

Diferencias entre represión y escisión mental: revisión comparada, evidencia clínica y límites explicativos

Resumen ejecutivo

La **represión** y la **escisión mental** (también “clivaje” o “splitting”) se solapan en el habla clínica cotidiana, pero en la literatura clásica y contemporánea refieren a **lógicas defensivas distintas**, con consecuencias diagnósticas y terapéuticas relevantes. En el **psicoanálisis freudiano**, la represión se conceptualiza como un proceso dinámico por el cual ciertas representaciones (y sus derivados) quedan **excluidas del campo consciente** por conflicto intrapsíquico, manteniéndose activas en el inconsciente y retornando de forma disfrazada (síntomas, sueños, formaciones de compromiso); Freud diferencia **represión originaria** y **represión propiamente dicha**. [1]

La **escisión** tiene al menos **tres genealogías** parcialmente diferentes: (a) en Freud tardío, la “**escisión del yo**” describe la coexistencia de dos actitudes incompatibles respecto de una realidad o una exigencia pulsional, sin resolución integrativa, vinculada al problema de la desmentida/renegación en ciertos montajes defensivos (p. ej., fetichismo) y a fenómenos limítrofes con la desorganización de la prueba de realidad; [2] (b) en el modelo **kleiniano**, la escisión es una operación temprana — propia de la posición paranoide-esquizoide— que separa “objeto bueno/objeto malo” y, correlativamente, estados del self, organizando ansiedades persecutorias y mecanismos como la identificación proyectiva; [3] (c) en la teoría de relaciones objetales de **Otto F. Kernberg**[4], la escisión se define como defensa “primitiva” que mantiene **representaciones de self y objeto no integradas** y favorece oscilaciones idealización–devaluación, asociándose con “organización límite” (identidad difusa con prueba de realidad relativamente preservada) y con cuadros severos de personalidad. [5]

En **teoría del apego**, la comparación no es término-a-término: Bowlby critica la imprecisión de “defensas” clásicas y usa constructos como **exclusión defensiva** y **sistemas segregados**, que describen la desconexión/aislamiento de información afectivamente intolerable dentro del procesamiento mental, con relevancia para desorganización del apego, trauma y clínica relacional. [6] En **psiquiatría y psicología clínica modernas**, “represión” se utiliza más bien como rótulo psicodinámico, mientras que “splitting” aparece como descriptor clínico (p. ej., pensamiento dicotómico, idealización/devaluación) y como mecanismo dentro de jerarquías empíricas de defensas (DMRS/DSQ), donde suele agruparse entre defensas **inmaduras** o de **distorsión de la imagen**. [7]

Respecto a la **hipótesis de gravedad** (“¿la escisión es más grave que la represión?”), la evidencia converge en una conclusión matizada: **no es el término en sí** lo que determina gravedad, sino (i) **predominio rígido**, (ii) **deterioro de identidad y mentalización**, (iii) **control de impulsos**, (iv) **calidad del juicio de realidad**, y (v) **riesgo conductual**. En jerarquías defensivas, la represión se ubica típicamente como defensa “neurótica” (intermedia) y el splitting como “inmadura”, asociándose esta última categoría con mayor psicopatología y peor ajuste psicosocial promedio. [8] Aun así, la escisión es también una **operación normal del desarrollo temprano** en Klein; se vuelve clínicamente problemática cuando **no se logra integración** posterior. [9]

Sobre asociación con **psicosis** y **psicosomática**: “escisión” tiene vínculo histórico con la psicosis por la acepción de “splitting” en el origen del concepto de esquizofrenia (Bleuler), pero esa “escisión de asociaciones” no equivale sin más al splitting defensivo tipo Kernberg/Klein. [10] En ICD-11, el patrón borderline incluye explícitamente oscilaciones idealización/devaluación y reconoce **síntomas disociativos o “psicótico-like” transitorios** bajo alta activación afectiva, lo que aporta un puente descriptivo entre splitting, desregulación afectiva y fenómenos cuasi-psicóticos. [11] En psicósomática, existe una tradición que contrapone neurosis (síntoma con valor simbólico ligado a represión) a fenómenos

psicosomáticos entendidos como déficit de simbolización/mentalización (pensamiento operatorio, desafectación), a veces formulados como “escisiones” mente-cuerpo; sin embargo, la evidencia empírica específica que conecte **splitting** (en sentido técnico) con trastornos psicosomáticos es **menos concluyente** y suele ser más teórica que experimental. [12]

Finalmente, sobre **conductas límite/violentas** (suicidio, violencia interpersonal, violencia sexual, accidentes mortales): en clínica y forense, la escisión se usa como hipótesis explicativa para violencia **reactiva** (centrada en amenaza interpersonal, humillación, abandono) mediante percepción dicotómica y desorganización afectiva; pero no sustituye modelos multicausales (rasgos antisociales/psicopáticos, sustancias, historia criminológica, factores situacionales). En psicosis, las revisiones muestran que el exceso de riesgo de violencia se explica en gran parte por **comorbilidad con sustancias** y antecedente criminal, más que por “psicosis” per se; en trastornos de personalidad (incluido borderline) hay aumento del riesgo promedio de violencia, con heterogeneidad y fuerte efecto de comorbilidades. [13]

Marco conceptual y genealogía teórica

En la literatura, “represión” y “escisión” no forman una dicotomía única, sino un **campo semántico** donde cada escuela delimita de modo distinto: qué se “expulsa” (representación, afecto, función), qué se “separa” (sistemas psíquicos, representaciones de objeto, estados del self), y cuál es el correlato clínico (síntoma neurótico, organización límite, fenómenos psicóticos, somatización). [14]

Psicoanálisis freudiano (represión). En el ensayo metapsicológico de 1915, Sigmund Freud [15] define la represión como un proceso por el cual ciertas ideas/representaciones ligadas a pulsiones quedan apartadas de la conciencia bajo presión de fuerzas defensivas; introduce la distinción entre **represión originaria** (condición de posibilidad de lo reprimido) y represión ulterior, y enfatiza que lo reprimido mantiene eficacia y retorna por vías indirectas. [16]

Freud tardío (escisión del yo). En su texto sobre “Splitting of the Ego...”, Freud describe un funcionamiento en el que el yo sostiene dos posiciones incompatibles simultáneamente (por ejemplo, reconocer y desmentir una realidad), sin lograr síntesis; la noción se vincula con defensas como la desmentida y con configuraciones limítrofes donde la integridad del yo queda comprometida. [17]

Klein (escisión como organización temprana). Melanie Klein[18] conceptualiza la escisión como central en la posición paranoide-esquizoide: separa objetos parciales “buenos” y “malos” y estados del self correlativos, manejando ansiedades persecutorias; la integración posterior (posición depresiva) implica tolerar ambivalencia y culpa, reduciendo necesidad de escisión. [19]

Relaciones objetales y organización de la personalidad (Kernberg). Kernberg plantea niveles de organización (neurotica, límite, psicótica) distinguidos por integración de identidad, calidad de relaciones objetales, predominio defensivo y prueba de realidad; la **escisión** ocupa un lugar central como defensa “primitiva” en la organización límite, junto con idealización primitiva y devaluación, proyectividad, etc. [20]

Teoría del apego (exclusión defensiva/sistemas segregados). John Bowlby[21] propone que ciertos contenidos vinculados a pérdida, amenaza o conflicto vincular pueden quedar excluidos defensivamente o procesarse en “sistemas segregados”, contribuyendo a patrones desorganizados; revisiones contemporáneas analizan estos conceptos como puente entre apego, disociación y defensa. [22]

Psiquiatría/psicología contemporáneas (defensas como constructos medibles). Aunque los manuales diagnósticos no clasifican “represión” o “splitting” como diagnósticos, sí describen fenómenos afines (p. ej., en el patrón borderline: idealización/devaluación, disociación transitoria, rasgos psicótico-like bajo estrés). El estudio empírico de defensas usa escalas observacionales o autoinformes (DMRS, DSQ) y jerarquías de madurez/función adaptativa. [23]

Comparación técnica entre represión y escisión

La comparación más útil clínicamente no es “palabra vs palabra”, sino **mecanismo-función-consecuencia**: qué conflicto regula, cómo lo regula (inhibiendo acceso vs fragmentando integración), a qué coste (síntoma neurótico vs inestabilidad de self/relación), y cómo se trabaja terapéuticamente. [24]

Tabla comparativa central

Eje	Represión (tradición freudiana y psicodinámica clásica)	Escisión mental / splitting (Freud tardío; Klein/Kernberg; uso clínico moderno)
Definición operativa	Exclusión dinámica de representaciones (y derivados) del campo consciente por conflicto; “lo reprimido” permanece activo y retorna disfrazado.	Mantenimiento separado de representaciones/estados incompatibles (self/objeto/realidad), con pobre integración; polarización “todo bueno/todo malo” o coexistencia de dos actitudes inconciliables.
Mecanismo nuclear	Inhibición/barrera al acceso consciente (censura dinámica); desplazamientos y formaciones de compromiso.	Segmentación/compartimentalización de representaciones y afectos; integración fallida de ambivalencias; alternancia rápida idealización–devaluación; o doble registro de realidad.
Función (adaptativa)	Reduce ansiedad/culpa al impedir conciencia directa del conflicto; permite funcionamiento “ordenado” sin colapso afectivo	En desarrollo temprano, protege objetos “buenos” y la continuidad psíquica ante terror persecutorio; en adultos, puede evitar desorganización aguda cuando la

Eje	Represión (tradición freudiana y psicodinámica clásica)	Escisión mental / splitting (Freud tardío; Klein/Kernberg; uso clínico moderno)
	inmediato.	ambivalencia es intolerable.
Coste (desadaptativo)	Retorno de lo reprimido como síntoma, compromiso, evitación, inhibiciones; posible rigidez, somatizaciones/conversiones en algunos modelos.	Inestabilidad afectiva e interpersonal; identidad difusa; relaciones intensas y oscilantes; vulnerabilidad a disociación o fenómenos psicótico-like bajo alta activación; dificultad en mentalización.
Nivel de conciencia	Predominantemente inconsciente (distinto de la supresión voluntaria).	Predominantemente automático; puede verse como “pensamiento dicotómico” parcialmente accesible, pero la no-integración suele ser egosintónica y relacionalmente actuada.
Relación con afectos	Clásicamente, separación idea-afecto: el afecto puede desplazarse, convertirse o ligarse a otras representaciones.	Afectos “en bloque” ligados a representaciones polarizadas; cambios bruscos de afecto con cambios de “objeto interno” activo; dificultad para sostener mezclas afectivas.
Relación con memoria	Inaccesibilidad dinámica; retorno indirecto y distorsionado; en investigación cognitiva, el análogo más cercano sería	Memoria más “estado-dependiente” y narrativa del self discontinua (según modelos); coexistencia de versiones contradictorias del otro y de uno mismo según el estado

Eje	Represión (tradición freudiana y psicodinámica clásica)	Escisión mental / splitting (Freud tardío; Klein/Kernberg; uso clínico moderno)
	la supresión de recuperación (no idéntica).	afectivo.
Ejemplos clínicos prototípicos	Fobia con desplazamiento del conflicto; obsesiones/compulsiones con compromiso; inhibición sexual o creativa; olvidos “motivados” en sentido dinámico.	“Hoy es perfecto / mañana es monstruo”; “yo soy totalmente malo / totalmente bueno”; ruptura súbita bajo frustración; idealización-devaluación de terapeuta/equipo; micro-episodios paranoides o disociativos por estrés.
Foco terapéutico típico	Interpretación del conflicto, levantamiento gradual de defensas, elaboración; sostén del yo para tolerar afecto y simbolizar.	Trabajo integrativo: mentalización, tolerancia a ambivalencia, integración de representaciones, manejo de acting-out; encuadre firme, contrato terapéutico y trabajo con transferencia (según enfoque).

Esta tabla sintetiza descripciones provenientes de Freud (represión; escisión del yo), Klein (escisión en posición paranoide-esquizoide), Kernberg (escisión y organización límite) y marcos empíricos de jerarquías defensivas. [25]

Nota metodológica clave: represión no equivale a supresión voluntaria

Parte del debate contemporáneo surge porque en psicología experimental se estudia la **supresión voluntaria de recuperación** (Think/No-Think) como modelo de “repression-like forgetting”. Este paradigma muestra que la inhibición ejecutiva puede reducir accesibilidad mnésica, pero la extrapolación a la represión dinámica freudiana es **discutida**: algunas revisiones lo consideran un modelo parcial; réplicas

y metaanálisis señalan heterogeneidad y efectos dependientes de procedimiento. [26]

Asociación con psicopatología: neurosis, psicosis, disociación y psicósomática

¿La escisión se asocia más a psicosis que la represión?

En modelos psicodinámicos estructurales, la represión suele considerarse típica de funcionamiento **neurótico** (mejor integración del self, mayor tolerancia a conflicto, prueba de realidad sólida), mientras que el splitting se vincula a funcionamiento **límite** y, en algunos usos, a niveles cercanos a lo psicótico. Este encuadre aparece tanto en Kernberg como en manuales psicodinámicos contemporáneos orientados a utilidad clínica (p. ej., PDM-2 y desarrollos afines). [27]

En psiquiatría descriptiva (ICD-11), el patrón borderline incluye explícitamente: (i) relaciones inestables con vacilaciones entre idealización y devaluación; (ii) impulsividad con conductas de riesgo (incluida conducción temeraria); (iii) autolesiones; y (iv) **síntomas disociativos o rasgos psicótico-like transitorios** (p. ej., paranoia o alucinaciones breves) en alta activación afectiva. Esto implica que, aunque el borderline no sea una psicosis primaria, su fenotipo diagnóstico reconoce un corredor hacia fenómenos “casi psicóticos” bajo estrés. [11]

Además, el término “splitting” tiene una historia distinta en la génesis de la **esquizofrenia**: Eugen Bleuler[28] usó “Spaltung/splitting” como rasgo nuclear (escisión de funciones psíquicas/ asociaciones), pero esa acepción no coincide necesariamente con la defensa de idealización-devaluación en BPD. Revisiones históricas subrayan el uso variable del término (splitting vs dissociation) y la evolución nosográfica posterior. [29]

Evidencia empírica puntual. En investigación, se han operativizado “procesos de splitting” de modos heterogéneos. Un estudio en PLOS ONE comparó una medida de

“borderline splitting” con pacientes con BPD y con esquizofrenia, encontrando que lo medido como splitting “borderline” se elevaba en BPD, mientras que en esquizofrenia aparece más bien fragmentación cognitiva tipo “splitting of associations”, sugiriendo que son fenómenos distintos aunque compartan etiqueta. [30]

Conclusión provisional: **sí**, el splitting (como defensa de polarización y no integración) se asocia más estrechamente con **organización límite** y con vulnerabilidad a fenómenos cuasi-psicóticos bajo estrés que la represión; pero **no** debe confundirse con el “splitting” histórico de la esquizofrenia, y la evidencia depende de cómo se mida/defina. [31]

¿Escisión y psicósomática más que represión y neurosis?

Aquí el terreno es **menos concluyente** y conviene separar tres planos:

Plano psicoanalítico-teórico (escuela psicósomática/mentalización). Parte de la tradición psicósomática contrasta:

- neurosis/histeria: síntoma con valor simbólico, ligado a represión;
- fenómeno psicósomático: menor simbolización, “pensamiento operatorio”, “desafectación”, fallas de mentalización, a veces formuladas como una “escisión” psique-soma o afecto-representación. [32]

Plano empírico-clínico (defensas y somatización). Estudios contemporáneos hallan asociaciones entre **estilos defensivos desadaptativos**, alexitimia y malestar en condiciones con alto componente somático/somatización (p. ej., fibromialgia; somatoformidad en adolescentes), pero no siempre aíslan “splitting” como predictor específico frente a otras defensas inmaduras (negación, disociación, somatización). [33]

Plano de inferencia. Con los datos disponibles, es defendible decir que ciertos fenómenos psicósomáticos se vinculan más a **déficits de elaboración simbólica/afectiva** que al modelo clásico de represión de representaciones; sin

embargo, afirmar que el splitting (en sentido técnico kleiniano/kernbergiano) sea “más” psicossomático que neurótico requiere evidencia más específica de la que hoy suele citarse en revisiones abiertas. [34]

Tabla de evidencia por dominios clínicos

Dominio	¿Qué suele encontrarse?	Fuerza de evidencia (orientativa)	Comentario crítico
Neurosis (ansiedad/depresión “no psicótica”)	Mayor presencia de defensas neuróticas/maduras; represión como categoría clínica aparece en modelos psicodinámicos, aunque la red empírica muestra múltiples defensas relevantes.	Moderada (defensas en general), baja-moderada (represión específica)	La investigación empírica suele medir estilos defensivos globales más que mecanismos freudianos “puros”. [35]
Organización límite/BPD	Splitting descrito como central teóricamente; correlatos empíricos en polarización, inestabilidad de self y defensas inmaduras; BPD	Moderada-alta (BPD y defensas inmaduras), moderada (splitting operacionalizado)	Evidencia depende de instrumentos (DSQ/DMRS/Splitting Index) y de definiciones. [36]

Dominio	¿Qué suele encontrarse?	Fuerza de evidencia (orientativa)	Comentario crítico
	incluye fenómenos disociativos/psicótico-like bajo estrés en ICD-11.		
Psicosis primaria	“Splitting” histórico (Bleuler) ≠ splitting defensivo; violencia y curso se explican por múltiples factores; el término puede inducir confusión.	Moderada (historia/concepto), moderada-alta (clínica de psicosis), baja (splitting defensivo como variable explicativa)	Conviene reservar “splitting” defensivo para BPD/relaciones objetales y “escisión de asociaciones” para tradición psiquiátrica clásica. [37]
Psicosomática/somatización	Tradición teórica destaca déficit de simbolización y desafectación; estudios empíricos apoyan relación alexitimia-defensas desadaptativas en algunas muestras.	Moderada (alexitimia/defensas), baja (splitting específico)	Se requieren diseños que separen splitting de otras defensas inmaduras y de disociación/somatización. [38]

Gravedad clínica, pronóstico y tratamiento: ¿es más “grave” la escisión?

Criterios de gravedad que permiten comparar “represión vs escisión” sin caer en simplismos

“Gravedad” en clínica puede operacionalizarse por: riesgo vital (suicidio/heteroagresión), deterioro funcional, comorbilidad, utilización de servicios, cronicidad, respuesta al tratamiento y estabilidad del juicio de realidad. En un registro psicodinámico estructural, también son centrales: integración de identidad, capacidad de mentalización, regulación afectiva y calidad de relaciones internas. [39]

En ese marco, la comparación típica no es “represión buena / escisión mala”, sino:

- **Represión predominante** (con otras defensas neuróticas y algunas maduras) suele asociarse con mejor continuidad del self, mayor capacidad de insight y organización narrativa, y por tanto **pronóstico psicoterapéutico generalmente favorable** si hay alianza y tiempo. [40]
- **Escisión predominante** en la vida adulta (como defensa central) suele correlacionar con mayor inestabilidad interpersonal, impulsividad, riesgo (autolesión, conductas temerarias), y posibles fenómenos disociativos/psicótico-like bajo estrés; esto tiende a exigir tratamientos más estructurados y prolongados, con mayor complejidad por comorbilidad. [41]

Jerarquías defensivas y pronóstico

La literatura empírica sobre defensas propone jerarquías (maduros → neuróticos → inmaduros) y muestra que defensas más inmaduras se asocian con peor adaptación y mayor psicopatología. En estas jerarquías, la **represión** suele ubicarse en defensas neuróticas; el **splitting** en defensas inmaduras/de distorsión de imagen. [42] Un estudio poblacional reciente que aproximó defensas (incluida “splitting”) muestra

prevalencias no triviales en población general, recordando que la presencia de una defensa no equivale a trastorno: importa la rigidez, frecuencia y coste funcional. [43]

Tratamiento: implicaciones prácticas de la diferencia

En términos de tratamiento basado en evidencia para cuadros donde splitting es clínicamente prominente (especialmente BPD severo):

- Enfoques estructurados como **DBT** (asociada a reducción de conductas suicidas/autolesivas), **MBT** y psicoterapias psicodinámicas manualizadas como **TFP** se sitúan como opciones relevantes; revisiones y ensayos RCT han evaluado TFP y su impacto en funciones reflexivas/mentalización y síntomas. [44]
- TFP, desarrollada en el entorno de Kernberg y colaboradores, plantea explícitamente el trabajo interpretativo-integrativo sobre escisión/idealización-devaluación en la transferencia como vía para integrar representaciones de self/objeto. [45]
- En represión (en cuadros más neuróticos), los tratamientos psicodinámicos focales o de insight suelen centrarse en conflicto, significado del síntoma, elaboración del afecto y flexibilización defensiva; empíricamente, la literatura de defensas sugiere que el ascenso a defensas más adaptativas durante terapia se asocia con mejor funcionamiento, aunque la atribución causal es compleja. [46]

Comorbilidad. BPD presenta alta comorbilidad con trastornos del estado de ánimo, ansiedad, TEPT, consumo de sustancias y otros, lo que incrementa gravedad clínica y complejidad de tratamiento; además, ICD-11 subraya que la personalidad patológica puede complicar y prolongar el tratamiento de síndromes clínicos. [47]

Conclusión de este apartado

La idea de que “la escisión es más grave que la represión” es **a menudo verdadera como heurística clínica** cuando se usa “grave” como sinónimo de mayor desorganización estructural y riesgo conductual; pero es **inexacta** si se entiende como juicio absoluto: la escisión puede ser normal en desarrollo temprano y la represión puede sostener psicopatología significativa. La evidencia favorece un enfoque dimensional: predominio de defensas inmaduras (incluido splitting) + identidad difusa + impulsividad + disociación/rasgos psicótico-like bajo estrés = mayor severidad promedio y tratamiento más exigente. [48]

Conductas límite y violencia: evidencia forense, ética y límites explicativos

Qué puede explicar la escisión y qué no

En clínica, “splitting” se invoca para describir una dinámica donde el otro pasa a ser vivido como totalmente malo/persecutorio y el self como totalmente inocente/víctima (o inversamente), facilitando respuestas extremas (rupturas, ataques verbales, agresión reactiva, autolesión) al reducir ambivalencia y culpa. Esta formulación es coherente con modelos de BPD centrados en desregulación afectiva, amenaza interpersonal e impulsividad, donde la agresión suele ser más reactiva que instrumental. [49]

Sin embargo, en investigación forense contemporánea, la violencia se entiende como un fenómeno **multifactorial**. Incluso en psicosis, revisiones sistemáticas subrayan que los factores más robustos para violencia incluyen comorbilidad con sustancias y antecedentes criminales; esto limita el valor de atribuir violencia a un mecanismo intrapsíquico único. [50]

Violencia y trastornos de personalidad

Una revisión sistemática reciente sobre trastornos de personalidad y violencia/antisocialidad informa incrementos de riesgo (con heterogeneidad), siendo especialmente altos en trastorno antisocial, y presentes también en trastorno borderline. [51] En el caso borderline, revisiones describen violencia hacia sí (autolesión/suicidio) como central, y violencia hacia otros como menos frecuente pero clínicamente relevante en subgrupos, a menudo vinculada a emociones intensas, conflictos interpersonales y control deficiente de impulsos. [52]

Conductas “límite”: accidentes mortales, suicidio y riesgo

ICD-11 incluye entre los indicadores del patrón borderline la tendencia a actuar precipitadamente en estados de alto afecto negativo, con conductas potencialmente autolesivas, entre ellas conducción temeraria, consumo excesivo y conductas sexuales de riesgo, además de autolesiones e intentos suicidas. [11] Esto sugiere un puente clínico entre desregulación afectiva, impulsividad y riesgo de accidentes; pero adjudicar esos accidentes específicamente a “escisión” requiere cautela: el mecanismo más directamente implicado en el texto diagnóstico es la **impulsividad bajo afecto**, no la escisión como tal. [53]

Violencia sexual y “explicación” por escisión: estado de la evidencia y cautelas éticas

La violencia sexual (violación y otros delitos sexuales) plantea desafíos éticos: explicar no debe convertirse en **justificar** ni en diluir agencia y responsabilidad legal. La literatura forense muestra alta prevalencia de trastornos de personalidad en poblaciones de agresores sexuales, con predominio de rasgos antisociales/narcisistas y una proporción menor pero existente de diagnósticos borderline en algunos estudios; esto apoya comorbilidad diagnóstica, pero no prueba un mecanismo de escisión como causa. [54]

Hay trabajos psicodinámicos que discuten defensas inmaduras (proyección, acting-out, splitting) en violencia interpersonal y de pareja, y algunos estudios o tesis exploran “splitting” en contextos de violencia relacional; aun así, el salto de ahí a explicar violación sexual como producto de escisión es, con la evidencia actual abierta, **especulativo** si no se integra con variables empíricamente robustas (rasgos antisociales/psicopáticos, consumo de sustancias, historia de violencia, actitudes de coerción, oportunidades situacionales). [55]

Síntesis prudente (forense + clínica)

La escisión puede ser un **mecanismo contributivo** en un subconjunto de conductas violentas **reactivas** en personas con vulnerabilidades borderline (humillación, abandono, celos, amenaza al vínculo), al facilitar una reorganización dicotómica del mundo interpersonal. Pero como explicación general de violencia grave (incluida violencia sexual) es insuficiente y potencialmente engañosa si no se articula con modelos de riesgo modernos y evidencia longitudinal. [56]

Tablas comparativas adicionales y diagrama de relaciones

Tabla de criterios clínicos para “gravedad” comparando predominio represivo vs predominio escisivo

Criterio	Predominio de represión (perfil típico)	Predominio de escisión (perfil típico)
Identidad	Más continua y coherente; conflicto intrapsíquico tolerable.	Más discontinua/contradictoria; “difusión de identidad” (en modelos de organización límite).
Prueba de realidad	Sólida (salvo episodios breves por estrés en vulnerabilidades específicas).	Generalmente preservada en BPD, pero con posibilidad de fenómenos psicótico-like o disociativos transitorios bajo alta

Criterio	Predominio de represión (perfil típico)	Predominio de escisión (perfil típico)
		activación; en niveles más severos puede comprometerse.
Regulación afectiva	Ansiedad/culpa canalizadas a síntomas y evitación; afecto más modulable.	Intensidad alta, oscilaciones rápidas; afectos en “bloques” ligados a representaciones polarizadas.
Riesgo conductual	Variable; suele ser menor que en perfiles impulsivos severos (no siempre).	Mayor incidencia de autolesión, conductas temerarias y episodios de agresión reactiva en subgrupos.
Pronóstico psicoterapéutico	A menudo favorable con terapias de insight y elaboración.	Mejoras posibles pero suele requerir tratamientos estructurados, encuadre fuerte y trabajo integrativo prolongado.
Comorbilidad típica	Ansiedad/depresión, obsesivo-compulsivo, somatización/funcionalidad variable.	Alta comorbilidad con trauma, sustancias, depresión, ansiedad; mayor utilización de servicios.

Criterios elaborados integrando ICD-11 (patrón borderline y rasgos psicótico-like/disociación), revisiones de BPD, y modelos psicodinámicos estructurales/jerarquías defensivas. [57]

Bibliografía en formato APA

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.

Anderson, M. C., & Green, C. (2001). Suppressing unwanted memories by executive control. *Nature*, 410(6826), 366–369. [58]

Abel, T., & cols. (2025). Transference-focused psychotherapy in an inpatient setting for borderline personality disorder. *Psychiatry Research* (referencias y síntesis en PMC). [59]

Bekkés, V., & cols. (2021). The relationship between defense mechanisms and attachment (síntesis en *Frontiers in Psychology*). [60]

Bowlby, J. (1980/1982). *Loss: Sadness and depression* (Attachment and Loss, Vol. 3). Basic Books. [61]

Bulevich, J. B., Roediger, H. L., Balota, D. A., & Butler, A. C. (2006). Failures to find suppression of episodic memories in the Think/No-Think paradigm. *Memory & Cognition*, 34, 1569–1577. [62]

Chow, R. T. S., & cols. (2025). Personality disorders, violence and antisocial behaviour. *BJPsych Open* (síntesis en PMC). [63]

Di Giuseppe, M., & cols. (2021). The hierarchy of defense mechanisms: Assessing defensive functioning with DMRS (síntesis en PMC). [64]

Freud, S. (1915). *Repression*. [65]

Freud, S. (1938/1940). *Splitting of the ego in the process of defence*. [2]

Gagnon, J., & cols. (2022). Is splitting related to resistance to proactive interference? *Frontiers in Psychology* (síntesis en PMC). [66]

Howard, R. (2015). Personality disorders and violence: What is the link? *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2, 12. [67]

Jackson, M. A., & cols. (2015). Borderline personality disorder and related constructs as risk factors for intimate partner violence. *Aggression and Violent Behavior* (síntesis en PMC). [68]

Kernberg, O. F. (1967). Borderline personality organization (texto completo en PDF). [69]

Kernberg, O. F. (2008). Transference-focused psychotherapy: Overview and update (PDF). [70]

Klein, M. (1946/1996). Notes on some schizoid mechanisms. *The International Journal of Psycho-Analysis* (texto disponible en PMC). [9]

Lagerberg, T., & cols. (2013). Risk factors for violence in psychosis: Systematic review and meta-regression. *PLOS ONE*, 8(2), e55942. [71]

Lagerberg, T., & cols. (2025). Systematic review of risk factors for violence in psychosis (10-year update). *The British Journal of Psychiatry* (síntesis en PMC y Cambridge). [72]

Leichsenring, F., & cols. (2024). Borderline personality disorder: A comprehensive review. *The Lancet Psychiatry* (síntesis en PMC). [73]

Luque, R., & Berrios, G. E. (2003). Schizophrenia: A conceptual history (PDF en Dialnet). [74]

Moskowitz, A. (2011). Eugen Bleuler's *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*: A centenary appreciation and reconsideration. *Schizophrenia Bulletin* (síntesis en PMC). [75]

Pec, O., & cols. (2014). Splitting in schizophrenia and borderline personality disorder. *PLOS ONE*, 9(3), e91228. [30]

Peres, R. S., & cols. (s. f.). Sobre las concepciones psicósomáticas de Pierre Marty y Joyce McDougall (PDF). [76]

Reisz, S., & cols. (2017). Disorganized attachment and defense: Explorando sistemas segregados y exclusión defensiva (PMC). [77]

Romeo, A., & cols. (2022). Personality, defense mechanisms and psychological distress in fibromyalgia. *Behavioral Sciences*, 12(1), 10. [78]

Sigler, A. (2017). Risk and prevalence of personality disorders in sexual offenders (tesis en CUNY Academic Works). [79]

Vaillant, G. E. (1992/2004). *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers* (extracto en PDF). [80]

Wessel, I., & cols. (2024). Suppression-induced forgetting as a model for repression. *Topics in Cognitive Science*. [81]

World Health Organization. (2024). *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders* (CDDR; PDF). [82]

[1] [14] [16] [25] [65] Repression

https://dravni.co.il/wp-content/uploads/2013/12/Freud-S-1915.-Repression.pdf?utm_source=chatgpt.com

[2] [17] PEP Web - Splitting of the Ego in the Process of Defence

https://bgsp.edu/app/uploads/2014/12/Freud-Splitting-of-the-Ego-in-the-Pro.pdf?utm_source=chatgpt.com

[3] [9] [19] Notes on Some Schizoid Mechanisms - PMC - NIH

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3330415/?utm_source=chatgpt.com

[4] [62] Failures to find suppression of episodic memories in the ...

https://psychnet.wustl.edu/coglab/publications/bulevich2006.pdf?utm_source=chatgpt.com

[5] [20] [27] [28] [31] [39] [69] Kernberg-O-Borderline-personality-organization-the- ...

https://bgsp.edu/app/uploads/2014/12/Kernberg-O-Borderline-personality-organization-the-syndrome.pdf?utm_source=chatgpt.com

[6] [77] Disorganized attachment and defense: exploring John ... - PMC

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5782852/?utm_source=chatgpt.com

[7] [64] The Hierarchy of Defense Mechanisms: Assessing ... - PMC

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8555762/?utm_source=chatgpt.com

[8] [24] [40] [42] [48] [80] Ego Mechanisms of Defense and Personality ...

https://static1.squarespace.com/static/5e8cca3f54b123010e2d5787/t/5ea5f9c042897a7830463d3d/1587935681285/vaillant.-ego-mechanisms-of-defense.pdf?utm_source=chatgpt.com

[10] [21] [29] [37] [75] Eugen Bleuler's Dementia Praecox or the Group of ... - PMC

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3080676/?utm_source=chatgpt.com

[11] [23] [41] [53] [57] [82] drugsandalcohol.ie

https://www.drugsandalcohol.ie/41519/1/WHO_Clinical_descriptions_and_diagnostic_requirements_ICD-11.pdf

[12] [15] [18] [32] [34] [38] [76] Sobre las Concepciones Psicossomáticas de Pierre Marty y ...

https://www.alsf-chile.org/Indepsi/Bodyreaders/El-Cuerpo-en-el-psicoanalisis-Contemporaneo-Sobre-las-concepciones-psicosomaticas-de-Pierre-Marty-y-Joyce-Mcdougall.pdf?utm_source=chatgpt.com

[13] [50] [72] Systematic review of risk factors for violence in psychosis - PMC

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7617503/?utm_source=chatgpt.com

[22] [61] john-bowlby-loss-sadness-and-depression-attachment- ...

https://sycofx.wordpress.com/wp-content/uploads/2012/11/john-bowlby-loss-sadness-and-depression-attachment-and-loss-1982.pdf?utm_source=chatgpt.com

[26] [58] Suppressing unwanted memories by executive control

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11268212/?utm_source=chatgpt.com

[30] Splitting in Schizophrenia and Borderline Personality Disorder

https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371%2Fjournal.pone.0091228&utm_source=chatgpt.com

[33] [78] Personality, Defense Mechanisms and Psychological ...

https://www.mdpi.com/2076-328X/12/1/10?utm_source=chatgpt.com

[35] Defense mechanisms in individuals with depressive and ...

https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2024.1465164/full?utm_source=chatgpt.com

[36] [47] [73] Borderline personality disorder: a comprehensive review of ...

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10786009/?utm_source=chatgpt.com

[43] Approximating defense mechanisms in a national study of ...

https://www.nature.com/articles/s41398-022-02303-3?utm_source=chatgpt.com

[44] [70] Transference focused psychotherapy: Overview and update

https://www.frankyeomans.com/assets/ijp_046.pdf?utm_source=chatgpt.com

[45] Transference focused psychotherapy: Development of a ...

https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1566277205000058?utm_source=chatgpt.com

[46] https://www.researchgate.net/profile/John_Perry6/p...

https://www.researchgate.net/profile/John_Perry6/publication/241067188_Studying_Defense_Mechanisms_in_Psychotherapy_using_the_Defense_Mechanism_Rating_Scales/links/5b586e04a6fdccf0b2f3b7b6/Studying-Defense-Mechanisms-in-Psychotherapy-using-the-Defense-Mechanism-Rating-Scales?utm_source=chatgpt.com

[49] [56] Borderline Personality Disorder and Violence Toward Self

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10225867/?utm_source=chatgpt.com

[51] [63] Personality disorders, violence and antisocial behaviour - PMC

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12278050/?utm_source=chatgpt.com

[52] [55] Borderline Personality and Externalized Aggression - PMC

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3342993/?utm_source=chatgpt.com

[54] Personality disorders in sex offenders, compared to ...

https://www.researchgate.net/publication/358806423_Personality_disorders_in_sex_offenders_compared_to_offenders_of_other_crimes?utm_source=chatgpt.com

[59] Transference-focused psychotherapy in an inpatient setting for ...

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12203893/?utm_source=chatgpt.com

[60] The Relationship Between Defense Mechanisms and ...

https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2021.648503/full?utm_source=chatgpt.com

[66] Is Splitting Related to Resistance to Proactive Interference? A ...

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9677828/?utm_source=chatgpt.com

[67] Personality disorders and violence: what is the link? - Springer

https://link.springer.com/article/10.1186/s40479-015-0033-x?utm_source=chatgpt.com

[68] Borderline personality disorder and related constructs as risk ...

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5512269/?utm_source=chatgpt.com

[71] Risk Factors for Violence in Psychosis: Systematic Review ...

https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371%2Fjournal.pone.0055942&utm_source=chatgpt.com

[74] Schizophrenia: A Conceptual History

https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/765847.pdf?utm_source=chatgpt.com

[79] Risk and Prevalence of Personality Disorders in Sexual ...

https://academicworks.cuny.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1007&context=jj_etds&utm_source=chatgpt.com

[81] Suppression-Induced Forgetting as a Model for Repression

https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tops.12684?utm_source=chatgpt.com