo Alto (Gregory Bateson, Jay Haley, John Weakland, William Fry, Don Jackson y Virginia Satir) y el Grupo de Filadelfia (Ivan Boszormenyi-Nagy, James Framo, Gerald Zuk y David Rubinstein).

La formación de Bowen en la reconocida *Fundación Menninger* (Topeka, Kansas), donde tuvo la oportunidad de explorar en profundidad las relaciones entre los pacientes con esquizofrenia y sus madres y, más tarde, en el *National Institute of Mental Health* (NIMH Bethesda, Maryland), ya en contacto con familias completas, así como muchas otras experiencias más, le influenciaron en los inicios de su práctica clínica, en los que aún estaba comprometido con la teoría psicoanalítica pero ya empezaba a plantearse nuevas ideas psicoterapéuticas que, como sabemos, acabarían desembocando en el desarrollo de una nueva teoría familiar (Haefner, 2014).

Paulatinamente, e interesado en asuntos que trascendían la concepción y comprensión individual del paciente, Bowen empezó a preguntarse por cuestiones relacionadas con la etiología, la causalidad y el desarrollo de la enfermedad mental—a las que no podía responder bajo el prisma del marco psicoanalítico. Así, lentamente y muy influenciado por los conocimientos que obtenía de las ciencias naturales y, en concreto, de la teoría de la evolución y de los sistemas naturales, fue inclinándose cada vez más hacia el desarrollo de una “teoría de sistemas naturales, diseñada para ajustarse a los principios de la evolución y al ser humano como ser evolutivo” (Bowen, 1978, p. 360). Consecuentemente, aunque seguía atendiendo a pacientes bajo el marco de la psicoterapia individual psicoanalítica, se fue percatando de la necesidad y de la importancia de establecer un formato psicoterapéutico diferente, en el que sus nuevos supuestos y conceptos, fundamentados en los sistemas naturales y familiares, tuvieran espacio y pudieran ser aplicados (Titelman, 2014).

De esta manera, fue construyendo un puente entre las orientaciones individuales y familiares, reflexionando y percatándose de las implicaciones que tenía el hecho de concebir a familia como un “sistema¹¹⁰ o unidad emocional” (Titelman, 2014, p.6) y “relacional¹¹¹” (Bowen, 2016¹¹², p.170) en la que sus miembros, más que responder y reaccionar entre ellos, “vivían, se comportaban y eran los unos para los otros” (Bowen, 1978, p.10 citado en Titelman, 2014, p.6). Siendo así, después de “haber pasado miles de horas sentado con las familias”, cada vez le resultaba más “inconcebible” e impensable atender a “una sola persona sin ‘ver’ a todos los

¹¹⁰ Un sistema es el que a un cambio en una de sus partes le sigue un cambio compensatorio de otras partes del mismo sistema. Los sistemas operan a todos los niveles de eficacia, desde un funcionamiento óptimo hasta la disfunción y el fracaso total.

¹¹¹ El término *emocional* alude a la energía que mueve al sistema y *relacional* a las formas cómo este se expresa (bajo la relación se incluye la comunicación, la interacción y otras modalidades de relación) (Titelman, 2014, p.33).

¹¹² Obra original publicada en el año 1978, *Family Therapy in Clinical Practice*, Northvale, NJ: Jason Aronson Inc., 1978.

miembros de su familia sentados como fantasmas a su lado” (Bowen, 2016, pp. 163-164).

En coherencia con estas observaciones y discernimientos, fue formulando un marco teórico apropiado a su perspectiva y comprensión evolutiva del ser humano, fundamentada en conceptos propios de la teoría de los sistemas naturales y focalizada en la familia como una entidad-unidad emocional.

Alrededor de 1955-1957, su práctica se estableció claramente en el marco de la psicoterapia “familiar”¹¹³, según el propio Bowen la definía, pero sin que ello implicase que la familia debía de estar siempre presente en la sesión. De hecho, tal y como explicita el mismo Bowen (2016), “una tercera parte de sus sesiones se ocupaban con el tratamiento de un solo miembro de la familia” (p.164).

Convencido de la importancia de formular una “sólida construcción teórica” que permitiera entender al ser humano (Rodríguez-González, 2014, p. 3), Bowen fue refinando, nutriendo y robusteciendo sus formulaciones teóricas y entre 1960 y 1966 (Titelman, 2014, p. 10) las sintetizó y compendió en los seis conceptos teóricos cardinales que acabarían por conformar el origen de su marco conceptual y de la posterior publicación del libro, presentado por primera vez en 1966, *The Use of Family Theory in Clinical Practice* (Bowen, 1978).

Durante los años 1959-1975, Bowen continuó perfilando sus conceptos teóricos y refinando su teoría, combinando su dedicación a la difusión de sus propuestas teóricas y clínicas con actividades más formativas y académicas como por ejemplo la constitución del *Georgetown Family Center* en 1975, la dirección de los programas familiares en el *Georgetown University Medical Center* y el establecimiento de una formación postgraduada para profesionales de la salud (Titelman, 2014).

En este contexto de desarrollo y progreso, entre 1972 y 1975 incorporó dos conceptos más a los 6 propuestos inicialmente, dando lugar a los ocho constructos medulares¹¹⁴ de la teoría que aún están vigentes actualmente. Los postulados teóricos de este autor se han agrupado bajo el nombre de la *teoría familiar sistémica de Bowen* (TFSB).

¹¹³ Comillas del autor para remarcar que aunque su utilización del término de psicoterapia familiar implica algunas imprecisiones, “lo he seguido utilizando por ser el término medio que mejor concilia la teoría con la práctica, y porque sirve para comunicarse entre los profesionales” (Bowen, 2016, p. 172).

¹¹⁴ Descritos y publicados por primera vez en el libro *Family Therapy: Theory and Practice* (Guerin, 1976), en el capítulo de Bowen “Theory in the Practice of Psychotherapy”.

Murray Bowen murió en el año 1990. Treinta años después de su muerte, su trabajo sigue progresando a través del *Georgetown Family Center* (desde el año 2000, el *Bowen Center for the Study of the Family*) un centro de atención clínica ambulatoria y la institución de referencia en el mundo para formarse en la teoría (Titelman, 2014). Así mismo, durante estos años, la TFSB (Bowen, 1978; Kerr & Bowen, 1988) se ha consolidado como un modelo conceptual y de práctica clínica válido y transculturalmente respetuoso para trabajar con individuos, parejas y familias (Chung & Gale, 2006; Gallardo et al., 2009; Hooper & DePuy, 2010; Hooper, 2003; Rodríguez-González et al., 2015; Skowron & Dendy, 2004).

Aunque principalmente adquirida, desarrollada y practicada por los terapeutas familiares de Estados Unidos (Miller et al., 2004), la TFSB también está presente y sigue creciendo. Específicamente si exploramos los países hispanohablantes, la teoría es conocida en España (aunque en general se conoce en poca profundidad) y también en países como México, Argentina y Chile. En estos países la presencia de la teoría se concreta no solamente en el ámbito clínico, sino también en el de la investigación, y en el educativo /formativo, ya que muchos programas académicos la incluyen en su plan de estudios (Rodríguez-González & Kerr, 2011; Rodríguez-González et al., 2015).

Tal y como sucede con otros modelos, la propuesta teórica formulada por Bowen conlleva un posicionamiento epistemológico y, por tanto, una manera particular de concebir y comprender lo que sucede. Creemos que es importante remarcar que aunque Bowen manifestó que era lógico que su teoría estuviera enmarcada de alguna manera dentro de la Teoría General de Sistemas¹¹⁵, por el hecho de encajar con teorías de las escuelas sistémicas familiares¹¹⁶ (Bowen, 2016, p. 397), él nunca estableció lazos sólidos con esta teoría y por lo tanto, sería erróneo considerarlas como homólogas (Bowen, 1978).

La teoría de Bowen es una teoría abierta y en constante evolución. Desde que se publicó su manual de referencia (*Family Therapy in Clinical Practice*, 1978) son muchos los autores (por ejemplo: Suzanne Bartle-Haring, Tatiana Glebova, Lisa Hooper, Konrad Janowski, Nancy L. Murdock, Ora Peleg, Martiño Rodríguez-

¹¹⁵ La Teoría General de Sistemas es definida como un paradigma que versa acerca de aquellos principios que son válidos para los sistemas en general independientemente de su género, elementos y fuerzas participantes, es decir, cuyo objeto son las leyes de la organización (von Bertalanffy, 1980).

¹¹⁶ Las diversas Teorías Sistémicas Familiares poseen en común poner el foco en el funcionamiento de los sistemas de relaciones humanas, acentuando la idea de que lo que el individuo es, tiene que ver con las relaciones que establece y con el contexto en el cual se encuentra inserto (Bowen, 1973-1974).

González; Steven J. Sandage, David Schnarch, Elizabeth A. Skowron, entre otros) que han dado continuidad a sus propuestas teóricas y prácticas, ya sea desde el ámbito de la investigación y/o de la práctica clínica. Aunque la estructura y los contenidos primigenios han sido preservados, ciertos aspectos conceptuales y prácticos se han ido modificando (Skowron, Van Epps, Cipriano-Essel, et al., 2014), e incluso existe un debate actual abierto sobre la posibilidad de considerar y añadir nuevos conceptos. En esta línea, el propio Bowen señaló que había “intentado apuntar la teoría en la dirección de las ciencias, confiando en que las generaciones futuras pudieran continuar la investigación (...) de forma que los nuevos descubrimientos pudieran ser empleados para extender y refinar la teoría” (Bowen, 2016, p. 453).

Aunque tendremos en cuenta las nuevas propuestas, en este capítulo seguiremos la formulación original de los ocho conceptos (Bowen, 1978), que es también “el planteamiento que siguen hasta la fecha todos los demás teóricos expertos en la teoría de Bowen” (Rodríguez-González, 2014, p. 7).

3.2. LA TEORÍA DE LOS SISTEMAS FAMILIARES DE BOWEN: ASPECTOS CENTRALES

Aunque con el propósito de facilitar la asimilación de su propuesta teórica, Bowen utilizó conceptos “congruentes con una ciencia reconocida” (i.e., la biología y las ciencias naturales), para explicar el proceder humano (Bowen, 2016, p. 391), hay que remarcar que les otorgó un matiz particular: así como la propuesta clásica de la teoría de los sistemas naturales resalta fundamentalmente el componente intrapsíquico y los factores a nivel individual, la teoría de Bowen insiste tanto en los elementos intrapsíquicos como en los interpersonales (Bowen, 1978; Kerr & Bowen, 1988; Skowron & Friedlander, 1998), contemplando varios niveles, redes y conexiones, y dando una connotación sistémica a los estados, los comportamientos, la patología y la normalidad (Hooper et al., 2008; Hooper & DePuy, 2010; Knerr & Bartle-Haring, 2010).

La teoría de los sistemas familiares de Bowen (Bowen, 1978) se enraíza en la teoría de los sistemas naturales, esto es, en comprender al ser humano como parte de la naturaleza y en sugerir que su desarrollo y funcionamiento “está determinado por los mismos principios naturales presentes en otras formas de vida” (Rodríguez-González, 2014), con los que comparte procesos comunes (Bowen, 1978; Kerr & Bowen, 1988; Titelman, 2014). En otras palabras, el ser humano “se rige por las mismas leyes que gobiernan todos los seres vivos” (Bowen, 2016, p. 393) y comparte con ellos

un pasado filogenético. Esta consideración resulta coherente con una perspectiva evolucionista: suponer que los distintos niveles de funcionamiento (el emocional, el afectivo y el cognitivo o intelectual) que existen e interaccionan en el ser humano, han ido apareciendo a lo largo del desarrollo filogenético y que cada uno de ellos engloba las funciones propias del nivel correspondiente más las funciones de los niveles anteriores (Bowen, 2016), y desempeña determinadas funciones, todas igual de necesarias e importantes para el ajuste y la acomodación humana (Kerr & Bowen, 1988).

Adentrándonos un poco más en sus definiciones, y tal y como sugirió Bowen (2016), el *sistema emocional* es “aquel sistema que abarca todas las funciones anteriores, más todas las funciones automáticas que rigen el sistema nervioso autónomo, y es sinónimo del instinto que gobierna el proceso vital en todos los seres vivos” (p. 393). Para Bowen (2016), el sistema emocional es el más instintivo, automático, inconsciente y primitivo y el que gobierna y regula gran parte del comportamiento humano y enfatiza que cuando hay una alteración en este es cuando ocurre la enfermedad emocional¹¹⁷, considerándola “como un proceso profundo que envuelve el proceso vital básico del organismo” (p.394).

En segundo lugar, habría el *sistema afectivo o de sentimientos*, que para Bowen, sería el puente entre los sistemas emocional e intelectual “a través el cual determinados estados emocionales se representan en la percepción consciente” (p.394). Además, es un sistema muy influyente en el funcionamiento de las personas y en el que residen gran parte de las explicaciones acerca de cómo los seres humanos sienten y el modo en que se desenvuelven los individuos en los sistemas relacionales (Kerr & Bowen, 1988; Kerr, 1992).

Por último, el *sistema intelectual*¹¹⁸ o *sistema cognitivo*; última estructura del desarrollo evolutivo y exclusivo del ser humano que incluye y supone la “capacidad de pensar, razonar, reflexionar y conducir a la vida del hombre de acuerdo con la lógica, el intelecto y la razón” (Bowen, 2016, p.394). Este es el sistema que posibilita al ser humano la facultad de “objetivar” y, por lo tanto, de regular, moderar y controlar la influencia de la emocionalidad sobre su comportamiento. En consecuencia, es el que permite la autonomía emocional y, por lo tanto, una mayor libertad, sin que esto

¹¹⁷ “El término de enfermedad emocional substituiría los términos de enfermedad mental y psicológica” (Bowen, 2016, p.394).

¹¹⁸ Remarcamos que el sistema intelectual, tal y como lo ha definido Bowen, es completamente distinto del mecanismo defensivo denominado intelectualización (Bowen, 2016).

suponga la desatención o desconexión del sistema emocional (Kerr & Bowen, 1988).

Estos tres niveles operan en una interrelación e influencia recíproca, que impacta en el ser humano y provoca un determinado tipo de funcionalidad que se enmarcaría en un *continuum* entre la función y la disfunción¹¹⁹.

A propósito de la investigación vinculada a esta tesis doctoral, y deteniéndonos en esta concepción del ser humano y, en concreto, en el sistema emocional (instintivo, automático, inconsciente y primitivo), Bowen expone que este está articulado por el constante interjuego homeostático de dos fuerzas vitales enraizadas biológicamente, presentes en todos los seres humanos (y también en todos los sistemas naturales) y que influyen en su funcionamiento biológico, psicológico y social: una de ellas sería la *fuerza de la vinculación*, orientada a la unión (*togetherness*) y la otra la *fuerza de la autonomía*, orientada a la separación y a la individualidad (*individuality*) (Bowen, 1978; Kerr & Bowen, 1988). Para Bowen, ambas acaban regulando el comportamiento humano, su estilo, su grado de funcionalidad y adaptabilidad y, lo más remarcable, se encuentran contrabalanceadas, lo que implica que “permanecen en un constante dinamismo homeostático, en un frágil equilibrio, con constantes modificaciones y reajustes, buscando un estado de equilibrio adaptativo en las relaciones con los otros” (Rodríguez-González, 2014).

Este planteamiento es especialmente relevante, ya que traslada al sistema de relaciones un foco de interés puesto hasta el momento exclusivamente en el individuo y se le pasa a considerar ese “lugar” crucial desde el que se dirige y se expresa el comportamiento. Además, esta consideración implica que el curso y desarrollo de las funciones físicas, emocionales y sociales tendrá una importante conexión con los esfuerzos que van a hacer los individuos para equilibrar estas dos fuerzas vitales (Bowen, 1978; Kerr & Bowen, 1988).

Por otra parte, como la teoría de Bowen (1978) concibe a la familia como una unidad emocional, en la que sus miembros son emocionalmente interdependientes (esto es, el estar, sentir y hacer de cualquiera de los miembros impactará en el comportamiento del resto), Bowen sugiere que debemos comprender la articulación de estas dos fuerzas vitales dentro del marco familiar. Es decir, comprender que los patrones y las dinámicas relacionales que existen en una familia afectarán a cómo

¹¹⁹ Por ejemplo, altos niveles de fusión entre el sistema emocional y cognitivo ocasionan mayores posibilidades de que los aspectos emocionales gobiernen la vida de las personas y consecuentemente, que estas vivan mayores niveles de fusión emocional con las relaciones que establecen (Bowen, 2016).

van a expresarse estas tendencias de vinculación y de separación, y delimitarán, en un *continuum* entre la restricción y la posibilidad, la viabilidad para que sus miembros puedan diferenciarse de ella (Vargas Flores et al., 2016).

Recapitulando, es esencial comprender que, según la teoría de Bowen, el hecho que estas dos fuerzas vitales estén equilibradas deviene en una mezcla entre una obligación y una responsabilidad tanto con uno mismo (con la propia salud y bienestar psicológico y social) como con los demás, así como con las siguientes generaciones (Bowen, 1978; Hooper & DePuy, 2010; Kerr & Bowen, 1988; Skowron, 2000).

Desde esta comprensión evolutiva, resulta irrefutable entonces, reparar en que tanto la función como la disfunción, la normalidad y la patología, son el resultado de una evolución—de una historia generacional del ser humano—y, por consiguiente, la patología debe ser considerada desde un premisa multigeneracional (Rodríguez-González & Martínez Berlanga, 2014). Por consiguiente, al asumir que los patrones de la familia de origen, así como sus dinámicas psicológicas son internalizadas y transferidas de generación en generación es por lo que al modelo de Bowen (Bowen, 1978; Kerr & Bowen, 1988) se lo ubica en un marco intergeneracional¹²⁰.

Partiendo de esta mirada intergeneracional de las relaciones familiares y de su experiencia clínica, Bowen formula los ocho conceptos básicos entrelazados¹²¹ que conforman la columna vertebral de su teoría. Estos conceptos explican características generales de las relaciones humanas, del funcionamiento del sistema familiar, de la transmisión de los conflictos, de los patrones relacionales a lo largo de las generaciones, y de la conexión que existe entre las pautas y el funcionamiento familiar con otros sistemas más sociales y colectivos en los que está inserto el ser humano.

Específicamente, estos ocho conceptos son¹²²: *diferenciación del self, triángulos, sistema emocional de la familia nuclear, proceso de proyección familiar, proceso de transmisión multigeneracional, posición entre hermanos, corte emocional y proceso emocional en la sociedad* (Rodríguez-González, 2014).

¹²⁰ Tal y como prosigue Rodríguez-González & Kerr (2011), a pesar de encontrar razones para ubicar el modelo de Bowen dentro de esta categoría, debemos señalar que su clasificación es compleja y que muchos de los teóricos expertos en Bowen podrían no estar de acuerdo.

¹²¹ En 1966 se formularon 6 y más tarde, en 1975, se añadieron 2 más que conforman los 8 definitivos.

¹²² Para saber más de cada uno de ellos, ver la obra de Rodríguez-González y Martínez Berlanga *La teoría familiar sistémica de Bowen: avances y aplicación terapéutica*, páginas 3-35.

Respondiendo a los objetivos planteados por esta tesis, optamos por detenernos en uno de ellos, el de la diferenciación del self, que explicaremos en el siguiente punto. Esto no significa que nos olvidemos del resto sino que los iremos nombrando según la lógica de la narrativa, a lo largo del texto, en el momento adecuado y necesario, en función de su relación con el concepto de diferenciación.

Tal y como explicaremos a posteriori, de los ocho conceptos que constituyen el núcleo de su teoría, la diferenciación del self es para Bowen el constructo central y el elemento medular para el desarrollo y crecimiento de un ser humano (Bowen, 1978; Kerr & Bowen, 1988; Titelman, 2014). Junto con la diferenciación pero, Bowen destaca (2016) otro elemento fundamental para comprender su teoría, el de la *ansiedad crónica*, a la que la define como “un grado crónico de ansiedad en el funcionamiento físico, emocional y conductual que se reflejaría en una mayor sensibilidad y dificultad para mantener los componentes cognitivos de la conducta compleja y más dificultad para la autorregulación (...) y que conduce a una tensión crónica en la relación (...) mayor labilidad, más reactividad intensa y funcionamiento más perturbado (...)” (Papero, 2014, pp. 387-388).

Para Bowen, es la interrelación entre estas dos variables, *diferenciación del self* y *ansiedad crónica*, la que posibilita comprender no solo “los pensamientos, sentimientos y comportamientos de todos los miembros de la familia” sino también a la familia misma, como sistema emergente (unidad emocional) con identidad propia, que trasciende a la suma de la de sus miembros (Rodríguez-González & Kerr, 2011, p. 10). De la interacción entre ansiedad crónica y diferenciación hablaremos extensamente en la siguiente sección.

Tomando en consideración estos ocho conceptos clave, y aproximándonos ahora a la aplicación de la teoría de Bowen en la práctica clínica, para Bowen el objetivo último de toda intervención clínica o psicoterapéutica es y debe ser aumentar el grado de diferenciación del self del cliente. Para conseguirlo, propone una intervención que va más allá de la consideración sintomatológica que usualmente busca cambiar o eliminar determinadas manifestaciones sintomáticas (comúnmente consideradas como desagradables y/o disfuncionales). En su lugar, propone un trabajo reflexivo y profundo, dirigido a los niveles más internos de la psique personal, relacionado con los factores primarios/emocionales¹²³, y enmarcado en el mapa de red de conexiones

¹²³ Según Bowen, es el sistema emocional el lugar psíquico desde el que se pueden generar los síntomas (1978).

interpersonales, especialmente alrededor de aquellas personas emocionalmente significativas con las que la persona está en relación. De esta manera, además del trabajo de cariz más individual, serán habituales ciertas propuestas que tratarán de activar un cambio en las dinámicas relacionales tanto con los miembros la familia de origen (nuclear y extensa), como con la actual (Rodríguez-González & Kerr, 2011).

Considerando estas formulaciones teóricas, la práctica de la psicoterapia puede adoptar varios formatos: desde un encuadre individual, conyugal, parental, hasta el familiar, pasando por invitar a familias enteras e incluso a varias familias o parejas a la vez (*multi-family-therapy*).

Sea cual sea el cliente, el terapeuta que orienta su intervención desde la teoría de Bowen tiene un alto componente educativo, un estilo directo pero no confrontativo, y una tendencia a soslayar las técnicas en pro de prestar atención a lo que sucede en el espacio terapéutico. Además, se mantiene muy atento con el objetivo de permanecer libre de la fusión y de la reactividad emocional del cliente, y se posiciona en máxima neutralidad para evitar ser triangulado¹²⁴. De esta manera alienta a que sea el cliente quien reconozca y asuma la responsabilidad que tiene ante lo que ocurre y ante los cambios deseados, impulsándole a ocupar una actitud proactiva (Charles, 2001). Por lo dicho, su hacer, más que dirigido y dedicado al cambio “en la familia”, consiste en promover una reflexión y un intercambio comunicativo genuino acerca de la realidad emocional de cada miembro, para que la familia pueda considerar y conseguir “una nueva forma de ver la realidad”. Así, tal y como muy acertadamente apuntan Rodríguez-González & Kerr (2011), la terapia de Bowen sería “una forma de pensar que se convierte en una forma de ser” (pp. 14-16).

3.3. APOYO EMPÍRICO A LA TEORÍA DE BOWEN

A pesar de que la teoría de Bowen (1978) ha sido reconocida durante mucho tiempo como una de las aproximaciones sistémicas a la terapia familiar más elaboradas, completas y relevantes (Skowron, Van Epps, & Cipriano-Essel, 2014), y sus conceptos están ampliamente explicados y respaldados, su evidencia empírica se encuentra todavía en un estadio de desarrollo (Murdock, 2004). Algunos autores han cuestionado si una de las causas de esta escasez investigadora deriva de la alta complejidad en operativizar con

¹²⁴ Esencialmente, la triangulación contiene la idea de que lo que sucede en una relación significativa entre dos personas influencia y es influenciada por una tercera persona. En concreto, se implica a un tercero en una relación de dos con el objetivo de reducir el estrés, la tensión o la ansiedad que existe en su encuentro íntimo. Esta tercera persona puede ser un familiar, un amigo, o el mismo terapeuta (Dallos & Vetere, 2012).

fidelidad los conceptos de la teoría de Bowen.

Aunque desde el año 2000, el número de estudios empíricos sobre distintos conceptos e hipótesis de la teoría de Bowen ha ido creciendo, la investigación generada es limitada y difícilmente generalizable ya que la gran mayoría se ha enfocado en población estadounidense, habiendo por ejemplo, muy poca investigación en países de habla hispana (Rodríguez-González, 2016). Aunque Bowen alegó su sensibilidad transcultural (Bowen, 1978) y diferentes estudios lo han respaldado (e.g., Bregman & White, 2011), por el momento no existe un acuerdo claro acerca de esta cuestión y algunas investigaciones han arrojado evidencias contrarias.

La mayoría de la investigación empírica sobre la teoría de Bowen, casi siempre con muestras de población general (Hooper, 2007; Hooper et al., 2009; Hooper & DePuy, 2010; Lohman & Jarvis, 2000), se centra en contrastar algunas hipótesis de la TFSB (e.g., similitud en los miembros de la pareja en el grado de diferenciación) y en analizar el impacto de la diferenciación del self en la salud y en el bienestar (básicamente individual y conyugal).

Tal y como veremos a continuación, de todos los conceptos centrales de la teoría de Bowen, el de la diferenciación del self es el que más investigación y conocimiento ha generado, especialmente a partir de que se publicara el *Differentiation of self Inventory* (Skowron & Friedlander, 1998) y su *posterior revisión*, *Differentiation of self Inventory-Revised* (DSI-R Skowron & Schmitt, 2003).

Tal y como veremos, aunque existe un claro reconocimiento por parte de autores teóricos y de la comunidad de investigadores expertos en aproximaciones sistémicas, acerca de la trascendencia del pensamiento de Bowen para el desarrollo de la teoría y práctica de la terapia familiar en general, aún persiste bastante incertidumbre acerca de su operatividad, aplicabilidad y resultados, como también prolifera la controversia referente a determinados aspectos.

Más adelante disponemos de una sección dedicada a exponer en detalle la investigación empírica más significativa publicada alrededor de los supuestos teóricos formulados por Bowen y por sus colegas y especialmente alrededor del constructo de la diferenciación del self y su influencia en la salud y en la funcionalidad, tanto individual como familiar.

CAPÍTULO 4. DIFERENCIACIÓN DEL SELF

4.1. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL: ANÁLISIS Y REFLEXIÓN TEÓRICA

4.2. DIFERENCIACIÓN DEL SELF: EFECTOS, IMPLICACIONES, Y VINCULACIONES CON OTRAS VARIABLES

4.3. INVESTIGACIÓN EN DIFERENCIACIÓN DEL SELF: PRINCIPALES ESTUDIOS E INSTRUMENTOS DESARROLLADOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DIFERENCIACIÓN

4.4. LA MEDICIÓN DE LA DIFERENCIACIÓN DEL SELF

4.5. RESUMEN Y REFLEXIÓN FINAL

4.1. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL: ANÁLISIS Y REFLEXIÓN TEÓRICA

4.1.1. *El self en el concepto de diferenciación del self*

En la teoría de Bowen, el vocablo *self* se concibe, como:

(...) compuesto de factores constitucionales, físicos, fisiológicos, biológicos, genéticos y de reactividad celular, que se desarrollan al unísono con factores psicológicos. En un nivel simple, se compone de la confluencia de factores más fijos de la personalidad que se desarrollan al unísono con estados psicológicos que avanzan rápidamente. Cada factor influye en el otro y es influenciado por otros. (Bowen 1978, p.342 citado en Titelman, 2014)

Además, Bowen (1978) define el *self* como:

Una conciencia de la continuidad de la igualdad, de quién es uno como individuo a lo largo del tiempo, una disposición organizada de percepciones, significaciones, actitudes, reacciones e interacciones del individuo referidos a unos mismo y constituido fundamentalmente en las relaciones establecidas en la familia de origen, familia nuclear y familia extensa y ulteriormente con otros significativos con los que se está en relación. (citado en Titelman, p.27-28)

En la definición de Bowen (1978) se advierten tres cuestiones fundamentales: (1) que el *self* pueda constituirse depende de la existencia de otro (de otro *self*) ya que es éste el que le otorga su significancia y (2) no solo está hablando de aspectos psicológicos (3) se prima el hacer más que el decir (lo que el sujeto hace por encima de lo que el sujeto dice).

Puntualizamos que, aunque la traducción ampliamente aceptada del término *self* en castellano sería la de *sí mismo*, optamos por seguir utilizando el vocablo inglés *self* pues a nuestro parecer, implica una noción más amplia y se adhiere mejor a las definiciones de Bowen.

4.1.2. Retos en la definición de la diferenciación del self¹²⁵

El constructo de diferenciación del self ha sido conectado con otros¹²⁶ conceptos que proceden de otros marcos teóricos dentro del campo de la Psicología. De todos ellos, es especialmente relevante a nuestro parecer, una cuestión delicada en el campo de la Psicología y preceptiva de abordar aquí: el de su relación con el constructo de la individuación o del proceso de separación-individuación. La razón de subrayar precisamente esta asociación reside en la importancia que todas las conceptualizaciones teóricas y prácticas del modelo sistémico aplicado a las familias otorgan a estos dos conceptos, “considerándolos críticos y decisivos para el desarrollo saludable tanto del individuo como de su familia”(Anderson & Sabatelli, 1990, p. 34).

Lo que sucede, pero, es que discurrir acerca de la diferenciación y la individuación implica considerar una vasta serie de definiciones, formulaciones, posibilidades y debates que son altamente complejos de abordar y de concluir en un único acuerdo. Por ejemplo, podemos considerar formulaciones de matiz más psicoanalíticas, psicodinámicas y de las relaciones objetales (Blatt, 1974; Blatt & Lerner, 1983; Fairbairn, 1954; Freud, 1958; Guntrip, 1969; Jacobson, 1964; Jung, 1959; Mahler et al., 2000; Winnicott, 1965), o bien otras teorías más vinculadas con el desarrollo del Ego (e.g Erikson, 1968; Josselson, 1980), del self (Kohut, 1971), o también otras más sistémicas (Bowen, 1978; Gavazzi & Sabatelli, 1990; Karpel, 1976), y las posibilidades no se agotarían en esta breve lista según las cuales ambos términos han sido entendidos con significados algo distintos, aunque interrelacionados, como por ejemplo autonomía, independencia, maduración, separación de los miembros de la familia, individuación, etc... (Cuhadaroglu Cetin et al., 2012). En consecuencia, tanto su conceptualización como la consideración acerca de su similitud y conexión variará en función del modelo o del enfoque desde el que nos posicionemos.

De todas estas posibilidades, y tomando en consideración la perspectiva teórica en la que se fundamenta esta tesis, exploraremos la investigación generada en torno a ambos términos específicamente desde las formulaciones sistémicas. Creemos que extendernos más sobrepasaría el objetivo de este trabajo.

¹²⁵ Creemos interesante remarcar que para Bowen, “definir un self” y “diferenciar un yo” no pueden funcionar como sinónimos. Así como *definir* tendría un sentido más general, *diferenciar* implica adoptar una posición vital que toma el sujeto y que está en relación con sus progenitores y su familia. Para saber más, Bowen (1978, p. 535).

¹²⁶ Rodríguez-González (2016) en su tesis plantea estos otros: el del desarrollo del yo (autoconcepto, autoestima e identidad), el apego, la inteligencia emocional, la capacidad de autorregulación emocional y el temperamento (p.14).

Aunque nos movamos en este marco específico (el dado por los fundamentos de las aproximaciones sistémicas a la terapia familiar), sigue siendo una tarea difícil y comprometida ya que tal y como hemos señalado, existe mucha diversidad, discrepancia y hasta disconformidad alrededor de la comprensión de ambos conceptos: desde la miscelánea de definiciones para cada uno de ellos, hasta las evoluciones y propuestas de cambio en sus formulaciones, llegando a una situación actual aún inconclusa acerca de la paridad o semejanza entre ambos términos. Ante esta circunstancia, y haciendo un ejercicio de síntesis, podríamos decir dentro del campo de la Psicología existen dos posicionamientos: el de utilizarlos como conceptos intercambiables y, por lo tanto, sinónimos; y el de concebirlos claramente como conceptos diferentes y, por lo tanto, no intercambiables.

Así, por un lado, existen autores que “justificados sobre la constatación teórica y empírica del solapamiento parcial entre ambos conceptos” (Rodríguez-González, 2016, p. 17) los utilizan indistintamente en sus publicaciones; (Anderson & Fleming, 1986; Anderson & Sabatelli, 1992; Blos, 1979; Bray et al., 1987; Bray & Harvey, 1992; Friedlander & Siegel, 1990; Garbarino et al., 1995; Gavazzi & Sabatelli, 1990; Gubbins et al., 2010; Harvey et al., 1991; Hoffman, 1984; Lawson & Brossart, 2001; Mahler et al., 2000; Mazor & Tal, 1996; Sabatelli & Mazor, 1985; Valls-Vidal et al., 2012). En estos estudios podemos observar que mayoritariamente ambos constructos son formulados y utilizados en relación con *un proceso al que llegar* y a través del cual los individuos consiguen un claro sentido de su self y un profundo conocimiento de como establecen los límites en sus intercambios interpersonales y de como se relacionan.

Y por otro lado, encontramos propuestas más clásicas (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; Bowen, 2016; Carter & McGoldrick, 1999) que alertan de sus diferencias—aunque a veces puedan ser utilizados indistintamente—y de la importancia de que no sean tratados como equivalentes o sinónimos ya que no los consideran así. Según estos autores, confundirlos implica admitir conceptualizaciones erróneas y embrolladas que obstaculizan su operatividad y manejo y, en consecuencia, su investigación y su aplicación en el marco terapéutico. En esta línea, nos parece clarificadora una reflexión que realizan Skowron, Holmes, y Sabatelli en un trabajo de 2003, y que Rodríguez-González (2016) también recoge en una cita textual en su tesis doctoral:

Tratar los conceptos como si fueran similares cuando no lo son y tratar las medidas como si evaluaran conceptos idénticos cuando no lo hacen también promueve la confusión y dificulta el tipo de diálogo constructivo e investigación necesarios para fomentar una mayor claridad y comprensión de los conceptos clave en las teorías de los sistemas familiares. (2003, p.112)

Ante este escenario de escaso acuerdo, pero también de insuficientes debates y de pocas investigaciones decisivas, y fundamentándonos en una considerable cantidad de literatura clásica cimentada en reflexiones, discusiones y, según nuestra opinión, en análisis responsables, así como en los trabajos de los autores más significativos en el ámbito de la diferenciación del self, de los cuales únicamente dos; James H. Bray y Suzane Bartle-Haring, siguen normalmente utilizando ambos conceptos como permutables (M.Rodríguez-González, comunicación personal, 26 de noviembre, 2019) y, tal y como nos recuerda Rodríguez-González en su tesis doctoral (2016) “dado que proceden de orígenes teóricos distintos” (p. 17), optamos por la opción que más nos convence y que también creemos que menor confusión y error conceptual puede transmitir, esta es, la de considerarlos y manejarlos como términos diferentes y aunque relacionados, y a veces solapados, no intercambiables.

Además, Rodríguez-González (2016) considera que “la aparición del *Differentiation of self Inventory* (DSI, Skowron & Friedlander, 1998; DSI-R, Skowron & Schmitt, 2003), ha contribuido y realzado a su delimitación conceptual” reforzando el argumento de no intercambiabilidad ya que “presenta el concepto de manera muy clara y propia, que difiere del planteamiento utilizado por medidas previas”(p.20).

En esta línea, nos parece interesante remarcar que algunos autores (como por ejemplo: Anderson & Sabatelli, 1990, 1992; Sabatelli & Mazor, 1985) comprenden la individuación como una variable más individual (que tendría que ver más con el devenir del individuo y su propio desarrollo) y la diferenciación como una variable más sistémica (y por tanto, más relacionada con las dinámicas relacionales establecidas en la familia de origen respecto a significaciones de distancia y separación y de la tolerancia del sistema tanto para la individualidad como la intimidad). De esta cuestión hablaremos más en detalle cuando presentemos los instrumentos más relevantes creados para medir el constructo de la diferenciación.

En esta tesis, aunque reconocemos su correspondencia y afinidad con el concepto de individuación/separación, y fundamentándonos sobretodo, en los

orígenes diferentes que ya hemos comentado, consideramos como hemos dicho, que es necesario identificar, respetar y legitimar la diferenciación del self como un concepto distinto, con unas características y particularidades propias. En concreto, en esta tesis adoptaremos el planteamiento de Bowen, quien consideró que la diferenciación del self es un proceso a largo plazo en el que el hijo se diferencia emocionalmente de los padres y se mueve hacia la formación de un yo básico para ser un individuo con autonomía emocional mientras funciona como parte de un grupo (Kerr & Bowen, 1988). Además, optaremos por considerarlo como “un constructo individual, un rasgo psicológico estable de la persona, y no como una característica del sistema” (Rodríguez-González, 2016, p. 19), pero sí un resultado de un proceso sistémico, en cuanto a que está directamente relacionado con la familia entendida como una unidad emocional (Bowen, 1978). Más aún, su posible modificación en la vida adulta tendrá que ver con la iniciativa del individuo, pero estará directamente vinculada con la forma en que este cambia su forma de relacionarse con el sistema emocional al que pertenece y del que procede (Rodríguez-González & Kerr, 2011).

4.1.3. Diferenciación del self²⁷ en la TSFB

4.1.3.1. Definición en la TSFB

Cuando Bowen desarrolla el concepto de la diferenciación del self, toma como punto de partida algunos elementos de la embriología y la biología. Específicamente, toma los términos de *diferenciación*, *fusión* y *separación* de los procesos celulares, asemejándolos a los procesos de agrupación y separación, movimientos prototípicos en las relaciones familiares cercanas (Bowen, 1978, p.362 citado en Titelman, 2014, p.7).

Así, para Bowen, tal y como ocurre en los sistemas naturales, la diferenciación es un proceso “natural e intencional” (Titelman, 2014, p. 24), que al ubicarlo en el sistema familiar deviene un concepto que tiene que ver con el grado en que una persona se va diferenciando de los progenitores. Es un proceso que se enraíza y se edifica en base a las vivencias relacionales-familiares, de acuerdo con la regulación de las emociones experimentadas y del equilibrio logrado entre las dos fuerzas que comentábamos previamente, la de autonomía y la de vinculación. Por lo dicho, tiene un peso clave en cómo los individuos (re) negocian sus relaciones, tanto con ellos mismos como con la familia de origen y, por lo tanto, impacta directamente en la

¹²⁷ A partir de ahora, con el objetivo de agilizar la lectura y evitar repeticiones, utilizaremos indistintamente diferenciación, diferenciación del self y/o DoS.

calidad y funcionalidad de la persona adulta (Bowen, 1978; Kerr & Bowen, 1988).

En base a esta definición advertimos que este movimiento natural y propósito vital de todo ser humano, no recae únicamente “en”¹²⁸ el individuo, sino que está profundamente enlazado con el funcionamiento relacional–presente, pero también histórico–, del individuo con su familia de origen (Bowen, 1978; Hooper & Doehler, 2011; Kerr & Bowen, 1988; Sandage & Jankowski, 2010).

Además de todo esto, uno de los aspectos más remarcables de la diferenciación del self en la teoría de Bowen es entender que esta opera/ocurre en dos niveles de experiencia o dimensiones, la intrapersonal y la interpersonal (Bowen, 1978; Kerr & Bowen, 1988).

Por un lado, la *dimensión intrapersonal* estriba en una dialéctica entre los procesos de pensamiento y sentimiento, y en el grado que tiene el individuo de gobernar el comportamiento y dar respuestas autónomas, esto es, en su capacidad de distinguir entre el proceso emocional y el proceso intelectual con el objetivo de conseguir un equilibrio entre ellos y de poder regular, por lo tanto, el afecto, incluso en momentos de gran intensidad (Skowron & Dendy, 2004; Skowron et al., 2003; Skowron & Schmitt, 2003). En esta línea, la diferenciación del self también se relaciona con la competencia para manejar la propia ansiedad y responder de manera intencional y no reactiva, “escogiendo la objetividad por encima de la emocionalidad” (Bowen 1978 citado en Murdock, 2004, p. 320), así como con no dejarse contagiar por el sistema emocional, las propuestas emocionales y la ansiedad de los demás (Friedman, 1991) y en su lugar, responsabilizarse y tomar parte en las soluciones adaptativas a las dificultades (Skowron et al., 2010, p. 305).

Por otro lado, la *dimensión interpersonal* definida como la capacidad que tiene el individuo para equilibrar las fuerzas de unión y de autonomía, esto es, en comprometerse y mantener relaciones íntimas y significativas, conservar la autonomía en las vinculaciones familiares y, a la vez, conservar unos límites claros enraizados en un yo autónomo sin perder el sentido de su self (Bowen, 1978; Kerr & Bowen, 1988; Peleg & Yitzhak, 2011; Skowron & Friedlander, 1998; Skowron & Schmitt, 2003).

¹²⁸ Cursivas añadidas con la idea de reforzar la noción de “no inherente/dentro de” el individuo. De hecho, Bowen (1978) remarca que justamente son factores de la madre–y especialmente su capacidad para permitir que el niño se aleje de ella–más que los “propios” del bebé.

Considerando todo lo anterior, señalamos que: (1) conseguir esta “autorregulación dentro del contexto de sus relaciones significativas” (Rodríguez-González et al., 2019, p. 1) y esta respuesta adaptativa del sistema emocional implica una articulación funcional y conveniente del sistema intelectual (Skowron et al., 2010), (2) que el desarrollo y el funcionamiento intrapersonal diferenciado favorece el funcionamiento interpersonal diferenciado (Jankowski et al., 2013) y (3) que la diferenciación proporciona al individuo la capacidad de ser un yo en relación, posibilitando una integración dinámica entre constructos aparentemente antagónicos: conexión y separación, sentido de pertenencia y de mismidad, de intimidad y de individualidad (Bartle-Haring et al., 2002; Bartle-Haring & Gregory, 2003).

Debido a la trascendencia y necesidad del elemento relacional para que la diferenciación sea posible, Schnarch (Schnarch 2009, citado en Schnarch & Regas, 2012) remarca la importancia y preferencia de utilizar “diferenciación con” en lugar de “diferenciación de” ya que es la más coherente con las formulaciones de Bowen (Kerr & Bowen 1988), al implicar una “sana negociación de intimidad y autonomía en relaciones de apego significativas, mientras que la segunda opción podría denotar un corte emocional poco saludable”(Hainlen et al., 2016, p. 173).

Más allá de estas complejidades que emergen en el proceso de delimitar y comprender en profundidad el término de diferenciación del self, debemos comentar también el exceso de simplificación y malinterpretación que ha existido–y que a veces aún perdura–en referencia a su comprensión. Tal y como, por ejemplo, ya exponía Bowen en su momento (2016) y más recientemente Skowron (2004) y Bartle (1993):

(...) “cuando empecé a exponer el concepto de una persona bien diferenciada como aquella cuyo intelecto podía funcionar independientemente del sistema emocional, era normal que los profesionales de la salud mental interpretaran que el sistema intelectual equivalía a la intelectualidad” (Bowen, 2016, p. 402).

“Se ha escrito, hablado y publicado mucho acerca de este constructo, y usualmente aparece demasiado simplificado y hasta erróneamente comprendido, como, por ejemplo, equiparándolo a un vivir independiente, separado y alejado de los demás” (Skowron, 2004, p. 350).

“Esta diferenciación no sugiere que el individuo ya no siente, sino que el individuo ya no reacciona únicamente en base a los sentimientos” (Bartle, 1993, p. 468).

Antes de profundizar más, debemos explicar otro aspecto importante acerca de la diferenciación del self. Para Bowen (1978) existen dos tipos de self: uno es el *self básico* o *sólido* y el otro, *el pseudo-self* o *self funcional*.

El self básico sería el nivel basal o “verdadero” self, entendido como un atributo constante y uniforme “no negociable en el sistema de relaciones” (Rodríguez-González, 2014) que determina cómo los individuos se relacionan tanto con ellos mismos, como con la familia de origen y con las demás relaciones. Es el self que determina una “posición yo”; es decir, un posicionamiento en el que el individuo actúa desde una visión propia, con necesidades, creencias y objetivos propios, limitados y acordes a su naturaleza, lejos de la influencia de presiones y beneplácitos (Peleg, 2002). Cuanto menor sea el grado del self básico, más influencia tendrá “lo externo” y más variación provocará en el pseudo-self (Bartle-Haring & Gregory, 2003). Es importante clarificar que cuando Bowen (1978) habla del grado de diferenciación del self, está hablando del grado de este self básico.

El nivel funcional o pseudo-self, en cambio, es un self cambiante, adaptable, conformado por unas creencias y unos valores de grupo, que está orientado a obtener beneplácito y que aumenta o disminuye en función de las circunstancias externas, de los niveles de estrés y de la ansiedad vividos por el individuo y por el sistema de relaciones al que pertenece (Bowen, 2014). Como es un self conformado en base a lo externo y a la presión ejercida o percibida, sus componentes no son principios sólidos y enraizados, sino que son superficiales y hasta incongruentes entre sí.

Aunque Bowen no estableció una edad concreta en la conformación de la diferenciación, sugirió que “la medida en el que el self se diferencia (...) se alcanza muy pronto en la infancia, sobre la base del grado de diferenciación de los padres y del clima emocional predominante en la familia de origen” (2014, p.70). Algunos autores complementan la afirmación de Bowen pero profundizando en apuntar que el momento crítico ocurre cuando los jóvenes abandonan el núcleo familiar para vivir sus propios proyectos (Arnett, 2000, 2007; Rootes et al., 2010; Rodríguez-González & Kerr, 2011).

Para Bowen, la diferenciación es una medida fija, es decir, los niveles de self básico expresados en la juventud-adulthood emergente “permanecen esencialmente similares a los experimentados en la infancia dentro de la familia de origen” (Skowron et al., 2003, p. 114) y añade, que solo considerando circunstancias extraordinarias, y a través de esfuerzos constantes y a largo plazo y/o de procesos terapéuticos, el grado de diferenciación podría modificarse y/o aumentar su nivel (Bowen, 2014). En el caso de que tal modificación positiva fuera posible y real, esta aportaría no únicamente unos beneficios para el individuo en el incremento de su capacidad para definir unos principios, valores y objetivos propios, sino que también sería beneficiosa para el sistema familiar en el sentido de que puede ser una oportunidad para que se creen e instauren nuevas dinámicas y patrones relacionales que promuevan acciones más sanas y saludables (Titelman, 2014).

De acuerdo con Bowen (1978), cuando de lo que se trata es de transmutar el nivel funcional del self, esto, en cambio, no es nada complejo. De hecho, es más bien frecuente y común ya que su modificación consiste en variaciones efímeras en el funcionamiento del individuo que tienen como propósito aliviar ciertas tensiones emocionales vinculares, es decir, reducir el nivel de ansiedad o de cualquier signo desapacible que pueda darse en una determinada dinámica relacional del sistema. Debemos señalar no obstante, que a pesar del posible alivio conseguido, dado que supone una permutación sintomática, los patrones emocionales y las dinámicas relacionales permanecen y por lo tanto, el malestar falsamente eliminado, reaparecerá (Titelman, 2014). Bowen advierte que a veces, estos movimientos que modifican los niveles de funcionalidad pueden fácilmente—y erróneamente—confundirse con cambios reales en el self básico (Bowen, 2014).

Por otra parte, aunque el self básico cambia con dificultad, puede hacerlo también a través de un cambio sostenido en el tiempo en el nivel funcional. Si los niveles del pseudo-self se mantienen durante mucho tiempo por debajo del nivel del self básico o por encima, estos puede afectar al nivel básico (Bowen, 1978; Kerr & Bowen, 1988) y tener un impacto en la salud (Rodríguez-González et al., 2019, p. 10).

4.1.3.2. Consideraciones psicopatológicas; criterios de “normalidad” y “anormalidad”

Convencionalmente, las consideraciones psicopatológicas muestran una clara vinculación con la demarcación de los criterios de “normalidad” y “anormalidad”,

que son los que habitualmente se toman como punto de partida para establecer un criterio en base a las categorías normalidad-no normalidad o función-disfunción. La resolución acerca de qué es patológico y qué no, es y ha sido objeto de múltiples discusiones y debates a lo largo de la historia de la Psicología, la Psiquiatría y otras disciplinas conectadas con la salud mental.

En el intento de definir esta compleja cuestión respecto qué es normal y qué no en cuanto a la salud mental de una persona, en su propuesta teórica Bowen elimina las concepciones acerca de la normalidad, la anormalidad o la presencia de determinada “sintomatología” y, en su lugar, propone utilizar una “característica universal” que se aleja de las clasificaciones nosológicas tradicionales (2016, pp. 400-401); esta es, la diferenciación del self. Y para poder abordarlo, Bowen establece un contínuum al que llama *escala de diferenciación del self*¹²⁹.

Esta escala no es un instrumento de medición, sino una descripción que categoriza todos los niveles de funcionamiento humano y que abarca del 0 al 100. Además, Bowen divide esta escala en cuatro bloques, con sus respectivos perfiles en términos de funcionamiento emocional-intelectual (0-25, 25-50, 50-75, 75-100) en los que las personas estarían categorizadas en un nivel u otro, dependiendo del manejo de la dimensión emocional y intelectual. Puntuaciones más bajas corresponden a niveles más disfuncionales y las más altas a niveles más funcionales. Así, en el polo inferior estarían aquellas personas con niveles mínimos de diferenciación mientras que en el polo superior se encontrarían aquellas personas con niveles más altos de diferenciación (Hooper & DePuy, 2010), reservando el “extremo superior a un nivel teórico de total diferenciación” (Bowen, 2014, p. 71), que en realidad no sería alcanzable, pues para Bowen siempre existe un cierto grado de indiferenciación y es utópico pensar que alguien puede lograr una diferenciación completa.

Considerando esta escala, la diferencia entre una persona exenta de sintomatología y con un óptimo nivel de funcionamiento y otra con una disfuncionalidad comprometida, recaería únicamente en criterios cuantitativos. No obstante, a pesar de que menores niveles de diferenciación se asocian a una mayor probabilidad de disfunción (Bowen, 1978; Kerr & Bowen, 1988), debe hacerse hincapié en que el nivel de diferenciación no está directamente relacionado con la presencia o ausencia de síntomas o de una determinada patología o disfuncionalidad. De todo

¹²⁹ Para saber más, se recomienda la lectura de Bowen, *De la familia al individuo*, en concreto páginas 37 a la 42.

ello hablaremos en profundidad cuando hagamos referencia a la investigación que ha ido testando empíricamente la teoría de Bowen.

Desde la teoría de Bowen se hace hincapié en que para poder determinar en qué nivel de la escala se sitúa una persona, es fundamental disponer de información recogida durante períodos de tiempo continuados, que comprendan una variedad importante de sucesos y ciclos vitales, y que permitan explorar la calidad del funcionamiento en épocas caracterizadas por diferentes niveles de estrés y de ansiedad. De no hacerlo así, se podría cometer el error de confundir niveles básicos de diferenciación con niveles funcionales (Bowen, 1978; Kerr & Bowen, 1988).

Vemos, por lo tanto, como el planteamiento de esta escala refuerza una idea más dimensional que categórica de la enfermedad, asumiendo que, en esencia, aquello que puede acontecer a alguien también es compartido con otro ser humano y, por ello, el elemento diferenciador deviene en una cuestión de intensidad. Basándose en esta asunción, Bowen rehúye utilizar el término de *enfermedad mental* y lo substituye por el de *enfermedad emocional*, ya que considera que la enfermedad se ancla en el sistema emocional, una dimensión que el ser humano tiene en común con el resto de las formas de vida, más profunda y arraigada en los procesos biológicos relacionados con el equilibrio/desequilibrio entre las fuerzas de unión e individualidad más que en la idea de conflictos psicológicos (Bowen, 1978; Kerr & Bowen, 1988). En añadidura, el desarrollo de la enfermedad emocional tiene para Bowen un curso multigeneracional, en el sentido que en su germinación intervienen las diferentes realidades emocionales de los distintos sistemas familiares interconectados generación tras generación (Bowen, 1978).

Según algunos autores, la diferenciación del self, y tal como fue definida por Kerr & Bowen (1988), puede ser evaluada en base a cuatro patrones emocionales o dimensiones, que han constituido la base del cuestionario desarrollado por Skowron & Friedlander (1998): reactividad emocional, "posición yo", fusión con los demás y corte emocional (Hainlen et al., 2016; Lampis, 2016).

Más adelante presentaremos numerosas investigaciones que se han basado en una comprensión de la diferenciación del self organizada alrededor de estos 4 elementos, y comentaremos la forma en que éstos se vinculan con la escala de diferenciación y su implicación en diferentes esferas del individuo. Ahora, en un esfuerzo por sintetizar y no alérganos más de lo debido, los definiremos basándonos

en sus aspectos más fundamentales (Bowen, 1978).

Empezando por la *reactividad emocional*, esta es definida como “la expresión conductual y fisiológica de la ansiedad, aguda o crónica, en respuesta a otro individuo” (Titelman, 2014, p. 29) y se expresa mediante tres estilos generales de comportamiento: “en el retraimiento, en el contraataque y en la defensa propia” (Bartle, 1993, p. 468).

Respecto al segundo de los factores, la “*posición yo*”, consiste en la capacidad que tiene el individuo para conservar el discernimiento y mantenerse en un posicionamiento propio, aunque existan opiniones diferentes u opuestas y hasta cuando otros significativos presionan para que se haga lo contrario (Bowen, 1978).

Respecto el tercer elemento, la *fusión con los demás*, consistiría en un exceso de involucramiento con los demás y a la tendencia a relacionarse mediante roles congelados y regresivos (que corresponderían a los que se tenían en la familia de origen), con opiniones escasas y vacías, optando por posiciones más disciplinadas y mansas que garanticen aprobación y beneplácito de los demás (Bowen, 1978; Skowron & Friedlander, 1998). Así, son personas tan apegadas a la opinión de los demás, a su aplauso y/o desaprobación (Kerr, 1984), que “invierten tanta energía en la búsqueda de amor y aprobación, o atacando al compañero por no proporcionárselo, que queda muy poco espacio para la autodeterminación, la actividad dirigida a metas” (Bowen, 2016, p. 523).

Y ya, por último, según la teoría Bowen (1978), el cuarto de los componentes, el de *corte emocional*, se evidenciaría en aquellas personas que tienden a ponerse ansiosas en respuesta a la cercanía emocional, y que viven la intimidad con los demás como algo amenazante y peligroso. Personas con este estilo suelen utilizar el distanciamiento o el límite emocional/separación y/o rechazo de la familia y de otros significativos para mostrar una falsa independencia.

Una vez comprendido con más profundidad el concepto de diferenciación, pasamos a conocer qué efectos tiene, cuales son sus implicaciones en el vivir y con qué otros constructos y variables está altamente relacionado.

4.2. DIFERENCIACIÓN DEL SELF: EFECTOS, IMPLICACIONES, Y VINCULACIONES CON OTRAS VARIABLES

Tal y como manifiestan los principales teóricos e investigadores vinculados con la teoría de Bowen, de los diversos conceptos que componen la teoría, la diferenciación del self es el más crítico para el desarrollo maduro y la salud psicológica. La diferenciación conecta con multitud de componentes del ser y del hacer de hombre (Kerr & Bowen, 1988).

Siguiendo esta idea, Bowen (1978) defendió que la diferenciación del self resulta imprescindible para que los individuos y las familias puedan vivir sana y funcionalmente. Así, el grado de diferenciación de un individuo sería determinante para su funcionamiento intrapersonal, interpersonal y su salud en general. Además, para Bowen y sus colegas (Kerr & Bowen, 1988) el nivel de diferenciación podría utilizarse como predictor del funcionamiento general a lo largo de la vida.

4.2.1. Los niveles y sus consecuencias

De acuerdo con la teoría de Bowen (Kerr & Bowen, 1988), los adultos con niveles de diferenciación más altos tienen más habilidad para poder reflexionar, calibrar y expresar sus emociones, y en consecuencia, manifiestan menores niveles de reactividad emocional. De esta manera, poseen más capacidad para ocupar y sostener una posición yo cuando están en relación, pueden ajustarse mejor a condiciones inciertas, ambiguas y estresantes y pueden disfrutar y expresar serenidad en las relaciones próximas, caracterizadas por la intimidad y la intensidad emocional (Bowen, 1978). Dicho de otro modo, las personas más diferenciadas, pueden relacionarse a la vez que mantienen un sentido claro y sólido de sí mismos, pudiendo advertir, sopesar y consolidar sus propias opiniones y creencias, hasta cuando estas son contrariadas o incluso hasta cuando se sienten presionadas para actuar de modo diferente (Bowen, 1978; Kerr & Bowen, 1988; Peleg, 2004; Peleg et al., 2006; Skowron & Friedlander, 1998).

Por consiguiente, a mayor diferenciación del self, mayor conexión con un self básico y real, lo que permite más flexibilidad y consciencia en los procesos cognitivos y emocionales que dirigen el hacer del individuo y su funcionamiento en general. Así, hasta en situaciones de estrés pueden seguir conectando fácilmente con sus convicciones y valores, regular las emociones fuertes, mantener la calma y encarar

mejor la inseguridad y la ambigüedad (Bowen, 1978; Kerr & Bowen, 1988; Rodríguez-González et al., 2019).

Poniendo ahora el foco en el impacto del nivel de diferenciación en la dimensión interpersonal, la teoría de Bowen (Bowen, 1978; Kerr & Bowen, 1988) plantea que una mayor diferenciación permite que las personas establezcan y mantengan relaciones desde la autonomía y la libertad y hacia el compromiso, “sin temores debilitantes y/o ansias de abandono” (Peleg, 2008, p. 389). En consecuencia, disminuyen notoriamente la necesidad de neutralizar el sentir desagradable (por ejemplo, sentimientos de ansiedad, de amenaza o de agobio) mediante proyecciones o maniobras relacionales compensatorias (por ejemplo, de fusión o de corte emocional).

Habiendo hecho referencia, en primer lugar, a las consecuencias que devienen de niveles más altos de diferenciación resulta casi obvio poder inferir cuales podrían ser, a nivel general, los efectos derivados de menores niveles de diferenciación. A pesar de ello, decidimos comentarlos someramente a continuación para poder ofrecer una lectura más explícita y profunda.

Bowen y sus colegas (Bowen, 1978; Kerr & Bowen, 1988) plantean que las personas ubicadas en la mitad inferior de la escala vivirían en un mundo controlado por las emociones, coherente con “las actitudes predominantes que albergan en sus familias de origen” (Peleg & Yitzhak, 2011, p. 26). En estas personas, los sentimientos y la subjetividad prevalecen sobre el proceso de razonamiento objetivo la mayor parte del tiempo, y “sea cual sea el intelecto del que dispongan está a merced del sistema emocional” (Bowen, 2016, p. 400). Por tanto, muestran más reactividad emocional, menos capacidad para mantener la claridad de pensamiento y para mantener un sentido sólido de sí mismas en las relaciones cercanas, impregnándose e influenciándose de los momentos emocionales de los diferentes escenarios y siendo “más dependientes (...) de la vivencia emocional de las personas significativas (...) o de otros elementos emocionales de su entorno” (Rodríguez-González & Kerr, 2011, p. 10). Según esta consideración, se puede suponer, tal y como sugirió Bowen, que las personas menos diferenciadas experimentan mayores niveles de ansiedad crónica (Bowen, 1978; Kerr & Bowen, 1988; Peleg, 2002; Skowron & Friedlander, 1998; Titelman, 2014) y tendrían un peor ajuste psicológico, tornándose más fácilmente disfuncionales en caso de estar sometidas a estrés.

Es importante puntualizar que la baja diferenciación resultará especialmente disfuncional cuando las personas estén en periodos de estrés, ya que fuera de ellos, tal y como Bowen propone (2014, p.71), es habitual que puedan funcionar adecuadamente, “llevando una vida aparentemente equilibrada y sin síntomas (aunque seguirán siendo muy vulnerables a la tensión, encontrando muchas dificultades para adecuarse a las exigencias de la vida y manifestando una alta incidencia de patologías y problemas)”.

Tal y como Bowen considera, y con el propósito de ajustar y manejar la ansiedad y la inquietud interna (Kerr, 1992), las personas situadas en el polo inferior de la escala, optarán por maniobras de corte emocional, es decir, recurrir a la distancia con los demás (ya sea física o emocional) o bien implicarse en maniobras de fusión, dirigidas a evitar la separación. Presas de sus respuestas emocionales, requerirán de la presencia e intervención de personas significativas para serenarse y conseguir que la angustia y la ansiedad disminuyan (Bowen, 1978; Kerr & Bowen, 1988; Peleg, 2002; Rodríguez-González et al., 2019; Skowron et al., 2009; Skowron & Dendy, 2004).

4.2.2. La ansiedad en la teoría de Bowen

Tal como hemos introducido previamente, la teoría de Bowen contiene dos variables principales: la primera es el grado de diferenciación del self, que acabamos de explicar, y la segunda es el grado de ansiedad. Haremos ahora referencia a esta segunda variable, pero previamente, dado el uso tan extenso del término “ansiedad”, así como sus diversas y posibles definiciones, nos detendremos en clarificar su definición desde el marco de la teoría de sistemas familiares de Bowen.

Rodríguez-González et al. (2019, p. 210), nos recuerda que un aspecto crucial de la diferenciación es la relación que esta tiene “con la capacidad de un individuo para hacer frente al estrés” (Bowen, 1978; Kerr & Bowen, 1988). Clarificando el concepto de estrés, Titelman, un reconocido experto en la teoría de Bowen, lo define como:

Los factores estresantes pueden definirse como eventos que exigen la adaptación de un individuo y su familia. (...) el estrés se define como la exigencia requerida por una unidad familiar para adaptarse a un estresor particular o una combinación de estresores. La adaptación se refiere a cómo el individuo y la familia reasignan el tiempo, la energía y los recursos para satisfacer las nuevas demandas (...). (Titelman, 2014, p. 309)

En esta definición podemos comprender que el estrés se concibe como un fenómeno natural y presente en el proceso de desarrollo de los individuos, que se manifiesta sobre todo en momentos de tránsito entre las diferentes fases del ciclo vital. Es por lo tanto, un suceso retador, que indica confrontación y que requiere una adaptación. Además, es algo inevitable, intrínseco a la existencia humana, presente a medida que las personas van viviendo y envejeciendo y que representa una oportunidad para evaluar los recursos y la capacidad de una familia para la adaptación. Ahora bien, tal y como sigue expresando Frost (2014, p. 309), no toda confrontación se resuelve con una saludable adaptación: “A veces, los individuos y las familias no pueden ajustar las demandas creadas por los nuevos estresores sin afectar el funcionamiento de los demás”. En otras palabras, esto sugiere que, ante un mismo estresor, cada individuo y cada unidad familiar reaccionará de una determinada manera, resultando un determinado nivel de impacto en el propio sistema y en sus miembros.

Respecto el término ansiedad, la TFSB la define como “ la respuesta emocional a un miedo real o percibido” (Frost, 2014, p. 306) y desde una mirada más sistémica, como “la experiencia perceptiva individual y única de los desafíos de la vida integrados en la posición emocional de una persona en el proceso de relación” (Friesen, 2014, p. 240).

Considerando estas definiciones de estrés y ansiedad, vemos que, aunque irrefutablemente interrelacionados y mutuamente influenciados, lo que distingue a ambos conceptos es la percepción de amenaza.

En esta dirección, la teoría de Bowen da mucha relevancia al concepto de ansiedad–y específicamente suele utilizar el término de ansiedad crónica¹³⁰–ya que considera que su impacto en el proceso de la diferenciación es superior al que pueden ocasionar sucesos estresantes agudos (Rodríguez-González et al., 2019, p. 10). Para Bowen, ansiedad y diferenciación están estrechamente vinculadas y se influyen mutuamente: los niveles de ansiedad crónica pueden afectar al grado de diferenciación y viceversa, los niveles de ansiedad pueden verse afectados por los niveles de diferenciación. En otras palabras, elevados niveles de ansiedad aguda o crónica pueden reducir el nivel funcional de diferenciación¹³¹, mientras que personas

¹³⁰ La ansiedad crónica sería “la reactividad sostenida que se refleja una fisiología y percepción menos flexible y que se fundamenta en amenazas que conducen a un comportamiento más rígido en las relaciones” (Friesen, 2014, p. 240).

¹³¹ Y tal y como hemos indicado, un nivel funcional de diferenciación reducido, mantenido en el tiempo puede llegar a afectar al nivel básico de diferenciación.

más pobres en el nivel básico de diferenciación experimentarán más ansiedad crónica lo que, a su vez, las hará más vulnerables a los estímulos estresantes (Titelman, 2014).

Bowen planteó que la diferenciación del self modera la relación entre el estrés y la disfunción (Murdock, 2004, pp. 320–321), y bajo este supuesto afirmó que cuando las personas están suficientemente estresadas, sea cual sea el grado de diferenciación, pueden aparecer síntomas físicos, emocionales o sociales. Ahora bien, cuanto mayor es el nivel de diferenciación, “más estrés se requiere para desencadenar un síntoma” (Kerr & Bowen, 1988, p. 97), ya que “mayor es la capacidad para adaptarse y, por lo tanto, menor es el riesgo de activar una respuesta ansiosa delante de cualquier tipo de estresor” (Rodríguez-González & Kerr, 2011, p. 11). Es decir, en situaciones no estresantes, las personas tendrán funcionamientos parecidos (Murdock, 2004, p. 321), pero en situaciones de estrés, habitualmente con consecuencias desfavorables y dañinas, habrá personas más resistentes y fuertes mientras que otras experimentarían más vulnerabilidad.

Ejemplificando, a nivel familiar, si la ansiedad domina el sistema, se activa una fuerza convergente que nivela e iguala a sus miembros fomentando la homogeneidad de pensamientos y de sentimientos, desencadenando cierta pérdida de individualidad. Entonces, personas poco diferenciadas resistirán peor los efectos del estrés, empleando más frecuentemente estrategias basadas en la emoción en lugar de en la reflexión, y será más probable la aparición de síntomas somáticos. Por el contrario, si la ansiedad es baja y no invade el sistema, los miembros muestran más autonomía y capacidad de reflexión y evaluación. En cualquier caso, sea mayor o menor el grado de estrés del sistema, aquellas personas más diferenciadas tendrían un comportamiento más proactivo, utilizarían estrategias de afrontamiento dirigidas a la solución, y escogerían la objetividad ante la subjetividad y la emocionalidad (Kerr & Bowen, 1988).

4.2.3. Diferenciación del self, elección de pareja y ajuste marital

Además de la existencia de esta relación entre el estrés y el grado de diferenciación, Bowen (1978) también postuló la existencia de otras relaciones significativas: por una parte, entre la diferenciación y la elección de la pareja y, por otra, entre el nivel de diferenciación del self y el grado de satisfacción y ajuste en la relación de pareja.

Kerr y Bowen (1988) expusieron la hipótesis de que los individuos tienden a escoger como pareja a personas con un nivel de diferenciación similar al suyo (hipótesis de la similaridad). Además, postularon que, salvo que haya una intervención intencional (p. ej., un proceso terapéutico), este nivel de diferenciación se mantendría estable a lo largo de la vida (hipótesis de estabilidad). En esta línea, consideraban que aquellas parejas en las que sus miembros estuvieran mejor diferenciados serían parejas con mayor éxito, bienestar y satisfacción.

Tal y como han planteado autores muy relevantes en el ámbito del desarrollo evolutivo y de la psicología infantil (Ainsworth et al., 2015; Bowlby, 1998; Bretherton, 1992), los vínculos que el individuo establece en la primera infancia, tienen una influencia muy importante en cómo va a crear, concebir y vivir su mundo de relaciones, no solo en la infancia sino durante toda su vida adulta. Cuanto más íntimas y significativas sean durante la infancia las relaciones con los demás, más se evidenciará el patrón relacional integrado, así como sus vivencias de dependencia y diferenciación (Solomon, 2003; Tatkin & Salomon, 2011, citados en Lampis, 2016).

En coherencia con su propuesta de concebir el sistema familiar como un sistema multigeneracional, Bowen (Bowen, 1978; Kerr & Bowen, 1988) asume que la internalización de estas interacciones y vivencias vinculares, así como de las experiencias dependencia-diferenciación propias de la familia de origen, son transmitidas a lo largo de las generaciones e impactan en el desarrollo emocional, cognitivo y social de cada persona (primero niño, luego adulto) ocasionando importantes implicaciones para el bienestar personal y relacional.

Considerando en primer lugar, la hipótesis de la similaridad, Bowen planteó que “el estilo de una persona ubicada en un nivel es tan distinto de alguien situado solamente unos pocos puntos más allá en la escala, que no se escogen entre sí para entablar relaciones personales” (2016, p.525). Esta asunción teórica explica por qué individuos con niveles bajos de diferenciación en la familia de origen tenderían a buscar como pareja a otros con los que pudieran evitar establecer intimidad y mutualidad en la relación y, en cambio, fuese posible mantener la estabilidad de su nivel de diferenciación.

Respecto a la cuestión del ajuste marital, y en consonancia con lo que acabamos de comentar, para la TFSB (Bowen, 1978), el bienestar y la salud en la pareja dependen de lo exitoso que haya sido el proceso de diferenciación de cada

uno de los miembros en sus respectivas familias de origen (Bowen, 1978; Kerr & Bowen, 1988; Skowron & Schmitt, 2003). Así, parejas en las que los miembros están más diferenciados se beneficiarían de amoldamiento y tolerancia, disfrutarían de su intimidad, permitirían flexibilidad en sus roles y diferencias de opinión y mostrarían índices de reactividad emocional bajos. En cambio, si la pareja estuviera constituida por miembros con una baja diferenciación, ello daría como resultado una pareja con menos capacidad para la cercanía, la libertad y la separación, lo que implicaría para ambos cónyuges sacrificar su desarrollo como individuos, con la finalidad de sostener el *status quo* disfuncional y mantenerse como pareja matrimonial (Bowen, 1978; Kerr & Bowen, 1988; Schnarch, 1997).

Tomadas en conjunto, todas estas hipótesis teóricas coinciden con lo que hemos mencionado previamente acerca del cambio del nivel del self básico:

Hay muchas experiencias vitales que pueden elevar o reducir los niveles de self funcionales, si bien hay pocas que puedan cambiar el nivel de diferenciación básico adquirido en la convivencia con la familia parental. A menos que se produzca alguna circunstancia extraña, el nivel básico procedente de la familia parental se consolida en el matrimonio¹³², después del cual el único cambio que pueda producirse será funcional. (Bowen, 2016, p. 525)

Más adelante, en el apartado de investigación acerca la teoría de Bowen, ahondaremos un poco más en esta cuestión y hablaremos del bajo apoyo empírico que ha recibido la hipótesis de la similaridad, de las evidencias empíricas alrededor de la hipótesis de la estabilidad y de la importancia de la diferenciación para la satisfacción conyugal.

4.2.4. Diferenciación del self, familia y proceso multigeneracional

Todas estas afirmaciones teóricas, concuerdan con la idea clásica del modelo sistémico, esta es, la de explorar la salud y la funcionalidad más allá del individuo y considerar, sobretodo, las dinámicas relacionales que existen en la familia nuclear (de hecho, la teoría de Bowen es el resultado de investigaciones enfocadas en todo el núcleo familiar).

¹³² Cursivas del autor de la cita.

En coherencia con este modelo conceptual, Bowen entiende a la familia como una organización de sistemas emocionales y relacionales, en la que una variación de una parte del sistema va seguida por un movimiento compensatorio de otra parte—o de otros subsistemas—con la finalidad de mantener la homeostasis, esto es, la estabilidad y el no cambio. Además, como cualquier sistema, tiene un rango de funcionamiento que engloba desde una baja operatividad y funcionalidad hasta un alta y óptima funcionalidad (Titelman, 2014).

Con el propósito aquí, de profundizar más en la familia, reintroducimos otro concepto de la teoría de Bowen: el del sistema emocional de la familia nuclear. Haciendo alusión a este concepto, al que en un principio llamó *masa del ego familiar indiferenciado*, Bowen hacía referencia a aquellas pautas emocionales que emergen en el matrimonio y se mantienen a lo largo de toda la historia de relación conyugal, determinado un tipo de funcionamiento dentro de la familia nuclear, así como en la relación de ésta con las familias de origen (Bowen, 2016).

Entonces, observando a la familia nuclear como un sistema emocional y considerando su funcionamiento a través de las lentes de la diferenciación, Bowen expone que el grado de funcionalidad presente en sus pautas relacionales dependerá del nivel promedio de diferenciación de sus miembros y de los niveles de ansiedad crónica presentes en la familia (Kerr & Bowen, 1988; Titelman, 2014). En consecuencia, según el nivel de diferenciación de cada uno de sus miembros, la familia tendrá un determinado grado de “cohesión o individualidad, que mantienen de forma coherente a lo largo del tiempo” (Rodríguez-González & Kerr, 2011, p. 11), y que determinará unos valores de funcionalidad o disfuncionalidad.

De esta manera, y según la teoría de Bowen (1978), familias con un alto nivel de diferenciación, tienen mayor funcionalidad, son más resistentes a la reactividad emocional, a la ansiedad y a la adversidad. Además, los sentimientos de lealtad y pertenencia no son excesivamente intensos, lo que implica mayor probabilidad de que sus miembros respeten las diferencias individuales, de que haya menos necesidad de obtener aprobación, afecto o aclamación por parte de los demás y de que los procesos de autonomía y de individuación, a la vez que conexión e intimidad sean facilitados y mantenidos. Sus miembros son poco reactivos y toleran bien las acciones y fluctuaciones de cercanía o distanciamiento, siendo estos cambios “no solo un producto de su iniciativa, sino un reflejo de la reciprocidad del sistema” (Rodríguez-González & Kerr, 2011, p. 11). Algunos autores sugieren que adolescentes de

familias con altos niveles de diferenciación muestran mayores niveles de autonomía. Anderson y Fleming (1986), encontraron que los adolescentes de familias con bajos niveles de fusión (alta diferenciación) eran más autónomos en sus interacciones, tenían menos necesidades de obtener el beneplácito de sus próximos, y mostraban unos comportamientos más dirigidos a la acción (Haws & Mallinckrodt, 1998).

Por otra parte, familias en las que sus miembros están poco diferenciados se configuran alrededor de una alta cohesión o fusión. Es decir, los límites quedan desdibujados, todos participan de todo y todo se entremezcla, alentando un sentido de pertinencia excesivo, de cercanía descomedida, de dependencia emocional, tendiendo a ser “una piña” en la que no se permite la autonomía. En estas familias, sus miembros son muy propensos a no tener una comunicación franca y abierta, pero, paradójicamente, a querer saber y conocer, a interpretar en exceso la comunicación no verbal y a testar el sentido de pertenencia mediante búsquedas de amor y afecto (y reprochando a quien no lo brinde). Como es fácil suponer, en estas familias se problematiza mucho la individualidad y la autonomía de sus miembros y cualquier hacer de un miembro afecta de inmediato a los demás, respondiendo con mucha reactividad e intensidad (Bowen, 1978).

Tal y como hemos apuntado previamente, al hablar de diferenciación y ansiedad, algunos autores (Benson et al., 1993) han relacionado a las familias menos diferenciadas y más fusionadas con mayor vulnerabilidad al estrés y mayores niveles de ansiedad ante la adversidad. De hecho, cuando determinados eventos vitales o fases del ciclo vital requieren de una cierta diferenciación entre sus miembros, la ansiedad en estas familias aumentará (pues su unidad emocional se está viendo amenazada), lo que lleva a una mayor necesidad de sus miembros de confirmar y reforzar su conexión emocional. Ante ello, según los niveles de indiferenciación o de aglutinación emocional, cada familia optará por modular la ansiedad de diferentes maneras y sus integrantes utilizarán diferentes áreas y expresiones relacionales donde poder—especialmente en momentos de estrés—absorber diferenciación y traspasar sintomatología que les permita una mayor (falsa) proximidad. Según Bowen (2016), los tres procesos habitualmente más utilizados (ya sea uno como una combinación de los tres) por los “pseudoselfs fusionados en un self común” para conseguirlo serían: a) el conflicto conyugal, b) la disfunción de un cónyuge, y c) la proyección sobre uno o más hijos. Gracias a ellos, la indiferenciación quedaría fagocitada por una esfera y así, las demás “quedan (aparentemente)¹³³ protegidas” (p. 526).

¹³³ Aparentemente y entre paréntesis más, aludiendo a la cierta ironía del concepto “protegidas”.

Según la modalidad e intensidad con la que cada unidad familiar reaccione ante la ansiedad (que puede cambiar a lo largo del tiempo) y la capacidad del sistema para manejarla, habrá más o menos repercusiones y ramificaciones para los integrantes de la familia y aflorarán en mayor o menor medida, procesos familiares desadaptativos, patrones disfuncionales y síntomas clínicos (Friedman, 1991) .

Tal y como venimos apuntando y comentando, la teoría de los sistemas familiares (Kerr & Bowen, 1988) sugiere que existe un curso de transmisión intergeneracional, esto es, que existe una continuidad intergeneracional en el proceso emocional familiar. Bowen explora más detalladamente esta idea poniendo el foco en la diferenciación y sugiere entonces, que de esta transmisión multigeneracional emanan unas *tendencias multigeneracionales*. Estas tendencias implican que sería posible identificar en un análisis intergeneracional secuencias sistemáticas y previsibles que conectan y atraviesan a los miembros de una familia a lo largo de distintas generaciones, como sucede, por ejemplo, con la diferenciación. Cuando Bowen analiza un genograma, busca patrones de salud y enfermedad, y trata de conocer el modo en que las generaciones previas y la familia extensa ha reaccionado ante períodos o eventos particularmente estresantes, entrando en un diálogo con la persona o familia que tiene delante en la sesión para que puedan ellos mismos identificar si hay patrones o tendencias comunes (Bowen, 1978; Kerr & Bowen, 1988). Para Bowen (1978) cada sistema familiar deviene una reproducción de patrones de comportamiento de generaciones anteriores, que a su vez, se replicarán en las generaciones futuras (Bartle, 1993).

En esta dirección, la TFSB expone que en familias con niveles bajos de diferenciación será más probable que el proceso de diferenciación de sus miembros se vea obstaculizado (Bowen, 1978; Titelman, 2014). Este bloqueo, o boicoteo más o menos consciente, puede manifestarse de diversas formas. Por ejemplo, uno o ambos padres, con el propósito de aliviar o controlar la ansiedad crónica en el sistema, pueden fusionarse con sus hijos. Esto puede ocasionar que éstos tiendan a abandonar el hogar de manera reactiva, utilizando el corte emocional para ejercer una forma de pseudo-independencia de la familia de origen (Kerr & Bowen, 1988).

Otros autores exponen otro funcionamiento-característica importante para tener en cuenta en este proceso de transmisión intergeneracional, vinculado a la capacidad de los miembros de la familia nuclear (especialmente los hijos con los progenitores) para desarrollar una relación “persona a persona”, en vez de “grupo en

grupo". A mayor posibilidad de comunicación libre y de tolerancia a la comunicación en el nivel personal-individual, menor probabilidad de incluir a terceras personas, esto es, de triangular¹³⁴ y activar patrones disfuncionales que promocionen patrones poco diferenciados en las relaciones significativas en las siguientes generaciones (Bowen, 2016, pp. 552-553).

4.3. INVESTIGACIÓN EN DIFERENCIACIÓN DEL SELF: PRINCIPALES ESTUDIOS E INSTRUMENTOS DESARROLLADOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DIFERENCIACIÓN

Una vez presentada esta primera sección, en la que hemos contextualizado la teoría de Bowen, exponiendo los antecedentes, sus hipótesis, sus principales aspectos teóricos y clínicos, y prestando siempre una atención especial al constructo de la diferenciación del self, consideraremos ahora la cuestión de la investigación.

En este recorrido más bien sintético, en el que la diferenciación seguirá ocupando un lugar central, mostraremos primero las principales investigaciones realizadas alrededor de la teoría de Bowen, los instrumentos más relevantes utilizados para medir el constructo de la diferenciación, y luego nos centraremos en la investigación publicada que ha utilizado el *Differentiation of Self Inventory* (DSI; Skowron & Friedlander, 1998) y el *Differentiation of Self Inventory-Revised* (DSI-R; Skowron & Schmitt, 2003) el cuestionario que utilizamos en la presente tesis doctoral.

Veremos las dificultades y controversias que surgen al querer operativizar un constructo tan complejo, sintetizaremos la evidencia empírica que han recibido los principales supuestos teóricos de la TFSB y, por ende, la evidencia hallada respecto el papel de la diferenciación en la salud en general y, más en detalle, en el ámbito relacional.

4.3.1. Investigación y Diferenciación del self: Los niveles

En general, los investigadores corroboran que mayores niveles de diferenciación se relacionan con mayores niveles de autonomía, intimidad, tranquilidad y bienestar en las relaciones (Peleg, 2002). Mayor diferenciación es sinónimo de mayor competencia intrapersonal e interpersonal (Rodríguez-González

¹³⁴ Remarcamos la utilización del concepto triángulo y no tríada por cuestiones claras de connotación del término. Para saber más acerca de los triángulos, invitamos al lector a leer Bowen, 2016, pp. 216-217, 528-530; Rodríguez-González & Martínez Berlanga, 2014, pp. 215-218.

& Kerr, 2011; Skowron et al., 2009). En cambio, individuos menos diferenciados se caracterizan por la emocionalidad, la dependencia y la falta de capacidad para la autonomía (Peleg, 2002). Presentan más conflictos en sus relaciones y al vincularse, tienen dificultades para mantener un sentido sólido de su self, lo que les lleva a un mayor malestar psicológico (Skowron & Friedlander, 1998) y a experimentar más problemas interpersonales (Bartle-Haring & Probst, 2004; Kim-Appel et al., 2007; Murray et al., 2006; Skowron et al., 2004).

4.3.2. Investigación y diferenciación del self: La familia, el proceso emocional familiar y el proceso de transmisión multigeneracional

Varios autores han mostrado especial interés en las cuestiones relativas a la familia como sistema, y a su vinculación con la diferenciación. En general, los estudios exponen que la familia, como sistema, crea un entorno que favorece el desarrollo psicológico de la descendencia (Anderson & Sabatelli, 1992; Gavazzi & Sabatelli, 1990) y tiene un papel crítico en posibilitar que el individuo pueda hacer un tránsito saludable hacia su diferenciación, por lo tanto, en que pueda resolver el reto de equilibrar su necesidad de individualidad con su necesidad de pertenencia y conexión emocional con la familia (Carter & McGoldrick, 1999; Gavazzi et al., 1993).

En la misma línea, otros estudios muestran resultados adicionales que sugieren que progenitores más diferenciados, tendrían mayor adaptabilidad a los cambios, mayor capacidad para relacionarse saludablemente con sus hijos y para permitirles el tránsito hacia su autonomía e individualidad (Anderson & Sabatelli, 1990; Skowron et al., 2010; Skowron & Friedlander, 1998).

En conjunto, las publicaciones más recientes sobre la materia respaldarían la existencia de una relación clara entre el nivel de diferenciación y de ansiedad en el sistema familiar, y la habilidad de sus miembros para conseguir un grado de diferenciación/individuación¹³⁵ que “asegure” un desarrollo normal, saludable¹³⁶, funcional y adaptable (Anderson & Sabatelli, 1990; Bartle-Haring & Gregory, 2003; Benson et al., 1993; Chung & Gale, 2006; Gushue & Constantine, 2003; Hooper & Doehler, 2011; Hooper & DePuy, 2010; Murray et al., 2006; Schwartz et al., 2006).

¹³⁵ Individuación entendida aquí como sinónimo de diferenciación del self al citar a varios autores en este párrafo que así lo conciben.

¹³⁶ Aclaramos que para la teoría de Bowen el término saludable implica una alta diferenciación y una baja ansiedad.

Tras comentar las implicaciones que tienen la familia de origen y la familia nuclear en el proceso de diferenciación del self, creemos que es necesario atender a un aspecto especialmente complicado de abordar desde la investigación y que, a la vez, es un principio central en la teoría de Bowen: la transmisión intergeneracional de los niveles de diferenciación del self (Bartle-Haring & Sabatelli, 1998).

Este principio fue ya explicado en la sección del subcapítulo anterior: para Bowen (1978) el nivel de diferenciación de los integrantes de una pareja se va ajustando hasta que emerge un nivel de diferenciación propio (de la pareja como sistema) y, además, las personas eligen parejas con niveles similares de diferenciación. Los niños, incluidos inevitablemente en este sistema de relación, incorporados a esta unidad emocional que para Bowen es la familia, se acogen al nivel de diferenciación existente, asumiéndolo, actuándolo y continuándolo en la próxima relación adulta que formen, perpetuando un legado-movimiento continuo.

Varios estudios han investigado esta cuestión, explorando en concreto los niveles de diferenciación y su transmisión entre generaciones. En conjunto, los resultados obtenidos son controvertidos y no existe un acuerdo general. Si sintetizamos las diversas conclusiones obtenidas observamos que, por un lado, existen estudios que no encuentran evidencias de la transmisión de los niveles de diferenciación a través de la familia o de la influencia de las generaciones previas (Tuason & Friedlander, 2000), mientras que otros (Anderson & Sabatelli, 1992; Bartle-Haring, 1997; Bartle-Haring et al., 1999; Bartle-Haring & Gavazzi, Stephen, 1996; Bartle & Rosen, 1994; Benson et al., 1993; Gavazzi et al., 1993, 1994; Gavazzi & Sabatelli, 1990; Harvey et al., 1991; Lawson & Brossart, 2001; Peleg, 2002, 2005; Skowron & Friedlander, 1998) sí encuentran fundamento para apoyar la hipótesis de que los niveles de diferenciación del self se transmite intergeneracionalmente.

Ya por último en este apartado, Bowen (1978) puntualizó que, aunque no habría ninguna razón de peso para esperar que el grado de diferenciación de un hijo fuera diferente al de sus progenitores, al mismo tiempo asumía que podían darse pequeñas variaciones en los hijos, de acuerdo con el momento en que nacen en la familia, su posición en la fratría, y otras variables. Lamentablemente, no disponemos de datos al respecto pues la investigación sobre la transmisión intergeneracional de la diferenciación es muy escasa y se necesitan más estudios que permitan elaborar una conclusión al respecto (Bartle-Haring et al., 2002).

Ante estos resultados dispares, opinamos, una vez más, que este ámbito merece una mayor consideración. Por ejemplo, creemos que sería interesante analizar y comparar a progenitores con niveles mayores y menores de diferenciación y determinar si existe influencia en los puntajes de diferenciación de sus hijos. Sería fundamental también poder realizar estudios longitudinales en los que se pudiera incluir a varias generaciones del sistema familiar.

4.3.3. Investigación y Diferenciación del self: Salud, ajuste psicológico y bienestar

Recordemos que, según la teoría de Bowen, la diferenciación del self es clave en la capacidad para manejar el estrés (Kerr & Bowen, 1988). Así, considerando las hipótesis teóricas vistas hasta ahora, la diferenciación del self tendría un elevado impacto en la salud, en la funcionalidad, en el bienestar individual y relacional.

Son numerosos los estudios basados en la teoría de los sistemas familiares que tienen la finalidad de evaluar las hipótesis planteada por Bowen (y secundadas por otros autores como por ejemplo Bohlander (1995) y Witkin, Goodenoug y Oltman (1979), citado en Hooper & Doehler, 2011, p. 72) acerca del papel crítico que la diferenciación tiene en la salud física y psicológica como elemento predictor, mediador o moderador. Tal y como veremos a continuación, la mayoría de los resultados respaldan la asunción planteada por Bowen, según la que mayor diferenciación se asociaría con un mayor bienestar psicológico, físico, y relacional. Veamos por separado cada una de estas áreas.

Respecto al bienestar psicológico, muchos investigadores han encontrado resultados empíricos que apoyan la idea de que el nivel de diferenciación del self es un predictor del bienestar y de la salud psicológica (Chung & Gale, 2006; Diehl et al., 2001; Hooper et al., 2008; Le Heath & Brown, 1999; Skowron, 2004; Skowron et al., 2009; Tsaousis et al., 2007), y que mantiene una relación inversa con los síntomas psicológicos (Bartle-Haring et al., 2002). Más concretamente, por ejemplo, encontramos estudios que indican que a mayor diferenciación menor ansiedad y niveles de estrés (Heintzeman et al., 2014; Knauth & Skowron, 2004; Miller et al., 2004; Murdock, 2004; Peleg, 2002; Skowron et al., 2003; Skowron & Friedlander, 1998; Tuason & Friedlander, 2000), mejor ajuste, funcionamiento y salud psicológica (Hooper & DePuy, 2010; Miller et al., 2004; Murdock, 2004; Sandage & Jankowski, 2010; Skowron, 2004; Skowron et al., 2003, 2009; Skowron & Friedlander, 1998; Williamson et al., 2007) y menos síntomas depresivos (Choi & Murdock, 2017; Elieson & Rubin,

2001), incluyendo mejores puntuaciones en indicadores de salud mental (Peleg, 2002; Sandage & Jankowski, 2010).

También existen varios estudios que han explorado la relación entre la diferenciación y varios tipos de ansiedad, como por ejemplo la ansiedad por separación (Hock et al., 2001; Peleg et al., 2006; Peleg & Yitzhak, 2011), la ansiedad como rasgo (Haber, 1993; Peleg, 2004; Skowron & Friedlander, 1998), la ansiedad social (particularmente el miedo a la evaluación negativa), o la ansiedad ante los exámenes (Peleg, 2004). Estas investigaciones encuentran una relación negativa entre la diferenciación y la ansiedad y los síntomas físicos, emocionales y somáticos.

Por último, haciendo alusión al concepto de apego¹³⁷ (Bowlby, 1982), otros estudios exploraron la convergencia entre la diferenciación, el apego y la ansiedad de apego (Fish et al., 2012; Ross et al., 2016; Skowron & Dendy, 2004; Thorberg & Lyvers, 2006; Timm & Keiley, 2011) encontrando relaciones significativas coherentes con la teoría. Además, algunas investigaciones exploraron también la relación entre estas variables y otras como por ejemplo, el deseo sexual (Ferreira et al., 2014), la sexualidad y/o comunicación sexual (Burri et al., 2014; Timm & Keiley, 2011). En conjunto, los resultados de estos trabajos sugieren que los adultos con mayores niveles de diferenciación fueron los que comunicaron menor apego evitativo y menor ansiedad, y, por ende, menor fusión y desconexión, y mayor capacidad de autocontrol y de regulación, así como también mayor seguridad para poder tomar decisiones propias y mantenerlas. Además, estos resultados reportaron que, en general, en muestras de adultos, las diferencias en los comportamientos entre las personas de niveles desiguales serían evidenciadas en niveles altos de estrés, pero no en bajos, lo que respaldaría la asociación compleja, más que directa entre ansiedad y bienestar que ya establecía Bowen y su consideración de la diferenciación como un elemento protector (Kerr & Bowen, 1988).

Un gran número de las investigaciones sobre la diferenciación muestran asociaciones positivas entre altos niveles de diferenciación y el bienestar psicológico (Bartle-Haring, 1997; Bartle-Haring & Gregory, 2003; Gavazzi et al., 1993; Hooper & Doehler, 2011; Jankowski & Vaughn, 2009; Miller et al., 2004; Skowron et al., 2003, 2009; Velázquez Romero & Garduño Estrada, 2011) así como también con el estado de ánimo. Más concretamente, los resultados muestran relaciones negativas entre alta

¹³⁷ Relación dinámica que permite una autonomía óptima en el contexto del apoyo emocional (Bretherton, 1992). Se ha sugerido que la individualización durante la adolescencia se ve facilitada no por el desapego sino por el apego con la familia (Cuhadaroglu Cetin et al., 2012).

diferenciación y estado de ánimo negativo (Jankowski & Sandage, 2012; Skowron, 2000; Wei et al., 2005) y asociaciones entre niveles mayores de diferenciación del self y mayor emocionalidad positiva (Hainlen et al., 2016; Sandage & Jankowski, 2010; Seda Sahin et al., 2010). Además, algunas investigaciones ponen de relieve que el constructo de la diferenciación está asociado a una mayor capacidad para regular el afecto y posibilitar un mayor control de la conducta (Hooper & DePuy, 2010; Skowron & Dendy, 2004; Skowron & Schmitt, 2003).

Diferentes investigaciones han explorado también la relación entre estrés y diferenciación. La posición teórica más común sería la de concebir la diferenciación del self como el factor que mediaría la relación individuo-estrés-salud (Bartle-Haring et al., 2002; Findler, 2014; Krycak et al., 2012; Skowron et al., 2004). Así, al querer determinar la vulnerabilidad de un individuo al estrés, la cantidad de estrés que puede provocar una determinada situación deja de ser considerada como la única variable y se incluye el grado de diferenciación (Bartle-Haring & Gregory, 2003). Nuevamente, los estudios sugieren que menores niveles de diferenciación se asocian a mayor vulnerabilidad y, por lo tanto, mayor posibilidad de padecer síntomas psicológicos y físicos. Al contrario, personas con niveles más altos de diferenciación experimentarían menores resultados negativos de salud mental y física en momentos de estrés y de adversidad individual y familiar (Bartle-Haring et al., 2002; Hooper & DePuy, 2010). De la misma forma, Skowron et al. (2004) y Human-Vogel & Rabe (2015), reportaron resultados similares al encontrar que la diferenciación mediaba la relación entre el estrés académico y el ajuste personal en muestras de estudiantes universitarios.

También, aunque menos conocidas, hay algunas investigaciones que señalan relación entre niveles de diferenciación más altos con mejor salud física, menor propensión a sufrir dolencias físicas (Rodríguez-González et al., 2018), con índices de masa corporal más bajos (Hooper & Doehler, 2011), con manifestaciones sintomáticas de la fibromialgia menos comprometidas (Murray et al., 2006) y con niveles más altos de salud percibida durante el embarazo (Didericksen et al., 2015).

Reexaminando la literatura presente hasta el momento, hoy en día no está claro todavía el impacto de la diferenciación del self en la salud física, en particular porque no se ha estudiado este efecto controlando simultáneamente variables que ya han demostrado ser relevantes para la salud física como son, por ejemplo, la genética, el ejercicio físico y la nutrición, entre otras.

Aunque muchos de los estudios realizados hasta la fecha presentan limitaciones importantes y aún se requiere más evidencia para analizar los elementos subyacentes (Bartle-Haring & Gregory, 2003), existe ya un cierto *corpus* empírico que apunta a la importancia de la diferenciación como variable mediadora en asociaciones entre diversas variables. La diferenciación se ha asociado con una mayor competencia relacional, bienestar interpersonal, conexión social, mayor tolerancia a la soledad y una menor propensión a la vergüenza social (ver, por ejemplo los trabajos de: Bartle-Haring & Gregory, 2003; Bartle & Rosen, 1994; Knauth & Skowron, 2004; Kosek, 1998; Skowron, 2000; Skowron et al., 2009; Williamson et al., 2007), con menos problemas interpersonales (Wei et al., 2005), menores niveles de violencia en la relación (Rosen et al., 2001), menos probabilidad de abuso infantil en adultos que aún no eran padres (Skowron & Platt, 2005), y un menor abuso de sustancias (Thorberg & Lyvers, 2006).

Otra cuestión que también ha recibido atención es la que tiene que ver con la resolución de problemas. Existen publicaciones que relacionan ciertos niveles de diferenciación con la tendencia de las personas a utilizar determinadas estrategias de afrontamiento cuando deben pronunciarse y solucionar los conflictos y las dificultades (Knauth et al., 2006; Murdock, 2004; Skowron, 2004). Así, individuos con niveles más altos de diferenciación utilizarían un afrontamiento más reflexivo y racional, mientras que individuos con niveles más bajos tendrían tendencia a utilizar estrategias más influenciadas por el suceder emocional y, consecuentemente, más reactivas o evitativas y, en suma, más disfuncionales y poco saludables (Thorberg & Lyvers, 2006; Wei et al., 2005).

Un considerable número de investigadores ha referido asociaciones diferentes con la salud psicológica y el bienestar social para cada una de las dimensiones de la diferenciación, cuando esta es evaluada a través de instrumentos que consideran por separado las dimensiones intrapersonal e interpersonal así como los elementos de la diferenciación. Así, por ejemplo, la reactividad emocional muestra conexiones más significativas con los estresores del nivel de vida y el malestar psíquico (Krycak et al., 2012), mientras que el corte emocional parece ser el mejor indicador para predecir el malestar emocional y las dificultades interpersonales a lo largo del tiempo (Skowron et al., 2009). Algunos autores como Skowron & Dendy (2004) sugieren que los niveles conjuntos en ambas (ERyEC) serían los que permitirían modular de manera más significativa los efectos de la ansiedad resultantes de mantener intercambios relacionales significativos (aquellos que se establecen en las relaciones importantes, emocionalmente comprometidas y íntimas como por ejemplo con la familia de origen y con amistades).

Una vez expuestas las relaciones más significativas entre diferenciación, estrés, salud física y ajuste psicológico, podríamos decir que, en conjunto, los resultados de estas investigaciones ofrecen, en general, cierto grado de apoyo a las asunciones teóricas, al encontrar que la diferenciación del self juega un rol relevante en los procesos de salud psicológica y adecuación social, siendo que niveles altos de diferenciación sirven de amortiguador y de factor protector para la ansiedad social, la sintomatología y la somatización (Bartle-Haring et al., 2002; Peleg, 2002). Las investigaciones también parecen sugerir que la diferenciación del self tiene un papel crítico en la salud física y psicológica, ya sea actuando como elemento predictor, mediador o moderador (Bartle-Haring et al., 2002; Hooper & Doehler, 2011; Murray et al., 2006).

En general, es posible observar que aunque la relación entre diferenciación y salud ha sido estudiada desde diferentes perspectivas y con diferentes instrumentos, al mismo tiempo aún permanecen algunas cuestiones importantes abiertas, que requieren de nuevas investigaciones, en particular con metodologías longitudinales.

4.3.4. Investigación y diferenciación del self: Perdón, compromiso y justicia social y espiritualidad

Más allá de la investigación sobre la relación entre salud y diferenciación, que aglutina probablemente el mayor número de investigaciones sobre diferenciación, han ido emergiendo otros estudios que apuntan hacia nuevas áreas de exploración y, por lo tanto, descubren nuevos escenarios donde parece que la diferenciación también se presenta como un constructo significativo y, en consecuencia, como una variable de la intervención terapéutica importante para tener en cuenta. Hablaremos de todo ello a continuación.

Hasta la fecha, diversos autores han explorado la relación entre unos constructos que a primera vista pueden parecer diferentes e inconexos: la diferenciación del self, el perdón interpersonal y el compromiso de justicia social (Hainlen et al., 2016).

Aunque son pocos los estudios que han investigado acerca de esta asociación, los trabajos publicados hasta ahora indican una asociación positiva entre diferenciación del self y el perdón¹³⁸, esto es, que personas con mayores niveles de diferenciación podrían, probablemente, tener una mayor competencia y posibilidad de perdón interpersonal (Heintzelman et al., 2014; Hill et al., 2011; Holeman et al., 2011; Sandage & Harden, 2011; Sandage

¹³⁸ McCullough, Bono y Root (2007, p. 491) definieron el perdón como "un conjunto de cambios prosociales en las motivaciones de uno hacia un transgresor interpersonal de tal manera que uno se vuelve menos evasivo y vengativo hacia el transgresor (y, quizás, también más benevolente) (todo citado en Sandage & Jankowski, 2010, p. 168).

& Jankowski, 2010). Steven Sandage, uno de los principales autores que ha investigado y publicado acerca de la relación entre la diferenciación y el perdón, sugiere que tanto de la dimensión intrapersonal como la interpersonal posibilitan una mayor competencia en el proceso del perdón. Una posible explicación resalta el papel de la diferenciación como mediador entre el perdón y el bienestar (Sandage & Jankowski, 2010).

Además, tal y como hemos anunciado, otras investigaciones apuntan a la relación existente entre diferenciación del self, el bienestar espiritual y la justicia social (Jankowski et al., 2013; Sandage et al., 2014). Estos trabajos sugirieron que una diferenciación saludable promueve y facilita tener en consideración las necesidades de los demás y es consistente con “una saludable y resiliente individualidad relacional necesaria para mantener el compromiso de justicia social” (Sandage et al., 2014, p. 68), especialmente entre aquellos elementos que competan las capacidades para establecer y mantener conexiones íntimas, así como para regular la fusión emocional, la reactividad, la confianza y, en consecuencia, la tensión relacional.

Contemplando ahora el tercero de los elementos que hemos contemplado en esta sección, este es, el de la espiritualidad, resulta evidente que la teoría de Bowen (Kerr & Bowen, 1988) proporciona una base estimulante para reflexionar acerca de la relación que puede haber entre el *modus operandi* relacional de un individuo y su espiritualidad.

Antes de avanzar en esta dirección, nos parece apropiado contextualizar, de manera muy sencilla, el concepto de espiritualidad. De acuerdo con las conceptualizaciones más recientes, utilizamos la noción de “espiritualidad basada en la diferenciación” (Jankowski & Vaughn, 2009; Majerus & Sandage, 2010; Sandage & Harden, 2011; Sandage & Jankowski, 2010; Schnarch, 1997) que implica la idea de un marco de espiritualidad relacional que comprende una experiencia y desarrollo espiritual en el sentido de adquirir capacidades diferenciadas para (a) la autorregulación (Jankowski & Vaughn, 2009; Kass & Lennox, 2005; McCullough & Willoughby, 2009; Sandage & Jankowski, 2010), y (b) el equilibrio entre la intimidad madura y la autonomía y alteridad en las relaciones (Sandage & Jankowski, 2010).

Aunque paulatinamente van apareciendo estudios que revelan una relación positiva entre el desarrollo y/o maduración espiritual y la dimensión interpersonal de la diferenciación (Butler et al., 2002; Rootes et al., 2010; Jankowski & Vaughn, 2009), aun es exigua y los resultados no son concluyentes.

A pesar de la naturaleza recíproca de la relación teorizada, el parecer mayoritario apunta a que niveles moderados de maduración, exploración y búsqueda espiritual¹³⁹ pueden ser un medio para ganar espacio para el yo, por lo que, entonces, se podría considerar que la “espiritualidad impacta favorablemente en el nivel de diferenciación de una persona a través de algún mecanismo de influencia” (Jankowski & Vaughn, 2009, p. 84). A su vez, esto podría tener efectos positivos en sus futuros comportamientos y, por lo tanto, favorecer un mejor funcionamiento relacional (Butler et al., 2002; Rootes et al., 2010). Existen, sin embargo, otras explicaciones posibles a estos resultados, como por ejemplo, las de los estudios que apuntan a una dirección contraria en la que el nivel de diferenciación es el que impacta en la vivencia de la espiritualidad. A estos hallazgos, muy preliminares, añadimos la consideración de algunos autores (Jankowski & Vaughn, 2009; Kass & Lennox, 2005), que señalan que esta inconsistencia puede ser debida al contemplar globalmente ambos conceptos. Avalados por el hecho de que parece que la autorregulación es un aspecto central tanto en diferenciación como en espiritualidad, algunos autores (Sandage & Jankowski, 2010; Skowron et al., 2003) barajan la idea de que quizás este sería el elemento clave que, de explorarlo en profundidad, permitiría ofrecer argumentaciones más plausibles y convincentes sobre las potenciales conexiones entre diferenciación y espiritualidad.

Aunque la relación entre espiritualidad y diferenciación requiere de más investigaciones para poder ser clarificada, los trabajos de estos autores sugieren que la diferenciación podría tener un papel relevante en el funcionamiento espiritual del individuo.

Otro estudio de Sandage & Harden (2011), exploró las relaciones entre la competencia intercultural (Hammer et al., 2003), la espiritualidad relacional y la diferenciación del self, sugiriendo que la competencia intercultural implica altos niveles de diferenciación, es decir, mayores aptitudes para conectar con el marco cultural propio pero sin engrandecerlo, esto es, respetando y reconociendo el valor de cada una de las diferentes realidades culturales sin establecer desigualdades ni supremacías. Aunque aplicado al marco de la interculturalidad, se trata en definitiva de la idea tan claramente expresada por Bennett (1993; citado en Sandage & Harden 2011, p.824): “tolerar la ansiedad de la diferencia mientras se mantiene la conciencia y la preocupación por uno mismo y por los demás”.

¹³⁹ Búsqueda espiritual en el sentido de explorar “comprensiones tentativas” y de confrontar preguntas existenciales acerca del devenir, la duda e incertidumbre y la complejidad de la vida (Batson y Ventis 1982 citado en Rootes, Jankowski, & Sandage, 2010, p. 92).

Ya para acabar, en un artículo publicado en 2012, Jankowski y Sandage (p. 428), en su deseo de ofrecer una justificación teórica a la conexión entre diferenciación y espiritualidad, mencionan las tentativas que determinados autores como Welwood (2000) y Lee (Lee et al., 2008) han hecho para integrar la filosofía oriental con la psicología occidental. Siguiendo sus argumentaciones, muchas prácticas espirituales apuntan hacia el desarrollo de cualidades humanas similares a las que se consiguen a través del proceso de diferenciación, como son, por ejemplo, el autocontrol, la compasión, la flexibilidad, la perseverancia y el equilibrio relacional, entre otros.

Los resultados obtenidos en este ámbito suponen una contribución única y original que constituye una oportunidad para favorecer el conocimiento de la teoría de Bowen en una dirección hasta ahora poco conocida y explorada. En cualquier caso, seguimos considerando que son necesarios más estudios que puedan nutrir esta línea de investigación y que puedan realmente esclarecer cuáles son los mecanismos que subyacen a dichas vinculaciones.

4.3.5. Investigación y diferenciación del self: Elección del cónyuge, ajuste y bienestar en la pareja

La afirmación de Bowen (1978) acerca de la hipótesis de similitud que nombrábamos previamente, esta es, que “las personas seleccionan cónyuges que tienen niveles básicos idénticos de diferenciación del self” (p.108) inició una línea de investigación sobre el papel de la diferenciación en el proceso de elección de pareja. De entre los trabajos de investigación generados al respecto, algunos estudios ofrecen datos que apoyarían esta hipótesis (Gubbins et al., 2010; Lim & Jennings, 1996; Rovers et al., 2007; Tuason & Friedlander, 2000), mientras que otros la refutan (Day, Clair, & Marshall, 1997; Kosek, 1998; Lal & Bartle-Haring, 2011; Miller et al., 2004; Peleg & Yitzhak, 2011; Rodríguez-González, 2016; Skowron, 2000; Spencer & Brown, 2007; Timm & Keiley, 2011). Aunque la controversia aún continúa, la evidencia más reciente sobre la materia sugiere que no existen datos claros que permitan apoyar esta hipótesis de la teoría. No obstante, como sigue siendo una cuestión inconclusa, es necesario, tal y como sugiere Rodríguez-González (2016), respaldando a otros autores (Lal & Bartle-Haring, 2011; Peleg & Yitzhak, 2011; Timm & Keiley, 2011), que si queremos impulsar y justificar su uso en el trabajo clínico se debe generar más investigación al respecto.

Asumiendo este debate inconcluso, y aunque tal y como hemos comentado, parece que existe mayor evidencia en contra de la hipótesis de que la diferenciación influye directamente en la elección de la pareja, sí que existen suficientes estudios que proporcionan evidencia clara para considerar que los niveles de diferenciación de las parejas influyen significativamente en el ajuste matrimonial (Lampis et al., 2017; Rodríguez-González et al., 2016). Así, las personas y parejas que informan de una buena diferenciación refieren también un mayor equilibrio de autonomía e intimidad, lo cual parece proporcionar un contexto óptimo una relación de pareja más satisfactoria y con menores conflictos (Aryamanesh et al., 2012; Bartle, 1993; Bohlander, 1995; Bohlander, 1999; Day et al., 1997; Ferreira et al., 2014; Gubbins et al., 2010; Hainlen et al., 2016; Harrison, 2003; Haws & Mallinckrodt, 1998; Heintzleman et al., 2014; Holeman et al., 2011; Kaleta, 2014; Kim et al., 2012; Klever, 2005; Knerr & Bartle-Haring, 2010; Kosek, 1998; Krycak et al., 2012; Lal & Bartle-Haring, 2011; Lampis, 2016; Lans et al., 2014; Lim & Jennings, 1996; Manzi et al., 2006; Miller et al., 2004; Parsons et al., 2007; Peleg, 2008; Ross et al., 2016; Rovers et al., 2007; Sandage & Jankowski, 2010; Schwartz et al., 2006; Showers & Ryff, 1996; Skowron, 2000; Skowron & Friedlander, 1998; Spencer & Brown, 2007; Yousefi, 2009).

Además, las investigaciones en este ámbito sugieren también otras reflexiones interesantes, como, por ejemplo: (a) que la diferenciación está relacionada con el nivel de intimidad y reciprocidad a largo plazo en el matrimonio (Skowron, 2000), (b) que siempre y cuando el promedio del nivel de diferenciación en una pareja sea alto, “la diferencia en el grado de diferenciación entre los individuos en la relación ya no será relevante para su ajuste matrimonial” (Rodríguez-González, 2016, p.19), (c) que las consecuencias de la diferenciación en el bienestar en la relación son distintas para hombres y para mujeres (Peleg, 2008; Peleg & Yitzhak, 2011; Rodríguez-González et al., 2016; Tremblay et al., 2002), y (d) que los cónyuges (tal y como propuso Bowen, 1978; Kerr & Bowen, 1988) pueden diferir respecto los niveles de diferenciación/indiferenciación y las esferas donde estos se expresan así como las maniobras de compensación o complementariedad activadas (Bartle, 1993; Day et al., 1997; Skowron, 2000).

En un trabajo reciente, Bartle-Haring, Ferriby, & Day (2019), atienden a una cuestión relevante pero aún escasamente investigada: explorar si la diferenciación puede actuar como factor mediador o moderador en la relación entre la satisfacción conyugal y los síntomas depresivos. Su investigación es particularmente valiosa porque realizan un análisis diádico y longitudinal. Los resultados sugieren un efecto mediador más que moderador, lo que plantea que la diferenciación del self sería

una variable que se ve influida por los síntomas depresivos y, dependiendo del grado de afectación que estos tengan en la diferenciación, ésta impacta en los índices de satisfacción conyugal. Nos parece que estos resultados son un punto de partida para investigación ulterior ya que una vez más, ofrecen evidencia a las formulaciones de Bowen acerca de la función “protectora” de la diferenciación para el desajuste, la disfuncionalidad y la sintomatología.

Otra cuestión que cobra cada vez más importancia y sobre la que actualmente tampoco existe un consenso es el debate acerca de la influencia que tiene cada una de las dimensiones de la diferenciación del self cuando estudiamos la forma en como esta impacta en la relación de pareja. Aunque ninguna de las dimensiones de la diferenciación podría ser considerada por la teoría de Bowen como más o menos adaptativa y/o dañina (Kerr & Bowen, 1988; Schnarch, 1997), varios autores (Peleg, 2008; Rodríguez-González, 2016; Skowron, 2000; Skowron & Friedlander, 1998; Spencer & Brown, 2007) remarcan que corte emocional y reactividad emocional serían los componentes clave, es decir, los predictores más fuertes para el ajuste diádico. Sin embargo, otras investigaciones apuntan a la relevancia de otros componentes (Aryamanesh et al., 2012; Peleg, 2008; Yousefi, 2009) a la hora de valorar la influencia que tiene la diferenciación en el ajuste marital.

Aunque de todas las investigaciones citadas muy pocas se han llevado a cabo fuera de los Estados Unidos (e.g., Kim et al., 2014; Manzi et al., 2006; Peleg, 2008; Rodríguez-González, 2016; Tremblay et al., 2002; Yousefi, 2009), teniendo en cuenta que los resultados obtenidos corroboran la propuesta teóricas y representan un número relativamente alto de investigaciones independientes (más de 20), creemos que denotan que la diferenciación es una variable que debe ser considerada tanto en la investigación como en la práctica clínica con individuos y parejas.

4.3.6. Investigación y diferenciación del self: Interculturalidad y transculturalidad

Actualmente, la competencia intercultural y la transculturalidad, tanto en el contexto de la investigación como en el de la práctica clínica, son cada vez aspectos más reconocidos, requeridos y examinados (Hammer et al., 2003).

Tal y como hemos ido comentando, aunque la mayoría de los resultados obtenidos proceden de investigaciones realizadas con población estadounidense, el número de investigaciones realizadas en otros países ha ido creciendo paulatinamente,

incorporándose un aspecto relevante de la teoría familiar sistémica de Bowen, como es el de su aplicabilidad transcultural o universalidad (e.g., Rodríguez-González, 2016). Así, aunque la hipótesis de la validez transcultural de la teoría de los sistemas familiares de Bowen (TFSB) es apoyada ya por un número notable de investigaciones (Chang, 2018; Chung & Gale, 2006, 2009; Gharehbaghy, 2011; Gushue & Constantine, 2003; Kang & Park, 2005; Kim et al., 2012; Lam & Chan-So, 2015; Majerus & Sandage, 2010; Peleg, 2008; Rodríguez-González et al., 2016; Rodríguez-González et al., 2019; Roytburd & Friedlander, 2008; Skowron, 2004; Skowron et al., 2003; Tuason & Friedlander, 2000; Velázquez Romero & Garduño Estrada, 2011), todavía no nos atrevemos a señalar que la propuesta de Bowen acerca de su aplicabilidad universal haya sido examinada completamente. Algunas investigaciones obtienen datos contrarios a esta asunción teórica (e.g., Aladein, 2008) y quizás, tal y como apuntan algunos de los autores de referencia, con el tiempo, veamos que mientras algunas hipótesis de la teoría de Bowen y algunos aspectos o dimensiones de la diferenciación sí sean universales, otros “requieran una contextualización cultural” (Rodríguez-González et al., 2019, p. 2).

Además, es muy complejo considerar que los resultados obtenidos al explorar un constructo como la diferenciación del self en un entorno cultural como el estadounidense, predominantemente formado por familias blancas y muy impregnado de individualismo (Gushue et al., 2013), pueden ser generalizables a otros contextos. Hacer el proceso de intentar aplicar los resultados obtenidos en una cultura sobre otras puede resultar un proceso muy complejo y hasta problemático. Tal y como señalan algunos autores (Gallardo et al., 2009; Hooper & DePuy, 2010; Lampis, 2016), el concepto de “diferenciación satisfactoria” (léase, grado de diferenciación del self suficiente o funcional) puede ser connotada y valorada (y por lo tanto asociada) de diferente manera según el contexto cultural. Es decir, no solo podría suceder que la definición de diferenciación del self tuviera connotaciones diferentes según la cultura, sino que aun si se compartiera la misma definición, su valoración e importancia y, por tanto, su impacto en la salud podría variar según el grupo cultural. En resumen, el peso del constructo de la diferenciación del self sobre la salud y sobre la capacidad de adaptación de las personas podrían variar en función de la cultura (ver, por ejemplo los estudios de Chun & MacDermid, 1997; Kim & Choi, 1994; Tuason & Friedlander, 2000).

Por consiguiente, tal y como sugieren varios autores, no podemos olvidar que estudiar la diferenciación requiere una contextualización, esto es, conocer y tener en cuenta los aspectos culturales—sobre todo en culturas individualistas como las

occidentales *versus* otras marcadamente más colectivistas como las orientales– (Kang & Park, 2005; Lam & Chan-So, 2015; Rothbaum et al., 2002; Tamura & Lau, 1992), para así poder garantizar al máximo posible la validez de los resultados y desarrollar investigaciones e intervenciones psicológicas culturalmente responsables y más receptivas a las necesidades de los diferentes clientes.

Para acabar con esta sección, comentaremos que muy pocas investigaciones han estudiado cómo los aspectos culturales y étnicos pueden impactar y ser impactados por el proceso de diferenciación. Una de las autoras más relevantes en el ámbito de la diferenciación, Elisabeth A. Skowron (2004) y otro autor, George V. Gushue (2013), han aportado información relevante a este respecto.

En concreto, estos autores exploraron la relación existente entre el constructo de identidad racial¹⁴⁰ y el de diferenciación del self. En general, los hallazgos sugirieron que mayores niveles de DoS predijeron un mejor ajuste psicológico, menor ambigüedad y mayor sentido de pertenencia al grupo étnico, lo que repercutía en menores índices de aislamiento en sus relaciones, tanto con la familia como con otras personas significativas (Skowron, 2004). Así mismo, mayor diferenciación implicaba mayor conciencia del individuo respecto los privilegios y la conciencia del racismo social (Gushue et al., 2013). Ya por último, otro estudio (Paine et al., 2016) encontró que el nivel de diferenciación mediaba entre las variables humildad y competencia intercultural. Por lo tanto, todos estos autores conciben el constructo de la diferenciación del self como una expresión de madurez psicológica que de alguna forma puede ser relevante para la cuestión cultural o étnica.

Nosotros, al igual que estos autores, consideramos que investigaciones como estas pueden instigar el desarrollo de nuevos estudios, que permitan clarificar la contribución de la teoría de los sistemas familiares de Bowen a la comprensión de la encrucijada entre fenómenos como la personalidad, los prejuicios, la segregación y el racismo.

4.3.7. Investigación y diferenciación del self: Género, edad, educación

Si bien las primeras formulaciones teóricas de Bowen (1978) referían que era poco probable que la variable género impactara en la diferenciación del self,

¹⁴⁰ Definida como “Un aspecto fundamental perdurable del yo que incluye un sentido de pertenencia a un grupo étnico y las actitudes y sentimientos asociados con esa pertenencia” (Phinney 1996, p. 922 citado en Skowron, 2004, p. 449).

evidencias posteriores sobre la materia (p. ej.: Kosek, 1998; Skowron & Friedlander, 1998) aportan datos empíricos contrarios. Así, por ejemplo, algunos estudios (Elieson & Rubin, 2001; Johnson et al., 2003; Peleg & Yitzhak, 2011; Peleg & Zoabi, 2014; Skowron, 2000; Skowron & Friedlander, 1998) encontraron diferencias de género respecto a ciertas dimensiones de la diferenciación, reportando diferencias estadísticamente significativas, especialmente en las subescalas de reactividad emocional (ER) y posición yo (IP)¹⁴¹.

Aunque en la sección de discusión expondremos con más detalle los resultados de estos estudios, señalar aquí que la mayoría de las investigaciones que han explorado la relación entre género y diferenciación del self apuntan hacia diferencias en determinadas subescalas o elementos de la diferenciación, más que en la dirección de afirmar que mayores puntuaciones globales irían asociadas a un determinado género.

Valiéndonos del argumento de Skowron et al. (2003), hemos podido observar que una vez más, las muestras de los estudios consultados consistían principalmente en adultos blancos y que, además, no eran proporcionales en cuanto al género. Por lo tanto, deberíamos ser cautos al generalizar estos resultados, asumir que requieren ser validados en poblaciones con diferentes edades, con proporciones más homogéneas de ambos géneros y en contextos culturales diferentes y que, de momento, debemos aceptar que todavía no existe una explicación empírica satisfactoria.

En esta misma línea, de momento no existe evidencia acerca de relaciones significativas entre los niveles de diferenciación y el estado civil, los niveles de ingresos personales o familiares, o la experiencia en terapia. Skowron & Schmit (2003), sí que encontraron una interesante conexión entre diferenciación y nivel educativo, indicando que las personas con mayor nivel educativo mostraban menores niveles de corte emocional. Sin embargo, no hemos encontrado otros estudios que hayan indicado una relación significativa entre diferenciación y nivel educativo, por lo que esta es también una cuestión por clarificar.

En cuanto a la variable edad, no hemos encontrado investigaciones que encuentren diferencias en los niveles de diferenciación. Sin embargo, los estudios

¹⁴¹ *Reactividad emocional* y *Posición Yo* son dos de las cuatro subescalas (Reactividad emocional, corte emocional, fusión con otros y posición yo) de las que consta el cuestionario *Differentiation of self Inventory* (DSI, Skowron y Friedlander, 1998) y el *Differentiation of self Inventory Revised* (DSI-R, Skowron & Schmitt, 2003). Más adelante, al explicar este instrumento, definiremos cada una de ellas.

longitudinales que son los que mejor pueden abordar rigurosamente esta cuestión son prácticamente inexistentes. Algunos trabajos recientes como por ejemplo el estudio de Peixoto-Freitas et al. (2020), que explora la diferenciación en distintas etapas del ciclo vital, sugiere que los niveles de diferenciación del self podrían ir modificándose a lo largo de la vida. Concretamente, las personas que se encuentran en las etapas “adultez emergente” y “formación de pareja” mostrarían los niveles más altos de diferenciación, mientras que las personas ubicadas en la etapa “próxima al final de la vida” son en este estudio, las que obtienen niveles más bajos. Una de las explicaciones que los autores ofrecen radica en el rol que puede tener el elemento de proceso emocional social, uno de los ocho conceptos centrales en la teoría de Bowen (1978).

Habría que explorar más en detalle si alguna o varias de estas variables sociodemográficas juegan o no algún papel en el desarrollo de la diferenciación del self, pues las investigaciones realizadas hasta el momento no ofrecen conclusiones claras.

4.4. LA MEDICIÓN DE LA DIFERENCIACIÓN DEL SELF

4.4.1. Consideraciones generales y diferentes instrumentos que existen para medir diferenciación del self

Aunque, tal y como hemos ido exponiendo, existe un consenso en que el constructo de la diferenciación tiene un claro impacto en el bienestar y en la salud psicológica de los individuos, si reexaminamos la literatura existente, vemos que las investigaciones con instrumentos con un buen desarrollo psicométrico y congruentes con las formulaciones teóricas de Bowen surgieron relativamente tarde, más concretamente, hacia finales de los años noventa. Una posible explicación a esta dilación podría estar relacionada con las advertencias de Bowen respecto a la forma adecuada de evaluar la diferenciación.

Recordemos que para Bowen (1978) “el único modo de evaluar adecuadamente la diferenciación del self era a través de meses de entrevistas y contacto con una persona y con su familia (Bowen, 1978)” (Rodríguez-González, 2016, p.82). Hoy en día, tal y como apunta también Rodríguez-González (2016), los expertos del *Bowen Center for the Study of the Family* (Washington, D. C.) y del *Bowen Theory Academy* confirman la importancia de las entrevistas manifestando claramente que sigue

siendo el método más fiable y válido para valorar, siempre de manera aproximada, la diferenciación del self.

No obstante, tal y como acabamos de puntualizar, a finales de los años noventa, surgieron diferentes instrumentos, la mayoría de los cuales se basan en una limitada gama de fuentes, utilizando únicamente los autoinformes para evaluar los niveles de diferenciación. No fue hasta después del 2000 que algunos investigadores y expertos en la teoría de Bowen empezaron a formular y presentar otras maneras de estimar el nivel de diferenciación como por ejemplo, la *Family Genogram Interview* (FGI), un protocolo de entrevista de genograma estandarizada y fundamentada en la teoría de Bowen (Platt & Skowron, 2013); la *Entrevista semi-estructurada diádica con viñetas*, organizada en cinco secciones que explora significados y expectativas latentes en la vivencia del deseo sexual, la intimidad y la diferenciación en la relación de pareja (Ferreira et al., 2015); o la *Guía de evaluación familiar* (GEF; Frost, 2014) diseñada, seguida y propuesta (de momento únicamente para la intervención clínica puesto que no se han llevado a cabo las pertinentes estimaciones psicométricas) por algunos expertos del Bowen Center (Rodríguez-González, 2016).

Así, retomando la cuestión de los autoinformes, se trata de la forma más utilizada en la actualidad para evaluar la diferenciación del self y, por este motivo, haremos a continuación una ligera revisión de los mismos, con el objetivo de identificar estudios sobre propiedades psicométricas de instrumentos que se vinculen con el constructo de la diferenciación del self tal y como fue concebido por Bowen (1978), o bien instrumentos desarrollados desde planteamientos teóricos en consonancia con el modelo sistémico e intergeneracional. Para ser coherentes con el objetivo de nuestro estudio, trataremos de centrarnos solamente en aquellos estudios que tienen más relevancia y para conseguirlo, nos apoyaremos en las reflexiones—respecto la cuestión de la medición de la diferenciación—que uno de los mayores estudiosos e investigadores de la teoría de Bowen en España, Martiño Rodríguez-González (2016), realiza en su tesis doctoral.

Así, Rodríguez-González (2016, p.86) hace referencia a 11 instrumentos¹⁴² dirigidos a evaluar el constructo de diferenciación. Con el objetivo de agilizar y facilitar la comprensión por parte del lector, los presentamos en la siguiente tabla:

¹⁴² En su tesis, Rodríguez-González explicita que los estudios presentados resultan de su propio proceso de investigación como también de otros autores (Drake, 2011; Licht & Chabot, 2006; Miller et al., 2004; Skowron & Friedlander, 1998) citado en Rodríguez-González, 2016, p.86.

Tabla 2. Instrumentos para evaluar la diferenciación del self

Instrumentos	Fundamentación teórica	DoS: ¿variable individual o familiar?	¿Evalúan dimensión intrapersonal O interpersonal?	Objetivo del instrumento	Ítems y Opciones de respuesta	Impacto ¹	Alpha de Cronbach (global)
<i>Adult Behavioral and Emotional Reactivity Index</i> (ABERI; Bartle-Haring et al., 1997, 2002, 2005)	Teoría de Bowen, teorías intergeneracionales, convergencia individuación-diferenciación	Individual	Interpersonal	Evaluar cómo los adultos jóvenes responden conductualmente a eventos relacionales ocurridos con sus progenitores	8 escenarios x 5 posibles respuestas (valorar 1 a 4)	Medio-Bajo	.90
<i>Differentiation in the Family Systems Scale</i> (DIFS; Anderson y Sabatelli, 1992)	Teoría de Bowen, teorías intergeneracionales, convergencia individuación-diferenciación	Familiar	Interpersonal	Evaluar la percepción que tiene el sujeto de cómo los miembros de su familia interactúan entre sí	11 ítems (posibles adaptaciones)	Medio	.82
<i>Emotional Cutoff Scale</i> (ECS; McCollum's; 1986, 1991)	Teoría de Bowen, teorías intergeneracionales, convergencia individuación-diferenciación	Familiar	Interpersonal	Medir el concepto de <i>corte emocional</i> de Bowen respecto la relación del sujeto con su padre y con su madre	10 ítems (5 padre/5 madre) / 2 subescalas	Bajo	.82
<i>Family of Origin Scale</i> (FOS; Hovestadt, Anderson, Piercy, Cochran y Fine, 1985)	Teoría de Bowen, teorías intergeneracionales, convergencia individuación-diferenciación	Familiar	Interpersonal	Evaluar niveles de salud auto-percibidos en la familia de origen	40 ítems 2 dimensiones-10 subescalas	Bajo	.97
<i>Personal Authority in the Family System Questionnaire</i> (PAFSQ; Bray et al., 1984)	Teoría de Bowen, teorías intergeneracionales, convergencia individuación-diferenciación	Familiar	Interpersonal	Medir procesos familiares basados en la teoría familiar intergeneracional	132 ítems 8 subescalas	Alto	.81
<i>The Crucible Differentiation Scale</i> (CDS; Schnarch y Regas, 2012)	Teoría de Bowen	Individual	Ambas	Medir multidimensionalmente la diferenciación centrada en los adultos y sus relaciones importantes y abordada desde el Crucible Approach ²	63 ítems 7 subescalas	Muy bajo	.94

<i>Chabot Emotional Differentiation Scale</i> (CED; Chabot, 1993; Takagishi, 1996, 1999; Licht y Chabot, 2006) ³	Teoría de Bowen (CED; Chabot, 1993; Takagishi, 1996, 1999)	Individual	Intrapersonal	Medir la dimensión intrapsíquica de la diferenciación según Bowen	17 ítems	Medio-Bajo	.85
<i>Differentiation of self Scale</i> (DOSS; Kear, 1978)	Teoría de Bowen	Individual	Desconocido	¿?	41 ítems 3 subescalas	Muy bajo	¿?
<i>Differentiation of self Inventory</i> (DSI; Skowron y Friedlander, 1998 / DSI-R; Skowron y Schmitt, 2003)	Teoría de Bowen	Individual	Ambas	Evaluar las relaciones con la familia de origen y las relaciones actuales significativas según 4 aspectos: reactividad emocional, corte, fusión con los demás, y capacidad para tomar una "posición yo"	43-46 ítems 4 subescalas	Muy alto	.88
<i>Level of Differentiation of self Scale</i> (LDSS; Haber, 1984, 1990, 1993) ⁴	Teoría de Bowen	Individual	Intrapersonal	Evaluar aspectos específicos de la diferenciación de uno mismo como la Madurez emocional (EM) y Dependencia emocional (DE)	32 ítems 2 subescalas	Medio	.90
<i>Nuclear Family Functioning Scale</i> (NFFS; Klever, 2001)	Teoría de Bowen	Familiar	Desconocido	Evaluar el funcionamiento familiar nuclear en base al funcionamiento adulto, marital e infantil	50 preguntas 3 subescalas	Bajo	.70

¹ Rodríguez-González da esta indicación en su tesis, entendida como "una estimación cualitativa que indica, *grasso modo*, el número de tesis y publicaciones peer review que utilizan ese cuestionario para medir la diferenciación del self, la suma total del impacto de estas publicaciones y el número de adaptaciones de ese cuestionario a otros idiomas distintos del original"(2016, p. 83).

² El enfoque Crucible® extiende el concepto de la diferenciación planteado por la BFST (y difiere notablemente) e incluye otros aspectos como por ejemplo el mapeo mental, la neurobiología interpersonal y el entrenamiento neuroplástico para tratar los problemas clínicos (Schnarch, 2009). Hasta donde sabemos, no existen valoraciones por parte de expertos en el campo sobre si realmente considera o no de forma adecuada ambas dimensiones de la diferenciación.

³ Como Licht y Chabot (2006) se plantean medir la diferenciación sobre una base teórica relacionada con la individuación y con el proceso de separación-individuación y no según definición de Bowen, optamos por considerar en esta tabla únicamente la CED (Chabot, 1993; Takagishi, 1996, 1999) que sí que se fundamenta en la teoría de Bowen.

⁴ Investigaciones posteriores han planteado que el LDSS es en realidad unidimensional y tendría una única escala (Haber, 1993).

Deseamos añadir que recientemente se han desarrollado algunos instrumentos de evaluación de la diferenciación en España, como la Escala de diferenciación del self (EDS; Oliver Pece, 2019). Sin embargo, este instrumento de medida todavía no cuenta con un estudio psicométrico realizado con una muestra suficientemente amplia (al menos 10 sujetos por ítem), y no cuenta con el respaldo empírico de investigaciones realizadas en varios países y por distintos investigadores.

Algunos de estos instrumentos de medida han sido bastante utilizados por diferentes investigadores, mientras que otros son prácticamente desconocidos y han sido utilizados por muy pocos investigadores y/o solamente en el correspondiente estudio de desarrollo. En esta generalidad, destacaríamos una clara excepción: el *Differentiation of Self Inventory-Revised* (DSI-R; Skowron & Schmitt, 2003), un instrumento del que provienen muchos de los conocimientos obtenidos acerca del constructo de la diferenciación y uno de los dos cuestionarios utilizados en la fase empírica de esta tesis.

Existen varias razones que nos han impulsado a utilizar este cuestionario. Una de ellas, y secundando a varios autores (por ejemplo, Rodríguez-González, 2016; Chung & Gale, 2006; Drake, 2015; Jankowski & Hooper, 2012; Miller et al., 2004; Skowron & Friedlander, 1998) es que por el momento, nos parece el más coherente con la definición del constructo de la diferenciación del self que Bowen desarrolló¹⁴³. Además, al considerar la cuestión psicométrica (aún a pesar de la divergencia de opiniones que existen al respecto), el DSI-R es también uno de los instrumentos que presenta unas propiedades psicométricas más satisfactorias¹⁴⁴ tanto al considerar la consistencia interna, como la validez estructural y la validez transcultural.

Otro elemento a favor de considerar el *Differentiation of Self Inventory-Revised* (DSI-R; Skowron & Schmitt, 2003), es que se trata del instrumento más validado y utilizado internacionalmente (por ejemplo: al español, al portugués, al italiano, al húngaro, al chino, al turco, al griego, etc.), lo que facilitaría futuras líneas de investigación centradas en la cuestión de la universalidad de la teoría de Bowen.

Por último, y vinculada con esta cuestión, un aspecto muy relevante a favor de elegir el DSI-R como instrumento de evaluación de la diferenciación del self en

¹⁴³ Por ejemplo, tratar la diferenciación como una variable individual más que familiar, contemplar las dos dimensiones (intrapersonal, interpersonal) y los elementos principales.

¹⁴⁴ Las comprobaciones respecto su validez de constructo aún no están claras ya que la subescala fusión con los demás, obtiene resultados contradictorios en diferentes investigaciones.

esta tesis, es que es uno de los pocos instrumentos, de entre los 11 señalados, que cuenta con una validación para población española¹⁴⁵. Además, y por último, el DSI-R es un instrumento que, en general, ha sido valorado como “muy alto” en su factor de impacto en el ámbito de investigación (Drake, 2015; Jankowski & Hooper, 2012; Rodríguez-González & Kerr, 2011), y que ha obtenido el mayor grado de reconocimiento y aceptación por parte de la comunidad científica. Por ejemplo, (Rodríguez-González, 2016) subraya que “el impacto de las publicaciones en las que se utiliza el DSI-R en los últimos 10 años puede llegar a representar casi el 90% del impacto total de las publicaciones en esta área de conocimiento”(p.91). Estas valoraciones confirman lo ya enunciado por varios autores que han remarcado la contribución del DSI-R a inspirar y avivar el desarrollo de investigaciones fundamentadas en la teoría de Bowen, para poder incrementar así el cuerpo de conocimientos desde investigaciones empíricas.

Asentados en todas estas consideraciones que acabamos de enumerar, es por lo que hemos decidido elegir para el estudio empírico de esta tesis la versión del DSI-R adaptada y validada para la población española: el S-DSI (*Spanish Differentiation of Self Inventory*; Rodríguez-González et al., 2015). La elección de este instrumento nos anima a ofrecer a continuación una descripción más detallada del mismo.

4.4.2. Inventario diferenciación del self (DSI, Skowron y Friedlander, 1998; DSI-R, Skowron y Schmitt, 2003)

El *Differentiation of self inventory* (DSI; Skowron y Friedlander, 1998; Skowron & Schmitt, 2003) es un instrumento desarrollado por Skowron & Friedlander en el año 1998, en Estados Unidos, basado en la TFSB (Bowen, 1978; Kerr & Bowen, 1988), diseñado para evaluar el funcionamiento emocional, la intimidad y la autonomía en las relaciones interpersonales, y dirigido a población no clínica mayor de 25 años.

Se trata de un instrumento de autoinforme, inicialmente compuesto por 43 ítems (DSI; Skowron & Friedlander, 1998) y, más tarde (DSI-R; Skowron & Schmitt, 2003), después de las correspondientes revisiones—centradas en fortalecer la subescala de Fusión con los demás—constituido por 46 ítems. El formato de respuesta es tipo Likert, de 6 puntos que puntúan de 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo). Algunos ejemplos de ítems del cuestionario original en inglés son: “People

¹⁴⁵ Aunque el DIFS (Anderson & Sabatelli, 1992) ha sido utilizado en población española (Montes-Berges, 2009), no cuenta con una validación y no ha sido utilizado con distintas muestras de población española con buenos resultados psicométricos, como sí es el caso del DSI-R.

have remarked that I'm overly emotional", "I tend to distance myself when people get too close to me", "I'm concerned about losing my independence in intimate relationships", "I often feel unsure when others are not around to help me make a decision", "I tend to feel pretty stable under stress".

Los análisis factoriales del DSI avalaron la agrupación de cuatro factores que representan las 4 subescalas que evalúan cuatro aspectos de la diferenciación: (1) ER (reactividad emocional, once ítems); (2) IP (posición yo, once ítems); (3) EC (corte emocional, doce ítems) y (4) FO (fusión con los demás, doce ítems)¹⁴⁶. Las subescalas EC e FO se diseñaron para evaluar la dimensión interpersonal de la diferenciación, mientras que las dos subescalas ER y IP se diseñaron para evaluar la dimensión intrapersonal (Skowron & Schmitt 2003).

Presentamos a continuación una breve definición breve de cada uno de estas subescalas (Skowron & Schmitt, 2003):

1. Reactividad Emocional: se define como la tendencia y el grado a reaccionar ante factores externos e internos con respuestas emocionales extremas, irracionales e intensas.
2. Posición yo: estima el sentido de sí mismo y la capacidad del individuo para sostener sin reactividad y de manera cuidada sus opiniones y certezas, aunque se le esté presionando para conseguir una posición contraria.
3. Corte Emocional: se define como la tendencia a utilizar una estrategia, la de romper el contacto—ya sea asentando distancia física o emocional—, con el objetivo de manejar la ansiedad que supone entrar en contacto íntimo y comprometerse con los demás.
4. Fusión con los demás: se define como una implicación emocional excesiva en las relaciones significativas, en la que el sujeto "sacrifica" su yo (enraizado en creencias y opiniones poco definidas) adaptándose al otro para evitar, en último término, ser abandonado.

Para obtener la puntuación global de la escala DSI-R hay que invertir las puntuaciones obtenidas en determinados ítems y después hacer la media (sumar

¹⁴⁶ Respectivamente en inglés, ER (emotional reactivity), IP (I-position), EC (emotional cut off), FO (fusion with others).

todos los ítems y dividir entre 46). Puntuaciones totales más altas revelan una mayor diferenciación del self y, por lo tanto, menor reactividad emocional, corte emocional y fusión con los demás, y una mayor capacidad para tomar una “posición yo” (Skowron & Schmitt, 2003). Las comprobaciones acerca de su validez estructural, validez transcultural y verificación de hipótesis son bastante numerosas, mostrando una adecuada fiabilidad, validez de constructo y excelente consistencia interna tanto para las subescalas como para escala completa (DSI-R escala completa = .92, FO = .86, ER = .89, IP = .81, EC = .84; Skowron & Schmitt, 2003).

Una cuestión que creemos importante comentar aquí, y que conecta con un debate todavía vigente, tiene que ver con la disyuntiva entre contemplar las dimensiones de la diferenciación de manera independiente (por ejemplo, considerar cada subescala por separado) o conjunta (por ejemplo, por uniones de dos) y analizar si se modifica la capacidad de predecir determinados efectos y existen resultados diferentes. Siguiendo esta idea, Elisabeth A. Skowron adopta una perspectiva multidimensional de la diferenciación al considerar que sus cuatro componentes (IP, EC, FO y ER) establecen conexiones únicas, por separado y en conjunto. En el apartado de discusión retomaremos esta cuestión, de manera que podamos comprender más profundamente cada una de estas dimensiones, acotando su significado y comprendiendo los elementos con los que se interrelacionan.

Aunque la relevancia de este instrumento esta claramente apoyada por todo lo que hemos ido comentando, es necesario considerar alguna de sus limitaciones, que tanto su propia autora como otros investigadores han señalado. Por ejemplo, Skowron (Skowron et al., 2003) indica que una de las principales debilidades es que en los ítems no se distingue un tratamiento diferenciado de los padres y la pareja/amigos íntimos. Otra debilidad sería la subescala FO, que al compararla con las demás subescalas, muestra resultados menos significativos y hasta contradictorios con la teoría. Otras limitaciones señaladas por varios autores son la poca heterogeneidad de la muestra utilizada en la mayoría de los estudios publicados (población estadounidense de raza blanca) y la controversia sobre si este cuestionario evalúa realmente el self-básico o el pseudo-self (e.g., Hooper & DePuy, 2010; Rodríguez-González et al., 2015; Rodríguez-González et al., 2019). No obstante, esta última cuestión sería aplicable a cualquier cuestionario de evaluación de la diferenciación, y no específicamente al DSI-R.

Ya avanzando hacia el final, valoramos que otra posible limitación radica en cómo evaluar el grado de diferenciación del self en aquellas personas que nunca han tenido una relación de pareja estable y que, por lo tanto, desconocen cómo contestar algunos ítems (por ejemplo “I find my self thinking a lot about my relationship with my spouse or partner”, “When I’m with my spouse or partner, I often feel smothered”, “When my spouse or partner is away for too long”, “I feel like I am missing a part of me”, “I often feel that my spouse or partner wants too much from me”).

Creemos conveniente comentar aquí, que si bien existe un claro reconocimiento, tanto por parte de expertos en la teoría como de la comunidad de investigadores, acerca de la trascendencia del pensamiento de Bowen para el desarrollo de la teoría y práctica de la terapia familiar, en general, aún persiste cierta incertidumbre acerca de su operatividad o aplicabilidad, como también prolifera la controversia acerca de determinadas cuestiones. Por ejemplo, uno de los aspectos de la teoría que ha recibido críticas es la presencia de sesgo de género en sus planteamientos teóricos. Algunas autoras (Horne & Hicks, 2002; Knudson-Martin, 1994) han planteado la necesidad de una revisión y reconceptualización de la teoría de Bowen, para que pueda estar en coherencia con la investigación que existe acerca de lo femenino y la feminidad. Según Knudson-Martin, conceptos como el de diferenciación del self y el de ansiedad, así como sus consideraciones acerca de la funcionalidad vs la disfuncionalidad, están fundamentadas de acuerdo con valores prototípicamente masculinos, que promueven el sistema intelectual a expensas del emocional y que enfatizan una individualidad que haya “superado las necesidades de unión” (Knudson-Martin, 1994, p.38).

Como resultado de todas estas limitaciones expuestas, resulta evidente que la generalización de los resultados obtenidos mediante la utilización del DSI-R está sujeta a ciertas especificaciones, y que por lo tanto, deben ser interpretados y utilizados con cautela. No obstante, y al mismo tiempo que se exponen estas limitaciones, es indudable la valiosa contribución del DSI-R, tanto para la comprensión de la diferenciación del self como para sumar nuevas evidencias al creciente cuerpo de literatura respecto la teoría de los sistemas familiares de Bowen.

A continuación, veremos como Rodríguez-González y sus colaboradores (2015) han extendido el trabajo de Skowron & Schmitt (2003), proporcionando una traducción, adaptación y validación empírica de este cuestionario para población

española. Dado que en el segundo estudio explicaremos en profundidad este instrumento, expondremos aquí solamente lo que a nuestro parecer es lo más destacable.

4.4.3. Adaptación al español del *Differentiation of Self Inventory-Revised (S-DSI)*

Con el objetivo de poder asegurar su idoneidad para la población española, y respaldar la generalización de los resultados teniendo en cuenta la paridad conceptual, semántica y normativa, en el año 2015, el DSI-R fue adaptado al español para ser aplicado a la población de España. Desarrollado por Rodríguez-González et al. (2015), y siguiendo las Pautas de la Comisión Internacional de Pruebas, los análisis factoriales ejecutados refutaron la estructura original de los cuatro factores y en su lugar, se optó por adaptar el cuestionario a una estructura bidimensional, conservando dos subescalas: (1) la subescala de reactividad emocional (ER) compuesta por 13 ítems, y (2) la subescala de corte emocional (EC), compuesta por 13 ítems. Por consiguiente, las subescalas IP y FO no están representadas en la versión del DSI para la población española. Así, el S-DSI es un instrumento compuesto por 26 ítems, dirigido, como el original, a población no clínica mayor de 25 años y que busca evaluar el nivel de diferenciación del self (Rodríguez-González, 2016; Rodríguez-González et al., 2015).

En el caso del S-DSI, todos los ítems son de puntaje inverso. Tanto las puntuaciones totales de la escala como las de las subescalas se extraen al invertir las puntuaciones, sumarlas y dividir las entre 26 (para obtener el valor total) o entre 13 (para obtener el valor de cada subescala). Como la versión original, puntuaciones más altas en la escala total indican mayores niveles de diferenciación del self y, por lo tanto, menos reactividad y corte emocional (Rodríguez-González et al., 2015). Coherentemente, puntuaciones más altas en cada subescala, indican menor nivel de corte emocional o de reactividad emocional.

Los análisis realizados sugieren una buena consistencia interna, obteniéndose resultados similares a los obtenidos en el cuestionario original (Rodríguez-González et al., 2015). Asimismo, los datos obtenidos en población española en cuanto a las subescalas presentan ciertas similitudes con los obtenidos en otras validaciones (Işık & Bulduk, 2015; Lam & Chan-So, 2015; Rodríguez-González et al., 2015; Tuason & Friedlander, 2000).

4.5. RESUMEN Y REFLEXIÓN FINAL

Este capítulo ha permitido revisar algunas de las numerosas investigaciones realizadas que tienen como marco teórico la teoría de los sistemas familiares de Bowen y que emplean diferentes instrumentos con la finalidad de hacer operativos uno de sus principales constructos, el de la diferenciación del self.

Gracias a estos trabajos previos se evidencia que la diferenciación no es un fenómeno aislado, lo que corrobora la naturaleza interdependiente e interrelacionada del ser humano, que es definido y define a esos otros significativos, esenciales en su vida familiar, conyugal y fraternal.

A pesar de la innegable riqueza de estas investigaciones previas, y tal y como hemos concluido en casi todos los apartados, son varios los expertos que manifiestan que los estudios generados son todavía insuficientes y presentan notables limitaciones (Bartle, 1993; Rodríguez-González et al., 2019). Si el propósito es aumentar el cuerpo teórico alrededor de la TFSB, evaluar con rigurosidad sus hipótesis, y diseminar la perspectiva y las aportaciones valiosas que esta teoría puede ofrecer a la comunidad científica, aún queda trabajo por hacer.

Está vigente el desafío de encontrar formas más claras de definir las singularidades de las dos dimensiones de la diferenciación (intrapersonal e interpersonal), de explorar más detalladamente sus implicaciones en lo individuos y las familias, así como de conocer su evolución y manifestación a lo largo de las diferentes fases de los ciclos vitales (Rodríguez-González et al., 2019) y de poder ofrecer más evidencia respecto al funcionamiento de la diferenciación como agente mediador o moderador. Además, como cualquier otra propuesta teórica, es menester que sus formulaciones sean rigurosamente testadas y actualizadas, y es necesario progresar en el desafío conceptual y operativo de ajustar y validar esta propuesta teórica en distintas culturas y, por tanto, permitir que las prácticas clínicas que de ella se deriven sean útiles y aplicables por los terapeutas de distintos lugares del mundo.

SECOND PART: EMPIRICAL APPLICATION

STUDY 1

STUDY 2

A. INTRODUCTION AND JUSTIFICATION OF THE EMPIRICAL STUDIES

Our review of the literature related to contextual therapy has allowed us to verify the absence of studies conducted and published in Spanish, as well as the lack of psychometrically valid instruments in the Spanish language that allow us to measure its main construct, relational ethics. With the aim of making contributions so that contextual theory and therapy can be used as a conceptual and practice model by Spanish-speaking therapists, we have first proposed to offer something that has not been done to our knowledge (see Chapter 1 and 2), namely, (a) an in-depth and ordered explanation of the model in the Spanish language and (b) an empirical contribution by providing a reliable and valid instrument that can be used by the clinical and scientific communities in Spain. Furthermore, we will explore the connection between relational ethics and differentiation of Self, which is another axial construct in family therapy. The exploration of this possible relationship, which has not been conducted until now, can offer connective results that allow us to point to new explanations about the variables that impact and are impacted in personal relationships. Regardless of the direction of the results obtained, this will contribute and increase empirical knowledge of both the and differentiation of Self (Bowen family systems theory, BFST) and relational ethics (contextual theory and therapy).

To achieve this purpose, we have considered sectioning the empirical data into two chronological phases, corresponding to two studies. The first study (i.e., Study 1) is an instrumental study (Montero & León, 2007), framed in the psychometric method (Losada & López-Feal Ramil, 2003) since it is aimed at developing a translation, adaptation, and validation of a measurement instrument. The second study (i.e., Study 2) consists of a correlational study, since it is aimed at analyzing and exposing the connections that exist between certain variables.

Although we have chosen to make pertinent analysis to determine the existence of causal relationships, it was not possible to manipulate the independent variables, and thus the limitations are evident, which we will detail in the corresponding section of the Discussion. Two groups (i.e., a group comprising a non-clinical population and a group comprising a clinical population) were assessed using multiple measures since we have taken into consideration that there would be variety in the participants of the two samples, both in the values of the dependent and independent variables.

Next, we will detail the objectives and hypotheses as a whole and the general premise behind this thesis encompassing the two aforementioned studies (i.e., Study 1 and Study 2), followed by a detailed explanation and the separate methodologies used in each study along with the results obtained and the discussions elaborated.

B. OBJECTIVES & HYPOTHESES

GENERAL OBJECTIVES

This dissertation had two general objectives:

To translate and adapt the Relational Ethics Scale (RES; Hargrave et al., 1991), a questionnaire used to assess relational ethics, for the Spanish population, verifying semantic equivalence and analyzing its psychometric properties **(Study 1)**.

To analyze the relationship between relational ethics and differentiation of Self in clinical and non-clinical populations and compare the results obtained **(Study 2)**.

SPECIFIC OBJECTIVES

Specific objectives (STUDY 1):

O1: Carry out the translation and adaptation processes necessary to guarantee the semantic, normative, and conceptual equivalence of the new questionnaire;

O2: Analyze the factors contributing to the structure of the adapted questionnaire;

O3: Identify the reliability of the adapted instrument;

O4: Establish theorized relationships of the scores of the adapted questionnaire with other variables or constructs;

O5: To propose some orientations for starting a line of applied research and intervention within the systemic model that allows increasing psychological well-being and quality of life.

Specific objectives (STUDY 2):

O1: Find out the levels of relational ethics and differentiation of self in two study groups, clinical and non-clinical; compare the scores and assess if there are any significant differences;

O2: Examine in each of the groups whether or not the sociodemographic variables show connections when evaluating the different dimensions and components of the scales of relational ethics and differentiation of self;

O3: Analyze the connection between relational ethics and differentiation of self in clinical and non-clinical populations and compare the results obtained. If both constructs are related, find out if the scores obtained in relational ethics enable predicting the scores in differentiation of self; both in the non-clinical population and in the clinical one.

O4: Compare the results obtained in both instruments and samples in order to test the capacity of the S-RES (Spanish Relational Ethics Scale) and the S-DSI (Spanish adaption of the Differentiation of Self Inventory-Revised [DSI-R]) for discriminating the population groups;

O5: To establish similarities and differences between the literature reviewed and the results obtained in order to reflect on possible lines of research and intervention within the systemic model to increase psychological well-being and quality of life.

Considering these objectives, and based on literature reviewed, we seek to contrast the following hypotheses:

HYPOTHESES (STUDY 1):

H1: The S-RES will provide valid and reliable measurements of relational ethics for the population residing in Spain and will show acceptable metric properties similar to those of the original questionnaire.

H2: Differences will be found in the factorial structure with respect to the original version. Specifically, taking into consideration the significant results from other relational ethics' researches, we expect to reduce the number

of subscales and probably maintain the two main dimensions (vertical / horizontal).

HYPOTHESES (STUDY 2):

H1: We expect there will be significant differences between the scores obtained by each of the groups. Specifically, the levels of relational ethics and differentiation of self will be lower in the clinical population.

H2: We expect to find differences in the dimensions of the constructs relational ethics and differentiation of self, linked with sociodemographic characteristics studied in our samples both in the non-clinical population and in the clinical one.

H3: (a) We expect to find a significant interrelationship between the levels of relational ethics and the levels of differentiation of self, both in the non-clinical population and in the clinical one. Specifically, we estimate higher levels of relational ethics are related to higher levels of differentiation of self. (b) We hypothesize a strong interconnection between both constructs. Specifically, we expect relational ethics levels can predict levels of differentiation of self.

H4: We expect that apart from the sociodemographic variables, higher levels of differentiation and relational ethics will decrease the probabilities that a subject may become part of the clinical group

H5: We project it will be possible to provide an exposition that observes and includes the theoretical formulations of both models and propose some guidelines for the clinical practice.

C. ETHICAL CONSIDERATIONS

This research was designed and organized by taking into account the ethical codes of reference for research in Psychology (American Psychological Association (APA), 2002; Colegio Oficial de Psicólogos, 1987) specifically focusing on ethical issues related to research carried out within the scope of clinical psychology (del Río Sánchez, 2016).

Accordingly, we want to point out that to perform studies linked to this dissertation, special attention was given to matters related to registration, analysis, and distribution of data; we have also been extremely sensitive with the individuals participating in the study.

Beauchamp and Childress (2009) indicate that one essential element that must be taken into account is the decision-making ability or capacity. Based on their analysis, the persons included in this study would have the highest level of competence: individuals older than 18, and capable of carrying out the task proposed, i.e., understanding the information provided and applying it upon answering the questionnaires. Therefore, having followed the recommendations made by experts of excluding cases of surrogate autonomy from the clinical sample, we believe that participants were sufficiently capable of confirming their freewill to participate.

According to the Belmont Report (The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979), and subsequent nationally and internationally accepted codes of ethics and statements, it is vital in any research to inform participants, ensuring that they understand the information and indicate their willingness. Because the questionnaires were anonymous and the ethical committee of every hospital ratified that participants were not required to sign an informed consent (as this would imply determining the identity of the respondent, and anonymity was crucial), we considered it was sufficient to add an informational header, which: guaranteed anonymity, provided minimal instructions, and furnished an e-mail address in case anyone wished to contact the researcher (author of this dissertation) Consequently, we assessed that by responding, the participants' willful consent was implicit.

Along these lines, when the group—particularly the clinical sample—answered in writing, we endeavored to be as transparent as possible in providing the

information, generating appropriate contexts that could not be misinterpreted, avoiding technical terms, professional jargon, and ambiguities, which could induce some to accept their involvement pressed by embarrassment, uneasiness, a sense of discomfort or confusion, or even to avoid showing ignorance by asking questions. Another consideration with participants who answered in writing was to explicitly state that they could withdraw from the research at any time. Moreover, aware of the principle of nonmaleficence, the researcher assumed the obligation and responsibility of doing everything possible to counteract any potential negative consequences that any individual could experience for having participated (for instance, as was mentioned earlier¹⁴⁷, by listening and providing emotional support to certain participants who experienced distress after connecting and remembering their childhood, family and past relationships).

From the outset, in both samples, participation in the study was set out as voluntary and anonymous cooperation, without any type of financial retribution or compensation of any sort.

Concerning the principle of confidentiality, and according to Law 41/2002, the basic regulating statute of the patient's autonomy and the rights and obligations regarding clinical documentation and information, as well as Organic Law 15/1999 for the Protection of Data of a Personal Nature, the researcher promised and guaranteed confidentiality throughout the entire operating process, from data collection to the publication of results. This commitment involves not disclosing any identifying personal information and keeping a strict obligation of secrecy in terms of the compilation of information and documents provided by participants. Likewise, the data obtained was filed under adequate security measures to avoid any possible alteration, loss, undue treatment, or unauthorized access. Filled questionnaires and the data collected will be invalidated/destroyed once they are no longer necessary or relevant to the purpose for which such information was gathered or registered (except for the informed consents of entities—with the approval of the ethics committee—which will be safeguarded for 5 years) (del Río Sánchez, 2016).

To determine whether the participation of a particular subject was convenient, inclusion and exclusion criteria¹⁴⁸ were established for each of the sample groups. Bearing in mind the principle of justice, it was possible that in a nonrandom sample

¹⁴⁷ In the preceding point, exceptions to the process.

¹⁴⁸ See Study 2, *Figure 1. Inclusion and exclusion criteria*.

there could be, from the outset, a skewed distribution of representativeness, thereby negatively affecting the research. Nevertheless, a great deal of care was exercised so that the sample had a clear social representation, and no group and/or collective in particular was intentionally segregated.

Regarding the publication of the data, as prescribed by the (American Psychological Association (APA), 2002), the researcher undertakes not to make up any results and to rectify any publication errors through appropriate channels.

Lastly, in terms of any possible publication arising from the research performed, article 27 of the Declaration of Helsinki (World Medical Association., 2004), which regulates the criteria to publish results obtained through research, has been and will be taken into consideration.

As we specify in the procedures for each study, this empirical research was approved by the Academic Commission for the Doctorate Program of Ramon Llull University (Faculty of Psychology, Educational Sciences, and Sports, Blanquerna-URL), the administration of the university center in which non-clinical samples were collected, and by the corresponding ethics committees of the hospitals and sanitary units where the clinical sample was obtained.

CHAPTER 5

STUDY 1

STUDY 1

5.1. THE CURRENT STUDY

According to van der Meiden (2019), contextual theory, which originated from the work of Ivan Boszormenyi-Nagy and developed from family therapy movement, has become one of family therapy's pillars and one of the oldest and most influential views informing therapeutic practice due to its distinctive qualities and contributions in this field. In fact, contextual theory is the product of more than 40 years of research and clinical work by its founder, Ivan Boszormenyi-Nagy. Its principles have had a strong influence in the field of psychology and social work; some of its principal concepts, therapy applications, and methodical principles (e.g., parentification, loyalties, multidirected partiality) have been integrated and applied by other approaches and therapeutic modalities, whether or not referred to as derived from contextual therapy. It has influenced therapists worldwide, and many family therapy training programs in the United States, Europe, and South America include contextual therapy in their curriculum (Pirooz Sholevar & Schwoeri, 2003)

The RES is the only instrument validated to measure relational ethics¹⁴⁹, one of the relational realities' four dimensions¹⁵⁰ settled by Boszormenyi-Nagy. It evaluates people's perception about constructs of loyalty, entitlement, trust, and justice in their family of origin and in their current and significant relationships. Known for its significance and implication with mature development, psychological health, and family function, it has showed to be a meaningful clinical and health issue.

Furthermore, agreeing with van der Meiden (2019) in this present of complex and proliferating multiple social networks, stressed and overloaded individuals and frequently overburdened and distant social relationships, the contextual approach, with its focus on the "balance required between the needs of each individual on the one hand and relational networks on the other" (Boszormenyi-Nagy, 1987, p. 238) seems to be more relevant than ever.

¹⁴⁹ In Study 2 we will explain our consideration about using the expression "Measure relational ethics".

¹⁵⁰ As we explained in Chapter 1, we want to clarify that Nagy himself postulated four (explicitly considered as a dimensions). It was later, when his wife, Catherine Ducommun Nagy, incorporated the fifth one (already considered by Nagy but not integrated at the beginning). Catherine Ducommun Nagy clarifies that when *Between Give and Take* was written at that time, this dimension had not been conceptualized or presented, which made things much less clear. For Catherine, (personal communication, September 15, 2020) recognizing this dimension "is crucial for Nagy's model to be understood and used correctly", but there are still some authors such as Barbara Krasner (co-author *Between Give and Take*) who in the present still do not agree. That's way sometimes we are talking about four or five, depending if we are considering those settled by Nagy or the five considered nowadays by contextual theory.

As we have stated, contextual therapy is used in United States and in some European countries (e.g., Netherlands and Belgium in particular) but not in Spain. Although 30 years have passed since the first validation of the RES in the United States, there is no psychometrically validated and culturally appropriate instrument that assesses relational ethics with persons of Spanish nationality to date. There is a growing interest in family therapy and different approaches among Spanish therapists and researchers, and we believe there is a need for a translated and culturally adapted version of the RES for use with Spaniards residing in Spain. So, given the lack of a psychometrically sound instrument in this field and the lack of contextual therapy among family therapists in Spain, this Spanish adaptation could offer numerous contributions.

The primary aim of this research is to translate the original RES, validate the Spanish version of the RES for use with Spaniards, and investigate whether the S-RES shows factor equivalence with the original RES. We expect that this research will allow Spanish-speaking therapists in Spain to begin using contextual therapy in their practice. Moreover, we expect the S-RES will be a psychometrically validated instrument that therapists and researchers could use in the field of evaluation, intervention, and research.

5.2. METHODS

5.2.1. Sample and Recruitment

This study was carried out in agreement with the guidelines established in the Standards for Educational and Psychological Testing (American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council of Measurement in Education, 2014), the Consensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments (COSMIN; Mokkink et al., 2010), and expert criteria (Streiner et al., 2015).

The total sample of Study 1 was composed of 1181 participants. The majority of participants identified as women (79.8%; $n = 943$; men 20.2 %, $n = 238$), and the mean age was 43.2 ($SD = 13$), with a range from 21 to 87 years of age. There were three inclusion criteria: participants must have (a) identified Spanish as their first language, (b) identified as being of Spanish nationality, and (c) been within the age range criteria of the original RES (i.e., between 21 and 88 years of age). Participants

completed the questionnaires either online or on paper (online $n = 975$; paper $n = 206$).

The data collection occurred over a six-month period, between January and July 2017, and the process to recruit the target population was carried out in two stages as follows:

1. Research assistants visited graduate-level classrooms from two universities in the northeast region of Spain to recruit students interested in voluntarily participating in the study. A total of 206 graduate students took part in the study, completing the paper questionnaires. The protocol and survey were reviewed and approved by a University Institutional Review Board (see Annex A for a sample letter addressed to university directors and signed authorization.)
2. Convenience and snowball sampling procedures were used to recruit more participants. Online questionnaires were emailed to members of different communities. After participants completed the online questionnaire, they were asked to identify others who met the inclusion criteria and to email the online questionnaire to people who might be willing and eligible to be potential participants. A total of 975 participants completed the online questionnaire. All participants were informed about the purpose and conditions of the study, including risks and potential benefits. All subjects participated voluntarily and anonymously, and they did not receive compensation.

5.2.2. Measures

***Ad hoc* sociodemographic questionnaire.**

To collect both directly and indirectly related sociodemographic variables, an *ad hoc* questionnaire (Annex B) was developed and presented at the beginning of the questionnaire package. The purpose of this Self-report questionnaire was to collect information about participants' sociodemographic aspects, couple relationships, and psychological adjustment in order to assign the participant to the clinical or non-clinical group.

Relational Ethics Scale (RES: Hargrave et al., 1991).

As we have explained briefly in the Chapter 2 (section on measuring relational ethics), the RES (Hargrave et al., 1991) is a self-report instrument that measures perceptions of relational ethics in one's family of origin and in current significant relationships in adulthood, as described in contextual family therapy. The instrument is comprised of 24 items measured on a Likert-type scale from 1 (*strongly disagree*) to 5 (*completely agree*), which are grouped in two dimensions, each comprised of 12 items. The first set of 12 items assesses the vertical dimension (parent-child). The second set of 12 items assesses the horizontal dimension (partner/relationships). Each dimension assesses three subscales: Trust and Justice, Entitlement, and Loyalty. The RES provides a general index of relational ethics and a specific score for each dimension and subscale. Some sample sentences of each dimension include the following: "I could trust that my family to seek my best interests" (item 1), "Pleasing one of my parents often meant displeasing the other" (item 3), "I received the love and affection from my family I deserved" (item 4), "I do not trust this individual to look out for my best interests" (item 14), and "We are equal partners in this relationship" (item 20).

To obtain the total scale score, the scores collected from the 24 items must be summed, taking into account that 12 of these items are reverse scored (i.e., 2, 3, 6, 8, 9, 12, 14, 15, 18, 19, 22, and 23). To calculate the vertical dimension score, the scores obtained for items 1 through 12 must be summed; to calculate the horizontal dimension score, the scores obtained for items 13 through 24 must be summed. To obtain the scores for each of the six subscales, the raw score for each item must be summed as follows: (I) Vertical Trust and Justice includes items 1, 2, 7, 8, 10, and 12; (II) Vertical Loyalty includes items 3, 5, and 11; (III) Vertical Entitlement includes items 4, 6, and 9; (IV) Horizontal Trust and Justice includes items 14, 16, 18, 20, 23, and 24; (V) Horizontal Loyalty includes items 13, 17, and 21; and (VI) Horizontal Entitlement includes items 15, 19, and 22. Higher scores (either in the total scale score or in each of its two dimensions and subscales) indicate greater relational ethics.

An extended description of the instrument can be found in Chapter 2¹⁵¹ and the original instrument can be found in Annex C.

¹⁵¹ Section 2.6.2.1. *Escala de Ética Relacional*.

Spanish Differentiation of Self Inventory (S-DSI: Rodríguez-González et al., 2015).

Adapted from the Differentiation of Self Inventory-Revised (DSI-R; Skowron & Schmitt, 2003), the S-DSI measures differentiation of Self. Like the original, it is validated for adults over 25 years of age and asks about significant relationships at present and with a participant's family of origin. The S-DSI consists of 26 items measured on a six-point Likert-type scale from 1 (*totally disagree*) to 6 (*totally agree*). It is composed by two subscales that narrowly corresponded with the original DSI's; Emotional Reactivity and Emotional Cutoff.

Like the original DSI, higher scores indicate greater differentiation of Self, less emotional reactivity, and less emotional cutoff. An extended description of both instruments (i.e., DSI, DSI-R and S-DSI) can be found in Chapter 4¹⁵² and the S-DSI itself in Annex D.

5.2.3. Procedures

Linguistic and cultural adaptation.

The linguistic validation process proposed by the International Test Commission (2017) for the adaptation of tests from one culture to another informed the cultural adaptation of the RES (Hargrave et al., 1991). In order to proceed with the linguistic and cultural adaptation of the RES, a process was started to guarantee semantic equivalence (i.e., words and phrases have the same meaning in both cultures), conceptual equivalence (i.e., the concepts exist in the target culture), and normative equivalence (i.e., the form of expression of the concepts). Before starting the adaptation process, we contacted Hargrave, the author of the original questionnaire, to receive his consent and authorization to adapt the RES, informing him about the objective of the study and inviting him to participate in it if desired. Following our request, Hargrave gave his formal consent and authorization to adapt the RES for the Spanish population and provided a copy of the original questionnaire as well as instructions for use. Once we obtained Hargrave's permission, we proceeded to develop the instrument in three stages.

First, a professional, postgraduate translator with training and practice working with professional materials, translated the original RES into the Spanish language.

¹⁵² Section 4.4.3. *Adaptación al español del Differentiation of Self Inventory-Revised (S-DSI)*

She used the one-way forward translation process using translation software to produce the preliminary translation, and then she modified and improved the baseline translation to increase accurateness. A philologist, who was qualified and certified in both languages and understood the purpose this translation, then reviewed and corrected the translated version until she deemed it acceptable. This was followed by a back translation¹⁵³ to English carried out by two native English speakers with extensive knowledge of the Spanish language, cultures, and subject matter. As Jones and Kay (Jones & Kay, 1992) suggested, in order to guarantee its effectiveness, the back-translation process must be applied to all the material and include all of the information that exists in the original proposal, including items and instructions.

From the back-translated version, and in consensus with the author of the original scale, we evaluated the conceptual and semantic equivalence, determining that the first phase of linguistic adaptation was complete. The translated assessments and materials were copied, numbered, and ordered into folders to proceed to the next stage.

Second, a committee was convened, comprised of professionals with advanced degrees, who were of various ages, professions, and genders, including the original RES author himself. The committee members were aware of the purpose of the instrument and the concepts that should be considered in order to compare translations and back translations with the aim of evaluating the adequacy of the adapted version according to the relevant theoretical concepts, as well as reviewing items that might be problematic. They worked as a specialist board, contributing to the translation process by providing adding notes and editing the original translation. Following the recommendations proposed by (Bermúdez et al., 2019) they were asked questions concerning language barriers, unclear words or phrases, and their recommended changes that they considered necessary in order to increase understanding and guarantee conceptual and cultural equivalence. The committee members were also asked if there were any other aspects connected to the family therapy clinic materials in Spanish that should be considered. We collected each committee member's folder, containing their assessments and considerations, and reviewed them thoroughly. Their considerations included consider rephrasing sentences written in negative forms that were difficult to

¹⁵³ This method consists of translating materials from the target language (i.e., Spanish) back to the original language (i.e., English) and assessing their correspondence (Brislin, 1970).

understand when translated into Spanish and consider replacing terms that, while were grammatically correct, were not well translated because they could be unclear or inappropriate from Spanish perspectives (i.e., “I could trust that my family to seek my best interests” (item 1); “Individuals in my family were willing to give of themselves to benefit the family” (item 9); “I do not trust this individual to look out for my best interests” (item 14); “There is unequal contribution to the relationship between me and this individual” (item 18); “We are equal partners in this relationship” (item 20). Their feedback was coherent with the research team and with the first author’s experience as a Spanish therapist working in Mexico and with Latina/o clients in the United States. Lastly, they cooperatively considered how the respondents’ level of education could affect the comprehension of this scale, so they thoughtfully assessed word selection and recommended how to write certain terms and expressions in order to be understood by people of different educational levels and backgrounds to reduce inaccurate evaluations.

Third, following the recommendation of Muñiz, Elosua, and Hambleton (2013), we pilot tested the scale (online, $n = 30$) to check its cultural adequacy, corrected any aspects that appeared to be confusing, validated the instructions in the introduction, determined the average time ($M = 11$ minutes) to complete the scale, and established a comparison with the values of the original scale. By following these recommendations, we attended to the syntactic, semantic, conceptual, and normative correspondence of concepts that may have had dissimilar significances because of the linguistic, psychological, and cultural differences between American and Spanish populations. After the pilot group’s participants provided their feedback, the expert committee reconsidered and revised eight items that seemed to present difficulties (i.e., “Individuals in my family were blamed for problems that were not their fault” (item 2); “Individuals in my family were willing to give of themselves to benefit the family” (item 10); “I continue to seek closer relationship with my family” (item 11); “I try to meet the emotional needs of this person” (item 13); “I do not trust this individual to take care of my interests” (item 14); “There is unequal contribution to the relationship between me and this individual” (item 18); “We are equal partners in this relationship” (item 20); and “I take advantage of this individual” (item 22)).

Finally, after we had resolved the difficulties these items presented and verified that we incorporated the feedback received in the aforementioned three stages, we obtained a final version of the S-RES that was ready for psychometric validation.

5.2.4. Analysis plan.

The SPSS statistical package version 23.0 was used for data analysis. All questionnaires with one or more blank answers were removed ($n = 122$). Likewise, the accepted level of significance was $\alpha = 0.05$. The analyses carried out to evaluate each aspect linked to the metric properties considered are described below.

A two-step process was used to assess evidence for the factor structure of the S-RES. As prior validations employed principal components analysis (PCA) as a data reduction technique and to identify the latent factors underlying the original RES ((Hargrave et al., 1991; Hargrave & Bomba, 1993), it is useful to begin with an exploration of the factor structure using exploratory factor analysis (EFA). Some have argued that EFA is the optimal method to examine the latent factors underlying an instrument and the structure of those latent factors (Bentler & Kano, 1990; Costello & Osborne, 2005; Floyd & Widaman, 1995; Ford et al., 1986). Thus, EFA was first employed to identify the number of and structure of the latent constructs underlying the culturally adapted S-RES.

While EFA is useful to provide evidence of the dimensionality of a given instrument, confirmatory factor analysis (CFA) must be used to test a priori hypotheses about the factor structure and provide further evidence of construct validity (Fabrigar & Wegener, 2012; Matsunaga, 2010). CFA were conducted to test the hypothesized model of the factor structure of the S-RES. Each CFA model was assessed using Hu and Bentler's (1999) criteria for good model fit, including the comparative fit index (CFI), Tucker-Lewis index (TLI), root mean square error of approximation (RMSEA) and its 90% confidence interval, and chi-square (χ^2). CFI and TLI $\geq .95$ and RMSEA $< .05$ are evidence for a good fitting model (Hu & Bentler, 1999) and CFI = .92-.94 and RMSEA $\leq .08$ are evidence for an adequate fitting model (Byrne, 2010).

The internal consistency coefficient indicates the degree to which all items measure the same construct (Valderas et al., 2005). This coefficient ranges from 0 to 1. Zero being the minimum degree of consistency and heterogeneity where the items do not share any information. Number one indicates the maximum degree of consistency and homogeneity.

Internal consistency reliability for the final subscales of the S-RES were

calculated using Cronbach's alpha. Independent samples *t*-tests were conducted to compare vertical relationships, horizontal relationships, the S-RES total, and the demographics including gender, age, level of education, marital status, parental status, and current use of mental health services.

Since there is no measuring instrument that can be considered a "gold standard" to determine the construct validity of the S-RES, we chose to evaluate the relationship of the adapted questionnaire scores with S-DSI. To assess the construct validity of the S-RES, Pearson's *r* correlations were assessed between the S-DSI and the subscales of the S-RES. The strength of this correlation was interpreted as weak (≤ 0.29), low (0.30-0.49), moderate (0.50-0.69), strong (0.70-0.89) and very strong (0.90-1.00) (Hinkle et al., 1998). Support for hypotheses were indicated by significant correlation coefficients in the hypothesized directions with significance at $p \leq .05$.

5.3. RESULTS

5.3.1. Exploratory Factor Analysis

Sample. The sample used in the EFA ($n = 590$) was randomly drawn from the larger sample ($n = 1181$). This sample size falls within the range of "very good" for use in EFA (Comrey & Lee, 1992). According to others, factor loadings and communality are also important indications of adequacy of data for factor analytic methods (MacCallum et al., 1999). These components will be reported and discussed throughout the results.

Data screening. Table 1 displays descriptive statistics for each item in the original RES. Item kurtosis ranged from -1.81 to 1.50 and skew for items ranged from -1.20 to 3.69, with one item falling above the value of 3, indicating relative univariate normality. Q-Q plots and P-P plots were visually inspected to assess for multivariate normality. Factorability of items was assessed through Bartlett's test of sphericity and the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test. Results of Bartlett's test of sphericity indicated that nonzero correlations existed within the data set, $\chi^2(276) = 5182.23, p < .001$. The KMO test value was .89, indicating that the proportion of variance in items was high and likely would result in an underlying factor structure. Both tests indicated that the data were suitable for EFA.

Table 1. *Item Level Descriptives in the EFA Sample*

RES Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	Skew	Kurtosis	<i>h</i> ²
1	4.45	.84	-1.81	3.39	.341
2	3.99	1.27	-0.13	-1.20	.133
3	3.81	1.21	-0.76	-0.47	.321
4	4.12	1.06	-1.06	0.07	.823
5	3.84	1.08	-0.67	-0.49	.396
6	3.66	1.39	-0.57	-1.14	.534
7	3.70	1.23	-0.59	-0.86	.507
8	3.88	1.32	-0.80	-0.74	.688
9	3.60	1.25	-0.52	-0.87	.403
10	3.80	1.02	-0.61	-0.30	.350
11	3.47	1.10	-0.51	-0.43	.207
12	4.03	1.20	-1.07	-0.02	.665
13	4.13	.76	-1.18	2.60	.140
14	4.06	1.04	-1.09	0.51	.495
15	3.35	1.17	-0.14	-1.12	.430
16	4.21	1.01	-1.55	2.17	.620
17	4.10	.93	-1.23	1.58	.231
18	3.48	1.24	-0.46	-0.89	.338
19	3.40	1.13	-0.17	-1.03	.549
20	4.03	1.05	-1.10	0.53	.589
21	3.97	0.99	-1.01	0.68	.634
22	4.51	0.78	1.50	2.14	.037
23	4.32	1.00	-1.53	1.62	.547
24	4.20	0.93	-1.39	1.96	.612

Note. RES = Relational Ethics Scale. EFA = exploratory factor analysis. *h*² = communality.

Factor structure. An EFA was conducted in SPSS (version 23.0) using maximum likelihood estimation (ML) due to data meeting criteria for multivariate normality. An oblique approach (i.e., direct oblimin) was taken due to the theoretical assumption that RES factors would be correlated. Kaiser's rule of thumb indicates that factors with eigenvalues greater than 1.0 should be retained (Mertler & Vannatta, 2010). Eigenvalues from the first EFA were assessed, showing that five factors should be retained. A parallel analysis (PA) was used in conjunction with the aforementioned criteria to determine the number of factors to retain. PA is a Monte Carlo simulation wherein expected eigenvalues are drawn from randomly generated datasets based

upon the actual data (Costello & Osborne, 2005; Ruscio & Roche, 2012). Factors are retained when eigenvalues are shown to be greater than the mean and 95th percentile of the simulated random data. PA results indicated that four factors should be retained.

Following the initial EFA, item communalities and loadings via the pattern matrix were assessed. First, items 2, 11, 13, 17, and 22 were removed due to low communalities (i.e., $< .30$), and communality for these items ranged from .14 to .23. Item 2 was from the original RES' Vertical Trust and Justice subscale. Both items 17 and 13 were from the original RES' Horizontal Loyalty subscale. Item 11 was from the original RES' Vertical Loyalty subscale, and item 22 was from the original RES' Horizontal Entitlement subscale. Next, items 15 and 19 from the original RES' Horizontal Entitlement subscale were the two indicators for a single factor and were removed due to the recommendation that each factor have, at minimum, three indicators (Hair et al., 2010). After the removal of each item, an updated EFA model was run. After the removal of the seventh RES item (see Table 2 for all removed items), eigenvalues were assessed, and a second PA analysis was run; results indicated that a three-factor solution best fit the data (see Table 3). Item 12 was removed due to equal loadings on factors 1 and 3, which were both composed of original RES' vertical relationship items (cross loadings for item 12 were $-.447$ and $.402$ respectively), and an updated EFA model was run. The final EFA resulted in a three-factor solution that accounted for 59.10% of the variance in items. Factor 1, composed of horizontal relationship items, accounted for 34.84 % of the variance; Factor 2, composed of vertical relationship items, accounted for 17.30% of the variance; and Factor 3, also composed of vertical relationship items, accounted for 6.96% of the variance of the S-RES items. Factors loadings and communalities are presented in Table 4.

Table 2. *Removed Original RES Items*

Original RES Item	Item Wording	Original Subscale
RES 2	Individuals in my family were blamed for problems that were not their fault.	Vertical Trust and Justice
RES 11	I continue to seek closer relationships with my family.	Vertical Loyalty
RES 13	I try to meet the emotional needs of this person.	Horizontal Loyalty
RES 17	Before I make important decisions, I ask for the opinions of this person.	Horizontal Loyalty
RES 22	I take advantage of this individual.	Horizontal Entitlement
RES 15	When I feel hurt, I say or do hurtful things to this person.	Horizontal Entitlement
RES 19	When I feel angry, I tend to take it out on this person.	Horizontal Entitlement

Note. RES = Relational Ethics Scale.

Table 3. *Parallel Analysis of the S-RES EFA Sample*

Factor	Actual Eigenvalue	Average Eigenvalue	95 th Percentile Eigenvalue
1	5.535	.335	.398
2	2.376	.272	.317
3	.488	.224	.238
4	.162	.182	.218
5	.134	.146	.178
6	.075	.112	.144
7	.060	.079	.109
8	.023	.047	.074
9	-.004	.016	.404
10	-.036	-.013	.010
11	-.081	-.043	-.019
12	-.087	-.071	-.048
13	-.105	-.101	-.076
14	-.132	-.131	-.109
15	-.168	-.162	-.138
16	-.190	-.195	-.168
17	-.219	-.237	-.205

Note. 1000 random datasets were used. S-RES = Spanish Relationship Ethics Scale; EFA = Exploratory Factor Analysis.

Table 4. *Community and Factor Loadings for the Three-Factor Solution of the RES EFA Sample*

Item	h^2	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Item 21	.628	-.804	-.110	.082
Item 24	.614	-.797	-.102	.066
Item 20	.599	-.771	.021	-.013
Item 16	.603	-.767	-.060	.097
Item 23	.546	-.716	.090	-.035
Item 14	.478	-.668	.090	-.047
Item 18	.332	-.570	.078	-.090
Item 6	.565	.048	.703	.051
Item 9	.466	.041	.693	-.043
Item 8	.556	-.010	.605	.211
Item 3	.308	-.014	.538	.034
Item 5	.414	.017	-.018	.649
Item 7	.542	.026	.201	.591
Item 10	.306	-.002	-.062	.588
Item 4	.613	.111	.251	.564
Item 1	.363	-.011	.233	.439

Note. Factor analysis using direct oblimin and ML estimation. RES = Relational Ethics Scale. EFA = exploratory factor analysis

(The bolded text indicates the highest factor loading of items onto each of the three factors.)

5.3.2. Confirmatory Factory Analysis

In the second phase of construct validation, confirmatory factor analysis (CFA) with maximum likelihood (ML) was used to explore the construct validity and model fit of two a priori hypothesized models using Amos (version 22.0). First, the three-factor structure identified in the EFA was analyzed (see Figure 1). This analysis was run using half of the randomly split sample ($n = 591$). See Table 5 for model fit statistics.

Figure 1. Confirmatory factor analysis of a three-factor Spanish Relationship Ethics Scale with standardized factor loadings and squared-multiple correlations for each item. All estimates $p < .001$

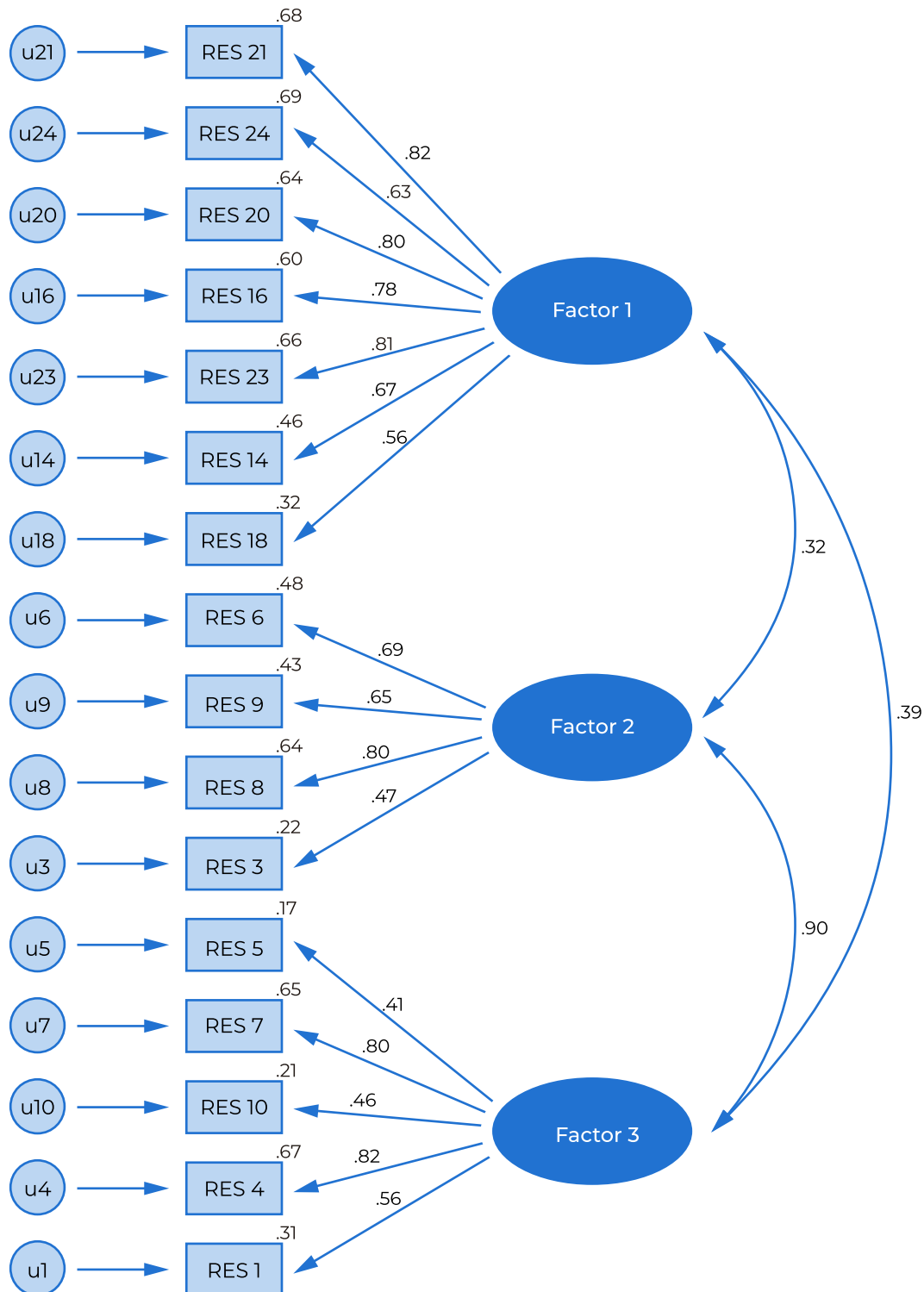


Table 5. *Confirmatory Factory Analysis Fit Indices*

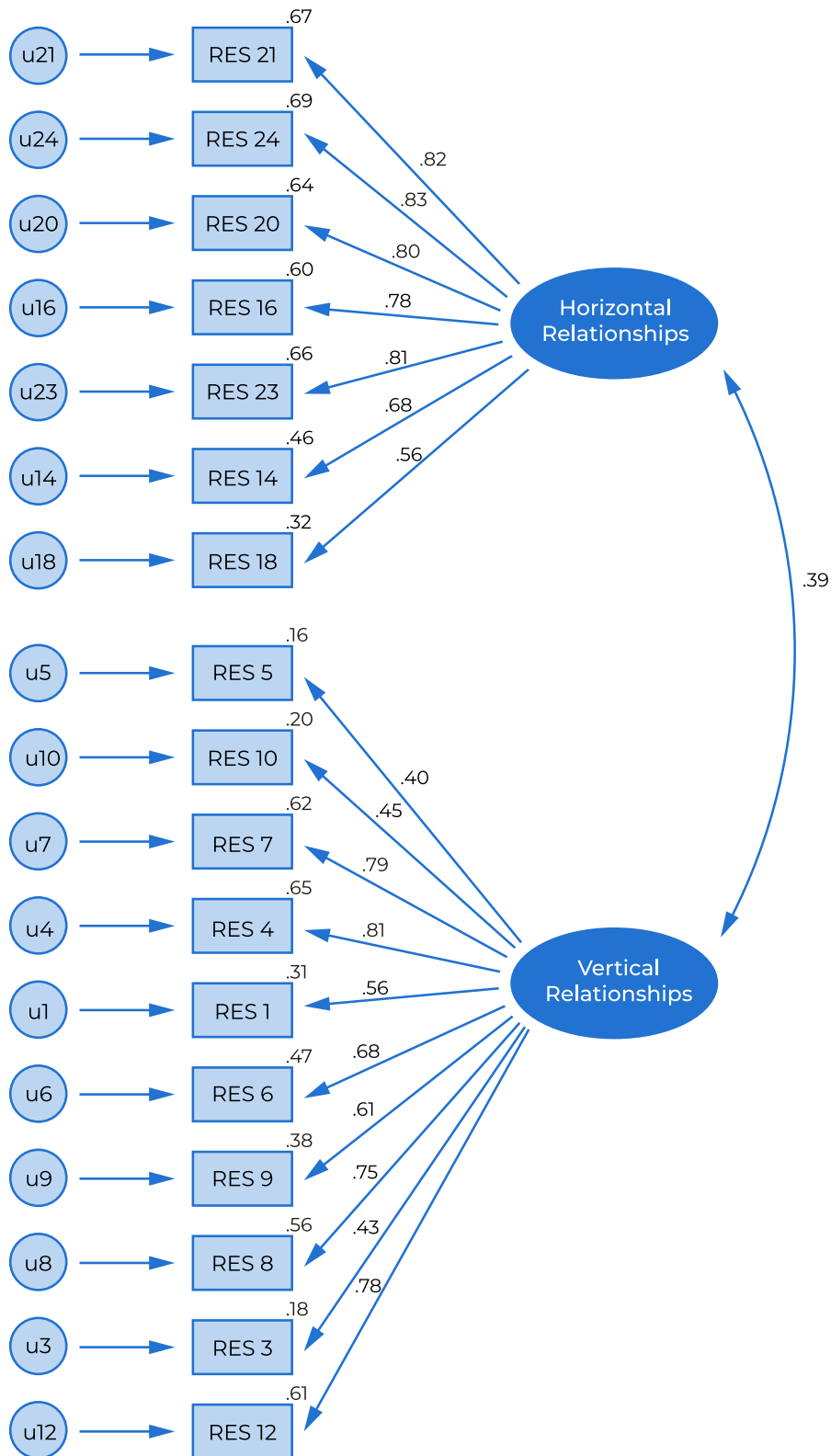
Model	χ^2 (df)	CFI	TLI	RMSEA
1. Three-Factor EFA Solution	206.14 (101)	.974	.965	.042
2. Two-Factor Solution based on Vertical and Horizontal Dimensions	277.41 (118)	.965	.955	.047

Note. EFA = exploratory factor analysis. CFI = Comparative Fit Index. TLI = Tucker-Lewis Index. RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation.

Fit indices based on recommendations from Hu and Bentler (1999) were used to assess model fit, including RMSEA, and two relative-fit indices, TLI and CFI. All fit indices indicated a model that fit well, RMSEA = .042, 90% CI [.034 - .050], CFI = .974, TLI = .965. Further inspection of the covariance matrix showed that factors two and three were multicollinear, $r = .902, p < .001$. Factor 1 in this model represents Horizontal Relationships. The highly correlated factors might be explained as Factor 2 was composed of items from each of the three original RES vertical subscales. Though items on Factor 3 were primarily drawn from the Vertical Trust and Justice subscale and this factor might be considered to represent vertical trust and justice, the remaining two items were each from a distinct vertical subscales (i.e., Vertical Loyalty and Vertical Entitlement). Internal consistency was calculated using Cronbach's alpha; Factor 1 showed excellent reliability ($\alpha = .90$), factor 2 showed good reliability ($\alpha = .75$), and factor 3 also showed good reliability ($\alpha = .76$). Reliability for the S-RES Total was excellent ($\alpha = .87$). Taken together, the three-factor solution did not result in theoretically distinguishable or meaningful factors (i.e., Factor 2 and Factor 3).

A second CFA was run to assess a competing model to eliminate the highly correlated subscales and to obtain a more theoretically meaningful model. This CFA model did so by specifying factors one under the Horizontal Relationships subscale, and through combining factors two and three under the Vertical Relationships subscale. Given the collapse of the two vertical subscales, item 12 was added back to the CFA model (See Figure 2).

Figure 2. Confirmatory factor analysis of the two-factor Spanish Relationship Ethics Scale with standardized factor loadings and squared-multiple correlations for each item. All estimates $p < .001$



All fit indices indicated a model that fit well, and fit indices were comparable to the three-factor CFA model, RMSEA = .047, 90% CI [.041 - .055], CFI = .965, TLI = .955. Factor loadings indicated adequate to strong psychometric properties for the vertical relationships and the horizontal relationships factors, ranging from .40 to .83. Cronbach's alpha for the two-factor CFA showed superior internal consistency reliability relative to those of the three-factor CFA; the vertical relationships subscale showed excellent reliability ($\alpha = .87$) and the horizontal relationships subscale showed excellent reliability ($\alpha = .88$). Reliability for the S-RES Total was also excellent ($\alpha = .88$). These results suggest that a two-factor S-RES model best fits the data, and theory and prior validation studies of the original RES within U. S. samples show that the S-RES is best represented with two subscales representing vertical and horizontal relationships respectively.

5.3.3. Convergent and Discriminant Validity

A Pearson's r correlation was run between the total score and two subscales of the S-RES and the S-DSI total and subscale scores, Emotional Cutoff, and Emotional Reactivity (see Table 6).

Table 6. *Bivariate Correlations Among the Domains of S-RES and S-DSI (n = 591)*

Variable	1	2	3	4	5
1. Horizontal Relationships	-				
2. Vertical Relationships	.351**	-			
3. S-RES Total	.758**	.877**	-		
4. Emotional Reactivity	.238**	.200**	.261**	-	
5. Emotional Cutoff	.466**	.430**	.538**	.457**	-
6. S-DSI Total	.401**	.358**	.455**	.878**	.828**

Note. S-RES = Spanish Relational Ethics Scale. S-DSI = Spanish Differentiation of Self Inventory.
** $p < .01$.

It was hypothesized that greater differentiation, including lower emotional reactivity and lower emotional cutoff, would be associated with greater scores on horizontal and vertical relationships and the total S-RES scores. In support of the S-RES' construct validity, both subscales of the S-RES and the total S-RES scores were associated with greater scores on the two S-DSI subscales and S-DSI total, indicating that greater S-RES was associated with less emotional cutoff and less

emotional reactivity as well as greater total differentiation (i.e., greater scores on the S-DSI subscales equal greater differentiation). Scores on the horizontal relationships and vertical relationships subscales were most strongly correlated with Emotional Cutoff relative to Emotional Reactivity and the total S-DSI scores.

Evidence for discriminant validity is shown through the moderate correlation between the two subscales of the S-RES ($r = .39, p < .001$). Additional evidence for discriminant validity is shown through the moderate correlations between the S-DSI subscales and the S-RES ($r_s = .20 - .54, p < .01$), indicating that these two instruments measure related but different constructs.

Last, mean levels of S-RES and the two subscales were explored comparing single and partnered participants, those participants with and without children, gender and age differences, education level, and differences for participants who had current mental health services and those without mental health services. The results of independent samples t -tests showed that partnered participants showed higher levels of S-RES ($M = 68.22, SD = 10.06$) relative to single participants ($M = 61.87, SD = 12.66$), $t(1,589) = 6.41, p < .001$. No significant gender differences were found between women ($M = 66.19, SD = 11.45$) and men ($M = 67.30, SD = 10.24$), $t(1,589) = -.95, p > .05$. Participants with children reported lower levels of S-RES ($M = 65.34, SD = 10.65$) relative to participants with no children ($M = 67.47, SD = 11.69$), $t(1,584) = -.232, p < .05$. Lastly, participants who reported current use of mental health services reported lower S-RES ($M = 61.07, SD = 12.41$) relative to participants with no current usage of mental health services ($M = 67.11, SD = 10.88$), $t(1,81) = 3.82, p < .001$. Education level did not show a significant relationship with S-RES, $F(2,589) = 2.77, p = .06$. Age group differences also did not emerge for scores on the S-RES, $F(2,589) = 1.08, p = .37$.

5.4. DISCUSSION

The aim of the present study was to adapt and validate the Relational Ethics Scale (RES; Hargrave et al., 1991) in Spanish, resulting in the Spanish Relational Ethics Scale (S-RES¹⁵⁴).

This is the first¹⁵⁵ empirical transcultural adaptation of the RES and the first study in a Spanish-speaking country that operationalizes relational ethics as conceptualized by Boszormenyi-Nagy and Spark (1984). The development of the S-RES affords researchers and clinicians new opportunities for exploration and development of contextual theory and therapy in Spanish cultural contexts.

The S-RES emerged with strong psychometric properties and remained conceptually similar to the RES; however, it differed in two ways: it had fewer items and a slightly different factorial structure. Our analyses revealed that some items from the RES appeared theoretically sound, based on the (1) data available in contextual therapy's literature; (2) cultural, idiomatic and contextual evaluation of the translated items completed by experts in the field; and (3) final review and validity made by Boszormenyi-Nagy. However, some items were statistically less appropriate for this Spanish sample, and thus were removed from the final measure. For example, one item loaded equally on two factors (i.e., "I often felt deserted by my family" (item 12)), and others demonstrated low communality (e.g., "Individuals in my family were blamed for problems that were not their fault" (item 2) or "Before I make important decisions, I ask for the opinions of this person" (item 17)). Furthermore, in comparison with the six-factor structure represented in the original RES, which is comprised of vertical and horizontal dimensions with trust and justice, loyalty, and entitlement subscales within each dimension, our EFA suggested a 2-factor structure was statistically appropriate and most theoretically meaningful¹⁵⁶. The two factors supported the horizontal and vertical dimensions of the RES, respectively. The first factor is comprised of items that correspond with the horizontal dimension, such as items concerning relationships between equals (e.g., husband and wife) rather than between generations (Hargrave & Pfitzer, 2003). The second factor is

¹⁵⁴ The S-RES itself can be found in Annex E.

¹⁵⁵ We know that there is some translation done (for example, the Russian version (T. Glebova, personal communication, March 28, 2019) but not published—unless we know of it—at the time of writing this thesis.

¹⁵⁶ Because factors are best represented by at least two indicators (Hair et al., 2010), one factor comprised of only two indicators was removed. The remaining two factors supported the horizontal and vertical dimensions of the RES.

comprised of items that correspond with the vertical dimension, such as items concerning relationships across generations (e.g., one's relationships to parents).

The resulting S-RES, namely its two-factor structure, raises questions about whether relational ethics is best measured globally, along the horizontal and vertical dimensions, or by additionally examining the three subscales within each dimension (i.e., trust and justice, loyalty, entitlement). Our results suggest that Spanish-speaking participants do not view these three subscales as distinct from one another. Rather, collapsing of relational ethics items as they pertain to either family-of-origin or romantic relationships (i.e., vertical and horizontal dimensions, respectively) was most congruous for the current sample. These results follow the inclination of Boszormenyi-Nagy himself who focused on the horizontal and vertical dimensions rather than the subscales within each dimension (Adkins, 2010) and are consistent with research based on contextual theory (see Grames et al., 2008, for a review), which suggests the most meaningful results emerge when emphasizing the horizontal and vertical dimensions.

The different factorial structure may also be influenced by cultural differences between the samples used to develop the RES and S-RES, and the approximately 30 years that have passed since the initial validation of the RES. Aside from the differences in translation, particular elements of the items and language have shifted over several decades. Notably, most of the differences in the two versions of scales (i.e., RES and S-RES) come from the horizontal subscale. This could be a reflection in either cultural differences in the development and maintenance of relationships in the U. S. and Spain, or in how the nature of coupling relationships has changed dramatically over three decades. Considering these differences, it is not surprising that the S-RES emerged in a slightly different form. The RES follows the most prominent conceptual distinction between the horizontal and vertical dimensions of relational ethics. We are encouraged that despite language, cultural, and time differences since the original RES was developed, the S-RES was able to capture how each of these two dimensions represent relational ethics. While it may be difficult to obtain individual differences in trust and justice, entitlement, and loyalty with this measure, there seems to be promise in focusing on the horizontal and vertical dimensions.

Additionally, the original scale's authors (Hargrave et al., 1991) indicated that the original RES most clearly tapped items which assessed the constructs of trust and justice in the vertical subscale (Hargrave & Bomba, 1993). Of the seven eliminated items, only one (i.e., item 2) belonged to the Trust and Justice subscale, which has been recognized as the most important in the dimension of relational ethics (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986) and the basis on which all other relational ethics constructs operate (Hargrave et al., 1991). Most of the deleted items (i.e., five items¹⁵⁷) belonged to the horizontal dimension, which has been the least well defined in the existing literature (Hargrave et al., 1991). The only item removed from the Trust and Justice subscale of the vertical dimension (i.e., item 2) had previously been considered a complicated item (Hargrave & Bomba, 1993), as it often showed high cross-loadings on multiple factors. These findings corroborate Boszormenyi-Nagy's theory that trust and justice are the most salient components of relational ethics, and further, that measurement should prioritize these items over items related to loyalty and entitlement (Hargrave et al., 1991). Despite the differences in the grouping and subdivision of the items, the S-RES demonstrates strong psychometric properties, providing evidence that this measure can assess relational ethics in persons of Spanish nationality in future studies.

Following the recommendation of the original RES authors (Hargrave et al., 1991), we examined whether relational ethics scores varied by sociodemographic predictors. There were no statistically significant differences in the vertical or horizontal dimensions by gender or age. However, differences were observed in participants who had a partner (higher global scores), had children (lower global scores), and who were currently being treated for a mental health condition (lower global scores). It makes sense that we observed lower global scores of RES in participants with children, because as indicated by the literature (e.g., Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986), lower RES scores among participants with children might suggest that having a child invites unresolved relational ethics issues within one's family of origin to emerge again, resulting in increased loyalty and psychological problems that originated with one's parental relationships (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986). It could be that individuals who are both partnered and without children represent those who have not yet re-opened deeper family-of-origin issues, revealing fewer issues and therefore higher scores. Alternatively, since questions about the family of origin are often addressed and solved as the subject advances

¹⁵⁷ Items 13, 15, 19, 17, 22

in the life cycle, participants with partners may evaluate their families of origin (and therefore their partners) in different ways (Williamson, 1981). The quality of a long-term relationship may affect intimate partners' consideration of each other. Finally, those in treatment for mental health conditions might score lower on RES. As suggested by contextual theory, symptoms occur when there is a perceived imbalance of fairness in relationships (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1984) and recent literature indicates that having relatively equal dyadic power and balance in close relationship are crucial for each partner's health, relationship satisfaction, less depression and anxiety and overall well-being (Knudson-Martin, 2013; Luttrell et al., 2018) as well as how power and hierarchy involved and managed in parenting models influence the child's development (Kim et al., 2014). So, as Knudson-Martin exposes, relationship equality is "not only an ideal or ethical value but also a pragmatic clinical concern" (2013, p. 6).

Finally, the analyses testing for convergent validity provided evidence that this new two-factor distribution was useful in studying the association between relational ethics and other variables such as differentiation of self. This study provided evidence for the positive associations between perception of fairness in vertical and horizontal relationships and differentiation of Self. As such, results show that relational ethics and differentiation of Self-contribute to individual and family health and correlate appropriately for construct validity.

Clinical Implications

This study is a step towards bridging the gap between empirical knowledge on relational ethics and further research in this area, specifically in Spanish samples. We imagine the S-RES will be useful for both clinical work and empirical investigation. According to the more recent studies published on contextual therapy (Kawar et al., 2019; Shannon, 2017; e.g., Wilson et al., 2017), global S-RES scores could illuminate conflicts in relational ethics that might interfere with individuals' relational functioning. This knowledge could prompt clinicians to intervene with strategies that improve relational functioning and quality of life.

Therapists could also support clients in their understanding of the complexity of relational ethics. This would allow clients to identify factors that influence their beliefs about fairness, and subsequently increase their awareness of relational ethics in their family of origin and current relationships. According to contextual

theory, low relational ethics is an indication of unfairness or imbalance and is the ubiquitous reason for dysfunction in family and partner relationships (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986). Therapeutic assessment should include discussion of how elements like justice and loyalty are transmitted through transgenerational patterns. If therapists and clients can explore, dialogue, and reflect together around the idea of relational ethics, clients may learn self-directed behaviors free of injustice, exploitation, and mistrust, which are theorized as central to psychological health and well-being in contextual therapy (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986). They may learn to restore balance to offering and receiving care, support, and connection within their family's unique context, which will subsequently affect both present and future generations. Additionally, relational ethics in one's family of origin have been associated with subsequent perceptions of relational ethics in romantic relationships (Hargrave et al., 1991; Hargrave & Bomba, 1993); which could inform the development of couple therapy interventions.

The S-RES may also have clinical utility with persons from other Spanish-speaking cultures and populations (e.g., Mexico), who live in countries where Spanish is not the primary language. For example, there are a lot of Spanish-speaking people living in the United States (Lewis et al., 2014), and the S-RES may be more appropriate to these clients than an English version. As Bermudez proposes (2019) translating instruments and clinic materials into Spanish is a way to increase the available resources for Spanish-speaking therapists, and thus this presents a huge possibility for them to grow and extend in several directions. Such examples include the promotion and spread of research, improving the quality of clinical services offered to non-English-speaking Latinos¹⁵⁸, and working "to foster a collaborative relationship with members of the Latino community" (p. 313).

However, as highlighted by (Chahín-Pinzón et al., 2012), it is very frequent to undertake that the psychometric properties of an instrument adapted or developed in Spain, due to the fact that it is in the Spanish language, will be the same when applied in any other Spanish-speaking country. The acknowledgement that human nature needs a context (Goh, 2011 cited in Lam & Chan-So, 2015), and a culture (Lichtman, 1990) for its existence, leads a convincing argument to promote the adaptation and validation processes of tools that contemplate and integrate social, linguistic, and cultural differences that may affect the operation of the instrument. So,

¹⁵⁸ In Bermudez's article, he uses the term Latino to refer to individuals of Latin American origin or ancestry, and thus according to Bermudez's suggestion and definition "the terms Latino and Hispanic are not interchangeable" (2019, p.314).

we urge readers to be cautious about being overly assumptive about similarities among Spanish-speaking populations, as great cultural differences exist between them (Vallejo-Medina et al., 2017). As an ethical standard that goes beyond clinical practice and therapy models, family therapists must be aware of sociocultural nuances in order to be conscious and responsive of taken-for-granted practices that can be biased and discriminatory (Knudson-Martin et al., 2019).

Language is only one expression of culture, and the same words may hold varying meanings across different cultural groups. Using the S-RES without regard for these cultural differences could lead to invalid conclusions about clients' relational ethics; mindfulness about these differences, however, may help clinicians approximate the relational ethics dimension in Spanish-speaking clients.

Further, therapists who speak Spanish and are familiar with the cultural specifics of different Spanish-speaking populations may be able to assess the face validity of the S-RES items for their clients, or they could employ the help of community members for this purpose. Future research could then evaluate the validity of the S-RES with Spanish-speaking samples from other cultures and make adaptations as necessary in accordance with the international standards for adapting tests and guidelines provided by authors who have adapted scales within the same language for another culture (e.g., Bermúdez et al., 2019; Vallejo-Medina et al., 2017) with the aim to move from "benevolent discriminatory practices and blind spots to (...) responsive community-based approaches" (Bermúdez et al., 2019, p. 310).

Strengths, Limitations, and Future Directions

This study presents the first transcultural adaptation of the RES, which is the only validated and most widely used questionnaire to measure relational ethics. This adaptation allows for the empirical investigation of relational ethics in another cultural context and assessing cross-cultural comparisons of contextual therapy. It also expands the possibility of examining how relational ethics might be associated with other important dimensions of healthy relational functioning, such as differentiation of Self or dyadic adjustment, in Spanish samples.

However, this study is not without its limitations. The first of such limitations worth highlighting are those attributable to the scarcity of unification among the taxonomy of the concept of relational ethics, which makes it difficult to combine

knowledge and understanding of this construct and its evaluation. However, the fact that the adapted instrument is based on a solid model, such as contextual theory, helps to alleviate this possible limitation.

Readers should note that it was not possible to determine the criterion validity of the instrument because no other measure could serve as a reference. To our knowledge, there are no other validated relational ethics instruments in Spanish. Additionally, we were not able to evaluate the temporal stability of the instrument, which we believe is essential in understanding its sensitivity to change. Next step studies might incorporate longitudinal designs to determine the stability of the meaning of the constructs underlying the S-RES across time, a limitation of the current study given the cross-sectional design. In addition, it will be necessary to study this in future longitudinal investigations to better understand the stability and evolution of relational ethics, and its relationship with other variables (e.g., differentiation of Self, psychological health, relational adjustment) over time.

One part of the sampling was conducted using the snowball method and it should be noted that this procedure may lead to sample biasing. Approximately 80% of the sample are identified as women, which could suggest that the S-RES may be validated for women rather than both men and women. While statistical tests showed equal findings, denoting that the sample's gender arrangement did not compromise internal validity and therefore there were no S-RES differences between men and women, researchers and practitioners should be cautious in extending these results to men who were underrepresented in the current study. Future research should replicate the current study using a systematic sampling method, assuring samples of men and women with similar proportions to clarify the populations to which these findings may be appropriately generalized. It is worth noting that the study suffers from mono-method bias in that all instruments used relied upon self-reporting, which can be predisposed by social desirability.

Several possibilities for future research emerged from the current investigation.

The validation of a questionnaire is a continuous process by which studies continue to demonstrate its importance and suitability as an instrument of measurement (Streiner & Kottner, 2014). As such, it will be important for the S-RES to be used in future studies to determine its adequacy and relevance

for assessing relational ethics among Spanish adults. It may also be beneficial to assess whether the S-RES performs well in Spanish-speaking populations in cultures other than Spain to determine whether language or cultural values are most salient in the instrument's assessment of relational ethics.

Beyond future cross-cultural research (both in English and Spanish), further scale development could refine the instrument to more clearly distinguish the types of horizontal relationships measured (e.g., sibling versus friend versus spouse). We suggest that the horizontal dimension questions, at this point, be reduced to questions pertaining to coupling or marital relationships. This would allow researchers to specifically examine which particular items apply to the couple relationships.

Additionally, findings showed associations between mental health conditions and relational ethics. Future research might examine the malleability of relational ethics in clinical settings to determine whether relational ethics might be an intervention target, potentially leading to the prevention of negative mental health symptoms.

Future research could use the S-RES to examine the relationships between relational ethics and other psychological and relational variables that may be influenced by the existing relational dynamics of trust, justice, entitlement, and loyalty, such as couples' communication styles, sexual satisfaction, intimacy, infidelity, commitment, or money management.

Finally, supplemental qualitative data may shed light on the complex ways relational ethics emerge in couple or family interactions, and these data may help further develop this instrument and explain discrepancies found in the six subscale dimensions. Moreover, qualitative methods could be specifically responsive to defining the senses and connotations that relational ethics and particular S-RES items have for people of varied ethnic and cultural groups.

5.5. CONCLUSIONS

Despite the motivation for clinical therapists to foster methods to satisfactorily cover several aspects of individual and family functioning within diverse cultures, it is still very common and prevalent to use mainstream or Western instruments and methods to comprehend and assess minority individuals and families (Lam & Chan-So, 2015).

We stress that developing culturally relevant, responsive, and properly translated clinical materials is a matter of right and ethical clinical practice as well as fundamental to the effective and successful practice of any contemporary model of family therapy. This is especially true when attending to clients who do not speak the dominant language or are non-English speaking. When these practices are not put in place, it obstructs their clinical effectiveness and client's results (Suarez-Morales et al., 2007). Having readily accessible, culturally appropriate, and accurately translated materials "is a crucial first step in offering ethical and culturally responsive family therapy" (Bermúdez et al., 2019, p. 311).

This study presents the adaptation and validation of the S-RES, a version of the RES that can be used with Spanish adults to assess relational ethics. The final instrument assesses both vertical and horizontal relational ethics dimensions with strong psychometric properties, including excellent reliability and convergent validity. The findings suggest the S-RES is a promising instrument for the assessment of relational ethics, as conceptualized in contextual theory, in Spanish samples.

CHAPTER 6

STUDY 2

STUDY 2

6.1. THE CURRENT STUDY

As we have explained, Study 1 consisted of translating, adapting, and validating the Relational Ethics Scale (Hargrave et al., 1991) for the Spanish population. Having a Spanish version of this scale is of great assistance to psychotherapists, because, in conjunction with other tools, the S-RES, for instance, enables developing an evaluation process before designing and implementing the therapeutic intervention (either from the framework of family therapy or from that of other theoretical models or perspectives, as we have duly argued earlier). After concluding an explanation of the work performed for Study 1, we will now describe the second study that makes up this dissertation. Its main objective is to analyze the link between the constructs of *relational ethics* and *differentiation of Self*.

We wish to explicitly state that even as we set out the design and its corresponding objectives, our purpose was to analyze the connection between relational ethics and differentiation of self, as well as to compare these variables in clinical and non-clinical populations. In making our first approach, we aimed to assess the construct validity of the RES as adapted to the Spanish population (i.e., the S-RES), by using the Spanish Differentiation of Self Inventory (S-DSI; Rodríguez-González et al., 2015), and we confirmed there was a significant correspondence between both constructs. Also, we found remarkable differences even in general population samples among participants who had self-referred as “clinical population”¹⁵⁹ versus those who had not. This second element ratified our interest in exploring these issues in greater depth through the study of a strictly clinical sample. We believed that performing further analysis with a more homogeneous and representative sample would enable us to firmly confirm the hypotheses posed.

Examining the relation between these two concepts entails exploring a connection not studied to date, but it also implies linking the two theoretical frameworks from which they are derived, two classic theories in the field of family therapy. In other words, this would be a first empirical approach to a question about the connection between two family therapy models that to date have functioned as theoretical islets, each determined by its theoretical basis, with unique perspectives,

¹⁵⁹ Those who had answered in the affirmative, on the ad hoc questionnaire, that they were attending or were currently an inpatient (at the time of answering the questionnaires) at any mental health care facility or unit.

methods, and techniques.

We also think this investigation might contribute to increase research about both models, particularly in terms of the relational ethics construct, thereby providing new resources to develop a lens through which contextual theory and therapy encompass relational dynamics and evaluate their wholeness, jointly with their adaptation and functional capability.

Moreover, we believe this study will trigger deliberation concerning the utilization of the relational ethics scale. Regardless of the results obtained, whether its current factorial structure is confirmed or not, or if a new one is suggested, this work will provide more information about its validity, dependability, and clinical utility. We anticipate all this information will be extremely valuable to promote future research.

We have introduced the objectives and hypotheses, and now we will provide a summary of the research methodology used. This section of the dissertation begins by presenting the research design, followed by an explanation of the characteristics of the sample, the inclusion and exclusion criteria, as well as the selection process. Thereafter, we put forward the assessment tools used, the procedure implemented, the analysis performed, and the results obtained. Lastly, we submit the discussion and conclusions.

6.2. METHODS

6.2.1. Design of the Study

Following a bibliographic review of the research status in contextual therapy, particularly in the relational ethics construct and in related lines of study, initial research questions arose, which were reviewed by the dissertation director and co-director. After this process, the objectives, hypotheses, and research design were developed. The study pursued a quantitative methodology with a cross-sectional design and two study groups that were recruited under two different contexts (clinical/non-clinical). Due to the sample size obtained (medium-high), we were able to perform multivariate data analysis adjusted for confounding factors (general standard 10 subjects/variable), indicating statistical power in all models (Hosmer & Sturdivant, 2013). We elaborate on this below.

6.2.2. Sample and Recruitment

In order to determine the sample size required for the validity tests, the instructions established in *Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments* (COSMIN) (Mokkink et al., 2010) the *Standards for Educational and Psychological Testing* (American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council of Measurement in Education, 2014) and expert opinions (Streiner et al., 2015) were followed.

This is a non-interventional study in which participation was voluntary, informed, anonymous and without compensation for participants.

For this second study, two study groups were involved: one corresponded to a non-clinical sample (N = 1230) and the other to a clinical one (N = 241).

In the non-clinical sample, most participants were female (80%; $n = 984$; versus male 20%, $n = 246$), the median age was 42.2 ($SD = 0.36$), and it included a high degree of variability, with a minimum age of 18 and a maximum of 86. 91.2% of the participants were between 26 and 86 years of age. Regarding the clinical sample, gender distribution was more consistent with 55.6% female ($n = 134$) versus 44.4% male ($n = 107$). The median age was 42.9 with a standard deviation of 0.83. In this case, the sample also involved a variable distribution with a range of 18 to 86 years of age.

Table 1 shows the sociodemographic characteristics of the two groups studied. To determine whether each participant who completed the form should be included or not, we established inclusion and exclusion criteria both for the non-clinical population group and the clinical one (see Figure 1). We can see that these inclusion and exclusion criteria are the same for both groups, except for one (which in the end determined the configuration of the clinical sample); these are: (1) participants had to confirm a perfect understanding of Spanish and (2) being older than 18.

Following, we include a figure with both criteria in more detail:

Figure 1. *Inclusion and exclusion criteria.*

Non-clinical sample	Clinical sample
<p>Inclusion criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Understanding Spanish and being of legal age (older than 18) 	<p>Inclusion criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Being of legal age (older than 18) - Attending or currently being an inpatient (at the time of answering the questionnaires) at any mental health care facility or unit
<p>Exclusion criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inability to understand and/or mental retardation. - Not fully answering the instruments or not being able to act according to the application protocols of the study. - Attending or currently being an inpatient (at the time the questionnaires are answered) at any mental health care facility or unit. 	<p>Exclusion criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inability to understand and/or mental retardation. - Not fully answering the instruments or not being able to act according to the application protocols of the study.

To identify subjects who belonged in the clinical sample, the following question was added to the ad hoc questionnaire: **“Are you currently attending or are you an inpatient at any mental health care unit? Yes / No. If your answer is yes, please specify where:_____.”**

In order to carry out the study and fulfill the objectives determined, we needed to obtain two differentiated samples, one without an objectifiable mental diagnosis and a second sample with an objectifiable mental diagnosis. Next, we will explain how we gathered each sample and what the data collection procedure was for each one, as we had to resort to different strategies to recruit each type of participant.

Non-clinical Sample

To recruit the non-clinical sample, strategic non-probability or convenience sampling and snowball sampling were performed. Sample recruitment began

through requests to the neighboring general population, and by sending invitations to complete the questionnaire online to people located in various autonomous communities of Spain. A total of 1348 subjects completed the questionnaire online and it took them an average of 11 minutes.

Also, given accessibility to a population (the author is a tenured university professor), we were able to recruit undergraduate students from a university in Catalonia, who completed written questionnaires ($n = 249$). The protocol and survey were reviewed and approved by a University Institutional Review Board (see Annex A for a sample letter addressed to university directors and signed authorization.)

By adding the results acquired through both procedures, we obtained an initial non-clinical sample total of 1597 participants.

Clinical Sample

The selection of the clinical sample was performed through strategic non-probability or convenience sampling. After the three Ethics Committees for Clinical Research (corresponding to the three psychiatric and psychological care centers in the province of Barcelona) reviewed the research project, the data collection protocol, and the corresponding questionnaires, the appropriate collaboration agreements for research (see approval letters in the annex F) were made. This sample group was made up of people who were outpatients of adult mental health care centers, day hospitals, and hospital admission units (particularly subacute care units) of the following institutions: *Hospital Universitario Mutua de Terrassa*, *Hospital-Consorcio Sanitario*, *Servicios-Unidades de Psicología y Psiquiatría de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*.

For this sample, the surveys were exclusively completed in writing ($n = 468$). It is important to point out that part of this sample is derived from people who completed the questionnaire online and affirmatively answered the question used to sort the clinical sample from the non-clinical one and were therefore “transferred” to the clinical sample.

Following is a graphic representation of the procedure used to collect the sample for each study population. We started out with an initial sample and after applying the different filters, a final total sample was formed for each of the two study groups.

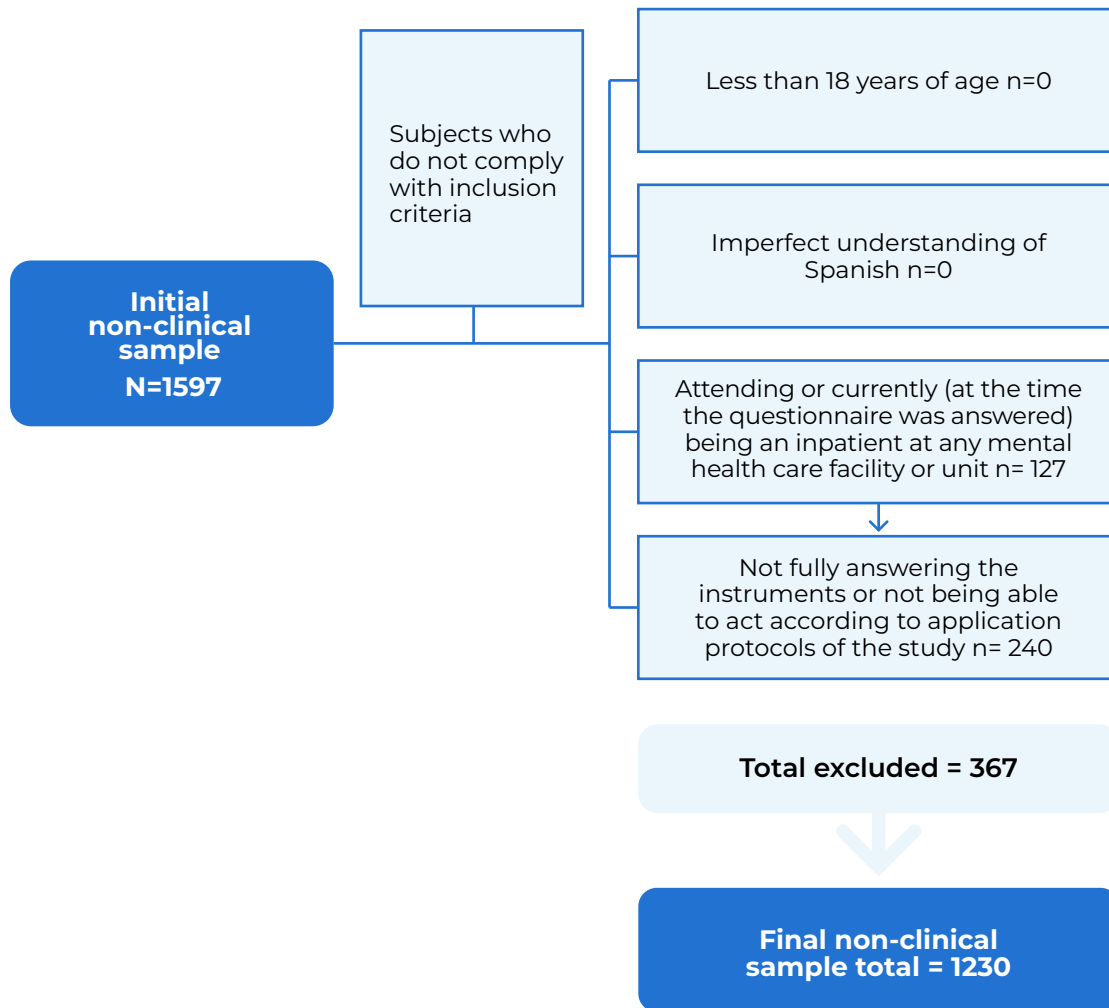
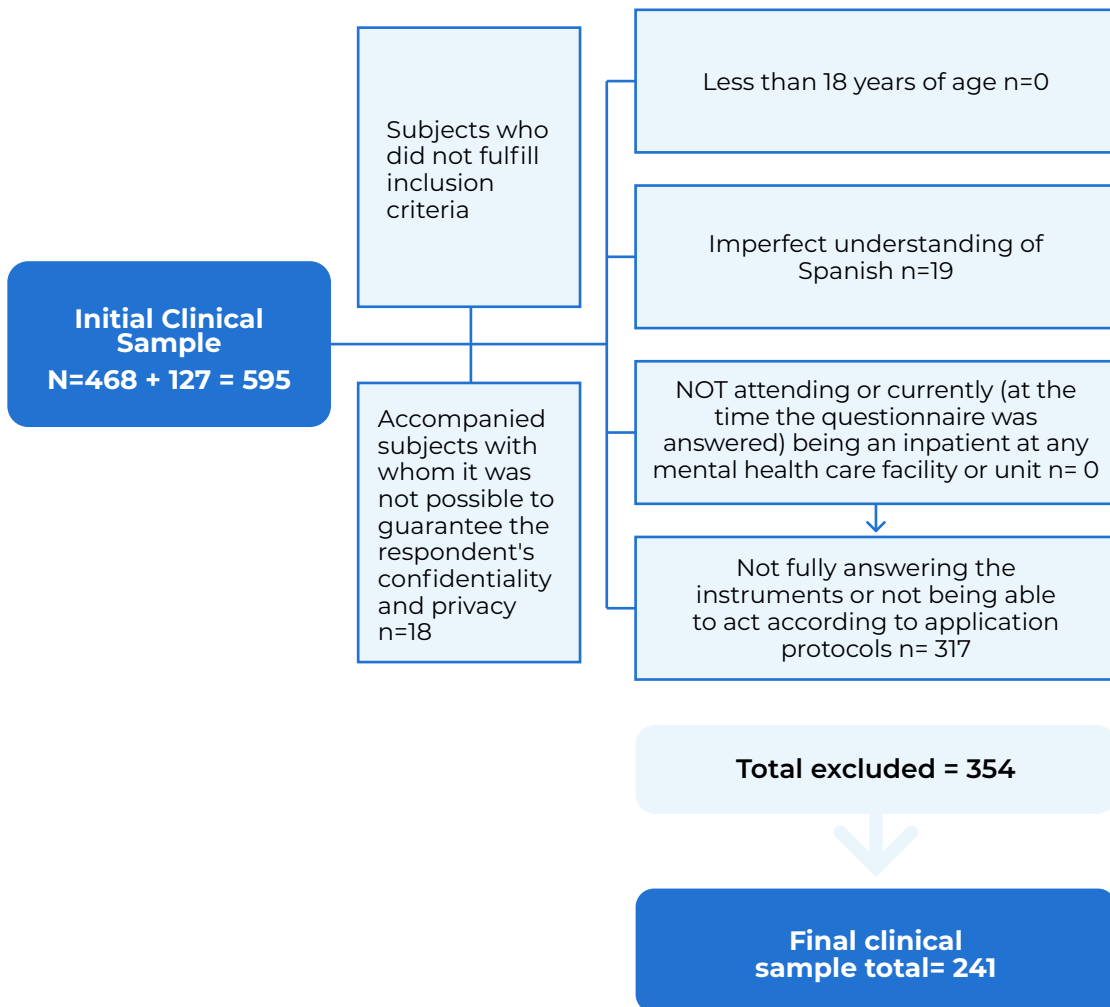
Figure 2. Collecting procedure for non-clinical population

Figure 3. Collecting procedure for clinical population



As you can see in Figure 1, of the initial 1597 participants in the non-clinical sample, 240 were excluded because they did not fulfill the inclusion/exclusion requirements, while 127 were transferred to the clinical sample after having answered the screening question affirmatively¹⁶⁰. In the end, a total of 1230 subjects were included in the final non-clinical sample.

In terms of the clinical sample, once 127 people were transferred to the non-clinical sample, we began with a sample made up of 595 individuals, of whom 354 were excluded because of the inclusion and exclusion criteria. In sum, a total sample of 241 participants made up this sample.

¹⁶⁰ Are you currently attending or are you an inpatient at any mental health care facility? Yes / No. Please specify which one: _____.

6.2.3. Measures

The various instruments used to collect data for Study 2 are briefly described hereunder.

Ad-hoc Questionnaire to Collect Sociodemographic Data

With the purpose of collecting sociodemographic data of interest for the study (based on the needs and recommendations for future research acquired in the analyzed bibliographic review), we designed an ad-hoc questionnaire, with a self-reported format, in which we requested gender, age, education level, marital status, partner stability, among others. This form also included information regarding the person's psychological adjustment, but we approached the subject indirectly, assessing the issue by inquiring if the person attends an intermediate mental health unit, rather than asking directly if a diagnosis exists. We considered that if indeed the participant was currently attending or was an inpatient at a mental health facility, this "ensured" (given the very inclusion criteria of such facilities) the existence of a clinical diagnosis and therefore, a psychological imbalance. We made use of the literature and evidence consulted rather than a specific diagnosis (we would have had to ask the person directly, generating perhaps an awkward and uncomfortable situation, either due, for instance, to the type of question or the difficulty in obtaining a response because of the patient's scarce "awareness"¹⁶¹ of the illness, willingness to provide such information, the existence of multiple diagnoses, etc.).

The identification question depends on whether there is a psychological imbalance (comprising several nosologic entities) or not, which, depending on its intensity, might prevent subjects from carrying out everyday activities with enough functional capability to consider they are adapted and adjusted to their environment, and must, therefore, be cared for at one or more mental health facilities of the psychological and social network. The questionnaire is found in annex G.

Spanish Relational Ethics Scale (S-RES)

Since this tool is explained in detail in Chapter 2 and Study 1, here we will only describe its most relevant characteristics to provide the reader with a reminder

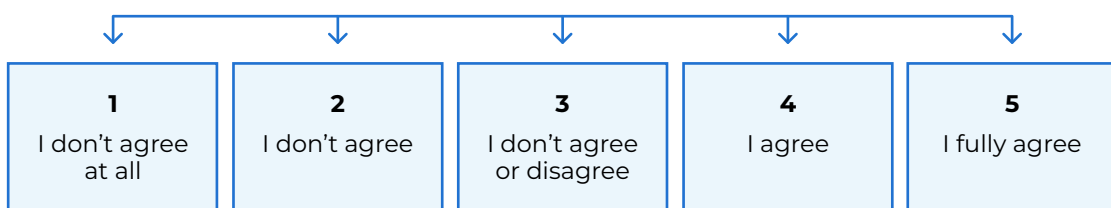
¹⁶¹ This term is within quotation marks on account of the controversy involving the use of this word in the field of mental health; however, this is not the appropriate place to address such issue.

without having to refer to previous pages.

As we explained in Study 1, Rived-Ocaña et al.(2020) adapted this tool to the Spanish population; study results suggest that: (a) the new two-factor structure of the S-RES is appropriate to demonstrate item variance; (b) the discriminative capacity of items is within an adequate range, and (c) the reliability level is good. Ultimately, the study performed (Rived-Ocaña et al., 2020) suggests that the S-RES is an adequate psychometric tool to explore relational ethics levels of the adult Spanish population, consistent with the framework of the contextual theory and the theoretical proposal of this construct provided by Boszormenyi-Nagy.

This self-informed questionnaire comprises 17 questions arranged in short phrases and expressed in the first person singular. These questions are derived from the two relational dimensions (vertical and horizontal). To answer the statements corresponding to the vertical dimension (items 1 to 10) participants had to bear in mind and remember the family with whom they lived during most of their childhood. On the other hand, the subsequent statements (11 to 17) refer to a subsisting relationship with a partner (> 6 months) or a past relationship that the test subject considered the most significant.

As we mentioned in Study 1, the values of the Likert-type scale comprise scores from 1 to 5.



The value of each item is added by taking into consideration that the scores of some (2, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 16) must be inverted. This way, a total is obtained, which may vary between 0 and 85 points, together with a result for each one of the dimensions (vertical dimension item summation 1-10 (0-50) and horizontal dimension item summation 11-17 (0-35)). The higher the score in the total scale or each dimension, the greater relational ethics are.

At present, this tool has been validated for use among a non-clinical population

and by subjects who are at least 21 years of age. The tool is administered individually. Drafting of the instructions and phrases is simple, whereby reading comprehension does not require an extra effort. Also, this allows for the test to be administered within less than 10 minutes, and it applies to a heterogeneous population.

The results obtained in the psychometric validation process of this scale suggest that some sociodemographic factors could be associated with certain variations in the S-RES scores. That is how, for instance, having a stable partner may be associated with higher scale numbers, while the ratings tend to decrease in people who are currently attending mental health care facilities, or those who have children. No changes were observed in individuals with lower education levels nor were there any significant differences in terms of gender or age (Rived-Ocaña et al., 2020).

Spanish Differentiation of Self Inventory (*S-DSI*: Rodríguez-González et al., 2015)

Because this instrument has been described several times throughout this dissertation (see *section 4.4.3* under theoretical foundation and *section instruments in Study 1*), here we will only provide a summary of its main characteristics.

The S-DSI is made up of 26 items, 13 of which belong to the *Emotional Reactivity* subscale and 13 to the *Emotional Cutoff* subscale. In its version for the population of the United States (Skowron & Smirth 2003), this scale includes two other dimensions referred to as the ability to assume an “I position” (*I-position*, IP subscale) and the degree of fusion in relationships with others (*Fusion with Others*, FO subscale).

All the S-DSI items have inverted scoring and the score is obtained by calculating the mean. This way, to get the total score, all items are added (after having inverted the count) and are divided by 26, or subscale items are added and divided by 13. The total score of the scale ranges between 26 and 156 points. Lower scores in the total scale or each subscale necessarily convey a lower degree of self-differentiation, and therefore, higher emotional reactivity and emotional cutoff. Likewise, the lower the score in the ER and EC subscales, the higher mismanagement and the variables of emotional reactivity and emotional cutoff are.

The authors of the original scale (Skowron & Friedlander, 1998; Skowron & Schmitt, 2003) and of its adaptation into Spanish (Rodríguez-González et al., 2015) do not indicate any cut-off points or scores below which there are poor self-differentiation levels. Keeping this notion in mind and following the recommendations made by

Bowen (1978) regarding diagnostic, health and illness issues based on differentiation levels, it is ill-advised to use the scores obtained on this inventory to identify psychological disorders or foster clinical diagnosis.

In general, the S-DSI has shown reliability and satisfactory construct validity, obtaining internal consistency indexes of .85 for the full scale and .84 and .78 for the emotional reactivity and emotional cutoff subscales, respectively.

Given certain demographic variables analyzed during the S-DSI validation, we wish to highlight that no significant differences have been found in terms of the scores obtained by diverse age groups, but there is a negative correlation between the EC index and age. Therefore, in the validation study sample for the Spanish population (Rodríguez-González et al., 2015), the data suggests that the higher the age the lower the EC index is, meaning the degree of differentiation is also higher. Likewise, statistically significant gender differences were found both on the global scale (men have a higher self-differentiation) and on the Emotional Reactivity subscale, as women obtained lower scores (meaning lower Self-differentiation and higher Emotional Reactivity).

6.2.4. Procedures

To explain the data collection procedure, it is necessary to distinguish various instances as the sample for Study 2 is derived from several settings. To perform the second study, two types of samples were necessary, a clinical sample and a non-clinical one. It was therefore inevitable to follow two separate collection processes, both in terms of organization and operation and in rate and complexity.

Acquiring a clinical sample is a very comprehensive process. This was also compounded by the fact that the data collection process (of the non-clinical sample—those who responded in person—and of the clinical one) was carried out by the senior researcher and author of the dissertation.

As we have specified earlier, after obtaining the authorization and signature of the different centers that agreed to cooperate with the research, the subsequent data collection processes began. Below we provide details regarding the procedure followed to recruit the subjects included in each type of population (clinical and non-clinical).

Non-clinical sample

The non-clinical sample was collected by employing two procedures: (a) convenience sampling, resorting to a Catalan University and gathering student data in written questionnaires, and (b) through a “snowball-type” sampling procedure, using an e-mail as an invitation to fill out a questionnaire online.

Specifically, in the first procedure, a letter was sent to the director of a university center in Catalonia, explaining the objectives and main characteristics of the research. Once her confirmation was obtained, a meeting was organized with each degree coordinator (in Nursing and Occupational Therapy) to select the classes whose participation would be most suitable (in terms of several factors, such as age, schedules, size, etc.). Having selected the classes and agreed with the professors the most ideal date and time, the researcher went to those classrooms and requested the voluntary participation of the students. Questionnaires were administered collectively and completed individually during class hours, in groups of 30-60 people, in February and March 2018.

As we mentioned above, the second collection procedure consisted of sending out an invitation to complete the questionnaire online, seeking responses through a “snowball-type” procedure. Several initial participants were selected, as well as collectives and organizations (based on contacts familiar to the researcher, assessment of their availability, and characteristics consistent with the population of interest). In the invitation, participants were requested to resend the e-mail to other potential respondents once they had filled out the questionnaire. In an attempt to maximize the diversity and heterogeneity of the sample, they were asked to extend the invitation beyond their network of closest acquaintances. The procedure worked well, and the sample grew exponentially until a final sample of $N = 1597$ was obtained between March and May of 2018.

To administer the questionnaire online, we used a professional account of the data collection platform, SurveyMonkey. As in the written procedure, we endeavored to guarantee participant anonymity by avoiding to request any information that could identify them.

Clinical sample

Regarding the procedure used to collect the clinical sample, once the consents were obtained from the corresponding ethics committees of the different health care facilities, the researcher contacted the authorities of each health care service, center, or unit, to agree on a date and time for a study presentation meeting. The purpose of this initial contact was to inform of the design of the study, its objective, and the protocol to be followed. After the interviews, briefings with the staff in charge of each unit (mostly the morning shift) were carried out. The dates and times on which the researcher could attend to administer the research questionnaire were agreed upon. This process took place between July 2017 and July 2018.

Although the collection process for this sample required making certain specific adaptations or adjustments, the general procedure was as follows:

- Outpatient mental health care facilities (adult mental health care centers, for example): These are units where patients attend on an outpatient basis (Clinical Psychology and Psychiatry). In these cases, the researcher took advantage of the time in the waiting room to inform patients individually, asking them to participate while they waited to be attended. If they agreed voluntarily, the researcher provided them with the materials needed to answer (pen + writing board), as well as the corresponding questionnaires. If they were accompanied, they were asked to sit sufficiently apart to guarantee the secrecy and privacy of the respondent¹⁶². Between July 2017 and July 2018, the researcher went to these units an average of two days per week to collect the sample.
- Mental health care hospital services (day hospitals and subacute care facilities): At these units, the breaks between therapeutic activities were used, together with the intervals in which no activities or visits were scheduled, and there were, therefore, higher probabilities of collecting data from more users. Once the group of patients available at that time was gathered, the researcher briefly explained to them the purpose of the research, and that their participation in the study was voluntary and

¹⁶² When one or the other (usually the person not answering) did not acknowledge this request, and it was obvious and evident that the person was meddling either by asking, making comments, leaning over or prying, the researcher picked up the questionnaire after the respondent considered it complete, but did not include it in the data base, deeming it a sample loss. Based on this reason, a total of 18 cases were eliminated as shown in the diagram for the collection procedure among a clinical population (Fig. 3).

anonymous. Lastly, the importance of the study was highlighted to those who were willing to participate, and they were thanked in advance for their cooperation. Also, they were asked to raise their hand if they had any questions and were helped individually. During the process, the possibility of eyesight or reading problems was explored, and they were given the opportunity of interrupting their responses and/or leaving the room if needed.

In some cases, it was necessary to motivate some participants a little to involve them in the research, as, at times, their spirits were low, and there was almost a fear of being tested, not understanding the questions, or not knowing what to answer. However, in most cases, the inclination to participate was very positive. Many stated they liked the idea of being able to cooperate in a study that had to do with psychology and could contribute to better understand human suffering as well as develop potential therapeutic treatments/interventions. Every time a sufficient number of people were admitted to form a new group, the person in charge of the unit/service called the researcher to let her know she could come and administer the questionnaires. Administration sessions took place in relaxation or multipurpose rooms.

- Regarding the “adaptations or adjustments”, these basically had to do with: (a) allowing to answer the questionnaire at different times instead of all at once, as some patients complained of being tired; (b) reading a question out loud; some users had no glasses, couldn't read the print well, or had trouble reading; (c) having to explain the person-reference about whom the items in the horizontal dimension (items 11-17) refer to, and lastly, (d) at times it was necessary to offer some sort of emotional containment, as some participants became emotional thinking about their families.

At first, in calculating the sample required, we estimated that 20% of those invited/informed would decline to participate, but in the end, refusal to participate was around 6%¹⁶³. However, selection dynamics shifted throughout the process. At each of the hospital facilities, health care personnel agreed to identify and promote participation, particularly among patients who were more stable and had a higher degree of wellness. We also agreed not to call on those who were sleepy or

¹⁶³ Proposed 500, answered 468.

disoriented, which probably enabled us to screen and reduce the number of people who would have either refused to participate, or would have done so, but would not have been able to duly answer the questionnaires.

Both in outpatient facilities and hospital centers, once the questionnaires were completed, the researcher picked them up, and the data was entered into the database established *ad hoc*. As we will later explain, STATA software was used for the subsequent data analysis process. With the data obtained and the sample collection period closed (July 2018), the data of all participants (clinical and non-clinical sample) was codified to proceed to the next research phase: explore the results through the statistical analysis mentioned.

Variables

Concerning the variables analyzed, in annex H the reader will find all the variables that were used, as well as the criteria applied to perform the analyses.

6.2.5. Analyses

6.2.5.1. Analysis Plan

Here, we provide the results obtained and the corresponding statistical analysis. First, we show the sociodemographic and clinical data of the sample and the related study groups. Subsequently, we present the results derived from the data analysis based on the objectives determined at the beginning of the project.

The statistical analysis was performed on three levels.

a) Level 1 Tables: Describing and Comparing

First, the sociodemographic and clinical data of each sample are provided separately with a view of exploring the variables that have significant differences (SD) among the groups (Table 1). Next, we show the mean scores of the scales and we focus on those in which we find SD (clinical /non-clinical population) in terms of the items, the subscales, and the total score (Tables 2-4).

b) Level 2 Tables: Relating Differentiation of Self and relational ethics.

Then, we performed a correlation analysis between the S-DSI and S-RES scales and subscales (and some sociodemographic variables) to determine the sign of the

correlation (positive/negative) and its degree of significance (Tables 5-8).

Also, we performed bivariate comparisons among the clinical population (Tables 12-15) and the non-clinical one (tables 16-19) to analyze if there were score differences between the S-DSI and S-RES subjects in terms of specific sociodemographic variables (sex, age, gender, education, current partner and children) and if so, assess the significance of this difference.

c) Level 3 Tables: Predictions

Lastly, utilizing a multivariate analysis of bivariate comparisons (Tables 5-8) type 1 predictions were analyzed (tables 9-11) to explore if the V-RES and the H-RES / S-RES could predict the levels of differentiation of Self obtained in the S-DSI. Also, a logistic regression model was made to determine type 2 predictions (Table 20) for tables 12-19, with the purpose of predicting if a subject belonged to the control group or the clinical group based on these variables: S-DSI, S-RES, sex, education level, currently having a partner, and being unemployed.

6.2.5.2. Statistical Analysis

When calculating the score for each dimension, the subjects were considered to be missing cases if they didn't answer any item in the dimension in question. Missing cases were excluded from the corresponding analyses (see Figure 1 and Figure 2. Collection procedure of the clinical population and non-clinical population).

The comparisons between clinical individuals and non-clinical individuals with respect to categorical sociodemographic characteristics were performed using chi-square tests.

S-DSI and S-RES scores for the clinical and non-clinical samples were compared with independent sample t-tests.

Associations between dimensions of the S-DSI and the S-RES and socio-demographic characteristics of clinical individuals and non-clinical individuals were analysed using Spearman correlation analysis.

Multiple linear regression analyses were used to identify the potential independent associations between the S-DSI and the S-RES. S-DSI total score and each subscale scores were utilized individually as dependent variables, while dimensions of the S-RES and S-RES total were entered into independent models

as independent variables. Multicollinearity was not considered due to S-RES total did not enter into the same equation with V-RES and H-RES. All demographics characteristics were included as covariates in each model.

Comparisons of sociodemographic characteristics among the different subsamples (clinical and non-clinical) were then performed with t-student tests. Two-tailed tests were used in all analyses with a significance level set at .05.

We further assessed the effects size for all reported differences based on the Cohen's d coefficient for group mean differences (Cohen, 1992).

Finally, we carried out unconditional logistic regression to evaluate the association between going to a Mental Health Centre for treatment and S-DSI and S-RES total scores.

All analyses were performed using Stata V.12. P-values < .05 were considered statistically significant.

Below, the results of the analysis of the data obtained according to the objectives set at the beginning of the work are presented.

6.3. RESULTS

Table 1 shows socio-demographic characteristics separately for the 241 clinical individuals and the 1230 non-clinical individuals. There were significant differences between the two groups for all variables except for age and nationality.

The most common characteristics reported by the clinical individuals were being female (55.6%), older than 25 years (88.0%), of Spanish nationality (92.5%), without higher education (60.2%), unemployed (72.6%), neither married nor living with a domestic partner (79.7%), without a current couple (54.8%) and without children (59.7%). Among the non-clinical population, the majority of participants were women (80.0%), over 25 years old (91.2%), of Spanish nationality (91.8%), have a university level of education (74.2%), currently employed (78.0%), were not married nor did they living with a domestic partner (63.3%), currently had a partner (71.9%) and had no children (51.3%).

Table 1. Sociodemographic Characteristics of the two Study Groups

	N (%)		Statistics	
	<i>Clinical Sample</i> N=241	<i>Non-Clinical Sample</i> N=1230	χ^2	p^c
Sex				
Male	107(44.4)	246(20.0)		
Female	134(55.6)	984(80.0)	65.77	<0.001
Age				
18-25	29 (12.0)	108 (8.8)		
26-86	212 (88.0)	1122 (91.2)	2.52	0.11
Nationality				
Spanish	223 (92.5)	1129 (91.8)		
Other	18 (7.5)	101 (8.2)	0.15	0.70
Level of education				
Higher education	96 (39.8)	912 (74.2)		
Other ^a	145 (60.2)	318 (25.8)	110.00	<0.001
Unemployed				
No	66 (27.4)	959 (78.0)		
Yes	175 (72.6)	271 (22.0)	244.04	<0.001
Marital status				
Married/ Domestic partnership	49 (20.3)	451 (36.7)		
Other ^b	192 (79.7)	779 (63.3)	23.96	<0.001
Current partner				
No	132 (54.8)	346 (28.1)		
Yes	109 (45.2)	884 (71.9)	65.20	<0.001
Children				
No	144 (59.7)	631 (51.3)		
Yes	97 (40.3)	599 (48.7)	5.77	<0.05
^a No education, primary or secondary education.				
^b Single, widowed, separated or divorced.				
^c Chi-square p value				

Non-clinical group had significantly higher scores than clinical group on the all items of the S-DSI. The means of each item from S-DSI between the two groups were significantly different. The effect sizes are significantly different between the two groups for all twenty-six items, with effect sizes from 0.17 to 0.89 (as shown the Table 2).

Table 2. Comparison of S-DSI Items scores Between the two Groups

	Item	Clinical Sample		Non-Clinical Sample		Statistics		
		Mean	SD	Mean	SD	t ^a	d ^b	p ^c
1.	La gente suele decirme que soy excesivamente emocional	3.18	1.72	3.47	1.47	2.77	0.20	<.05
2.	Tengo dificultades para expresar mis sentimientos a las personas que me importan	3.55	1.87	4.22	1.58	5.80	0.41	<.001
3.	A menudo me siento inhibido cuando estoy con mi familia	3.92	1.81	4.64	1.46	6.78	0.48	<.001
4.	Cuando alguien cercano a mí me desilusiona, me alejo de él/ella por un tiempo	2.79	1.62	3.12	1.47	3.07	0.22	<.05
5.	Tiendo a distanciarme cuando la gente se acerca demasiado a mí	3.84	1.70	4.72	1.26	9.28	0.65	<.001
6.	Desearía no ser tan emocional	3.32	1.82	4.21	1.53	8.01	0.56	<.001
7.	Mi esposo/a o pareja no toleraría que expresase mis verdaderos sentimientos sobre algunas cosas	4.37	1.75	5.17	1.31	8.15	0.57	<.001
8.	A veces mis sentimientos me desbordan y tengo problemas para pensar con claridad	2.76	1.72	3.74	1.60	8.62	0.61	<.001
9.	Con frecuencia me siento incómodo/a cuando la gente se acerca demasiado (físicamente)	3.34	1.79	4.09	1.54	6.70	0.47	<.001
10.	A veces sufro muchos altibajos emocionales	2.71	1.67	4.08	1.54	12.45	0.88	<.001
11.	Estoy preocupado por perder mi independencia en las relaciones personales más cercanas	3.66	1.72	4.54	1.45	8.36	0.59	<.001
12.	Soy excesivamente sensible a la crítica	2.91	1.74	3.51	1.43	5.76	0.41	<.001
13.	Con frecuencia siento que mi esposo/a o pareja quiere demasiado de mí	3.84	1.69	4.49	1.40	6.38	0.45	<.001

14.	Si he tenido una discusión con mi esposo/a o pareja tiendo a pensar en ello todo el día	2.83	1.60	3.16	1.48	3.20	0.23	<.05
15.	Cuando una de mis relaciones personales es muy intensa siento la necesidad de alejarme	3.92	1.76	4.81	1.25	9.34	0.66	<.001
16.	Si alguien está enfadado/a o entristecido/a conmigo, no soy capaz de dejarlo pasar fácilmente	2.61	1.62	2.86	1.45	2.42	0.17	<.05
17.	Nunca consideraría acercarme a ninguno de los miembros de mi familia para buscar apoyo emocional	3.93	1.92	4.92	1.37	9.49	0.67	<.001
18.	Fácilmente soy herido por otros	3.28	1.83	4.19	1.39	8.82	0.62	<.001
19.	Cuando estoy con mi esposo/a o pareja normalmente me siento asfixiado	4.26	1.74	5.19	1.12	10.64	0.75	<.001
20.	Con frecuencia me pregunto sobre qué tipo de impresión creo	3.39	1.76	3.67	1.51	2.58	0.18	<.05
21.	Normalmente cuando las cosas van mal, hablar de ellas lo hace peor	3.97	1.82	5.14	1.20	12.57	0.89	<.001
22.	Vivo las cosas más intensamente que otros	3.01	1.72	3.44	1.43	4.06	0.29	<.001
23.	Si mi esposo/a o pareja me diese el espacio que necesito nuestra relación personal podría ser mejor	3.41	1.78	4.34	1.51	8.49	0.60	<.001
24.	Las discusiones con mis padres o hermanos/as aún consiguen hacerme sentir fatal	2.63	1.68	3.05	1.63	3.63	0.26	<.001
25.	A veces me encuentro físicamente mal después de discutir con mi esposo/a o pareja	2.77	1.75	3.45	1.57	6.00	0.42	<.001
26.	Me preocupa que la gente cercana a mí se ponga enferma, esté triste o enfadada o les pase algo	1.90	1.22	2.12	1.24	2.44	0.17	<.05
^a t student; degrees of freedom= 1469 ^b cohen's d corrected for uneven groups ^c p value								

Furthermore, the non-clinical group had significantly higher scores than clinical group on the all items of the S-RES, except for item 4, and group differences were not significant for this item only. The effect sizes ranged from 0.25 to 0.57 (Table 3).

Table 3. Comparison of S-RES Items Scores Between the two Groups

	Item	Clinical Sample		Non-Clinical Sample		Statistics		
		Mean	SD	Mean	SD	t^a	d^b	p^c
1.	Podía confiar en que mi familia buscaría lo que creía que era lo mejor para mí.	3.89	1.31	4.43	0.86	8.08	0.57	<.001
2.	Complacer a uno de mis padres a menudo comportaba disgustar al otro.	3.39	1.48	3.83	1.17	5.22	0.37	<.001
3.	Recibí por parte de mi familia el amor y el afecto que me merecía como niño/a.	3.57	1.45	4.08	1.09	6.23	0.44	<.001
4.	Pasase lo que pasase siempre estaba del lado de mi familia.	3.92	1.27	3.88	1.05	-0.52	-0.04	0.60
5.	En ocasiones, tenía la sensación de que yo no gustaba a uno de mis padres o a ambos.	3.17	1.60	3.63	1.39	4.58	0.32	<.001
6.	En mi familia todos recibimos amor y calidez por igual.	3.32	1.44	3.66	1.22	3.84	0.27	<.001
7.	A veces fui utilizado/a injustamente por mi familia.	3.45	1.48	3.91	1.29	4.97	0.35	<.001
8.	Sentía que mi vida estaba dominada por los deseos de mis padres.	3.21	1.50	3.63	1.22	4.66	0.33	<.001
9.	Los miembros de la familia estaban dispuestos a sacrificarse por ella.	3.51	1.23	3.77	1.01	3.52	0.25	<.001
10.	A menudo me sentía abandonado/a por mi familia.	3.45	1.54	3.99	1.21	5.99	0.42	<.001
11.	No confío en que esta persona proteja mis intereses.	3.44	1.43	4.02	1.07	7.21	0.51	<.001
12.	Esta persona está a mi lado tanto en los buenos como en los malos momentos.	3.70	1.37	4.21	0.98	6.89	0.49	<.001

13.	Esta persona y yo contribuimos de manera desigual a la relación.	2.90	1.46	3.47	1.24	6.29	0.44	<.001
14.	Tenemos una relación de igual a igual.	3.47	1.47	3.96	1.07	6.04	0.43	<.001
15.	Damos lo mejor de nosotros mismos para beneficiarnos mutuamente.	3.46	1.34	3.92	1.00	6.04	0.43	<.001
16.	En esta relación se me ignora o se me trata injustamente.	3.73	1.45	4.27	1.01	7.03	0.50	<.001
17.	Esta persona me escucha y valora mis opiniones.	3.70	1.33	4.15	0.94	6.29	0.44	<.001
^a t student; degrees of freedom= 1469 ^b cohen's d corrected for uneven groups ^c p value								

Non-clinical group had significantly higher scores than clinical group on the S-DSI global, and ER and EC subscales. The means of all dimension and total score from S-DSI and S-RES between the two groups were significantly different ($p > .001$). The effect sizes for all dimensions and global scores were moderate and high, ranging from 0.45 to 1.03 (Table 4).

Table 4. Comparison of S-DSI and S-RES Scores Between the two Groups

	Scales and subscales	Clinical Sample		Non-Clinical Sample		Statistics		
		Mean	SD	Mean	SD	t ^a	d ^b	p ^c
1.	Emotional reactivity (ER)	2.87	1.04	3.46	0.87	9.31	0.66	<.001
2.	Emotional cutoff (EC)	3.75	0.98	4.57	0.74	14.65	1.03	<.001
3.	Total S-DSI	3.31	0.88	4.01	0.68	13.96	0.98	<.001
4.	Vertical Relationships (V-RES)	34.87	9.70	38.8	7.84	6.85	0.48	<.001
5.	Horizontal Relationships (H-RES)	24.41	7.19	28.00	5.67	8.56	0.45	<.001
6.	Total S-RES	59.27	13.84	66.80	11.20	9.15	0.65	<.001
^a t student; degrees of freedom= 1469 ^b cohen's d corrected for uneven groups ^c p value								

Table 5 shows the correlations between S-DSI and S-RES dimensions and total scores in the clinical group. S-DSI and S-RES total scores had a positive, moderate and significant correlation ($r = .427, p < .001$). In addition, we analysed correlations between the main dimensions within each instrument. Within the S-DSI, ER and EC had a significant moderate correlation ($r = .507, p < .001$). Within the S-RES, V-RES and H-RES had a significant but low correlation ($r = .326, p < .01$). On the other hand, it was observed that the correlations between the dimensions of the S-DSI and those of the S-RES were low ($r_s = .22 - .40$). It should be noted that the magnitudes were greater between the two dimensions of the S-RES and the Emotional Cut (EC) compared to the Emotional Reactivity (RE) (Table 5).

Table 5. Correlations Between S-DSI and S-RES Scores in Clinical Group

	1	2	3	4	5	6
1. Emotional reactivity (ER)	-					
2. Emotional cutoff (EC)	.507***	-				
3. Total S-DSI	.875***	.861***	-			
4. Vertical Relationships (V-RES)	.218***	.386***	.345***	-		
5. Horizontal Relationships (H-RES)	.224***	.398***	.356***	.326**	-	
6. Total S-RES	.269***	.478***	.427***	.871***	.749***	-

Note. Pearson correlations. S-DSI= Spanish Differentiation of Self Inventory. S-RES = Spanish Relational Ethics Scale
** $p < .01$. *** $p < .001$.

Among the non-clinical population, a significant correlation was observed between the overall scores of the S-DSI and the S-RES, which was of low magnitude ($r = .397, p < .001$). In addition, a significant correlation was found between the dimensions within each instrument. Among the dimensions of the S-DSI the correlation was positive ($r = .405; p < .001$). Among the dimensions of the S-RES the correlation was positive and low ($r = .359; p < .01$). It was also observed that the two dimensions of the S-RES correlated positively with the dimensions of the S-DSI, with low and moderate magnitudes ($r_s = .16 - .44$). Similar to the clinical population, the magnitudes were greater between the two dimensions of the S-RES and Emotional Cut Off (EC) relative to Emotional Reactivity (RE) (Table 6).

Table 6. Correlations Between S-DSI and S-RES Scores in Non-Clinical Group

	1	2	3	4	5	6
1. Emotional reactivity (ER)	-					
2. Emotional cutoff (EC)	.405***	-				
3. Total S-DSI	.865***	.809***	-			
4. Vertical Relationships (V-RES)	.163***	.351***	.298***	-		
5. Horizontal Relationships (H-RES)	.206***	.439***	.374***	.359**	-	
6. Total S-RES	.219***	.468***	.397***	.881***	.757***	-

Note. Pearson correlations. S-DSI = Spanish Differentiation of Self Inventory. S-RES = Spanish Relational Ethics Scale
** $p < .01$. *** $p < .001$.

The correlations between S-DSI and demographic characteristics (sex, age, having a current couple and having children) are presented for the total sample. Having a current couple correlated positively with the total S-DSI scores ($r = .185$, $p < .001$), but the magnitude was very low. Sex, age and having children were not significantly correlated with the S-DSI or subscale dimensions. Regarding the correlations observed for each dimension, a minimal negative correlation was found between emotional reactivity and sex ($r_s = -.111$, $p < .001$). We also found minimal and positive correlations between reactivity (RE) and the variables age ($r = .061$, $p < .001$) and currently having a partner ($r = .081$, $p < .001$). Regarding emotional cutoff (EC), sex ($r = .159$, $p < .001$) and having children ($r = .055$, $p > .05$) showed positive correlations of minimum magnitude, and having a partner currently was positively correlated with EC but with a low magnitude ($r = .245$, $p < .001$) (Table 7).

Table 7. Correlations Between S-DSI Scores and Demographic Characteristics

	1	2	3	4	5	6	7
1. Emotional reactivity (ER)	-						
2. Emotional cutoff (EC)	.473***	-					
3. Total S-DSI	.872***	.844***	-				
4. Sex	-.111***	.159***	.021	-			
5. Age	.061*	.022	.049	-.157	-		
6. Current partner	.081**	.245***	.185***	.055*	.157***	-	
7. Children	.028	.055*	.048	0.042	.285***	.320***	-

Note. Pearson correlations. S-DSI = Spanish Differentiation of Self Inventory.
* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

The correlations between S-RES scores and demographic characteristics in the total sample are shown in Table 8. Current couple status correlated positively with each of S-RES dimensions (V-RES $r = .070$, $p < .01$; H-RES $r = .379$, $p < .001$) and the total S-RES score ($r = .241$, $p < .001$). However, negative correlations of minimal magnitude were found with respect to have children (r s = $-.09$ – $-.12$). Sex and age did not significantly correlate with any dimension of the S-RES.

Table 8. Correlation Between S-RES Scores and Demographic Characteristics

	1	2	3	4	5	6	7
1. Vertical Relationships (V-RES)	-						
2. Horizontal Relationships (H-RES)	.376***	-					
3. Total S-RES	.882***	.768***	-				
4. Sex	.017	.040	.032	-			
5. Age	-.051	-.009	-.040	-.021	-		
6. Current partner	.070**	.379***	.241***	.055*	.157***	-	
7. Children	-.103***	-.091***	-.118***	.042	.285***	.320***	-

Note. Pearson correlations. S-RES = Spanish Relational Ethics Scale
* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

To examine associations between S-DSI scores and S-RES total and subscale scores in the total sample, multiple regressions were run controlling for sex, age, nationality, level of education, civil status, employment, current couple status, and endorsement of having children. The two S-RES subscales and the S-RES total scores were entered by separate into different models. Overall, higher scores on the S-RES dimensions and total S-RES were associated with higher levels of all S-DSI subscales scores and the global score, when controlling for socio demographic characteristics (Tables 9, 10 and 11).

Table 9. Multiple Regression Analysis with S-DSI-ER as Dependent Variable and Demographic and S-RES Domains as Predictors

		Predictor	Beta	95% CI	p
Model 1					
S-DSI-ER	Adjusted $R^2 = .12$;	S-RES-V	0.02	0.01, 0.02	< .001
Emotional reactivity ^a	$F(10, 1460) = 20.83$;	S-RES-H	0.03	0.02, 0.04	< .001
	$p < .001$				
Model 2					
S-DSI-ER	Adjusted $R^2 = .12$;	S-RES-total	0.02	0.02, 0.03	< .001
Emotional reactivity ^a	$F(9, 1461) = 22.04$;				
	$p < .001$				

^aSex, age, nationality, level of education, marital status, employment, current partner and children were entered as covariates in each model.

Table 10. Multiple Regression Analysis with S-DSI-EC as Dependent Variable and Demographic and S-RES Domains as Predictors

		Predictor	Beta	95% CI	p
Model 1					
S-DSI-EC	Adjusted $R^2 = .32$;	S-RES-V	0.03	0.02, 0.03	< .001
Emotional cutoff ^a	$F(10, 1460) = 70.81$;	S-RES-H	0.05	0.04, 0.05	< .001
	$p < .001$				
Model 2					
S-DSI-EC	Adjusted $R^2 = .31$;	S-RES-total	0.03	0.03, 0.04	< .001
Emotional cutoff ^a	$F(9, 1461) = 75.82$;				
	$p < .001$				

^aSex, age, nationality, level of education, marital status, employment, current partner and children were entered as covariates in each model.

Table 11. Multiple Regression Analysis with S-DSI total as Dependent Variable and Demographic and S-RES Domains as Predictors

		Predictor	Beta	95% CI	p
Model 1					
S-DSI	Adjusted $R^2 = .24$;	S-RES-V	0.21	0.02, 0.03	< .001
Total scores ^a	$F(10, 1460) = 48.43$	S-RES-H	0.04	0.03, 0.05	< .001
	$p < .001$				
Model 2					
S-DSI	Adjusted $R^2 = .24$;	S-RES-total	0.03	0.02, 0.03	< .001
Total scores ^a	$F(9, 1461) = 51.30$;				
	$p < .001$				
^a Sex, age, nationality, level of education, marital status, employment, current partner and children were entered as covariates in each model.					

Next, differences in self-differentiation and relational ethics were evaluated, both globally and in each instrument's respective dimensions, based on key sociodemographic variables (sex, age, having a partner today and having sons). The results for the clinical and non-clinical population are presented below, separately:

For individuals in the clinical sample, men had higher ER scores ($M = 3.15$, $SD = 1.04$) relative to women ($M = 2.65$, $SD = .98$), ($t = 3.81$, $p < 0.001$, $d = 0.50$; Table 12) and participants who were older than 25 years had lower V-RES scores ($M = 34.40$, $SD = 0.66$) relative to participants younger than 25 years of age ($M = 38.28$, $SD = 10.42$) ($t = 2.03$, $p < 0.05$, $d = 0.40$; Table 13). Individuals in a current couple relationship had higher H-RES ($M = 29.26$, $SD = 4.84$) and total S-RES scores ($M = 61.50$, $SD = 13.30$) relative to individual not in a current couple relationships ($t = -13.38$, $p < 0.001$, $d = -0.69$, and $t = -2.29$, $p < 0.05$, $d = -0.30$, respectively; Table 14). No differences were found with respect to having children (Table 15).

Table 12. *The Distribution of S-DSI and S-RES Scores of Clinical Sample According to Sex*

Clinical Sample							
	Sex				Statistics		
	Men		Women		Independent t-test		
	Mean	SD	Mean	SD	t	d	p ^c
Emotional reactivity (ER)	3.15	1.04	2.65	0.98	3.81	0.50	<0.001
Emotional cutoff (EC)	3.65	0.97	3.83	1.00	-1.40	-0.18	0.16
Total S-DSI	3.40	0.90	3.24	0.86	1.40	0.18	0.16
Vertical Relationships (V-RES)	35.08	9.88	34.69	9.60	0.31	0.53	0.76
Horizontal Relationships (H-RES)	24.64	6.68	24.22	7.60	0.44	0.06	0.66
Total S-RES	59.72	13.85	58.92	13.88	0.45	0.06	0.66

^a t student; degrees of freedom= 239
^b cohen's d corrected for uneven groups
^c p value

Table 13. *The Distribution of S-DSI and S-RES Scores of Clinical Sample According to Age*

Clinical Sample							
	Age				Statistics		
	≤ 25		> 25		Independent t-test		
	Mean	SD	Mean	SD	t	d	p ^c
Emotional reactivity (ER)	2.96	1.13	2.86	1.03	0.52	0.10	0.60
Emotional cutoff (EC)	4.05	0.89	3.71	1.00	1.70	0.33	0.09
Total S-DSI	3.50	0.88	3.29	0.88	1.26	0.25	0.21
Vertical Relationships (V-RES)	38.28	10.42	34.40	0.66	2.03	0.40	<0.05
Horizontal Relationships (H-RES)	24.62	7.17	24.38	7.21	0.17	0.03	0.86
Total S-RES	62.90	14.33	58.78	13.73	1.51	0.29	0.13

^a t student; degrees of freedom= 239
^b cohen's d corrected for uneven groups
^c p value

Table 14. *The Distribution of S-DSI and S-RES Scores of Clinical Sample According to Current Partner*

Clinical Sample							
	Current couple				Statistics		
	No		Yes		Independent t-test		
	Mean	SD	Mean	SD	t	d	p ^c
Emotional reactivity (ER)	2.98	0.09	2.74	0.99	1.79	0.23	0.07
Emotional cutoff (EC)	3.65	0.98	3.88	0.99	-1.73	-0.22	0.08
Total S-DSI	3.32	0.91	3.31	0.84	0.08	0.01	0.93
Vertical Relationships (V-RES)	35.15	9.65	34.52	9.81	0.49	0.06	0.61
Horizontal Relationships (H-RES)	24.76	6.32	29.26	4.84	-13.38	-0.69	<0.001
Total S-RES	57.43	14.06	61.50	13.30	-2.29	-0.30	<0.05

^a t student; degrees of freedom= 239
^b cohen's d corrected for uneven groups
^c p value

Table 15. *The Distribution of S-DSI and S-RES Scores of Clinical Sample According to Have Children*

Clinical Sample							
	Have children				Statistics		
	No		Yes		Independent t-test		
	Mean	SD	Mean	SD	t	d	p ^c
Emotional reactivity (ER)	2.94	1.08	2.76	0.97	1.33	0.18	0.19
Emotional cutoff (EC)	3.79	0.98	3.71	1.01	0.59	0.08	0.56
Total S-DSI	3.36	0.88	3.24	0.87	1.11	0.15	0.27
Vertical Relationships (V-RES)	35.51	9.93	33.91	9.33	1.26	0.17	0.21
Horizontal Relationships (H-RES)	24.87	6.91	23.72	7.58	1.21	0.16	0.23
Total S-RES	60.38	13.79	57.63	13.82	1.52	0.20	0.13

^a t student; degrees of freedom= 239
^b cohen's d corrected for uneven groups
^c p value

In the sample of non-clinical individuals, men had lower ER scores ($M = 3.72$, $SD = 0.76$) relative to women ($M = 3.39$, $SD = 0.88$) ($t = 5.26$, $p < 0.001$, $d = 0.38$), and higher EC scores ($M = 4.43$, $SD = 0.78$ and $t = -3.23$, $p < 0.05$, $d = -0.23$; Table 16) and participants who were older than 25 years had higher ER ($t = -2.64$, $p < 0.05$, $d = -0.27$), and total S-DSI scores ($t = -2.64$, $p < 0.05$, $d = -0.27$, and $t = -2.52$, $p < 0.05$, $d = -0.25$, respectively; Table 17) relative to participants who were younger than 25 years of age. Individuals who reported being in a current couple relationship had higher ER scores ($t = -2.48$, $p < 0.05$, $d = -0.16$; Table 18), EC ($t = -7.45$, $p < 0.001$, $d = -0.47$; Table 18), total S-DSI ($t = -5.66$, $p < 0.001$, $d = -0.36$; Table 18), H-RES scores ($t = -13.38$, $p < 0.001$, $d = -0.84$; Table 18) and total S-RES scores ($t = -7.79$, $p < 0.001$, $d = -0.49$; Table 18). Finally, we observed that individuals with children had lower V-RES ($t = 4.43$, $p < 0.001$, $d = 0.25$; Table 19), H-RES ($t = 4.06$, $p < 0.001$, $d = 0.23$; Table 19) and total S-RES scores ($t = 5.17$, $p < 0.001$, $d = 0.30$; Table 19) relative to participants who did not have children.

Table 16. *The Distribution of S-DSI and S-RES Scores of Non-clinical Sample According to Sex*

Non-Clinical Sample							
	Sex				Statistics		
	Men		Women		Independent t-test		
	Mean	SD	Mean	SD	t	d	p ^c
Emotional reactivity (ER)	3.72	0.76	3.39	0.88	5.26	0.38	<0.001
Emotional cutoff (EC)	4.43	0.78	4.60	0.73	-3.23	-0.23	<0.05
Total S-DSI	4.07	0.67	4.00	0.68	1.58	0.11	0.11
Vertical Relationships (V-RES)	39.14	7.47	38.73	7.84	0.74	0.53	0.46
Horizontal Relationships (H-RES)	27.98	5.19	27.99	5.67	-0.04	-0.00	0.97
Total S-RES	67.12	10.91	66.72	11.28	0.50	0.04	0.62
^a t student; degrees of freedom= 1228 ^b cohen's d corrected for uneven groups ^c p value							

Table 17. *The Distribution of S-DSI and S-RES Scores of Non-Clinical Sample According to Age*

Non-Clinical Sample							
	Age				Statistics		
	≤ 25		> 25		Independent t-test		
	Mean	SD	Mean	SD	t	d	p ^c
Emotional reactivity (ER)	3.25	0.85	3.48	0.87	-2.64	-0.27	<0.05
Emotional cutoff (EC)	4.47	0.71	4.58	0.75	-1.50	-0.15	0.13
Total S-DSI	3.85	0.64	4.03	0.68	-2.52	-0.25	<0.05
Vertical Relationships (V-RES)	39.80	7.73	38.71	7.84	1.38	0.14	0.17
Horizontal Relationships (H-RES)	28.37	5.29	27.95	5.70	0.73	0.07	0.47
Total S-RES	68.18	10.81	66.67	11.20	1.34	0.13	0.18
^a t student; degrees of freedom= 1228 ^b cohen's d corrected for uneven groups ^c p value							

Table 18. *The Distribution of S-DSI and S-RES Scores of Non-Clinical Sample According to Current Partner*

Non-Clinical Sample							
	Current Partner				Statistics		
	No		Yes		Independent t-test		
	Mean	SD	Mean	SD	t	d	p ^c
Emotional reactivity (ER)	3.36	0.88	3.50	0.86	-2.48	-0.16	<0.05
Emotional cutoff (EC)	4.32	0.76	4.66	0.24	-7.45	-0.47	<0.001
Total S-DSI	3.84	0.70	4.08	0.66	-5.66	-0.36	<0.001
Vertical Relationships (V-RES)	38.16	8.49	39.06	7.56	-1.83	-0.12	0.07
Horizontal Relationships (H-RES)	24.76	6.32	29.25	4.84	-13.38	-0.84	<0.001
Total S-RES	62.92	12.53	68.32	10.25	-7.79	-0.49	<0.001
^a t student; degrees of freedom= 1228 ^b cohen's d corrected for uneven groups ^c p value							

Table 19. *The Distribution of S-DSI and S-RES Scores of Non-clinical Sample according to Have Children*

Non-Clinical Sample							
	Have children				Statistics		
	No		Yes		Independent t-test		
	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>d</i>	<i>p^c</i>
Emotional reactivity (ER)	3.43	0.87	3.49	0.87	-1.27	-0.07	0.20
Emotional cutoff (EC)	4.53	0.74	4.61	0.74	-1.89	-0.11	0.06
Total S-DSI	3.98	0.68	4.05	0.67	-1.85	-0.11	0.06
Vertical Relationships (V-RES)	39.77	7.73	37.80	7.83	4.43	0.25	<0.001
Horizontal Relationships (H-RES)	28.63	5.43	27.32	5.84	4.06	0.23	<0.001
Total S-RES	68.39	11.07	65.12	11.10	5.17	0.30	<0.001
^a t student; degrees of freedom= 1228							
^b cohen's d corrected for uneven groups							
^c p value							

An unconditional multivariate logistic regression model was conducted to evaluate the association between going to a Mental Health Centre for treatment and S-DSI and S-RES total scores. After controlling for possible confounding factors (age, civil status, having children and nationality), total scores of individuals on the S-DSI and on the S-RES, remained significantly lower in the clinical group (OR = 0.39; 95% CI: 0.30 ± 0.50, and OR = 0.98; 95% CI: 0.97 ± 0.99 respectively; Table 20). We found that participants that went to the mental health centre for receiving treatment were over 3 times more likely to be women (OR = 3.22; 95% CI: 2.24 ± 4.64), over two times more likely to not have received higher education (OR = 2.14; 95% CI: 1.51 ± 3.06) and over six times more likely to be unemployed (OR = 6.24; 95% CI: 4.38 ± 8.89). Participants who reported being in a current couple relationship had lower odds of going to a mental health center (OR = 0.58; 95% CI: 0.39 ± 0.86). These results are shown in table 20.

Table 20. Variables associated with going to a Mental Health Centre for treatment

Independent variables	N (%) ^a	OR (95% CI) ^b	p ^c
S-DSI-total	-	0.39 (0.30-0.50)	<.001
S-RES-total	-	0.98 (0.97-0.99)	<.05
Sex			
Men	1118 (76)	1 (ref)	
Women	353 (24)	3.22 (2.24-4.64)	<.001
Educational level			
Higher education	1008 (68.5)	1 (ref)	
Other	463 (31.5)	2.14 (1.51-3.06)	<.001
Current partner			
No	478 (32.5)	1 (ref)	
Yes	993 (67.5)	0.58 (0.39-0.86)	<.05
Unemployed			
No	696 (47.3)	1 (ref)	
Yes	775 (52.7)	6.24 (4.38-8.89)	<.001
ref = reference; OR: Odds Ratio; CI: confidence interval.			
^a N (and percentage) of total participants.			
^b OR (and 95% confidence interval) of going to a mental health centre for treatment, adjusted for all variables presented in the table and age, nationality, marital status and children.			
^c p value			

6.4. DISCUSSION

Below we submit the discussion of the results, by following the objectives of the research and the hypotheses we have set forth.

As you may recall the purpose of this second study consisted in confirming certain hypotheses corresponding to the following objectives: i) to find out the levels of relational ethics and differentiation of self¹⁶⁴ in two study groups, clinical and non-clinical, compare the scores, and assess if there are any significant differences; ii) to analyze the effect certain sociodemographic variables may have in the scores of both groups; iii) analyze the connection between relational ethics and differentiation of self in clinical and non-clinical populations and compare the results obtained. If both constructs are related, find out if the scores obtained in relational ethics enable predicting the scores in differentiation of self; iv) to compare the results obtained in

¹⁶⁴ We will also use the term DoS as we have done previously.

both instruments and samples in order to test the capacity of the S-RES (Spanish Relational Ethics Scale) and the S-DSI (Spanish Differentiation of Self Inventory) to discriminate the population groups; v) to establish similarities and differences between the literature reviewed and the results obtained, in order to reflect on possible lines of research and intervention within the systemic model (e.g., family therapy) thereby allowing an increase in psychological well-being and quality of life.

Based on these objectives and the results obtained, this discussion is structured as follows: firstly, we submit various considerations based on the antecedents, theoretical content, and scientific literature, to subsequently scrutinize those results which seem more significant, either because they support or refute the hypotheses posed; because they contradict or reinforce prior research, or because such results are unexpected, contradictory or intriguing. At all times, the results and conclusions derived from previous baseline research in the relevant field of study were taken into account, but we also venture to offer preliminary explanations for our results, always exerting the required caution and consideration every investigation demands. We explain what we think are the consequences of the results obtained according to the scientific literature examined, specifying in detail the implications such consequences might have for theoretical and practical applications, as well as other issues that might arise from our findings. The last section of this discussion describes the strengths and limitations of this study and suggests future lines of research to enhance it.

Now, very briefly, we wish to sum up and clarify a few core points that will enable delving more smoothly into this second study.

On the one hand, in the Chapter 1 and 2, we provided an in-depth explanation of contextual therapy, an intergenerational model that comprises an individual (psychological) and family (systemic) understanding of relationships. It incorporates psychodynamic, systemic, and ethical elements to describe the relational reality of individuals (Litt, 2007), and proposes a psychotherapeutic approach of five dimensions¹⁶⁵ (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; Ducommun-Nagy, 2002): (1) the objective facts dimension (e.g., sex, race, nationality, physical situations, genetic influences, medical problems, etc.); (2) the individual or psychological factors dimension (e.g., character traits, motivational mechanisms, needs, etc.), on which most individual therapies

¹⁶⁵ In order to avoid confusion, we wish to remind the reader that, as was explained in Chapter 1, Nagy proposed a four-dimension model. Contextual theory later incorporated the fifth dimension, which Nagy had already mentioned but had not formally added.

focus; (3) the transactional systems dimension (e.g., rules, roles, limits, triangulations, power alignments, etc.), mostly covered by classical systemic family therapies; (4) the relational ethics dimension (connectedness, caring, reciprocity, loyalty, legacy, guilt, fairness¹⁶⁶, accountability, and trustworthiness—within and between generations), and (5) the ontic dimension (existential interdependence). Of these, the relational ethics dimension is deemed as the core and key dimension of contextual theory due to its transgenerational relational connective capacity and its influence in the functionality and quality of present and future family ties (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1984; Hargrave et al., 1991; Hargrave & Pfitzer, 2003; Keskin, 2017).

Relational ethics, however, is a highly complex construct that is difficult to conceptualize and operationalize. Therefore, due to the characteristics of this study, to avoid any misinterpretations or serious mistakes, and although this construct has been defined in several instances throughout this dissertation, it is of paramount importance to duly clarify certain issues: Although we refer to the levels of relational ethics or the relational ethics of individuals, since it is set forth as an ontological reality, a constituent of human beings, it cannot be lacking, nor can the concept be measured from the perspective of such abstraction or conceptual condensation. As a result, we wish to emphasize that henceforth we will use the expression “levels of relational ethics” or other similar phrases as a short cut to describe “the degree to which people are able to apply the core principles of relational ethics in their personal and family relationships (caring about fairness and caring about the relational consequences of one’s behaviors for others), and operationalized by concepts of trust, loyalty, and entitlement that may be assessed in relationships” (C. Ducommun-Nagy, personal communication, July 29, 2020).

On the other hand, in the Chapter 3 of the theoretical framework, we present Bowen and his theoretical formulations. Let us remember how Bowen (1978) defined family both as a relationship system and an emotional system, whereby family members influence or are influenced by one another at individual, dyadic, systemic, and intergenerational levels. Other fundamental ideas in his theory are connected with: (1) the struggle between conflicting and recurring forces caused by the desire to balance two basic but antagonistic needs in human beings (togetherness and individuality); (2) the formulation of eight basic interconnected

¹⁶⁶ As we explained in Chapter 2, fairness is conceptualized as a “perception of equity and mutuality in the distribution and assumption of responsibilities” (Kuperminc et al., 2009, p. 14). As Gangamma points out “contextual theory conceptualizes fairness as an ethical factor in relationships (seen as a dialectical process) rather than as an intraindividual or interpersonal factor” (Gangamma et al., 2012, p. 826).

concepts: *triangles, differentiation of self, nuclear family emotional process, family projection process, multigenerational transmission process, emotional cutoff, sibling position, and societal emotional process*; (3) considering differentiation of self and chronic anxiety as core elements for every human being's development and growth; (4) understanding that differentiation of self takes place within two levels of experience or dimensions: intrapersonal (ability to distinguish between the emotional process and the intellectual one, and the degree to which the individual can manage behavior and provide autonomous answers), and interpersonal, which lies in the individual's ability to balance togetherness and autonomy forces, i.e., the capacity to acquire commitments and have intimate and significant relationships and, at the same time, preserve clear boundaries rooted in an autonomous being, without losing a sense of self (Bowen, 1978; Kerr & Bowen, 1988; Titelman, 2014).

According to Bowen, until individuals are not capable of managing antagonistic forces (both intrapersonal and interpersonal), they will not be able to achieve healthy levels of DoS, and will therefore be unable to strike up meaningful intimate relationships, initially within their families-of-origin and later in their families-of-procreation (Erdem & Safi, 2018).

Therefore, as we can see, both from the perspectives of Nagy and Bowen, the difficulties of human beings may be understood mainly in terms of the interactional patterns within their current relational context (e.g., family, partner, social), but also in terms of the relational patterns that have been historically transmitted for generations (Boszormenyi-Nagy, 1987; Bowen, 1978).

Regarding the first objective of this second research, we measured relational ethics and differentiation of self in two study groups, one clinical (made up of 241 subjects) and the other non-clinical (1230 subjects), in order to analyze the results for each group and compare them.

In the **clinical population**, the distribution of mean scores achieved in the S-DSI (Rodríguez-González et al., 2015) and those obtained in the S-RES (Rived-Ocaña et al., 2020) were assessed, to analyze the influence of certain sociodemographic variables (*gender, sex, age, higher education, current partner, children, marital status, employment status*)¹⁶⁷ in these scores. The following are significant:

¹⁶⁷ We remind the reader of the list of variables included on Annex H.

- *sex* (but only in the emotional reactivity (ER) subscale): men showed lower levels of emotional reactivity.
- *age* (although rather small in size in the vertical dimension of the S-RES): those younger than 25 achieved better levels of relational ethics than those older than 25.
- *current partner*: those participants currently involved in a relationship obtained better levels of relational ethics both in the horizontal dimension (HD) and in the total S-RES score, as compared to those without a partner.

The variables *higher education, employment status, and having children or not*, therefore, did not show any significant influence in the distribution of the clinical population within the two constructs of the study (differentiation of self and relational ethics).

In the **non-clinical population**, the distribution of mean scores achieved in the S-DSI (Rodríguez-González et al., 2015) and those obtained in the S-RES (Rived-Ocaña et al., 2020) were assessed, to analyze the influence certain sociodemographic variables (*gender, sex, age, higher education, current partner, children, marital status, employment status*) may have in these scores. Results revealed the following as the most significant:

- *sex* (with the same tendency as the clinical population): males showed a greater tendency toward emotional cutoff than females did, and, conversely, a lower tendency toward emotional reactivity.
- *age*: the effect was different than in the clinical population: there were no significant dissimilarities in the relational ethics scores, but the levels of emotional reactivity (ER) and S-DSI in those older than 25 showed a higher global differentiation level and, specifically, a lower degree of emotional reactivity than those younger than 25.
- *having children*: subjects with children presented lower levels of relational ethics as compared to subjects without children.
- *partner*: subjects currently with a partner registered higher scores in both instruments (except in the vertical dimension of the S-RES, which also had

a higher score but was not significant). This would indicate that *in the non-clinical population, being in a relationship* affects both relational ethics and differentiation of self (unlike the clinical population in the latter).

Bearing in mind these results in both study groups, the following question arises: Why are certain sociodemographic variables linked to a higher or lower score? We will gradually attempt to provide appropriate explanations.

Although our results are not in accord with certain empirical evidence that determines the tendency by men to display more nonadaptive behaviors than women (Chávez et al., 2013); show higher levels of hostility (Casullo, 2004), and establish more violent relationships (Torregrosa et al., 2010), as well as other research, which sets forth women get more involved in their relationships with others; have a tendency to be moved and become more upset with conflicts; are more prone to internalize their feelings, and not display negative emotions (Brack et al., 1994, for example), our study's results are more in line with empirical evidence that is more focused in DoS, which indicates males apparently have less tendency toward emotional reactivity (Skowron, 2000; Skowron & Friedlander, 1998; Skowron & Schmitt, 2003), while being more inclined to use the strategy of emotional cutoff as a way to solve conflicts and difficulties (Gottman, 1998; Kosek, 1998). However, other investigations (Peleg & Yitzhak, 2011; Peleg & Zoabi, 2014) provide results contrary to ours, i.e., that women, in comparison to men, have lower emotional reactivity.

As we mentioned in the scientific literature review outlined in the introduction, and although authors such as Knudson-Martin and Huenergardt point out "emotional reactions are reflections of social context", so often culturally embedded (Knudson-Martin & Huenergardt, 2010, p. 371), it is difficult to extract decisive conclusions. Some authors suggest the notion of DoS in the Bowen theory is imbued with values more linked to the male gender and *masculine socialization* (e.g., Chodorow, 1989, 1990; Gilligan, 1982; Gilligan, 1993, cited by Haws & Mallinckrodt, 1998; Knudson-Martin, 2012; e.g., Knudson-Martin, 2002), which may have benefitted and therefore biased the results in favor of men, and, in contrast, may have wrongly evaluated women, placing them in a position of higher functional and psychological vulnerability.

The above explanations imply that clinically there seem to be adjustment and functionality standards, as well as the methods used to evaluate them, which

may be subject to major restrictions. This would call into question whether such standards and methods are truly representative, duly generalized, and universally sound. A much more valid approach would be to identify how DoS interacts with other variables with which it is possibly linked and ponder on the need to update this term, since it seems that for the female gender differentiation of self has diverse connotations, even more so in terms of relationships, authenticity, genuine bonding (Fishbane, 1998), and preservation of bonds (Haws & Mallinckrodt, 1998).

Along these lines, relational models that are more contextualized in the development of women (Belenky et al., 1986; Gilligan, 1982; Jordan et al., 2004) also point out the differentiation process devolves more upon a genuine connection rather than on the notion of separation-individuation fostered by the more classical psychology literature (Goodrich, 1991). Likewise, other research indicates both independence and interdependence are essential to achieve a mature psychological development (Galatzer-Levy & Cohler, 1993; Grunebaum, 1987; McGoldrick, 1989; Mirkin, 1994; Offer & Sabshin, 1984; Stern, 1985; Weingarten, 1994, cited by Fishbane, 1998). Gangamma et. al., (2012) suggest we should take this same factor into account when evaluating relational ethics, as in their study results indicate there seems to be a gender disparity when *fairness* is considered and assessed.

This is conducive to an ongoing debate that does not allow us to conclude whether higher scores (although not statistically significant) achieved by males in the S-DSI could respond to a gender bias contained in the DoS theoretical approach. For this reason, we think neither the data obtained or the literature consulted qualify us to articulate a conclusion regarding differentiation of self and its connection with the gender variable, thereby allowing us to determine if emotional reactivity (ER), emotional cutoff (EC), and in sum, better levels of DoS are more prevalent in one gender than in the other. Therefore, as we indicated in the Chapter 4 of the section regarding available evidence about DoS and its connection with the gender variable, more investigations are required to conclusively determine whether gender disparity is mirrored in measures of psychological constructs such as differentiation of self.

In terms of *age*¹⁶⁸, it is clear that in our research there is a dissimilar behavior between the clinical population and the non-clinical one.

¹⁶⁸ We wish to remind the reader we decided to introduce the age variable as a dichotomized quantitative one, as calculations of linearity were applied, and it became apparent that higher age did not change the scores. Presenting this variable as continuous would have meant assuming a linearity approach.

Concerning the clinical population, in the study by Schmidt et al. (2016), we recovered information that may be useful to provide a possible interpretation: the fact that it was those younger than 25 who obtained better scores in the vertical S-RES may precisely have to do with their inability to contend with relational issues and inequalities. At that age (< 25), these may still be inconsequential and almost unnoticeable. However, if they are not solved and time passes by, these issues may continue to build up and worsen (very likely given what we point out for the clinical population), whereby the subject's perception in terms of levels of trustworthiness and fairness (relational ethics) may increasingly diminish as the individual grows older.

Concerning the non-clinical population, we have found little evidence about this point, and the little that was found was nonspecific and scarcely enlightening. On the one hand, there is Nagy's statement (1986), which very vaguely indicates age has a clear effect on the perception of ethical-relational issues and would therefore influence the quality of one's perception regarding ethical issues. On the other hand, in their second validation study of the RES, Hargrave & Bomba (1993) point out younger people (20-29 age segment) and older folk (50-69 age segment) achieved better levels of relational ethics, while the group between 30 and 49 had the lowest scores. According to them, more than with the age variable, this would be related to marital status (which is naturally influenced by the age variable). Therefore, since this issue seems to be related more to marital status and being in a relationship than with age, and in keeping with this, age has had little significance on the S-RES of the non-clinical population, we will deal with this issue below, when we expand on the variable *current partner*.

In terms of age and the DoS construct, let us remember that while Bowen (1978) noted the degree of differentiation of self begins to define itself early in childhood, other authors point out the critical period is adolescence, and more specifically, at the time when young people must decide how to live independently and with emotional autonomy¹⁶⁹. This period usually takes place when adolescents leave the family unit and begin experiencing their own projects (Arnett, 2000, 2007; Rootes et al., 2010; Rodríguez-González & Kerr, 2011), and resetting the kind of relationship they wish to establish with their parents (Shulman & Seiffge-Krenke, 1997). This may be in keeping

¹⁶⁹ Emotional autonomy means the degree to which young people become emotionally differentiated from their parents (Bowen, 1978).

with the fact that in the non-clinical population (who achieved a more “successful”¹⁷⁰ differentiation than clinical subjects), it is those older than 25 who have better scores. In contrast, Skowron & Schmitt, (2003) found younger adults were capable of achieving differentiation of self as well as older ones. Although there is still a need to investigate more in this area, we must bear in mind that in this study, the sample of subjects who are less than 25 is quite small, being therefore contingent upon so many limitations that we cannot venture to extrapolate the results and render interpretations, however preliminary.

A rather surprising finding in considering the sociodemographic variables has been the influence the variables *current partner* and *having children* had in the scores on both questionnaires for both groups, as well as in the correlations between S-DSI scores and S-RES scores. Because these are so significant both in terms of scores and their correlations, we provide a joint explanation to elucidate these phenomena.

Before we proceed, there are two aspects we wish to note. First, we verified that assessed jointly in both samples, *current partner* is a major issue to evaluate the components of DoS and relational ethics, as these show more differentiation and more relational ethics are linked to a higher probability of having a current partner (or vice versa). Second, there is a negative correlation between the total scores for relational ethics and *having children*. That is to say, in these samples, lower levels of relational ethics seem to be linked with the fact of having children and higher levels with the fact of not having them.

As we have explained in several instances, these analyses cannot be compared to prior empirical work since, to date, and as far as we have investigated, there are no studies that question this connection. Therefore, what follows are a series of preliminary conclusions arising from the results obtained in this sole study, although it was based, at all times, on the theoretical models from which this dissertation is derived, as well as on the research that may be related given their object of study, such as those that explore the connection certain variables may have when both constructs are considered separately.

For instance, according to theory (Bowen, 1978; Kerr & Bowen, 1988) and our own results, some investigations have verified high levels of differentiation of self

¹⁷⁰ The quotes were inserted by the author of this dissertation.

(Aryamanesh et al., 2012; Bohlander, 1999; Ferreira et al., 2014; Gubbins et al., 2010; Harrison, 2003; Heintzelman et al., 2014; Kaleta, 2014; Knerr & Bartle-Haring, 2010; Kosek, 1998; Krycak et al., 2012; Lal & Bartle-Haring, 2011; Lampis et al., 2017; Lampis et al., 2019; Manzi et al., 2006; Patrick et al., 2007; Peleg, 2008; Showers & Ryff, 1996; Skowron, 2000; Yousefi, 2009) and relational ethics (Adkins, 2010; Belous, 2015; Betchen, 2001; Gangamma, 2008; Gangamma et al., 2012, 2015; Grames et al., 2008; Hanna et al., 2003; Horowitz, 2009; Krepps, 2010; Rootes, 2013; Shannon, 2017; Sibley et al., 2015; Sude & Eubanks Gambrel, 2017) are linked to higher marital satisfaction, a higher degree of happiness and commitment, and of emotional intimacy and relational functioning (and therefore, with the fact of having a current partner), which favors a more positive attitude toward the relationship (this is what has occurred, as indicated by the results for both the S-RES and the S-DSI). Along these lines, studies by other authors (Booth & Amato, 2001; Sarrazin & Cyr, 2007), have revealed that participants—offspring of separated or divorced parents—also obtained lower scores in relational ethics in the vertical dimension (VD).

As we mentioned in the *age* variable, we will now resume this issue but by assessing it together with the variable *current partner*. The results of the study by Hargrave & Bomba (1993), indicate unmarried subjects between 20 and 29 years of age, and married subjects between 50 and 69 obtained better scores in the RES, unlike married subjects in the 30-39 age group. This finding seems to be consistent with other research that found a U-shaped association, characterized by a higher degree of happiness and commitment (Lund, 1985) in couples in the initial or pre-parental stages, a decrease during the intervening (or parental) years, and an increase again in the advanced stages of the relationship (Anderson et al., 1983; Berg & McQuinn, 1986; Peterson, 1990; Rusbult, 1983; Sprecher, 1999; Sprecher et al., 1998). In keeping with contextual literature (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; Frank, 1984), this seems to indicate difficulties with ethical issues (which would result in lower scores) emerge at an early age in the life of a couple (once the more romantic/infatuation period has elapsed, i.e., between 30 and 50 years of age), but tend to sort themselves out as the relationship progresses. This seems to agree with what we are inferring, which is that in the long term, a current partner is linked to higher DoS and relational ethics scores. However, our results do not enable us to make such extrapolation, for in detecting scores did not change with age, we could not assume a linearity criterion and therefore, view the variable according to age segments. As we will point out in the section on limitations, it would have been interesting to include more questions in the ad-hoc questionnaire to identify other phenomena

related to the evaluations performed regarding these variables.

It may be these explanations puzzle the reader—particularly in terms of the clinical sample—as to a certain extent, we are assuming both non-clinical subjects (in S-DSI and S-RES) and clinical ones (in S-RES), who have answered they have a partner, are not only subjectively fulfilled and appreciate their relationships positively, but we could also infer that these are sound, functional couples (if we track the theoretical argumentations on which both questionnaires are based). Undoubtedly, this approach may be extremely optimistic and even fanciful, particularly after explaining the difficulties the clinical population faces to establish ethically sound and functionally differentiated relationships.

In order to abate the perplexity over the results for the clinical population¹⁷¹, we might add an explanation that can be traced to the ideas included in Chapter 2 and 4, such as the incidence of *neurotic anxiety* against which the members in the relationship defend themselves (Overturf, 1976), or also, that the consequences of lower differentiation tend to become clear under (nonroutine) stressful conditions (Bowen, 1978). Therefore, some might argue the members of the relationship (in the clinical population as well) may have responded favorably about their relationship because they were going through a non-stressful vital period. However, we have our reservations and doubts in this regard and also whether both questionnaires are valid to truly determine if higher levels of differentiation of self and relational ethics could be used as indicators to assess a couple's functionality legitimately and reliably.

Following this argument, one might think we are entering a controversial and almost defiant terrain, for we are saying that having a *current partner*, being satisfied with that partner and with the relationship does not necessarily imply wholesomeness. To an extent, Bowen (1978) and Nagy (1984) mentioned this when they indicated the selection of a partner could stem from “an unconscious contract among members” (Boszormenyi-Nagy, 1987, pp. 35–36), or from the “pathological need for complementarity”¹⁷² (Boszormenyi-Nagy, 1987, p. 20), triggered by reciprocal neurotic patterns and

¹⁷¹ A perplexity derived from the difficulty to assume that someone with low differentiation levels could be in a meaningful relationship.

¹⁷² Psychological interdependence between non-differentiated individuals in an intimate relationship. This is reflected in a confluence in which the conjugal partners use each other and/or their children to satisfy their own emotional deficiencies, by creating an emotional family environment described as a mass or fusion of the non-differentiated family self (Bowen, 1966), a pathogenic relational configuration, fusion and intersubjective fusion (Boszormenyi-Nagy, 1962 & 1967).

established in *shared non-differentiation* or *pseudo-relatedness*¹⁷³ (Bowen, 1978; Kerr & Bowen, 1988; Schnarch, 1997).

As a result, the couple would be less capable of achieving closeness, freedom, and separation, and both partners would have sacrificed their development as individuals to sustain a dysfunctional *status quo* and remain as a married couple (Bowen, 1978; Kerr & Bowen, 1988; Schnarch, 1997). These couples joined through a *pseudo self* or *functional selves*¹⁷⁴, typical of non-genuine unions, disguise and stabilize the fragile structure of each spouse's ego. Although perhaps apparently satisfactory, these relationships disguise permanent strategies to handle and reduce dormant anxiety (Bartle, 1993; Day et al., 1997; Skowron, 2000) and are sustained through dysfunctional dynamics such as *emotional divorce*¹⁷⁵, *triangulation*¹⁷⁶, *projection in children*¹⁷⁷, *invisible loyalties*¹⁷⁸, *parentification*, among many others.

In fact, the analyses provide an interesting point that may corroborate what we are stating: In the clinical population the vertical dimension of the S-RES is the only one that has obtained lower scores precisely due to the variable *current partner*. This called our attention and tells us that for these respondent subjects, there have been—and perhaps there still are—relational injustices in their families-of-origin, which they have been unable to manage and endure. This (according to existing theory and as we have pointed out) should negatively impact current relationships, as the couple will only be able “to engage in healthy intimate relationships” (Erdem & Safi, 2018, p. 470) to the extent this relational experience previously existed in their families of origin. Such a statement is at odds with our results (being in a relationship—sound and functional—should positively correlate with both dimensions of the S-RES).

In any event, these issues are difficult to assess and the subjects may easily disguise them (consciously or unconsciously) in the questionnaires used. Therefore,

¹⁷³ "Pseudo-selves fused into a common self" (Bowen, 2016, p. 526).

¹⁷⁴ The reader will find an extensive definition of both terms on section 4.1.3, Chapter 4.

¹⁷⁵ Term also used by Bowen to characterize couples who might describe their relationship as close although there is no sincere or affective kinship (Bowen, 1978).

¹⁷⁶ A dynamic applied to reduce anxiety and stabilize the dyad when the relationship becomes uncomfortable (Bowen, 1978).

¹⁷⁷ A pattern through which “parents project their problems on their children” (Bowen, 2014 p. 338).

¹⁷⁸ Covert attempt to balance vertical relationships through overt interference with horizontal relationships (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 417).

the results obtained for the clinical population¹⁷⁹ may be different and distorted. Besides, if we also add that we accept the mistake of not having explicitly asked about the satisfaction perceived in the relationship (in the ad-hoc questionnaire or a validated one, for instance) or the length of the current relationship (although both issues went beyond the scope of the study), our explanations become even more limited. Even though this is a very interesting topic, it is difficult, at this point, to provide other explanations as to why a current partner seems to be linked to higher scores in both populations. We believe it is an extremely complex issue that is affected by several variables, which underscores the need to clarify and update the theoretical definition of both constructs, as well as a consensus regarding their operational definition (Rodríguez-González, 2016).

Focusing now on the variable, *having children*, we have found studies that investigated intergenerational transmission, the family projection process, parenting skills and their effects on children, but few studies have been able to explore the issue and provide preliminary explanations as to why the participants who have children (only in the non-clinical sample) obtain significantly lower scores in relational ethics. This is also consistent with the negative correlation between these two variables: A negative correlation between having children and the level of relational ethics implies that higher scores in relational ethics are linked to the fact of not having children, and lower ones to the fact of having them, or vice versa, not having children implies higher scores and having them means lower ones. This association may be coincidental, but a plausible explanation for it may be found in the publications of several authors and the point made by Nagy himself (Silverstein, 1992). He noted the times of major changes in the vital cycle, such as the birth of a child, entail an increase in difficulties, more conflicts, and therefore, important variations in the family homeostasis. This explanation coincides with the results previously presented regarding the U-shaped development of satisfaction–length of the relationship, and with those obtained by Peleg (2008), who found that conjugal satisfaction decreases during the years of child upbringing. Once again, to be more precise regarding this point and obtain additional valuable information, it would have been interesting to acquire further details, such as the number of children, the age of their children, and the length of the current relationship. Nonetheless, future studies should specifically explore this issue, to first confirm if indeed this association exists and develop a research design that can explain it.

¹⁷⁹ We do not wish to imply that only the clinical population can disguise results. We emphasize this segment because the results do not coincide with theoretical formulations and previous investigations.

Contrary to expectations, in considering the mean scores obtained by the clinical and non-clinical populations separately, results indicate that neither relational ethics nor self-differentiation are correlated with the variable *higher education* or *employment status*. Interpreting this data is rather complex as, on the one hand, it supports Bowen's assumptions (1978), who indicated the degree of differentiation of self is not related to higher education because the former is a stable variable defined between the final stage of adolescence and the beginning of youth, but on the other, these are not consistent with prior research, which indeed found links between higher education and DoS (see for example the work by Skowron, 2005), nor with our study results when these were posed as dependent variables¹⁸⁰, and we explored their connection to the probability of *attending a mental health center to receive treatment*. In this case, they were highly significant. Although we know these are different analyses and not comparable, we did expect the connection to be significant and to have impacted the scores of S-DSI and S-RES. As with the variable *current partner*, we explore this in a separate section.

After having noted the implications certain sociodemographic variables have, we will now address the second objective and attempt to explain the results derived after comparing both study groups. This poses the following question: How can we explain that in the mean comparison analysis, the nonclinical population obtained higher scores than the clinical population in the S-DSI and in the S-RES, in all items¹⁸¹ valued individually, in each of their subscales (ER and EC for the S-DSI) and dimensions (VD and HD for S-RES), as well as in the overall score?

Although there are several answers to this question, there is consistency with the models that structure this dissertation, specified in detail in Chapters 1, 2, 3 and 4. The most reasonable response demands going beyond explanations restricted to a categorical unidimensional and monothetic view, oftentimes, symptomatic of mankind, and rather provide a systemic, holistic, and comprehensive perspective, both of human beings and health and illness. All these issues are a part of this discussion.

Let us bear in mind that according to findings posed by major authors of family therapy and the information gathered by numerous research, individual health is

¹⁸⁰ Logistic regression model (with the purpose of predicting if a subject belonged to the control group or the clinical group based on these variables: S-DSI, S-RES, sex, higher education, current partner, and employment status).

¹⁸¹ As we mentioned in the Results section, there was an exception for item 4 (corresponding to the VD), but after analyzing the differences in this group for this item, it was found these were not significant.

linked to certain variables of family functioning. Therefore, the family is not considered a neutral environment; quite the contrary, there is a clear connection between health and the family system, its impact on development, the individual soundness of its members, and the quality of the relationships they establish (Bartle-Haring et al., 2002; Boszormenyi-Nagy & Ulrich, 1981; Bowen, 1978; Bray et al., 1987; Harvey et al., 1991; Peleg, 2002; Stein, 1992). In this case, as Nagy proposes, “a family disorder¹⁸² is a pathogenic condition that could lead to different pathologies in individual members” (Boszormenyi-Nagy, 1987, p. 63).

As we have noted, both behavioral family systems therapy (BFST) and contextual therapy decentralize health and illness¹⁸³ from the individual domain and place them in “a complex supra-individual level of behavioral determination” within families (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 54), thereby suggesting that emotional illness, psychopathology, and social dysfunction are at the heart of human problems, these lie in the relational dimension and are connected to the decline of the interpersonal domain, the chronic interruption of the relational system (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; Bowen, 2016), and particularly to family functioning (Brunson et al., 2015; Delsing et al., 2003; Ganong et al., 2009; Kretchmar & Jacobvitz, 2002).

In this sense and according to this framework, family pathology¹⁸⁴ is synonymous with poorly differentiated families (Bowen, 1978), in which children experience a “growth arrest” and are “deprived of achieving their autonomy in the interest of being at the expense of their parents’ ontic needs” (Boszormenyi-Nagy, 1987, p.79), and endorsing the commitment to safeguard the family myth to protect and sustain the family system.

Each author, in his own personal way, has used different terms¹⁸⁵ to refer to this type of family system in which its members are tangled in an intense fusion,

¹⁸² An incomplete list of these disorders include transgenerational coalitions, parentification (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986), projective identification, family secrets or collusive denial, split loyalties (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973) and double bonding (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967), emotional disorders, unsolved emotional bonds, triangulations, etc. (Bowen, 1978).

¹⁸³ Let us not forget that in the family systems theory, health and pathology suggest an interpersonal nature and are assessed in terms of function rather than diagnosis.

¹⁸⁴ The basic hypothesis of the intergenerational model determines that difficulties or “individual,” couple or family pathologies are derived from dysfunctional relational patterns and problematic, incomplete, and unsolved emotional ties in the family of origin (or even in past generations). These are transmitted to their descendants, blocking their autonomy process and individuation, predisposing them to a permanent need of bonding symbiotically, thereby severely jeopardizing their functionality and satisfaction in intimate relationships and in their possible future families (Boszormenyi-Nagy & Framo, 1965; Bowen, 1978; Lidz, 1973; Singer & Wynne, 1965).

¹⁸⁵ For example, intersubjective fusion (Boszormenyi-Nagy, 1965), family mass of the non-differentiated self (Bowen, 1965), agglutinated family (Minuchin, 1990) and pseudo-mutuality (Wynne et al., 1958).

symbiotic union, and emotional contagion, in addition to experiencing weak ego limits (Framo, 1982). As a result, the ability of family members to engage in intimate experiences or deal with individual commitments and responsibilities is eluded or weakened, which in the end, means more emotional tension, less overall health, and more symptoms of mental illness as the theoretical framework has shown (Boszormenyi-Nagy, 1987; Hooper & DePuy, 2010; Jackson et al., 2006; Katz & Nelson, 2007; Sandage & Jankowski, 2010; Skowron, 2004; Skowron et al., 2009).

Delving deeper in this direction, the Bowen theory and contextual theory, respectively, consider that of this transgenerational legacy, DoS and relational ethics are the key elements that essentially provide the potential to achieve satisfactory development and psychological health. That is why many of the dysfunctional forms of relating and the reasons for assuming self-destructive patterns (such as addiction and psychosomatic illnesses (Cotroneo & Krasner, 1977) are derived from their failure or breakdown (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986).

Other authors (for instance, Schwartz & Finley, 2006) add similar explanations. They state, for example, that both health and psychological well-being have to do with the family's success or failure in fulfilling their potential symbolic¹⁸⁶ function (the other would be structural) in two dimensions: on the one hand, the affective emotional dimension (rooted in trust and hope), and on the other, the ethical-legal one (rooted in justice and loyalty) (Jurkovic, 1998 cited in Scabini & Manzi, 2011), and reflected in actions linked to family intimacy, empathy, emotional support, commitment, obligations, and responsibilities.

In conclusion, therefore, based on the above and as evidenced by consulted research, we submit that:

1. Family health or soundness stems from the ability of its members to relate and connect in a differentiated manner and to assume their corresponding individual and relational responsibilities (Boszormenyi-Nagy, 1987; Bowen, 2016; Carter & McGoldrick, 1999; Mattanah et al., 2004; Seiffe-Krenke, 2006; Skowron et al., 2009).
2. The quality of family relations and the individual's experience within his or her family of origin in terms of DoS and relational ethics are extremely

¹⁸⁶ Aspects that make the family bond a qualitatively human bond (in the sense of emotional nurturing and caring for someone, (Scabini & Manzi, 2011, pp. 574–575)).

relevant to foster autonomy and support favorable and beneficial bonds, “assuring”¹⁸⁷ a normal and healthy development (Anderson & Sabatelli, 1990).

Although it is clear this data should be interpreted with caution, and naturally not all family difficulties stem from and merge into the explanations we have just provided (let us remember the I dimension proposed by contextual theory), it is possible to argue that lower scores in relational ethics and differentiation of self in the clinical population could be linked to these transgenerational consequences and the (dys)function of interactional patterns, as well as to possible “unsolved emotional bonds” (Bowen, 2014, p. 424) and the evasiveness of assuming relational responsibilities (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986) of and to the extended family. These threaten basic human needs of distinctiveness, autonomy and relational integrity among family members, and work as “significant predictors of health distress” (Bartle-Haring et. al., 2002, p. 571).

We acknowledge these explanations support and are in line with the theoretical formulations of contextual therapy, BFST, and the results obtained, confirming the importance and the implications that both differentiation of self and relational ethics have on people’s health and well-being. As we explain in detail below, both seem to provide a protective advantage against the effects of life’s stressful events on psychological health.

At this time, we wish to elaborate on the next objective and on one of the results we would like to particularly emphasize in our research. It deals with the findings made in exploring the link between relational ethics and differentiation of self in both sample groups. As we described in the section on results, the series of *post hoc* analyses performed showed a positive and significant correlation between both constructs in the clinical population and the non-clinical one. The high correlations between both questionnaires, as well as between their dimensions and subscales, would indicate that, in our study, scores vary together, i.e., high differentiation of self would be connected with higher levels of relational ethics and vice-versa. These results reinforce our view that it is probable the S-DSI and the S-RES measure highly associated constructs, or that relational ethics and differentiation of self may even overlap to a certain extent.

¹⁸⁷ The quotes are added to clearly set out we are not assuring this is a sine qua non condition for any future healthy development.

After reviewing scientific evidence available to date, no data was found about the connection between relational ethics and differentiation of self, nor any previous investigation that might directly or indirectly explore the link between them. However, these results, from our perspective, are not surprising because, though not literally, they are in keeping with and underscore the theoretical formulations and the conclusions obtained, for the most part, by prior work (in which both constructs are explored separately), and by theoretical models of family therapy, particularly those that have to do with the generational transmission of psychological functioning. Nonetheless, we also think, at the same time, these provide additional information that is worth noting, which we will explain below.

However, before doing so, we would like to retrace our steps and remind the reader, as various scholars suggest (Benson et al., 1993; Bray et al., 1987; Macleod et al., 2014; Nelson, 2003; Ramisch & Nelson, 2015; Roberto, 1992; Schmidt et al., 2016), that authors such as Bowen and Nagy, identified with the intergenerational approach, conceptualize families within generational patterns, upholding a natural connection between the intergenerational theory and the self-functioning and development theory, which emphasize that for the future adult to be able to establish intimate, healthy and balanced relationships, an affectionate family of origin is required to ensure the child is raised with affection, nurturing and respect for individual differences. From this perspective, the parent-child relationship provides the fundamental setting from which the individual learns to take a stance in the face of conflict, confrontation, and the difficulties of living (Allison & Sabatelli, 1988; Bartle-Haring & Sabatelli, 1998; Boszormenyi-Nagy, 1987; Bowen, 1978; Harvey et al., 1991; Skowron et al., 2003). Assuming the concepts of this approach, once we are born, what we learn almost immediately after breathing, is to be active participants of a relational system, in which certain dynamics that end up being primary take place, in other words, they are “fundamental in forming the social nature and ideals of the individual” (Cooley, 1909, p. 25 cited in Scabini & Manzi, 2011, p. 572). Through repetition these dynamics become interactional patterns and guidelines, establish the family structure, and are transmitted from one generation to the next, affecting and limiting its members’ individual and relational functioning (Boszormenyi-Nagy & Framo, 1965; Horner, 1979; Minuchin et al., 2009; Ramisch & Nelson, 2015; Roberto, 1992; Silverstein, 1992).

Nagy and Bowen themselves (Boszormenyi-Nagy, 1987; Boszormenyi-Nagy & Spark, 1984; Bowen, 1978) respectively stated, with a rather forceful stance, that to

fully understand a person and be able to achieve an individual and relational change in the present, it was imperative to consider the generational transmission of the family's multi-generational dynamics, i.e., the characteristics of the relationships the members of the extended family have established in preceding generations.

Although there is a consistent connection between BFST and contextual theory regarding the importance given to transgenerational processes, there are subtle differences that distinguish them. If Bowen (1978) explores transgenerational family dynamics linked with the notions of the power of bonding focused on togetherness and the power of autonomy geared toward separation and individuality (Bowen, 1978; Kerr & Bowen, 1988); autonomy and independence as organizers of identity, and the objective is to foster differentiation, Nagy (1987) focuses on the long term multi-generational family system, emphasizing integrity and relational ethics, i.e., the acts of appropriate nurturing and reciprocal responsibilities among family members, in order to restore the balance of loyalty obligations and the ledger of transgenerational accountability¹⁸⁸. In other words, for Nagy "people are not just connected by blood or interaction, they are connected by the consequences of their actions (p. 8), and wherever there are consequences, there is potential ethical responsibility" (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, pp. 32, 67 cited in Czubaroff, 2007, p. 25), and also "because of their existential interwovenness, family members remain personally accountable for both benefits received and injuries inflicted" (Boszormenyi-Nagy, 1987, p. 124). Lebrero and Moreno, (Lebrero Rosales & Moreno Fernández, 2014, p. 8) and Fishbane respectively, achieve an inclusive and respectful explanation of both approaches when they state:

From the systemic approach, transgenerational transmission arises from the theories of Bowen and Boszormenyi-Nagy, who attempt to explain how emotional problems are formed in the family and how individuals seek to find their place as persons differentiated from their forefathers (Bowen, 1978), but loyal to their history. (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1984),

and how "both differentiation and dialogue between generations are key for personal and family transformations" (Fishbane, 2005, p. 546).

¹⁸⁸ Also called "ethical accounting", "merit bookkeeping", "retributive debit-credit accounting" which refer to "the balance sheet of fairness and their exchanges".

Therefore, based on this explanation one might infer that the correlation between the vertical dimension¹⁸⁹ of the S-RES and the total dimension of the S-DSI, supports the premise upheld by the major proponents of family theory (Ainsworth, 1989; Bowen, 1978; Bowlby, 1998; Kerr & Bowen, 1988), and some results derived from neuroscientific research (Bremner & Narayan, 1998; Damasio, 1998; Kandel, 1998; Schore, 2001; Schore & Schore, 2008; Siegel, 2001). This premise sets forth that the emotional bonds forged in the first intimate relationships infants establish with their parents are internalized and have a great impact on subsequent socioemotional development and psychological adjustment, as well as on the sense they will assign to themselves and future intimate relationships established in their adult life (Berlin & Cassidy, 1999; Hazan & Shaver, 1987; Kenny & Rice, 1995; Lampis, 2016; Lopez & Brennan, 2000; McHale et al., 1996; Skowron et al., 2009). Pursuant to this reasoning, the more differentiation and behaviors according to relational ethics there are in families of origin, the higher the probabilities that future relations established by its members will be differentiated and consistent with relational ethics (Shannon, 2017).

Once again, we can see that regardless of their discussion, conceptualization and operativity; the causal and connective argumentations, the therapeutic strategies and methods, both models (contextual theory and BFST) focus basically on issues that deal with the self, psychological maturation, individuation, limits, connection, and autonomy; responsible and emotionally committed relationships, and the generational transmission of psychological functioning. We can also see that although conceptually relational ethics and differentiation of self represent distinct phenomena—their theorists have also presented them as such—our results corroborate there are very significant connections between both models and perhaps are more similar or complementary than diverse, indicating, therefore, more the common ground than the differences.

Both concepts have been widely used by therapists and theorists within the field of family therapy—whether or not they form part of BFST or contextual theory. Also, numerous publications¹⁹⁰ have attempted to operationalize both concepts and validate them empirically, by considering them according to the theoretical and clinical descriptors provided by reference authors. However, as we mentioned in the initial chapters, this objective was not easy to achieve and there is still plenty

¹⁸⁹ This dimension explores the subject's perception of the relational ethics present in his or her family of origin system.

¹⁹⁰ Please refer to the sections on scientific evidence regarding the existing instruments to measure both constructs, mentioned in Chapters 2 and 4.

to be done. Bowen himself stated he was against developing empirical measures that would specify the degree of differentiation because it would be technically too difficult (2014), and in terms of relational ethics, van der Meiden (2019, p. 37) reminds us that:

The multitude of concepts as well as the unusual and alienating terminology, together with the lack of an enlightening order, impede a good understanding of the essence of this theory: relational ethics. In addition, according to Nagy, there are no characteristic contextual techniques, methods, or strategies, except the ability to let family members tell their side (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 169). In fact, he “eschews prescriptions and techniques that require therapeutic impositions of any kind. Instead, it hews to methods that elicit spontaneous options, actions, and decision-making” (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 277).

Despite this difficulty and aware of the limitations the investigation methods used may have to explore these constructs, we ask ourselves: are differentiation of self and relational ethics different, unknown and/or unconnected concepts, as their authors apparently do their utmost in indicating, or can we say these are related, similar or complementary as we set out in our hypothesis?

Answering this question is highly complicated. To ensure a positive initiation, due to the subsequent comprehension required, let us remember what Nagy states: “A truly comprehensive grasp of human existence is inevitably composed of both individual and relational realities” (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 7). Based on this axiom, contextual theory provided the five-dimension model, which is fully explained in the Chapter 1-2 and is the theoretical foundation of future investigations (included in the theoretical framework, one such example would be the work by Fishbane, 2001 and Silverstein et al., 2006). Van Rhijn & Meulink-Korf (van Rhijn & Meulink-Korf, 1997, pp. 142–143) expressed it as follows: [Practically the entire work of Nagy and his co-authors breathes the spirit of the a priori of intersubjectivity (...). The “being human” is a “being in a relationship” and this “being related” is not a product of an autonomous and free choice]¹⁹¹.

In the five-dimension model, Dimension IV is relational ethics or responsibility, i.e., the dimension that deals with acts of nurturing, the balance between giving and

¹⁹¹ Translation provided by van der Meiden, personal communication, August 26, 2020.

receiving, and the dialectics of receiving through the act of giving (Boszormenyi-Nagy, 1987). And it is precisely through the training and performing of genuine behaviors consistent with this dimension IV that delineation of the self and validation of the self are made possible; these are the two stages that make up dialogue¹⁹² and the dialogical process. As we indicated in the Chapter 2, where we only introduced these stages, these will be explained in more detail in this Discussion.

According to contextual therapy and theory, self-delineation, the first stage of dialogue as contextualized in Dimension V (C. Ducommun-Nagy, personal communication, July 30, 2020), is characterized by the “polarized selves” (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 81) of two dissimilar individuals in an object-subject relationship. However, due to their mutual empathic recognition¹⁹³, approximating each one’s need to be object and subject as well, i.e., considering each other’s autonomous existence, they help each other out to be who they are (Boszormenyi-Nagy, 1987). The contextual theory uses the term *relational need template*¹⁹⁴ to explain the structure and mechanism through which, in an attachment relationship, the self seeks certain behaviors and attributes in another (non-self), which complement and differentiate the self (Litt, 2008). In this stage, the subject can experience a unique self in the context of an intimate relationship because limits and boundaries¹⁹⁵ are established between a proximal symbolic area (I / we) and a distal one (not I / others, the world) (Boszormenyi-Nagy, 1987).

In our opinion, Fraser (2000, p. 109) accurately and summarily pointed out:

(...) a relation is constitutive for subjectivity: one becomes an individual subject only by virtue of recognizing, and being recognized by, another subject. Recognition from others is thus essential to the development of a sense of self. To be denied recognition—or to be ‘misrecognized’—is to suffer both a distortion of one’s relation to one’s self and an injury to one’s identity.” Therefore, this stage of self-delineation “is not accomplished in relation to oneself, but instead in the dialogical relation between the I and the other. (Rober, 2005, p. 386)

¹⁹² Let us remember that Nagy translated Bubers’ philosophical principle of dialogue into a “dialectical rule of relational balance rooted in a mutuality of commitment.” (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 415).

¹⁹³ We are not referring to the “popular” term, empathy. We are talking about “experiencing simultaneously another person’s uniqueness, one’s own uniqueness and the uniqueness of the relationship” (Fife, 2015, p. 214).

¹⁹⁴ Structural patterning of instinctual needs plus relational obligations and entitlements derived from early attachment figures and family transactions. The need template influences one’s choice of partner and the transactional patterns that evolve (Boszormenyi-Nagy & Framo, 1965, p. 46).

¹⁹⁵ Here the term “boundary” does not imply “an unyielding dividing line” but rather “a dynamic feedback relationship” (Boszormenyi-Nagy & Framo, 1965, p. 85).

It would seem this stage is the most similar to Bowen's self-differentiation construct proposal, but at the same time, it surpasses it, as the other, more than being considered a different other, "is necessarily a constituent of the self" (Boszormenyi-Nagy & Framo, 1965, p. 60). In this dialogical relationship, the type of bond established between its constituents is not based on a functional dependency¹⁹⁶ (rooted in relational needs and in wanting the other to be an object for me as subject), but on an ontic dependency in which the Other¹⁹⁷ is needed to the extent that person provides the grounds to enable the conformation of the individual as a figure (Boszormenyi-Nagy, 1987).

On the other hand, self-validation—the second quintessential stage of the dialogical process and indicative of Dimension IV (C. Ducommun-Nagy, personal communication, July 30, 2020)—could be defined as the stage in which subjects learn their "inherent limits in accepting liability for another person's justifiable expectations" (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 81). More clearly stated, self-validation is the experience of considering and adequately responding¹⁹⁸ to the needs of others, integrating, at the same time, the other's recognition. This continuous dialectical process between giving and receiving (I consider the other as subject, while I am object: I respond to the other's claims (I give) and receive recognition for having given), builds a spiral movement¹⁹⁹ of trustworthiness (the other as object while I am subject (I receive) and trustworthiness builds, and so on time and again) implies²⁰⁰ each subject alternately gains merit, gains constructive entitlement and therefore, acquires integrity while the ethical value of each subject's existence increases.

Both stages of the dialogical exchange allow individuals to "approach relationships from a consistently multilateral perspective, and although they remain at the center of their universe, they focus on an interaction ontologically dependent on their constituent others" (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012, p. 58). If this were not the case, both subjects (the I and the Other) "run the risk of denying each other and mutually extinguishing one another through active or passive exploitation" (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1984, p. 27).

¹⁹⁶ According to Buber (1958, p.11; cited in Boszormenyi-Nagy & Framo, 1965, p. 61), individuals can establish two types of bonds: functional (instrumental acts between people who have reciprocal action relationships), and ontic (based on a fundamental existential dependency as self-constituent objects).

¹⁹⁷ Please keep in mind that, as we did in Chapter 1, we use upper-case to distinguish "other" from "Other" of Buber's dialogical matrix, in which the other is a personalized Other (to find out more we recommend reading *El arte de cuidar*; Domingo Moratalla, 2013).

¹⁹⁸ It might happen one offers what one thinks the other needs rather than what the other actually needs.

¹⁹⁹ Let us remember the distinction between trust (dimension II) and trustworthiness (dimension IV), explained in Chapter 2.

²⁰⁰ Please see the Figure 3 & 4; Chapter 2.

Thus, defining oneself (constituting oneself) due to the recognition of a distinct other (self-delineation); alternating the roles of subject and object; mutually trusting the reciprocity expected from the Other, and asserting one's own self-esteem and ethical value as an indirect gain for having taken the risk to respond to the Other's needs (direct gain, self-validation), evolves into a healing moment²⁰¹ (C. Ducommun-Nagy, personal communication, July 30, 2020), characteristic of a genuine and fair²⁰² dialogue that "understands the needs and claims in the interest of an equitable justification" (Boszormenyi-Nagy & Framo, 1965, p. 77).

The dialogue we are referring to comprises "an on-going reciprocal process of mutual assertiveness or self-delineation (...), including not only disclosures of beliefs about the world, but also relational claims²⁰³" (Czubaroff, 2007, pp. 25–26). In other words, it is a "pre-reflective way of being-in-the-world that involves regarding oneself and others as whole people who cannot be reduced to a collection of attributes or characteristics" (Littlejohn & Foss, 2011 cited in Fife, 2015, p. 211). This enables a connective autonomy, an attitude of responsibility regarding the needs and rights of both (Colpaert, 2005; Czubaroff, 2007; Fife, 2015; Friedman, 1991; Inger, 1993; Shannon, 2017), and fosters a "balanced partiality" and "experiences that are positively interdependent" (Makau & Marty, 2001, p. 56, p. 88 cited in Czubaroff, 2007, p. 20).

In sum, this dialogue is a commitment "to fully understand the Other's vital experience, from the Other's position (Buber, 1965, p. 81), which favors an equitable exchange of the subject and object roles, as well as "responsible concern and relational accountability," resulting in "the most effective steps toward autonomous individuation" (Boszormenyi-Nagy, 1987, p. 80). As we have seen, according to contextual theory, this genuine dialogue (sixth possibility²⁰⁴ of ontically relating with another) prompts participation of the individual "in a dynamic interaction with a counterpart (the Other, or non-oneself) and at the same time, as member of an antithetical relation, between individuation and family dependency (Boszormenyi-

²⁰¹ According to Nagy (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986) healing is derived from the genuine and appropriate care afforded to others, which provides merit (entitlement gained) and therefore, trustworthiness and freedom.

²⁰² We emphasize that for the contextual theory what is important is not so much to tell the truth (principle of truthfulness) but rather a fair exchange between one's needs and those of the other (principle of justice).

²⁰³ For instance, "claims about identity, relationship definition, process, and boundaries; relational rights and responsibilities" (Czubaroff, 2007, pp. 25–26).

²⁰⁴ Bear in mind that in this five-dimension model, dimension five is the ontic one, in which Nagy specifies there are six ways of "relating" ontically. Of these, we are most interested in the last three (4) *to be object*, (5) *to be subject*, and particularly the one we are focusing on, (6) *dialogue*, as these indicate increasingly satisfactory and stable relationships. To find out more, we recommend reading Boszormenyi-Nagy & Framo, 1965, pp. 56–115.

Nagy & Spark, 2012, p. 42), thereby becoming the essential context for mature individuation²⁰⁵ to take place (C. Ducommun-Nagy, personal communication, July 30, 2020). Thanks to this process, life acquires a sense of purpose and people can relay their potential and obtain freedom to have the power to be (“power to²⁰⁶ make decisions, to be the kind of person one wants to be” Fishbane, 2005, p. 551), and to enjoy the resulting health, in principle exempt from any symptoms (Anderson & Sabatelli, 1990; Boszormenyi-Nagy, 1987). As Bowen (2014, p. 523) himself states, “An important vital principle is to ‘give and receive’ (...); life can sustain an adjustment exempt from any symptoms if the relational system keeps a comfortable balance (...).”

In view of the above, this suggests that until the issues of balance and imbalance in relationships (both within the family of origin²⁰⁷ and with a significant other) are not dealt with, there is no place for self-knowledge, self-development, or self-assertiveness nor, consequently, for successful differentiation. In essence, the performance of actions is what defines relational ethics and contributes to the dialogical stages described, through which differentiation (here in terms of BFST) can be achieved.

Therefore, relational ethics is not only inextricably linked to relational integrity and mature individuation, it is also a requirement for both to take place (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986). As Van Rhijn & Meulink-Korf suggest (as translated and cited in van der Meiden in 2019, p. 55), “the heteronomy of the relationship precedes the autonomy of the person.” Along these lines, van der Meiden himself wrote in his thesis, “Gaining autonomy consists of a process of self-validation and self-delineation; by being significant for the other, one’s own value can be recognized and one’s own space can be defined. The development of autonomy therefore always occurs in relation to the other and along the lines of being entitled, indebted and obligated” (van der Meiden, 2019, p. 55).

In sum, our ontic interdependence, a *sine qua non* condition for humanity and every individual (Mos & Meulink-Korf, 2009), inevitably encourages us to use one another and satisfy our own needs. That said, one thing is to use each other and quite another is *how* we do it, for the way in which we use and are used is what qualifies this

²⁰⁵ “Achieving a separate identity or a psychic structure that represents a successful disconnection from exclusive loyalty to the family of origin and a commitment with one’s peers and other intimate relations, allowing one to live with authenticity, “being who one is,” by considering one’s emotional needs at the time, together with those of others, and the long-term consequences of one’s actions” (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012, p. 161).

²⁰⁶ “Power to instead of power over” (Goodrich, 1991 cited in Fishbane, 2005, p. 551).

²⁰⁷ According to contextual theory, these are the so-called hidden accounts of the *ledger of relational reciprocity*. To find out more, please refer to Chapter 1 & 2.

unavoidable relational responsibility²⁰⁸ (ethical dimension), which, as we have seen and will do so below, is of utmost clinical importance, both due to its incidence in pathology and to its effect in every individual's development (Litt, 2007).

We believe that with the explanation provided, we not only describe the high correlation between both constructs (the existence of one intertwines and is interrelated with the other), but it also supports our results regarding the capability of relational ethics to predict²⁰⁹ levels of differentiation. The latter is another of this study's most interesting findings and relates to one of the hypotheses specified at the beginning of the research.

In terms of this prediction, if the results are analyzed cautiously, we can state that in our sample, the relation between the dependent variable and the independent one is significant, linear, and positive. This allows us to suggest that except for sociodemographic variables, the scores of the S-RES will be linked to those for S-DSI. In other words, higher S-RES scores will predict a higher probability of increased differentiation. However, we must be careful not to make superficial inferences, for what we are presenting here is a theoretical connection, not a causal one.

This means that even if the direction of the DV (relational ethics) and that of the IV²¹⁰ (DoS) is confirmed, two issues must be taken into consideration. First, we are dealing with a cross-sectional design, in which the levels of DoS and relational ethics were assessed at the same time. That is why it is not possible to refer to a causal or determinative connection (both a methodological design and a series of additional analysis would be required, which goes beyond the scope of this dissertation). Second, even if the research design, in a strictly methodological sense, would allow us to infer causality between these variables, we must bear in mind that from the perspective of the systemic framework, understanding families and what takes place within them involves a concept of circularity²¹¹ (Hoffman, 1998 cited in Cuervo, 2007). This means what happens within any family

²⁰⁸ Similar to the idea of "generative responsibility" (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 165) which comes about when giving and taking are balanced and people can show continuous concern for the needs and rights of others. Classical psychology writers also included issues about caring and responsibility toward others in their theoretical formulations (e.g., the terms generativity; Erikson, 1968, 1982) or self-fulfilling personality (Maslow, 1954), cited in (Scabini & Manzi, 2011, pp. 574–575).

²⁰⁹ As we will progressively explain, although we cannot establish a causal link due to the study's design, the statistical technique used allows us to refer to a predictive capacity (albeit evidently limited). We will come back to this point in the section on limitations.

²¹⁰ Dependent variable and independent variable, respectively.

²¹¹ A question of *differential causality* (systems interact in a network of mutual influence and each one can influence the variance differentially in any process or result) in the General Systems Theory (Bertalanffy, 1968).

is not construed according to a linear, causally determined framework, but rather pursuant to a systemic and interactive one.

Now then, according to the results and after talking with the main experts in contextual therapy, referring to and reinforcing existing scientific literature, what I do dare to assert and uphold is the feasibility that the individuation process set forth by Nagy is more complete, holistic and comprehensive than the differentiation process specified by Bowen, as the former includes the five dimensions of relational reality (C. Ducommun-Nagy, personal communication, July 30, 2020). In other words, it involves a bio-psycho-social, ethical, and ontic development and process. Therefore, it is a biological dimension process²¹² (establishes objective facts), a psychological dimension²¹³ (psychological autonomy), a systemic dimension²¹⁴ (updated and liberated family patterns, role definitions and dynamics that limit and halt the development of the self), a relational ethics dimension²¹⁵ (through the self-validation process), and an ontic dimension²¹⁶ (through the self-delineation process). Conversely, according to the literature reviewed, the research consulted, the results we obtained and recognizing at all times the significant and major contribution of the Bowen theory, we dare suggest the self-differentiation process this author describes, strictly speaking, concerns the biopsychosocial dimensions (corresponding to dimensions one, two and three determined by contextual theory). We think that although Bowen acknowledges autonomy, separation, differences, otherness, and interdependency, he considers them as psychological-cognitive and/or affective/emotional rather than dialectical (Boszormenyi-Nagy, 1987), as he does not include issues regarding self-delineation or self-validation.

This conclusion agrees with Klapper's (1977, p. 69), who wrote in his thesis:

(...) the effect of imbalances in the multigenerational ledger of justice can be described as the larger framework within which the underlying anxiety and unresolved emotional attachments, which Bowen discusses, are evidenced. Higher levels of differentiation of self cannot be achieved if loyalty obligations and merit accounting are not rebalanced.

²¹² Dimension I, according to contextual theory.

²¹³ Dimension II, according to contextual theory.

²¹⁴ Dimension III, according to contextual theory.

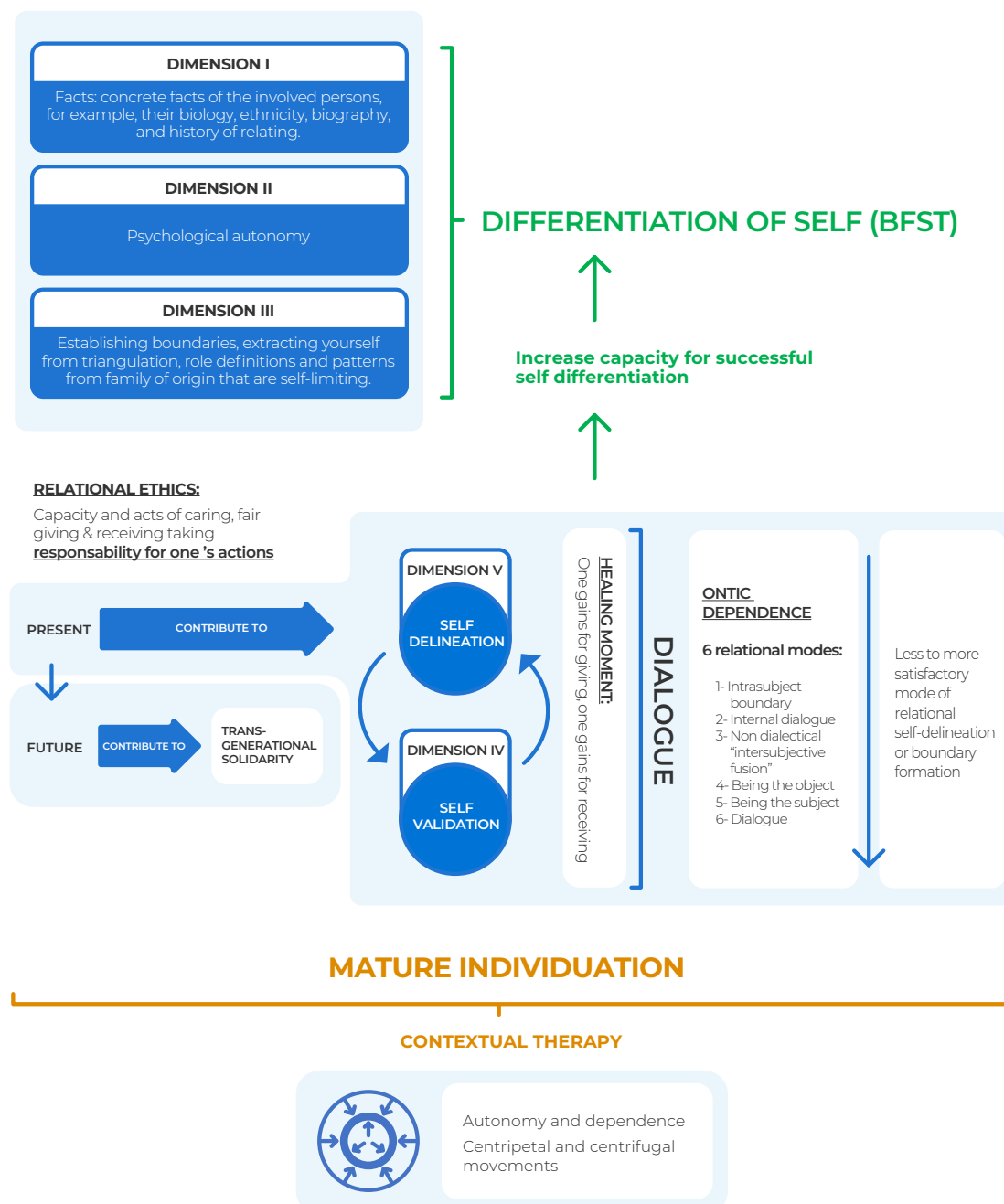
²¹⁵ Dimension IV set forth only by contextual theory.

²¹⁶ Dimension V set forth only by contextual theory.

Therefore, the balance between multigenerational loyalties enables differentiation among all family members so that each one is capable of individualizing and maturing.

The following figure contains the interrelations between all the concepts presented and graphically indicates the association, correlation and prediction we have explained in detail.

Figure 4. *Interrelations of the main concepts presented*



We think that to gain insight into the implications of these results, we must overcome and displace the discourse in consonance with cognitive and motivational theories, based on a monothetic understanding of individuals and their differentiation processes, and shift toward a dialectical mentality,²¹⁷ which urges us to include and work on ethical issues more than psychological ones, and assume an approach to relationships that “cannot be governed by either psychological or behavioral-transactional-feedback criteria alone” (Boszormenyi-Nagy, 1987, p. 310). Therefore, a sufficiently complex theory is required, which must include the realm of the intrapersonal (intrapsychic), the interpersonal (partner and significant others²¹⁸), and the systemic (family) of the human experience. Contextual theory fulfills these criteria (Litt, 2007).²¹⁹

Extending this issue a bit further, it would seem there is sufficient evidence to support the hypothesis that contextual theory has a more centrifugal and interpersonal conception of individuation²²⁰, while BFST assumes a more centripetal and intrapsychic view, in line with most of the psychotherapeutic literature about differentiation and with the western approach, which tends to emphasize individuality and self-realization (for example (Christopher & Hickenbottom, 2008; Jankowski, Sandage, et al., 2013; Rothbaum et al., 2002; Sandage et al., 2003) more than interdependence (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; Carter & McGoldrick, 1999; Kagitcibasi, 2005; Markus & Kitayama, 1991; Markus & Kitayama, 2010).

However, we believe this hypothesis requires more investigation, whereby it should be regarded with caution. Bowen himself clearly indicated (1978) that the objective of differentiation of self is not individuality nor intrapersonal gain, but rather a differentiation that strives for an interpersonal benefit, encouraging

²¹⁷ According to the dialectical mentality, a concept is considered in contrast to its opposite so that when viewed jointly the dialectical resolution that implies coexisting with living opposites is reached. Boszormenyi-Nagy felt there was an antithetical relation between individuation and loyalty to the family of origin. That is, paradoxically, we want to separate from our parents, but we also want to keep an everlasting symbiosis (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012, pp. 42,43).

²¹⁸ Significant others added by me.

²¹⁹ What we just explained seems to be consistent with the findings of other research and the approach toward certain concepts, such as the *self-nurturing function* (Litt, 2008), which is used “to emphasize that the validation of self-worth that normally comes from a nurturing primary caregiver in childhood comes from the self in a differentiated adult” (p. 276); *relational autonomy* (Mackenzie & Stoljar, 2000), which refers to autonomy linked to interpersonal issues, like caring, the validation of ethical concerns, and the claims for resources (Mackenzie & Stoljar, 2000), and *autonomy based on principles*, similar to the notion that autonomy is connected to issues that have to do with the obligations and rights both of givers (caregivers) and recipients (patients) (O’Neill, 2002).

²²⁰ Other examples that provide similar formulations are the concepts set forth by Angyal (1965 p. 18, cited in Hill, Hasty, & Moore, 2011), who indicated the link between autonomy and homonomy, explaining that highly differentiated people keep their autonomy and, at the same time, connect considerably with others; or those provided by Stierlin (1974), who presented the differentiation process from a similar perspective in stating (p. xii): “The transition process toward separation is made up of the interaction of centripetal and centrifugal forces, revealing a dialectical relationship.”

individuals to connect with their relational potentialities and interpersonal gains. In fact, Elizabeth A. Skowron, in her article (2004), cites several authors (for instance, Boyd-Franklin, 1989; Carter & McGoldrick, 1999; Guisinger & Blatt, 1994; Gushue & Sicalides, 1997), who do not agree the Bowen theory excessively emphasizes western values of independence and neglects the importance of human interrelation. They argue that Bowen's conceptualization of DoS is consistent with a *cultural lens approach* (CLA)²²¹, which is sensitive to values characteristic of oriental cultures (Lim & Nakamoto, 2008) and the few family theories that emphasize the central role of satisfactory and sound interrelationships in acquiring maturity and health, and it would therefore be a mistake to consider it as a theory biased toward the west. Because we have dealt with this topic in Chapter 3, when we analyzed the applicability of the Bowen theory, we will not address this specific controversy in more detail.

After having examined this link, we now wish to discuss the last section of the results derived from the exercise of evaluating the association between attending a mental health center to receive treatment and the total scores for S-DSI and S-RES, as well as the association with specific sociodemographic variables.

Before we continue, we wish to note—as can be verified in the objectives specified—that although this research was not specifically designed to evaluate how such sociodemographic variables functioned without considering the *relational ethics* and *differentiation of self* constructs, we did wonder if notwithstanding the scores in S-DSI and S-RES, and considering only the sociodemographic variables, these could be linked with higher or lower probabilities of a subject being included in the clinical group. The comparative and correlative analyses provided results we consider relevant and think it is important to ponder and discuss them.

The first aspect worth emphasizing stems from the fact participants who attended a mental health center to receive treatment were three times more likely to be female instead of male, two times more likely to lack higher education than to have received it, and six times more likely to be unemployed rather than employed. In addition, participants who informed they were currently with a partner were 40% less likely to attend a mental health center. In other words, being a woman, not having higher education, and being unemployed may be considered as risk

²²¹ CLA is a stepwise approach to systematically analyze cultural validity of psychological theories, that is, “the extent to which premises and concepts of a theory are generalizable across, equally relevant to, or equally useful to diverse groups” (Hardin et al., 2014, p. 656).

factors, while being in a relationship seems to be a protective factor. Due to the study's design, these associations cannot be considered causal or explicative and are, therefore, associations that may be relevant provided they can be supported by theoretical principles as well as the results of other research, and can shed light on future studies, attempting to confirm such associations are found in other samples, controlling possible confounding variables, and extensively exploring hypotheses related to such associations.

We believe these results are easily inferable, not surprising, and also consistent with the scores and correlations previously presented and explained. Therefore, in order to avoid being redundant, we will only add specific information that complements what has already been presented. This information discusses why certain variables, regardless of the scores obtained in the S-DSI and the S-RES, may work as risk factors and/or protective factors to attend a mental health center (i.e., be part of the clinical population).

In terms of the variable *gender*, the overrepresentation of females in these analyses is consistent with the results of various studies that suggest women use more outpatient care services, are prescribed more psychotropic drugs, and are hospitalized more frequently than men (Chesler, 2005; Showalter, 1987; Ussher, 1997 cited in Ordorika Sacristán, 2009). Several explanations²²² might clarify this fact. As an example, understanding how historical and social aspects are entwined, and ponder how health and illness concepts are socially and culturally constructed and mirrored in specific psychiatric categories and in the methodologies used to diagnose them. This requires a critical analysis of possible biases and tendencies, which, to the extent they are subject to a historical framework and a specific context (Rosenberg, 1992), these are not objective and invariable but rather subjective and variable. We mentioned this before while referring to certain biases in the questionnaires used to gather information.

Also, explanations provided by the World Health Organization (WHO, 2001) and other research (Álvarez, 2000; Bacigalupe, 2019; Cermele et al., 2001; Henares Montiel et al., 2020; Montero et al., 2004; Peleg, 2008), state gender substantially affects the individuals' mental health and specify that due to women's social situation (inclusion in the workforce while retaining multitasking, overload, and responsibility), they

²²² To find out more about this subject, we recommend reading Joan Busfield's text *Men, Women and Madness. Understanding Gender and Mental Disorder*.

are more exposed to mental disorders than men. Peleg (2008) offers an additional explanation that has to do with the lack of communication and conflict management strategies women tend to experience in intimate relationships.

Thus, while males tend to alleviate their dissatisfaction, discomfort, and stress through almost immediate release and venting, females tend to internalize their conflicts and not contend with their distress, which can lead to accumulated discouragement and despondency. Once more, although we believe there are several answers to this issue, this does not diminish the importance of the data obtained, nor does it undermine the need for psychiatry and psychology, including their clinical practices, to understand the specific characteristics of societies, cultures, context and their effect in the etiology and conception of mental health. This will enable updating the methods and conceptualizations used, and to the extent possible, preventive and effective health policies without any gender bias may be developed.

With regard to the variable *current partner*, the results suggest that in our samples it is a protective factor. As we explained at length when we considered this variable jointly with the scores and correlations for S-DSI and S-RES, it is possible that as the couples settle down in due course, the levels of separation anxiety decrease (Peleg & Yitzhak, 2011), while marital satisfaction and well-being increase (Peleg, 2008), which would impact the health of these subjects.

Lastly, in terms of the variables *employment status* and *higher education*, presented as risk factors, several studies have evidenced the connection between employment status and mental health and a few studies less, between the education received and mental health. Particularly the latter investigations indicate being unemployed and not having an education correlate with a very negative effect on the quality of life and seem to predict mental health problems (Arévalo-Pachón, 2012; Casullo, 2004; De la Cruz-Sánchez et al., 2012; Espino Granado, 2014; Garrido Rodríguez et al., 1994).

As we explained in the Results section, after controlling the possible sociodemographic variables that could act as conceivable confounding factors (*gender, age, employment status, marital status, current partner, having children, and nationality*), we realized the total scores of individuals in S-DSI and S-RES continued being significantly lower in the clinical group. This could indicate that

apart from the sociodemographic variables, having a higher differentiation of self and increased relational ethics, in themselves, could decrease the possibility of a subject attending a mental health center.

This statement is consistent with all theoretical formulations on which this study is based. These describe how an impairment of the self-differentiation process and relational ethics integrity threatens basic human needs of identity, distinction, recognition, and autonomy, impacting the health of everyone involved. As we submitted in the theoretical framework, there is substantial empirical evidence in this regard (to cite a few examples in terms of DoS: Bartle-Haring, 1997; Charbonneau et al., 2009; Gavazzi et al., 1993; Jankowski & Hooper, 2012; Jenkins et al., 2005; Knauth et al., 2006; Krycak et al., 2012; Murdock, 2004; Peleg, 2002, 2005; Peleg & Rahal, 2012; Rodríguez-González et al., 2019; Ross et al., 2016; Schnarch & Regas, 2012; Skowron et al., 2009; Skowron & Friedlander, 1998; Skowron & Schmitt, 2003), and regarding relational ethics (Boszormenyi-Nagy, 1987; Gangamma et al., 2015; Grames et al., 2008; van der Eerenbeemt & van Heusden, 1987; Wilson et al., 2017).

Moreover, results suggest the levels of differentiation of self are more significant than the levels of relational ethics, i.e., the former are more influential in terms of increasing or decreasing the likelihood of a subject attending a mental health center. Although not entirely clear, this could be linked to the fact that the scores of both populations differ more if the scores obtained in S-DSI and S-RES are considered and compared. However, it would be interesting for future studies to question and explore why it seems DoS protects more than relational ethics.

Once again, we are faced with the impossibility of establishing causal associations. In other words, although these preliminary analyses suggest such variables and constructs may function as risk factors and/or protective factors, we are unable to confirm a causal direction with *attending a mental health center*, for there is no guarantee this data goes in this direction and not otherwise, i.e., whether being a clinical population is the cause and not the consequence of the levels in these variables or constructs.

What we do dare to assert, without explicitly establishing the direction of the facts, is that attending a mental health center, in our sample, seems to be linked with the characteristics of being female, being unemployed, not having higher education, not having a partner, having lower levels of DoS, and being less capable

of acting according to relational ethics.

We are aware that assuming this cautious stance (not venturing to determine causal explanations) may disappoint certain readers, perhaps accustomed to conventional psychology, geared toward offering linear causal arguments. Our experience has shown us, however, that endorsing a question entails including a complicated amount of variables and experimental procedures, which in our case, could not be assumed due to the limitations of this research. Nonetheless, we are convinced one cannot remain indifferent to the data obtained, regardless of the theoretical orientation, the selected focus for practice, and/or the type of approach. In fact, as we have attempted to point out since the beginning of this research, it is core and essential that relevant professionals involved in both preventive activities and health promotion, consider and include the differentiation of self and relational ethics constructs.

We hope the findings related to the relevance of such sociodemographic variables and the importance of DoS and relational ethics stimulate the formulation of new hypotheses and research questions on which future research may focus. Consequently, perhaps the prevention, detection, and intervention schemes for mental health can be revised, and new strategies can be established to suggest improvements for current initiatives, thereby enabling the design and implementation of sound programs and policies that specifically take such improvements into account.

6.5 CONCLUSIONS

In retrospect, we can assert all hypotheses have been confirmed and we were able to extract a series of valuable explanations. In closing and to summarize our work, we now wish to set forth a few conclusions derived from the results obtained.

This study has provided additional evidence of the connection between DoS and relational ethics (each construct separately) with health. This fact is reflected, for instance, in the difference between the scores obtained by the clinical population (lower) and the non-clinical one (higher). Also, through a quantitative analysis, this is the first investigation that has explored the link between relational ethics and differentiation of self, which has shown, for example, a statistically significant correlation between both constructs and also, a significant predictive capacity when a multiple regression analysis was run with S-DSI as dependent variable and demographic and S-RES domains as predictors.

In addition, this research also provides new information about the influence specific sociodemographic variables seem to have both on relational ethics and differentiation of self. Along these lines, one of the findings we emphasize most is confirming that both DoS and relational ethics have a mitigating capacity in terms of the probability that a subject may need to attend a mental health center (corresponding to the clinical population in this study). Lastly, although this is beyond the scope of the objectives set forth, our study indicates that certain sociodemographic variables (such as being a woman, being unemployed, not having a higher education, and not being in a relationship) are linked to a higher probability of attending a mental health center. As we pointed out earlier, since this study was unable to analyze these variables more extensively, we believe future research should examine the existence and direction of causality, as well as explore the occurrence of other explicative mechanisms, such as determining mediating or moderating elements.

After performing an in-depth analysis of both theories and certain results obtained, we consider this research points out the Bowen theory (1978) is complemented by the contextual theory and therapy (1986), particularly in terms of the dialogical conception of the differentiation process and its key contributions regarding the principle of justice and relational responsibility. We think that having clarified the existing connections between both constructs, it is evident both are

highly interconnected and linked to the achievement of mature individuation, by prompting relational negentropy and a eudaemonic assumption²²³ of well-being.

Despite these considerations, we wish to explicitly state once more we are not in the least suggesting that any of the therapy theories or models should be replaced by the contextual theory. Interpreting our study and our conclusions in this manner would be mistaken. Instead, we believe the current challenge lies in reflecting and investigating how to act from a frame of reference that supports working with people from the context of the individual, couple or family, including as well the paradigm of relational ethics as an integration guideline in the exercise of self-differentiation. This would mean addressing not only the needs, the psychological issues, the transactions, the systemic feedbacks, but also the factual²²⁴ element regarding the questions of responsibility, loyalty, and justice. As we have mentioned and shown, these provide the basis for intimate and trustworthy relationships, and the potential for differentiation and mature individuation (Boszormenyi-Nagy, 1987). In sum, what we are suggesting is that the results of this study may enhance the practice of contextual therapy and BFST, as well as of other systemic approaches to family therapy. Nevertheless, defining a practical and specific proposal will be the object of future work.

We hope this proposal, though complex, is intelligible and stimulating, for we believe it is consistent with contemporary research in family therapy, increasingly less focused in comparing and demonstrating the specific characteristics of certain models (Sprenkle & Blow, 2004), or in proving the relevance of the therapist (*professional centrism*; Tallman & Bohart, 1999), but rather, more centered on demonstrating that the effectiveness of treatments is based, not on the untainted applicability of a specific theoretical and practical model, but on a theoretical comprehensiveness and technical eclecticism (Sexton & Datchi, 2014), as well as on common mechanisms of change (Blatt et al., 1996; Castonguay, 2000; Haas et al., 2002; Lebow, 2014; Rosenzweig, 1936; Sprenkle & Blow, 2004).

Despite the methodological limitations of this study, which prevent us from arguing in terms of causality, nothing precludes the results obtained may become an input that involves a relevant and novel contribution, in addition to being consistent

²²³ Based on the search for individual development, relational connection, ethical development, and so forth, in contrast to a hedonic perspective of well-being (subjective feelings of satisfaction and happiness). To find out more, see for example, Henriques et al., (2014) and Wong (2011).







²²⁴ Of or related to facts or limited to them, in contrast to the theoretical or imaginary (*Real Academia Española*: Dictionary of the Spanish language, n.d.).

with well-known theoretical statements and with an extensive scientific repertoire that has reached similar conclusions (the connection both constructs have with health, individual and relational well-being and quality of life).

We hope to have overcome monothetic and unidimensional conclusions to arrive at dialectical and relational ones, thereby enabling the development of a renewed and extensive definition of the concepts differentiation and health, recognizing them as processes or statuses that go beyond considering the individual a unique entity separate from his or her context. We are confident we can make our own contribution in the sense that the predominant theoretical models in psychology and psychiatry and the corresponding clinical practices, acknowledge the weight the family system carries in facilitating or hindering the acquisition, by its members, of the capabilities to act according to the ethics of responsibility, and are thereby able to healthily differentiate themselves and develop.

In sum, we hope the results obtained in this study, extensively interpreted and explained in the discussion, help, in general, to increase the procedures for scientific research and knowledge of health, and specifically, to enhance the research and theoretical body both of BFST and contextual theory, promoting its application among the Spanish population, thereby ultimately and above all, contributing to the people's well-being and quality of life.

To conclude, below is a summary table in which we can see the objectives and hypotheses stated at the beginning of the study, as well as the achievements obtained.

STUDY 2	<p>O1: Find out the levels of relational ethics and differentiation of self in two study groups, clinical and non-clinical; compare the scores and assess if there are any significant differences;</p>	<p>H1: We expect there will be significant differences between the scores obtained by each of the groups. Specifically, the levels of relational ethics and differentiation of self will be lower in the clinical population.</p>	
	<p>O2: Examine in each of the groups whether or not the sociodemographic variables show connections when evaluating the different dimensions and components of the scales of relational ethics and differentiation of self.</p>	<p>H2: We expect to find differences in the dimensions of the constructs relational ethics and differentiation of self, linked with sociodemographic characteristics studied in our samples both in the non-clinical population and in the clinical one</p>	
	<p>O3: Analyze the connection between relational ethics and differentiation of self in clinical and non-clinical populations and compare the results obtained.</p>	<p>H3 (a): We expect to find a significant connection between the levels of relational ethics and the levels of differentiation of self, both in the non-clinical population and in the clinical one. Specifically, we estimate higher levels of relational ethics are related to higher levels of differentiation of self.</p>	
		<p>H3 (b): We hypothesize a strong interconnection between both constructs. Specifically, we expect relational ethics levels can predict levels of differentiation of self.</p>	
	<p>O4: Compare the results obtained in both instruments and samples in order to test the capacity of the S-RES (Spanish Relational Ethics Scale) and the S-DSI (the Differentiation of Self Inventory-Revised; DSI-R) for discriminating the population groups.</p>	<p>H4: We expect that apart from the sociodemographic variables, higher levels of differentiation and relational ethics will decrease the probabilities that a subject may become part of the clinical group.</p>	
	<p>O5: To establish similarities and differences between the literature reviewed and the results obtained in order to reflect on possible lines of research and intervention within the systemic model to increase psychological well-being and quality of life.</p>	<p>H6: We project it will be possible to provide an exposition that observes and includes the theoretical formulations of both models and propose some guidelines for the clinical practice.</p>	

Clinical Implications

Although it is difficult to reach firm conclusions from our results given the limitations we will discuss, and because the findings may raise more questions than answers, we believe the results submitted herein provide new insight into and increase the understanding of both constructs and may therefore have major theoretical and practical implications both for family therapists and other professionals who work with individuals and families. We deal with this issue below.

In the first place, the fact that today we have two fundamental instruments, S-DSI and S-RES—validated to assess self-differentiation and relational ethics among the Spanish population—available to psychotherapists, psychologists, and psychiatrists, both from individual psychotherapy and family therapy, to use them as they see fit (jointly or separately) and at different times during the intervention, provides more possibilities to design and implement strategies, thereby supporting prevention, promotion, and sustainment of psychological health, and at the same time, evaluating their evolution.

For example, the evaluation of differentiation of self and behaviors consistent with relational ethics may be introduced during the preliminary stage of therapy for individuals, couples, or families, with the purpose of exploring previous levels of both constructs, establishing diagnostic criteria, and adjusting therapy according to the levels detected. Likewise, knowing the levels of DoS and relational ethics at the beginning may also make it easier for therapists to grasp certain behaviors and/or family dynamics more quickly, and be able to articulate additional specific hypotheses and objectives with less difficulty. It would also be extremely interesting—if possible and if the type of intervention allows it—to detect if there are any significant differences among the various members of the dyad or family system, ponder this question, and understand how these impact the process and the therapeutic solution, as well as their personal and relational development, and even perhaps come up with questions to encourage future research.

In this sense and with the intent of exploring the malleability of both constructs, their reciprocal influence, and whether therapy can produce systematic changes in DoS and relational ethics, we would be able to evaluate their levels and the significance of their correlation at the beginning and the end of the therapeutic process (pre-post studies), and also compare the results obtained and prove the

influence other sociodemographic variables or different psychological constructs may have if we included them.

If according to what our investigation has shown, both constructs are highly correlated, and therefore, addressing one of them will have an impact on and enable developing the other, it is almost mandatory to conceive a clinical practice that provides the possibility of integrating both. Although we cannot solve, in this dissertation, the question of how both models should converge and diverge in practice, in the sense of proposing or designing how this integration should take place so that professionals may include them in their practice (as it exceeds the scope of this dissertation and we wish to leave it pending for future investigations), our results do provide the opportunity to begin reflecting and weighing this issue on the theoretical level, which is the first and essential step. Thereafter, therapists may begin to understand this need for integration, prompting them to consider how to join and combine, or which elements/dimensions of each construct are more appropriate for inclusion and at what time, and even if it is worthwhile to protocolize this combination in a specific intervention process. For the time being, we dare to provide certain integration points, set forth some possibilities, and anticipate certain challenges, which we believe should be considered.

In the first place, this consideration allows us to have at our disposal a wider range of therapeutic possibilities when the time comes to design and implement interventions. If, as we have explained in the theoretical framework, the literature indicates differentiation of self “is a very stable variable and, although modifiable,” (Rodríguez-González, 2016, p. 294) it is quite difficult to change (Kerr & Bowen, 1988), interventions may, for instance, focus first on promoting ethically responsible behaviors. This does not mean the therapist would have to be an expert in contextual theory, nor adept at handling the tools for intervention²²⁵ as proposed by contextual theory (Boszormenyi-Nagy, 1987). For this, in addition to being explicitly trained in contextual theory and therapy, one must be extremely cautious (C.Ducommun-Nagy, personal communication, July 30, 2020).

If we wish to begin with relational ethics, we must first detect the indicators of *relational stagnation*²²⁶ or failed dialogue, and explore the relational resources available to prompt the *healing moment* and trigger a genuine dialogue,

²²⁵ See “guidelines for intervention” and “tools for intervention” (Boszormenyi-Nagy, 1987, pp. 162, 200).

²²⁶ Ethically “stagnated” actions are those lacking personal integrity (Boszormenyi-Nagy, Grunebaum & Ulrich, 1991, p. 210).

remotivating individuals (almost without them realizing it) (C.Ducommun-Nagy, personal communication, July 30, 2020) to want to “resume”²²⁷ performing generous actions and dare to act courageously and undertake the risk of beginning to *give*. This way, the spiral movement of constructive entitlement can begin; fairness and relational responsibility (Mos & Meulink-Korf, 2009) can be actualized, and individuals can therefore advance toward the definition of non-differentiation to differentiation. Pursuant to the meaning of relational ethics that we have provided throughout the entire investigation, the therapeutic movement is not derived from clients having relational ethics (as you cannot not have it), but rather from initiating behaviors consistent with relational ethics, focused on “expressions of experience and significance” of those involved (Morgan, 2000 cited in den Hollander, 2009, p. 133) more than on arbitrary rules²²⁸ (Bray, 1993). This way, the therapy can result in a “model of reciprocal self-validation instead of self-justification” (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986, p. 272).

To achieve what we have proposed, strategies that are more direct and characteristic of the contextual model can be used, as well as other more flexible ones, including more indirect strategies: For instance, intervening in emotions associated with a perceived relational injustice (for example, Jankowski, Hooper, Sandage, & Hannah, 2013 cite the works by Elliott et al., 2004), (Greenberg et al., 2010; see also Lawler-Row et al., 2006), and advocating elements and constructs we know mediate or moderate, which are ultimately related (although separately) with DoS and relational ethics. These strategies are detailed in the section on empirical evidence in Chapters 2 and 4 such as the promotion of forgiveness (Bursky, 2016), commitment, social justice, and spirituality (Heintzleman et al., 2014; Hill et al., 2011; Holeman et al., 2011; Sandage et al., 2014; Sandage & Harden, 2011; Sandage & Jankowski, 2010). In addition, certain ways of caring can be taught and trained (Jankowski, Hooper, et al., 2013), thereby questioning the gender stereotypes that instigate imbalances and relational injustices (Dankoski & Deacon, 2000; Knudson-Martin, 1992); address issues of stigmatization, oppression, marginality, and morality (Hargrave & Pfitzer, 2003; Doherty, 1995; Dolan-Del Vecchio, 1998; Hicks, 2006b ; McGoldrick, 1998; McGoldrick, Almeida, García Preto, et al., 1999; Tamases &

²²⁷ We wish to use quotation marks as emphasis because, as we explained in the theoretical framework, every child is in a state of basic trust and generosity (therefore this has already taken place).

²²⁸ For contextual therapy it is essential that therapists avoid seeking the truth and applying universal laws of reason (impartial) (Whatmore, 1997), being capable of transmitting to clients the importance of overcoming the temptation of wanting to be right; the obligation of doing what is morally good.

Waldegrave, 1993 cited in Rootes, 2013, pp. 43–44), as well as detect sources of trust²²⁹ and mistrust in the person's relational network (Cotroneo et al., 1992), among many others. Furthermore, to make these decisions easier, we could, for instance, consider non-diagnostic factors of the patient (to find out more, see the research by Beutler et al., 2011, 2012, 2016), which might help us decide which strategy to begin with or which selection of strategies to choose.

In the interest of avoiding any misleading interpretations, we reiterate, these proposals, obviously, do not discard interventions²³⁰ directly focused on prompting self-differentiation. On the contrary, what we are suggesting is a parallel intervention, i.e., an intervention in DoS through a practical approach to relational ethics, jointly with the emblematic interventions of the Bowen theory. As we have mentioned, and our results support it, despite the fact we may consider it essential to include dimensions IV and V in therapeutic interventions that concentrate on self-differentiation and mature individuation, this does not imply in any way or by any means, that we are undervaluing the remaining dimensions or ignoring the other models or therapeutic proposals. As Adams and Maynard so accurately express, “An ethical lens is not the only lens (...) We are not suggesting that this is the approach of choice in all cases” (Adams & Maynard, 2004, pp. 10–11).

Therefore, it is still fundamental for therapists to continue considering and intervening in dimensions II and III, taking an interest in the psychological functioning of individuals and fostering interventions that allow the remaking of relationships “with one's family of origin (...) and coming to a place of systemic understanding and reconciliation with family members” (Fishbane, 2005, p. 544), but in matters of fairness and reciprocity. Also, let us bear in mind what van der Meiden indicates (personal communication, August 15, 2020): “The distinction in the four dimensions is a theoretical distinction, relevant for care providers to determine which aspect they want to zoom in on” and “self- delineation and self-validation can be viewed

²²⁹ Relatively recent research reevaluates and emphasizes how trust is a key element for stability and satisfaction in interpersonal relations (Borawski, Ievers-Landis, Lovegreen & Trapl, 2003; Crocetti, Rubini, & Meuss, 2008; Kerr, Stattin, & Trost, 1999 cited in Scabini & Manzi, 2011).

²³⁰ Such as encouraging the understanding of circularity that takes place in relationships, stimulating individuals to be responsible for their own emotions and for the quality of their relationships (Rodríguez-González & Kerr, 2011), by using the genogram, techniques that support detriangulation and enable increasing the general levels of the individuals' differentiation, such as, for instance, questions aimed at the process, the “non-anxious presence,” the exercise of “going back home,” etc. (Gehart & Tuttle, 2003, p. 158). To obtain detailed descriptions of these techniques see Gehart and Tuttle (2003).

from all four dimensions (perspectives)”²³¹

Hence, what we are proposing is for therapists to make this inextricable reality of human existence visible, to acknowledge it, and to integrate it in their therapeutic practice, magnifying the awareness of their clients in this regard. Ultimately, we hope therapists are able to surmount individual and family psychological theories and can gain insight, ponder, and encourage interventions in the intermediate healing place²³² (Dwyer, 1987, p. 170). This place, as our results have shown, allows participants, thanks to “the capacity to recognize the other’s otherness” (Czubaroff, 2007, pp. 22–23), to withdraw from “defensive places” and the “zero-sum game” and acquire a more responsible and collaborative way of thinking (Grunebaum, 1990), by reconsidering the “we” that their relationship implies (Bergman and Surrey, 1992; Buber, 1965a; all cited in Fishbane, 1998), thereby making room for “power with” or “mutual empowerment” (Fishbane & Wells, 2015, p. 28). This way, despite their own differences, “multiple worlds become mutually infused” (p. 417) “and common directions ... and mutually viable ways of life are built (p. 414; Gergen, 2015). In sum, this allows each one to achieve and maintain self-integrity and self-assurance, and at the same time, relate more healthily and satisfactorily, enhancing a sense of responsibility and commitment shared by the relationship.

Now then, from a more general perspective, in addition to the above, we believe this research will promote a more profound understanding of the structures and dynamics that underlie intimate and significant relationships. We trust, for example, it will promote a conception of DoS that leaves behind the idea that differentiating implies a detriment to the family connection (as it seems to be associated with particularly in the western culture, Fishbane, 2005). Instead, our research emphasizes that differentiating can be conceived in terms of intergenerational theories and relational psychodynamic approaches (Carter & McGoldrick, 1999), which highlight both interdependence and independence as distinctive traits of individual development and maturity, as well as the impact and importance of family, as a key setting in the growth and psychological development of its members, and as a fundamental element to be included in clinical practice.

²³¹ For example, in considering dimension III, Nagy wrote, “Each real or anticipated transaction creates or contributes to the symbolic delimitation of each entity ... The structure of any transaction implies a figure-base relationship polarity and each transaction redefines the limits of personality” (Boszormenyi-Nagy & Framo, 1965, p. 33). Therefore, each transaction (dim III) brings on a delimitation of self / other (dim V) or a change to Dim II (a more precise redefinition of personality limits, in other words, a more precise definition of self), such as self-validation (dim IV), derived from the merit obtained in the transaction. All of this contributes to more individuation.

²³² Kingdom of *the intermediate* (Buber, 1965).

In sum, we are not proposing the formulation of a new theory, nor exclusivity or therapeutic constraint, but rather integration and to broaden the possibilities of intervention, thereby overcoming the mutual bias between both models, summarizing mutually complementary factors, expanding and making our understanding of human nature more flexible. What we suggest is a holistic and comprehensive approach, in which the biopsychosocial dimensions are encompassed in a theoretical framework compatible with the overall concern for justice and relational responsibility.²³³

We hope our proposal does not seem peculiar, as according to many investigations, the exercise of including certain methods from certain models increases the effectiveness of the intervention (Cooper, 2010; Gurman, 2011; Norcross et al., 2005; Safran & Messer, 1997; Wampold, 2015), and is consistent with an integrative approach characteristic of most therapeutic treatments that have emerged during the last decades.²³⁴ These reveal that even working from a *home theory*, strategies and techniques are adopted from other approaches as required, and many implement a *theoretical integration*, an *assimilative integration*,²³⁵ and/or *technical eclecticism*.²³⁶ Deciding which of the above options and defining how this conceptual appliqué should be put into practice is no easy task (Lampropoulos, 2001). Solving issues regarding their accommodation, assimilation, and validation²³⁷ (Messer, 2001) requires in-depth novel consideration.

As we explain below, more deliberation, as well as the corresponding scientific confrontation, is required to move forward with the initial ideas proposed herein, to determine how these findings may be applied to enhance individual and family clinical practice and psychotherapy. Tapping into the words of Fishbane (2005, p. 566), it is unquestionable that what we are supporting and proposing “promotes collaboration rather than competition, and dialogue rather than debate, in human

²³³ There are several authors who uphold the only approach that has addressed the problems of morality, justice and relational reality, and at the same time keeps a systemic, transgenerational and family-oriented approach is contextual theory. See debate in literature: (Anderson, 1999; Combs & Freedman, 1998; Minuchin, 1998, 1999; Schwartz, 1999; Sluzki, 1998; Tomm, 1998).

²³⁴ For example, Multidimensional Family Therapy (MDFT), Integrative Problem-Centered Meta-frameworks Therapy (IPCM) (Pinsof et al. 2011, 2018), the Mentalization-Based Treatment (MBT); Relational Life therapy (Real, 2012).

²³⁵ Assimilative integration is the incorporation of attitudes, perspectives, or techniques from an auxiliary therapy into a therapist's primary, grounding approach (Messer, 1992 cited in Messer, 2001), in which a therapeutic technique is viewed, not as standing on its own, but deriving its meaning from the theory or therapy in which it is employed (Pepper, 1942).

²³⁶ In this case, the therapist tries to gather diverse models, and a given technique will be the same regardless of the theory and therapy from which it arose or into which it is imported.

²³⁷ “Its conceptual fit within the different theoretical and therapeutic framework (its accommodative aspect); its clinical meaning within the new therapeutic context (its assimilative aspect); and the empirical validity of its efficacy (its scientific aspect), which must be established anew” (Messer, 2001, p. 2).

relationships," as well as an ultimate purpose, which consists of exploring how behaviors consistent with relational ethics, together with BFST techniques, could be applied together in therapy. This way, clients may achieve differentiation and mature individuation as comprehensively as possible, and benefit from the implications this may have for their psychological development and health.

Strengths, Limitations, and Future Directions

In the first place, we wish to point out a few strengths of this study. On the one hand, since, to our knowledge, there are no prior scientific studies with empirical data about the connection between relational ethics and differentiation of self, our work enables shedding light on the Bowen theory and the contextual theory. Also, our study could be the starting point for additional research and to promote the understanding of both constructs, particularly relational ethics, on which investigations are more limited.

Another strength of this study, which struggles to overcome a limitation suggested by several theorists regarding the incomplete transcultural validity of traditional family therapy theories (McGoldrick et al., 2005), has to do with having found out how differentiation of self and relational ethics work within a sample in Spain (where despite the emphasis family has, there is widespread lack of knowledge regarding family functioning and its connection with DoS (Rodríguez-González et al., 2019). This study also provides evidence of the cultural relevance and universal applicability of these constructs, testing their functionality among a scarcely studied population such as the clinical one.

Clearly, the associations explored in this research should be considered preliminary, and additional studies are required to make more sense of the significant—and not as significant—findings identified. We believe assuming the risk of studying constructs that are very complicated to operationalize, demands we humbly acknowledge the results presented will not be definitive nor conclusive. In addition, we must bear in mind several caveats and **limitations** this study has.

First, a major limitation is the lack of representativeness of the sample (non-random sampling), affecting particularly the conclusions for hypothesis 1. The gender composition of the non-clinical sample is a limitation, as it is made up of many more women (80%) than men (20%). Although after performing the

corresponding statistical analysis and making sure gender did not affect the internal validity as the results proved to be essentially identical, it is an issue that needs to be considered and discussed if these results are to be generalized among various male and female populations. Continuing with issues about the sample, in terms of the clinical population, we must be critical of one aspect: this population was recruited based on fairly simple criteria, whereby it may be a very heterogeneous sample,²³⁸ which may distort representativeness and generalization of the hypothesis. Also, we assume, on the one hand, the mistake of not having codified the information of the incomplete questionnaires, which is why we were unable to assess if there were differences between the groups who answered and those who did not, and on the other, the error of not having included questions in the *ad hoc* questionnaire to find out about the duration of their relationships and the age of their children. This would have allowed us to be more specific and concrete in making our conclusions.

Second, this study only employed self-reported measures. Therefore, it bears a single method bias. Also, in our opinion, the response format of both questionnaires is too inflexible, possibly limiting and excessively simplifying the gathering of information. Likewise, both S-DSI and S-RES questionnaires are extremely difficult to answer if the respondent does not have a current partner, and virtually impossible, if the participant has never been in a relationship (very frequent among the clinical population as we were able to verify)²³⁹. The questionnaires were also complicated to answer for people who were raised in adoptive families, by single mothers or single parents, or families with same-sex parents, different couple and family formats, and by families other than conventional nuclear families.

Furthermore, the questionnaires used had some limitations that were not inherent to our investigation, but which we think may have affected it indirectly. For instance, participants may have difficulty responding to those questions in which there is no clear distinction between acquaintances, significant relations, family relations, etc. Also, some questions do not allow determining what parent the question refers to (if the father or the mother/which father/which mother) and are therefore impossible to answer in the singular. Moreover, as we mentioned earlier, we wonder if there is a masculine bias in the conceptualization of both constructs

²³⁸ For instance, in terms of the severity of the diagnosis, compromised functionality, and level of health and well-being.

²³⁹ Many participants of the clinical population returned the questionnaire, specifying they couldn't answer it because they didn't know who to consider a partner or significant relation.

and therefore implicit in the questions as posed. This may cause a misconception of women, placing them at a clear disadvantage and psychological vulnerability. In view of this, for future research, it would be interesting to update the instruments according to the changing realities derived from a society in which the perception of the nuclear family and the traditional romantic couple become blurred, as new configurations are established (Cherlin, 2010).

Another weakness of using the questionnaires to assess constructs such as differentiation or relational ethics has to do with the fact that the information provided is derived from an internal and individual assessment of relational ethics and family differentiation, and as Rodríguez-González et al. (2019: point out in citing Georgiades, et al. 2008; and Jager et al. 2012), research shows that although all family members have shared the same experiences, their evaluations, and reports about family environment and functionality are different. That is why we believe it would be highly complementary and intriguing to include more perspectives from different family members. Moreover, due to the idiosyncrasy of the questions, the answers may be given more in terms of the current subjective moment and not of past times, which may have elapsed, changed, improved, or worsened. Along these lines, and as several authors have suggested (Anderson & Milson, 1989), any interpretation, particularly regarding past life experiences, must be made cautiously.

It was not possible to include some of these suggestions in this project due to constraints of time and resources, typical of an investigation project for a doctoral dissertation.

In the third place, in terms of the statistical analysis made—despite its abundance—we must admit one of the major limitations has to do with the cross-sectional design, and consequently, the enormous difficulty of obtaining more fruitful information, as well as the impossibility of making inferences about causality among the variables, which has particularly affected hypotheses 2, 3 and 4. We are convinced that had we had longitudinal data available to gather information regarding DoS and relational ethics, at different moments in time and in various vital cycles, the information provided would have been more reliable and significant. Nonetheless, as we have specified in the discussion, given the axiom of circularity that defines this dissertation, it is clear that the issue of cause and effect of linearity becomes less important, as neither construct nor the analyzed variables could be considered the inception or the cause, but rather an element of the system and part

of homeostasis (H.Meulink-Korf, personal communication, June 2, 2019).

Having clarified the limitations, we hope these provide the motivation to develop additional studies, thereby increasing our understanding of relational ethics and differentiation of self, including the nature and functionality of their connection and their relationship with health.

Now we would like to suggest **future lines** of research intended to improve the study and the interventions within the scope of family therapy. Although a few ideas have already been addressed concurrently with the discussion and limitations provided, we wish to suggest a few more recommendations.

In order for our findings to become an integrated therapeutic proposal and determine whether the interventions aimed at jointly promoting differentiation and ethically responsible behaviors have significant benefits for clients and their families, we believe it is essential to reflect on and innovate how both constructs may be jointly transferred to intervention methods and strategies and find out if it is feasible, stimulating and advantageous (in terms of efficiency and effectiveness) to develop a framework for implementation that allows handling integration with more ease. Although—as we have shown—several investigations have been able to provide evidence of significant connections (separately) of both constructs with psychological functioning, the quality of relationships, and health in general, more research is needed both among clinical populations and non-clinical ones, to determine to what extent relational ethics and DoS are jointly linked, in a theoretically substantiated manner, to these consequences. We, therefore, suggest an in-depth analysis of the correlations and associations found between DoS and relational ethics would be necessary to clarify the convergent and discriminant validity of their respective theories, as well as explore the link these may have with other sociodemographic variables (in addition to those considered herein), psychological constructs, personality traits, and health or illness indicators, in order to discern, for instance, if these impact future health checkups, as well as be able to plan more adjusted and effective interventions.

We believe those who wish to evaluate relational ethics and DoS more comprehensively should employ a multiple method approach, and therefore supplement data collection with other methods, such as interviews, observation data, or focus groups, in addition to recruiting a more homogeneous sample of

men and women, thereby clarifying to which populations these findings may be generalized.

Future studies could also expand current findings by using a longitudinal design, which, for instance, may specifically observe certain vital cycles due to some interest in particular. We think this would allow considering preventive interventions that might enable more gentle transitions, or itemize the difficulties encountered in transitions with a high probability of being conflictive. In research, it would be desirable to verify if there are certain aspects or dimensions of DoS and relational ethics that are more stable, complicated, and/or relevant over time.

In keeping with some of the limitations mentioned earlier, i.e., a response to the globalized world we live in and how more traditional perceptions of self and family are being questioned (Fishbane & Wells, 2015), we suggest future studies should further explore the psychometric properties of S-RES and S-DSI, to find out if these can be applied to different family realities, ethnic, and cultural groups, and accordingly decide if these should be reconsidered and reformulated (both in content and procedure), in order to additionally validate their use as clinical and research tools, and convert them into culturally sensitive, universally respectful and inclusive instruments.

This would enable investigating more and understanding controversial results obtained in subscales of these instruments based on different cultures (for example, the S-DSI according to Peleg & Rahal, 2012; Peleg & Zoabi, 2014), and confirm or refute deeply rooted statements, including the current controversy regarding the functionality and differences related to eastern and western societies (Boston, 2000; Fishbane, 1998; Hemingway, 1993; Kagitcibasi, 2005; Kitayama et al., 2004; Markus & Kitayama, 2010).

Being aware that in Spain people are living longer and will increasingly continue to do so (del Castillo, 2019), it seems almost inevitable to suggest that transgenerational relations and matters should be taken into account, and recommend increasing research regarding the nature and dynamics of transmission processes, in order to support the elderly and their families in coping with unresolved family problems and conflicts.

Similarly, we recommend that future researchers who decide to study the integrative proposal in depth are able to explore specific issues, such as characteristics of the recipients, types, and degrees of seriousness of the problems, scenarios, clinical and process-result mechanisms, as well as the specific means of change, in the interest of responding to questions regarding their functionality and effectiveness.

Beyond the specific scope of psychology and psychotherapy and regarding Meulink-Korf & Noorlander (2012, p. 157), who suggest, “As therapists we have to reflect on contemporary issues of interrelatedness of socioeconomic facts and narratives with (inter)personal dimensions,” it would be intriguing to investigate—according to statements made by Böszörményi-Nagy²⁴⁰—the influence between the microworld (family) and the macroworld (society), and how processes such as assuming responsibilities within the family system may be partially extrapolated to the macroworld and contemporary social reality (Doherty & Sollee, 1992; Kurimay, 2007). If, as we have indicated, caring and assuming responsibilities not only concerns present relationships but also includes the future: thinking on behalf of and for future generations, this involves a responsibility proposal in terms of future consequences, in other words, transgenerational solidarity²⁴¹ (C.Ducommun-Nagy, personal communication, July 30, 2020). Accepting this statement involves assuming a world vision that has the potential for applying a therapeutic model that encourages a commitment of reflection capable of facing extremely complex and controversial current issues²⁴² embedded in our globalized but “fragmented” world (Meulink-Korf & Noorlander, 2012, p. 159), “which prompt escapism rather than facing reality with its own system of relationships and accounts (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2012, p. 33). These issues end up converging—as we can verify in our medical practices—in “(...) many signals of anxiety about the future, exhaustion, distrust, lack of trust, and in what we see as a result of this: an attitude of indifference or ‘seeming’ commitment” (Meulink-Korf & Noorlander, 2012, p. 160).

²⁴⁰ Based on the notion of isomorphism (Bertalanffy, 1969), in other words, how models, principles and laws apply to all systems regardless of their particular type, elements and forces involved (Erdem & Safi, 2018).

²⁴¹ This entails a mature differentiation and individuation in the interest of a better future, not only for the individual but for the community, beyond the nuclear family and those present today.

²⁴² Such as the increase of violence (Colpaert, 2005), hyperconnectivity and isolation of the individual (Meulink-Korf & Noorlander, 2012), the energy crisis, climate change, the decline of empathy (Amiel Houser, 2020), the destruction of trust and the capacity to trust, etc.

In closing, we believe it would be genuinely interesting to begin investigating more systematically whether intervening in the promotion of differentiation of self and behaviors consistent with relational ethics, converts into objectifiable results, such as, for example, neurobiological correlates. There already are some investigations that aim in that direction though not directly²⁴³ (Calderon et al., 2018; Desbordes et al., 2015; Engström & Söderfeldt, 2010; Lutz et al., 2004; Mascaro et al., 2015), suggesting a socio-neurobiological perspective, “integrating interpersonal neurobiology into clinical approach in order to include neurobiological perspectives to support relational change” (Fishbane & Wells, 2015, p. 28).

We believe the neuroscientific findings would grant clear and convincing objectivity to theoretical formulations and constructs, which, for now, seem to dwell in the realm of subjectivity and even suspicion, but if objectively proven these would provide a truly engaging and promising heuristic framework.

In sum, given everything that has been mentioned thus far, we believe our findings shed new light on classic formulations, although there still are many pending hypotheses that need to be formulated and verified, as well as a range of possibilities to explore and stimulating questions to answer.

Regardless of the therapeutic proposal, the techniques and strategies therapists may follow and employ to apply the findings herein—which, as we have mentioned, is beyond the scope of the objectives established—what would truly be appealing to us now is that the results of this study raise criticism and reflection of the clinical practice, enabling systemic psychologists and psychotherapists²⁴⁴ to have more information to (re)consider the individual, the relationships, pathology, health, and therapeutic change in a more comprehensive manner, resorting to an intersubjective conception of self, which “may embrace more than a single empirically individuated human being” (Sandel, 1982, pp. 79-80), thereby “minimizing”²⁴⁵ the importance of the individual, maximizing the collective (family, significant relations, community), and (re)defining the terms belong and participate.

²⁴³ Considerations based on goodness, empathy, compassion, focused on increasing the quality of intrapersonal and interpersonal relationships.

²⁴⁴ We include the suggestion made by Marañón, who states that perhaps the label change of “family and couple” could be more effectively replaced by systemic psychologists and/or psychotherapists as an encompassing indication of the professionals’ capacity to act competently in the various contexts, individual, couple and/or family, throughout the various stages of development or vital cycle (Marañón, 2012, p. 16).

²⁴⁵ The quotes are mine to clarify the use of minimizing. It is not a matter of detracting from the individual but rather from individuality, as more elements are included that enable conceiving the person in a more comprehensive manner.

From our perspective, for several years now, clinical psychology and therapeutic interventions benchmark individuality as the single frame of reference and focus more on aspects such as individual identity, differences, purposes, and objectives, instead of considering a relational context and assuming human functionality from the perspective of “systemic relational complexity” (Marañon, 2012, p. 16). In our view, this triggers sidestepping what we share as individuals and human beings, and as we have shown, these seem essential pre-requisites for the self to achieve healthy and mature development, have the capacity to overcome self-limitations, and learn to see and live reality from different perspectives, thereby establishing a new relationship with the self, others and the world.

From our perspective, this study traces a path that goes from the self to the other to the we. It urges individuals to go beyond their individual selves, which drives them to acknowledge their frailty, responsibility, and interdependence; regard themselves as relational beings, and seek well-being in the us, among other selves (overcoming the inside/outside dichotomy).

One last word, we hope this study has also been useful to generate additional specific empirical knowledge, enabling developments in family intervention research (firmly rooted in basic descriptive research; Sexton & Datchi, 2014), as well as addressing more specific intervention issues, ensuring that health professionals and researchers in related fields of study can propose other lines of work and prompt new ideas for reflection to better understand the mechanisms that underlie clinical results. We also hope the results obtained in this study—interpreted and explained throughout the discussion—may enhance the theoretical and research body both of BFST and contextual therapy, as well as promote clinical applicabilities among Spanish populations, so that ultimately and above all, these may contribute to the scientific knowledge of people’s health, well-being, and quality of life.

CAPÍTULO 7. REFERENCIAS [CHAPTER 7. REFERENCES]

-
- Adams, J. F., & Maynard, P. E. (2004). Contextual Therapy. Applying the Family Ledger to Couple therapy. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 3(1), 1–11. https://doi.org/10.1300/J398v03n01_01
- Adkins, K. (2010). *A contextual family therapy theory explanation for intimate partner violence*. [Doctoral dissertation, The Ohio State University]. Electronic Theses & Dissertations center, Ohio State University and OhioLink.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press.
- Ainsworth, M. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709–716.
- Aladein, J. M. (2008). Is Bowen theory universal? Differentiation of self among Jordanian male and female college students and between them and a sample of American students through Bowen's propositions. *Dirasat: Educational Sciences*, 35(2), 479–506.
- Allison, M. D., & Sabatelli, R. M. (1988). Differentiation and Individuation as Mediators of Identity and Intimacy in Adolescence. *Journal of Adolescent Research*, 3(1), 1–16. <https://doi.org/10.1177/074355488831002>
- Álvarez, M. S. (2000). Mujeres desempleadas y salud mental. *Norte de Salud Mental*, 3(10), 29–34.
- American Educational Research Association. American Psychological Association & National Council of Measurement in Education. (2014). *Standards for educational and psychological testing*.
- American Psychological Association (APA). (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American psychologist*, 57(12), 1060–1073.
- Amiel Houser, T. (2020). The rise and fall of empathy in an era of financial crisis: rethinking the neoliberal imaginary. *Journal for Cultural Research*, 1–17. <https://doi.org/10.1080/14797585.2020.1820305>
- Andersen, T. (1992). Relationship, Language and Pre-Understanding in the Reflecting Processes. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 13(2), 87–91. <https://doi.org/10.1002/j.1467-8438.1992.tb00896.x>
- Anderson, J. R., & Milson, R. (1989). Human memory: An adaptive perspective. *Psychological Review*, 96(4), 703–719. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.96.4.703>
- Anderson, S. A., & Fleming, W. M. (1986). Late adolescents' identity formation: Individuation from the family of origin. *Adolescence*, 21(84), 785–796.
- Anderson, S. A., Russell, C. S., & Schumm, W. R. (1983). Perceived Marital Quality and Family Life-Cycle Categories: A Further Analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 45(1), 127. <https://doi.org/10.2307/351301>

- Anderson, S. A., & Sabatelli, R. M. (1990). Differentiating differentiation and individuation: Conceptual and operation challenges. *The American Journal of Family Therapy, 18*(1), 32–50. <https://doi.org/10.1080/01926189008250790>
- Anderson, S. A., & Sabatelli, R. M. (1992). The differentiation in the family system scale (difs). *The American Journal of Family Therapy, 20*(1), 77–89. <https://doi.org/10.1080/01926189208250878>
- Apel Bursky, S. (2016). *The Role of Relational Ethics and Forgiveness in Adult Sibling Relationships*. [Doctoral dissertation, University of Akron]. Electronic Theses & Dissertations center, Ohio State University and OhioLink.
- Arévalo-Pachón, G. (2012). Tendencias en la investigación psicológica sobre desempleo y salud. *Revista Iberoamericana De Psicología, 5*(2), 17–30. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.5202>
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist, 55*(5), 469–480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Arnett, J. J. (2007). Suffering, Selfish, Slackers? Myths and Reality About Emerging Adults. *Journal of Youth and Adolescence, 36*(1), 23–29. <https://doi.org/10.1007/s10964-006-9157-z>
- Aron, L. (2013). *Un encuentro de mentes: mutualidad en el psicoanálisis*. Universidad Alberto Hurtado.
- Aryamanesh, S., Fallahchai, R., Zarei, E., & Haghghi, H. (2012). Comparison of differentiation among satisfying couples & conflicting couples in Bandar Abbas City. *Journal of Life Science and Biomedicine, 2*(6), 308–314.
- Bacigalupe, A. (2019). *Género y Salud*. OSEKI Osasun Eskubidearen Aldeko Ekimena-Iniciativa Por El Derecho a La Salud.
- Baker, A. J. L., Mehta, N., & Chong, J. (2013). Foster Children Caught in Loyalty Conflicts: Implications for Mental Health Treatment Providers. *American Journal of Family Therapy, 41*(5), 363–375. <https://doi.org/10.1080/01926187.2012.728902>
- Bartle-Haring, S. (1997). The relationships among parent–adolescent differentiation, sex role orientation and identity development in late adolescence and early adulthood. *Journal of Adolescence, 20*(5), 553–565. <https://doi.org/10.1006/jado.1997.0109>
- Bartle-Haring, S., Ferriby, M., & Day, R. (2019). Couple Differentiation: Mediator or Moderator of Depressive Symptoms and Relationship Satisfaction? *Journal of Marital and Family Therapy, 45*(4), 563–577. <https://doi.org/10.1111/jmft.12326>
- Bartle-Haring, S., & Gavazzi, Stephen, M. (1996). Multiple Views on Family Data: The Sample Case of Adolescent, Maternal, and Paternal Perspectives on Family Differentiation Levels. *Family Process, 35*(4), 457–472. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1996.00457.x>

-
- Bartle-Haring, S., & Gregory, P. (2003). Relationship Between Differentiation of Self and the Stress and Distress Associated With Predictive Cancer Genetic Counseling and Testing: Preliminary Evidence. *Families, Systems, & Health, 21*(4), 357–381. <https://doi.org/10.1037/1091-7527.21.4.357>
- Bartle-Haring, S., Kenny, D. A., & Gavazzi, S. M. (1999). Multiple Perspectives on Family Differentiation: Analyses by Multitrait Multimethod Matrix and Triadic Social Relations Models. *Journal of Marriage and the Family, 61*(2), 491. <https://doi.org/10.2307/353764>
- Bartle-Haring, S., & Probst, D. A. (2004). A Test of Bowen Theory: Emotional Reactivity and Psychological Distress in a Clinical Sample. *The American Journal of Family Therapy, 32*(5), 419–435. <https://doi.org/10.1080/01926180490455105>
- Bartle-Haring, S., Rosen, K. H., & Stith, S. M. (2002). Emotional Reactivity and Psychological Distress. *Journal of Adolescent Research, 17*(6), 568–585. <https://doi.org/10.1177/074355802237464>
- Bartle-Haring, S., & Sabatelli, R. (1998). An Intergenerational Examination of Patterns of Individual and Family Adjustment. *Journal of Marriage and the Family, 60*(4), 903. <https://doi.org/10.2307/353633>
- Bartle, S. E. (1993). The degree of similarity of differentiation of self between partners in married and dating couples: Preliminary evidence. *Contemporary Family Therapy, 15*(6), 467–484. <https://doi.org/10.1007/bf00892293>
- Bartle, S. E., & Rosen, K. (1994). Individuation and relationship violence. *The American Journal of Family Therapy, 22*(3), 222–236. <https://doi.org/10.1080/01926189408251316>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2009). *Principles of Biomedical Ethics, 6th ed.* Oxford University Press.
- Belenky, M. F., Clinchy, B. M., Goldberger, N. R., & Tarule, J. M. (1986). *Women's ways of knowing: The development of self, voice, and mind.* Basic Books.
- Belous, C. K. (2015). Couple Therapy With Lesbian Partners Using an Affirmative-Contextual Approach. *American Journal of Family Therapy, 43*(3), 269. <https://doi.org/10.1080/01926187.2015.1012234>
- Benjamin, L., & Benjamin, R. (1994). Application of contextual therapy to the treatment of multiple personality disorder. *Dissociation, 7*(1), 12–22.
- Benson, M. J., Larson, J., Wilson, S. M., & Demo, D. H. (1993). Family of Origin Influences on Late Adolescent Romantic Relationships. *Journal of Marriage and the Family, 55*(3), 663. <https://doi.org/10.2307/353347>
- Bentler, P. M., & Kano, Y. (1990). On the Equivalence of Factors and Components. *Multivariate Behavioral Research, 25*(1), 67–74. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2501_8

- Berg, J. H., & McQuinn, R. D. (1986). Attraction and exchange in continuing and noncontinuing dating relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 942–952. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.5.942>
- Berlin, L. J., & Cassidy, J. (1999). Relations among relationships: Contributions from attachment theory and research. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 688–712). The Guilford Press.
- Bermúdez, J. M., Muruthi, B., Zak-Hunter, L. M., Stinson, M. A., Seponski, D. M., Boe, J. L., & Taniguchi, N. (2019). “Thank You for Including Us!”—Introducing a Community-Based Collaborative Approach to Translating Clinic Materials. *Journal of marital and Family Therapy*, 45(2), 309–322.
- Bernal, G., Flores-Ortiz, Y., Rodriguez, C., Sorensen, J. L., & Diamond, G. (1990). Development of a Contextual Family Therapy Therapist Action Index. *Journal of Family Psychology*, 3(3), 322–331. <https://doi.org/10.1037/h0080540>
- Bernal, G., Rodriguez, C., & Diamond, G. (1990). Contextual Therapy: Brief Treatment of an Addict and Spouse. *Family Process*, 29(1), 59–71. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1990.00059.x>
- Bertalanffy, L. V. (1968). General Systems Theory as Integrating Factor in Contemporary Science. *Akten Des XIV. Internationalen Kongresses Für Philosophie.*, 2(335–340).
- Betchen, S. J. (2001). Hypoactive Sexual Desire in a Couple With Unresolved Loyalty Conflicts. *Journal of Sex Education and Therapy*, 26(2), 71–81. <https://doi.org/10.1080/01614576.2001.11074385>
- Beutler, L. E., Forrester, B., Gallagher-Thompson, D., Thompson, L., & Tomlins, J. B. (2012). Common, specific, and treatment fit variables in psychotherapy outcome. *Journal of Psychotherapy Integration*, 22(3), 255–281. <https://doi.org/10.1037/a0029695>
- Beutler, L. E., Harwood, T. M., Kimpara, S., Verdirame, D., & Blau, K. (2011). Coping Style. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 176–183. <https://doi.org/10.1002/jclp.20752>
- Beutler, L. E., Someah, K., Kimpara, S., & Miller, K. (2016). Selecting the most appropriate treatment for each patient. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(1), 99–108. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.08.001>
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 29(10), 7–157. <https://doi.org/10.1080/00797308.1974.11822616>
- Blatt, S. J., & Lerner, H. (1983). The Psychological Assessment of Object Representation. *Journal of Personality Assessment*, 47(1), 7–28. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4701_2

-
- Blatt, S. J., Sanislow, C. A., Zuroff, D. C., & Pilkonis, P. A. (1996). Characteristics of effective therapists: Further analyses of data from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1276–1284. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1276>
- Blos, P. (1979). *The adolescent passage*. International Universities Press.
- Bohlander, J. R. (1995). Differentiation of Self: An Examination of the Concept. *Issues in Mental Health Nursing, 16*(2), 165–184. <https://doi.org/10.3109/01612849509006932>
- Bohlander, J. R. (1999). Differentiation of self, need fulfillment, and psychological well-being in married men. *Psychological Reports, 84*(3), 1274–1280. <https://doi.org/10.2466/PRO.84.3.1274-1280>
- Booth, A., & Amato, P. R. (2001). Parental Predivorce Relations and Offspring Postdivorce Well-Being. *Journal of Marriage and Family, 63*(1), 197–212. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2001.00197.x>
- Boston, P. (2000). Systemic family therapy and the influence of post-modernism. *Advances in Psychiatric Treatment, 6*(6), 450–457. <https://doi.org/10.1192/apt.6.6.450>
- Boszormenyi-Nagy, I. (1962). The Concept of Schizophrenia from the Perspective of Family Treatment. *Family Process, 1*(1), 103–113. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1962.00103.x>
- Boszormenyi-Nagy, I. (1987). *Foundations of Contextual Therapy: Collected Papers of Ivan Boszormenyi-Nagy, M.D.* Routledge.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Framo, J. L. (1965). *Intensive Family Therapy. Theoretical and Practical Aspects*. Harper & Row.
- Boszormenyi-Nagy, I., Grunebaum, J., & Ulrich, D. (1991). Contextual Therapy. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds.), *Handbook of Family Therapy* (pp. 200–238). Brunner/Mazel.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Krasner, B. R. (1986). *Between Give and Take: A Clinical Guide to Contextual Therapy*. Brunner/Mazel.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Spark, G. (1984). *Invisible Loyalties: Reciprocity in Intergenerational Family Therapy*. Brunner/Mazel.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Spark, G. (2012). *Lealtades invisibles* (2.ed, Inés Pardal, trad.). Amorrortu.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Ulrich, D. (1981). Contextual Family Therapy. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Ed.), *Handbook of Family Therapy* (pp. 159–187). Brunner/Mazel.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson.

- Bowen, M. (1989). *La terapia familiar en la práctica clínica. Volúmen II. Aplicaciones*. Desclee de Brouwer.
- Bowen, M. (2014). *De la familia al individuo: La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. (B.E.Anastasi de Lonné, trad.). Paidós (trabajo original publicado en 1979).
- Bowen, M. (2016). *La terapia familiar en la práctica clínica*. (F. Corral, trad.) (Bowen Center for the Study of the Family/Georgetown Family Center (ed.). Lulu Publishing Services.
- Bowlby, J. (1998). "El apego". *Tomo 1 de la trilogía "El apego y la pérdida."* Paidós.
- Brack, C. J., Brack, G., & Orr, D. P. (1994). Dimensions Underlying Problem Behaviors, Emotions, and Related Psychosocial Factors in Early and Middle Adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, 14(3), 345–370. <https://doi.org/10.1177/0272431694014003003>
- Bray, J. H., & Harvey, D. M. (1992). Intimacy and individuation in young adults: Development of the young adult version of the Personal Authority in the Family System Questionnaire. *Journal of Family Psychology*, 6(2), 152–163. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.6.2.152>
- Bray, J. H., Harvey, D. M., & Williamson, D. S. (1987). Intergenerational family relationships: An evaluation of theory and measurement. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 24(3S), 516–528. <https://doi.org/10.1037/h0085749>
- Bray, J. H., Williamson, D. S., & Malone, P. E. (1984). Personal authority in the family system: development of a questionnaire to measure personal authority in intergenerational family processes. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10(2), 167–178. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1984.tb00007.x>
- Bray, R. L. (1993). The concepts of justice in the family as reflected in the Relational Ethics Scale, the Family of Origin Scale, and the Just World Scale [Doctoral dissertation, United States International University, School of Human Behavior]. *Abstracts International* (Vol. 54, Issues 5-B)]. ProQuest Information & Learning.
- Bregman, O. C., & White, C. M. (Eds.) (2011). *Bringing systems thinking to life: Expanding the horizons for Bowen family systems theory*. Routledge.
- Bremner, J. D., & Narayan, M. (1998). The effects of stress on memory and the hippocampus throughout the life cycle: Implications for childhood development and aging. *Development and Psychopathology*, 10(4), 871–885. <https://doi.org/10.1017/S0954579498001916>
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759–775. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.5.759>
- Brislin, R. W. (1970). Back-Translation for Cross-Cultural Research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1(3), 185–216. <https://doi.org/10.1177/135910457000100301>

- Brown-Standridge, M. D., & Floyd, C. W. (2000). Healing bittersweet legacies: revisiting contextual family therapy for grandparents raising grandchildren in crisis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26(2), 185–197. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2000.tb00288.x>
- Brown, T. C., Garber, J., Schneider, K. A. & Muto, M. (1999). Case report - Loyalty, legacy, and ledger: Contextual therapy in a patient with a family history of ovarian cancer. *Journal of Genetic Counseling*, 8(6), 359–372. <https://doi.org/10.1023/A:1022971309842>
- Brunson, J. A., Acitelli, L. K., & Sharp, C. (2015). Exploring the dynamic nature of “us”: An integrative approach to relationship cognition. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 79(2), 131–165. <https://doi.org/10.1521/bumc.2015.79.2.131>
- Buber, M. (1965). *The knowledge of man. Selected essays* (M. S. Friedman; & R. G. Smith (eds.)). Trans. Atlantic Highlands: Humanities Press International Inc, 1988.
- Buber, M. (1997). *Diálogos y otros escritos* (C. Moreno Márquez, trad.). Riopiedras Ediciones.
- Buber, M. (2013). *Yo y tú y otros ensayos* (C. Moreno Márquez, trad.). Prometeo Libros.
- Burri, A., Schweitzer, R., & O'Brien, J. (2014). Correlates of Female Sexual Functioning: Adult Attachment and Differentiation of Self. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(9), 2188–2195. <https://doi.org/10.1111/jsm.12561>
- Butler, M. H., Stout, J. A., & Gardner, B. C. (2002). Prayer as a Conflict Resolution Ritual: Clinical Implications of Religious Couples' Report of Relationship Softening, Healing Perspective, and Change Responsibility. *The American Journal of Family Therapy*, 30(1), 19–37. <https://doi.org/10.1080/019261802753455624>
- Byrne, B. M. (2010). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming*. Routledge.
- Calderon, A., Ahern, T., & Pruzinsky, T. (2018). Can We Change Our Mind About Caring for Others? The Neuroscience of Systematic Compassion Training. In *The Neuroscience of Empathy, Compassion, and Self-Compassion* (pp. 213–234). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809837-0.00008-8>
- Canevaro, A., & Cancrini, L. (2018). La terapia familiar como ética - Ivan Boszormenyi-Nagy. *Redes: Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, 37, 157–164.
- Carey, B. (2007). *Ivan Boszormenyi-Nagy, 86, an Innovator of Family Therapy, Dies*. New York Times.
- Carter, E., & McGoldrick, M. (1999). Overview: The expanded family life cycle: Individual, Family, and Social Perspectives. In E. Carter & M. A. McGoldrick (Eds.), *The expanded family life cycle* (pp. 3–20). Allyn & Bacon A Pearson Education Company.

- Castonguay, L. G. (2000). A Common Factors Approach to Psychotherapy Training. *Journal of Psychotherapy Integration, 10*(3), 263–282. <https://doi.org/10.1023/A:1009496929012>
- Casullo, M. M. (2004). Síntomas psicopatológicos en adultos urbanos. *Psicología y Ciencia Social, 5*(1), 49–57.
- Cátedra UNESCO de Comunicación [Libertad de Expresión] de la Universidad de Málaga (España). (n.d.). *Infoamérica*. <https://www.infoamerica.org/teoria/bateson1.htm>
- Cermele, J. A., Daniels, S., & Anderson, K. L. (2001). Defining Normal: Constructions of Race and Gender in the DSM-IV Casebook. *Feminism & Psychology, 11*(2), 229–247. <https://doi.org/10.1177/0959353501011002011>
- Chacana, R. (2006). Emancipación de la familia de origen: lealtad, traición y sacrificio filial en Franz Kafka y Julio Cortazar [Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/7463/>
- Chahín-Pinzón, N., Lorenzo-Seva, U., & Vigil-Colet, A. (2012). Características psicométricas de la adaptación colombiana del Cuestionario de Agresividad de Buss y Perry en una muestra de preadolescentes y adolescentes de Bucaramanga. *Universitas Psychologica, 11*(3), 979–988.
- Chambliss, C., & Others, A. (1992). *Adolescents' View of Family Functioning: A Validation of the RES*. Paper presented at the Annual Meeting of the Delaware Valley Consortium of Colleges and Universities.
- Chang, S.-H. (2018). Testing a model of codependency for college students in Taiwan based on Bowen's concept of differentiation. *International Journal of Psychology, 53*(2), 107–116. <https://doi.org/10.1002/ijop.12271>
- Charbonneau, A. M., Mezulis, A. H., & Hyde, J. S. (2009). Stress and Emotional Reactivity as Explanations for Gender Differences in Adolescents' Depressive Symptoms. *Journal of Youth and Adolescence, 38*(8), 1050–1058. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9398-8>
- Charles, R. (2001). Is There Any Empirical Support for Bowen's Concepts of Differentiation of Self,. *The American Journal of Family Therapy, 29*(4), 279–292. <https://doi.org/10.1080/01926180126498>
- Chávez, M., Contreras, O., & Velázquez, M. (2013). Adaptación y pensamiento constructivo en estudiantes universitarios. *Psicogente, 16*(30), 311–323.
- Cherlin, A. J. (2010). Demographic Trends in the United States: A Review of Research in the 2000s. *Journal of Marriage and Family, 72*(3), 403–419. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00710.x>
- Choi, S.-W., & Murdock, N. L. (2017). Differentiation of Self, Interpersonal Conflict, and Depression: The Mediating Role of Anger Expression. *Contemporary Family Therapy, 39*(1), 21–30. <https://doi.org/10.1007/s10591-016-9397-3>

- Christopher, J. C., & Hickinbottom, S. (2008). Positive Psychology, Ethnocentrism, and the Disguised Ideology of Individualism. *Theory & Psychology, 18*(5), 563–589. <https://doi.org/10.1177/0959354308093396>
- Chung, H., & Gale, J. (2006). Comparing Self-differentiation and Psychological Well-being between Korean and European American Students. *Contemporary Family Therapy, 28*(3), 367–381. <https://doi.org/10.1007/s10591-006-9013-z>
- Chung, H., & Gale, J. (2009). Family Functioning and Self-Differentiation: A Cross-Cultural Examination. *Contemporary Family Therapy, 31*(1), 19–33. <https://doi.org/10.1007/s10591-008-9080-4>
- Cigoli, V., & Scabini, E. (2006). *Family identity: Ties, symbols, and transitions*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*(1), 155–159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Colegio Oficial de Psicólogos. (1987). *Código Deontológico del Psicólogo*. (Aprobado por acuerdo de la Junta de Gobierno del COP el 22 de Mayo de 1987).
- Colpaert, M. (2005). Culture, hospitality and relational ethics: some philosophical reflections. *Diversity in Health and Social Care, 2*, 135–142.
- Compton, S. V. (1998). *Contextual therapy and relational ethics: A dynamic ethical perspective* [Doctoral dissertation, Syracuse University]. https://surface.syr.edu/mft_etd/33/
- Comrey, A., & Lee, H. (1992). *A first course in factor analysis*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Cooper, M. (2010). The challenge of counselling and psychotherapy research. *Counselling and Psychotherapy Research, 10*(3), 183–191. <https://doi.org/10.1080/14733140903518420>
- Costello, A. B., & Osborne, J. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment Research & Evaluation, 10*(7). <https://doi.org/10.7275/jyj1-4868>
- Cotroneo, M. (2007). In Remembrance of Ivan Boszormenyi-Nagy M.D. *Family Process, 46*(2), 269–270. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2007.00209.x>
- Cotroneo, M., Hibbs, B. J., & Moriarty, H. (1992). Uses and Implications of the Contextual Approach to Child Custody Decisions. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 5*(3), 13–26. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.1992.tb00124.x>
- Cotroneo, M., & Krasner, B. R. (1977). A Study of Abortion and Problems in Decision-Making. *Journal of Marital and Family Therapy, 3*(1), 69–76. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1977.tb00446.x>
- Cuervo, Á. A. V. (2007). *Familia y desarrollo: intervenciones en terapia familiar*. El Manual Moderno.

- Cuhadaroglu Cetin, F., Akdemir, D., & Akgul, S. (2012). Differential Experiences and Separation-Individuation in Adolescent Twins. *Adolescent Psychiatry, 2*(1), 52–60. <https://doi.org/10.2174/2210677411202010052>
- Czubaroff, J. (2007). Justice and Argument: Toward Development of a Dialogical Argumentation Theory. *Argumentation and Advocacy, 44*(1), 18–35. <https://doi.org/10.1080/00028533.2007.11821675>
- Dallos, R., & Vetere, A. (2012). Systems Theory, Family Attachments and Processes of Triangulation: Does the Concept of Triangulation Offer a Useful Bridge? *Journal of Family Therapy, 34*(2), 117–137. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2011.00554.x>
- Damasio, A. R. (1998). Emotion in the perspective of an integrated nervous system. *Brain Research Reviews, 26*(2–3), 83–86. [https://doi.org/10.1016/S0165-0173\(97\)00064-7](https://doi.org/10.1016/S0165-0173(97)00064-7)
- Dankoski, M. E., & Deacon, S. A. (2000). Using a Feminist Lens in Contextual Therapy. *Family Process, 39*(1), 51–66. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2000.39107.x>
- Day, H. D., St. Clair, S. A., & Marshall, D. D. (1997). Do people who marry really have the same level of differentiation of self? *Journal of Family Psychology, 11*(1), 131–135. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.11.1.131>
- De la Cruz-Sánchez, E., Feu, S., & Vizquete-Carrizosa, M. (2012). El nivel educativo como factor asociado al bienestar subjetivo y la salud mental en la población española. *Universitas Psychologica, 12*(1), 31–40. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy12-1.efab>
- del Castillo, J. M. R. P. (2019). La deriva de la longevidad. *Ekonomiaz: Revista Vasca de Economía, 96*, 30–51.
- del Río Sánchez, C. (2016). *Guía de ética profesional en psicología clínica*. Pirámide.
- Delsing, M. J., Oud, J. H., & De Bruyn, E. E. (2005). Assessment of Bidirectional Influences Between Family Relationships and Adolescent Problem Behavior. *European Journal of Psychological Assessment, 21*(4), 226–231. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.21.4.226>
- Delsing, M. J., Oud, J. H., De Bruyn, E.E., & van Aken, M.A. (2003). Current and Recollected Perceptions of Family Relationships: The Social Relations Model Approach Applied to Members of Three Generations. *Journal of Family Psychology : 17*(4), 445–459. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.17.4.445>
- den Hollander, W. A. (2009). *Pastoral Development Training in Contextual and Narrative Family Therapy*. [Doctoral dissertation, University of KwaZulu Natal]. http://researchspace.ukzn.ac.za/xmlui/bitstream/handle/10413/1738/Den_Hollander_Weltje_Annigje_2009.pdf
- Desbordes, G., Gard, T., Hoge, E. A., Hölzel, B. K., Kerr, C., Lazar, S. W., Olendzki, A., & Vago, D. R. (2015). Moving Beyond Mindfulness: Defining Equanimity as an Outcome Measure in Meditation and Contemplative Research. *Mindfulness, 6*(2), 356–372. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0269-8>

-
- Didericksen, K. W., Edwards, A. E., Wetchler, J. L., & Walker, J. A. (2015). Maternal Well-Being. *The Family Journal*, 23(1), 56–64. <https://doi.org/10.1177/1066480714547186>
- Diehl, M., Hastings, C. T., & Stanton, J. M. (2001). Self-concept differentiation across the adult life span. *Psychology and Aging*, 16(4), 643–654. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.16.4.643>
- Doherty, W. J., & Sollee, D. (1992). *Founders. Interview with Ivan Boszormenyi-Nagy*. AAMFT.
- Domingo Moratalla, A. (2013). *El Arte de cuidar: Atender, dialogar y responder*. Ediciones Rialp, S.A.
- Doosterlinck, F., Keppens, S., Spriet, E., & Broekaert, E. (2011). Life space crisis intervention and the contextual theory: Common grounds in history renewed reflections about treatment of children with emotional and behavioural disorders in their family. *Therapeutic Communities*, 32(1), 3–17.
- Drake, J. R. (2015). Differentiation of Self Inventory—Short Form: Development and Preliminary Validation. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 37(2), 101. <https://doi.org/10.1007/s10591-015-9329-7>
- Ducommun-Nagy, C. (2002). Contextual Therapy. In F. W. Kaslow, R. F. Massey, & S. D. Massey (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychotherapy Volume 3* (pp. 463–488). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Ducommun-Nagy, C. (2008). Implications de la théorie dialectique de la personnalité et de la dimension ontique de la réalité relationnelle dans le traitement des adolescents. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 40(1), 59–77. <https://doi.org/10.3917/ctf.040.0059>
- Ducommun-Nagy, C., & Schwoeri, L. (2003). Contextual Therapy. In *Textbook of family and couples therapy : clinical applications* (1st ed.). American Psychiatric.
- Dutta, D. (2014). “Paribar Ka Palan” (“Watching Over Our Family”): The Application of Contextual Therapy for Indian Immigrant Families. *Journal of Systemic Therapies*, 33(4), 47–61. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2014.33.4.47>
- Dwairy, M., & Dor, A. (2009). Parenting and psychological adjustment of adolescent immigrants in Israel. *Journal of Family Psychology*, 23(3), 416–425. <https://doi.org/10.1037/a0015830>
- Dwyer, P. M. (1987). The clinical application of contextual therapy. *The American Journal of Family Therapy*, 15(2), 169–171. <https://doi.org/10.1080/01926188708250671>
- Elieson, M. V., & Rubin, L. J. (2001). Differentiation of self and major depressive disorders: A test of Bowen theory among clinical, traditional, and Internet groups. *Family Therapy*, 28(3), 125–142.

- Engström, M., & Söderfeldt, B. (2010). Brain Activation During Compassion Meditation: A Case Study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16(5), 597–599. <https://doi.org/10.1089/acm.2009.0309>
- Erdem, G., & Safi, O. A. (2018). The Cultural Lens Approach to Bowen Family Systems Theory: Contributions of Family Change Theory. *Journal of Family Theory & Review*, 10(2), 469–483. <https://doi.org/10.1111/jftr.12258>
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis (No. 7)*. WW. Norton & Company.
- Espino-Granado, A. (2014). Crisis económica, políticas, desempleo y salud (mental). *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(122), 385–404. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352014000200010>
- Fabrigar, L. R., & Wegener, D. T. (2012). *Exploratory factor analysis*. Oxford University Press.
- Fairbairn, W. R. (1954). *An object relations theory of the personality*. Basic Books.
- Ferreira, L. C., Fraenkel, P., Narciso, I., & Novo, R. F. (2015). Is Committed Desire Intentional? A Qualitative Exploration of Sexual Desire and Differentiation of Self in Couples. *Family Process*, 54(2), 308–326. <https://doi.org/10.1111/famp.12108>
- Ferreira, L. C., Narciso, I., Novo, R. F., & Pereira, C. R. (2014). Predicting couple satisfaction: the role of differentiation of self, sexual desire and intimacy in heterosexual individuals. *Sexual and Relationship Therapy*, 29(4), 390–404. <https://doi.org/10.1080/14681994.2014.957498>
- Fife, S. T. (2015). Martin Buber's Philosophy of Dialogue and Implications for Qualitative Family Research. *Journal of Family Theory & Review*, 7(3), 208–224. <https://doi.org/10.1111/jftr.12087>
- Findler, L. (2014). The Experience of Stress and Personal Growth Among Grandparents of Children With and Without Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 52(1), 32–48. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-52.1.32>
- Fish, J. N., Pavkov, T. W., Wetchler, J. L., & Bercik, J. (2012). Characteristics of Those Who Participate in Infidelity: The Role of Adult Attachment and Differentiation in Extradyadic Experiences. *The American Journal of Family Therapy*, 40(3), 214–229. <https://doi.org/10.1080/01926187.2011.601192>
- Fish, L. S. (2000). Hierarchical relationship development: parents and children. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26(4), 501–510. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2000.tb00319.x>
- Fishbane, M. D. (1998). I, Thou, and We: A Dialogical approach to couples therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24(1), 41–58. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1998.tb01062.x>
- Fishbane, M. D. (2001). Relational Narratives of the Self. *Family Process*, 40(3), 273–291. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2001.4030100273.x>

- Fishbane, M. D. (2005). Differentiation and Dialogue in Intergenerational Relationships. In Lebow, J. L. (Ed.), *Handbook of Clinical Family Therapy* (pp. 543–568). John Wiley & Sons, Ltd.
- Fishbane, M. D., & Wells, M. A. (2015). Toward Relational Empowerment: Interpersonal Neurobiology, Couples, and the Societal Context. In C. Knudson-Martin, M. Wells, S. Samman S. (Eds). *Socio-Emotional Relationship Therapy* (pp. 27–40). Springer, https://doi.org/10.1007/978-3-319-13398-0_3
- Flores-Ortiz, Y., & Bernal, G. (1989). Contextual Family Therapy of Addiction with Latinos. *Journal of Psychotherapy & The Family*, 6(1–2), 123–142. https://doi.org/10.1300/J287v06n01_07
- Floyd, F. J., & Widaman, K. F. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment*, 7(3), 286–299. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.3.286>
- Fombuena Valero, J. (2011). *¿Quién es el otro del trabajo social? alteridad y trabajo social*. <http://hdl.handle.net/10272/5487>
- Ford, J. K., MacCallum, R. C., & Tait, M. (1986). The application of exploratory factor analysis in applied psychology: a critical review and analysis. *Personnel Psychology*, 39(2), 291–314. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1986.tb00583.x>
- Fowers, B. J., & Wenger, A. (1997). Are trustworthiness and fairness enough? Contextual family therapy and the good family. *Journal of Marital and Family Therapy*, 23(2), 153–169. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1997.tb00240.x>
- Framo, J. L. (1982). Symptoms from a family transactional viewpoint (1970). In *Explorations in marital and family therapy: Selected papers of James L Framo*. (pp. 11–57). Springer.
- Frank, C. (1984). Major constructs of contextual therapy: An interview with Dr. Ivan Boszormenyi-Nagy. *The American Journal of Family Therapy*, 12(1), 7–14. <https://doi.org/10.1080/01926188408250154>
- Fraser, N. (2000). Rethinking Recognition. *New Left Review*, 223, 107–120.
- Freud, A. (1958). Adolescence. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 13(1), 255–278. <https://doi.org/10.1080/00797308.1958.11823182>
- Friedlander, M. L., & Siegel, S. M. (1990). Separation-individuation difficulties and cognitive-behavioral indicators of eating disorders among college women. *Journal of Counseling Psychology*, 37(1), 74–78. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.37.1.74>
- Friedman, E. H. (1991). Bowen theory and therapy. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy, Vol. 2* (pp. 134–170). Brunner/Mazel.

- Friedman, M. (1988). The Healing Dialogue in Psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 28(4), 19–41. <https://doi.org/10.1177/0022167888284003>
- Friedman, M. (2002). Martin Buber and Dialogical Psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 42(4), 7–36. <https://doi.org/10.1177/002216702237122>
- Friedman, M. (2008). Buber and dialogical therapy: Healing through meeting. *The Humanistic Psychologist*, 36(3–4), 298–315. <https://doi.org/10.1080/08873260802350014>
- Friesen, P. (2014). Differentiation of self and neurofeedback. In P. Titelman (Ed.), *Differentiation of Self. Bowen Family Systems Theory Perspectives* (pp. 239–255). Routledge.
- Frost, R. (2014). Challenges of conducting Bowen Family Systems research on differentiation of self. In P. Titelman (Ed.), *Differentiation of Self. Bowen Family Systems Theory Perspectives* (pp. 303–329). Routledge.
- Gabriel, L. (2009). Relational Ethics in Practice. In *Relational Ethics in Practice*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203883143>
- Gallardo, M. E., Johnson, J., Parham, T. A., & Carter, J. A. (2009). Ethics and multiculturalism: Advancing cultural and clinical responsiveness. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(5), 425–435. <https://doi.org/10.1037/a0016871>
- Gangamma, R. (2008). *Relational ethics among couples in therapy*. [Doctoral dissertation, The Ohio State University]. Electronic Theses & Dissertations center, Ohio State University and OhioLink.
- Gangamma, R., Bartle-Haring, S., & Glebova, T. (2012). A Study of Contextual Therapy Theory's Relational Ethics in Couples in Therapy. *Family Relations*, 61(5), 825–835. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2012.00732.x>
- Gangamma, R., Bartle-Haring, S., Holowacz, E., Hartwell, E. ., & Glebova, T. (2015). Relational Ethics, Depressive Symptoms, and Relationship Satisfaction in Couples in Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 41(3), 354–366.
- Ganong, L. H., Coleman, M., & Rothrauff, T. (2009). Patterns of assistance between adult children and their older parents: Resources, responsibilities, and remarriage. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26(2–3), 161–178. <https://doi.org/10.1177/0265407509106706>
- Garbarino, J., Gaa, J. P., Swank, P., McPherson, R., & Gratch, L. V. (1995). The relation of individuation and psychosocial development. *Journal of Family Psychology*, 9(3), 311–318. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.9.3.311>
- Garrido Rodríguez, P., Castillo Herraiz, I., Benavides, F. G., & Ruiz Pérez, I. (1994). Situación laboral y salud mental. Resultados de un estudio transversal. *Gaceta Sanitaria*, 8(42), 128–132. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(94\)71184-5](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(94)71184-5)

-
- Gavazzi, S. M., Anderson, S. A., & Sabatelli, R. M. (1993). Family Differentiation, Peer Differentiation, and Adolescent Adjustment in a Clinical Sample. *Journal of Adolescent Research, 8*(2), 205–225. <https://doi.org/10.1177/074355489382005>
- Gavazzi, S. M., Goettler, D. E., Solomon, S. P., & McKenry, P. C. (1994). The impact of family and peer differentiation levels on adolescent psychosocial development and problematic behaviors. *Contemporary Family Therapy, 16*(5), 431–448. <https://doi.org/10.1007/BF02197903>
- Gavazzi, S. M., & Sabatelli, R. M. (1990). Family System Dynamics, the Individuation Process, and Psychosocial Development. *Journal of Adolescent Research, 5*(4), 500–519. <https://doi.org/10.1177/074355489054008>
- Gehart, D. R., & Tuttle, A. R. (2003). *Theory-based treatment planning for marriage and family therapists: Integrating theory and practice*. Brooks/Cole.
- Gergen, K. J. (1994). *Realidad y relaciones, los sondeos en la construcción social*. Harvard University Press.
- Gergen, K. J. (2015). Relational Ethics in Therapeutic Practice. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 36*(4), 409–418. <https://doi.org/10.1002/anzf.1123>
- Gharehbaghy F. (2011). An investigation into Bowen family systems theory in an Iranian sample. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences, 5*(1), 56–63.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Harvard University Press.
- Gold, S. N. (2008). Benefits of a Contextual Approach to Understanding and Treating Complex Trauma. *Journal of Trauma & Dissociation, 9*(2), 269–292. <https://doi.org/10.1080/15299730802048819>
- Goldenthal, P. (1993). *Contextual Family Therapy: Assessment and Intervention Procedures*. Professional Resource Press.
- Goldenthal, P. (1996). *Doing Contextual Therapy. An Integrated Model For Working with Individual, Couples, and Families*. (1st ed.). W.W.Norton & Company.
- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist, 35*(11), 991–999. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.11.991>
- Gottman, J. M. (1998). Psychology and the study of marital processes. *Annual Review of Psychology, 49*(1), 169–197. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.49.1.169>
- Grames, H. A., Miller, R. B., Robinson, W. D., Higgins, D. J., & Hinton, W. J. (2008). A Test of Contextual Theory: The Relationship Among Relational Ethics, Marital Satisfaction, Health Problems, and Depression. *Contemporary Family Therapy, 30*(4), 183–198. <https://doi.org/10.1007/s10591-008-9073-3>

- Grunebaum, J. (1987). Multidirected Partiality and the "Parental Imperative." *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 24(3), 646–656. <https://doi.org/10.1037/h0085763>
- Gubbins, C. A., Perosa, L. M., & Bartle-Haring, S. (2010). Relationships Between Married Couples' Self-Differentiation/Individuation and Gottman's Model of Marital Interactions. *Contemporary Family Therapy*, 32(4), 383–395. <https://doi.org/10.1007/s10591-010-9132-4>
- Guerin, P. J., & Chabot, D. R. (1992). Development of family systems theory. In *History of psychotherapy: A century of change*. (pp. 225–260). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10110-006>
- Guntrip, H. (1969). *Schizoid phenomena, object relations, and the self*. International Universities Press.
- Gurman, A. S. (2011). Couple Therapy Research and the Practice of Couple Therapy: Can We Talk? *Family Process*, 50(3), 280–292. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2011.01360.x>
- Gurman, A. S., & Kniskern, D. P. (Eds.). (2014). Family therapy outcome research: Knowns and unknowns. In *Handbook Of Family Therapy*. Routledge.
- Gushue, G. V., & Constantine, M. G. (2003). Examining Individualism, Collectivism, and Self-Differentiation in African American College Women. *Journal of Mental Health Counseling*, 25(1), 1–15. <https://doi.org/10.17744/mehc.25.1.hagbhguehtb9xkah>
- Gushue, G. V., Mejia-Smith, B. X., Fisher, L. D., Cogger, A., Gonzalez-Matthews, M., Lee, Y.-J., Mancusi, L., McCullough, R., Connell, M. T., Weng, W. C., Cheng, M., & Johnson, V. (2013). Differentiation of self and racial identity. *Counselling Psychology Quarterly*, 26(3–4), 343–361. <https://doi.org/10.1080/09515070.2013.816839>
- Haas, E., Hill, R. D., Lambert, M. J., & Morrell, B. (2002). Do early responders to psychotherapy maintain treatment gains? *Journal of Clinical Psychology*, 58(9), 1157–1172. <https://doi.org/10.1002/jclp.10044>
- Haber, J. (1993). A construct validity study of a differentiation of self scale. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 7(3), 165–178.
- Haefner, J. (2014). An Application of Bowen Family Systems Theory. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(11), 835–841. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.921257>
- Hainlen, R. L., Jankowski, P. J., Paine, D. R., & Sandage, S. J. (2016). Adult Attachment and Well-Being: Dimensions of Differentiation of Self as Mediators. *Contemporary Family Therapy*, 38(2), 172–183. <https://doi.org/10.1007/s10591-015-9359-1>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis (7th ed.)*. Prentice Hall.

-
- Hammer, M. R., Bennett, M. J., & Wiseman, R. (2003). Measuring intercultural sensitivity: The intercultural development inventory. *International Journal of Intercultural Relations*, 27(4), 421–443. [https://doi.org/10.1016/S0147-1767\(03\)00032-4](https://doi.org/10.1016/S0147-1767(03)00032-4)
- Hanna, S. M., Walker, P. W., Walker, J. F., Claes, J. A., Stewart, C. K., Swank, A. M., & Goldsmith, L. J. (2003). A Smoking Cessation Project for African American Women: Implications for Relational Research. *Families, Systems, & Health*, 21(4), 383–395. <https://doi.org/10.1037/1091-7527.21.4.383>
- Hardin, E. E., Robitschek, C., Flores, L. Y., Navarro, R. L., & Ashton, M. W. (2014). The cultural lens approach to evaluating cultural validity of psychological theory. *American Psychologist*, 69(7), 656–668. <https://doi.org/10.1037/a0036532>
- Hargrave, T. D. (2001). *Forgiving the Devil: Coming to Terms With Damaged Relationships*. Zeig Tucker & Theisen Inc.
- Hargrave, T. D., & Bomba, A. K. (1993). Further validation of the relational ethics scale. *Journal of Marital and Family Therapy*, 19(3), 293–299. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1993.tb00990.x>
- Hargrave, T. D., Jennings, G., & Anderson, W. (1991). the Development of a Relational Ethics Scale. *Journal of Marital and Family Therapy*, 17(2), 145–158. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1991.tb00877.x>
- Hargrave, T. D., & Pfitzer, F. (2003). *The New Contextual Therapy. Guiding the Power of Give and Take*. Brunner-Routledge.
- Hargrave, T. D., & Sells, J. N. (1997). The Development of a Forgiveness scale. *Journal of Marital and Family Therapy*, 23(1), 41–62. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1997.tb00230.x>
- Harrison MD. (2003). *Partners' level of differentiation of self and perceived relationship quality in gay and lesbian couples* [Unpublished doctoral dissertation]. University of Santa Barbara, CA: Fielding Graduate Institute.
- Harvey, D. M., Curry, C. J., & Bray, J. H. (1991). Individuation and intimacy in intergenerational relationships and health: Patterns across two generations. *Journal of Family Psychology*, 5(2), 204–236. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.5.2.204>
- Haws, W. A., & Mallinckrodt, B. (1998). Separation-individuation from family of origin and marital adjustment of recently married couples. *The American Journal of Family Therapy*, 26(4), 293–306. <https://doi.org/10.1080/01926189808251108>
- Haxhe, S. (2016). Parentification and Related Processes: Distinction and Implications for Clinical Practice. *Journal of Family Psychotherapy*, 27(3), 185–199. <https://doi.org/10.1080/08975353.2016.1199768>
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511–524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>

- Heintzelman, A., Murdock, N. L., Krycak, R. C., & Seay, L. (2014). Recovery from infidelity: Differentiation of self, trauma, forgiveness, and posttraumatic growth among couples in continuing relationships. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 3(1), 13–29. <https://doi.org/10.1037/cfp0000016>
- Hemingway, J. L. (1993). Bellah, R. N., Madsen, R., Sullivan, W. M., Swidler, A., & Tipton, S. M. (1985). *Habits of the heart: Individualism and commitment in American life.* , Bellah, R. N., Madsen, R., Sullivan, W. M., Swidler, A., & Tipton, S. M. (1985). *The good society.* Gans, H. J. (1988). *Middle American individualism: The future of liberal democracy.*, Jackson, K. T. (1985). *Crabgrass frontier: The suburbanization of the United States.*, Sennett, R. (1977). *The fall of public man.*, *Journal of Leisure Research*, 25:1, 100-109. <https://doi.org/10.1080/00222216.1993.11969912>
- Henares Montiel, J., Ruiz-Pérez, I., & Sordo, L. (2020). Salud mental en España y diferencias por sexo y por comunidades autónomas. *Gaceta Sanitaria*, 34(2), 114–119. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.03.002>
- Henriques, G., Kleinman, K., & Asselin, C. (2014). The Nested Model of Well-Being: A Unified Approach. *Review of General Psychology*, 18(1), 7–18. <https://doi.org/10.1037/a0036288>
- Heyndrickx, P. (2018). Relational ethics as the unique proposition of contextual therapy? In *Communication International Conference on Contextual Therapy (ICCT)*.
- Hill, E. W., Hasty, C., & Moore, C. J. (2011). Differentiation of Self and the Process of Forgiveness: A Clinical Perspective for Couple and Family Therapy. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy (ANZJFT)*, 32(1), 43–57. <https://doi.org/10.1375/anft.32.1.43>
- Hinkle, D. E., Wiersma, W., & Jurs, S. G. (1998). Correlation: a measure of relationship. *Applied Statistics for the Behavioral Sciences*, 4, 105–131.
- Hock, E., Eberly, M., Bartle-Haring, S., Ellwanger, P., & Widaman, K. F. (2001). Separation Anxiety in Parents of Adolescents: Theoretical Significance and Scale Development. *Child Development*, 72(1), 284–298. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00279>
- Hoffman, J. A. (1984). Psychological separation of late adolescents from their parents. *Journal of Counseling Psychology*, 31(2), 170–178. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.31.2.170>
- Holeman, V. T., Dean, J. B., Deshea, L., & Duba, J. D. (2011). The Multidimensional Nature of the Quest Construct Forgiveness, Spiritual Perception, & Differentiation of Self. *Journal of Psychology and Theology*, 39(1), 31–43. <https://doi.org/10.1177/009164711103900103>
- Hooper, L. M. (2003). Parentification, resiliency, secure adult attachment style, and differentiation of self as predictors of growth among college students [Doctoral dissertation, The George Washington University]. *Abstracts International Section B: The Sciences and Engineering*, 64(3-B), 1493.

- Hooper, L. M. (2007). The Application of Attachment Theory and Family Systems Theory to the Phenomena of Parentification. *The Family Journal, 15*(3), 217–223. <https://doi.org/10.1177/1066480707301290>
- Hooper, L. M. (2011). Parentification. In *Encyclopedia of Adolescence* (pp. 2023–2031). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1695-2_169
- Hooper, L. M., Burnham, J. J., & Richey, R. (2009). Select Parent and Family System Correlates of Adolescent Current Weight Status: A Pilot Study. *The Family Journal, 17*(1), 14–21. <https://doi.org/10.1177/1066480708328460>
- Hooper, L. M., & DePuy, V. (2010). Mediating and Moderating Effects of Differentiation of Self on Depression Symptomatology in a Rural Community Sample. *The Family Journal, 18*(4), 358–368. <https://doi.org/10.1177/1066480710374952>
- Hooper, L. M., & Doehler, K. (2011). The mediating and moderating effects of differentiation of self on body mass index and depressive symptomatology among an American college sample. *Counselling Psychology Quarterly, 24*(1), 71–82. <https://doi.org/10.1080/09515070.2011.559957>
- Hooper, L. M., Marotta, S. A., & Lanthier, R. P. (2008). Predictors of Growth and Distress Following Childhood Parentification: A Retrospective Exploratory Study. *Journal of Child and Family Studies, 17*(5), 693–705. <https://doi.org/10.1007/s10826-007-9184-8>
- Horne, K. B., & Hicks, M. W. (2002). All in the family: a belated response to knudson-martin's feminist revision of bowen theory. *Journal of Marital and Family Therapy, 28*(1), 103–113. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2002.tb01178.x>
- Horner, A. J. (1979). *Object relations and the developing ego in therapy*. Jason Aronson.
- Horowitz, H. (2009). The Healing Power of Giving: A Contextual Therapy Case Study. *Journal of Spirituality in Mental Health, 11*(3), 213–217. <https://doi.org/10.1080/19349630903080970>
- Hosmer Jr, D. W., Lemeshow, S., & Sturdivant, R. X. (2013). *Applied logistic regression*. Wiley-Blackwell.
- Howard, S. A. (1987). *Family theory and practice: An interpersonal sequential analysis of Boszormenyi-Nagy and Kempler*. Fuller Theological Seminary. <https://doi.org/10.1108/eb050773>
- 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. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Human-Vogel, S., & Rabe, P. (2015). Measuring self-differentiation and academic commitment in University students: A case study of education and engineering students. *South African Journal of Psychology, 45*(1), 60–70. <https://doi.org/10.1177/0081246314548808>

- Inger, I. (1993). A dialogic perspective for family therapy: The contributions of Martin Buber and Gregory Bateson. *Journal of Family Therapy, 15*, 293–314. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.1993.00760.x>
- International Test Commission. (2017). *The ITC guidelines for translating and adapting tests* (2nd ed.). https://www.intestcom.org/files/guideline_test_adaptation_2ed.pdf
- Işık, E., & Bulduk, S. (2015). Psychometric Properties of the Differentiation of Self Inventory-Revised in Turkish Adults. *Journal of Marital and Family Therapy, 41*(1), 102–112. <https://doi.org/10.1111/jmft.12022>
- Jackson, B., Kubzansky, L. D., & Wright, R. J. (2006). Linking Perceived Unfairness to Physical Health: The Perceived Unfairness Model. *Review of General Psychology, 10*(1), 21–40. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.10.1.21>
- Jacobson, E. (1964). *The self and the object world*. International Universities Press.
- Jankowski, P. J., & Hooper, L. M. (2012). Differentiation of self: A validation study of the Bowen theory construct. *Couple and Family Psychology: Research and Practice, 1*(3), 226–243. <https://doi.org/10.1037/a0027469>
- Jankowski, P. J., Hooper, L. M., Sandage, S. J., & Hannah, N. J. (2013). Parentification and mental health symptoms: mediator effects of perceived unfairness and differentiation of self. *Journal of Family Therapy, 35*(1), 43–65. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2011.00574.x>
- Jankowski, P. J., & Sandage, S. J. (2012). Spiritual dwelling and well-being: the mediating role of differentiation of self in a sample of distressed adults. *Mental Health, Religion & Culture, 15*(4), 417–434. <https://doi.org/10.1080/13674676.2011.579592>
- Jankowski, P. J., Sandage, S. J., & Hill, P. C. (2013). Differentiation-based models of forgiveness, mental health and social justice commitment: Mediator effects for differentiation of self and humility. *The Journal of Positive Psychology, 8*(5), 412–424. <https://doi.org/10.1080/17439760.2013.820337>
- Jankowski, P. J., & Vaughn, M. (2009). Differentiation of Self and Spirituality: Empirical Explorations. *Counseling and Values, 53*(2), 82–96. <https://doi.org/10.1002/j.2161-007x.2009.tb00116.x>
- Jenkins, S. M., Buboltz, W. C., Schwartz, J. P., & Johnson, P. (2005). Differentiation of self and psychosocial development. *Contemporary Family Therapy, 27*(2), 251–261. <https://doi.org/10.1007/s10591-005-4042-6>
- Johnson, P., Buboltz, W. C., & Seemann, E. (2003). Ego Identity Status: A Step in the Differentiation Process. *Journal of Counseling & Development, 81*(2), 191–195. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2003.tb00241.x>
- Jones, E. G., & Kay, M. (1992). Instrumentation in Cross-Cultural Research. *Nursing Research, 47*(3), 186–188. <https://doi.org/10.1097/00006199-199205000-00012>
- Jordan, J. V., Walker, M., & Hartling, L. M. (2004). *The complexity of connection*. Guilford Press.

-
- Josselson, R. L. (1980). Ego development in adolescence. In J. Adelson (Ed.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. 188–210). Wiley-Blackwell.
- Jung, C.G. (1959). *Teoría de la Psicología Analítica*. Colección Works of CG, 9.
- Kagitcibasi, C. (2005). Autonomy and Relatedness in Cultural Context. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 36(4), 403–422. <https://doi.org/10.1177/0022022105275959>
- Kaleta, K. (2014). Marital satisfaction, differentiation of self and stress perceived by women. *Polskie Forum Psychologiczne*, 19(3), 305–319. <https://doi.org/10.14656>
- Kandel, E. R. (1998). A New Intellectual Framework for Psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 155(4), 457–469. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.4.457>
- Kang, E., & Park, J. H. (2005). Differentiation of self, social anxiety, and couple intimacy in college-aged Koreans. *Korean Journal of Family Therapy*, 13(2), 149–169.
- Karpel, M. (1976). Individuation: From Fusion to Dialogue. *Family Process*, 15(1), 65–82. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1976.00065.x>
- Kass, J. D., & Lennox, S. (2005). Emerging Models of Spiritual Development: A Foundation for Mature, Moral, and Health-Promoting Behavior. In *Judeo-Christian perspectives on psychology: Human nature, motivation, and change*. (pp. 185–204). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10859-010>
- Katz, J., & Nelson, R. A. (2007). Family Experiences and Self-Criticism in College Students: Testing a Model of Family Stress, Past Unfairness, and Self-Esteem. *The American Journal of Family Therapy*, 35(5), 447–457. <https://doi.org/10.1080/01926180601057630>
- Kawar, C., Coppola, J., & Gangamma, R. (2019). A Contextual Perspective on Associations Between Reported Parental Infidelity and Relational Ethics of the Adult Children. *Journal of Marital and Family Therapy*, 45(2), 354–363. <https://doi.org/10.1111/jmft.12331>
- Kellebrew, T. L. (2006). Dialogical Self, Dialogical Other: A Brief Overview of Dialogical Psychotherapy. In *Practical Philosophy*, 8 (1), 17-27. <http://www.practical-philosophy.org.uk>
- Kenny, M. E., & Rice, K. G. (1995). Attachment to Parents and Adjustment in Late Adolescent College Students. *The Counseling Psychologist*, 23(3), 433–456. <https://doi.org/10.1177/0011000095233003>
- Kerr, M. E. (1984). Theoretical Base for Differentiation of Self in One's Family of Origin. *The Clinical Supervisor*, 2(2), 3–36. https://doi.org/10.1300/J001v02n02_02
- Kerr, M. E., & Bowen, M. (1988). *Family evaluation: An approach based on Bowen theory*. Norton.

- Kerr, M. E. (1992). Physical Illness and the Family Emotional System: Psoriasis as a Model. *Behavioral Medicine, 18*(3), 101–113. <https://doi.org/10.1080/08964289.1992.9936960>
- Keskin, Y. (2017). The Relational Ethics Genogram: An Integration of Genogram and Relational Ethics. *Journal of Family Psychotherapy, 28*(1), 92–98. <https://doi.org/10.1080/08975353.2017.1279881>
- Khojasteh Mehr, R., Esmaeili Babadi, N., & Abbaspour, Z. (2018). Evaluation of psychometric properties of the Relational Ethics Scale (RES). *Journal of Family Psychology, 4*(2), 61–74. <http://ijfp.ir/article-1-298-en.html>
- Kim-Appel, D., Appel, J., Newman, I., & Parr, P. (2007). Testing the Effectiveness of Bowen's Concept of Differentiation in Predicting Psychological Distress in Individuals Age 62 Years or Older. *The Family Journal, 15*(3), 224–233. <https://doi.org/10.1177/1066480707301291>
- Kim, H., Edwards, A. B., Sweeney, K. A., & Wetchler, J. L. (2012). The Effects of Differentiation and Attachment on Satisfaction and Acculturation in Asian-White American International Couple Relationships: Assessment With Chinese, South Korean, and Japanese Partners in Relationships With White American Partners in the United States. *The American Journal of Family Therapy, 40*(4), 320–335. <https://doi.org/10.1080/01926187.2011.61640>
- Kim, H., Prouty, A. M., Smith, D. B., Ko, M., Wetchler, J. L., & Oh, J.E. (2014). Differentiation of Self and Its Relationship With Family Functioning in South Koreans. *The American Journal of Family Therapy, 42*(3), 257–265. <https://doi.org/10.1080/01926187.2013.838928>
- Kim, L., Knudson-Martin, C., & Tuttle, A. (2014). Toward Relationship-Directed Parenting: An Example of North American Born Second-Generation Korean-American Mothers and their Partners. *Family Process, 53*(1), 55–66. <https://doi.org/10.1111/famp.12052>
- Kitayama, S., Snibbe, A. C., Markus, H. R., & Suzuki, T. (2004). Is There Any “Free” Choice? *Psychological Science, 15*(8), 527–533. <https://doi.org/10.1111/j.0956-7976.2004.00714.x>
- Klever, P. (2005). Multigenerational stress and nuclear family functioning. *Contemporary Family Therapy, 27*(2), 233–250. <https://doi.org/10.1007/s10591-005-4041-7>
- Knauth, D. G., & Skowron, E. A. (2004). Psychometric Evaluation of the Differentiation of Self Inventory for Adolescents. *Nursing Research, 53*(3), 163–171. <https://doi.org/10.1097/00006199-200405000-00003>
- Knauth, D. G., Skowron, E. A., & Escobar, M. (2006). Effect of Differentiation of Self on Adolescent Risk Behavior. *Nursing Research, 55*(5), 336–345. <https://doi.org/10.1097/00006199-200609000-00006>
- Knerr, M., & Bartle-Haring, S. (2010). Differentiation, perceived stress and therapeutic alliance as key factors in the early stage of couple therapy. *Journal of Family Therapy, 32*(2), 94–118. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2010.00489.x>

-
- Knudson-Martin, C. (1992). Balancing the ledger: An application of Nagy's theories to the study of continuity and change among generations. *Contemporary Family Therapy, 14*(3), 241–258. <https://doi.org/10.1007/bf00901507>
- Knudson-Martin, C. (1994). The female voice: applications to bowen's family systems theory. *Journal of Marital and Family Therapy, 20*(1), 35–46. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1994.tb01009.x>
- Knudson-Martin, C. (2002). Expanding bowen's legacy to family therapy: a response to horne and hicks. *Journal of Marital and Family Therapy, 28*(1), 115–118. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2002.tb01179.x>
- Knudson-Martin, C. (2012). Changing gender norms in families and society: Toward equality and complexities. In Walsh, F. (Ed.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (4th ed, pp. 324–346). Guilford Press.
- Knudson-Martin, C. (2013). Why Power Matters: Creating a Foundation of Mutual Support in Couple Relationships. *Family Process, 52*(1), 5–18. <https://doi.org/10.1111/famp.12011>
- Knudson-Martin, C., & Huenergardt, D. (2010). A Socio-Emotional Approach to Couple Therapy: Linking Social Context and Couple Interaction. *Family Process, 49*(3), 369–384. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2010.01328.x>
- Knudson-Martin, C., & Mahoney, A. R. (2009). Couples, gender, and power: Creating change in intimate relationships. In Carmen Knudson-Martin & A. R. Mahoney (Eds.), *Couples, gender, and power: Creating change in intimate relationships*. Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826117564>
- Knudson-Martin, C., McDowell, T., & Bermudez, J. M. (2019). From Knowing to Doing: Guidelines for Socioculturally Attuned Family Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 45*(1), 47–60. <https://doi.org/10.1111/jmft.12299>
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. International Universities Press.
- Kosek, R. B. (1998). Self-Differentiation within Couples. *Psychological Reports, 83*(1), 275–279. <https://doi.org/10.2466/pr0.1998.83.1.275>
- Krasner, B. R., & Joyce, A. J. (1995). *Truth, Trust and Relationships. Healing Interventions in Contextual Therapy*. Brunner/Mazel.
- Krepps, J. (2010). Transformative family therapy: Just families in a just society. *Journal of Marital and Family Therapy, 36*(1), 112–113. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00190.x>
- Kretchmar, M. D., & Jacobvitz, D. B. (2002). Observing Mother-Child Relationships Across Generations: Boundary Patterns, Attachment, and the Transmission of Caregiving. *Family Process, 41*(3), 351–374. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2002.41306.x>

- Krycak, R. C., Murdock, N. L., & Marszalek, J. M. (2012). Differentiation of Self, Stress, and Emotional Support as Predictors of Psychological Distress. *Contemporary Family Therapy, 34*(4), 495–515. <https://doi.org/10.1007/s10591-012-9207-5>
- Kuperminc, G. P., Jurkovic, G. J., & Casey, S. (2009). Relation of filial responsibility to the personal and social adjustment of Latino adolescents from immigrant families. *Journal of Family Psychology, 23*(1), 14–22. <https://doi.org/10.1037/a0014064>
- Kurimay, T. (2007). *To the Memory of Iván Böszörményi-Nagy, M.D., One of the Founder of Family Therapy*. http://www.eftacim.org/doc_pdf/ivannagy.pdf
- Labanyi, P. (2009). Rediscovering what really matters. Judgment, authenticity and the moral code of psychotherapy, eisteach. *Quarterly Journal of Counselling and Psychotherapy, 9*(2).
- Lal, A., & Bartle-Haring, S. (2011). Relationship Among Differentiation of Self, Relationship Satisfaction, Partner Support, and Depression in Patients With Chronic Lung Disease and Their Partners. *Journal of Marital and Family Therapy, 37*(2), 169–181. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00167.x>
- Lam, C. M., & Chan-So, P. C. (2015). Validation of the Chinese Version of Differentiation of Self Inventory (C-DSI). *Journal of Marital and Family Therapy, 41*(1), 86–101. <https://doi.org/10.1111/jmft.12031>
- Lampis, J. (2016). Does partners' differentiation of self predict dyadic adjustment? *Journal of Family Therapy, 38*(3), 303–318. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12073>
- Lampis, J., Cataudella, S., Agus, M., Busonera, A., & Skowron, E. A. (2019). Differentiation of Self and Dyadic Adjustment in Couple Relationships: A Dyadic Analysis Using the Actor-Partner Interdependence Model. *Family Process, 58*(3), 698–715. <https://doi.org/10.1111/famp.12370>
- Lampis, J., Cataudella, S., Busonera, A., & Skowron, E. A. (2017). The Role of Differentiation of Self and Dyadic Adjustment in Predicting Codependency. *Contemporary Family Therapy: An International Journal, 39*(1), 62. <https://doi.org/10.1007/s10591-017-9403-4>
- Lampropoulos, G. K. (2001). Bridging Technical Eclecticism and Theoretical Integration: Assimilative Integration. *Journal of Psychotherapy Integration, 11*, 5–19. <https://doi.org/10.1023/A:1026672807119>
- Lans, O., Mosek, A., & Yagil, Y. (2014). Romantic Jealousy From the Perspectives of Bowen's Concept of Differentiation and Gender Differences. *The Family Journal, 22*(3), 321–331. <https://doi.org/10.1177/1066480714530835>
- Lawson, D. M., & Brossart, D. F. (2001). Intergenerational Transmission: Individuation and Intimacy Across Three Generations. *Family Process, 40*(4), 429–442. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2001.4040100429.x>

-
- Le Heath, N., & Brown, A. E. (1999). Self-concept Differentiation and Depressive Symptomatology in Children. *International Journal of Psychology, 34*(2), 95–105. <https://doi.org/10.1080/002075999399990>
- Lebow, J. (2014). *Couple and family therapy: An integrative map of the territory*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14255-000>
- Lebrero Rosales, A., & Moreno Fernández, A. (2014). Terapia intergeneracional. In A. Moreno (Ed.), *Manual de terapia sistémica. Principios y herramientas de intervención* (pp. 297–335). Desclée de Brouwer.
- Leibig, A. L., & Green, K. (1999). The development of family loyalty and relational ethics in children. *Contemporary Family Therapy, 21*(1), 89–112. <https://doi.org/10.1023/A:1021966705566>
- Lemaire, J.M., & Despret, V. (2001). Collective Post-traumatic Disorders, Residual Resources, and an Extensive Context of Trust: Creating a Network in a Refugee Camp in Former Yugoslavia. *International Journal of Mental Health, 30*(2), 22–26. <https://doi.org/10.1080/00207411.2001.11449516>
- Lewis, M. P., Gary, F. S., & Charles, D. F. (2014). *Ethnologue: Languages of the world (17th ed.)*. SIL International.
- Lichtman, R. (1990). The production of human nature by means of human culture. *Capitalism, Nature and Socialism, 1*(4), 13–51. <https://doi.org/10.1080/10455759009358399>
- Lidz, T. (1973). *The origin and treatment of schizophrenic disorders*. Basic Books.
- Lim, M. G., & Jennings, G. H. (1996). Marital Satisfaction of Healthy Differentiated and Undifferentiated Couples. *The Family Journal, 4*(4), 308–315. <https://doi.org/10.1177/1066480796044004>
- Lim, S. L., & Nakamoto, T. (2008). Genograms: Use in Therapy with Asian Families with Diverse Cultural Heritages. *Contemporary Family Therapy, 30*(4), 199–219. <https://doi.org/10.1007/s10591-008-9070-6>
- Litt, B. K. (2008). EMDR in Couples Therapy: An Ego State Approach. In C. Forgash & M. Copeley (Eds.), *Healing the heart of trauma and dissociation with EMDR and Ego State Therapy* (pp. 267–295). Springer Publishing Company.
- Lohman, B. J., & Jarvis, P. A. (2000). Adolescent Stressors, Coping Strategies, and Psychological Health Studied in the Family Context. *Journal of Youth and Adolescence, 29*(1), 15–43. <https://doi.org/10.1023/A:1005117020812>
- Lopez, F. G., & Brennan, K. A. (2000). Dynamic processes underlying adult attachment organization: Toward an attachment theoretical perspective on the healthy and effective self. *Journal of Counseling Psychology, 47*(3), 283–300. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.47.3.283>
- Losada, J. L., & López-Feal Ramil, R. (2003). *Métodos de investigación en ciencias sociales y humanas*. Paraninfo.

- Lozano, A. (2018). *El bloc Àfrica vive*. <http://blog.africavive.es/2018/07/antonio-lozano-tenemos-que-retener-de-mandela-la-conviccion-para-combatir-la-injusticia/>
- Lund, M. (1985). The Development of Investment and Commitment Scales for Predicting Continuity of Personal Relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 2(1), 3–23. <https://doi.org/10.1177/0265407585021001>
- Luttrell, T. B., Distelberg, B., Wilson, C., Knudson-Martin, C., & Moline, M. (2018). Exploring the Relationship Balance Assessment. *Contemporary Family Therapy*, 40(1), 10–27. <https://doi.org/10.1007/s10591-017-9421-2>
- Lutz, A., Greischar, L. L., Rawlings, N. B., Ricard, M., & Davidson, R. J. (2004). Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 101(46), 16369–16373. <https://doi.org/10.1073/pnas.0407401101>
- Lyness, K. P. (2003). Extending Emotionally Focused Therapy for Couples to the Contextual Realm. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 2(4), 19–32. https://doi.org/10.1300/J398v02n04_02
- MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Zhang, S., & Hong, S. (1999). Sample size in factor analysis. *Psychological Methods*, 4(1), 84–99. <https://doi.org/10.1037/1082-989x.4.1.84>
- Mackenzie, C., & Stoljar, N. (2000). *Relational autonomy: Feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self*. Oxford University Press.
- Macleod, D. J., Sadewa, A. B., Arthur, R. A., Collins, K. L., Hand-Breckenridge, Tracey L., Runstedler, Y., & Van Hooren, K. A. (2014). The Balance of Fairness in Family Relations: A Contextual Family Therapy Case Study. *Consensus*, 35(2), Article 6.
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (2000). *The psychological birth of the human infant symbiosis and individuation*. Basic Books.
- Majerus, B. D., & Sandage, S. J. (2010). Differentiation of Self and Christian Spiritual Maturity: Social Science and Theological Integration. *Journal of Psychology and Theology*, 38(1), 41–51. <https://doi.org/10.1177/009164711003800104>
- Manzi, C., Vignoles, V. L., Regalia, C., & Scabini, E. (2006). Cohesion and Enmeshment Revisited: Differentiation, Identity, and Well-Being in Two European Cultures. *Journal of Marriage and Family*, 68(3), 673–689. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2006.00282.x>
- Marañón, D. (2012). *El Trabajo Psicoterapéutico con Fortalezas, Capacidades y Recursos. Un Acercamiento Teórico desde el Marco Sistémico Integrador* (pp. 1–58). https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/12/MaranonD.Trab_3B11112.pdf
- Markus, H.R., & Kitayama, S. (1991). Cultural Variation in the Self-Concept. In *The Self: Interdisciplinary Approaches* (pp. 18–48). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-8264-5_2

-
- Markus, H.R., & Kitayama, S. (2010). Cultures and Selves. *Perspectives on Psychological Science*, 5(4), 420–430. <https://doi.org/10.1177/1745691610375557>
- Mascaro, J. S., Darcher, A., Negi, L. T., & Raison, C. L. (2015). The neural mediators of kindness-based meditation: a theoretical model. *Frontiers in Psychology*, 6, 109. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00109>
- Matsunaga, M. (2010). How to factor-analyze your data right: Do's, don't's, and how-to's. *International Journal of Psychological Research*, 3(1), 97–110. <https://doi.org/10.21500/20112084.854>
- Mattanah, J. F., Hancock, G. R., & Brand, B. L. (2004). Parental Attachment, Separation-Individuation, and College Student Adjustment: A Structural Equation Analysis of Mediation Effects. *Journal of Counseling Psychology*, 51(2), 213–225. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.51.2.213>
- Mazor, A., & Tal, I. (1996). Intergenerational transmission: The individuation process and the capacity for intimacy of adult children of holocaust survivors. *Contemporary Family Therapy*, 18(1), 95–113. <https://doi.org/10.1007/bf02196853>
- McCullough, M. E., & Willoughby, B. L. (2009). Religion, self-regulation, and self-control: Associations, explanations, and implications. *Psychological Bulletin*, 135(1), 69–93. <https://doi.org/10.1037/a0014213>
- McDermott, I., & O'Connor, J. (1998). *Introducción al pensamiento sistémico*. Urano.
- McGoldrick, M., & Carter, B. (2003). The family life cycle. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity*, 3rd ed. (pp. 375–398). The Guilford Press. <https://doi.org/10.4324/9780203428436>
- McGoldrick, M., Giordano, J., & Garcia-Preto, N. (2005). *Ethnicity and family therapy*. Guilford Press.
- McHale, J. P., Kuersten, R., & Lauretti, A. (1996). New directions in the study of family-level dynamics during infancy and early childhood. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 1996(74), 5–26. <https://doi.org/10.1002/cd.23219967403>
- Mertler, C. A., & Vannatta, R. A. (2010). *Advanced and multivariate statistical methods (4th ed.)*. Pyrczak Publishing.
- Messer, S. (2001). Introduction to the Special Issue on Assimilative Integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11(1), 1–4. <https://doi.org/10.1023/A:1026619423048>.
- Meulink-Korf, H., & Rhijn, A. Van. (2016). *The Unexpected Third*. Wellington: Christian Literature Fund Publishers.
- Meulink-Korf, H. (2018). The International Conference on Contextual Therapy. *Relational Ethics in a Changing World. Should This Lead to a Change of Contextual Therapy?*, 1–10.

- Meulink-Korf, H., & Noorlander, W. (2012). Resourcing Trust in a Fragmenting World: The Social-Economic Dimension and Relational Ethics in the Track of Boszormenyi-Nagy. *European Journal of Mental Health*, 7(2), 157–183. <https://doi.org/10.5708/ejmh.7.2012.2.1>
- Miller, R. B., Anderson, S., & Keala, D. K. (2004). Is bowen theory valid? A review of basic research. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(4), 453–466. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2004.tb01255.x>
- Minuchin, S. (1990). *Familias y terapia familiar*. Gedisa.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (2009). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Harvard University Press.
- Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Patrick, D. L., Alonso, J., Stratford, P. W., Knol, D. L., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. (2010). The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. *Quality of Life Research*, 19(4), 539–549. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9606-8>
- Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Küstner, B., Reneses, B., Usall, J., & Vázquez-Barquero, J. L. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta Sanitaria*, 18, 175–181. <https://doi.org/10.1157/13062523>
- Montero, I., & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847–862.
- Montes-Berges, B. (2009). Patrones de comunicación, diferenciación y satisfacción en la relación de pareja: Validación y análisis de estas escalas en muestras españolas. *Anales de Psicología*, 25(2), 288–298.
- Mos, K., & Meulink-Korf, H. (2009). Justice in the waiting. Violence against older parents and old people A biblical- theological and contextual approach. In Baartman, H. (Ed.), *When "love" strikes: Social sciences, ethics and theology on family violence* (pp. 235–258). Peeters.
- Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: Segunda edición. [International Test Commission Guidelines for test translation and adaptation: 2nd edition]. *Psicothema*, 25(2), 151–157. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.24>
- Murdock, N. L. (2004). Stress, Coping, and Differentiation of Self: A Test of Bowen Theory. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 26(3), 319. <https://doi.org/10.1023/b:coft.0000037918.53929.18>
- Murray, T. L., Daniels, M. H., & Murray, C. E. (2006). Differentiation of self, perceived stress, and symptom severity among patients with fibromyalgia syndrome. *Families, Systems, & Health*, 24(2), 147–159. <https://doi.org/10.1037/1091-7527.24.2.147>
- Nelson, T. S. (2003). Transgenerational family therapies. In L.L.Hecker, J.L.Wetchler, (Eds.), *An introduction to marriage and family therapy* (pp. 255–293). The Haworth Clinical Practice Press.

-
- Nolan-Shmarkovskaya, E. (2018). *Evaluate the contribution of Iván Böszörményi-Nagy to the development of Contextual Family Therapy Approach*. <http://www.academia.edu>
- Norcross, J. C., & Goldfried, M. (1992). Psychotherapy outcome research: implications for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94–129). Basic Books.
- Norcross, J. C., Karpiak, C. P., & Santoro, S. O. (2005). Clinical psychologists across the years: The division of clinical psychology from 1960 to 2003. *Journal of Clinical Psychology, 61*(12), 1467–1483. <https://doi.org/10.1002/jclp.20135>
- O'Neill, O. (2002). Public Health or Clinical Ethics: Thinking beyond Borders. *Ethics & International Affairs, 16*(2), 35–45. <https://doi.org/10.1111/j.1747-7093.2002.tb00395.x>
- Oliver Pece, J. (2019). La Escala de Diferenciación del Self (EDS): desarrollo y validación inicial. *Mosaico, 72*, 100–119.
- Ordorika Sacristán, T. (2009). Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres. *Revista mexicana de sociología 71*(4), 647–674. <https://doi.org/10.22201/iis.01882503p.2009.004.17770>
- Overturf, J. (1976). Marital Therapy: Toleration of Differentness. *Journal of Marital and Family Therapy, 2*(3), 235–241. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1976.tb00415.x>
- Paine, D. R., Jankowski, P. J., & Sandage, S. J. (2016). Humility as a Predictor of Intercultural Competence. *The Family Journal, 24*(1), 15–22. <https://doi.org/10.1177/1066480715615667>
- Papero, D. V. (2014). Assisting the Two-person System: An Approach Based on the Bowen Theory. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 35*(4), 386–397. <https://doi.org/10.1002/anzf.1079>
- Parsons, R. N., Nalbone, D. P., Killmer, J. M., & Wetchler, J. L. (2007). Identity Development, Differentiation, Personal Authority, and Degree of Religiosity as Predictors of Interfaith Marital Satisfaction. *The American Journal of Family Therapy, 35*(4), 343–361. <https://doi.org/10.1080/01926180600814601>
- Patrick, S., Sells, J. N., Giordano, F. G., & Tollerud, T. R. (2007). Intimacy, Differentiation, and Personality Variables as Predictors of Marital Satisfaction. *The Family Journal, 15*(4), 359–367. <https://doi.org/10.1177/1066480707303754>
- Peixoto-Freitas, J., Rodríguez-González, M., Crabtree, S. A., & Martins, M. V. (2020). Differentiation of Self, Couple Adjustment and Family Life Cycle: A Cross-Sectional Study. *The American Journal of Family Therapy, 1–18*. <https://doi.org/10.1080/01926187.2020.1736689>
- Peleg, O. (2002). Bowen Theory: A study of differentiation of self, social anxiety, and physiological symptoms. *Contemporary Family Therapy: An International Journal, 24*(2), 355–369. <https://doi.org/10.1023/A:1015355509866>

- Peleg, O. (2004). Differentiation and test anxiety in adolescents. *Journal of Adolescence*, 27(6), 645–662. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2004.06.002>
- Peleg, O. (2005). The Relation Between Differentiation and Social Anxiety: What Can Be Learned from Students and Their Parents? *The American Journal of Family Therapy*, 33(2), 167–183. <https://doi.org/10.1080/01926180590921403>
- Peleg, O. (2008). The relation between differentiation of self and marital satisfaction: what can be learned from married people over the course of life?. *American Journal of Family Therapy*, 36(5), 388–401. <https://doi.org/10.1080/01926180701804634>
- Peleg, O., Halaby, E., & Whaby, E. N. (2006). The relationship of maternal separation anxiety and differentiation of self to children's separation anxiety and adjustment to kindergarten: A study in Druze families. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(8), 973–995. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.01.008>
- Peleg, O., & Rahal, A. (2012). Physiological symptoms and differentiation of self: A cross-cultural examination. *International Journal of Intercultural Relations*, 36(5), 719–727. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2012.04.001>
- Peleg, O., & Yitzhak, M. (2011). Differentiation of Self and Separation Anxiety: Is There a Similarity Between Spouses? *Contemporary Family Therapy*, 33(1), 25–36. <https://doi.org/10.1007/s10591-010-9137-z>
- Peleg, O., & Zoabi, M. (2014). Social anxiety and differentiation of self: A comparison of Jewish and Arab college students. *Personality and Individual Differences*, 68, 221–228. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.04.032>
- Pepper, S. P. (1942). *World hypotheses: A study of evidence*. University of California Press.
- Peterson, C. C. (1990). Husbands' and Wives' Perceptions of Marital Fairness across the Family Life Cycle. *The International Journal of Aging and Human Development*, 31(3), 179–188. <https://doi.org/10.2190/lk6y-vt8l-bupf-u2ev>
- Piercy, F. P., Sprenkle, D., & Wetchler, J. (1996). *Family Therapy Sourcebook* (2nd ed.). Guilford Press.
- Pirooz Sholevar, G., & Schwoeri, L. (2003). *Textbook of Family and Couples Therapy: Clinical Applications*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Platt, L. F., & Skowron, E. A. (2013). The Family Genogram Interview. *The Family Journal*, 21(1), 35–45. <https://doi.org/10.1177/1066480712456817>
- Pollard, M. W., Anderson, R. A., Anderson, W. T., & Jennings, G. (1998). The development of a family forgiveness scale. *Journal of Family Therapy*, 20(1), 95–109. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00070>
- Ramisch, J., & Nelson, T. S. (2015). Transgenerational family therapies. In Wetchler, J. L., Hecker, L.L.(Eds.), *An introduction to marriage and family therapy* (2nd ed., pp. 319–356). Routledge.

- Real Academia Española (2020). *Real Academia Española: Diccionario de la lengua española*, 23.ª ed. <https://dle.rae.es>
- Real, T. (2012). *Relational Life therapy*. <https://www.terryreal.com/training/training-rlt/>
- Restrepo, C. G., Bayona, G. H., Urrego, A. R., Oleas, H. S., & Restrepo, M. U. (2008). *Psiquiatría clínica: diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. Médica Panamericana.
- Rived-Ocaña, M., Schweer-Collins, M. L., Rodríguez-González, M., Crabtree, S. A., Botella, L., & Hargrave, T. D. (2020). Spanish Adaptation of the Relational Ethics Scale. *Contemporary Family Therapy*, 42(4), 346-359. <https://doi.org/10.1007/s10591-020-09540-y>
- Rober, P. (2005). Family therapy as a dialogue of living persons: a perspective inspired by Bakhtin, Voloshinov, and Shotter. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(4), 385–397. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2005.tb01578.x>
- Roberto, L. G. (1992). *Transgenerational Family Therapies*. The Guilford Press.
- Rodríguez-González, M. (2014). La teoría familiar sistémica de Murray Bowen. In M. Rodríguez-González and M. Martínez Berlanga (Eds.), *La teoría familiar sistémica de Bowen: avances y aplicación terapéutica* (pp. 3–36). McGraw-Hill/Interamericana de España, S.L.
- Rodríguez-González, M. (2016). *Diferenciación del self: adaptación de un instrumento de evaluación y análisis de su vinculación con la relación de pareja, el estrés y la salud*. [Unpublished doctoral dissertation]. Universidade de Santiago de Compostela.
- Rodríguez-González, M., & Kerr, M. E. (2011). Introducción a las aplicaciones de la Teoría Familiar Sistémica de Murray Bowen a la Terapia Familiar y de Pareja. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 77, 7–15.
- Rodríguez-González, M., Schweer-Collins, M., Bell, C. A., Sandberg, J. G., & Rodríguez-Naranjo, C. (2019). Family Functioning, Family Structure, and Differentiation of Self in Heterosexual Spanish Couples: An Actor-Partner Analysis. *Journal of Counseling & Development*, 97(2), 209–219. <https://doi.org/10.1002/jcad.12251>
- Rodríguez-González, M., Schweer-Collins, M., Skowron, E. A., Jódar, R., Cagigal, V., & Major, S. O. (2019). Stressful Life Events and Physical and Psychological Health: Mediating Effects of Differentiation of Self in a Spanish Sample. *Journal of Marital and Family Therapy*, 45(4), 578–591. <https://doi.org/10.1111/jmft.12358>
- Rodríguez-González, M., Skowron, E. A., Cagigal, V., & Muñoz, I. (2016). Differentiation of Self, Mate Selection, and Marital Adjustment: Validity of Postulates of Bowen Theory in a Spanish Sample. *The American Journal of Family Therapy*, 44(1), 11–23. <https://doi.org/10.1080/01926187.2015.1099415>
- Rodríguez-González, M., Skowron, E. A., & Jódar Anchía, R. (2015). Spanish Adaptation Of The Differentiation Of Self Inventory-Revised (DSI-R). *Terapia Psicológica*, 33(1), 47–58. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082015000100005>

- Rogers, C. (1961). *On becoming a person: A therapist view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.
- Rootes, K. M. H. (2013). Wanted Fathers: Understanding Gay Father Families through Contextual Family Therapy. *Journal of GLBT Family Studies*, 9(1), 43–64. <https://doi.org/10.1080/1550428x.2013.746055>
- Rootes, K. M. H., Jankowski, P. J., & Sandage, S. J. (2010). Bowen Family Systems Theory and Spirituality: Exploring the Relationship Between Triangulation and Religious Questing. *Contemporary Family Therapy*, 32(2), 89–101. <https://doi.org/10.1007/s10591-009-9101-y>
- Rosen, K. H., Bartle-Haring, S., & Stith, S. M. (2001). Using Bowen Theory to Enhance Understanding of the Intergenerational Transmission of Dating Violence. *Journal of Family Issues*, 22(1), 124–142. <https://doi.org/10.1177/019251301022001006>
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412–415. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>
- Ross, A. S., Hinshaw, A. B., & Murdock, N. L. (2016). Integrating the Relational Matrix: Attachment Style, Differentiation of Self, Triangulation, and Experiential Avoidance. *Contemporary Family Therapy*, 38(4), 400–411. <https://doi.org/10.1007/s10591-016-9395-5>
- Rothbaum, F., Rosen, K., Ujiie, T., & Uchida, N. (2002). Family Systems Theory, Attachment Theory, and Culture. *Family Process*, 41(3), 328–350. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2002.41305.x>
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Prentice-Hall.
- Rovers, M., Kocum, L., Briscoe-Dimock, S., Myers, P. C., Cotnam, S., Henry, T., Kwasniewski, E., & Sheppard, D. (2007). Choosing a Partner of Equal Differentiation. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 6(3), 1–23. https://doi.org/10.1300/J398v06n03_01
- Roytburd, L., & Friedlander, M. L. (2008). Predictors of Soviet Jewish refugees' acculturation: Differentiation of self and acculturative stress. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 14(1), 67–74. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.14.1.67>
- Rusbult, C. E. (1983). A longitudinal test of the investment model: The development (and deterioration) of satisfaction and commitment in heterosexual involvements. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(1), 101–117. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.45.1.101>
- Ruscio, J., & Roche, B. (2012). Determining the number of factors to retain in an exploratory factor analysis using comparison data of known factorial structure. *Psychological Assessment*, 24(2), 282–292. <https://doi.org/10.1037/a0025697>

-
- Ruzgyte, E. (2011). Contextual Family Therapy. In *Marriage and Family Therapy. In Metcalf, L. (Ed.) A Practice-Oriented Approach* (pp. 65–90). Springer Publishing Company.
- Sabatelli, R. M., & Mazor, A. (1985). Differentiation, individuation, and identity formation: The integration of family system and individual developmental perspectives. *Adolescence, 20*(79), 619–633.
- Safran, J. D., & Messer, S. B. (1997). Psychotherapy Integration: A Postmodern Critique. *Clinical Psychology: Science and Practice, 4*(2), 140–152. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1997.tb00106.x>
- Sánchez, D. (1984). *Martin Buber*. Herder.
- Sandage, S. J., Crabtree, S. A., & Schweer, M. (2014). Differentiation of Self and Social Justice Commitment Mediated by Hope. *Journal of Counseling & Development, 92*(1), 67–74. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2014.00131.x>
- Sandage, S. J., & Harden, M. G. (2011). Relational spirituality, differentiation of self, and virtue as predictors of intercultural development. *Mental Health, Religion & Culture, 14*(8), 819–838. <https://doi.org/10.1080/13674676.2010.527932>
- Sandage, S. J., Hill, P. C., & Vang, H. C. (2003). Toward a Multicultural Positive Psychology: *The Counseling Psychologist, 31*(5), 564–592. <https://doi.org/10.1177/0011000003256350>
- Sandage, S. J., & Jankowski, P. J. (2010). Forgiveness, spiritual instability, mental health symptoms, and well-being: Mediator effects of differentiation of self. *Psychology of Religion and Spirituality, 2*(3), 168–180. <https://doi.org/10.1037/a0019124>
- Sandel, M. J. (1982). *Liberalism and the Limits of Justice* (2nd Ed.). Cambridge University Press.
- Sarrazin, J., & Cyr, F. (2007). Parental Conflicts and Their Damaging Effects on Children. *Journal of Divorce & Remarriage, 47*(1–2), 77–93. https://doi.org/10.1300/J087v47n01_05
- Scabini, E., & Manzi, C. (2011). Family Processes and Identity. In: S. Schwartz, K. Luyckx, V. Vignoles (Eds), *Handbook of Identity Theory and Research* (pp. 565–584). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7988-9_23
- Schmidt, A. E., Green, M. S., & Prouty, A. M. (2016). Effects of parental infidelity and interparental conflict on relational ethics between adult children and parents: a contextual perspective. *Journal of Family Therapy, 38*(3), 386–408. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12091>
- Schnarch, D. (1997). *Passionate marriage: Sex, love, and intimacy in emotionally committed relationships*. Norton.
- Schnarch, D., & Regas, S. (2012). The Crucible Differentiation Scale: Assessing Differentiation in Human Relationships. *Journal of Marital and Family Therapy, 38*(4), 639–652. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00259.x>

- Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1–2), 7–66. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1<7::aid-imhj2>3.0.co;2-n](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<7::aid-imhj2>3.0.co;2-n)
- Schore, J. R., & Schore, A. N. (2008). Modern Attachment Theory: The Central Role of Affect Regulation in Development and Treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36(1), 9–20. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0111-7>
- Schwartz, J. P., Thigpen, S. E., & Montgomery, J. K. (2006). Examination of Parenting Styles of Processing Emotions and Differentiation of Self. *The Family Journal*, 14(1), 41–48. <https://doi.org/10.1177/1066480705282050>
- Schwartz, S. J., & Finley, G. E. (2006). Father Involvement, Nurturant Fathering, and Young Adult Psychosocial Functioning. *Journal of Family Issues*, 27(5), 712–731. <https://doi.org/10.1177/0192513X05284003>
- Scott, S. (2014). An Unending Sphere of Relation: Martin Buber's Conception of Personhood. *Forum Philosophicum*, 19(1), 5–25. <https://doi.org/10.5840/forphil201419110>
- Seda Sahin, Z., Nalbone, D. P., Wetchler, J. L., & Bercik, J. M. (2010). The Relationship of Differentiation, Family Coping Skills, and Family Functioning with Optimism in College-Age Students. *Contemporary Family Therapy*, 32(3), 238–256. <https://doi.org/10.1007/s10591-010-9116-4>
- Seiffe-Krenke, I. (2006). Leaving home or still in the nest? Parent-child relationships and psychological health as predictors of different leaving home patterns. *Developmental Psychology*, 42(5), 864–876. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.42.5.864>
- Sexton, T. L., & Datchi, C. (2014). The Development and Evolution of Family Therapy Research: Its Impact on Practice, Current Status, and Future Directions. *Family Process*, 53(3), 415–433. <https://doi.org/10.1111/famp.12084>
- Shannon, S. (2017). *Relational Ethics and Relationship Cycling*. [Doctoral Dissertation, The Ohio State University]. Electronic Theses & Dissertations center, Ohio State University and OhioLink.
- Shokouhi-Behnam, S., Chambliss, C. A., & Caruso, K. A. (1997). Cross-Cultural Applicability of Contextual Family Therapy: Iranian and American College Students' Perceptions of Familial and Peer Relationships. *Psychological Reports*, 80(2), 691–694. <https://doi.org/10.2466/pr0.1997.80.2.691>
- Showers, C. J., & Ryff, C. D. (1996). Self-Differentiation and Well-Being in a Life Transition. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(5), 448–460. <https://doi.org/10.1177/0146167296225003>
- Shulman, S., & Seiffge-Krenke, I. (1997). *Fathers and adolescents: Developmental and Clinical Perspectives*. Routledge.
- Shuttleworth, M. (2020). Definition of validez aparente. <https://explorable.com/es/validez-aparente>

- Sibley, D. S., Schmidt, A. E., & Kimmes, J. G. (2015). Applying a Contextual Therapy Framework to Treat Panic Disorder: A Case Study. *Journal of Family Psychotherapy, 26*(4), 299–317. <https://doi.org/10.1080/08975353.2015.1097285>
- Siegel, D. J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, ?mindsight,? and neural integration. *Infant Mental Health Journal, 22*(1–2), 67–94. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1<67::aid-imhj3>3.0.co;2-g](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<67::aid-imhj3>3.0.co;2-g)
- Silverstein, J. L. (1992). The problem with in-laws. *Journal of Family Therapy, 14*(4), 399–412. <https://doi.org/10.1046/j..1992.00469.x>
- Silverstein, R., Buxbaum Bass, L., Tuttle, A., Knudson-Martin, C., & Huenegardt, D. (2006). What Does It Mean to Be Relational? A Framework for Assessment and Practice. *Family Process, 45*(4), 391–405. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2006.00178.x>
- Simon, F., Stierlin, H., & Wynne, L. C. (2013). *Vocabulario de terapia familiar*. Gedisa.
- Singer, M. T., & Wynne, L. C. (1965). Thought disorder and family relations of schizophrenics: IV. Results and implications. *Archives of General Psychiatry, 12*(2), 201–212. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720320089010>
- Skowron, E. A. (2000). The role of differentiation of self in marital adjustment. *Journal of Counseling Psychology, 47*(2), 229–237. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.47.2.229>
- Skowron, E. A. (2004). Differentiation of Self, Personal Adjustment, Problem Solving, and Ethnic Group Belonging Among Persons of Color. *Journal of Counseling & Development, 82*(4), 447–456. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2004.tb00333.x>
- Skowron, E. A., & Dendy, A. K. (2004). Differentiation of Self and Attachment in Adulthood: Relational Correlates of Effortful Control. *Contemporary Family Therapy, 26*(3), 337–357. <https://doi.org/10.1023/b:coft.0000037919.63750.9d>
- Skowron, E. A., & Friedlander, M. L. (1998). The Differentiation of Self Inventory: Development and initial validation. *Journal of Counseling Psychology, 45*(3), 235–246. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.45.3.235>
- Skowron, E. A., Holmes, S. E., & Sabatelli, R. M. (2003). Deconstructing Differentiation: Self Regulation, Interdependent Relating, and Well-Being in Adulthood. *Contemporary Family Therapy, 25*(1), 111. <https://doi.org/10.1023/a:1022514306491>
- Skowron, E. A., Kozlowski, J. M., & Pincus, A. L. (2010). Differentiation, self–other representations, and rupture–repair processes: Predicting child maltreatment risk. *Journal of Counseling Psychology, 57*(3), 304–316. <https://doi.org/10.1037/a0020030>
- Skowron, E. A., & Platt, L. F. (2005). Differentiation of Self and Child Abuse Potential in Young Adulthood. *The Family Journal, 13*(3), 281–290. <https://doi.org/10.1177/1066480705276314>

- Skowron, E. A., & Schmitt, T. A. (2003). Assessing interpersonal fusion: reliability and validity of a new dsi fusion with others subscale. *Journal of marital and family therapy, 29*(2), 209–222. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2003.tb01201.x>
- Skowron, E. A., Stanley, K. L., & Shapiro, M. D. (2009). A longitudinal perspective on differentiation of self, interpersonal and psychological well-being in young adulthood. *Contemporary Family Therapy, 31*(1), 3–18. <https://doi.org/10.1007/s10591-008-9075-1>
- Skowron, E. A., Van Epps, J., & Cipriano-Essel, E. A. (2014). Toward a greater understanding of differentiation of self in Bowen Family Systems Theory. In P. Titelman (Ed.), *Differentiation of Self. Bowen Family Systems Theory Perspectives* (pp. 355–383). Routledge.
- Skowron, E. A., Van Epps, J. J., Cipriano-Essel, E. A., & Woehrle, y P. L. (2014). Teoría de Bowen e investigación empírica. In M. Rodríguez-González and M. Martínez Berlanga (Eds.), *La teoría familiar sistémica de Bowen: avances y aplicación terapéutica* (pp. 61–94). McGraw-Hill/Interamericana de España, S.L.
- Skowron, E. A., Wester, S. R., & Azen, R. (2004). Differentiation of Self Mediates College Stress and Adjustment. *Journal of Counseling & Development, 82*(1), 69–78. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2004.tb00287.x>
- Smith, D. L. (1988). *Client-centered therapy and the person-centered approach: New directions in theory, research and practice* by R. Levant and J. Shlien (Eds.) (Book Review). *Journal of Phenomenological Psychology, 19*(1), 103.
- Soyez, V., Tatrai, H., Broekaert, E., & Bracke, R. (2004). The implementation of contextual therapy in the therapeutic community for substance abusers: a case study. *Journal of Family Therapy, 26*(3), 286–305. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2004.00284.x>
- Spanier, G. B. (1976). Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads. *Journal of Marriage and the Family, 38*(1), 15. <https://doi.org/10.2307/350547>
- Spencer, B., & Brown, J. (2007). Fusion or Internalized Homophobia? A Pilot Study of Bowen's Differentiation of Self Hypothesis With Lesbian Couples. *Family Process, 46*(2), 257–268. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2007.00208.x>
- Sprecher, S. (1999). "I love you more today than yesterday": Romantic partners' perceptions of changes in love and related affect over time. *Journal of Personality and Social Psychology, 76*(1), 46–53. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.76.1.46>
- Sprecher, S., Felmlee, D., Metts, S., Fehr, B., & Vanni, D. (1998). Factors Associated with Distress Following the Breakup of a Close Relationship. *Journal of Social and Personal Relationships, 15*(6), 791–809. <https://doi.org/10.1177/0265407598156005>
- Sprenkle, D. H., & Blow, A. J. (2004). Common factors and our sacred models. *Journal of marital and family therapy, 30*(2), 113–129. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2004.tb01228.x>

-
- Stauffer, J. (2011). Dialogue in the Navigation of Loyalty Dynamics Between and Across the Generations. *Journal of Family Psychotherapy*, 22, 83–96. <https://doi.org/10.1080/08975353.2011.578494>
- Stein, C. H. (1992). Ties that Bind: Three Studies of Obligation in Adult Relationships with Family. *Journal of Social and Personal Relationships*, 9(4), 525–547. <https://doi.org/10.1177/0265407592094004>
- Stierlin, H. (1974). Shame and Guilt in Family Relations. *Archives of General Psychiatry*, 30(3), 381. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1974.01760090087014>
- Streiner, D. L., & Kottner, J. (2014). Recommendations for reporting the results of studies of instrument and scale development and testing. *Journal of Advanced Nursing*, 70(9), 1970–1979. <https://doi.org/10.1111/jan.12402>
- Streiner, D. L., Norman, G. R., & Cairney, J. (2015). *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. Oxford University Press.
- Suarez-Morales, L., Dillon, F. R., & Szapocznik, J. (2007). Validation of the Acculturative Stress Inventory for Children. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 13(3), 216–224. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.13.3.216>
- Sude, M. E., & Eubanks Gambrel, L. (2017). A Contextual Therapy Framework for MFT Educators: Facilitating Trustworthy Asymmetrical Training Relationships. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(4), 617–630. <https://doi.org/10.1111/jmft.12224>
- Tallman, K., & Bohart, A. C. (1999). The client as a common factor: Clients as self-healers. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 91–131). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11132-003>
- Tamura, T., & Lau, A. (1992). Connectedness Versus Separateness: Applicability of Family Therapy to Japanese Families. *Family Process*, 31(4), 319–340. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1992.00319.x>
- The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). *The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*.
- Thorberg, F. A., & Lyvers, M. (2006). Attachment, fear of intimacy and differentiation of self among clients in substance disorder treatment facilities. *Addictive Behaviors*, 31(4), 732–737. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.05.050>
- Timm, T. M., & Keiley, M. K. (2011). The Effects of Differentiation of Self, Adult Attachment, and Sexual Communication on Sexual and Marital Satisfaction: A Path Analysis. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 37(3), 206–223. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.564513>
- Titelman, P. (2014). *Differentiation of Self: Bowen Family Systems Theory Perspectives*. Routledge.

- Torregrosa, M. S., Inglés, C. J., García-Fernández, J. M., Ruiz-Esteban, C., López-García, K. S., & Zhou, X. (2010). Diferencias en conducta agresiva entre adolescentes españoles, chinos y mexicanos. *European Journal of Education and Psychology*, 3(2), 167–176. <https://doi.org/10.30552/ejep.v3i2.41>
- Tremblay, J., Sabourin, S., Lessard, J.M., & Normandin, L. (2002). Valeur prévisionnelle de la différenciation de soi et des stratégies religieuses d'adaptation dans l'étude de la satisfaction conjugale. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 34(1), 19–27. <https://doi.org/10.1037/h0087151>
- Tsaousis, I., Nikolaou, I., Serdaris, N., & Judge, T. A. (2007). Do the core self-evaluations moderate the relationship between subjective well-being and physical and psychological health? *Personality and Individual Differences*, 42(8), 1441–1452. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.10.025>
- Tuason, M. T., & Friedlander, M. L. (2000). Do parents' differentiation levels predict those of their adult children? and other tests of Bowen theory in a Philippine sample. *Journal of Counseling Psychology*, 47(1), 27–35. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.47.1.27>
- Ulrich, D. (1983). Contextual Family and Marital Therapy. In B. Wohlman & G. Stricker (Eds.), *Handbook of Family and marital Therapy* (pp. 187–211). Springer.
- Valderas, J. M., Ferrer, M., & Alonso, J. (2005). Instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud y de otros resultados percibidos por los pacientes. *Medicina clínica*, 125, 56-60. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(05\)72211-9](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(05)72211-9)
- Vallejo-Medina, P., Gómez-Lugo, M., Marchal-Bertrand, L., Saavedra-Roa, A., Soler, F., & Morales, A. (2017). Developing Guidelines for Adapting Questionnaires into the Same Language in Another Culture. *Terapia Psicológica*, 35(2), 159–172. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082017000200159>
- Valls-Vidal, C., Pérez-Testor, C., Guàrdia-Olmos, J., & lafrate, R. (2012). A Battery for the Assessment of Young Spanish Adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 28(4), 270–282. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000107>
- van der Eerenbeemt, E., & van Heusden, A. (1987). *Balance in Motion: Ivan Boszormenyi-Nagy and His Vision of Individual and Family Therapy*. Brunner/Mazel.
- van der Meiden, J. (2019). *Where hope resides. A Qualitative Study of the Contextual Theory and Therapy of Ivan Boszormenyi-Nagy and its Applicability for Therapy and Social Work*. [Doctoral dissertation, University of Humanistic Studies]. <https://repository.uvh.nl/>
- van der Meiden, J., Noordegraaf, M., & van Ewijk, H. (2018a). Applying the Paradigm of Relational Ethics into Contextual Therapy. Analyzing the practice of Ivan Boszormenyi-Nagy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 44(3), 499–511. <https://doi.org/10.1111/jmft.12262>

- van der Meiden, J., Noordegraaf, M., & van Ewijk, H. (2018b). Relational ethics as enrichment of social justice: Applying elements of contextual therapy to social work. *Qualitative Social Work, 41*(1), 12–23. <https://doi.org/10.1177/1473325018800383>
- van der Meiden, J., Noordegraaf, M., & van Ewijk, H. (2019). How Is Contextual Therapy Applied Today? An Analysis of the Practice of Current Contextual Therapists. *Contemporary Family Therapy, 41*(1), 12–23. <https://doi.org/10.1007/s10591-018-9467-9>
- van der Meiden, J., Verduijn, K., Noordegraaf, M., & van Ewijk, H. (2019). Strengthening Connectedness in Close Relationships: A Model for Applying Contextual Therapy. *Family Process, 59*(2), 346–360. <https://doi.org/10.1111/famp.12425>
- van Hekken, S. M. J. (1990). Parent and child perceptions of Boszormenyi-Nagy's ethical dimensions of the parent-child relationship. *Contemporary Family Therapy, 12*(6), 529–543. <https://doi.org/10.1007/BF00901040>
- van Rhijn, A., & Meulink-Korf, H. (1997). *De Context en de Ander: Nagy herlezen in het spoor van Levinas met het oog op pastoraat*. Boekencentrum.
- Vargas-Flores, J., Ibáñez-Reyes, E. J., & Mares-Martínez, K. (2016). La dinámica de la familia y la diferenciación. *Alternativas Psicología, 133*–159.
- Velasco, R. (2009). ¿Qué es el psicoanálisis relacional? *Clínica e Investigación Relacional, 3*(1), 58–67.
- Velázquez Romero, Y., & Garduño Estrada, L. R. (2011). Relación entre la Diferenciación del Self y el Bienestar Subjetivo en Jóvenes Mexicanos. *Psicología Iberoamericana, 19*(2), 9–16.
- Wagner, B. M., & Reiss, D. (1995). Family systems and developmental psychopathology: Courtship, marriage, or divorce? In D. J. Cohen (Ed.), *Developmental psychopathology, Vol. 1: Theory and methods* (pp. 696–730). John Wiley.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.
- Wei, M., Vogel, D. L., Ku, T.Y., & Zakalik, R. A. (2005). Adult Attachment, Affect Regulation, Negative Mood, and Interpersonal Problems: The Mediating Roles of Emotional Reactivity and Emotional Cutoff. *Journal of Counseling Psychology, 52*(1), 14–24. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.1.14>
- Whatmore, S. (1997). Dissecting the autonomous self: hybrid cartographies for a relational ethics. *Environment and Planning D: Society and Space, 15*, 37–53. <https://doi.org/10.1068/d150037>
- Whitchurch, G. G., & Constantine, L. L. (1993). Systems theory. In P. Boss, W. J. Doherty, R. LaRossa, W. R. Schumm, & S. K. Steinmetz, (Eds.), *Sourcebook of family theories and methods: A contextual approach*. (pp. 325–355). Springer Science & Business Media. https://doi.org/10.1007/978-0-387-85764-0_14

- Wilburn-McCoy, C. (1993). Rediscovering Nagy: What happened to contextual therapy? *Contemporary Family Therapy*, 15(5), 395–404. <https://doi.org/10.1007/BF00892224>
- Williamson, D. S. (1981). Personal Authority via Termination of the Intergenerational Hierarchical Boundary: A “New” Stage in the Family Life Cycle. *Journal of Marital and Family Therapy*, 7(4), 441–452. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1981.tb01398.x>
- Williamson, I., Sandage, S. J., & Lee, R. M. (2007). How social connectedness affects guilt and shame: Mediation by hope and differentiation of self. *Personality and Individual Differences*, 43(8), 2159–2170. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.06.026>
- Wilson, K. L. (2017). Adolescent mothers in the foster care system: Depressive symptoms and health problems through a contextual therapy lens. [Doctoral dissertation, Alliant International University]. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 77(9-A(E)).
- Wilson, K. L., Glebova, T., Davis, S., & Seshadri, G. (2017). Adolescent Mothers in Foster Care: Relational Ethics, Depressive Symptoms and Health Problems Through a Contextual Therapy Lens. *Contemporary Family Therapy*, 39(3), 150–161. <https://doi.org/10.1007/s10591-017-9417-y>
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment*. Hogarth Press.
- Winnicott, D.W. (1979). *Objetos y fenómenos transicionales. Estudio de la primera posesión No- Yo*. Laia.
- Wong, P. T. P. (2011). Positive psychology 2.0: Towards a balanced interactive model of the good life. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 52(2), 69–81. <https://doi.org/10.1037/a0022511>
- World Medical Association. (2004). *Declaration of Helsinki*. World Medical Association.
- Wynne, L. C., Ryckoff, I. M., Day, J., & Hirsch, S. I. (1958). Pseudo-mutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry*, 21(2), 205–220. <https://doi.org/10.1080/00332747.1958.11023128>
- Yousefi, N., Etemadi, O., Bahrami, F., Fatehzadeh, M., Ahmadi, S. A., & Beshlideh, K. (2009). *Structural relationships between self-differentiation and subjective wellbeing, mental health and marital quality*. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 3(2) 4–14.
- Ziter, M. L. P. (1990). Family therapy and a “good” society: Fit or misfit? *Contemporary Family Therapy*, 12(6), 515–527. <https://doi.org/10.1007/BF00901039>

CAPÍTULO 8. ANEXOS [CHAPTER 8. ANNEXES]

ANEXO [Annex] A.

Autorización firmada por la directora de la universidad

Sample letter addressed to university directors and signed authorization

Sra directora,

Me complace dirigirme a usted para hacerla participe del proyecto que forma parte de la tesis doctoral que estoy llevando a cabo y que lleva por título *Adaptación y Validación de un Instrumento para el Estudio de la Ética Relacional y Análisis de su Vinculación con la Diferenciación del Self*.

Este proyecto de investigación consta de 2 estudios:

- Estudio 1: Adaptación y validación de la Relational Ethics Scale (RES, Hargrave, 1991) a la lengua castellana para poder medir las dimensiones de la Ética Relacional en la población adulta española.
- Estudio 2: Medir la percepción que los sujetos incluidos en dos grupos muestrales (población general y población clínica) tienen respecto la Diferenciación del Self y la Ética Relacional y analizar, describir, reflexionar y valorar los resultados obtenidos con el fin de explorar cuál es la relación que se establece entre ambos constructos.

Varios estudios de investigación apuntan que es esencial conocer e intervenir en ambos constructos para poder identificar y entender más profundamente aspectos claves del modelo sistémico y poder proyectar con mayor precisión aquellas intervenciones psicoterapéuticas establecidas en el marco de la Terapia Familiar. En definitiva, podríamos afirmar que ambos estudios confluyen en poder comprobar que tanto la Ética relacional como la Diferenciación del Self influyen notoriamente en la salud psicológica del individuo.

Esta participación consiste en que los estudiantes respondan a dos cuestionarios autoinformados (la S-RES (Spanish Relational Ethics Scale, Rived-Ocaña et al., 2020) y el S-DSI (inventario de Diferenciación del Self-Revisado, Rodríguez-González et al., 2015)). Las preguntas tratan sobre aspectos relacionados con su familia de origen y personas significativas en la actualidad.

Junto con esta carta le enviamos el proyecto de investigación donde encontrará (anexo 1 y anexo 2) la escala y el cuestionario para que pueda valorar su contenido. Respecto el día y la hora de la autoadministración, creemos que lo más adecuado es concretar con antelación el procedimiento más adecuado, de forma que distorsione el mínimo posible el funcionamiento académico.

Ambos cuestionarios son anónimos y en ningún momento se recogerá ningún dato que permita identificar la identidad de los / las respondientes.

En caso de que aceptara participar en este estudio le agradecería que pudiera firmar este documento. Quedo a su disposición para cualquier duda y / o asunto relacionado con esta investigación.

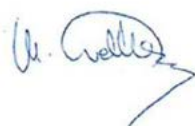
Un cordial saludo,

Merce Rived Ocaña
Teléfono: 937837777
mercero@blanquerna.url.edu

Yo Montserrat Comellas Oliva como directora de la EUIT (Escuela Universitaria de Enfermería y Terapia Ocupacional) he estado informada de los objetivos y de la metodología del estudio que lleva por título *Adaptación y Validación de un Instrumento para el Estudio de la Ética Relacional y Análisis de su Vinculación con la Diferenciación del Self* y autorizo a la investigadora principal Merced Rived Ocaña a su desarrollo.

Y para que quede constancia firmo la presente autorización.

Terrassa, 15 de enero del 2018



ANEXO [Annex] B.

Cuestionario sociodemográfico (ESTUDIO 1)

Ad hoc sociodemographic questionnaire (STUDY 1)

Desde el Programa de Doctorado en Psicología de la Universidad Ramon Llull (Dr. Luís Botella, Dr. Rodríguez- González y doctoranda Mercè Rived) estamos llevando a cabo un estudio sobre la **Familia de Origen, Ética Relacional y la Diferenciación del Self**.

La participación que le pedimos consiste en responder a las preguntas de los cuestionarios que encontrará a continuación. Los cuestionarios **SON ANÓNIMOS**, no debe poner el nombre.

Es muy importante que **CONTESTE A TODAS LAS PREGUNTAS** (si encontramos varios ítems en blanco tendremos que eliminar el cuestionario). Si tiene dudas, conteste aquello que le parezca que más se aproxima a su realidad y a lo que ha entendido que se le pregunta.

MUCHÍSIMAS GRACIAS POR SU CONTRIBUCIÓN Y COLABORACIÓN.

Si necesita contactar con nosotros, puede hacerlo a través del siguiente correo: mercerived@euit.fdsll.cat

Por favor, conteste lo más honestamente posible TODAS las preguntas y SÓLO MARQUE UNA OPCIÓN en cada pregunta.

1. **Nacionalidad** (si tuviera varias, ponga el país en el que nació) _____
2. ¿Comprende correctamente el castellano?
 - Sí
 - No (si esta fuera la opción, por favor no siga cumplimentando el cuestionario).
3. **Género**
 - Mujer
 - Hombre
4. **Año de nacimiento** _____
5. **Estudios finalizados:**
 - Sin estudios
 - Graduado escolar
 - FP Grado Medio / Ciclo Formativo GM
 - COU / Bachillerato
 - FP Grado Superior / Ciclo Formativo GS
 - Universidad
 - Formación postgraduada (máster, doctorado)
 - Otro _____
6. ¿Tiene usted actualmente una relación de pareja estable? (Considerando como tal aquella que tiene más de 6 meses de duración)
 - Sí
 - No

7. Estado civil

- Soltero/a (con pareja o sin pareja pero SIN convivir)
- Conviviendo con pareja
- Casado/a, pareja de hecho
- Separado/a o divorciado/a
- Viudo/viuda

8. ¿Tiene hijo/a/s?

- Sí
- No

9. Situación laboral actual:

- Sin trabajar
- Trabajando
- En paro
- Jubilado/a /pensionista
- Labores del hogar
- Incapacidad laboral

La cumplimentación de este cuestionario implica la aceptación del uso de los datos resultantes para fines de investigación, utilizándolos de acuerdo al Código Deontológico establecido por el Colegio Oficial de Psicólogos (www.cop.es)

Éste es un cuestionario de investigación. Los permisos se han obtenido para este uso. Rogamos no lo fotocopie ni lo emplee para otros fines.

ANEXO [Annex] C.

Relational Ethics Scale (RES; Hargrave et al., 1991)

Relational Ethics Scale

copyright c 1989, Terry D. Hargrave, Ph.D.

Name _____ I.D. # _____ Sex: Male Female
 Age _____ Race: Black Hispanic White Asian Native Amer.
 Marital Status Married Never-Married Divorced Widowed Remarried
 Are You Adopted? Yes No Birth Order: I am the _____ of _____ total children.

Directions: This scale is designed to measure some of the emotions that:

- existed in the family in which you were raised.
- currently exist in one of your other relationships.

Since each person and family is unique, there are no right or wrong answers. Just try to respond as honestly as you can. Please respond to every statement.

Rate statements 1-12 as they apply to the family and parent(s) with whom you spent most of your childhood.

In reading the following statements, apply them to yourself and your family and then circle the rating that best fits.

5 = *STRONGLY AGREE* with the statement.
 4 = *AGREE* with the statement.
 3 = *NEITHER AGREE NOR DISAGREE* with the statement.
 2 = *DISAGREE* with the statement.
 1 = *STRONGLY DISAGREE* with the statement.

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. I could trust my family to seek my best interests. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. Individuals in my family were blamed for problems that were not their fault. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. Pleasing one of my parents often meant displeasing the other. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. I received the love and affection from my family I deserved. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. No matter what happened, I always stood by my family. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. At times, it seemed one or both of my parents disliked me. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. Love and warmth were given equally to all family members. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. At times, I was used by my family unfairly. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

Relational Ethics Scale, Page 2

9. I felt my life was dominated by my parents' desires.	5	4	3	2	1
10. Individuals in my family were willing to give of themselves to benefit the family.	5	4	3	2	1
11. I continue to seek closer relationships with my family.	5	4	3	2	1
12. I often felt deserted by my family.	5	4	3	2	1

Please respond to statements 13-24 as they apply to one relationship in your life.

-If you are MARRIED, rate the statements as they apply to your relationship with your spouse.

-If you are WIDOWED, rate the statements as you recall they applied to your relationship with your spouse.

-If you are DIVORCED OR SINGLE, rate the statements as they apply to your closest relationship excluding parents or children.

In reading the following statements, apply them to yourself and the appropriate relationship and then circle the rating that best fits.

- 5 = STRONGLY AGREE with the statement.
 4 = AGREE with the statement.
 3 = NEITHER AGREE NOR DISAGREE with the statement.
 2 = DISAGREE with the statement.
 1 = STRONGLY DISAGREE with the statement.

13. I try to meet the emotional needs of this person.	5	4	3	2	1
14. I do not trust this individual to look out for my best interests.	5	4	3	2	1
15. When I feel hurt, I say or do hurtful things to this person.	5	4	3	2	1
16. This person stands beside me in times of trouble or joy.	5	4	3	2	1
17. Before I make important decisions, I ask for the opinions of this person.	5	4	3	2	1
18. There is unequal contribution to the relationship between me and this individual.	5	4	3	2	1
19. When I feel angry, I tend to take it out on this person.	5	4	3	2	1
20. We are equal partners in this relationship.	5	4	3	2	1

Relational Ethics Scale, Page 3

21. We give of ourselves to benefit one another.	5	4	3	2	1
22. I take advantage of this individual.	5	4	3	2	1
23. I am taken for granted or used unfairly in this relationship.	5	4	3	2	1
24. This person listens to me and values my thoughts.	5	4	3	2	1

SCORING THE RELATIONAL ETHICS SCALE

STEP ONE

Record the number circled by the respondent for each of the following statements:

- | | | | |
|----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. _____ | 7. _____ | 13. _____ | 20. _____ |
| 4. _____ | 10. _____ | 16. _____ | 21. _____ |
| 5. _____ | 11. _____ | 17. _____ | 24. _____ |

STEP TWO

Reverse score the number circled by the respondent for each of the following statements so that 5 = 1, 4 = 2, 3 = 3, 2 = 4, and 1 = 5.

- | | | | |
|----------|-----------|-----------|-----------|
| 2. _____ | 8. _____ | 14. _____ | 19. _____ |
| 3. _____ | 9. _____ | 15. _____ | 22. _____ |
| 6. _____ | 12. _____ | 18. _____ | 23. _____ |

STEP THREE

Calculate the raw score for each of the following using the numbers recorded above.

- | | | |
|--|---|---|
| RES Total = _____
add #1 through #24 | Vertical Total = _____
add #1 through #12 | Horizontal Total = _____
add #13 through #24 |
| Vertical Trust & Justice = _____
add #1, #2, #7, #8, #10, and #12 | Vertical Loyalty = _____
add #3, #5, and #11 | Vertical Entitlement = _____
add #4, #6, and #9 |
| Horizontal Trust & Justice = _____
add #14, #16, #18, #20, #23, and #24 | Horizontal Loyalty = _____
add #13, #17, and #21 | Horizontal Entitlement = _____
add #15, #19, and #22 |

STEP FOUR

On the reverse side of this page, record the raw score in the appropriate blank for each construct on the RES Profile. Refer to the General Population Percentile Norms insert to calculate percentiles for each construct. Graph the profile by connecting each point.

ANEXO [Annex] D.

Spanish Differentiation of Self Inventory (S-DSI: Rodríguez-González et al., 2015)

APPENDIX – SPANISH DIFFERENTIATION OF SELF-REVISED (SDSI-R)

Estas son preguntas que tienen que ver con pensamientos y sentimientos sobre usted mismo y las relaciones personales con otros. Por favor, lea cada afirmación y decida cuales son normalmente ciertas en relación a usted, en una escala del 1 (nada ciertas) al 6 (totalmente ciertas).

Si cree que una afirmación no es aplicable a usted (por ejemplo: ahora mismo no está casado o comprometido en una relación o uno o ambos padres han fallecido) por favor, conteste la afirmación intentando aproximarse a lo que sus pensamientos y sentimientos serían en esta situación. Asegúrese de que responde a todas las afirmaciones e intente ser tan sincero y preciso como le sea posible en sus respuestas.

Totalmente en desacuerdo (1) – Totalmente de acuerdo (6)

La gente suele decirme que soy excesivamente emocional	1	2	3	4	5	6
Tengo dificultades para expresar mis sentimientos a las personas que me importan	1	2	3	4	5	6
A menudo me siento inhibido cuando estoy con mi familia	1	2	3	4	5	6
Cuando alguien cercano a mí me desilusiona, me alejo de él/ella por un tiempo	1	2	3	4	5	6
Tiendo a distanciarme cuando la gente se acerca demasiado a mí	1	2	3	4	5	6
Desearía no ser tan emocional	1	2	3	4	5	6
Mi esposo/a o pareja no toleraría que expresase mis verdaderos sentimientos sobre algunas cosas	1	2	3	4	5	6
A veces mis sentimientos me desbordan y tengo problemas para pensar con claridad	1	2	3	4	5	6
Con frecuencia me siento incómodo/a cuando la gente se acerca demasiado (físicamente)	1	2	3	4	5	6
A veces sufro muchos altibajos emocionales	1	2	3	4	5	6
Estoy preocupado por perder mi independencia en las relaciones personales más cercanas	1	2	3	4	5	6
Soy excesivamente sensible a la crítica	1	2	3	4	5	6
Con frecuencia siento que mi esposo/a o pareja quiere demasiado de mí	1	2	3	4	5	6
Si he tenido una discusión con mi esposo/a o pareja tiendo a pensar en ello todo el día	1	2	3	4	5	6
Cuando una de mis relaciones personales es muy intensa siento la necesidad de alejarme	1	2	3	4	5	6
Si alguien está enfadado/a o entristecido/a conmigo, no soy capaz de dejarlo pasar fácilmente	1	2	3	4	5	6
Nunca consideraría acercarme a ninguno de los miembros de mi familia para buscar apoyo emocional	1	2	3	4	5	6
Fácilmente soy herido por otros	1	2	3	4	5	6
Cuando estoy con mi esposo/a o pareja normalmente me siento asfixiado	1	2	3	4	5	6
Con frecuencia me pregunto sobre qué tipo de impresión creo	1	2	3	4	5	6
Normalmente cuando las cosas van mal, hablar de ellas lo hace peor	1	2	3	4	5	6
Vivo las cosas más intensamente que otros	1	2	3	4	5	6
Si mi esposo/a o pareja me diese el espacio que necesito nuestra relación personal podría ser mejor	1	2	3	4	5	6
Las discusiones con mis padres o hermanos/as aún consiguen hacerme sentir fatal	1	2	3	4	5	6
A veces me encuentro físicamente mal después de discutir con mi esposo/a o pareja	1	2	3	4	5	6
Me preocupa que la gente cercana a mí se ponga enferma, esté triste o enfadada o les pase algo	1	2	3	4	5	6

Subscales composition (all items reverse scored)

Emotional Reactivity: 1, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 25, 26

Emotional Cutoff: 2, 3, 4, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23

Note: actual and original subscales correspondence (for a full revision of the original scale composition read Skowron & Schmitt, 2003)

ANEXO [Annex] E.

Spanish Relational Ethics Scale (S-RES: Rived-Ocaña et al., 2020)

Composición de las subescalas [Subscales composition]

Correspondencia de ítems originales (RES) e ítems en el RES español (S-RES)

[Correspondence of original items (RES) and items in the Spanish-RES (S-RES)]

SPANISH RELATIONAL ETHICS SCALE (S-RES)

Escala de Ética Relacional

Puesto que cada persona y familia son únicas no encontrará aquí respuestas correctas o incorrectas. Por favor responda a todas y cada una de las afirmaciones lo más honestamente que pueda trazando un círculo alrededor del número que crea más conveniente.

5 = Estoy muy de acuerdo.

4 = Estoy de acuerdo.

3 = No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.

2 = Estoy en desacuerdo.

1= Estoy muy en desacuerdo.

Responda a las afirmaciones de la 1 a la 10 teniendo en cuenta que se REFIEREN A LA FAMILIA CON LA QUE CONVIVIÓ DURANTE LA MAYOR PARTE DE SU INFANCIA.

1 (muy en desacuerdo) al 5 (muy de acuerdo)

1- Podía confiar en que mi familia buscaría lo que creía que era lo mejor para mí.	1 2 3 4 5
2- Complacer a uno de mis padres a menudo comportaba disgustar al otro.	1 2 3 4 5
3- Recibí por parte de mi familia el amor y el afecto que me merecía como niño/a.	1 2 3 4 5
4- Pasase lo que pasase siempre estaba del lado de mi familia.	1 2 3 4 5
5- En ocasiones, tenía la sensación de que yo no gustaba a uno de mis padres o a ambos.	1 2 3 4 5
6- En mi familia todos recibimos amor y calidez por igual.	1 2 3 4 5
7- A veces fui utilizado/a injustamente por mi familia.	1 2 3 4 5
8- Sentía que mi vida estaba dominada por los deseos de mis padres.	1 2 3 4 5
9- Los miembros de la familia estaban dispuestos a sacrificarse por ella.	1 2 3 4 5
10- A menudo me sentía abandonado/a por mi familia.	1 2 3 4 5

Responda a las afirmaciones de la 11 a la 17 teniendo en cuenta que se refieren a una RELACIÓN DE PAREJA QUE TENGA EN LA ACTUALIDAD O HAYA TENIDO EN EL PASADO.

- **Si está casada /o o en pareja estable valore las afirmaciones teniendo en cuenta la relación que tiene con su pareja.**
- **Si es viuda/o valore las afirmaciones teniendo en cuenta la relación con su difunta/o esposa/ marido/pareja.**
- **Si está divorciada/o o es soltera/o, tome como modelo la relación más cercana que haya tenido o si tiene, la pareja actual.**

Aplique las siguientes afirmaciones a usted y a la relación de pareja correspondiente:

1 (muy en desacuerdo) al 5 (muy de acuerdo)

11- No confío en que esta persona proteja mis intereses.	1 2 3 4 5
12- Esta persona está a mi lado tanto en los buenos como en los malos momentos.	1 2 3 4 5
13- Esta persona y yo contribuimos de manera desigual a la relación.	1 2 3 4 5
14- Tenemos una relación de igual a igual.	1 2 3 4 5
15- Damos lo mejor de nosotros mismos para beneficiarnos mutuamente.	1 2 3 4 5
16- En esta relación se me ignora o se me trata injustamente.	1 2 3 4 5
17- Esta persona me escucha y valora mis opiniones.	1 2 3 4 5

SUBSCALES COMPOSITION**Original RES**

RES total= 1-24	Vertical Total= 1-12	Horizontal Total= 13-24
Vertical Trust & Justice= 1,2,7,8,10,12	Vertical Loyalty= 3,5,11	Vertical Entitlement= 4,6,9
Horizontal Trust & Justice=14,16,18,20,23,24	Horizontal Loyalty=13,17,21	Horizontal Entitlement= 15, 19, 22

Items reverse scored (so that 5=1, 4=2, 3=3, 2=4, 5=1) = 2, 3, 6, 8, 9, 12, 14, 15, 18, 19, 22, 23.

Spanish RES (S-RES)

S-RES Total: 1-17
Vertical Relationships: 1-10
Horizontal Relationships: 11-17

Items reverse scored: 2, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 16

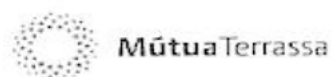
Note: actual and original subscales correspondence (for a full revision of the original scale composition read Hargrave, Jennings, & Anderson, 1991).

CORRESPONDENCE OF ORIGINAL ITEMS (RES) AND ITEMS IN THE SPANISH-RES (S-RES)

Spanish-RES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
RES	1	3	4	5	6	7	8	9	10	12	14	16	18	20	21	23	24

ANEXO [Annex] F.

**Aprobación del Comité Ético de [Approval of the Ethics Committees for]
Investigación Clínica del Hospital Universitario Mutua de Terrassa, Hospital-
Consortio Sanitario, Servicios y Unidades de Psicología - Psiquiatría de las
Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.**



COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Dr. Jordi Nicolás Picó, como Presidente del Comité Ético de Investigación con Medicamentos Mútua Terrassa

CERTIFICO:

Que ha sido sometido a este Comité en la reunión del día 31 de enero de 2018 (Acta 01/2018) para su revisión el proyecto titulado "Ètica relacional i diferenciació del si mateix en el sistema familiar".

Que una vez evaluado dicho estudio, así como la capacidad del equipo investigador y medios disponibles del Centro, este Comité lo considera adecuado para que sea llevado a cabo por la Sra. Mercè Rived Ocaña.

Terrassa a 31 de enero de 2018.

Firmado:
Dr. Jordi Nicolás
Presidente del CEIm

**INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN CON
MEDICAMENTOS**

La Dra. Esther Jovell Fernández, Vicepresidenta del Comité de Ética de Investigación con Medicamentos del Consorci Sanitari de Terrassa

CERTIFICA

Que este Comité ha aprobado, con fecha 26 de febrero de 2018, el estudio titulado **Pla de Recerca: Ètica Relacional i Diferenciació del *Si mateix* en el Sistema Familiar** que será realizado por la Sra. Mercè Rived Ocaña como investigadora principal y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.

La capacidad investigadora y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Son adecuados el procedimiento para obtener el consentimiento informado, y el modo de reclutamiento previsto.

Y que este Comité acepta que dicho estudio sea realizado en el Consorci Sanitari de Terrassa por la Sra. Mercè Rived Ocaña como investigadora principal.

Se acuerda emitir **INFORME FAVORABLE**

Lo que firmo en Terrassa a 27 de febrero de 2018



Dra. Esther Jovell Fernández



Referencia CEIC: PR-2018-13

CERTIFICADO DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Doña Silvia Sanz Pamplona, como secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado en su reunión del día 31 de mayo de 2018 el

Proyecto de investigación titulado:

Ètica Relacional i Diferenciació del Si mateix en el Sistema Familiar.

ID Promotor:

Referència:

por el/la investigador/a **Mercè Rived**

Y considera que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del proyecto en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para realizar el estudio
- Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado, como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudieran derivarse de su participación en el estudio
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos

y que este Comité emite un dictamen **FAVORABLE** para su realización en el/los centro/s:
Sagrat Cor

Lo que firmo en Barcelona, el 31 de mayo de 2018

Silvia Sanz Pamplona
Secretaria CEIC

Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús

GERMANES HOSPITALÀRIES
del Sagrat Cor de Jesús

C.E.I.C.

ANEXO [Annex] G.

Cuestionario sociodemográfico (ESTUDIO 2)

Ad-hoc Questionnaire to Collect Sociodemographic Data (STUDY 2)

Desde el Programa de Doctorado en Psicología de la Universidad Ramon Llull (Dr. Luís Botella, Dr. Rodríguez- González y doctoranda Mercè Rived) estamos llevando a cabo un estudio sobre la **Familia de Origen y la Diferenciación del Self**.

La participación que le pedimos consiste en responder a las preguntas de los cuestionarios que encontrará a continuación. Los cuestionarios **SON ANÓNIMOS**, no debe poner el nombre.

Es muy importante que **CONTESTE A TODAS LAS PREGUNTAS** (si encontramos varios ítems en blanco tendremos que eliminar el cuestionario). Si tiene dudas, conteste aquello que le parezca que más se aproxima a su realidad y a lo que ha entendido que se le pregunta.

MUCHÍSIMAS GRACIAS POR SU CONTRIBUCIÓN Y COLABORACIÓN.

Si necesita contactar con nosotros, puede hacerlo a través del siguiente correo: mercerived@euit.fdsll.cat

Por favor, conteste lo más honestamente posible TODAS las preguntas y SÓLO MARQUE UNA OPCIÓN en cada pregunta.

1. **Nacionalidad** (si tuviera varias, ponga el país en el que nació)

2. ¿Comprende correctamente el castellano?
 Sí
 NO (si esta fuera la opción, por favor no siga cumplimentando el cuestionario).

3. **Género**
 Mujer
 Hombre

4. **Año de nacimiento** _____

5. **Estudios finalizados:**
 Sin estudios
 Graduado escolar
 FP Grado Medio / Ciclo Formativo GM
 COU / Bachillerato
 FP Grado Superior / Ciclo Formativo GS
 Universidad
 Formación postgraduada (máster, doctorado)
 Otro _____

6. ¿Tiene usted actualmente una relación de pareja estable?
(Considerando como tal aquella que tiene más de 6 meses de duración)
 Sí
 No

7. Estado civil

- Soltero/a (sin pareja o con pareja, pero SIN convivir)
- Conviviendo con pareja
- Casado/a, pareja de hecho
- Separado/a o divorciado/a
- Viudo/viuda

8. ¿Tiene hijo/a/s?

- Sí
- No

9. Situación laboral actual:

- Trabajando
- Sin trabajar
- En paro
- Jubilado/a /pensionista
- Labores del hogar
- Incapacidad laboral

10. ¿Actualmente está acudiendo o está ingresado/a o a algún servicio de Salud Mental?

- No
- Sí. Por favor especifique en cuál: _____

ANEXO [Annex] H.

Variables utilizadas y analizadas

Variables used and analyzed

- **Nationality**

Initially, this variable was categorical (as it requested a nationality), but it was treated as a dichotomous variable of the following type:

0 = “non-Spanish” 1 = “Spanish”

For two subjects who held dual nationality, both were placed in the “Spanish” category.

- **Spanish understanding**

This variable was never used in the analyses for Study 2 because if the subject did not understand Spanish correctly (which was an exclusion criteria), the person was disregarded from the sample.

- **Gender**

Introduced as a dichotomous variable in which

0 = “male” 1 = “female”

- **Age**

The questionnaire included the year of birth and a variable of the type: 2018 – year of birth was generated.

A linear relationship between the age and the subjects’ scores on the scales for DSI-R and S-RES were verified. The distribution of the sample in tertiles indicated that those who were 25 years of age or less had mean scores significantly different from the rest of the subjects, which were more homogeneous. Therefore, the subjects were grouped into two distinct categories:

0 = “25 years old or less” 1 = “more than 25 years old”

- **Higher education**

This variable refers to studies concluded. It was introduced as a dichotomous variable: 0/4 = 0 = “non-college educated versus

1 = “Subjects with a college education” (higher education)

- **Current partner**

A relationship lasting more than six months was considered positive. This variable only has two categories

“no” = 0 = “without current partner”

“yes” = 1 = “with current partner” (based on the six-month criteria)

- **Marital status**

This variable is different from the above in the sense that the marital status of the subject is inquired to find out if there is or was an experience of a long lasting relationship and a partner with whom the person is or was living together. Thus, the variable was construed as: “those cohabiting” versus “those not cohabiting” and two categories were established
0 = “married and cohabiting” 1 = “single, separated, divorced and widowed”

- **Children**

Variable that enabled grouping subjects in two categories: without children and with children
“no” = 0 = “without children” “yes” = 1 = “with children”

- **Employment status**

The variable employment status had several categories, so it was dichotomized and limited to a variable with two categories:
0 = Employed (“employed” + “housework”)
1 = Unemployed (“unemployed” + “retired / pensioner” + “incapacity to work”)

- **Mental health**

Variable with two categories,

0 = not currently attending or was an inpatient at a mental health facility
1 = currently attending or was an inpatient at a mental health facility

With respect to the variables relational ethics and differentiation of self, these were codified as follows. Each item could have a score of 1 to 5 (in the S-RES) and 1 to 6 (in the S-DSI), based on the instructions of the Likert-type scale included in the header of both instruments.

- **Relational ethics**

Total S-RES (ET_TOTAL) = ET_RELV+ET_RELH

Dimensión vertical: ET_RELV= ET_REL1, ET_REL2, ET_REL3, ET_REL4, ET_REL5, ET_REL6, ET_REL7, ET_REL8, ET_REL9, ET_REL10

Dimensión horizontal: ET_RELH= ET_REL11, ET_REL12, ET_REL13, ET_REL14, ET_REL15, ET_REL16, ET_REL17

- **Differentiation of self**

Emotional Reactivity: DSI_ER_suma/ 13= DSI1, DSI6, DSI8, DSI10, DSI12, DSI14, DSI16, DSI18, DSI20, DSI22, DSI24, DSI25, DSI26

Emotional Cutoff : DSI_EC_suma/ 13 = DSI2, DSI3, DSI4, DSI5, DSI7, DSI9, DSI11, DSI13, DSI15, DSI17, DSI19, DSI21, DSI23

DSI_TOTAL_suma/ 26 = DSI_ER + DSI_EC

