

Psicopatología de la bulimia nerviosa: un modelo multidimensional¹

VAZ LEAL, F. J.*; PEÑAS LLEDÓ, E. M.*; GUIADO MACÍAS, J. A.*; RAMOS FUENTES, M. I.* y LÓPEZ-IBOR ALIÑO, J. J.**

* Facultad de Medicina de la Universidad de Extremadura. Badajoz. ** Hospital Clínico de San Carlos. Universidad Complutense. Madrid.

Psychopathology of bulimia nervosa: a multidimensional model

Resumen

Introducción: En los últimos años han sido desarrollados numerosos estudios destinados a aislar dimensiones clínicas dentro de la psicopatología de la bulimia nerviosa. Aunque los rasgos borderline han sido considerados por la mayoría de los autores elementos centrales de la psicopatología bulímica, no han sido incluidos como una variable clínica en ninguno de estos modelos. En este contexto, el presente estudio pretendió validar la consistencia del modelo más complejo propuesto hasta ahora, incorporando los rasgos borderline como una variable clínica.

Material y método: Un grupo de 66 pacientes bulímicas (DSM-IV) de sexo femenino fueron estudiadas con la ayuda de diversos instrumentos de evaluación psicopatológica, realizándose posteriormente un análisis factorial de los ítems obtenidos.

Resultados: Cinco dimensiones básicas de la bulimia nerviosa fueron obtenidas a través del estudio: 1. insatisfacción corporal; 2. conductas alimentarias restrictivas; 3. conductas purgativas; 4. inestabilidad emocional; y 5. conductas disociales.

Conclusiones: Nuestros resultados confirman la idea de que la bulimia nerviosa puede ser definida como un trastorno multidimensional. En nuestro modelo, la dimensión «inestabilidad emocional» incorpora las manifestaciones borderline, que tienden a asociarse intensamente con las conductas autodestructivas y los síntomas depresivos.

Palabras clave: Bulimia nerviosa. Modelos multidimensionales. Psicopatología. Trastorno límite. Trastorno borderline. Inestabilidad emocional.

Summary

Introduction: In recent years, a number of studies have been carried out with the intention of isolating clinical dimensions in the psychopathology of bulimia nervosa. Although borderline personality has been considered a core element of the bulimic psychopathology by most of the authors, it has not been incorporated into any of these models. In this context, the present study was aimed at testing the consistence of the more complex model proposed until now, including in the analysis borderline personality as a clinical variable.

Sample and methods: A group of 66 female patients fulfilling DSM-IV criteria for bulimia nervosa were assessed using a set of clinical instruments. The isolated items were processed using factor analysis techniques.

Results: Five basic dimensions of bulimia nervosa were obtained: 1. body dissatisfaction; 2. restrictive eating behaviors; 3. purging behaviors; 4. emotional instability; and 5. disocial behavior.

Conclusions: Our results support the idea that bulimia nervosa is a multidimensional condition. In our model, the dimension «emotional instability» incorporated borderline features, which tended to be strongly associated to self-defeating behaviors and depressive symptoms.

Key words: Bulimia nervosa. Multidimensional models. Psychopathology. Borderline personality disorder. Emotional instability.

En los últimos años han sido desarrollados diferentes modelos, integrando un número variable de dimensiones clínicas, con la pretensión de conceptualizar de manera satisfactoria la psicopatología propia de la bulimia

nerviosa. En uno de los trabajos pioneros en este campo, Laessle et al (1) estudiaron tres grupos de sujetos (bulímicos, sujetos normales que restringían la alimentación y sujetos normales que comían sin restricciones) y propusieron un modelo basado en dos dimensiones, defendiendo la idea de que los sujetos con tendencias restrictivas y los sujetos con comportamientos bulímicos representaban los dos extremos de un *continuum*. En un estudio similar realizado poco después, Tobin et al (2) llegaron a la con-

¹ Investigación subvencionada con cargo al proyecto 99/0993 (Ministerio de Sanidad y Consumo. Fondo de Investigación Sanitaria). Investigador principal: Prof. Vaz Leal. Asesor del proyecto: Prof. López-Ibor Aliño.

clusión de que la identidad de la bulimia nerviosa en tanto que entidad diagnóstica podía ser mantenida, si bien era posible aislar dentro de ella tres factores centrales: *a)* trastornos afectivos y de personalidad; *b)* conductas bulímicas; y *c)* conductas de restricción alimentaria, dimensiones éstas que permitían definir la psicopatología de la entidad de una forma más apropiada y compleja, apoyando la idea de una conceptualización multifactorial de la misma. Con un estudio similar, Gleaves et al (3) propusieron un modelo tetradimensional, añadiendo a las tres dimensiones previamente citadas una cuarta, representada por la insatisfacción corporal. Posteriormente, Gleaves y Eberenz (4) sometieron a validación este estudio, concluyendo que el modelo más apropiado era aquél que se apoyaba en cinco dimensiones, representadas por: *a)* trastornos afectivos; *b)* conductas autolesivas; *c)* conductas bulímicas; *d)* conductas restrictivas; y *e)* insatisfacción corporal.

Dado que en la mayor parte de los estudios previamente citados se discutía como relevante el papel de la patología límite asociada al cuadro clínico de la bulimia nerviosa, pero que en ninguno de ellos se evaluaba específicamente esta patología, el presente trabajo fue encaminado, por una parte, a confirmar los resultados aportados por la bibliografía y, por otra parte, a intentar situar la patología borderline dentro del modelo resultante, todo ello en el contexto general de un estudio destinado a aislar modelos de subtipificación específicos para la bulimia nerviosa.

MATERIAL Y MÉTODO

Muestra

La investigación se basó en el estudio de 66 pacientes de sexo femenino que consultaron de forma consecutiva en un centro universitario especializado en el tratamiento de trastornos de la alimentación y fueron diagnosticadas de bulimia nerviosa con criterios DSM-IV. Todos los diagnósticos fueron realizados por la misma persona, utilizando como base una entrevista semiestructurada, la *Interview for Diagnosis of Eating Disorders*, IDED (5), traducida al castellano y adaptada a los criterios del DSM-IV.

La media de edad de las pacientes era de 20,0 años (DE 3,9; rango 14-33); el valor medio del índice de masa corporal era de 21,4 (DE 2,7; rango 18,8-37,6); el tiempo medio de evolución del trastorno era de 4,3 años (DE 3,5; rango 0-14). Utilizando los criterios de subtipificación del DSM-IV, seis de las pacientes (9% de la muestra) presentaban formas no-purgativas de bulimia nerviosa, presentando formas purgativas el 91% restante.

Instrumentos de evaluación

Además de hacer posible el diagnóstico, la IDED fue utilizada para obtener información acerca de la severidad

TABLA I Variables aisladas a través de cada uno de los instrumentos aplicados

IDED

- Frecuencia de atracones.
- Frecuencia de vómitos.
- Frecuencia de dietas.
- Frecuencia de uso de laxantes.
- Frecuencia de uso de diuréticos.
- Frecuencia de uso de anorexígenos.
- Frecuencia de uso del ejercicio compulsivo.
- Idea del paciente sobre su peso.

SCL-90

- Somatización.
- Obsesivo-compulsivo.
- Sensitividad interpersonal.
- Depresión.
- Ansiedad.
- Hostilidad.
- Fobias.
- Paranoia.
- Psicoticismo.

SCID-II

- Rasgos paranoides.
- Rasgos esquizoides.
- Rasgos esquizotípicos.
- Rasgos autodestructivos.
- Rasgos límite.
- Rasgos histriónicos.
- Rasgos narcisistas.
- Rasgos disociales.
- Rasgos evitativos.
- Rasgos dependientes.
- Rasgos obsesivo-compulsivos.

BIA

- Imagen corporal identificada como real.
- Imagen corporal identificada como ideal.
- Grado de insatisfacción corporal (diferencia entre la imagen ideal y la percibida como real).

de diferentes manifestaciones clínicas propias del trastorno, tales como atracones, vómitos, uso de laxantes y diuréticos, ejercicio físico compulsivo y dietas estrictas. La psicopatología asociada fue evaluada utilizando la *Symptom Checklist*, SCL-90 (6), la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje II del DSM-III-R, SCID-II (7) y la técnica de evaluación de la imagen corporal, *Body Image Assessment* (BIA), desarrollada por Williamson et al (5). Todos los pacientes fueron evaluados tras su llegada al centro, antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento. Los ítems aislados a partir de los instrumentos descritos aparecen recogidos en la tabla I.

Procedimientos estadísticos

Los 31 ítems contenidos en la tabla I fueron utilizados para realizar un análisis factorial, empleando para ello el método de componentes principales con rota-

TABLA II Resultados del análisis factorial

	<i>Factor 1 Inestabilidad emocional</i>	<i>Factor 2 Insatisfacción corporal</i>	<i>Factor 3 Conductas purgativas</i>	<i>Factor 4 Conductas restrictivas</i>	<i>Factor 5 Conducta disocial</i>	<i>Comunalidad</i>
<i>Variables</i>						
Rasgos límite (SCID)	0,859					0,778
Rasgos autodestructivos (SCID)	0,723					0,703
Rasgos antisociales (SCID)					0,954	0,928
Síntomas depresivos (SCL)	0,858					0,787
Vómitos (IDED)			-0,781			0,676
Laxantes (IDED)			0,755			0,690
Dietas (IDED)				0,625		0,683
Ejercicio (IDED)				0,849		0,799
Idea sobre el peso (IDED)	0,851					0,770
Insatisfacción corporal	0,860					0,773
<i>Varianza</i>						
% varianza explicado	25,23	18,54	11,83	10,80	9,48	
% acumulado	25,23	43,77	55,60	66,40	75,88	
<i>Matriz de transformación</i>						
Factor 1	0,775	-0,436	0,358	0,204	0,196	
Factor 2	0,473	0,671	-0,180	-0,399	0,366	
Factor 3	0,198	-0,354	-0,911	0,069	0,021	
Factor 4	0,079	0,459	-0,096	0,879	-0,033	
Factor 5	-0,359	-0,152	0,013	0,147	0,909	

ción Varimax y fijando en cinco el número de factores a obtener, con vistas a poder comparar los resultados con los referidos en la introducción. Para simplificar la discusión, sólo se consideraron aquellos ítems para los que se obtuvieron en el proceso de extracción valores superiores a 0,40. La tabla II recoge los resultados correspondientes al análisis factorial de las variables incluidas en el estudio.

Posteriormente, y una vez aislados los cinco factores, se correlacionaron los valores correspondientes a los mismos por medio de un análisis de correlaciones bivariadas, obteniéndose en cada caso el coeficiente de Pearson y el nivel de significación.

RESULTADOS

Como se puede observar en la tabla II, los cinco factores obtenidos explicaban el 75,88% de la varianza, por lo que se considera que los resultados derivados del estudio son lo suficientemente fiables como para justificar su consideración y discusión.

El primer factor, es decir, el que contribuía en mayor medida a explicar la varianza, recogía dos ítems que tenían que ver con la existencia de rasgos disfuncionales de personalidad (rasgos límite y autodestructivos), junto a un ítem procedente de la SCL-90 (el factor *depresión* de la escala). Teniendo en cuenta las variables que lo componían, se decidió denominar a este factor *inestabilidad emocional*, ya que recogía síntomas que tenían que ver, básicamente, con el espectro de la patología límite, tal como se define tanto en el DSM-IV como en la CIE-10.

El segundo factor aislado incorporaba un ítem procedente de la IDED (el sentimiento del sujeto de tener sobrepeso, con independencia del peso real que tuviese) y un ítem procedente del BIA (el grado de insatisfacción con el propio cuerpo, que venía dado por la diferencia entre la silueta corporal deseada por el sujeto y la percibida como real). En función de ello, se decidió denominar globalmente a este factor *insatisfacción corporal*.

El tercer factor contenía dos síntomas relativos al área alimentaria y, más específicamente, a las conductas purgativas habitualmente utilizadas por los sujetos con bulimia nerviosa (vómitos autoinducidos y utilización de laxantes), por lo que se denominó a este factor *conductas purgativas*.

El cuarto factor estaba configurado en torno a otros dos síntomas alimentarios, ambos de la esfera no purgativa (utilización de dietas y utilización del ejercicio para el control del peso), de manera que el factor fue denominado *conductas restrictivas*, dado que ambos métodos vienen a corresponder con los utilizados tanto en las formas no purgativas de bulimia como en las formas restrictivas de anorexia nerviosa, es decir, corresponden a técnicas encaminadas a controlar el peso por medio de la restricción calórica o del incremento del consumo de calorías.

El quinto y último factor estaba compuesto por un solo ítem procedente de la SCID, los rasgos disociales de personalidad, motivo por el que se dio la denominación de *conducta disocial* a este factor.

Tras realizar el estudio de correlación, se observó que el factor *inestabilidad emocional* se correlacionaba de forma significativa con el factor *conducta disocial* (Co-

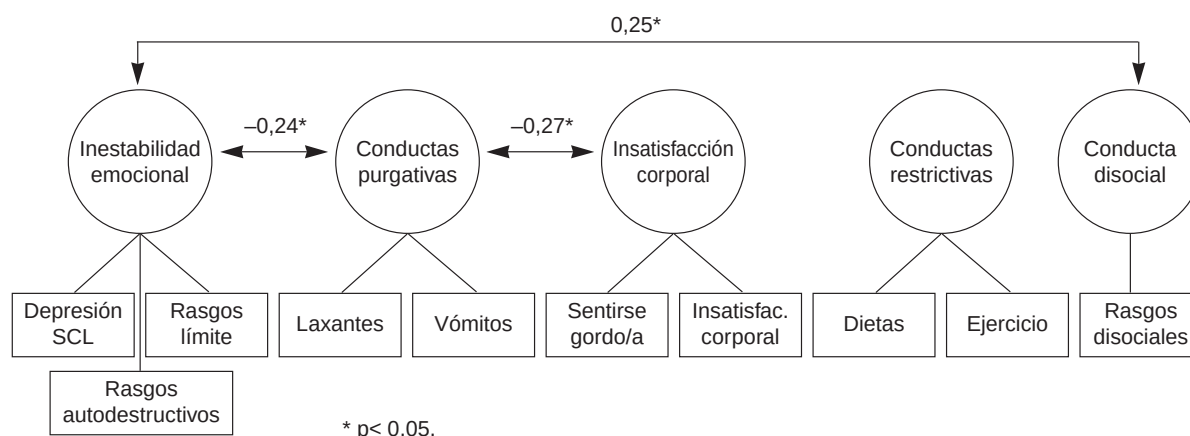


FIG. 1.— Representación esquemática de los factores obtenidos y de las correlaciones entre los mismos.

relación de Pearson 0,25; significación bilateral 0,039). El factor *insatisfacción corporal*, por su parte, se correlacionaba de forma significativa y negativa tanto con el factor *conductas purgativas* (correlación de Pearson $-0,24$; significación bilateral 0,044) como con el factor *conductas restrictivas* (correlación de Pearson $-0,27$; significación bilateral 0,023). Para facilitar el seguimiento de la discusión, los resultados significativos procedentes del análisis factorial y del estudio de regresión han sido representados de forma gráfica en la figura 1.

DISCUSIÓN

En primer lugar, consideramos que nuestro estudio confirma la utilidad de los modelos multidimensionales a la hora de explicar la psicopatología de la bulimia nerviosa. Tomando en consideración los datos que acabamos de reseñar, podemos observar cómo el cuadro bulímico emerge de la intersección de dos grandes grupos de manifestaciones clínicas, relacionadas con la sintomatología alimentaria, por una parte, y con determinados rasgos disfuncionales de personalidad, por otra, asociándose a estos últimos los síntomas depresivos de forma significativa. Pensamos que esta doble dimensión básica (síntomas alimentarios purgativos/no purgativos y rasgos disfuncionales de personalidad) confirma y al mismo tiempo marca las limitaciones de las clasificaciones basadas exclusivamente en la presencia o ausencia de síntomas relacionados con la alimentación, como puede ser el caso del DSM-IV o la CIE-10, en las que el cuadro queda casi exclusivamente definido por las manifestaciones clínicas que hacen referencia a la sintomatología relacionada con la función alimentaria o la insatisfacción corporal. En este sentido, la existencia de alteraciones de la personalidad ha sido definida como un factor de predisposición para padecer trastornos alimentarios (8-9), como una consecuencia de las alteraciones orgánicas inducidas

por la disfunción alimentaria (10-11), o como un fenómeno independiente de la disfunción alimentaria (12). Los estudios clínicos sugieren, en conjunto, que entre el 53 y el 93% de las pacientes bulímicas presentarían al menos un trastorno de la personalidad, y entre el 37 y el 56% dos o más. Para una revisión sobre el tema consultar Wonderlich (13). En este contexto de discusión, nuestro estudio introduce la dimensión «personalidad» dentro de la sintomatología básica del síndrome bulímico y pone en evidencia determinados aspectos que más adelante discutiremos.

Nuestro trabajo, considerado de una forma global, viene a confirmar los resultados procedentes del estudio de Gleaves y Eberenz (4) que nos sirvió como punto de arranque. Como se puede observar, a pesar de haber partido en nuestro caso de un conjunto inicial de 31 variables incluidas en el análisis factorial, tan sólo 10 de las variables han mostrado tener el peso suficiente como para ser incorporadas a los factores resultantes. Estas variables son en gran medida coincidentes con las que resultaron seleccionadas en el estudio de Gleaves y Eberenz, ya que los factores relativos a insatisfacción corporal, conductas restrictivas y conductas purgativas aparecían allí de forma muy similar a como aparecen en nuestro estudio. Sin embargo, en el estudio de estos autores los síntomas relativos a la depresión y las conductas autolesivas aparecen separados en dos factores diferentes, mientras que en el nuestro apreciamos cómo síntomas depresivos, rasgos borderline y rasgos autodestructivos tienden a aparecer de forma conjunta, agrupándose en el mismo factor. Pensamos que este hecho no es casual. La existencia de una alta prevalencia de patología límite en los pacientes con bulimia nerviosa ha sido señalada por diferentes autores, aunque este hecho genera algunas discrepancias, como consecuencia sobre todo de la disparidad de los resultados obtenidos en los diferentes estudios. La prevalencia del trastorno límite en pacientes bulímicos parece oscilar entre

el 2 y el 75% (13) y esta variabilidad podría deberse al hecho de que los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa y el trastorno límite pueden superponerse parcialmente, o bien, a la concurrencia de síntomas depresivos capaces de conducir a un diagnóstico sobredimensionado del trastorno límite de la personalidad. Autores como Zanarini et al (14) han apoyado esta hipótesis, aportando datos acerca del alto grado de comorbilidad entre bulimia nerviosa y depresión. Sin embargo, otros estudios han demostrado que, aun cuando la variable depresión se controla, los pacientes con trastornos alimentarios continúan mostrando una prevalencia altamente significativa de trastornos de la personalidad (15). Nuestro estudio parece venir a dar la razón a aquéllos que defienden, si no la identidad, sí al menos el paralelismo entre patología límite y depresión. La incorporación de los rasgos autodestructivos, que podría asociarse a la patología límite por la vía de la impulsividad y a la depresión a través de la culpa, da lugar a un conjunto sintomático que podría derivar de un mecanismo etiopatogénico común (y que tendría quizá que ver con un déficit serotoninérgico capaz de propiciar la aparición de síntomas depresivos, oscilaciones en el estado de ánimo y conductas autoagresivas). Aunque, como ya hemos señalado, en el estudio de Gleaves y Eberenz (4) depresión y conductas autoagresivas aparecen en factores independientes, en nuestro estudio confluyen, lo que podría interpretarse en el sentido de que la patología límite podría ser un elemento articulador que actuase como nexo entre ambos tipos de manifestaciones (quizá a través de la impulsividad). De hecho, tradicionalmente la bulimia nerviosa ha sido relacionada con un pobre control de impulsos, con la tendencia al *acting-out* y con una baja tolerancia a la frustración (13). Estos factores podrían actuar, en determinadas circunstancias, favoreciendo la aparición de los síntomas relacionados con la alimentación, tales como los episodios de ingesta excesiva o los vómitos (16, 17). De hecho, algunos autores han defendido la existencia de una variedad clínica de bulimia nerviosa que ha sido denominada genéricamente «bulimia multi-impulsiva» (18-20), forma clínica caracterizada por la presencia de conductas que tienen como denominador común la impulsividad (auto y heteroagresividad, consumo de tóxicos, cleptomanía, promiscuidad sexual, etc.) y que se asocian de forma significativa a una mala evolución clínica (21-23). No está muy claro, a estas alturas, que las formas multi-impulsivas constituyan por sí mismas una variedad específica de bulimia, ni que sean independientes de la inestabilidad emocional apreciable en un gran número de pacientes. Nuestros resultados vienen a reforzar esta idea, al mostrar cómo los rasgos borderline, los rasgos autodestructivos y los síntomas afectivos tienden a agruparse. De este modo, la *dimensión impulsiva* de la bulimia nerviosa parece estar fuertemente condicionada por la existencia de síntomas depresivos y rasgos borderline y autodestructivos de personalidad, existiendo dudas acerca de la existencia de una dimensión multi-impulsiva de la personali-

dad ajena a otras manifestaciones, como proponen los autores del término.

En relación con el comportamiento alimentario, la existencia en nuestro estudio de dos grandes factores agrupando a las conductas de restricción alimentaria (dietas y ejercicio) y a las conductas de purga (uso de vómitos o de laxantes como mecanismos de compensación ante la sobreingesta), viene a confirmar la diferenciación entre formas «purgativas» y «no-purgativas» propuesta por el DSM-IV. Al mismo tiempo, el hecho de que ambas manifestaciones se organicen en torno a la insatisfacción corporal viene a dar la razón a la CIE-10 cuando defiende el estrecho parentesco de la bulimia nerviosa en relación con la anorexia nerviosa, entidad clínica en la que estas tres dimensiones (insatisfacción con el aspecto corporal, conductas de limitación de la ingesta y, eventualmente, conductas de descontrol alimentario) están también presentes, configurando la sintomatología central del trastorno. El hecho de que exista una correlación negativa entre los factores que agrupan a las conductas purgativas y restrictivas y la insatisfacción corporal tendría que ver con la efectividad de dichas conductas. En un trabajo anterior (24) hemos discutido este mecanismo, planteando cómo la efectividad de las conductas compensadoras del aumento de peso (tanto purgativas como no-purgativas) daría lugar a una disminución de la insatisfacción corporal y, al mismo tiempo, actuarían reforzando positivamente la persistencia de dichas conductas. El hecho, finalmente, de que el uso de laxantes y la tendencia al vómito aparezcan en el factor correspondiente a las conductas de purga con signos opuestos viene a confirmar un hallazgo del que hemos dado cuenta en un artículo reciente (25), en el que hemos defendido la necesidad de diferenciar entre aquellos métodos que tienen una efectividad a corto plazo a la hora de neutralizar la sobreingesta (vómitos) y aquellos otros métodos en los que la efectividad se observa con carácter diferido (como sucede con el uso de laxantes, diuréticos o fármacos reductores del apetito).

CONCLUSIÓN

Como ya se ha señalado, el estudio que acabamos de reseñar confirma la utilidad de los modelos multidimensionales a la hora de dar cuenta de la psicopatología de la bulimia nerviosa. Creemos que nuestros resultados plantean la necesidad de considerar sistemáticamente la dimensión *personalidad* en la valoración de los pacientes bulímicos y de analizar su utilidad como criterio para la subtipificación, en el sentido en que hoy se utilizan otros elementos de tipo clínico, como las conductas purgativas. Además de plantear la identidad (e incluso reforzar la idea de una identidad a nivel neurobiológico) de un conglomerado de síntomas que agrupa a los síntomas depresivos, los rasgos límite de personalidad y las conductas autoagresivas, nuestros resultados abren interrogantes que necesitarán ser confirmados en futuros trabajos de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Laessle RG, Tuschl RJ, Waadt S, Pirke KM. The specific psychopathology of bulimia nervosa: a comparison with restrained and unrestrained (normal) eaters. *J Consult Clin Psychol* 1989;57:772-5.
2. Tobin DL, Johnson C, Syeinberg S, Staats M, Dennis AB. Multifactorial assessment of bulimia nervosa. *J Abnorm Psychol* 1991;100:14-21.
3. Gleaves DH, Williamson DA, Barker SE. Confirmatory factor analysis of a multidimensional model of bulimia nervosa. *J Abnorm Psychol* 1993;102:173-6.
4. Gleaves DH, Eberenz KP. Validating a multidimensional model of the psychopathology of bulimia nervosa. *J Clin Psychology* 1995;51:181-9.
5. Williamson DA, Davis CJ, Duchman EG, McKenzie SJ, Watkins PC. Assessment of eating disorders. Obesity, anorexia, and bulimia nervosa. Nueva York: Pergamon Press; 1990.
6. Derogatis LR. Symptom Checklist manual. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1977.
7. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First MB. Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II, Version 1.0). Washington DC: American Psychiatric Press; 1990.
8. Bruch H. Eating disorders: obesity, anorexia and the person within. Nueva York: Basic Books; 1973.
9. Casper R. Personality features of women with good outcome from restricting anorexia. *Psychosom Med* 1990;52:156-70.
10. Strober M. Personality factors in anorexia nervosa. *Pediatrician* 1985;12:134-8.
11. Sohlberg S, Strober M. Personality in anorexia nervosa: an update and a theoretical integration. *Acta Psychiatr Scand* 1994;378(Supl):1-15.
12. Wonderlich SA, Mitchell MD. Eating disorders and personality disorders. En: Yager J, Gwirtsman HE, Edelstein CR, eds. Special problems in managing eating disorders. Washington DC: American Psychiatric Press; 1992. p. 60-72.
13. Wonderlich SA. Personality and eating disorders. En: Brownell KD, Fairburn CG, eds. Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook. Nueva York: Guilford; 1995. p. 171-6.
14. Zinarini MC, Frankenburg FR, Pope HG, Hudson JI, Yurgelund-Todd D, Cicchetti CJ. Axis II comorbidity of normal-weight bulimia. *Compr Psychiatry* 1990; 30:20-4.
15. Carroll JM, Touyz SW, Beumont PJV. Specific comorbidity between bulimia nervosa and personality disorders. *Int J Eat Disord* 1996;19:159-70.
16. Swift WJ, Wonderlich SA. Personality factors and disorders in eating disorders: Traits, disorders, and structures. En: Garner DM, Garfinkel PE, eds. Diagnostic issues in anorexia nervosa and bulimia nervosa. Nueva York: Brunner/Mazel; 1988. p. 112-64.
17. Vitousek K, Manke F. Personality variables and diagnoses in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Abnorm Psychol* 1994;103:137-48.
18. Lacey JH. Self damaging and addictive behaviour in bulimia nervosa. *Br J Psychiatry* 1993;163:190-4.
19. Lacey JH, Evans CDH. The impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. *Br J Addict* 1986;81:715-23.
20. Lacey JH, Read TRC. Multi-impulsive bulimia: description of an inpatient eclectic treatment programme and a pilot follow-up study of its efficacy. *Eating Disord Rev* 1993;1:22-31.
21. Fichter MM, Quadflieg N, Rief W. Course of multi-impulsive bulimia. *Psychol Med* 1994;24:591-604.
22. Sohlberg S, Norring C, Holmgren S, Rosmark B. Impulsivity and long-term prognosis of psychiatric patients with anorexia nervosa/bulimia nervosa. *J Nerv Ment Dis* 1989;177:249-58.
23. Vaz FJ. Outcome of bulimia nervosa: prognostic indicators. *J Psychosom Res* 1998;45:391-400.
24. Vaz FJ, Peñas EM. Estudio diferencial de las formas completas y subclínicas de bulimia nerviosa. *Actas Esp Psiquiatr* 1999;27:359-65.
25. Vaz FJ, Peñas EM, Ramos MI, López-Ibor JJ, Guisado JA. Subtype criteria for bulimia nervosa: short- vs. long-term compensatory behaviors. *Eating Disorders: J Treatment Prevention* 2001 (en prensa).

Correspondencia:
Francisco J. Vaz Leal
Área de Psiquiatría
Facultad de Medicina
Avda. de Elvas, s/n
06071 Badajoz
E-mail: fjvaz@unex.es