

Íñigo Alberdi-Páramo^{a,b,*}
Germán Montero-Hernández^{b,c}
María Dolores Sáiz- González^{a,b}
Marina Fernández-Fariña^a
María Del Pilar Paz-Otero^a
Marina Díaz-Marsá^{a,b,d}
José Luis Carrasco-Perera^{a,b,d}

Narcisismo como variable protectora frente al riesgo de conductas autolesivas sin intención suicida en Trastorno Límite de la Personalidad

^a Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Clínico San Carlos, Madrid (España)
^b Departamento de Psiquiatría legal y forense, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid (España)
^c Servicio de Psiquiatría red de Salud Mental Bizcaya, Vizcaya (España)
^d Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, Spain.

RESUMEN

Introducción y objetivos. El espectro de la conducta suicida tiene un carácter nuclear en el pronóstico y manejo del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). El objetivo de este estudio es identificar posibles rasgos de personalidad específicos del TLP que puedan actuar como protectores de las autolesiones sin finalidad suicida (ASFS).

Método. Se realiza un estudio transversal, observacional y retrospectivo, de una muestra de 134 pacientes de entre 18 y 56 años con TLP. La evaluación clínica se llevó a cabo con un cuestionario que valoraba la presencia o no de conductas suicidas (CS) y ASFS y distintas variables sociodemográficas. También se realizaron cuestionarios de personalidad: Inventario Clínico Multiaxial de Millon II, Cuestionario de Personalidad de Zuckerman-Kuhlman y la entrevista Clínica Estructurada para el eje II del DSM (SCID). La asociación entre variables se analizó a través de un modelo de regresión logística multivariado y binomial negativa

Resultados. Se encuentra una asociación estadísticamente significativa entre la CS con las ASFS y entre realizar mayor número de intentos de suicidio y la presencia de ASFS. Respectivamente, las ASFS se asocian de forma estadísticamente significativa con los intentos de suicidio. Por otro lado, se objetivan diferencias estadísticamente significativas en la asociación de ASFS con las variables en el SCID Trastorno Narcisista, apareciendo como variable con efecto protector. Los resultados presentados proporcionan una idea de la relación dinámica entre NSSI y SB en una población TLP con características de gravedad.

Conclusiones. El papel de los rasgos de personalidad narcisistas puede ser importante a la hora de identificar factores protectores para las NSSI y SB en TLP y podría ser objeto de desarrollo de ulteriores proyectos de investigación.

Palabras claves: Trastorno Límite de la Personalidad, narcisismo, autolesión sin finalidad suicida, factores protectores ante el suicidio, conducta suicida

Actas Esp Psiquiatr 2023;51(1): 21-8 | ISSN: 1578-2735

HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN MAJOR DEPRESSIVE DISORDER: FACTORS ASSOCIATED WITH ITS EVOLUTION

ABSTRACT

Background and Objectives. The spectrum of suicidal behavior is a core factor of the prognosis and care of Borderline Personality Disorder (BPD). The aim of this study is to identify possible BPD specific personality traits that could act as protective factors of nonsuicidal self-injuries (NSSI).

Methods. We performed a cross-sectional, observational and retrospective study of a sample of 134 BPD patients aged from 18 to 56. We assessed the presence or absence of suicidal behavior and NSSI as well as different sociodemographic variables. Millon, Zuckerman-Kuhlman and Structured Clinical Interview for DSM personality questionnaires were also applied. The analysis of the association between variables was carried out with a multivariate negative binomial logistic regression model.

Results. A statistically significant association between NSSI and suicidal behavior was found. Elseways, statistically significant differences were also found in the association between NSSI and the SCID variables for Narcissistic Disorder, which appears as protective variables.

*Corresponding author at:
Department of Psychiatry, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, Spain,
Centre for Complutense University of Madrid, C/Profesor Martín Lagos
S/N 28045 Madrid (Spain)
E-mail address: inigoalb@ucm.es (Í. Alberdi-Páramo).

These results provide an idea of the dynamic relationship between NSSI and suicidal behavior in a BPD population with particularly severe characteristics.

Conclusions. The role of narcissistic personality traits appears to be important in identifying protective factors for NSSI and suicidal behavior in BPD patients and could be the subject of further research projects.

Keywords: borderline personality disorder; narcissism; nonsuicidal self-injury; protective factors against suicide; suicidal behavior.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) es un trastorno de etiología multifactorial caracterizado por conductas suicidas y parasuicidas que conlleva una elevada disfuncionalidad y un gran deterioro en el funcionamiento psicosocial^{1,2}. Las tasas de suicidio consumado se encuentran entre el 5 y el 10 %, siendo unas 400 veces superiores a las estimadas para la población general^{3,4}.

El espectro de la conducta suicida (CS) y conductas relacionadas tiene en cuenta comportamientos que causan daño directo y deliberado hacia uno mismo^{5,6}. Se incluyen las autolesiones sin finalidad suicida (ASFS), las CS y el suicidio propiamente dicho⁶⁻⁸. Las ASFS y la CS se diferencian en intencionalidad, frecuencia y letalidad⁹⁻¹¹. Para algunos autores, las ASFS son un factor de riesgo y de alguna manera, conductas precursoras, para la futura aparición de CS¹²⁻¹⁵. Asimismo, se ha utilizado el modelo del iceberg para ilustrar la gran prevalencia de autolesiones no detectadas como parte de un espectro que abarca la CS y finaliza con el suicidio consumado^{16,17}. Son conductas potencialmente dañinas, que tienden a disminuir en frecuencia con el cumplimiento de edad¹⁸⁻²⁰. Estas conductas en el TLP se asocian a otras características clínicas como son algunos rasgos de personalidad, fundamentalmente la desesperanza y la impulsividad^{21,22}.

En TLP, y en otras patologías, algunos estudios hablan no sólo de factores de riesgo sino también de variables "protectoras" frente a ASFS y CS^{23,24}. Algunos estudios plantean el equilibrio entre motivos para vivir y motivos para morir en relación con la presentación de conductas suicidas²⁵. Las "razones para vivir" podrían moderar los riesgos de SB y favorecer los factores de resiliencia²⁶. Algunos de estos factores protectores descritos son el soporte afectivo de pareja y familiar, la integración en relaciones sociales, el embarazo y la paternidad o patrones determinados del uso de internet²⁷. Otros autores hablan de la autoeficacia en la regulación emocional como factor protector ante las ASFS^{8,28}. Asimismo, se han descrito los rasgos de personalidad narcisista asociados a una menor impulsividad y, en consecuencia, intentos autolíticos de menor gravedad en pacientes con TLP²⁹.

Dentro de las ASFS, la heterogeneidad de la metodología de los estudios y de las poblaciones estudiadas, hace difícil precisar variables "protectoras" para estas conductas^{30,31}. Asimismo, dado la concurrencia de las ASFS con CS, muchos estudios no emplean metodología específica para analizar las ASFS de forma diferenciada^{32,33}.

Por todo lo anteriormente mencionado, se plantea el presente trabajo para evaluar posibles rasgos de personalidad específicos del TLP que actúen como protectores de las ASFS, de cara a poder ser identificados en la práctica clínica habitual.

MÉTODOS

Se realiza un estudio transversal, observacional y retrospectivo, que pretende analizar las relaciones entre distintos rasgos de personalidad y las ASFS. Se trata de una muestra de 134 pacientes de entre 18 y 56 años, con diagnóstico de TLP de acuerdo con criterios DSM-5³⁴. Estos pacientes fueron reclutados consecutivamente en el proceso de admisión a la Unidad de Día de Trastornos de la Personalidad del Hospital Clínico San Carlos de Madrid (España). Se trata de una Unidad específica y de referencia nacional para tratamiento de pacientes con este diagnóstico.

Fueron excluidos los pacientes que cumplían criterios para otros diagnósticos, aquellos con cociente intelectual menor de 85, enfermedad neurológica severa, historia de traumatismo craneoencefálico, enfermedad médica grave, abuso actual de sustancias psicoactivas -exceptuando el tabaco- o negativa a participar en el estudio. El Comité de Ética del Hospital aprobó el protocolo de evaluación y todos los participantes firmaron el consentimiento informado.

La evaluación clínica se llevó a cabo con un cuestionario que valoraba la presencia o no de CS y ASFS (diferenciando estas conductas de los intentos de suicidio en la ausencia de intencionalidad de morir). También se preguntó por el número de intentos autolíticos previos. Se realizaron los siguientes cuestionarios y entrevistas:

- Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (*Millon Clinical Multiaxial Inventory*, MCMI-II)³⁵.
- Cuestionario de Personalidad de Zuckerman-Kuhlman (*Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire*, ZKQP)³⁶.
- Entrevista Clínica Estructurada para el eje II del DSM-IV (*Structured Clinical Interview for DSM-IV*, SCID-II)³⁷.

Los sujetos fueron evaluados de manera individual por un psiquiatra y psicólogo clínico durante aproximadamente

120 minutos, en la Unidad de Trastornos de Personalidad del Hospital Clínico San Carlos de Madrid (España). Con el fin de minimizar la variabilidad, todas las pruebas fueron realizadas en horarios similares (entre las 10 y las 12 a.m.).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizaron la media y la desviación estándar para la descripción de los datos continuos y los porcentajes para los datos categóricos. Con respecto a las variables cuantitativas, se determinó su ajuste a la distribución normal mediante la prueba de Kolmogorov- Smirnov. La muestra se dividió en dos grupos según la existencia o no de antecedentes de NSSI. Se realizaron comparaciones por variables mediante el test Chi cuadrado y la T de Student. La asociación entre variables se analizó a través de un modelo de regresión logística multivariado y binomial negativa. El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS, versión 19.0. El nivel de significación para todas las pruebas de contraste de hipótesis fue del 0,05.

RESULTADOS

Los 134 pacientes participantes en el estudio estaban divididos en 37 varones (27,6%) y 97 mujeres (72,3%). La media de edad de estos pacientes es de 30 años, con una desviación estándar de 8,74; en un rango de edad comprendido entre los 18 y los 56 años. Las principales características sociodemográficas de los pacientes se muestran en la **tabla 1**.

Tabla 1	Variables sociodemográficas de la muestra estudiada	
	n	Percentage (%)
Sexo (N=134)		
Hombre	37	27,6
Mujer	97	72,3
Etnia (N=134)		
Caucásica	116	86,6
Latinoamericanos	3	2,5
Otras	3	2,5
Estado civil (N=114)		
Soltero/a	83	72,8
Casado/a o en pareja	26	22,8
Divorciados o separados	5	4,4
Hijos (N=134)		
No	109	81,4
Si	25	18,6
Nº de hijos (N=134)		

	n	Percentage (%)
		81,4
0	109	81,4
1	15	11,2
2	7	5,2
3 o más	3	2,2
Actividad actual (N=134)		
Desocupado	78	58,2
Trabajando	16	11,9
Estudiante	24	17,9
Baja laboral	16	11,9
Dependencia (N=134)		
Si	107	79,9
No	27	20,1
Nivel educativo (N=134)		
Estudios primarios	18	13,5
Estudios secundarios	53	39,8
Formación profesional	27	20,3
Estudios universitarios	35	26,6
Nivel socioeconómico (N=134)		
Bajo	20	22,7
Medio-bajo	37	42
Medio-alto	31	35,2

104 pacientes de los 134 (77,6%) refieren antecedentes de al menos un intento de autolisis (IA), mientras 30 pacientes (22,4%) no tienen antecedentes de conductas autolíticas, como muestra la **fig. 1**. La media del número de IA es de 2,69 para cada paciente, con una desviación estándar de 1,774. Por otro lado, 86 pacientes (64,2%) informan de antecedentes de ASFS, mientras que 48 pacientes (35,8%) no presentan estos antecedentes, como también detalla la **fig. 1**.

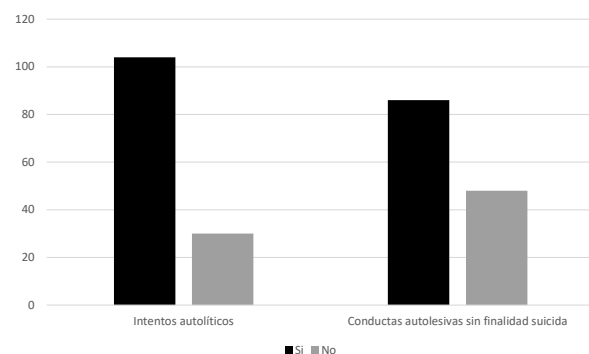


Figura 1 Conductas suicidas y relacionadas (n=134)

Se puede observar las puntuaciones por encima o por debajo del umbral de corte según el SCID para los distintos rasgos de personalidad en la **fig.2**. Asimismo, se exponen las distintas medias, desviaciones típicas y mediana de las distintas subescalas del Cuestionario de Personalidad de Zuckerman-Kuhlman (ZKPO) y del Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II) en la **tabla 2**.

Según el análisis univariante, se objetivan diferencias estadísticamente significativas en su asociación con las variables en el SCID (**tabla 3**) para Trastorno Narcisista apareciendo como variable con efecto protector, es decir, a mayor puntuación, menor asociación de TLP con ASFS. Por la contra, aparecen como factores de riesgo, puntuaciones en la prueba T para la igualdad de medias en ZKPO dimensión neuroticismo-ansiedad ($p=0,031$) y en MCMI-II subescala fóbica ($p=0,045$) y antisocial ($p=0,027$), como muestra la **tabla 4**.

No hay diferencias estadísticamente significativas, pero las cifras se aproximan a la significación estadística para puntuaciones en el SCID para Trastorno Obsesivo Compulsivo

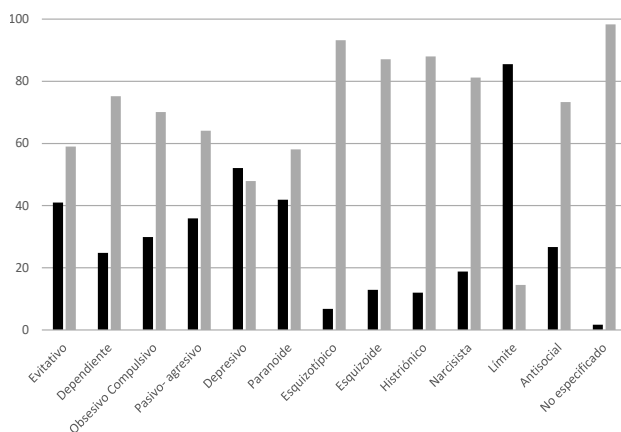


Figura 2 Puntuación SCID

($p=0,083$) y Trastorno Pasivo-Agresivo ($p=0,068$). Los rasgos obsesivos y pasivo-agresivos de la personalidad, están cerca de la significación estadística. Los segundos, al igual que los rasgos narcisistas, tienen un carácter protector frente a las conductas autolesivas sin intencionalidad suicida.

Según el análisis multivariante, existe asociación estadísticamente significativa con los rasgos narcisistas de la personalidad ($p=0,022$), con una Odds Ratio de 0.314, y un intervalo de confianza del 95% (0,117–0,844). Como se ha mencionado antes, la asociación con este rasgo de la personalidad es de carácter "protector" ya que, a puntuaciones más altas en el rasgo narcisista, menor riesgo de conductas autolesivas sin finalidad suicida.

Tabla 2	Puntuaciones en las distintas escalas de los cuestionarios ZKPO Y MCMI-II		
	Media	Desviación típica	Mediana
ZKPO (N=73)			
Neuroticismo - ansiedad	14,79	4,29	17
Actividad	7,49	3,42	7
Sociabilidad	6,10	3,94	6
Impulsividad y búsqueda de sensaciones	9,81	5,12	10
Agresividad y hostilidad	9,48	3,33	10
MCMI-II (N=68)			
Esquizoide	73,07	27,08	70
Fóbica	79,62	25,99	83
Dependiente	63,49	35,88	72,50
Histriónica	66,56	29,90	68,50
Narcisista	66,38	32	70
Antisocial	78,53	28,23	79
Agresivo-sádica	73,47	27,46	73
Compulsiva	54,65	28,98	51
Pasivo- agresiva	88,24	26,78	91,50
Autodestructiva	86,24	21,20	90,50
Esquizotípico	84,14	25,07	82
Límite	94,20	24,26	101,50
Paranoide	71,38	20,44	67

Tabla 3	Puntuaciones en las distintas escalas de los cuestionarios SCID	
	c ²	p
Esquizoide	0,680	0,409
Dependiente	2,203	0,138
Histriónico	0,007	0,645
Narcisista	5,817	0,016
Antisocial	2,323	0,127
Pasivo- agresivo	3,329	0,068
Esquizotípico	0,648	0,932
Límite	2,243	0,134
Paranoide	0,599	0,439
Depresivo	0,368	0,544
Evitativo	0,062	0,083
Obsesivo-compulsivo	3,001	0,083
No especificado	0,154	0,695

Tabla 4	Resultados prueba T para la igualdad de medias para las conductas autolesivas sin finalidad suicida (NSSI).		
	Valor p de sig. (bilateral)	Diferencia de medias	IC al 95% para la diferencia
ZKPO			
Impulsividad	0,620	0,616	-1,853-3,085
Neuroticismo-ansiedad	0,031	2,216	0,212-4,219
Agresividad y hostilidad	0,448	-0,613	-2,213-0,988
Actividad	0,187	1,090	-0,541- 2,720
Sociabilidad	0,322	-0,945	-2,837- 0,946
MCMI- II			
Esquizoide	0,828	-1,475	-14,972- 12,022
Fóbica	0,045	12,880	0,317-25,443
Dependiente	0,485	6,272	-11,549- 24,092
Histriónica	0,676	-3,127	-18,013- 11,759
Narcisista	0,487	-5,570	-21,464- 10,324
Antisocial	0,027	-15,339	-28,899- (-1,779)
Agresivo- sádica	0,590	-3,704	-17,364- 9,956
Compulsiva	0,568	-4,148	-18,563- 10,267
Pasivo-agresiva	0,120	10,341	-2,766- 23,449
Autodestructiva	0,083	9,113	-1,218- 19,444
Esquizotípica	0,188	8,217	-4,116- 20,550
Límite	0,175	8,192	-3,733- 20,117
Paranoide	0,835	1,064	-9,122- 11,250

Con el análisis multivariado mediante regresión logística, se encuentra una asociación estadísticamente significativa ($p=0.038$) entre los IA con las ASFS, con una Odds Ratio de 3,218, para un intervalo de confianza del 95% (1,069-9,690). Con el análisis multivariado mediante regresión binomial negativa, los ASFS (64.2%), también se relacionan de manera significativa con realizar mayor número de IS según el análisis multivariante. A su vez, las ASFS se asocian de forma estadísticamente significativa con los IA ($p=0.006$) con una Odds Ratio de 4.037, y un intervalo de confianza del 95% (1,491-10,932).

Chesin 2010;Muehlenkamp 2019;Burón 2016;Hawton 2012;Leichsenring 2011;Skegg 2005

DISCUSIÓN

A pesar de ciertas diferencias en los hallazgos empíricos, con estimaciones diferentes de la importancia de unos rasgos de personalidad patológica u otros en el TLP, sigue siendo una teoría ampliamente aceptada que los pacientes diagnosticados de TLP tienen un alto riesgo de presentar conductas suicidas y relacionadas³⁸⁻⁴³. Este es un dato ampliamente corroborado y sobre el que hay pocas discusiones. Las dificultades comienzan al analizar el TLP en distintos rasgos de personalidad y los criterios que definen su diagnóstico, así como en el grado de contribución de cada uno de estos factores por separado en el desarrollo o a la protección de las conductas suicidas⁴⁴.

El hallazgo principal del presente trabajo es el papel de los rasgos narcisistas como protectores de las ASFS. En esta línea, Blanco-Fontecilla H et al. (2009) encuentran que los rasgos de personalidad narcisista se asocian a una menor impulsividad y, en consecuencia, intentos autolíticos de menor gravedad²⁹. En nuestro caso, la asociación encontrada para los rasgos de personalidad narcisista es con las ASFS, no así con los IS, aunque ambos tipos de conductas, IS y NSSI, según los resultados de nuestro estudio, están estrechamente vinculadas, siendo las NSSI un predictor robusto de CS^{13,38}.

Los rasgos de personalidad narcisista, en el presente estudio, tienen un efecto protector, de tal manera que, a mayor puntuación en la escala, se asocia un menor riesgo de ASFS. Una posible explicación para este hecho es que quizás aquellos TLP con mayores rasgos de grandeza mostrados en comportamiento o en la fantasía, con mayores necesidades de admiración y carentes de empatía; en el espectro de la CS priorizan el intento de suicidio en sí mismo antes que las estrategias paralelas de regulación emocional.

Sher L et al. (2016), y sobre todo Euler S et al. (2018), hacen referencia a la importancia de los rasgos de personalidad narcisista en el TLP^{44,45}. En el presente estudio no se ha subdividido en subgrupos o rasgos distintivos diferenciados entre los rasgos de personalidad narcisista, a diferencia de Euler S et al. (2018)⁴⁵. Estos autores distinguen entre narcisistas "vulnerables" y con "grandiosidad". Y probablemente esta distribución en subgrupos haga diferir su grado de asociación con las ASFS que hemos encontrado para el conjunto de todos los rasgos narcisistas en nuestro grupo poblacional. Otros autores encuentran que estos rasgos narcisistas son factores de riesgos para la CS pero para los gestos suicidas⁴⁶.

Los rasgos narcisistas parecen tener importantes consecuencias en las relaciones interpersonales de las personas que presentan tales características, simplemente como rasgos de personalidad, o conformando un constructo que

cumple unos criterios de un Trastorno de personalidad ⁴⁷. Son consecuencias negativas, muchas veces, por tratarse de personas que manejan de manera inadecuada las relaciones de dominancia con las personas cercanas. Pero en el caso de pacientes con TLP podrían tener un efecto protector para algunas consecuencias graves de los desequilibrios de tales estructuras de personalidad, como son las ASFS, e indirectamente CS. O quizás relacionarse con una autorregulación emocional más eficaz, señalada por algunos autores como factor protector ante las ASFS ²⁸.

La principal limitación metodológica del diseño del presente trabajo es que se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal, de temporalidad concurrente y retrospectivo. Este modelo de diseño no permite establecer nexos de causalidad entre las asociaciones encontradas y no tiene la potencia estadística equiparable a la de un estudio prospectivo.

En resumen, los resultados presentados proporcionan una idea de la relación dinámica entre ASFS y CS en una población TLP con características de gravedad. El papel de los rasgos de personalidad narcisistas puede ser importante a la hora de identificar factores protectores para las ASFS y CS en TLP y podría ser objeto de desarrollo de ulteriores proyectos de investigación. En comparación con un constructo complejo y heterogéneo como es el de TLP, los comportamientos ASFS y los rasgos narcisistas de personalidad son más fáciles de definir e identificar por parte de trabajadores de los centros educativos o médicos de atención primaria. Por lo tanto, los rasgos de personalidad narcisista podrían ser un indicador importante y útil para trabajar a nivel terapéutico una intervención temprana en TLP.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los datos utilizados en este análisis consisten en historias clínicas sin oposición a la recogida de datos. El Comité Ético del Hospital Clínico San Carlos aprobó el protocolo de evaluación y todos los participantes firmaron el consentimiento informado.

FINANCIACIÓN

No hubo financiación para este trabajo.

Conflicto de intereses

Cada uno de los autores mencionados ha contribuido sustancialmente a la realización de la investigación subyacente y a la redacción de este manuscrito. Además, a nuestro leal saber y entender, los autores nombrados no tienen ningún conflicto de intereses o de otro tipo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Paris J. Borderline Personality Disorder. *Encycl. Hum. Behav.* Second Ed., vol. 377, 2012, p. 372-6.
2. Esguevillas Á, Díaz-Caneja CM, Arango C, Rey-Mejías ÁL Del, Bernardo EG, Delgado C, et al. Personality organization and its association with clinical and functional features in borderline personality disorder. *Psychiatry Res.* 2018;262:393-9.
3. Jopling EN, Khalid-Khan S, Chandrakumar SF, Segal SC. A retrospective chart review: Adolescents with borderline personality disorder, borderline personality traits, and controls. *Int J Adolesc Med Health.* 2018;30.
4. Too LS, Spittal MJ, Bugeja L, Reifels L, Butterworth P, Pirkis J. The association between mental disorders and suicide: A systematic review and meta-analysis of record linkage studies. *J Affect Disord.* 2019;259:302-13.
5. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet.* 2016;387:1227-39.
6. Gardner KJ, Dodsworth J, Klonsky ED. Reasons for Non-Suicidal Self-Harm in Adult Male Offenders With and Without Borderline Personality Traits. *Arch Suicide Res.* 2016;20:614-34.
7. Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *Am J Psychiatry.* 2007;164:1035-43.
8. Brereton A, McGlinchey E. Self-harm, Emotion Regulation, and Experiential Avoidance: A Systematic Review. *Arch Suicide Res.* 2019:1-24.
9. Baetens I, Claes L, Muehlenkamp J, Grietens H, Onghena P. Non-suicidal and suicidal self-injurious behavior among Flemish adolescents: A web-survey. *Arch Suicide Res.* 2011;15:56-67.
10. Andrewes HE, Hulbert C, Cotton SM, Betts J, Chanen AM. Patterns of Non-Suicidal Self-Injury and Their Relationship with Suicide Attempts in Youth with Borderline Personality Disorder. *Arch Suicide Res.* 2018;22:465-78.
11. Alberdi-Páramo Í, Díaz-Marsá M, Sáiz González MD, Carrasco Perera JL. Association between non-suicidal self-injury and suicidal behavior in borderline person-

- ality disorder: a retrospective study. *Actas Españolas Psiquiatr.* 2021;49:199-204.
12. Portzky G, van Heeringen K, Brent B, Cheung C, Crowell D, Donaldson D, et al. Deliberate self-harm in adolescents. *Curr Opin Psychiatry.* 2007;20:337-42.
 13. Andover MS, Gibb BE. Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Res.* 2010;178:101-5.
 14. Asarnow JR, Porta G, Spirito A, Emslie G, Clarke G, Wagner KD, et al. Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: Findings from the TORDIA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2011;50:772-81.
 15. Hawton K, Witt KG, Salisbury TLT, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, et al. Psychosocial interventions following self-harm in adults: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry.* 2016;3:740-50.
 16. Arensman E, Corcoran P, McMahon E. The iceberg model of self-harm: new evidence and insights. *The Lancet Psychiatry.* 2018;5:100-1.
 17. Geulayov G, Casey D, Bale L, Brand F, Clements C, Farooq B, et al. Suicide following presentation to hospital for non-fatal self-harm in the Multicentre Study of Self-harm: a long-term follow-up study. *The Lancet Psychiatry.* 2019;6:1021-30.
 18. Nakar O, Brunner R, Schilling O, Chanen A, Fischer G, Parzer P, et al. Developmental trajectories of self-injurious behavior, suicidal behavior and substance misuse and their association with adolescent borderline personality pathology. *J Affect Disord.* 2016;197:231-8.
 19. Zanarini M, Frankenburg F, Reich D, Silk K, Hudson J, McSweeney L. The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *Am J Psychiatry.* 2007;164:929-935.
 20. Muehlenkamp JJ, Xhunga N, Brausch AM. Self-injury Age of Onset: A Risk Factor for NSSI Severity and Suicidal Behavior. *Arch Suicide Res.* 2019;23:551-63.
 21. Doihara C, Kawanishi C, Ohyama N, Yamada T, Nakagawa M, Iwamoto Y, et al. Trait impulsivity in suicide attempters: Preliminary study. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2012;66:529-32.
 22. Gvion Y. Aggression, impulsivity, and their predictive value on medical lethality of suicide attempts: A follow-up study on hospitalized patients. *J Affect Disord.* 2018;227:840-6.
 23. Brent D, McMakin D, Kennard B, Goldstein T, Mayes T, Douaihy A. Protecting adolescents from self-harm: a critical review of intervention studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013;52:1260-71.
 24. Kleiman EM, Liu RT. Social support as a protective factor in suicide: findings from two nationally representative samples. *J Affect Disord.* 2013;150:540-5.
 25. Brüderl J, Stähli A, Gysin-Maillart A, Michel K, Reisch T, Jobes DA, et al. Reasons for living and dying in suicide attempters: A two-year prospective study. *BMC Psychiatry.* 2018;18:234.
 26. Bakhiyi CL, Calati R, Guillaume S, Courtet P. Do reasons for living protect against suicidal thoughts and behaviors A systematic review of the literature. *J Psychiatr Res.* 2016;77:92-108.
 27. McClatchey K, Murray J, Chouliara Z, Rowat A. Protective Factors of Suicide and Suicidal Behavior Relevant to Emergency Healthcare Settings: A Systematic Review and Narrative Synthesis of Post-2007 Reviews. *Arch Suicide Res.* 2019;23:411-27.
 28. Liu S, You J, Ying J, Li X, Shi Q. Emotion reactivity, non-suicidal self-injury, and regulatory emotional self-efficacy: A moderated mediation model of suicide ideation. *J Affect Disord.* 2020;266:82-9.
 29. Blasco-Fontecilla H, Baca-García E, Dervic K, Pérez-Rodríguez MM, López-Castromán J, Saiz-Ruiz J, et al. Specific features of suicidal behavior in patients with narcissistic personality disorder. *J Clin Psychiatry.* 2009;70:1583-7.
 30. Valencia-Agudo F, Burcher GC, Ezepeleta L, Kramer T. Nonsuicidal self-injury in community adolescents: A systematic review of prospective predictors, mediators and moderators. *J Adolesc.* 2018;65:25-38.
 31. Abdelraheem M, McAloon J, Shand F. Mediating and moderating variables in the prediction of self-harm in young people: A systematic review of prospective longitudinal studies. *J Affect Disord.* 2019;246:14-28.
 32. Jacobson CM, Muehlenkamp JJ, Miller AL, Turner JB. Psychiatric impairment among adolescents engaging

- in different types of deliberate self-harm. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2008;37:363-75.
33. Nock MK, Joiner TE, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res.* 2006;144:65-72.
 34. APA. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5^a). 5^a. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
 35. Millon T. Trastornos de la Personalidad. Más allá del DSM IV. Barcelona: Masson; 2003.
 36. Zuckerman M, Kuhlman D, Joireman J, Teta P, Kraft M. A comparison of three structural models for personality: The big three, the big five, and the alternative five. *J Pers Soc Psychol.* 1993;65:757-68.
 37. First M, Gibbon M, Spitzer R, Williams J, Benjamin L. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II), Version 2.0. New York, NY Biometrics Res Dep New York State Psychiatr Institute. 2002.
 38. Muehlenkamp JJ, Brausch AM. Protective factors do not moderate risk for past-year suicide attempts conferred by recent NSSI. *J Affect Disord.* 2019;245:321-4.
 39. Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet.* 2012;379:2373-82.
 40. Leichsenring F, Leibling E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. *Lancet.* 2011;377:74-84.
 41. Skegg K. Self-harm. *Lancet*, vol. 366, 2005, p. 1471-83.
 42. Chesin MS, Jeglic EL, Stanley B. Pathways to high-lethality suicide attempts in individuals with borderline personality disorder. *Arch Suicide Res.* 2010;14:342-62.
 43. Burón P, Jimenez-Trevino L, Saiz PA, García-Portilla MP, Corcoran P, Carli V, et al. Reasons for Attempted Suicide in Europe: Prevalence, Associated Factors, and Risk of Repetition. *Arch Suicide Res.* 2016;20:45-58.
 44. Sher L, Fisher AM, Kelliher CH, Penner JD, Goodman M, Koenigsberg HW, et al. Clinical features and psychiatric comorbidities of borderline personality disorder patients with versus without a history of suicide attempt. *Psychiatry Res.* 2016;246:261-6.
 45. Euler S, Stöbi D, Sowislo J, Ritzler F, Huber CG, Lang UE, et al. Grandiose and Vulnerable Narcissism in Borderline Personality Disorder. *Psychopathology.* 2018;51:110-21.
 46. García-Nieto R, Blasco-Fontecilla H, de León-Martínez V, Baca-García E. Clinical Features Associated with Suicide Attempts versus Suicide Gestures in an Inpatient Sample. *Arch Suicide Res.* 2014;18:419-31.
 47. Wright AGC, Stepp SD, Scott LN, Hallquist MN, Beeney JE, Lazarus SA, et al. The effect of pathological narcissism on interpersonal and affective processes in social interactions. *J Abnorm Psychol.* 2017;126:898-910.