

Terapéuticas en contraste: Escorbuto y esquizofrenia a través de la historia.

Contrasting Therapies: Scurvy and Schizophrenia Through History.

Graciela Velázquez Delgado¹ Dana Isabel Jiménez Serrano² Rodrigo Salazar García³

Resumen

Este artículo aborda los puntos de convergencia entre estos dos intereses aparentemente distantes. Así, este estudio busca explorar las paradojas y conexiones en la búsqueda de causas y tratamientos de ambas afecciones. Particularmente, la comprensión de enfermedades somáticas como el escorbuto, y la creciente atención a la nutrición y el metabolismo a lo largo de los siglos, pueden ofrecer claves sobre cómo se ha influido la aproximación a las afecciones mentales. A continuación, presentaremos los antecedentes de lo que actualmente se conoce de ambas enfermedades para luego buscar sus conexiones históricas.

Palabras clave: escorbuto, esquizofrenia, terapias, historia, observación, síntomas.

1. Introducción

James T. Patterson (1998) identifica dos enfoques en la historia de la medicina: el internalista, centrado en las teorías médicas, y el externalista, que considera el contexto social y cultural de la enfermedad, tal como lo postularon Judith Walzer Leavitt y Henry Sigerist. Este artículo adopta el enfoque externalista para comprender históricamente la salud y la enfermedad desde una perspectiva fisiológica que integra aspectos sociales, culturales y políticos. Reconocemos la importancia de la investigación histórica para analizar las circunstancias en que las enfermedades se desarrollan, cómo afectan a los individuos y qué factores ambientales, sociales o económicos influyen en ellas, así como las terapéuticas empleadas para prevenirlas, combatirlas y controlarlas.

A lo largo del tiempo, si bien la terapéutica se ha especializado para cada enfermedad, este artículo se propone explorar las estrategias de tratamiento para dos afecciones aparentemente sin conexión: el escorbuto y la esquizofrenia. Nuestro objetivo es encontrar relaciones y patrones comunes en la búsqueda de sus terapéuticas a lo largo de la historia, destacando cómo la observación y la experimentación han sido cruciales para alcanzar consensos sobre tratamientos efectivos, más allá de la naturaleza de la dolencia

¹ Profesora investigadora del Departamento de Historia, Universidad de Guanajuato. Correo: graciela@ugto.mx

² Estudiante de la Licenciatura en Historia, Universidad del Valle, Colombia. Correo: jimenez.dana@correounivalle.edu.co

³ Estudiante de Psicología Clínica, Universidad de Guanajuato. Correo: r.salazargarcia@ugto.mx

Este artículo se inscribe en el **XXX Verano de la Investigación Científica**, un espacio diseñado para fomentar la colaboración y el desarrollo de proyectos emergentes. En esta ocasión, el trabajo ha sido concebido y desarrollado por dos estudiantes: Dana Isabel Jiménez Serrano, de la carrera de Historia de la Universidad del Valle de Colombia, quien ha centrado su investigación en la evolución de las terapéuticas del escorbuto; y Rodrigo Salazar García, de Psicología Clínica de la Universidad de Guanajuato, interesado en la trayectoria histórica de los tratamientos para la esquizofrenia. Mi rol como investigadora, centrado en la historia de la terapéutica para las enfermedades, consistió en encontrar los puntos de convergencia entre estos dos intereses aparentemente distantes. Así, este estudio busca explorar las paradojas y conexiones en la búsqueda de causas y tratamientos de ambas afecciones. Particularmente, la comprensión de enfermedades somáticas como el escorbuto, y la creciente atención a la nutrición y el metabolismo a lo largo de los siglos, pueden ofrecer claves de la manera en que se ha enfocado la aproximación a las afecciones mentales. A continuación, presentaremos los antecedentes de lo que actualmente se conoce de ambas enfermedades para luego buscar sus conexiones históricas.

2. El escorbuto. De la empiria a la evidencia científica

El escorbuto es una enfermedad cuya causa central se reconoce hoy como una deficiencia prolongada de vitamina C (ácido ascórbico) en la dieta. Esta carencia impide la adecuada síntesis de colágeno, una proteína fundamental para la estructura del tejido conectivo que da soporte y cohesión a la piel, encías, vasos sanguíneos y órganos blandos. Cuando el organismo no recibe suficientes alimentos frescos, especialmente frutas y verduras, el colágeno se deteriora, dando paso a un conjunto progresivo de síntomas que afectan severamente la integridad física del paciente (MedlinePlus, 2023).

Interpretación de los síntomas y remedios empíricos

Desde la perspectiva de la terapéutica histórica, los síntomas del escorbuto (como fatiga extrema, debilidad muscular, inflamación y sangrado de encías, manchas violáceas en la piel, dificultad para cicatrizar heridas y caída de piezas dentales) se interpretaban bajo los marcos humoralista o ambiental, dada la ausencia de conocimiento sobre su causa bioquímica.

Los viajes largos (marítimos, exploraciones) limitaban el acceso a alimentos frescos, lo que hacía de los marinos la población más afectada, convirtiendo la enfermedad en sinónimo de su profesión.

En el contexto del tratamiento del escorbuto antes del descubrimiento de su causa nutricional, los remedios empíricos eran prácticas médicas basadas en la observación no sistemática, la tradición y las creencias heredadas, más que en un conocimiento científico o fisiológico del cuerpo humano. Estos tratamientos se apoyaban en la medicina galénica y humoral, que interpretaba la enfermedad como resultado de desequilibrios entre los cuatro humores (sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema), o de influencias externas como el aire corrompido o la falta de movimiento corporal. Por ello, la terapéutica estaba dirigida a contrarrestar el desequilibrio de dichos humores.

Los principales remedios empíricos aplicados al escorbuto incluían:

- Sangrías, para eliminar los “humores dañinos” del cuerpo.
- Purgantes, catárticos y eméticos, usados para provocar diarrea o vómito, con la intención de limpiar internamente al organismo.
- Baños con vinagre y elixires ácidos de frutas agrias, empleados con la idea de “refrescar la sangre”.
- Infusiones de hierbas amargas, como la genciana, que se pensaban útiles para contrarrestar la podredumbre interna.

Estos tratamientos no respondían a la verdadera causa del escorbuto, que es la falta de vitamina C, sino a una lógica interna simbólica que relacionaba la salud con el equilibrio entre cualidades como lo frío y lo caliente, lo seco y lo húmedo. Aunque algunos remedios tuvieron efectos anecdóticos positivos, su eficacia no era consistente ni generalizable, y en muchos casos agravaban la condición del paciente, debilitándolo aún más (Suárez de Rivera, 1731)

De hecho, el médico español, Francisco Suárez de Rivera, médico español del siglo XVIII, advirtió que “algunos remedios más matan que curan, y por tanto, deben aplicarse con juicio y observación, y no por rutina ni por moda”, dejando ver que incluso dentro de la medicina empírica existía un llamado a la moderación (Suárez de Rivera, 1731).

La observación y experimentación y el giro hacia la nutrición

En la terapéutica moderna, el escorbuto se trata de manera directa y eficaz mediante la administración de vitamina C, ya sea por suplementos o por la incorporación de frutas y vegetales frescos a la dieta. A diferencia de las aproximaciones empíricas del pasado, esta intervención corrige la deficiencia nutricional subyacente, logrando una rápida reversión de los síntomas en cuestión de días. Los pacientes que reciben dosis adecuadas experimentan mejoría notable, recuperando la fuerza, el tono vascular y la integridad bucal (MedlinePlus, 2023). La comprensión de los síntomas desde su base bioquímica ha sido clave para transformar la terapéutica del escorbuto de un sistema especulativo a un modelo clínico basado en evidencia.

Fue a partir de la observación empírica y no por el conocimiento anatómico que algunos médicos comenzaron a intuir una relación entre la dieta y la salud. El cambio verdadero se inició cuando, a través de la práctica más que de la teoría, se notó que los marinos que comían frutas cítricas resistían mejor los viajes largos. Esta intuición, sostenida por la experiencia y reforzada luego por los ensayos del doctor James Lind (1716-1794) en 1747, permitió comprender que no se trataba de una enfermedad contagiosa ni espiritual, sino alimentaria.

El escorbuto, en su momento, fue tanto una tragedia humana como un punto de inflexión en la historia de la medicina, ya que obligó a replantear el papel de la nutrición como parte de la terapéutica. Así, del empirismo rudimentario se pasó, lentamente, al tratamiento efectivo. Hoy, esa evolución representa más que una historia médica: es una advertencia constante sobre los límites del conocimiento cuando se ignora la experiencia directa del cuerpo.

El descubrimiento de la vitamina C como causa y cura del escorbuto fue un proceso gradual, marcado por la experiencia práctica más que por la teoría. Durante siglos, los médicos observaron que el

consumo de frutas frescas particularmente cítricos parecía aliviar los síntomas del escorbuto, pero no podían explicar por qué. Esta intuición empírica fue puesta a prueba en 1747 por el médico naval escocés James Lind, quien realizó uno de los primeros ensayos clínicos comparativos a bordo del HMS Salisbury. En ese experimento, doce marinos enfermos fueron divididos en seis pares y recibieron distintos tratamientos: sidra, ácido sulfúrico diluido, vinagre, agua marina, una mezcla de hierbas y, finalmente, limones y naranjas. Sólo el grupo que recibió cítricos mostró una recuperación evidente en pocos días (Lind, 1753, p. 50)

El aislamiento del ácido ascórbico por Szent-Györgyi (1893-1986) consolidó científicamente lo que Lind había intuido, transformando el tratamiento del escorbuto de un método empírico a una intervención basada en el conocimiento bioquímico preciso, que hoy se administra mediante la vitamina C. Por este hallazgo, recibió el Premio Nobel de Fisiología o Medicina en 1937 (MedlinePlus, 2023).

El impacto de la cura en la medicina y en la vida de las personas

El descubrimiento de la cura del escorbuto representó un cambio radical no solo en la salud individual de quienes lo padecían, sino también en la forma en que la medicina entendía la enfermedad, el cuerpo humano y la relación entre alimentación y salud. Lo que alguna vez fue una de las enfermedades más temidas en altamar y que llegó a diezmar tripulaciones enteras se convirtió, con el tiempo, en un ejemplo exitoso de cómo la observación empírica y la evidencia nutricional podían salvar vidas.

Antes de su cura efectiva, el escorbuto afectaba principalmente a marinos, exploradores, soldados, prisioneros y poblaciones marginadas con acceso limitado a alimentos frescos. Esta enfermedad debilitaba físicamente a las personas hasta reducir las a una condición de extrema fragilidad: encías sangrantes, dolores insoportables, pérdida de dientes, infecciones constantes y, en muchos casos, una muerte lenta. La introducción de frutas cítricas y posteriormente de suplementos de vitamina C cambió completamente este panorama. A partir de su aplicación sistemática en las flotas británicas, por ejemplo, la tasa de mortalidad en los viajes oceánicos se redujo drásticamente, lo que permitió no solo conservar la vida de los marineros, sino también garantizar el éxito de expediciones militares, comerciales y científicas (Lind, 1753, p. VIII)

Además, su tratamiento sencillo y accesible permitió que muchas comunidades pobres, tanto en tierra como en instituciones cerradas (orfanatos, cárceles, asilos), pudieran beneficiarse con medidas básicas como el acceso a frutas y verduras, mejorando la salud general de la población (MedlinePlus, 2023).

Desde el punto de vista médico, la cura del escorbuto marcó un antes y un después. Hasta ese momento, muchas enfermedades eran interpretadas bajo el modelo humoral, espiritual o ambiental. El hecho de que una enfermedad tan grave pudiera curarse exclusivamente con un alimento obligó a los médicos a replantear el papel de la dieta en la prevención y el tratamiento. Esto contribuyó al nacimiento de la ciencia de la nutrición clínica, y, más adelante, al descubrimiento sistemático de las vitaminas (MedlinePlus, 2023).

La experiencia con el escorbuto también reforzó la necesidad de aplicar el método experimental en medicina. El ensayo de James Lind fue uno de los primeros en emplear un diseño comparativo con grupos diferenciados, y hoy se le reconoce como un precedente de los ensayos clínicos controlados. Así, el tratamiento del escorbuto no solo salvó vidas, sino que también enseñó a la medicina a observar, probar y corregir, sentando las bases de una práctica más científica y menos especulativa.

3. La esquizofrenia. De la locura a un trastorno complejo

Antes del siglo XIX, la concepción de la locura era amplia y no diferenciada, englobando cualquier padecimiento mental. En gran parte, esto se debía a que las afecciones mentales como fenómenos biológicos o psicológicos distintivos, no eran reconocidos como una parte integral del organismo humano en el sentido actual. La locura ha sido resignificada a lo largo de los siglos, adoptando un enfoque predominantemente médico que le ha conferido valores, roles y significados simbólicos y sociales específicos en cada época.

En este contexto conceptual, Michel Foucault, en su obra *Historia de la locura en la época clásica*, plantea que: "El loco no es manifiesto en su ser, pero si es indubitable es por ser otro" (Foucault, 2020, p. 285). Desde esta perspectiva, el sujeto enloquecido era despojado de su condición de humano y convertido en "otro": el poseso, el iluminado, el paria o el visionario, dependiendo de la cosmovisión dominante en cada época. A lo largo de los siglos la locura ha sido un tema de fascinación y horror. Se han tenido diferentes perspectivas de este término, siendo asociado a la entrega del Diablo y como una sombra amenazante en la edad media, como una forma de revelación de la verdad en el renacimiento.

Adentrándonos en el siglo XIX, el estudio de los padecimientos mentales comenzó a tomar un giro más sistemático. Fue Benedict Augustin Morel (1809-1873) quien, en 1852, al observar casos de jóvenes con alienación mental caracterizada por estereotipias en la conducta, el lenguaje y los gestos, así como un negativismo marcado, diagnosticó una "démence stupide". Posteriormente, al notar que esta condición evolucionaba aceleradamente hacia síntomas demenciales, acuñó el término "demencia precoz" en 1860, clasificándolo dentro del tercer tipo de alienación hereditaria (Novella & Huertas, 2010, p. 206).

Más tarde, el psiquiatra alemán Emil Kraepelin (1856-1926), en las cuarta y quinta ediciones (1893 y 1896, respectivamente) de su *Lehrbuch der Psychiatrie*, describió por primera vez la demencia precoz. Kraepelin usó las descripciones de hebefrenia de Ewald Hecker (1843-1909) y de catatonía de Karl Ludwig Kulbaum (1828-1899) para caracterizar un grupo de cuadros clínicos degenerativos que, finalmente, en la sexta edición del *Lehrbuch* (1899) serían consideradas como una sola enfermedad: "demencia precoz" (Novella & Huertas, 2010, p. 207).

Kraepelin agrupó dos tipos principales de psicosis: la maniaco-depresiva, considerada curable, y la demencia precoz, que él veía como incurable. La principal diferencia radicaba en los déficits obtenidos que resultaban irreversibles, los constantes brotes y el deterioro laboral, social, afectivos y personal del paciente. Aunque criticado, este modelo de demencia precoz fue divulgada a lo largo del siglo XX (Novella & Huertas, 2010, p. 207).

El término *esquizofrenia* fue acuñado en 1911 por el psiquiatra suizo Eugen Bleuler (1857-1939) y significa "mente dividida". Bleuler utilizó este concepto para referirse " ... una deficiente unicidad, ... una fragmentación del pensar, del sentir y de la voluntad, así como del sentimiento subjetivo acerca de la personalidad propia." (Cisternas, et al, 2003, p. 100)

Bleuler con la influencia de personajes como Wilhelm Griesinger, Jean- Martín Charcot, Sigmund Freud o Pierre Janet empezó a integrar una perspectiva psicológica en los pacientes con esquizofrenia sin dejar de lado las causas biológicas que desencadenaban el padecimiento (Novella & Huertas, 2010, p. 208).

A estos síntomas principales los categorizó como trastornos de las asociaciones (pacientes con ideas y conceptos inconexos e incoherentes), trastornos afectivos, ambivalencia y el autismo. Marcando así los principales síntomas de la esquizofrenia los cuales podían tener sintomatología secundaria como los delirios, alucinaciones, trastornos del lenguaje y problemas de la memoria. Al término esquizofrenia la subdividió usando los tres primeros grupos de Kraepelin (paranoide, catatónico y hebefrénico) agregó la esquizofrenia simple que solo presenta los síntomas fundamentales -y la latente (Novella & Huertas, 2010, p. 208).

Esta concepción de la esquizofrenia fue problemática a posteriori al usarse de forma generalizada el concepto al resto de cuadros psicóticos. En 1942 el psiquiatra alemán Kurt Schneider (1887-1967) aportó a la definición de la esquizofrenia, los llamados síntomas de primer y segundo rango (López et al, 2015, p. 1194). En 1950, en su Psicopatología clínica, le dio más peso a las alucinaciones auditivas como "la sonorización del pensamiento, la audición de voces que opinan y replican al sujeto, la audición de voces que comentan sus acciones, las experiencias corporales de influencia, el robo del pensamiento y otras influencias ejercidas sobre el pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante y la convicción de ser influenciado en los sentimientos, tendencias y voliciones" (Novella & Huerta, 2010, p. 209).

Estos autores sentaron las bases del término de esquizofrenia contemporánea. La esquizofrenia en la psiquiatría de la actualidad es un trastorno mental complejo y crono-degenerativo, el cual comprende un abanico de disfuncionalidades en el ámbito cognitivo, conductual, emocional, laboral y social. Según estudios actuales de neuroimagen y diversas hipótesis basadas en la neuroquímica, se han identificado niveles elevados de dopamina, que, sumados a estresores biológicos, contextuales y sociales, pueden contribuir al desarrollo y la manifestación del trastorno. De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), la sintomatología de la esquizofrenia se organiza actualmente en categorías como los síntomas positivos (delirios, alucinaciones, discurso desorganizado) y los síntomas negativos (abulia, expresión emotiva disminuida), reflejando una conceptualización más precisa y menos heterogénea que en el pasado (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2022).

Evolución de las terapéuticas coercitivas a la psicofarmacología

La evolución del tratamiento para la esquizofrenia ha sido un largo camino, marcado por el paso de métodos coercitivos y físicos a la era de la psicofarmacología. Inicialmente, la reclusión y el aislamiento eran el eje del manejo de los pacientes, con tratamientos que buscaban calmar los síntomas a través de baños fríos, purgas y sangrías, complementados con el uso de camisas de fuerza para prevenir autolesiones o daños a terceros.

Con la institucionalización de los asilos, el objetivo principal era el control y la disciplina. Figuras como Philippe Pinel (1745-1826) buscaron un enfoque "moral", promoviendo ambientes tranquilos, rutinas con trabajo y disciplina, y prohibiendo el castigo físico. Aunque esto marcó un avance hacia la idea de "tratamiento" en lugar de solo "cura", los asilos del siglo XIX pronto se vieron sobrepoblados y en condiciones precarias. En este contexto, se experimentó con dietas especiales e hidroterapia, estudiando cómo los cambios termodinámicos afectaban la conducta de los pacientes (Pérez & Peñaranda, 2017, p. 96)

A comienzos del siglo XX se integraron a los tratamientos los choques por insulina, el uso la terapia electroconvulsiva y las lobotomías. Los choques de insulina desarrollados por Manfred Sakel en 1933 que consistían en “aplicar la hormona hasta llevar al paciente al coma hipoglucémico, del cual era luego rescatado mediante infusiones glucosadas”. Con esto se buscaba mejorar los síntomas psicóticos (Vitela Maldonado, 2020, p.1908)

El uso de la terapia de electro choques propósitos terapéuticos fue efectuada por los italianos Ugo Cerletti y Lucio Bini en 1938. Consistía en “una aplicación eléctrica en la cabeza con propósitos pretendidamente terapéuticos, el primero mediante una descarga muy breve y relativamente elevada de electricidad, seguida siempre por una convulsión tónico-clónica generalizada” (Stucchi-Portocarrero, 2013, p.147).

La lobotomía fue realizada por Egas Moniz y Almeida Lima en 1935, y popularizada luego por los norteamericanos Walter Freeman y James Watts, con el propósito de corregir disturbios mentales. Consistía en una cirugía que cortaba o destruía una región del tejido encefálico, principalmente en el lóbulo prefrontal, el tálamo y sistema límbico (Stucchi-Portocarrero, 2013, p.147).

Todas estas terapéuticas para los esquizofrénicos calmaban temporalmente los síntomas característicos de estos pacientes. Sin embargo, el daño neurológico fue evidente, entre los cuales estaba la pérdida en la memoria, las convulsiones como efectos secundarios y en algunos casos hasta la muerte.

La segunda mitad del siglo XX fue testigo de una revolución en el tratamiento de los trastornos psicóticos, con la aparición de los antipsicóticos. El principal antipsicótico, la clorpromazina fue sintetizada por Paul Charpentier en 1950. Este medicamento aplicado por vía intramuscular y por vía oral, se convirtió en el primer antipsicótico, tras la publicación de las investigaciones de Henri Laborit, y luego las de Pierre Deniker y Jean Delay quienes experimentaron con 38 pacientes y observaron su eficacia en la psicosis (Stucchi-Portocarrero, 2013, p.148). Este medicamento comenzó a reemplazar los tratamientos biológicos invasivos como los mencionados anteriormente. Sin embargo, también más adelante se conocieron sus efectos secundarios.

Después de la clorpromazina se siguieron utilizando diferentes antipsicóticos como el haloperidol, introducido en 1958 por Paul Janssen. La clozapina, con resultados iniciales prometedores en estudios de Wander en 1959, aunque en este momento su eficacia para la psicosis no estaba clara, en 1966 la investigación demostró que era un antipsicótico eficaz sin los efectos secundarios neurológicos incapacitantes de otros fármacos (Ramachandraiah et al, 2009, p. 324).

En pacientes con esquizofrenia, se observó que era particularmente eficaz para controlar síntomas como movimientos involuntarios, rigidez muscular, temblores y problemas de equilibrio. A lo largo de las décadas posteriores, la regulación de dosis de clorpromazina y clozapina reveló que esta última ofrecía efectos más duraderos en la estabilización de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia.

4. Puntos de conexión y contraste terapéutico

A lo largo del tiempo, la medicina ha buscado incesantemente la cura de las enfermedades y el restablecimiento de la salud. Si bien la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social” (Organización Mundial de la Salud, 1948). Por lo tanto, la enfermedad se presenta como una carencia que la medicina ha intentado corregir. En esta búsqueda, la observación ha sido fundamental. Los ejemplos históricos del escorbuto y la esquizofrenia demuestran cómo la observación detallada ha permitido la clasificación y nominación de diversas afecciones. Este proceso, a su vez, ha impulsado el desarrollo de terapéuticas específicas para su prevención, control y curación. Previamente, la falta de una clasificación precisa conducía a terapéuticas genéricas y, por ende, menos efectivas.

Sin embargo, el concepto de observación mismo es problemático, ya que difiere significativamente al abordar una enfermedad somática como el escorbuto en comparación con una afección mental como la esquizofrenia. ¿Qué es exactamente lo que se observa en ellas: la enfermedad o los síntomas?

Esta pregunta ha sido crucial para la medicina, pues entender qué se observa (síntomas versus enfermedad) guía directamente los enfoques de tratamiento. Si bien en ambas afecciones se observan los síntomas o procesos subjetivos de los pacientes, la forma de concebir la observación difiere. En la esquizofrenia, el diagnóstico ha sido históricamente más complejo, lo que ha llevado a consideraciones muy distintas a lo largo del tiempo.

En el escorbuto, la observación condujo a identificar un déficit concreto y tangible. Esta claridad en la etiología permitió que el tratamiento con vitamina C fuera directamente efectivo para corregir dicha carencia.

Por el contrario, en la esquizofrenia, la observación se centró en conductas, discursos y estados mentales subjetivos y variables, los cuales fueron interpretados de múltiples formas. Como se ha expuesto, la 'enfermedad' misma fue más difícil de definir y conceptualizar. Al ser los síntomas la principal, y a menudo única, guía observable, las terapéuticas tendieron a ser más especulativas o punitivas.

Si bien en ambas afecciones se manifestaban síntomas observables, la interpretación y la búsqueda de la causa subyacente a partir de esa observación fue radicalmente distinta. Esta distinción ha influido directamente en los resultados terapéuticos: a pesar de la revolución de la psicofarmacología, que ha permitido un control efectivo de los síntomas, la esquizofrenia, hasta ahora, no tiene cura, una realidad ya establecida en la práctica clínica.

5. Conclusiones

El escorbuto, más que una simple enfermedad ligada a la carencia de vitamina C, se convirtió a lo largo de los siglos en un espejo del desarrollo y las limitaciones del conocimiento médico. Su historia refleja cómo las prácticas empíricas, muchas veces erradas o peligrosas, dominaron durante siglos por falta de una comprensión real de las causas biológicas de la enfermedad. Sin embargo, también demuestra la importancia de la observación, la experiencia acumulada y la voluntad de cuestionar los saberes heredados.

La cura del escorbuto marcó un antes y un después tanto en la vida de miles de personas que recuperaron la salud gracias a un tratamiento tan simple como eficaz, como en el pensamiento médico, que debió reconocer la centralidad de la alimentación como parte del proceso curativo. Fue precisamente esta enfermedad la que obligó a repensar el cuerpo desde una mirada más científica, y a valorar el impacto de lo cotidiano como un alimento en la preservación de la vida.

Hoy, el escorbuto es una enfermedad rara en contextos con acceso a una dieta equilibrada, pero su historia permanece como un recordatorio poderoso: la salud no es solo cuestión de técnica o de teoría, sino también de sensibilidad hacia lo que el cuerpo nos dice y de humildad para aprender incluso de lo más sencillo.

Los tratamientos para la esquizofrenia que se ha desarrollado a lo largo de los dos últimos siglos han sido significativo y más en la segunda mitad del siglo XX con los antipsicóticos, pero para llegar a ese punto, tuvieron que experimentarse múltiples tratamientos que calmaban ciertos síntomas psicóticos. Aunque el fantasma de estos tratamientos hoy considerados crueles, mostraban grandes daños a los pacientes con este trastorno, la lobotomía, el tratamiento electroconvulsivo, los choques insulínicos entre otros tratamientos, funcionaron de forma empírica para conocer esta enfermedad. El acceso de los tratamientos antipsicóticos en los años cincuenta cambió de forma radical el paradigma del tratamiento de la sintomatología que ha permitido un tratamiento ambulatorio y mejor integración social de los pacientes, abriendo de forma más ética el cuidado y tratamiento de los síntomas y abriendo un abanico de nuevas terapias complementarias, como la psicoterapia y la rehabilitación psicosocial, que operan en la mejoría de la calidad de vida de las personas con este trastorno.

La observación y la experimentación han sido, sin duda, pilares fundamentales en la investigación y el desarrollo de terapéuticas para ambas enfermedades. Sin embargo, la historia de afecciones tan dispares como el escorbuto y la esquizofrenia no solo subraya los principios fundamentales de la medicina, sino también los límites del conocimiento cuando la etiología es elusiva y la observación, inherentemente subjetiva. Mientras el escorbuto se convirtió en un triunfo de la nutrición y el ensayo clínico, la esquizofrenia, con su etiología compleja y la naturaleza subjetiva de sus síntomas, sigue siendo un recordatorio constante de los desafíos persistentes en la búsqueda de la salud mental.

6. Bibliografía/ Referencias

- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA). (2022). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.). <https://www.federaciocatalanadad.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
- Cisternas, P., Castañeda, N., & Riquelme, R. (2003). El concepto de esquizofrenia en Bleuler a noventa años de su aparición. <https://schilesaludmental.cl/web/wp-content/uploads/2022/11/03-2-004-El-Concepto-de-esquizofrenia-en-Bleulera-noventa-anos-de-su-aparicion..pdf>
- Foucault, M (2020) *Historia de la locura en la época clásica*, Tomo I, Fondo de Cultura Económica.

- Lind, J. (1753). *Tratado sobre el escorbuto* (Ed. facsimilar en español). Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU. <https://library.si.edu/digital-library/book/treatisescurvyt00lind>
- López Rodríguez, P., Sanmillán Brooks, H. E., Cainet Beltrán, A. R., & Olivares Martínez, O. M. (2015). Algunas consideraciones teóricas relacionadas con el estudio de la esquizofrenia. *Revista Información Científica*, 93(5), 1189-1206. <https://www.redalyc.org/pdf/5517/551757222018.pdf>
- MedlinePlus. (2023, 14 de marzo). *Escorbuto*. Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU. <https://medlineplus.gov/spanish/scurvy.html>
- Novella, E. J., & Huertas, R. (2010). El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: Una aproximación a la historia de la esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 205-219. <https://doi.org/10.5093/cl2010v21n3a1>
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
- Patterson, J. T. (1998). How Do We Write the History of Disease? *Health and History*, 1(1), 5-29. DOI: [10.1016/s0277-9536\(98\)00420-1](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00420-1)
- Pérez Fernández, F., & Peñaranda Ortega, M. (2017). El debate en torno a los manicomios entre los siglos XIX y XX: el caso de Nellie Bly. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 95-112. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352017000100006>
- Ramachandraiah, C. T., Subramaniam, N., & Tancer, M. (2009). The story of antipsychotics: Past and present. *Indian Journal of Psychiatry*, 51(4), 324-326. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.58304>
- Stucchi-Portocarrero, S. (2013). La Revista de Neuro-Psiquiatría y los primeros tratamientos biológicos en la psiquiatría mundial. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 76(3), 145-152. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036945004>
- Suárez de Rivera, F. (1731). *Resoluciones de Consultas Médicas: Historia de todos los contagios, preservación y medios de limpiar las casas, ropas y muebles sospechosos*, Tomo II. Real Academia Médica de Madrid. (Archivo General de Indias (AGI), MÉXICO, 547, fol. 112r–113v).
- Vitela Maldonado, B. E. (2020). Historia de los tratamientos de choque en la atención psiquiátrica en México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 23(4), 1904-1933. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/77737>