



UNIVERSIDAD DE VALENCIA

DISEÑO Y PRESENTACIÓN DE INFORMES Y TRABAJOS CIENTÍFICOS

ANOREXIA

Enrique Cuñat Lucio
Valencia, Mayo de 2008

ÍNDICE

1. Introducción.....	4
2. Reseñas históricas.....	5
3. Concepto de anorexia.....	6
4. Presión social y estereotipos sociales.....	7
5. Trastornos de la anorexia: cambios conductuales, afectivos, biológicos y culturales.....	9
6. Anorexia nerviosa en los varones.....	11
7. Tratamiento de la anorexia.....	13
8. Conclusión.....	15

ÍNDICE DETALLADO

1. Introducción.....	4
2. Reseñas históricas.....	5
3. Concepto de anorexia.....	6
4. Presión social y estereotipos sociales.....	7
5. Trastornos de la anorexia: cambios conductuales, afectivos, biológicos y culturales.....	9
5.1. Comportamiento ingestivo.....	9
5.2. Hiperactividad.....	9
5.3. Comportamiento familiar.....	9
5.4. Conducta social y sexual.....	10
5.5. Trastornos afectivos.....	10
5.6. Cambios biológicos.....	10
5.7. Exploración física general.....	10
5.8. Manifestaciones cardiovasculares.....	10
5.9. Manifestaciones gastrointestinales.....	10
5.10. Manifestaciones hematológicas.....	10
5.11. Otros cambios biológicos.....	11
6. Anorexia nerviosa en los varones.....	11
6.1. Semejanzas.....	11
6.2. Diferencias.....	11
7. El tratamiento de la anorexia.....	13
7.1. Terapia nutricional.....	14
7.2. Psicoterapia tradicional.....	14
7.3. Modificación de la conducta.....	14
8. Conclusión.....	15

1. INTRODUCCIÓN

Podemos considerar, erróneamente, la presencia de forma cíclica de algunas enfermedades en función de su mayor o menor divulgación en los medios de comunicación de masas. En ocasiones, por producirse la incidencia en poblaciones vulnerables o en situaciones de especial relevancia por su dramatismo estos casos cobran una enorme presencia en los medios y por el contrario, en otros momentos, dejan de ser “noticia”, pero el problema pervive.

Un reciente estudio de las Consejerías de Sanidad y Educación de la Comunidad Valenciana, publicado en el diario Levante- EMV de 15 de abril del 2008 realizado en el año 2007 a través del Programa de Detección e Intervención Precoz de Trastornos de la Conducta Alimentaria comprobó 140 casos de anorexia y bulimia en 184 centros escolares valencianos. Este estudio nos demuestra la prevalencia de este trastorno de la esfera alimentaria en la sociedad.

2. RESEÑAS HISTÓRICAS

En la historia el primer caso de anorexia se dio en Catalina de Siena. Con 26 años su idea de dedicar su vida a Dios chocaron con los planes de sus padres de casarla.

Esta situación la llevó a encerrarse en su habitación a maltratarse no comiendo consiguiendo ingresar al final en la orden dominicana pero con la mitad de su peso.

Históricamente la palabra anorexia era utilizada por los médicos como sinónimo de falta de apetito, inapetencia y ciertos trastornos del estómago.

Richard Morton fue el primero que hizo una descripción del cuadro de anorexia. Describió a una paciente de 18 años que presentaba los síntomas propios de la anorexia nerviosa: adelgazamiento, dedicación obsesiva al estudio, pérdida de apetito...

En el siglo XX se conoce la anorexia nerviosa como un miedo a engordar, pero antes del siglo XX no se tenía muy claro si las muchachas que la padecían tenían miedo a engordar o no. Esto se cuestionaba ya que muchas motivaciones eran religiosas o espirituales

En las sociedades primitivas, las mujeres gordas tenían más atractivo sexual que las delgadas. Una mujer gorda constituía una señal de estatus elevado, de prestigio.

En todas las culturas se han llevado a cabo procedimientos para cambiar alguna característica corporal para incrementar el atractivo social y sexual. Utilizando pinturas, cosméticos pero hasta la llegada del mundo moderno no se encuentran culturas donde se pretende tener más atractivo social aumentando o disminuyendo su cuerpo.

Un cuerpo de mujer abundante era signo de lujo, la delgadez era símbolo de muerte.

3. CONCEPTO DE ANOREXIA

“Tanto el niño como el animal recién nacido poseen desde el primer momento los elementos necesarios para comportarse de una determinada manera ante el alimento. Son de dos tipos: unos instintivos, naturales y no condicionados, y otros adquiridos dados por la educación y condicionados” (J. de Ajuriaguerra, 1977, p. 182)

La anorexia nerviosa es un trastorno del comportamiento alimentario que se caracteriza por una pérdida significativa del peso corporal producida normalmente por la decisión voluntaria de adelgazar. Este adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos, especialmente “los que engordan” y también con cierta frecuencia mediante vómitos, uso indebido de laxantes, ejercicio físico exagerado y consumo de anorexígenos, diuréticos... “existen dos rasgos básicos de la personalidad que están muy presentes en las personas que padecen anorexia: el perfeccionismo y un temperamento fuerte” (Karwautz, 2003, p. 179). El trastorno suele iniciarse entre los 14 y 18 años de edad, pero en los últimos tiempos está descendiendo la edad del inicio. “también hay quien considera importantes la predisposición o ciertos componentes constitucionales. Muchos autores coinciden en señalar que la anorexia suele producirse en niñas de una especial constitución fisiológica: las de morfología miniatura, las de morfología de cariz ectomórfico, las asténicas y las longilíneas poseedoras del tipo leptosómico (J. de Ajuriaguerra, 1977, p. 189). Hay un completo acuerdo en considerar que la anorexia mental masculina es mucho más rara que la de la mujer. La mortalidad se sitúa entre el 8 y el 10% pero cuando la enfermedad dura más de 30 años este dato se eleva al 18%.

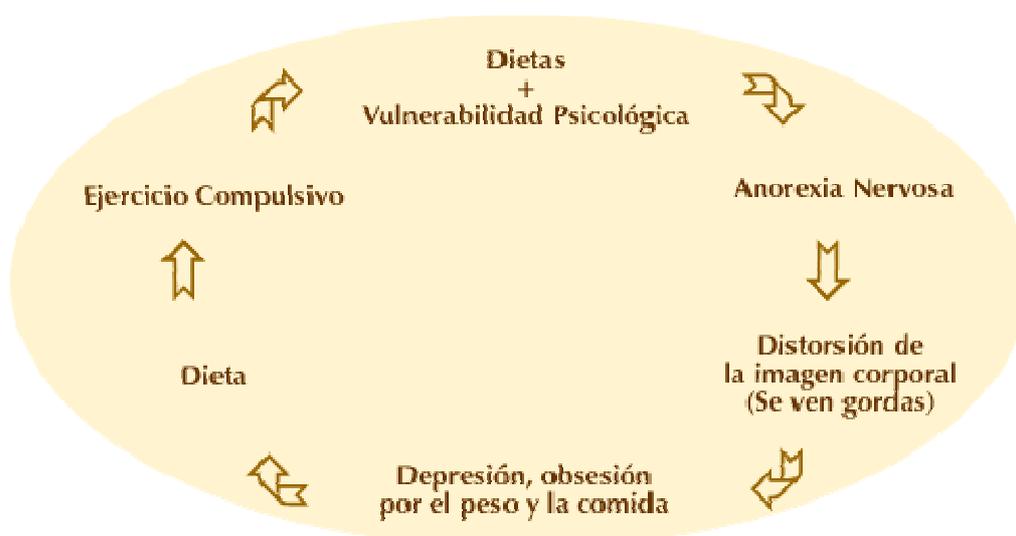


Figura 1: El ciclo de la anorexia (Ciclo)

4. PRESIÓN SOCIAL Y ESTEREOTIPOS SOCIALES

Las dimensiones corporales de la mujer han sido valoradas de distintas maneras en diferentes épocas de la historia del mundo occidental.

La imagen de un modelo ideal de belleza, compartido y reconocido socialmente, supone una presión altamente significativa en todos y cada uno de los miembros de la población. Las mujeres que encarnan o se identifican con ese modelo tienen razones para valorarse positivamente. Quienes no reúnen estas características, padecen baja autoestima.

En el establecimiento de los modelos estéticos, intervienen multitud de factores, pero para que la restricción ingestiva se inicie no basta con que la persona tome la decisión de reducir las dimensiones de su cuerpo, sino que es necesario que sufra las influencias sociales. Éstas se canalizan a través de los demás y del ambiente.

Un canal importante y de influencia efectiva son los medios de comunicación de masas. Nos hallamos inmersos en una sociedad donde TV, prensa, radio, bombardean continuamente a los ciudadanos con múltiples mensajes, es la coacción publicitaria. Medios de comunicación que actúan como portavoces y creadores de los estereotipos estéticos corporales que surgen en la población.

El cine, la fotografía, los reportajes sobre métodos de adelgazamiento contribuyen a determinar el estado de opinión y evaluación corporal. Pero, además, todo este mundo de palabras e imágenes van a crear un importantísimo mercado descubierto por los comerciales y productores de más de mil recursos de adelgazamiento.

El estado de opinión, por tanto queda en cierto modo enriquecido en una publicidad comercial, que con sus mensajes incorporan el estereotipo estético, lo concreta y potencia.

En los años 60, se da el fenómeno Twiggy. Una chica inglesa, francamente esquelética, que se introdujo como un ciclón en el mundo de la moda de América y Europa. La aparición de este fenómeno Twiggy es un hecho clave para entender el incremento epidémico de los trastornos en el comportamiento alimentario. Las investigaciones clínicas y epidemiológicas reflejan un incremento de personas afectadas por los trastornos alimentarios a partir de los años 70 en los países occidentales, incremento que se exagera en la década de los 80. (**Lázaro, 1999, p. 49**). Ésta preocupación e insatisfacción suscitada por el propio cuerpo, tiene que encontrar alguna vía de solución. Los afectados intentan resolver sus problemas eligiendo entre múltiples alternativas. Ésta es la técnica para adelgazar más difundida y más peligrosa en cuanto al riesgo de sufrir trastornos del comportamiento alimentario.

Como ejemplo esta pirámide de alimentación publicada en un visitado blog de una página web proanorexia.



Figura 2: Pirámide representativa de la “dieta” de un anoréxico/a (Pirámide)

Es indudable la acción perversa del mundo relacionado con la moda y la estética en la constitución de unos modelos que llevan a comportamientos de grave riesgo para la salud en una población vulnerable por sus características: “La mezcla de atrevimiento y cinismo con que se promociona la delgadez femenina oficial por parte de los sumos estetas creadores de la moda resulta, a veces, escalofriante. ... ¡Yo no promociono ni estoy a favor de la anorexia! Pero creo que si voy a enseñar mi ropa, prefiero enseñarla en personas delgadas. La ropa sienta mejor a la gente que cuida de su cuerpo y que está delgada. La imagen es importantísima”. (J. Toro, 1996, p.)

5. TRASTORNOS DE LA ANOREXIA: CAMBIOS CONDUCTUALES, AFECTIVOS, BIOLÓGICOS Y CULTURALES

5.1. **Comportamiento ingestivo:** los primeros cambios son el inicio de una dieta restrictiva. Suele iniciarse limitando y/o suprimiendo los hidratos de carbono mediante la reducción o supresión de grasas y acaba en la limitación de la ingesta proteínica.

Suelen utilizar varios recursos:

- Vómitos.
- Uso de laxantes: suelen padecer estreñimiento y para vencerlo utilizan laxantes ya que piensan que "a más retención, más peso". Su problema es la falta de información.
- La utilización de diuréticos: disminuyen así la retención líquida y, por tanto, de peso.

Las conductas que realizan son extravagantes, raras e incluso compulsivas. Aumenta todo lo relacionado con la alimentación y el peso: conversaciones, lecturas... Se informa de todo lo relacionado con las mil y una dietas posibles, el uso de cremas, colecciona libros, recetas... Suele incluso preocuparse hasta de lo que se comen en su casa.

Realizará rituales con la comida como desmenuzarla, la reparte en el plato, la esconde en los bolsillos, la almacena en la boca para escupirla después, toma alimentos del plato de los demás que luego abandona sin probar...

5.2. **Hiperactividad:** es la práctica de la actividad física de manera obsesiva. Así camina varios kilómetros al día, estudia paseando o de pie, hace abdominales para realizar un mayor gasto calórico.

5.3. **Comportamiento familiar:** la disminución de la ingesta alimenticia por parte de la anoréxica, desencadena la ansiedad familiar. Una vez en marcha la ansiedad, se producirá el consiguiente repertorio de intervenciones con finalidad correctiva. "El rechazo de la alimentación adquiere para los padres un cariz de gravedad y de catástrofe frente al cual, agredidos, heridos y muy inquietos se reorganizan cada uno en la célula familiar. La niña que hasta entonces evolucionaba bastante bien, obediente, demasiado obediente, teniendo con sus congéneres unos contactos fugaces y superficiales, a veces algo mimada, casi siempre admirada, se convierte en una agresora poniendo peligrosamente en cuestión la catarsis narcisista de la que es el objeto; pasando de ser una prueba de éxito a ser la prueba de la impotencia de los padres. (J. de Ajuriaguerra, 1977, p.195). Cuando una palabra o un gesto consiguen resultados positivos en la ingesta, son considerados como comportamientos que resultan reforzados positiva o negativamente. Así aumenta el intervencionismo familiar, es decir, un conjunto de estímulos de distinto orden que forzosamente va a influir sobre el comportamiento de la anoréxica

5.4. **Conducta social y sexual:** el sentimiento de ser diferente, de no poder ser comprendida por los demás, la ocultación de su problema, la evitación de situaciones donde la comida se plantea como obligación o como tentación. Todos éstos y muchos otros factores contribuyen a la irregularidad y/o inestabilidad de los intercambios sociales. Los pacientes con trastornos alimentarios tienen un déficit en sus relaciones sociales y en sus apoyos sociales (**karwautz, 2003, p. 131**). También es una realidad la disminución del interés, de la práctica y del placer sexual por parte de las anoréxicas.

5.5. **Trastornos afectivos:** existe una relación entre la anorexia nerviosa y los trastornos afectivos ya que las anoréxicas suelen manifestar síntomas depresivos

5.6. **Cambios biológicos:** no siempre el problema de la pérdida de peso es el que lleva a los familiares de las anoréxicas a la consulta médica sino manifestaciones clínicas consecuencias de la anorexia nerviosa: estreñimiento, insomnio, aparición de intensa debilidad muscular, calambres...

5.7. **Exploración física general:** su deseo de pérdida de kilos a veces ha sido comentado y comienza con una dieta que va a sobrepasar.

Como consecuencia va a disminuir la masa del tejido adiposo y muscular, con pérdidas de un 25% del peso. Las anoréxicas van a presentar un aspecto marchito y envejecido, con una faz triste que intentan aparentar desarrollando una actividad física normal o exagerada.

Físicamente, la piel aparece seca e incluso agrietada y tiene un aumento de la pigmentación de la piel. Las palmas de las manos y las plantas de los pies presentan una coloración amarillenta y fríos produciendo que las uñas se vuelvan más quebradizas y no es raro que se produzca una caída de cabello. Aún así se atenúan las proporciones femeninas normales características, manteniéndose el desarrollo mamario o encontrándose a lo sumo una cierta reducción de tamaño.

También se puede encontrar en la exploración de alteraciones dentarias, la descomposición del esmalte y la caries provocados por los repetidos episodios de vómitos.

5.8. **Manifestaciones cardiovasculares:** suelen producirse braquicardias e hipotensión. En el corazón se describe el adelgazamiento de la pared del ventrículo izquierdo, disminución del tamaño de las cavidades y disminución del trabajo cardíaco.

5.9. **Manifestaciones gastrointestinales:** las enfermas anoréxicas presentan un vaciado gástrico retardado y una disminución del movimiento intestinal que produce sensación molesta de hinchazón y flatulencia que en muchos casos se acompañan de dolor abdominal y estreñimiento.

5.10. **Manifestaciones hematológicas:** la anemia es relativamente frecuente. En la mayoría de las pacientes, la anemia es normocrómica, pero en algunas es ferropénica (ingesta deficiente de hierro).

5.11. **Otros cambios biológicos:** uno de ellos es la elevación de las concentraciones séricas de carotenos, responsables de la pigmentación amarillenta que presentan algunas pacientes y no aparece en otras formas de malnutrición.

También pueden observarse cifras moderadamente bajas de HDL-colesterol. Sin embargo, en más de la mitad de las pacientes con anorexia nerviosa se observan hipercolesterolemias, con elevación de LDL-colesterol y con niveles normales de triglicéridos.

6. ANOREXIA NERVIOSA EN LOS VARONES.

La anorexia es más frecuente en las mujeres que en los varones pero esto no quiere decir que no haya hombres que lo padezcan, son pocos pero los hay (no llegan a 100 los casos descritos por la literatura médica antes de 1986).

Debido a que son pocos los varones que la padecen, se ha llegado a considerar diferente de la anorexia femenina. Se han hecho comparaciones entre las características clínicas y evolutivas de varones y mujeres anoréxicos

6.1. Semejanzas

- Fobia ante el peso
- Ideal de delgadez
- Edad media de inicio del trastorno
- Clase socioeconómica de procedencia
- Características del peso previo
- Duración de la enfermedad en el momento de la consulta
- Seguimiento de dietas de adelgazamiento
- Orden en la familia, número de hermanos
- Tipo de relaciones infantiles con compañeros/ as
- Actividad sexual premorbida
- Rendimiento académico
- Enfermedades mentales en los padres
- Trastornos de peso en la familia

6.2. Diferencias

- En algunos de los procedimientos empleados para luchar contra el aumento de peso, las mujeres utilizan más laxantes.
- Los varones han practicado más deportes que las mujeres.
- Los controles de seguimiento entre los 2 y los 20 años después de la consulta parecen señalar unos resultados más optimistas en los varones, pero sin alcanzar diferencias significativas.

“En algunos casos se advierte un importante retraso en el desarrollo físico y genital, puede también tener su origen en una oligofagia muy temprana. Hay diversos tipos de personalidad: obsesiva, fóbica, histérica o esquizoide. Algunos creen que la anorexia masculina y la femenina se diferencian en la hiperactividad presentándose en los hombres la apatía y la pasividad” (**J. de Ajuriaguerra, 1977, p. 195**). En la práctica clínica se observa que los varones anoréxicos más que "estar delgados" desean " no estar gordos", por eso se preocupan por conseguir una cierta musculatura para " impresionar a las chicas". Además los varones adolescentes experimentan mucha mayor presión social hacia el ejercicio físico intenso, asumiendo y practicando lo que se ha denominado " fisicalidad".

7. EL TRATAMIENTO DE LA ANOREXIA

La intervención a menudo es utilizada por quienes quieren a la persona afectada y les preocupa su conducta, sea un trastorno de la ingesta, abuso de drogas o alcohol u otras clases de comportamientos autodestructivos. La intervención puede ser un medio eficaz de comunicar su preocupación, establecer algunas reglas y quizás que la persona afectada, decida buscar ayuda.

Para intentar una intervención es necesario

1- Si es posible, es positivo comentar la intención con un consejero o médico de cabecera.

2- Es necesario planear la intervención con cuidado. Quienes deben de estar allí, padres, hermanos, novios... En general las personas idóneas son las más próximas al paciente, quienes la vean con más frecuencia y aquellas cuyas vidas se han visto afectadas por su conducta.

3- Es necesario conocer los hechos para así poder dar a la afectada razones de su preocupación: No es conveniente criticar y decir " estás destruyendo a esta familia" es perjudicial y melodramático- aunque pueda ser verdad -. En su lugar se podría decir que se siente preocupación por su salud, quizá incluso por su vida.

4- Hay que mantenerse firme. Puede que no se produzca un milagro de la noche a la mañana, pero eso no es razón para cambiar su opinión de que existe un problema.

5- Es normal esperar resistencia de la anoréxica. Obtienen una sensación de orgullo e identidad del hecho de estar delgadas y se sienten atacadas cuando alguien trata de cambiarlo.

6- Es conveniente documentarse. Hay que leer bibliografías sobre el tema de la ingesta, ver si hay algún programa o campo de apoyo en su comunidad.

7- Hay que recordar en todo momento el propósito de la intervención. Su objetivo es ayudar a la persona afectada. Si no se consigue la primera vez, hay que continuar intentándolo; no hay que renunciar ni perder de vista el objetivo.

8- Es necesario reconocer los miedos de la paciente. Para una anoréxica, la idea de cambiar de hábitos mantenidos durante meses, quizá años, asusta de verdad porque comenzará a pensar o temer que se está intentando convertirla en una gorda. No hay que minimizar estas preocupaciones aunque parezcan irracionales.

9- No es conveniente esperar. Es muy importante intervenir pronto porque probablemente no se conseguirá resultados inmediatos. Quizás se requieran varios días o varias semanas para que una anoréxica acepte finalmente buscar ayuda.

10- No hay que olvidar las propias necesidades de quien realiza la intervención. Un trastorno de ingesta tiene efectos en la vida de la familia. Es bueno a veces buscar asistencia sociopsicológica o encontrar un grupo de apoyo para asegurarse de que se está cuidando de manera correcta.

7.1. Terapia nutricional: el objetivo de esta terapia es ayudar a la paciente a asumir que puede comer todo lo que quiera con moderación. Para lograrlo ella debe estar libre del temor a que todo lo que coma le hará engordar. Deberá enfrentarse a una firme prueba de que está demasiado delgada, pérdida de la menstruación, el hecho de que siente frío todo el tiempo... Éste simple enfoque, reconociendo los miedos de la paciente pero insistiendo en que coma de todos modos, ha obtenido resultados excelentes.

7.2. Psicoterapia tradicional: Los medios de esta psicoterapia animan a la paciente a reflexionar acerca de su infancia, sueños y sentimientos no expresados para, de ese modo, adquirir una nueva percepción de su conducta actual.

Al reconocer el papel de estas influencias subliminales, la paciente adquirirá una nueva percepción de sus acciones y las cambiará.

Esta clase de terapia viene mejor como accesorio de otros métodos. Hoy en día los psicólogos saben que el conocimiento acerca de las raíces de la conducta de una persona, no hará que se cambie esa conducta a menos que se cambie los hábitos alimentarios de la paciente. Muchas de ellas pasan años en terapia tradicional sin ni siquiera revelar que tienen un trastorno.

Por otra parte, a medida que la paciente consigue el control de su ingesta, la psicoterapia tradicional puede ayudarla a identificar y manejar algunos de los sentimientos que contribuyeran al trastorno.

7.3. Modificación de la conducta: Esta forma de terapia ignora por completo los sentimientos subyacentes y se centra sólo en la conducta cambiante. La modificación de la conducta actúa sobre un principio: reforzar una conducta deseada mediante premios y castigar o ignorar una conducta no deseada.

Esta forma de terapia da mejores resultados cuando la paciente está internada en el hospital, donde el personal puede manejar incentivos como la TV, excursiones, salidas...

Cuando se aplicó por primera vez este método, dio buenos resultados, pero por desgracia sólo fueron temporalmente. Las pacientes encontraron la estancia en el hospital tan desagradable que realizaron las conductas deseadas sólo lo suficiente para ser dadas de alta y una vez fuera, volvieron a sus viejas costumbres.

8. CONCLUSIÓN

Al considerar un tratamiento, se ha dado el primer paso y más importante hacia la recuperación: se ha comprendido que existe un problema, eso requiere mucho coraje.

Durante una intervención y tratamiento eficaces, se puede ayudar a suavizar la presión destructiva que la anorexia y otros trastornos de la ingesta ejercen en las pacientes y allegados. Un buen programa de tratamiento no ofrece una curación de la noche a la mañana pero sí ofrece esperanza. Cada caso plantea un problema especial y hemos de adaptar la terapéutica según la fase evolutiva de la anorexia y según las características de la personalidad del enfermo. Hay que ocuparse igualmente de las familias ya que su intervención es inevitable y puede influir en la psicoterapia, produciendo una ruptura desde el primer momento o actuando inaceptablemente en cuanto el anoréxico comienza a dar señal de independencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Ajuriaguerra, J. *Manual de psiquiatría infantil*, Barcelona: Masson

-Figura 1: Pirámide (en línea) disponible en: <http://www.ellenwest.org/>

-Figura 2: Ciclo (en línea) disponible en: <http://www.elpais.com/>

- Karwautz, A. 2003, *Factores de riesgo y de protección para la anorexia nerviosa*, Barcelona: Ariel

- Lázaro, L. Epidemiología y factores socioculturales. *Jano. Medicina y humanidades*, 1999, vol.56, nº1298, p.49.

-Toro, J: 1996, *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*, Barcelona: Ariel

GLOSARIO DE TERMINOS

-Anorexia: El término anorexia proviene del griego *a-* /*an-* (negación) + *orégo* (tender, apetecer). Es un síntoma frecuente en multitud de enfermedades y situaciones fisiológicas consistente en la disminución del apetito, lo que puede conducir a una disminución de la ingesta de alimentos

-Astenia: Falta o decaimiento de fuerzas caracterizado por apatía, fatiga física o ausencia de iniciativa.

-Hiperactividad: Conducta caracterizada por un exceso de actividad

-Hipotensión: Tensión excesivamente baja de la sangre.

-Anemia: Empobrecimiento de la sangre por disminución de su cantidad total, como ocurre después de las hemorragias, o por enfermedades, ya hereditarias, ya adquiridas, que amenguan la cantidad de hemoglobina o el número de glóbulos rojos.

-Mórbida: Que padece enfermedad o la ocasiona.

APENDICE BIOGRÁFICO

-Catalina de Siena: Catalina Benincasa, más conocida como Catalina de Siena, (Siena, 25 de marzo de 1347 – Roma, 23 de abril de 1380) Santa co-patrona de Europa e Italia y Doctora de la Iglesia Católica.

-Richard Morton: (1637-1698) fue un médico inglés conocido por ser el primero en describir los tubérculos pulmonares presentes en algunas variantes de la tuberculosis. En el siglo XVII a la tuberculosis se la denomina "consunción" o tisis, pero el conocimiento de que muchos síntomas de esta infección pertenecen al mismo proceso patológico no se producirá hasta un siglo más tarde. Nació en Worcestershire y tras su formación en Oxford es nombrado vicario de Kinver en Staffordshire. Con su negativa a aceptar el Acta de Uniformidad de 1666, tras la restauración de Carlos III, fue obligado a renunciar a su puesto. Sus andanzas a lo largo de los siguientes años no se conocen con exactitud aunque parece haber viajado a Holanda. Reaparece en 1670 when, bajo el mecenazgo del Príncipe de Orange, consigue el doctorado en medicina por la Universidad de Oxford.

Su obra cumbre: *Phthisiologia, seu exercitationes de Phthisi tribus libris comprehensae* fue publicada en latín en 1689. Su importancia se debe a la gran extensión de la enfermedad (el 18% de todas las muertes en Londres en 1700 lo son por tuberculosis) y a que introduce por primera vez el término "tuberculosis".

ÍNDICE ANALÍTICO

Alimentario:	4, 6
Anemia:	10
Anorexia:	4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 13
Conducta:	14
Detección e intervención precoz:	4
Hiperactividad:	9
Moda y estética:	8
Mortalidad:	4
Práctica clínica:	12
Psicoterapia:	14
Social y sexual:	5, 10
Terapia:	14
Trastorno:	9, 4
Tratamiento:	13