

ISSN 0121-73-72

Volumen 16 No. 4 • 2007

# Repertorio



## de Medicina y Cirugía

Revista de la Sociedad de Cirugía de Bogotá - Hospital de San José  
y la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

Adiós al maestro y director

# JUAN DI DOMÉNICO DI RUGGIERO

## Adiós al maestro y director

**N**o es fácil aceptar la ausencia de quien ha estado cerca de nuestro trabajo diario durante tantos años. Aunque es natural el desenlace final de las personas que han gozado la longevidad, se siente su ausencia en los momentos de reflexión cuando su consejo acertado fue guía y brújula en la exigente labor editorial.

Conocí al Profesor Juan Di Doménico cuando era estudiante de la Facultad Nacional de Medicina por allá en la década de los sesenta. El me llevó a la naciente revista *Tribuna Médica* para iniciarme como revisor de los trabajos científicos que los profesores universitarios enviaban para su publicación. Con mi padre y los doctores Guillermo Fergusson y Eugenio Ordóñez me aconsejaron que realizara el año de internado rotatorio en el Hospital de San José. Allí conocería sus dotes de cirujano, tanto en la docencia como en la atención de los pacientes que acudían al hospital. Fue proverbial su revista con llamada a lista a las 7 a.m. de los internos y residentes de la especialidad, para presentar las evoluciones que deberían haberse hecho de madrugada e ingresar de inmediato al quirófano. Su precisión y exactitud en las normas de la vida fueron su gran cualidad que nos orientaría en el desarrollo de nuestra profesión.

Nació en Panamá el 21 de agosto de 1913. Fue el tercero de siete hermanos, los dos mayores Marietta y Donato y los cuatro menores Elisa, Olga, Yolanda e Italia. Su padre Francesco y su madre María Felicia Di Ruggiero provenían de Castelnuovo, pequeña villa cercana a Caserta, a Nápoles y al mar Tirreno.

Huérfano a los seis años tuvo que laborar en los viñedos de la región y cuando pudo salió de Italia, primero hacia África y luego a las Antillas, Panamá y Colombia. Numerosos miembros de las familias Di Doménico y Di Ruggiero se unieron en el exilio voluntario para probar fortuna en diversas actividades. Pero fue su tesón y dedicación por el naciente arte cinematográfico que los llevó a Bogotá, para fundar el famoso Salón Olimpia en la zona de San Diego. Allí se exhibieron películas extranjeras y las producidas por los hermanos Di Doménico hasta 1945 cuando fue derruido para dar paso a la actual carrera novena, como bien lo narran Jorge Nieto y Diego Rojas en el libro *Tiempos del Olimpia*. En su retiro murió en Villeta donde estaría el prestigioso hotel que administraron sus hijas.

Juan Di Doménico creció en este entorno. Inició su bachillerato en el Gimnasio Moderno de Bogotá y luego regresó para completarlo a su tierra natal. Estudió medicina en la Universidad de Nápoles y después de practicar un tiempo se desplazó a los Estados Unidos donde se convirtió en el experto cirujano general que a su regreso al país se vincularía a la Universidad Nacional y al Hospital de San Juan de Dios. Pronto decidió radicarse en el Hospital de San José donde sería jefe del departamento de cirugía en varias ocasiones, director del Hospital de San José de 1959 a 1960 y además regentó la cátedra en la Universidad Javeriana.

Cuando esta universidad trasladó toda su actividad académica al recién inaugurado Hospital de San

Ignacio, el Profesor Di Doménico renunció y centró toda su actividad, en asocio con Guillermo Ferguson, Eugenio Ordóñez, Arturo Aparicio Jaramillo y los demás miembros de la Sociedad de Cirugía de Bogotá que decidieron quedarse en San José, para diseñar y programar una nueva facultad de medicina cuyo currículo innovador llenara las expectativas del médico general que el país necesitaba en ese momento. Para entonces era necesario asociarse con una universidad y ante las diferentes perspectivas se optó por un convenio con la Universidad del Rosario, gracias a la comprensiva actitud del rector monseñor José Vicente Castro Silva, asociación que duraría tres décadas.

Fue el, en conjunto con los doctores Mario Negret, Hernando Galvis, Antonio Becerra, Arturo Aparicio, Roberto Jaramillo, y sus colaboradores, quienes idearon y pusieron en funcionamiento los nuevos departamentos quirúrgicos que tanta gloria le han dado a nuestra institución.

Pero fueron talvez las revistas científicas las que cautivaron a nuestro profesor. En los años sesenta fundó el semanario Tribuna Médica con la firme colaboración de la empresa editorial de Salomón Lerner. Cuando se consolidó en Colombia logró extenderla por México, Centroamérica, el área andina y el cono sur. No contento con la colosal difusión americana llegó hasta Europa como Tiempos Médicos en España y Francia, en donde el nombre original ya estaba registrado y contaba con baja circulación. Durante muchos años trabajé con el como Secretario de Re-

dacción o bien como director de otras publicaciones médicas que se imprimían en los talleres Lerner, como Consulta y Hospital. Fueron sus enseñanzas las que me formaron en este arte y ciencia del editor científico y será perenne mi gratitud con el Profesor Di Doménico.

Durante algunos años se radicó en la Florida con su esposa Carmen Buraglia, de abolengo italiano, hasta el deceso de ella en 1992, cuando regresó de nuevo al país. Desde entonces tenía en mente la reaparición de *Repertorio de Medicina y Cirugía* que había suspendido su publicación a mediados del siglo pasado cuando se inició el convenio con la Universidad Javeriana.

Su ideal se cumplió en el año 2000 cuando estas páginas reabrieron para servicio y difusión de los trabajos científicos de nuestros médicos del Hospital de San José y de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, FUCS. Desde entonces fui su editor y compartí los logros y las dificultades que a diario enfrentamos quienes nos dedicamos a esta labor.

El recuerdo serio, grato y amable del Profesor, compañero de trabajo y amigo permanecerá en nuestras mentes y será norma espiritual para todos.

Reciban sus hijos Juan Francisco, nuestro discípulo que escogió el litoral caribe para vivir y trabajar, y Claudio, así como a su hermana, nietos y demás familiares, un saludo de condolencia por el reciente fallecimiento.

*El Editor*

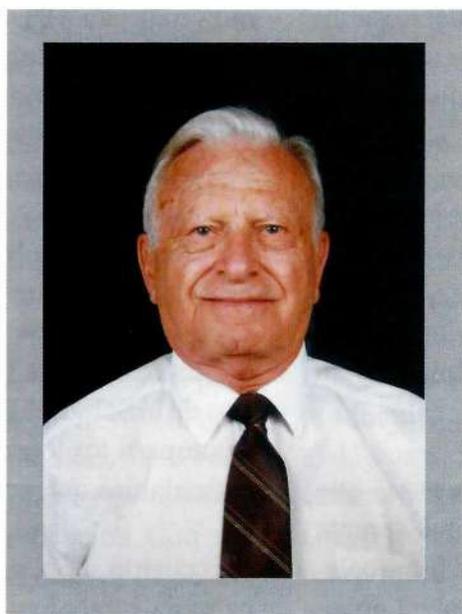


# HOMENAJE AL DR. JUAN DI DOMÉNICO DI RUGGIERO

## Academia Nacional de Medicina

### Bogotá, junio 29 de 2006

\*Dr. Roberto Jaramillo Uricoechea



**G**ran honor el que me ha hecho la Junta Directiva de la Academia Nacional de Medicina con su presidente a la cabeza, al permitirme dirigir a ustedes unas cortas palabras en esta especial ceremonia en la cual se van a entregar las condecoraciones de la Orden de la Academia Nacional de Medicina en el grado de Comendador a tan distinguidos académicos los profesores Camacho, Di Doménico y Ordóñez y más el alto honor de referirme en especial a mi profesor y amigo Juan Di Doménico con quien me unen lazos de amistad y de afecto imperecederos.

Conocí al profesor Di Doménico hace más de 50 años en el claustro centenario del Hospital de San José de Bogotá, cuando era jefe de Cirugía de los pabellones de Santa Cecilia y Santa María, pabellones femeninos dedicados a la cirugía general. No puedo olvidar la impresión que me causó el paso por estos servicios, los cuales manejaba junto con otros de los colosos de la cirugía, los académicos Hernando Anzola Cubides y Mario Negret López.

El profesor Di Doménico se presentaba con el ceño fruncido y una seriedad aterradora que escondía su corazón grande y amable y su bondad infinita con los pacientes a su cargo.

\* Académico de número. Rector de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Palabras pronunciadas en Sesión Solemne de la Academia en Junio de 2006.

En las salas de cirugía se caracterizaba por su finura al tratar los tejidos, su limpieza y manejo y su minuciosidad y perfección en la técnica quirúrgica.

El profesor Di Doménico nació en agosto de 1913 en la ciudad de Panamá y muy pronto fue traído a la ciudad de Bogotá en donde vivió hasta el año 1924, época en la cual viaja a la ciudad de sus mayores, Nápoles, para continuar los estudios que había iniciado en la Escuela Ricaurte y en el Gimnasio Moderno; allí terminó sus estudios secundarios e inició los de Medicina para graduarse con honores en la Universidad de Nápoles el 14 de julio de 1937.

Completados todos los requisitos para ejercer la profesión en Italia, resuelve buscar otros aires y especializarse en el exterior; su padre don Francesco, quería que estudiara en Alemania, pero prefirió migrar a Norteamérica y en 1938 inicia su periplo por los Estados Unidos, trabajando y asistiendo a diversos hospitales de fama como la Clínica Mayo de Rochester, Minn.

En 1941 en plena segunda guerra mundial el Presidente Roosevelt llamó a servicio militar a todos los médicos que ejercían la profesión en el territorio de los Estados Unidos y él con ese juicio crítico que siempre lo ha caracterizado, se dijo que él “no va a pelear contra sus compatriotas italianos” y por eso empacó sus maletas y llegó a Bogotá y pronto instala su consultorio en la calle 19 arriba de la carrera 7ª.

Gracias a la amistad con los profesores Anzola y Aparicio Jaramillo, fue invitado a vincularse al Hospital de San José y así desde 1942 llegó a su segunda casa y allí permanece para orgullo de todos los que hemos tenido el privilegio de trabajar con él.

En el Hospital inició su labor como adjunto en los pabellones de cirugía de Santa Cecilia y Santa María como se anotó más arriba. Allí ocupó cargos de la mayor importancia como el de Jefe de la Unidad Quirúrgica entre 1949 y 1952, Director del Hospital

de San José (1959-1960), miembro de la Junta Directiva durante varios periodos, Jefe del Departamento de Cirugía y de la Unidad Quirúrgica entre 1961 y 1967 y Jefe de Educación Médica en 1964.

Fue elegido miembro de número de la Sociedad de Cirugía de Bogotá en 1952 y en 1988 es exaltado a la categoría de miembro honorario, que aún conserva; ha sido distinguido por toda esa labor desarrollada en la Sociedad de Cirugía de Bogotá - Hospital de San José con menciones y condecoraciones, en especial la Cruz de Plata que le fue impuesta durante la celebración de los cien años de la Sociedad en julio del 2002. Su vida ha estado dedicada a la docencia y así fue subiendo en las diferentes categorías dentro del escalafón profesoral en las facultades de medicina de la Universidad Nacional, Universidad Javeriana y Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, regentando las cátedras de cirugía, técnica quirúrgica y patología quirúrgica, hasta alcanzar las máximas distinciones.

La educación médica continua ha sido una de sus más altas ejecutorias y cómo olvidar toda la labor desarrollada mientras estuvo vinculado al I.S.S y sobre todo a Tribuna Médica en donde laboró hasta 1985 fundando, organizando y promoviendo los programas de educación médica continua, programas propiciados por el Consejo de Educación Médica Continua y en los cuales tuvo la fortuna de acompañarlo en muchas ocasiones. Más adelante y durante su permanencia en la ciudad de Miami fue el promotor de los programas de educación a través de teleconferencias vía satélite para varios países de América Latina.

Otra de las facetas dentro de las múltiples conocidas y otras menos es la de Editor de revistas y de traductor de obras científicas de inglés al español; dentro de las primeras tenemos la revista *International Pediatrics*, *The Journal of Miami Children's Hospital* de la cual es editor científico emérito desde 1994. Entre nosotros, además de la mencionada Tribuna

Médica y otras, ha sido Editor de la vieja revista “Repertorio de Medicina y Cirugía” órgano de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, que desde 1909 inició sus publicaciones y que desgraciadamente dejó de publicarse durante varios periodos, el último de los cuales fue en 1954. El profesor Di Doménico la revivió y en su nueva etapa ha reaparecido desde agosto de 2000 y gracias a él como director y del profesor Darío Cadena Rey como editor ha sido recientemente indexada.

Pero una de las facetas menos conocidas es la de Di Doménico músico. Desde muy temprano, a los ocho años, inició sus estudios de piano con las señoritas Herminia y Anunciación Almánzar y fue bajo su dirección que presentó varios recitales, uno de los cuales, el de más grata recordación, fue en el teatro Cinerama situado en la carrera 5ª con avenida Jiménez Quesada, en donde al terminar su interpretación recibió una corona de laureles. Ya en Italia continuó su formación musical con grandes profesores en el Liceo Musical de Nápoles, dentro de los cuales destaca el profesor Di Doménico al profesor Benedetto Rizo y a Florestano Rossomendi. Tocó en varias ocasiones en la sala Degli Artisti de Nápoles interpretando a sus compositores favoritos con Beethoven a la cabeza. La despedida como solista y concertista ocurrió en 1931; abandonó su carrera musical por estudiar medicina, pues a pedido de su padre, era mejor que buscara “una profesión con mejor futuro”.

El profesor Di Doménico fue un gran deportista desde su tierna infancia; practicó el fútbol, el atletismo en diferentes disciplinas, los deportes náuticos y en la Academia Napolitana de Esgrima se inició en el deporte que le deparó sus mayores logros repre-

sentando a Colombia dentro y fuera del país; fue su compañero en muchas lides nuestro expresidente el académico Juan Mendoza Vega.

Fue un gran aficionado al ciclismo y hasta hace unos años se le veía transitar por las carreteras de la sabana de Bogotá, subir a patios, ir hasta las represas del Sisga y Neusa, etc.

Estas son señores académicos, señoras y señores apenas unos destellos de lo que ha sido la vida de este docente y maestro (que no es lo mismo que profesor); que tiene un corazón grande y como decía en uno de los reportajes publicados con motivo de sus noventa años de vida “le late por cuatro países: Panamá en la aurícula izquierda; EEUU donde trabajó y se especializó, la aurícula derecha; Italia, la tierra de sus padres que le ofreció las condiciones para tener una educación del más alto nivel, el ventrículo derecho y Colombia, que le dio el impulso a su familia, el ventrículo izquierdo, que lanza la sangre a todo el organismo, incluyendo el cerebro”.

Pero no quiero terminar sin recordar a Carmencita, su esposa y compañera en todas sus luchas y batallas por cuarenta y cinco años; cómo hubiera gozado hoy, mi querido maestro, con este homenaje que le rinden sus pares en reconocimiento a sus ejecutorias.

Que Dios lo bendiga y nos depare la fortuna de seguir gozando de su compañía, de sus consejos y de su lucidez mental.

En nombre de todos sus discípulos reciba un gran abrazo, de gratitud y reconocimiento extensivo a Juan Francisco y señora, a Claudio y señora y a los nietos.



# LOS ERRORES MÉDICOS

Fernando Sánchez Torres MD\*

**N**o hace mucho, la Organización Mundial de la Salud llamó la atención sobre la ocurrencia de “errores que matan”, venidos del personal sanitario, especialmente de los médicos.

Esta preocupación no es nueva. Desde sus orígenes la Medicina Occidental se ha fundamentado en el sagrado principio moral de “no hacer daño” (**primum non nocere**). Sin embargo, sus cultores han sido y seguirán siendo seres humanos y, por lo mismo, susceptibles de cometer errores, lo que, por su gravedad, obliga a una preparación técnica y ética que sea prenda de garantía para quienes esperan beneficiarse de sus servicios.

Imposible establecer cuántas personas mueren anualmente por causa de errores médicos y menos cuántos errores no mortales se cometen. Muchos de esos deslizos son intrascendentes, de ahí que pasen inadvertidos por los pacientes.

El manual de ética del Colegio Médico Norteamericano establece que el profesional debe revelar su error al paciente, si tal información va a redundar en beneficio de este. Pese a que no todos los errores médicos aparezcan un componente antiético, al confesar su falta el facultativo queda expuesto a un proceso disciplinario y a otro civil o penal, lo cual lleva a que esas equivocaciones suelen quedar ocultas. De todas maneras, la certeza de que se cometió es un asunto que golpea anímicamente al médico de verdad responsable.

El error durante el acto médico puede presentarse en cualquiera de sus etapas: preventiva, diagnós-

tica y terapéutica, y puede juzgarse por acción o por omisión, imputable a impericia, imprudencia o negligencia. En esta ligera nota voy a referirme en particular al “error por impericia”, que es algo que me atosiga desde hace unos cuantos años.

El ejercicio médico, en esencia, es un quehacer, vale decir, una cuestión de práctica. Aquel profesional que no se haya formado en la escuela del hacer carece de pericia para desempeñarse como tal y, por lo tanto, es un médico proclive al error. Entre nosotros, no siempre ese factor ha sido tenido en cuenta por quienes conceden el diploma profesional.

Hay facultades de medicina que carecen de campos de entrenamiento – propios o prestados – donde sus estudiantes puedan adelantar las prácticas clínicas y quirúrgicas elementales. No obstante han venido otorgando títulos de idoneidad, dando con ello muestra de irresponsabilidad. Lanzar al mercado médicos carentes de habilidades propias de su profesión, es contribuir a que los “errores que matan” se acrecienten, pues no son garantía para la sociedad a la que pretenden servir.

El hecho de que los estudiantes de esos centros educativos eventualmente sean bien calificados en las pruebas de Estado, no autoriza para afirmar que estén bien preparados. Los llamados “ecaes” – o exámenes de conocimientos a cargo del Estado – son, para el caso que comento, un sofisma de distracción, una falacia educativa, que viene validando patentes de curso. Un aspirante a médico puede salir airoso en conocimiento teórico, pero si no ha tenido la oportunidad de “untarse bien de enfermo”, está llamado al fracaso en el ejercicio práctico, es decir, va a ir de tumbo en tumbo, de error en error.

\* Ex-rector de la Universidad Nacional. Ex-presidente del Tribunal Nacional de Ética Médica. Autor de varios libros sobre bioética y ética médica.

# PARASITISMO INTESTINAL Y ABSORCIÓN DE ANTICONVULSIVANTES

Jorge Apolinar Eslava Cobos MD\*, Ignacio Salgado Castañeda MD\*\*, Ramón Antonio Quintero Alme-nárez MD,\*\*\*

## Resumen

Es un estudio realizado para determinar si existe algún tipo de interacción entre el parasitismo intestinal y la absorción de los medicamentos anticonvulsivantes (AC). Se incluyeron los pacientes que recibían AC (fenitoína, carbamazepina o ácido valproico) y que además tenían parasitismo intestinal documentado a través de exámenes coprológicos seriados por concentración. A estos enfermos se les midió la variación intraindividual de los niveles de AC antes y después de la desparasitación específica según el microorganismo. Participaron diez pacientes parasitados con diferentes microorganismos (*Entamoeba histolitica*, *Blastocystis hominis* y *Endolimax nana*) que al ser desparasitados el 60% de ellos aumentaron los niveles séricos de AC, siendo este incremento igual para carbamazepina (66%) y fenitoína (66%).

**Palabras clave:** anticonvulsivantes, absorción, parásitos intestinales, niveles séricos, fenitoína, carbamazepina, ácido valproico.

**Abreviaturas:** AC, anticonvulsivantes; PI, parásitos intestinales.

## Introducción

El conocimiento cada vez más profundo de los diversos fenómenos farmacológicos relacionados con el uso de los AC como es la absorción, se ha convertido en una de las herramientas importantes en el control de la epilepsia.

El presente estudio se realiza partiendo de la hipótesis fisiopatológica que los PI tienen la posibilidad biológica de interferir en la absorción de medicamentos. Conocemos de antemano dos estudios publicados<sup>1,2</sup> en los cuales los autores por encontrar cambios en los niveles séricos de fármacos AC luego de la desparasitación, sugieren la posibilidad de que los PI pueden interferir en la absorción adecuada de AC.

Los medicamentos estudiados fueron fenitoína, ácido valproico y carbamazepina, ampliamente conocidos y utilizados en el campo de la neurología y la psiquiatría. Según lo descrito en la literatura,<sup>3</sup> los niveles séricos de AC pueden tener una variación cercana al 4.7% en un mismo individuo. Por esta razón consideramos como significativos los cambios por encima o por debajo de esta cifra.

Es de gran importancia el estudio de estos fenómenos en países en vía de desarrollo como el nuestro, en el cual el PI es endémico y no siempre es posible medir las concentraciones séricas de AC.

## Métodos

Participaron en el estudio los primeros diez pacientes con diagnóstico clínico de epilepsia del servicio de neurología, de ambos sexos, mayores de dos años de edad y que reunieron las siguientes exigencias:

- Tener un estado estable en la concentración sérica

Fecha recibido: noviembre 15 de 2006 - Fecha aceptado: febrero 22 de 2007

\* Neurólogo, especialista en epilepsia y neurología infantil, Universidad del Rosario, Instituto Colombiano de Neurociencias. Ex-jefe del servicio de neurología del Hospital de San José.

\*\* Neurólogo, instructor de postgrado en neurología, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital de San José, Servicio de neurología, Clínica del Country.

\*\*\* Residente de neurología, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital de San José.

de fenitoína, carbamazepina y ácido valproico, definido por el tiempo de tratamiento, esto es mayor a 15 días.

- PI definido como la presencia de *Entamoeba histolitica*, *Blastocystis hominis* o *Endolimax nana* en el examen coprológico por concentración. Todos los estudios se realizaron en el laboratorio del Hospital de San José con el mismo método de concentración de heces (técnica de Burrows).
- Tratamiento con tabletas de metronidazol genérico 500 mg cada ocho horas por vía oral durante cinco días.
- Determinación de niveles séricos de fenitoína, carbamazepina y ácido valproico en el mismo laboratorio y con la misma normatividad técnica (inmunoensayo).
- Control de niveles séricos de AC entre cinco y quince días después de finalizado el tratamiento.
- Aprobación por el comité de ética institucional del Hospital de San José y la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.
- Haber autorizado su participación en el estudio a través de un consentimiento informado.
- Se consideró variación importante una diferencia entre las dos mediciones de niveles de medicamentos que estuvieran por encima o por debajo de 4.7% (Delta 4.7%).

## Resultados

Todos los diez pacientes eran procedentes de la región andina y de área urbana estratos uno a tres, correspondiendo el 60% a sexo masculino y 40% al femenino. La edad promedio fue de 51.2 años. De los pacientes que recibieron carbamazepina (tres), dos (66%) presentaron incremento de niveles y uno (33%) no presentó cambio.

De los seis con fenitoína cuatro (66%) elevaron los niveles y en dos (33%) los niveles de control fueron inferior a los cuantificados en predesparasitación. Ambos refirieron después tener poca adherencia al tratamiento anticonvulsivo. El paciente que recibía ácido valproico, presentó una disminución de los niveles postdesparasitación.

Todos los casos con incremento de los niveles séricos fueron mayores a 4.7%, cifra establecida según la literatura,<sup>3</sup> como máxima variación intraindividual normal. En la **Tabla 1** se resumen los hallazgos.

## Discusión

Con frecuencia en la práctica clínica observamos pacientes que con dosis adecuadas de medicamentos AC no logran conseguir niveles séricos suficientes, lo que repercute en forma directa sobre el control de las crisis epilépticas. Se plantea la posibilidad de una mala farmacocinética relacionada con alteraciones en la absorción de la medicación, que puede alterarse por alimentos, otros medicamentos y factores potenciales como la presencia de parásitos que tapizan la mucosa y disminuyen así la superficie de absorción en el intestino. Se han descrito casos con *Gardia lamblia* y *Entamoeba histolitica*.<sup>1,2</sup> Estos hallazgos no serían del todo inesperados ya que estos dos microorganismos son conocidos patógenos que causan síndromes de malabsorción, algo menos explicable es haber encontrado en nuestro estudio casos de pacientes con parásitos como *Blastocystis hominis* y *Endolimax nana* que son parásitos usualmente no patógenos salvo en situaciones especiales,<sup>4,5,6</sup> en las cuales al tratarlos hubo incremento en los niveles séricos. Dos pacientes tuvieron descenso de los niveles de fenitoína, explicable por la mala adherencia e irregularidad al tratamiento que refirieron.

Uno que recibió ácido valproico también presentó descenso de los niveles en el control, tal vez esté relacionado con el hecho que buena parte de estos parásitos habitan en intestino delgado y la mayoría de la absorción de ácido valproico es en el intestino grueso.<sup>7</sup> Otro hallazgo importante en nuestro trabajo

**Tabla I.** Relación de los casos y las variables

| Caso número | Sexo      | Edad (años) | Coprológico                  | Medicamento     | Nivel sérico (Mcg/ml) | Desparasitación | Nivel sérico posterior (Mcg/ml) | Delta |
|-------------|-----------|-------------|------------------------------|-----------------|-----------------------|-----------------|---------------------------------|-------|
| 1           | masculino | 26          | <i>Blastocystis hominis</i>  | Fenitoina       | 17                    | Metronidazol    | 21                              | 17%+  |
| 2           | masculino | 54          | <i>Entamoeba histolítica</i> | Fenitoina       | 6                     | Metronidazol    | 3.6                             | 40%-  |
| 3           | masculino | 68          | <i>Blastocystis hominis</i>  | Fenitoina       | 11                    | Metronidazol    | 13                              | 18%+  |
| 4           | femenino  | 43          | <i>Blastocystis hominis</i>  | Carbamazepina   | 9.7                   | Metronidazol    | 11.1                            | 14%+  |
| 5           | femenino  | 33          | <i>Blastocystis hominis</i>  | Ácido valproico | 121                   | Metronidazol    | 83                              | 31%-  |
| 6           | masculino | 37          | <i>Entamoeba histolítica</i> | Fenitoina       | 3.4                   | Metronidazol    | 5                               | 47%+  |
| 7           | masculino | 68          | <i>Entamoeba histolítica</i> | Fenitoina       | 19                    | Metronidazol    | 3.4                             | 17%-  |
| 8           | masculino | 72          | <i>Endolimax nana</i>        | Fenitoina       | 15.5                  | Metronidazol    | 28.2                            | 81%+  |
| 9           | masculino | 74          | <i>Endolimax nana</i>        | Carbamazepina   | 3                     | Metronidazol    | 3                               | 0%    |
| 10          | femenino  | 52          | <i>Endolimax nana</i>        | Carbamazepina   | 6.7                   | Metronidazol    | 10.6                            | 58%+  |

Mcg/ml = microgramos por mililitro.

% + = Porcentaje que aumentaron los niveles post-desparasitación.

% - = Porcentaje que disminuyeron los niveles post-desparasitación.

es haber encontrado parásitos, aunque en baja cifras, en una ciudad como Bogotá con agua potable y adecuadas condiciones sanitarias, que debería ser menos que la prevalencia en Colombia.<sup>6</sup>

## Conclusiones

- El PI, incluyendo aquellos que producen pocas manifestaciones clínicas, puede interferir con la absorción de los AC en el sistema digestivo.
- La interferencia parece ser similar para fenitoina y carbamazepina, mas no para el ácido valproico en el cual no encontramos cambios.

- Es necesario explorar más a fondo la posible interferencia de los AC en el sistema gastrointestinal.
- Se hace necesario realizar estudios actualizados para conocer la verdadera prevalencia de PI en áreas urbanas grandes como es el caso de Bogotá.

## Referencias

1. Vega G. Efectos de la giardiasis sobre la absorción de fenitoina. En: Trabajos libres VI reunión anual Academia Mexicana de Neurología, noviembre de 1982, Morelia, Mich. México.
2. Eslava-Cobos J. ¿Influye el parasitismo intestinal sobre la absorción de anticonvulsivantes? Univ. Med. Vol. 26 Numero 4. 1984:261-262.

3. Burt Martha, Anderson D, Kloss Julie. Evidence-based implementation of free phenytoin therapeutic drug monitoring. *Clinical Chemistry* 46:8.2000 p 1132-1135.
4. Doyle P. *Journal of clinical microbiology*, Jan 1990 p 116-121.
5. Hussain Qadri. *Journal of clinical microbiology*, Nov 1989 p 2407-2409.
6. Botero D, Restrepo M. *Parasitosis humanas*. 2003 4° ed: 63-70.
7. Cato A 3rd, Pollack GM, Brouwer KL. Age-dependent intestinal absorption of valproic acid in the rat. *Pharm Res*. 1995 Feb; 12(2):284-90.



## FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD HOSPITAL DE SAN JOSE

Personería Jurídica No. 10917 Diciembre 1 de 1976 Resolución Ministerio de Educación Nacional No. 0125

Facultad de Instrumentación Quirúrgica  
Código ICFES 270246100281100111100

Título otorgado: Instrumentador quirúrgico.

Duración 8 semestres

No. créditos a cursar: 165.

Modalidad: presencial.

Oficina de admisiones: Carrera 19 No. 8 A-32 Edificio Docente, 1er. piso  
PBX. 3538100 ext. 3615  
E-mail: [instrumentacion@fucsalud.edu.co](mailto:instrumentacion@fucsalud.edu.co)  
hppt: [www.fucsalud.edu.co](http://www.fucsalud.edu.co)

### I SEMESTRE

- Biología
- Morfofisiología I
- Física
- Introducción a la instrumentación
- Comunicación oral y escrita
- Informática
- Bioquímica
- Ecología

### II SEMESTRE

- Microbiología
- Morfofisiología II
- Esterilización
- Técnicas quirúrgicas I
- Técnicas de instrumentación I
- Sociología
- Inglés I
- Patología I

### III SEMESTRE

- Patología II
- Cuidados básicos en salud
- Anestesia
- Técnicas quirúrgicas II
- Técnicas de instrumentación II
- Inglés II
- Psicología

### IV SEMESTRE

- Patología III
- Técnicas quirúrgicas III
- Técnicas de instrumentación III
- Inglés III
- Constitución política y derecho en salud
- Ética general
- Administración general

### V SEMESTRE

- Bioética
- Administración hospitalaria
- Investigación
- Inglés IV
- Salud ocupacional
- Técnicas de instrumentación IV
- Técnicas quirúrgicas IV

### VI SEMESTRE

- Práctica I
- Investigación
- Mercadeo
- Trabajo de grado

### VII SEMESTRE

- Práctica II
- Trabajo de grado II

### VIII SEMESTRE

- Práctica III

- El estudiante debe cursar durante la duración del programa diez créditos de asignaturas electivas.

# ANESTESIA REGIONAL SUBARACNOIDEA VS. GENERAL BALANCEADA EN HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL

## Estudio de corte transversal en el Hospital de San José

Edward Meneses MD.\*, Mónica Torres MD.\*\* , Rafael Turriago MD.\*\*\*

### Resumen

**Introducción:** la histerectomía abdominal total es uno de los procedimientos quirúrgicos ginecológicos más practicados en el Hospital de San José. La discusión sobre cual es mejor entre la AG y la AR para este tipo de procedimientos, data de 1936.<sup>1</sup> De igual forma la presentación de eventos adversos que se observan en la unidad de cuidados postanestésicos (UCPA) han sido objeto de múltiples estudios<sup>1,2</sup> para definir cuál técnica puede ser superior, sin que hasta el momento se haya podido determinar diferencias entre las dos. Este estudio tipo corte transversal busca encontrarlas en cuanto al consumo de opioides, rescate de dolor en la UCPA y la presentación de eventos adversos.

**Materiales y métodos:** es un estudio de corte transversal en casos llevados a histerectomía abdominal. El tamaño de la muestra es de 29 pacientes recolectadas por muestreo intencionado, 20 recibieron AG balanceada y nueve AR subaracnoidea, siguiendo control estricto de los criterios de inclusión, estandarización de procedimientos para cada una de las técnicas, consentimiento informado y aprobación del comité de ética médica del Hospital de San José. La recolección de los datos se llevó a cabo mediante un formato diseñado para el estudio donde se incluían la medición de escalas validadas y una encuesta final. El análisis se realizó mediante el programa *Epiinfo* versión 2002.

**Resultados:** el promedio de edad fue de 44 años. El 10% de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total bajo AG (dos) requirió manejo farmacológico con efedrina o vasoactivos para corregir la inestabilidad hemodinámica, mientras en el grupo en el cual se empleó AR el 11% (una) requirió manejo farmacológico. El promedio de sangrado con AG fue de 526.75 ml mientras con AR fue de 445.55 ml. El promedio de dolor a los 30 minutos fue de 6 para AG y 5.4 AR, a los 60 minutos fue de 4.2 y 6.1, a los 90 minutos fue de 2 y 1.6, a los 150 minutos fue de 0 y 1.1, y por último a los 180 minutos fue de 0 para ambas técnicas; la dosis total de morfina en promedio utilizada en el postoperatorio correspondió a 3.9 mg con AG y 4.1 mg con AR.

**Palabras clave:** anestesia regional, anestesia general, histerectomía abdominal, dolor postoperatorio, estabilidad hemodinámica.

**Abreviaturas:** AG, anestesia general; AR, anestesia regional; UCPA, unidad de cuidados postanestésicos; EV, endovenosa.

---

Fecha recibido: febrero 20 de 2007 - Fecha aceptado: marzo 12 de 2007

\* Jefe de anestesiología, Hospital Infantil Universitario de San José.

\*\* Anestesióloga Hospital de San José.

\*\*\* Anestesiólogo Clínica de Marly.

## Introducción

La histerectomía abdominal es un procedimiento que se realiza con frecuencia en nuestra institución. Las técnicas general o espinal son buenas opciones y están descritas para este tipo de cirugía. El uso de la última disminuye la posibilidad de náuseas, vómito, vértigo y dolor postoperatorios comparados con anestesia general.<sup>1,2,3</sup> Otro punto importante a tratar es el tiempo de recuperación y la salida de la UCPA, pues con AR la recuperación es más rápida,<sup>4</sup> lo cual genera una disminución en costos. También se analiza el comportamiento hemodinámico (tensión arterial, frecuencia cardíaca, sangrado intraoperatorio y necesidad de manejo farmacológico para mantener estabilidad hemodinámica) con cada una de las técnicas.

En este estudio nuestro principal objetivo es encontrar diferencias en cuanto a la incidencia de dolor y consumo de opioides como rescate en la UCPA. La incidencia estimada de dolor moderado a severo en el postoperatorio es de 29,7%<sup>5</sup> y es primordial para el anestesiólogo manejarlo en forma adecuada para disminuirlo al 5% según el *Audit Comisión*.<sup>6</sup> Según un estudio en pacientes para cirugía ortopédica la incidencia de dolor moderado a severo en la UCPA, fue mayor de manera estadísticamente significativa en el grupo con AG (61%) vs AR (15%)  $p < 0.01$ .<sup>7</sup> Sin embargo, en múltiples investigaciones los resultados son variables, pues en unos se logra disminuir el consumo de opioides con técnicas regionales<sup>2,8,9</sup> mientras en otros la incidencia de dolor y consumo de opioides como rescate, no varían con las dos técnicas.<sup>10</sup> En nuestro estudio de corte prospectivo se analiza la incidencia de dolor, consumo de opioides como rescate en UCPA, incidencia de vómito postoperatorio y tiempo de recuperación en las pacientes llevadas a histerectomía abdominal utilizando AG o AR.

## Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo tipo corte transversal, anotando en cada caso el tipo de anestesia

utilizada y el comportamiento del dolor, consumo de opioides como rescate en UCPA, vómito, estabilidad hemodinámica, sangrado y tiempos de inducción y quirúrgico. Se realizó muestreo intencionado en 29 pacientes que cumplían la totalidad de los criterios de inclusión.

Se obtuvo aprobación por parte del comité de ética médica del Hospital de San José, se incluyeron pacientes ASA I-II, entre los 18 y 60 años, para histerectomía abdominal por miomatosis uterina o hemorragia uterina, quienes estuvieron de acuerdo con el estudio. Se definieron los siguientes criterios de exclusión: patología ginecológica oncológica, histerectomía de urgencia, anestesia espinal fallida y quienes no deseaban ingresar al estudio.

El anestesiólogo encargado de cada caso fue quien decidió la técnica anestésica, de acuerdo con la paciente y su estado clínico. A todas se les colocó monitoría básica (tensiómetro, pulsooxímetro, electrocardiograma, análisis de gases, capnografía). Ambos grupos recibieron una carga de 5 ml/k de lactato de ringer por venoclisis previo a la inducción anestésica.

El grupo de AG recibió para inducción: propofol 2-4 mg/k, fentanilo 1-2 mcg/k y cisatracurio 0.15 mg/k. Se llevó a cabo intubación orotraqueal con tubo # 7,5 en todos los casos y para mantenimiento se utilizó sevoflurano en concentración de 1 a 1,2% y remifentanilo 0.25 a 1 mcg/k/min.

En el grupo de AR, previa asepsia y antisepsia de la región lumbar, se realizó punción en L2-L3 o L3-L4 con la paciente en decúbito lateral derecho. Se utilizó en todos los casos aguja tipo Quincke # 27 por vía mediana y luego de la aspiración de líquido cefalorraquídeo se aplicó una dosis de bupivacaína al 0.5% pesada 15 mg obteniendo un nivel sensitivo T6.

En ambos grupos se empleó como profilaxis para el vómito postoperatorio una dosis de dexametasona de 8 mg EV al inicio del procedimiento y metoclopramida 10 mg EV al finalizar la cirugía. Como

analgésicos se utilizaron en ambos grupos dipirona 50 mg/k EV y morfina 0.05 mg/k 30 minutos antes de finalizar la cirugía.

La intensidad del dolor en la UCPA, fue valorada con la EVA 0 a 10 (0 = no dolor, 10 = peor dolor) en reposo, con intervalos de 30 minutos y el requerimiento de analgésicos fueron registrados en el mismo intervalo de tiempo en nuestra hoja de recolección de datos. Si EVA fue mayor a 5 se administraban 2 mg de morfina. Las náuseas y vómito fueron anotados en número de episodios.

Se valoraba además el Aldrete<sup>11</sup> de cada paciente cada 15 minutos hasta conseguir un puntaje mayor de 9, y la escala de Bromage con recuperación de la flexión del pie y la pierna<sup>12</sup> lo cual era indicación para el egreso de la UCPA, junto con una EVA de dolor < 5. Este tiempo se consideró como recuperación y salida de la UCPA. Se registraron los requerimientos de efedrina y transfusión de hemoderivados, además del grado de satisfacción con la técnica anestésica calificada como: muy buena, buena, regular o mala.

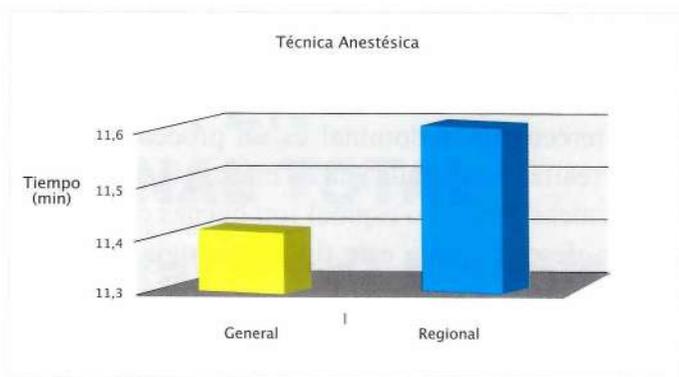
Análisis estadístico: mediante el programa *EPI-INFO* versión 2002 se realizó el análisis de los datos recogidos y los pareamientos correspondientes a las variables de estudio.

## Resultados

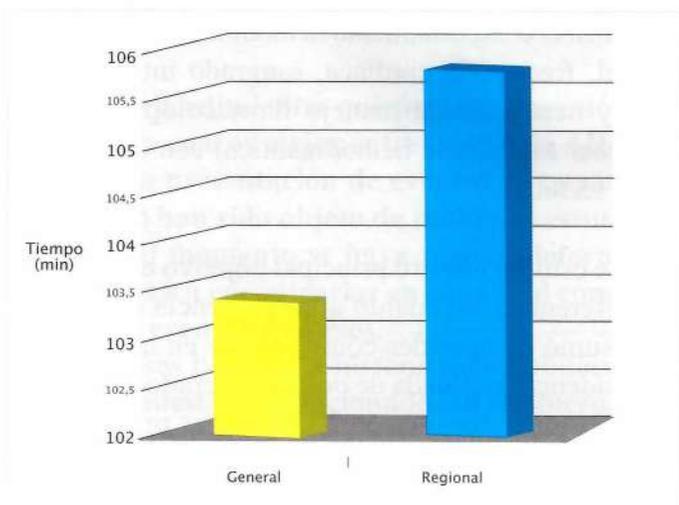
En este estudio con un total de 29 pacientes sometidas a histerectomía abdominal total las características demográficas son similares para el grupo general y los subgrupos obtenidos al separar la población de acuerdo con la técnica anestésica utilizada.

Los promedios fueron: edad 44 años, peso 62,17 kg, tiempo de inducción para AG 11,75 minutos, para AR 10,55 minutos, tiempo quirúrgico con AG 105 minutos y AR 106 minutos (**Gráficas 1 y 2**).

El 10% de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total bajo AG (dos) requirió manejo far-



**Gráfica 1.** Tiempo de inducción anestésica según técnica utilizada.

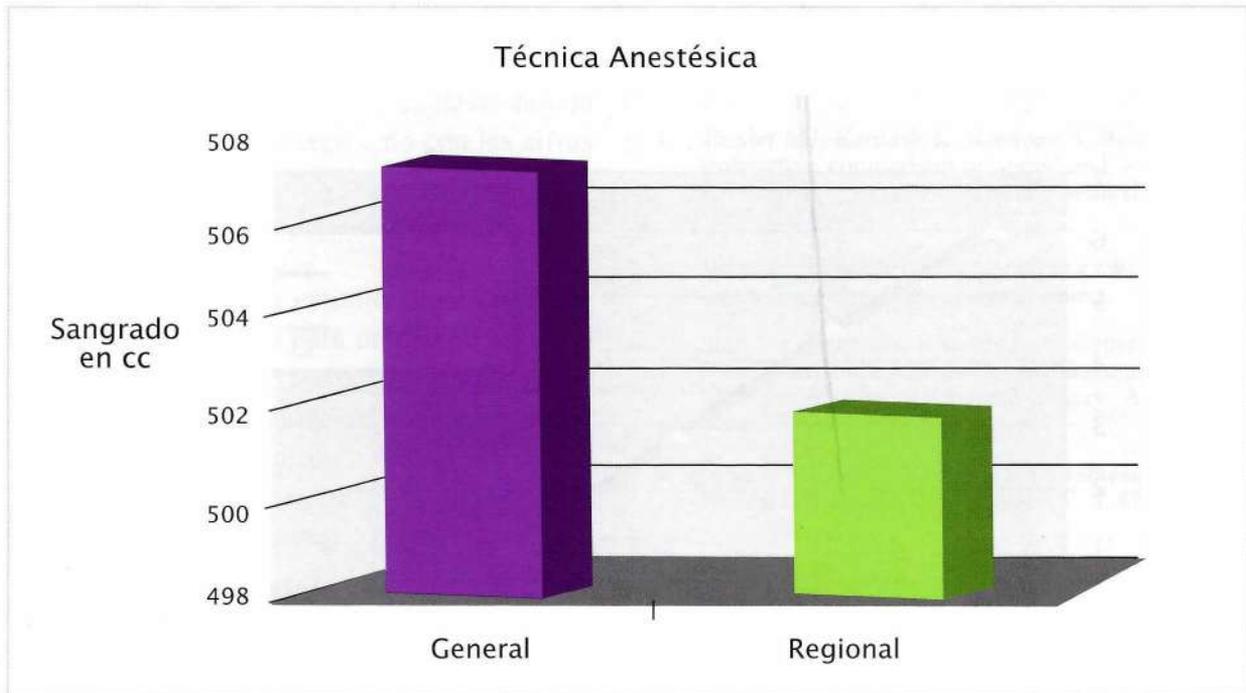


**Gráfica 2.** Tiempo quirúrgico según técnica utilizada.

macológico con efedrina o vasoactivos para corregir la inestabilidad hemodinámica, mientras en el grupo en el cual se empleó la AR el 11% (una) necesitó manejo farmacológico.

El promedio de sangrado con AG fue de 526.75 cc, mientras con AR fue de 445.55 cc (**Gráfica 3**). El uso de hemoderivados de acuerdo con la técnica empleada correspondió a 5% (una) bajo AG y 1% (una) con AR.

La valoración del dolor realizada cada treinta minutos mediante la escala visual análoga en el período postoperatorio mostró los siguientes resultados: el promedio a los 30 minutos fue de 6 con AG y 5.4 con AR a los 60 minutos 4.2 y 6.1, a los 90 minutos 2 y 1.6, a los 150 minutos 0 y 1.1 y por último a los 180



**Gráfica 3.** Cuantificación total de sangrado intraoperatorio según técnica anestésica.

minutos fue de 0 para ambas técnicas (**Gráfica 4**). La dosis total de morfina en promedio utilizada en el postoperatorio en miligramos correspondió a 3.9 mg con AG y 4.1 mg AR (**Gráfica 5**).

La presentación de náuseas en el postoperatorio correspondió a 25 % de las pacientes en las que se utilizó la AG mientras que no hubo ningún caso en el grupo bajo AR. El 20% con AG presentó vómito en el postoperatorio, mientras que no lo hubo en AR.

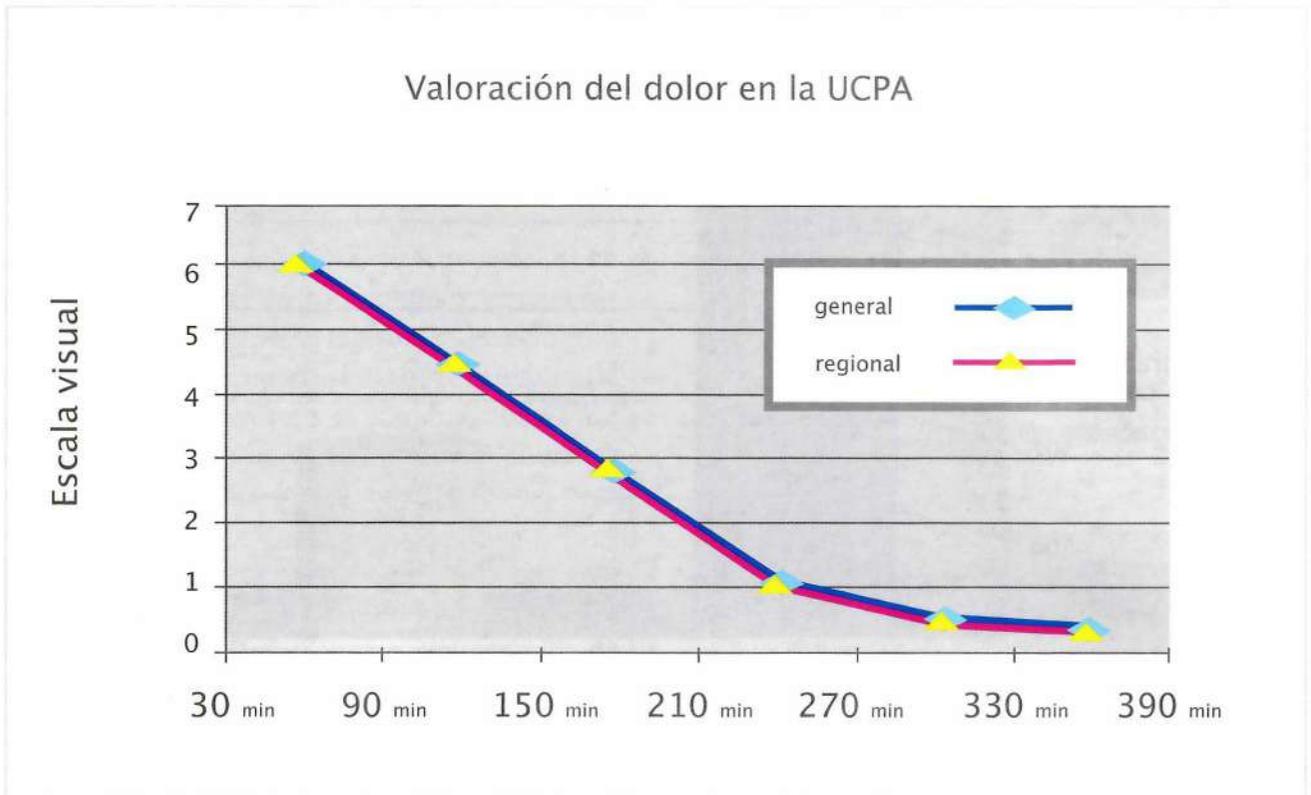
La evaluación de la satisfacción de las pacientes con respecto a la técnica, reveló que el 20% en quienes se empleó AG la calificaron como muy buena, el 75% buena y el 5% regular; para la AR el 22% la calificó como muy buena, 77% buena y no hubo calificación regular o mala.

## Discusión

De acuerdo con los resultados obtenidos en el presente estudio y las apreciaciones de la literatura sobre cuál de las dos técnicas resulta más efectiva para control de dolor postoperatorio y eventos adversos, así como sangrado y requerimiento de

transfusiones, no nos permiten establecer una tendencia clara que pueda considerar superior a alguna. Iniciando con el dolor postoperatorio, los promedios para ambas técnicas son similares a lo largo del tiempo comprendido entre el ingreso de las pacientes a recuperación y la salida a los 180 minutos, lo que nos permite afirmar que ambas son efectivas, contrario a los estudios de Standl T. y Pain Clinic, St Richard's Hospital.<sup>6</sup> Los requerimientos de morfina durante la estancia en el postoperatorio también fueron similares para ambas técnicas y los tiempos de inducción anestésica y quirúrgico no presentan diferencias significativas, desmitificando la creencia de muchos cirujanos sobre el tiempo de inducción prolongado con AR.

Así mismo, el tiempo quirúrgico resulta de importancia cuando la anestesia interfiere con el desarrollo normal de la técnica quirúrgica, bien sea con AG cuando un plano anestésico inadecuado puede generar dificultad para visualizar o ampliar el campo quirúrgico y la manipulación de las estructuras anatómicas relacionadas, o durante AR, cuando un nivel sensitivo o motor inadecuados puede ocasionar el mismo tipo de situaciones, sumadas al malestar



**Gráfica 4.** Tiempo en minutos

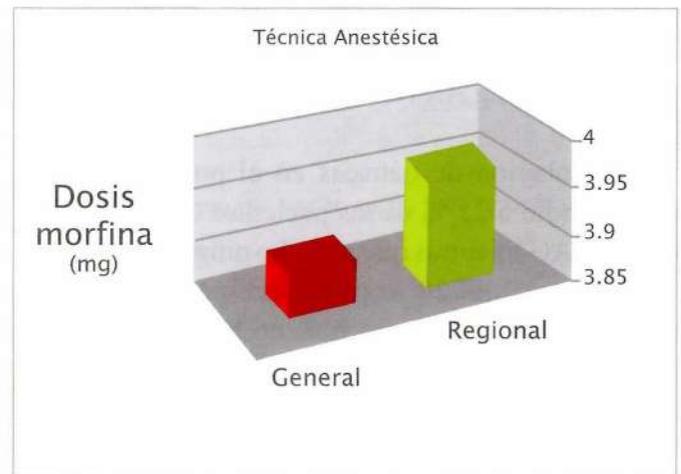
de la paciente.

Quizás con respecto al sangrado valga la observación de una tendencia a la disminución durante el transoperatorio en las pacientes en las cuales se empleó la AR, lo que concuerda con las observaciones realizadas por Tessler MJ, Kardash K, Kleiman S y Rossignol M.<sup>1</sup> Lo que se traduce en menor número de transfusiones con hemoderivados.

Los eventos en los cuales observamos diferencia significativa entre las dos técnicas corresponden a la presentación de náuseas y vómito postoperatorio, al no presentarse con AR, lo que concuerda con los estudios y observaciones realizadas por Standl T y Watcha MF.<sup>2</sup>

En cuanto a la estabilidad hemodinámica, tampoco se observan diferencias significativas en el requerimiento de fármacos vasoactivos entre las dos técnicas anestésicas.

En relación con la evaluación de la satisfacción de las pacientes, no existen en la literatura datos que



**Gráfica 5.** Dosis total de morfina requerida en la UCPA según técnica

soporten evidencia significativa sobre esta variable. Lo que observamos en el presente estudio es una mayor satisfacción entre quienes se empleó AR.

En resumen, con el limitado número en nuestra casuística podemos decir que la AR brinda una analgesia similar a la AG en el período postoperatorio temprano. Las ventajas de la AR corresponden a la presentación de menor sangrado transoperatorio y

baja incidencia de náuseas y vómito. Se debe realizar el estudio correspondiente con una muestra representativa para poder determinar hasta donde los resultados obtenidos difieren o no con las cifras establecidas por investigaciones previas y las revisiones sistemáticas.

**Limitaciones:** el presente estudio tiene como limitaciones las establecidas para un diseño de corte transversal, por lo tanto los resultados obtenidos solo son aplicables para esta población en particular; de igual forma la ausencia de diferencias significativas en la presentación de las variables aquí descritas puede corresponder a una muestra no representativa y por lo tanto se requieren estudios para poder determinar fuerza de asociación y demás parámetros estadísticos que permitan demostrar la hipótesis de manera adecuada y precisa.

## Conclusión

En el presente estudio no se observan diferencias significativas en cuanto a dolor postoperatorio, requerimiento de opioides en el período postoperatorio, tiempos de inducción y quirúrgico y estabilidad hemodinámica entre las dos técnicas aquí descritas.

Se observa diferencia significativa en la presentación de eventos adversos como náuseas y vómito postoperatorio en el grupo de pacientes sometidas a AG así como menor sangrado y requerimiento de transfusión de hemoderivados en el grupo con AR. La satisfacción de las pacientes en general es buena con cualquier técnica utilizada y no hubo mala calificación para ninguna de las dos.

Por último, el uso de una u otra técnica para la histerectomía abdominal total sigue a criterio del anestesiólogo, el conocimiento del procedimiento, la habilidad y la experiencia del mismo, dirigidos a un solo objetivo que corresponde al bienestar y la seguridad de las pacientes.

## Referencias

1. Tessler MJ, Kardash K, Kleiman S, Rossignol M. A retrospective comparison of spinal and general anesthesia for vaginal hysterectomy: a time analysis. *Anesth Analg* 1995; 81: 694-6.
2. Watcha MF, White PF. Postoperative nausea and vomiting. Its etiology, treatment and prevention.
3. Standl T, Eckert S, Schulte J. Postoperative complaints after spinal and thiopentone-isoflurane anaesthesia in patients undergoing orthopaedic surgery. *Acta Anaesthesiol Scand* 1996; 40: 222-6.
4. Mulroy MF, Willis RP. Spinal anaesthesia for outpatients: appropriate agents and techniques. *J. Clin Anesth* 1995; 7:622-7.
5. Derville MT, Lang CE. Time to discharge after general versus regional anaesthesia. *Br. J. Anaesth* 1997, 78(Supp I) A3(abstract).
6. Pain Clinic, St Richard's Hospital. Effectiveness of acute postoperative pain management: Evidence from published data.
7. Audit Commission. Anaesthesia under examination. Audit Commission, London, 1997. Carlsson P. Spinal anaesthesia in young patients using a 29 gauge needle: technical considerations and an evaluation of postoperative complaints compared with general anaesthesia. *Br. J Anaesth* 1990; 64: 178-82.
8. Wong J, FRCPC. Apinal anesthesia improves the early recovery profile of patients undergoing ambulatory knee arthroscopy. *Canadian Journal of Anesthesia* 48: 369-374.
9. T.Callesen, L.Schouenborg, D. Nielsen, H. Guldager and H. Kehlet. Combined epidural – spinal opioid-free anaesthesia and Analgesia for hysterectomy. *British Journal of Anaesthesia*. 82 (6) 881-5. 1999.
10. Thoren T, Sundberg A, Wattwill M, Garvill J-E, Jugensen U. Effects of epidural bupivacaine and epidural morphine on bowel function and pain after hysterectomy. *Acta Anaesthesiol Scand* 1989; 33: 181-5.
11. Rickford JK, Speedy HM, Tytler JA, Lim M. Comparative evaluation of general, epidural and spinal anaesthesia for extracorporeal shockwave lithotripsy. *Ann R Coll Surg Engl* 1988; 70: 69-73.
12. Aldrete JA, Kroulik D. A postanesthetic recovery score. *Anesthe Analg* 1970; 49: 924-34.

# FACOEMULSIFICACIÓN CON ANESTESIA TÓPICA E INTRACAMERULAR

## Resultados de agudeza visual y complicaciones intra y postquirúrgicas

Mario Osorio Chacón MD\*, Silvia Cuellar MD\*\*

### Resumen

**Objetivo:** evaluar la recuperación visual en el tiempo y la relación de la misma con la presencia de patología retiniana prequirúrgica y/o complicaciones intra y posquirúrgicas, en pacientes operados de catarata mediante técnica de facoemulsificación. **Materiales y métodos:** se realizó una investigación descriptiva retrospectiva de una serie de 130 ojos, que fueron llevados por el Dr. Mario Osorio a cirugía de catarata por técnica de facoemulsificación bajo anestesia tópica e intracamerular, entre diciembre 2002 y junio 2005 en el Hospital de San José y Oftalmosánitas. Se evaluó la recuperación de AV en el tiempo, medida con cartilla de Snellen y la relación entre AV y la patología retiniana preexistente y/o las complicaciones quirúrgicas intra y post operatorias. **Resultados:** se evidenció una pronta recuperación de la AV, obteniendo al mes postoperatorio una AVMC de 20/20 en el 57% de los ojos operados y se alcanzó a los seis meses una AVI en un porcentaje del 68%. Ojos con opacidad de la cápsula posterior que fueron tratados obtuvieron AV final mejor o igual a 20/30. Aquellos con edema macular obtuvieron baja AV final. A pesar de presentarse tres rupturas de cápsula posterior y vítreo intraquirúrgico, la recuperación de la AV en estos pacientes fue mejor a 20/25. **Conclusiones:** la AV obtenida en el tiempo evidencia la gran rapidez de recuperación visual con esta técnica. Algunas complicaciones intra y postoperatorias mostraron alguna relación con la AV final.

**Palabras clave:** facoemulsificación, recuperación visual, anestesia tópica, degeneración macular relacionada con la edad.

**Abreviaturas:** AV, agudeza visual; AVMC, agudeza visual mejor corregida; AVI, agudeza visual igual; POP, postoperatorio.

### Introducción

Se define catarata como la opacidad cristaliniiana en cualquier de sus capas independiente de su causa. En Colombia tenemos hasta el año 2000 una incidencia de 15.000 y una prevalencia de 7.000 casos.

La catarata tiene una alta frecuencia en la práctica

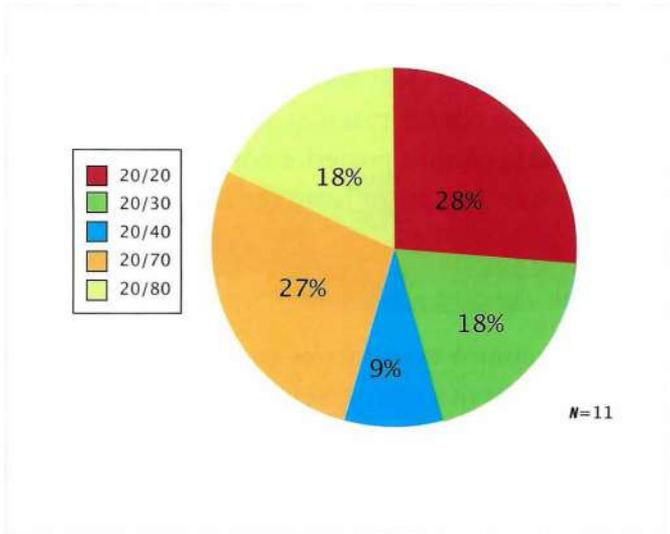
oftalmológica, por ello el manejo adecuado de los distintos tipos de tratamientos quirúrgicos, teniendo en cuenta los avances que facilitan ejecutar novedosas técnicas con mejores resultados y disminución de las complicaciones intra y postoperatorias, permiten rehabilitar y favorecen la rehabilitación de los pacientes en búsqueda de una mejor calidad de vida y una reincorporación temprana a la actividad laboral.

Los primeros procedimientos de catarata datan del 800 AC en la antigua India, en donde se practicaba la reclinación cristaliniiana. Este procedimiento

Fecha recibido: abril 10 de 2007 - Fecha aceptado: julio 3 de 2007

\* Oftalmólogo supraespecialista en córnea y cirugía refractiva. Coordinador de residentes, Servicio de oftalmología, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

\*\* Residente II de oftalmología, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.



**Gráfica 1.** Correlación entre agudeza visual y degeneración macular relacionada con la edad.

consistía en introducir un alfiler romo a 4 mm del limbo por la esclera temporal o por la córnea clara hasta incidir el cristalino, manipularlo hasta luxarlo y producir ruptura zonular. Ammar un oftalmólogo

iraquí (996-1020) describió la succión de una catarata blanda a través de una aguja hueca, pasos que siguieron los sirios en los siglos XII y XIII. Las tasas de complicaciones eran por supuesto altas y se consideraba éxito si el paciente era capaz de deambular solo tras el procedimiento. Después de siglos de estudio y experimentación, se idearon múltiples técnicas con extracción intracapsular, extracapsular sin o con lente, hasta desarrollar en la actualidad un procedimiento quirúrgico mínimamente invasivo, realizable bajo anestesia tópica, que permite extraer el cristalino cataratoso por una incisión pequeña y la colocación de un lente intraocular plegable, con una disminución significativa de complicaciones intra y posquirúrgicas: es la extracción de catarata por técnica de facoemulsificación. En este estudio se evaluó la rapidez de la recuperación de la AV en el tiempo y su asociación con la presencia de degeneración macular relacionada con la edad, complicaciones intra y posquirúrgicas, en pacientes operados por

**Tabla 1.** Opacidad de la cápsula posterior

| Paciente | AVMC prequirúrgica | AVMC mejor previa a complicación | AV tras complicación | AVMC final               |
|----------|--------------------|----------------------------------|----------------------|--------------------------|
| 1        | CD                 | 20/30                            | 20/30                | 20/30 (3 meses)<br>Yag - |
| 2        | 20/70              | 20/50                            | 20/40                | 20/40 (6 meses)<br>Yag - |
| 3        | 20/70              | 20/20                            | 20/40                | 20/40 (1 año)<br>Yag -   |
| 4        | 20/100             | 20/50                            | 20/50                | 20/50 (3 meses)<br>Yag - |
| 5        | PL                 | 20/100                           | 20/100               | 20/25 (1 año)<br>Yag +   |
| 6        | 20/200             | 20/30                            | 20/80                | 20/30 (1 año)<br>Yag +   |
| 7        | 20/70              | 20/40                            | 20/100               | 20/30 (1 año)<br>Yag +   |
| 8        | CD                 | 20/70                            | 20/70                | 20/30 (1 año)<br>Yag +   |

catarata mediante técnica de facoemulsificación por el Dr. Mario Osorio Chacón, bajo anestesia tópica e intracamerular, entre diciembre 2002 y junio 2005 en el Hospital de San José y Oftalmosánitas.

## Pacientes y métodos

Se seleccionaron y revisaron las historias clínicas de pacientes operados de extracción de catarata por técnica de facoemulsificación bajo anestesia tópica e intracamerular, por el Dr. Mario Osorio de diciembre 2002 a junio 2005, en Oftalmosánitas y Hospital de San José. Se excluyeron aquellos con catarata congénita y traumática: N = 4. Se estudiaron 130 ojos, 67 OD y 63 OI de 103 pacientes, con rangos de edad entre 26 y 85 años. Se identificó la presencia de degeneración macular preexistente relacionada con la edad, se valoró la recuperación de la AV en el tiempo, primer día postoperatorio, octavo día sin corrección y AV a un mes, tres meses, seis meses y 1 año con AVMC. Se evaluó la relación de AV con complicaciones intra y postoperatorias, como presencia de opacidad de la cápsula posterior en el tiempo

y los resultados de agudeza visual pre tratamiento con *Yag Láser* y post tratamiento. Se constató la presencia de edema macular cistoideo, panuveítis, ruptura de la cápsula posterior con efusión vítrea y/o imposibilidad de poner lente intraocular.

## Resultados

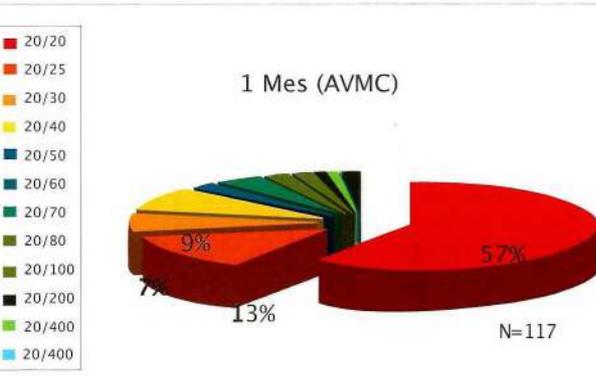
No se encontró correlación entre la presencia de degeneración macular relacionada con la edad y la recuperación de AV en el tiempo (**Gráfica 1**). Con respecto a la recuperación de la AV general, de 130 ojos se obtuvo en el primer día postoperatorio una AV sin corrección de 20/40 en el 28% de los pacientes y en el octavo día una AV de 20/30 en el 31% de los ojos operados (**Gráficas 2 y 3**). Al mes postoperatorio se encontró AVMC de 20/20 en el 57% de los ojos (**Gráfica 4**). A los tres la AVMC de 20/20 en el 64% de los ojos operados, 20/20 en el 68% a seis meses y 20/20 en 66% pacientes a un año de seguimiento (**Gráficas 5, 6 y 7**). Se evidenciaron ocho ojos con opacidad de la cápsula posterior, cuatro de ellas no tratadas que permanecieron estables en el tiempo



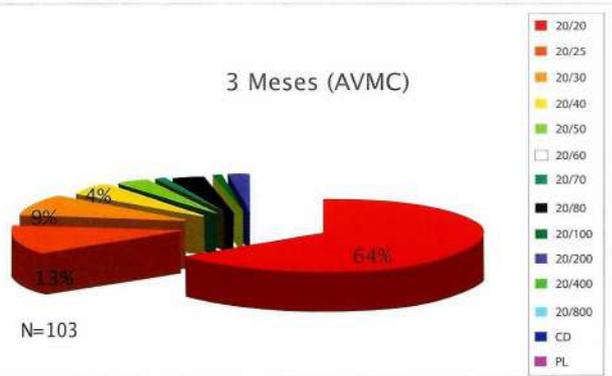
**Gráfica 2.** Agudeza visual sin corrección al primer día POP.



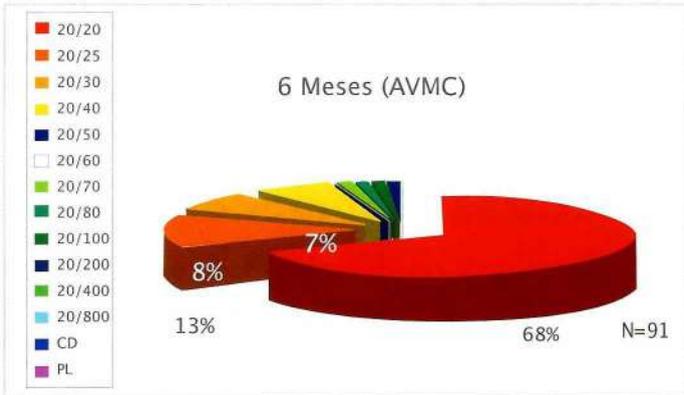
**Gráfica 3.** Agudeza visual sin corrección al octavo día POP.



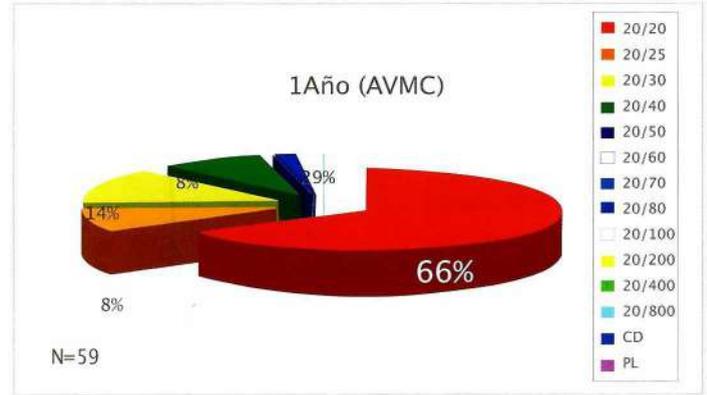
**Gráfica 4.** Agudeza visual mejor corregida al mes POP.



**Gráfica 5.** Agudeza visual mejor corregida en el tercer mes POP.



**Gráfica 6.** Agudeza visual mejor corregida en el sexto mes POP.



**Gráfica 7.** Agudeza visual mejor corregida en el 1er año POP.

**Tabla 2.** Edema macular cistoideo

| Paciente | AVMC prequirúrgica | Mejor AVMC previa a complicación | AV tras complicación | AUMC final       |
|----------|--------------------|----------------------------------|----------------------|------------------|
| 1        | CD                 | 20/30                            | 20/100               | 20/100 (6 meses) |
| 2        | 20/200             | 20/40                            | 20/70                | 20/70 (1 mes)    |

**Tabla 3.** Panuveítis

| Paciente | AVMC pre-quirúrgica | Mejor AVMC previa a complicación | AV tras complicación | AVMC final    |
|----------|---------------------|----------------------------------|----------------------|---------------|
| 1        | 20/800              | 20/50                            | 20/100               | 20/30 (1 año) |

**Tabla 4.** Ruptura de la cápsula posterior con pérdida vítrea

| Paciente | AVMC prequirúrgica | AV tras complicación | AVMC final         |
|----------|--------------------|----------------------|--------------------|
| 1        | 20/100             | CD                   | 20/200 (6 meses) * |
| 2        | CD                 | CD                   | 20/400 (1 mes)**   |
| 3        | 20/100             | 20/50                | 20/25 (1 año)      |
| 4        | 20/200             | 20/60                | 20/25 (6 meses)    |
| 5        | 20/400             | 20/50                | 20/20 (1 año)      |

\* LIO suturado a esclera

\*\* NO LIO

**Tabla 5.** Conversión a técnica extracapsular convencional

| Paciente | AVMC prequirúrgica | AV tras complicación | AVMC final |
|----------|--------------------|----------------------|------------|
| 1        | 20/200             | 20/40                | 20/20      |

con AV tras la complicación de 20/30, 20/40, 20/40 y 20/50, similares a la AV previa a la complicación.

En cuatro ojos con opacidad de la cápsula posterior tratados con *Yag láser*, con AV tras complicación de 20/100, 20/100, 20/80 y 20/70, mejoraron tras el tratamiento a 20/25, 20/30, 20/30 y 20/30 respectivamente (**Tabla 1**). Dos ojos desarrollaron edema macular cistoideo, con AV previa a complicación de 20/30 y 20/40 y tras ella de 20/100 y 20/70 respectivamente (**Tabla 2**). Una panuveítis con AV previa a complicación de 20/50, cursó con AV de 20/100 durante el peor estadio de la complicación y AV final de 20/30, una vez resuelta la complicación (**Tabla 3**). Se presentaron cinco rupturas de la cápsula posterior con pérdida vítrea en tres de ellas y AV final de 20/25, 20/25 y 20/20 (**Tabla 4**). Hubo un paciente a quien no fue posible colocar lente intraocular con AVMC 20/400 y otro con dicho lente suturado a esclera que mejoró a 20/200 (**Tabla 5**).

## Conclusiones

La óptima recuperación en la agudeza visual fue pronta, obteniendo AV de 20/40 o mejor en 62% de

los ojos al primer día postoperatorio y de 83% al octavo día. Además, demostró ser una técnica eficaz y segura que permite al 96% de los pacientes obtener una AVMC de 20/40 o mejor.

## Lecturas recomendadas

- Albert DM, Jakobiec FA, editors. Principles and practice of ophthalmology. Philadelphia: Saunders; 1994.
- Britton B, Hervey R, Casten K, et al. Intraocular irritation evaluation of Benzalkonium Chloride in rabbits. *Ophthalmic Surg.* 1976; 7:46-55.
- Buratto L. Phacoemulsification: principle and techniques, Thorofare, NJ: Slack; 1998.
- Caesar R, Benjamin L. Phacoemulsificación step by step. London: Butterworth Heinemann; 2003.
- Fraser SG, Siritwadana D, Jameson H, Girault J, et al: Indicators of patients suitability for topical anesthesia. *J Cataract Refract Surgery* 1997, 23: 781-3.
- Gold DH, Weingiest TA, editors. The eye in systemic disease. Philadelphia: Lippincott; 1990.
- Hart WM, Jr., editor. Adler's physiology of the eye: clinical application. 9th ed. St Louis: Mosby; 1992.
- Liesegang J. Thomas MD, Senior secretary for Clinical Education, Jacksonville Florida, American Academy of ophthalmology, section 11, Lens and Cataract, 2003-2004,ed Lifelong Education for the Ophthalmologist.
- Roger F, Steinert, MD. Cataract surgery. 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 1995.
- Shelli RS, Lemp MA. Clinical anatomy of the eye. Boston: Blackwell; 1989.
- Tasman W, Jaeger EA, editors. Duane's clinical ophthalmology. Philadelphia: Lippincott; 1992.
- Young RW. Age related cataract. New York: Oxford University Press; 1991.



## LA MUJER INDÍGENA EN COLOMBIA

Hugo A. Sotomayor Tribín MD\*

### Resumen

Sobre la base de crónicas de los tiempos coloniales, observaciones etnográficas actuales y registros arqueológicos se concluye que la idea de la mujer entre los indígenas colombianos ha sido y es el producto de sus cosmovisiones y sus ideas alrededor del tabú de la sangre, el temor a la poderosa sexualidad femenina y la gran consideración de la fuerza muscular. Estas consideraciones al organizarse en conceptos binarios son las responsables de un conjunto de características asignadas a las mujeres y a los hombres.

*Palabras clave:* mujer, indígenas, tabú, sangre, sexualidad, fuerza, binarios, naturalización.

### Introducción

Los dos tipos de pensamiento predominantes, el del *mythos* y el del *logos*, han jugado un papel diferente según los mecanismos de producción de las sociedades. En las premodernas, vale decir en las que tuvieron modos de producción de cazadores-recolectores, de agricultores y de pastores, el pensamiento dominante fue el estructurado en el *mythos*, mientras que en las de la modernidad y la postmodernidad ha sido el del *logos*.

Las sociedades indígenas amerindias precolombinas y actuales, en virtud a sus modos de producción dominantes, tuvieron y tienen un pensamiento en esencia mítico. Este es el responsable de que sus conceptos sobre el cuerpo y su sexualidad sean similares a los de muchos pueblos premodernos de otras latitudes.

El pensamiento mítico en el que la analogía es fundamental, son frecuentes los procesos mentales en los que se humaniza el paisaje y se naturaliza a la sociedad y al cuerpo humano. El hombre es concebido como parte integral de la naturaleza y su cuerpo como un espacio de circulación de energías cósmicas que entran y salen desde y hacia el mundo circundante, al tiempo que muchos referentes geo-

gráficos son elaborados como si fueran parecidos al cuerpo humano. Unos bellos ejemplos son los que nos brindan los médicos-sacerdotes, *mamos*, de la Sierra Nevada de Santa Marta, cuando hablan de montañas macho para referirse a las cimas puntudas y a montañas hembras para las que tienen cimas planas, y los de los hipogeos funerarios localizados en Tierradentro, Cauca, que fueron excavados en las montañas de cimas planas, por la asociación de éstas con el vientre materno y la alegoría de la muerte como el regreso al seno de la madre tierra.

El pensamiento que opera sobre analogías de los pueblos premodernos estuvo dominado por las oposiciones dualistas: vida-muerte, día-noche, arriba-abajo, adelante-atrás, derecha-izquierda, macho-hembra, fuerte-débil, activo-pasivo, esperma-sangre, puro-impuro, sagrado-profano, etc., y sus diferentes combinaciones.

La diferencia entre lo profano y lo sagrado en las sociedades premodernas hizo de la muerte de animales, del sacrificio y del auto-sacrificio de las personas y del vertimiento de la sangre de las mujeres durante la menstruación y el parto algo especial y diferente. La sangre al entenderse como algo tan atado a la vida fue mirada con sumo respeto y temor; su color que evoca la vida se usó en las múltiples pictografías de color rojo que dejaron las sociedades premodernas, como las de los paleoindios en los abrigos rocosos del Tequendama, en Soacha, Cundinamarca, hace más de doce mil años.

Fecha recibido: junio 22 de 2007 - Fecha aceptado: julio 6 de 2007

\* Coordinador del Grupo de Antropología Médica y de la Salud, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.



Hipogeos en el Alto de El Aguacate, Tierradentro, Cauca. (Fotografía tomada por el autor.)

En el pensamiento que trabaja sobre asociaciones es frecuente relacionar las diferentes características físicas y fisiológicas de los varones y mujeres -los hombres más fuertes, duros y resistentes, y las mujeres más blandas y débiles- a los fenómenos del entorno natural y a ciertas diferencias conductuales y morales de los sexos.

Este pensamiento es el responsable de la idea tabú-palabra derivada del polinesio *tapu* que significa muy fuerte-de que el “exceso” de sangre que la mujer “muestra tener”-el flujo menstrual- es el responsable de la debilidad, la blandura y la suciedad-impureza de la mujer, y de que el semen, por su color blanco, se asocia a los duros huesos y a la fortaleza de los proyectos personales. Por las características físicas de la sangre, cálida y húmeda, se asoció la mujer a lo caliente, mientras que el color blanco, el aspecto mucoso y la menor temperatura del esperma, hizo considerar al hombre, frío. El sangrado menstrual y la vagina hicieron que a la mujer se le concibiera abierta, mientras que al hombre por su estrecho orificio uretral, se le asociara con lo cerrado. La asociación de la sangre con lo caliente, el peligro, la suciedad y la impureza fue lo que hizo pensar a la mujer menopáusica como más próxima a los hombres. Esta idea fue la que hizo

que a las menopáusicas y en general a las viejas, se les permitiera en muchas sociedades premodernas cumplir funciones rituales de chamanes y ser consideradas, en otras, como brujas.

Por la firme idea en casi todas las sociedades premodernas de que las mujeres tenían un mayor deseo y una mayor potencia sexual que el hombre y que la cópula frecuente podía debilitar a los hombres, se desarrollaron variadas prácticas de amputación genital y severos controles sociales sobre las mujeres, para así contener la sexualidad de la mujer y de esta forma el riesgo de que ellas por su deseo de copular, buscaran a otros hombres diferentes a sus maridos, afectando de esta forma la seguridad de la paternidad. Fue la norma en esas sociedades pensar que los hombres que no lograban purificarse debidamente ni tomar medidas preventivas contra la influencia femenina, podían poner en peligro las actividades masculinas como la guerra y la caza, y caer enfermos, debilitarse o morir.

En casi todas las sociedades premodernas la capacidad generadora de vida de la mujer a través del parto y la lactancia se asoció con la tierra, y el hombre, por su esperma, con la lluvia necesaria para la fertilización de la tierra. El encuentro sexual de hombre y mujer

fue pensado como el encuentro de fuerzas de arriba, celestiales, y de abajo, terrenales. Estas ideas fueron las responsables de ciertas prácticas coitales.

La sexualidad indígena no se puede apreciar en su justa dimensión si no se tienen en cuenta las cosmovisiones, los mecanismos de producción y la preocupación que tuvieron todas esas sociedades por mantener el delicado equilibrio entre población y recursos disponibles. Ella no se puede entender si no se recuerda que en todas las sociedades premodernas primó el concepto del colectivo sobre el de individuo.

Las características físicas de la especie humana en las que los senos femeninos fueron la única fuente de alimentos de los menores en sus primeros seis meses, hicieron que la mujer desde tiempos inmemoriales se asociara con la preparación de los alimentos y los oficios propios de la subsistencia en el hogar y los hombres se asociaran con las faenas dependientes de la fuerza muscular, como la cacería. El hombre aportaba lo crudo, la carne de los animales y su propia esperma; la mujer lo cocinado, sometiendo al fuego los alimentos y cocinando y nutriendo en sus entrañas lo depositado allí por los hombres.

La triada constituida por el tabú a la sangre, la mayor potencia sexual de la mujer y su menor fuerza física, fue sobre la que se construyó la división del trabajo y reguló el intercambio entre los dos sexos, no sólo entre las sociedades indígenas sino entre casi todas las premodernas y ha sido la responsable de las construcciones que sobre los géneros han florecido a lo largo de la historia de la sociedades humanas. Y esta construcción social de género, al igual que todas las otras construcciones de los imaginarios humanos, se hizo en virtud del peculiar desarrollo del cerebro humano, en el que se siguen dando procesos analógicos en todo su conjunto, en especial en su hemisferio cerebral derecho. Los imaginarios de género que el hombre ha construido sobre su dimorfismo sexual son el producto de su condición de especie mamífera y su gran y peculiar organización cerebral, en interacción permanentemente con los diversos procesos sociales y culturales.

## Material

Como material de discusión se presenta un conjunto de citas de los cronistas, algunas evidencias



Abrigos rocosos del Tequendama y sus pictografías. (Fotografías tomadas por el autor.)

arqueológicas, observaciones propias del autor en el seno de comunidades indígenas de varias partes del país realizadas en su condición de médico y de largas conversaciones con algunos indígenas, pero en especial con el mamo arhuaco, Arwu Viku (Crispín Izquierdo) alrededor del ciclo de vida de las mujeres indígenas.

### *Infanticidio de niñas*

Como en el mundo premoderno la gran mayoría de faenas y las confrontaciones guerreras requerían de fuerza, la vida del varón fue más apreciada que la de la hembra. En todas las sociedades indígenas a los niños varones se les apreció más que a las niñas. Estas razones y la necesidad de regular la población disminuyendo el número de vientres disponibles, explica porque el infanticidio fue más frecuente entre las niñas.

*“El primer hijo o hija que pare lo entierran vivo o la echan un río abajo ... pero si seguidamente se empreña la mujer y pare hija y algún indio le dice que por ser hembra no vale nada y no le debe criar, luego la mata, y lo mismo hacen de la tercera y cuarta”*<sup>1</sup> ... *“en siendo niña la que nace, la entierra viva, para que acabe los trabajos de este mundo, porque dicen que la india no nace sino para el trabajo; el conservarse vivas algunas niñas, es debido a la vigilancia y amenaza de sus propios padres”*<sup>2</sup>; *“Si la mujer paría el primer parto hembra, le mataban la hija y todas las demás que naciesen hasta parir varón; pero si del primer parto nacía varón, aunque después si siguiesen hembras, ninguna mataban”*<sup>3</sup>.

Las indígenas u'wa todavía en el 2007, buscan parir en una corriente aguas abajo de la casa para que en caso, como ellos dicen, la “familia nazca enferma”, deshacerse de la criatura en la corriente que se la aleja de la casa.

*“Tenían por mal agüero estos indios que una mujer pariese dos criaturas de un vientre, o cuando alguna criatura nace con algún defecto natural, como es en*

*una mano seis dedos, o otra cosa semejante. Y si (como digo) alguna mujer paría de un vientre dos criaturas, o con algún defecto, se entristecían ella y su marido, y ayunaban sin comer ají ni beber chicha, que es el vino que ellos beben y hacían otras cosas a su uso y como lo aprendieron de sus padres”*<sup>4</sup>; *“ni es menos necia la manía con que llevan pesadamente el que las mujeres parían mellizos: teniéndolo por deshonor de sus personas ... corren a la casa de la parida a celebrar la novedad con apodos: unas dicen, que aquella es parienta de los ratones ... la saliva gentil que da uno a luz, y siente que resta otro, al punto si puede, entierra al primero, por no sufrir luego la cantaleta ... ni ver el ceño que su marido le pone: y el sentimiento del marido es hijo de otra ignorancia; porque su pesar nace de pensar, que solo uno de aquellos mellizos puede ser suyo, que el otro es seña cierta de deslealtad de su mujer”*<sup>5</sup>.

Como hoy es claro que el bajo número de habitantes y el aislamiento relativo de algunas sociedades debieron favorecer la aparición de enfermedades genéticas entre las comunidades indígenas y que el costo social de estas era imposible ser mantenido por estas sociedades premodernas de cazadores-recolectores y agricultores, la práctica del infanticidio surgió como una fuerza reguladora para el bienestar colectivo.

*“Aunque el parto sea en casa delante del marido y, de la parentela, si la criatura sale con algún defecto, o con alguna monstruosidad, vgr. con una mano o pie menos, o con el labio rajado, como suele suceder; en tales casos, sea hembra, o sea varón, nadie se opone, antes todos consienten en que muera luego, y así se executa; y si la mujer da a luz dos criaturas, es indefectible el que uno de los mellizos ha de ser luego al punto enterrado a instancias o por mano de su misma madre”*<sup>6</sup>; *“esta crueldad practican con gran disimulo, rompiéndoles la nuca, apretándoles de recio la tabla del pecho, o cortándoles tan a raíz el ombligo, que no se pueden atar, y acaban desangrados”*<sup>7</sup>.

La salud y el buen estado del recién nacido pueden ser afectados por actos impropios cometidos por los padres y las demás personas. Estas ideas permiten

explicar la práctica del infanticidio de gemelos y niños nacidos con defectos congénitos. Entre los panches de Tocaima y Mariquita *“Si la mujer paría el primer parto hembra, le mataban la hija y todas las demás que naciesen hasta parir varón; pero si del primer parto nacía varón, aunque después se siguiesen hembras ninguna mataban”*.<sup>8</sup>

Los indígenas arhuacos en la actualidad, cuando de un parto nacen un par de gemelos, el mamo o chamán o sacerdote, convoca a los dos padres y sus familias respectivas con el ánimo de investigar que norma se infringió, por el convencimiento de que los gemelos son frutos de una violación o ruptura de un tabú. Después de aclararse la causa, el mamo y la comunidad resuelve criar por aparte, en las familias de los esposos, a los gemelos. Los u'wa convencidos de lo peligrosos que puede ser para la comunidad el par de gemelos, hoy todavía los someten a un infanticidio activo o a uno pasivo abandonándolos en los montes.

### *Circuncisión y ablación del clítoris (clitoridectomía)*

La circuncisión masculina (cortar el prepucio) y femenina (retirar el capuchón del clítoris, cortar éste y/o amputar labios menores y mayores), fue y ha sido una práctica en varias partes del mundo motivada por diversas razones; una de ellas fue quitar las partes, como se pensaba, que del sexo opuesto tenían los genitales de hombres, el prepucio, y de las mujeres, el clítoris. En muchas sociedades premodernas por temores a la poderosa sexualidad de la mujer y sus consecuencias sobre la salud y fuerza del hombre, se practicaron los diferentes tipos de circuncisión, arriba mencionados en la mujer. Estas operaciones se realizan y realizaban a los pocos días de nacida la criatura, en la pubertad o en vísperas de casamientos.

Los cronistas Gumilla y Aguado dejaron importantes descripciones sobre la extirpación del clítoris y la circuncisión masculina entre algunas comunidades de los Llanos Orientales y entre los panches del occidente de Cundinamarca.

*“... la circuncisión... se halla entre aquellas naciones gentiles. Los salivas, quando lo eran, y los que restan en los bosques, al octavo día circuncidaban a sus párvulos, sin exceptuar a las niñas, no cortando sino lastimándolas con una sangrienta transfixión de que solían morir algunos de uno y otro sexo. Las varias naciones de Culloto, Urú y otros ríos, que entran en Apure, antes de reducirse a la Santa Fe, eran más crueles en dicho uso... entre los indios Guamos y Othomacos, son igualmente crueles las señas de la circuncisión”*.<sup>9</sup>

Entre los panches, en la región de Tocaima, a las niñas de ocho o diez días de nacidas *“les cortan con unas cañas o piedras cierta parte de carne que en miembro o vaso mujeril tienen, y lo que les cortan lo secan y hacen polvos con los cuales después refriegan la herida para que se consuma y según la otra parte que queda o puede crecer para que no crezca y quede igual; y el daño es que muchas criaturas mueren de estas heridas; y así entre ellos muy pocas hembras...”*.<sup>10</sup>

Recientemente en el diario El Tiempo, del día viernes 23 de marzo de 2007, en las páginas 1-6 se registró la existencia de la ablación del clítoris entre la comunidad embera chamí asentada en el occidente del departamento de Risaralda, con el título del artículo *“A unas 8.000 embera chamí les habrían cortado el clítoris”*.

### *La fundación de las nuevas casas de los caciques y el sacrificio de niñas*

El sacrificio de las niñas prepúberes señala con claridad como al no tener todavía la menstruación eran consideradas puras y su contrario de cómo las niñas con su menstruación ya establecida perdían la condición de inocentes y puras y por lo tanto no aptas para el sacrificio ritual.

*“Cuando se hacía de nuevo la casa y cercado del cacique, en los hoyos que hacían para poner aquellos palos gruesos que usaban en medio del bohío y a las puertas del cercado, hacían entrar, acabado el*

*hoyo, una niña bien compuesta en cada uno, hijas de los más principales del pueblo que estimaban en mucho se quisiesen servir de ellos para aquello el cacique, y estando las niñas dentro de los hoyos, soltaban los palos sobre ellas y las iban macizando con tierra, porque decían consistía la fortaleza y buen suceso de la casa y sus moradores en estar fundada sobre carne y sangre humana".*<sup>11</sup>

### *Ritos alrededor de la menarquia*

En todas las sociedades existen de una u otra forma ritos de paso alrededor de los eventos más significativos de la vida de una persona: nacimiento, tránsito de la infancia a la adultez, casamiento y muerte. En ellos se dejan traslucir con claridad la puesta en escena de las cosmovisiones y los mitos. En muchos de los ritos indígenas es clara la división espacial del mundo. Ejemplo de esto es la asignación de los lados izquierdos a las mujeres en caso de filas para ingresar a lugares de gran relevancia social, como las malocas amazónicas o las kankuruas arhuacas, y de los lados izquierdos de fuera de las casas para que las mujeres dejen sus "suciedades" menstruales. En las casas comunales de la Amazonia, las malocas con entradas hacia el naciente, el oriente, son asignadas a los hombres, mientras que las del poniente, el occidente, a las mujeres.

*"Cuando a la doncella le venía su mes por primera vez, la hacían estar sentada seis días en un rincón, tapada con una manta cabeza y rostro, después de los cuales se juntaban algunos indios que llamaban para esto, y puestos en dos hileras como procesión, llevándola en medio, iban hasta un barrio donde se lavaba, y después le ponían el nombre Dipane, que es lo mismo que nosotros llamamos doña Fulana, y volviéndola con esto a la casa, hacían las fiestas que solían de chicha".*<sup>12</sup>

Hoy, todavía entre los indígenas, a las jóvenes en vísperas de su primera menstruación y durante ella, se le somete a ritos especiales como las la fiesta del pescado o de la reina entre diversas comunidades de los Llanos orientales, y de la pelazón, o

tirar de los cabellos de la niñas, entre los ticuna, y la imposición de la cócora entre los u'wa de la cordillera oriental y el piedemonte llanero. Entre los koguis de la Sierra Nevada de Santa Marta la niña que menstrua debe recoger sus primeras gotas de sangre en un algodón, para que así se asegure que los futuros hijos no nazcan muertos y no tenga abortos.

Para varios pueblos de la Orinoquia al entrar en contacto con la sangre que se da con la menstruación es necesario realizar un ritual en que se presenta a la joven a la comunidad y a la naturaleza para evitar que sea desconocida y atacada por los seres de los montes y los ríos. A las niñas u'wa de la cordillera oriental y el piedemonte orinoquense al llegarles su menarquia se les coloca en la cabeza un tipo de cono de hojas de palmas, llamado cócora, durante cuatro años, entre las 6 am. y las 6 pm., tiempo en el cual se les da por parte de la madre todo tipo de educación sobre su futura vida de mujer.

En los ritos de la pelazón y de la cócora se deja ver con claridad la clara asociación que tiene la cabellera femenina con la esperada fertilidad de la mujer adulta. Su crecimiento y longitud se asocia con las raíces y a la vitalidad de las plantas y en general de la madre tierra. Por esto es que las mujeres indígenas casi siempre gustan llevar y lucir largas cabelleras.

### *La poca importancia de la virginidad y los ritos del desfloramiento de las jóvenes*

La virginidad tiene que ser vista desde por lo menos dos puntos de vista, el primero el económico y el segundo las cosmovisiones. Desde el primero se puede decir que ella fue muy valorada en las sociedades en que era indispensable garantizar que el hijo que estaba ayudando a criar el hombre sí era de él y no de otro. Ella no fue objeto de atesoramiento en las que el matrimonio solo se consideraba como un hecho a partir del nacimiento de un hijo.

El tabú de la virginidad pertenece a un amplio conjunto que abarca toda la vida sexual. Dentro de



Cacica y niña púber con la "cócora". Tegria, Boyacá. (Fotografía tomada del libro *La búsqueda del equilibrio. Los u'wa y la defensa de su territorio sagrado en tiempos coloniales*, de Ana María Falchetti.)

las sociedades en donde el contacto masculino con la sangre femenina era considerado como un gran riesgo para la salud y la integridad del hombre, el sangrado de la mujer tras la pérdida de su virginidad fue considerado uno de los terribles riesgos, un horror, a los que el hombre podía quedar expuesto. El desfloramiento en muchas sociedades llegó a ser objeto de un tabú dado la efusión de sangre producida en general. El futuro marido eludía la función de desvirgar a la prometida, quedando a cargo esta función de otra persona. De esta concepción, de este tabú, nacieron las prácticas de desvirgamiento de las jóvenes en muchas sociedades premodernas, ya sea a través del coito ceremonial con ancianos, sacerdotes, u otros hombres diferentes al futuro marido, caso descrito entre los arhuacos y los koguis, o por acción digital o con objetos fálicos por cuenta de mujeres mayores revestidas de sacralidad. Muchos indígenas no pudieron considerar la virginidad sino como peligrosa. Sobre el uso de objetos para desvirgar se sabe que las vírgenes vestales eran tradicionalmente desfloradas mediante un objeto sagrado conocido con el nombre de *palladium*, que era una antigua imagen de Palas Atenea que se decía rescatada de la destrucción de Troya.

El cronista Pedro Cieza de León contó que “... *En la provincia de los Guancabilcas (Ecuador)...oí afirmar que algunos o los más, antes que casasen, a la que había que tener marido la corrompían (sus padres), usando con ellas sus lujurias. Y sobre esto me acuerdo de que en cierta parte de la provincia de Cartagena, cuando casan las hijas y se ha de entregar la esposa al novio, la madre de la moza, en presencia de algunos de su linaje, la corrompe con los dedos. De manera que se tenía por más honor entregarle al marido con esta manera de corrupción que no con la virginidad*”.<sup>13</sup>

Pertenciente al altiplano nariñense se conoce un objeto prehispánico, posiblemente del horizonte arqueológico Piartal, de forma fálica decorado en un extremo por la cabeza de un personaje, al parecer un hombre, que bien pudo ser usado para desflorar o como consolador; y de la cultura de Tumaco-La Tolita se conoce una cerámica en la que una mujer joven aparece sentada en las piernas de otra mujer que le tiene sus mano derecha entre sus muslos, como si la estuviera ya sea desflorando o estimulando sexualmente en un abierto juego homosexual.

Entre varias de las comunidades indígenas colombianas actuales existen claras prohibiciones de contacto sexual con mujeres antes de faenas de pesquería y cacería y de separación y aislamiento de las mujeres durante los días de sus flujos catameniales. En muchas a las mujeres se les aparta a determinadas partes de la casa, por lo regular a los lados izquierdos de ellas y se les prohíbe entrar en las chagras o conucos, preparar ciertos alimentos y estar en contacto con los chamanes. Entre las comunidades arhuacas y koguis de la Sierra Nevada de Santa Marta se tiene la idea que si los hombres duermen en la misma cama y habitación con la mujer, ellos perderán su fuerza y su pensamiento se debilitará. Por esto acostumbran dormir en camas y habitaciones separadas. Estos indígenas al comparar con muchos de los otros pueblos premodernos la convicción de la mayor capacidad sexual de la mujer, generaron la prohibición del consumo del poderoso hayo - coca- por parte de las mujeres y de su consumo por parte del hombre, para así poder

enfrentar esa gran capacidad de la mujer y en general resistir todas las duras faenas de producción y soportar el hambre cuando están en sus campos.

El cronista Pedro Cieza de León dejó importantes observaciones sobre el poco valor que tuvieron los indígenas sobre la virginidad: *“En las regiones de Supia y Caramanta... Casan a sus hijas después de estar sin su virginidad y no tienen por cosa estimada haber la mujer virgen cuando se casan”*<sup>14</sup>; *“La gente desta provincia de Arma.... Los señores se casan con las mujeres que más le agradan, la una destas se tiene por la más principal, y los demás indios cásanse unas con hijas y hermanas de otros, sin orden ninguno, y pocos hallan las mujeres vírgenes”*.<sup>15</sup>

Sobre el poco valor de la virginidad entre los indígenas de la provincia de Cartagena y de otras localidades también escribió el cronista Fray Pedro Simón: *“No se reparaba mucho en que la novia estuviese doncella; antes los casamientos de más estima eran los que se hacían con mozas que habían sido públicas, porque de este trato se usaba mucho, en que se ejercitaban casi todas las doncellas...”*<sup>16</sup>

*“No reparaban mucho algunos indios cuando se casaban, en hallar a sus esposas doncellas, no obstante la ley que había acerca de esto. Antes algunos, cuando conocían no haber llegado hombre a ellas las tenían por desgraciadas y sin ventura, pues no la habían tenido en que hombres se les aficionasen, y con este pensamiento las aborrecían como mujeres desdichadas”*.<sup>17</sup>

### *Precio de la novia, poliginia, matrimonio*

En los diferentes pueblos indígenas los matrimonios se concertaban principalmente a través de dos formas económicas: la dote de la novia y el precio por la novia, dependiendo de si se consideraba que los padres de esta debían aportar unos bienes importantes al novio como una forma de festejar la adopción de esa mujer por el grupo del futuro esposo, o si se consideraba que el valor de esta significaba que el novio debía aportar a la familia de la futura esposa bienes económicos.



Cerámica precolombina del altiplano nariñense que representa un falo y la cabeza de un hombre. Longitud 17cm. ¿Desvirgador o consolador? (Colección del autor.)

Por asociar la mujer a la tierra con su capacidad de dar frutos, fue una convicción clara que la fertilidad dependía exclusivamente de la mujer. De allí que fue frecuente considerar a la que no pudiera dar un hijo como una verdadera tragedia y como fuente de mala suerte. En las sociedades donde se pagaba por la novia, la familia de ésta debía devolver lo recibido por la compra de aquella si después de un tiempo la mujer no daba a luz. El matrimonio, realizado casi siempre como un producto de una transacción entre las familias de los novios y no motivado por el amor de éstos, sólo se consideraba totalmente formado si la mujer quedaba embarazada.

En muchas sociedades indígenas actuales es frecuente el llamado tiempo de amañe, que corresponde a un periodo variable de más o menos un año de convivencia juntos para ver si la relación tiene futuro. En el caso de que el hombre tuviese varias esposas bajo el mismo techo, entre ellas siempre hubo un orden, la de primera, la de segunda y así en forma sucesiva, al tiempo que la división del trabajo doméstico entre ellas.

*“En una cosa concuerdan gran número de aquellas Naciones; y las restantes, aunque no abiertamente, adhieren en algún modo a la persuasión en que están aquellas, de que las hijas son vendibles, y que el novio debe pagarlas a sus padres, por el trabajo con que las han criado, y también por el afán y cuidado con que en adelante trabajaran en útil de sus maridos”<sup>18</sup> “Quando el que pide la hija casadera, tiene ya otra u otras mugeres, se les hace muy duro a los padres de la moza el consentir, y solo a fuerza de aumentar la paga, se llega a término el contrat”;<sup>19</sup> “La poligamia, que es tener multitud de mugeres, viene de padres a hijos entre aquellos Gentiles, como uso tan constante, que ni por pensamiento se les ofrece la menor duda de si será o no será lícito: pero generalmente hablando, son pocos los que tienen muchas mugeres, no por falta de voluntad, sino porque no las hallan; o caso que las hallen, porque no tienen caudal para dar la paga que piden sus padres, o no quieren obligarse a las pensiones que arribe apunté. Los Caciques,*



Mujer mayor desvirgando con los dedos a una joven y/o relación homosexual. Tumaco, La Tolita. (Colección del autor.)

*los Capitanes, y algunos valentones, que sobresalen, o en el valor, o en la destreza y elocuencia del hablar; y sus Curanderos, Médicos o Piaches, son los que, o por su autoridad y valor, o por enredos y embustes, consiguen dos o tres mugeres cada uno; y algunos de muy sobresaliente séquito, consiguen hasta ocho, y aún más”<sup>20</sup>, “No tienen permanencia en sus casamientos: a poca causa dan libelo de repudio, y buscan otra mujer. raros son los que tienen dos mugeres, no porque les falte inclinación a este vicio, sino porque se hallan pocas entre ellos, por lo que se dijo de matar las madres a sus hijas, porque dicen que nacen sólo para el trabajo, y así es; pues el indio se contenta con rozar y quemar las malezas de sus labranzas, pero todo lo restante, a saber: sembrar, limpiar, coger el maíz y cargarlo a casa, quien lo revienta y trabaja es la miserable india, en tanto grado que en todo el año no ve el marido el maíz sino reducido a chicha para emborracharse; él viene muy grave de la labranza con su arco y flechas y nada más, y la triste mujer viene cargada como una mula detrás del marido, con un hijito al pecho, otro de la mano y el canasto con maíz a las espaldas, sin contar otros varios cachivaches de totumas, ollas y leñas sobre la cabeza... Por lo común para casarse el indio, no tanto repara y pone la atención en el rostro de la india, cuanto en la*

espalda y manos, y quien se metiere a casamentero con estas gentes y la quisiere acertar, déjese de todo lo demás y alabe la espalda de la novia; diga que tiene buenos lomos, que es huesuda y tiene mucha fuerza en sus muñecas, y con estas solas prendas (si las hay) está seguro el casamiento.”<sup>21</sup>

“No eran las que hemos dicho leyes comunes a todos en los casamientos, pues en algunos pueblos se usaba que el pretendiente enviaba, sin hablar con nadie, a los parientes o padres de la que pretendía una manta y sino se la volvían a enviar, luego volvía enviando otra y una carga de maíz, y medio venado, si era gente a quien les estaba concedido por los caciques comerlo, porque esta carne no se podía comer sin este privilegio, aunque era común a todos poder comer de otras carnes, de conejo, curíes y aves. Aquel la noche siguiente de cómo había enviado esto, se iba al romper del alba, y se sentaba a la puerta de sus suegros, sin hacer más ruido que el que bastaba para que entendiesen que estaba allí. Los cuales, en sintiéndolo, decían desde dentro: “¿Quién está allí afuera? ¿Es por ventura algún ladrón que viene a hurtar o buscar carne a mí? Pues yo no debo a nadie nada, ni convido huéspedes”. A que no respondía el pretendiente sino que con silencio estaba aguardando que saliese la desposada, que no tardaba mucho, con una totuma grande chicha. Y llegando junto a él, la probaba ella primero y dándosela a él, bebía cuanto podía, con que quedaba hecho el casamiento y le entregaban la desposada; aunque ya sabían los padres y parientes era trabajador y podía bien sustentarla. En que se reparaba mucho, porque la tenía en el número de mujeres que podían tener en la hacienda y diligencia con que las podían sustentar. Y así, los más ricos tenían muchas más, pues la de los caciques llegaban muchas veces a ser ciento; y aun las del Bogotá afirman haber sido trescientos....Ni hay que espantar hayan sido las de estos indios tantas, por ser ellos tan dados a la sensualidad, y ellas tan de poca costa en su sustento, pues no habiendo menester tiendas de milanes para su vestido y afeites, con solas dos mantas de algodón se concluía con los gastos del vestido, y su comida era un poco de maíz molido y algunas hierbas y raíces”.<sup>22</sup>

“Casi todas las provincias convecinas a esta villa de Anserma son de unas mismas costumbres... Lo mismo en tener mujeres, pues era el número que cada uno podía sustentar y por eso tenían los caciques muchas”.<sup>23</sup>

La compra de mujeres por parte de los caciques o jefes con seguridad generó una acumulación en el hogar de estos hombres con un gran perjuicio para los menos poderosos. Todavía entre diferentes comunidades indígenas colombianas se paga un precio por la novia. Es el caso de los wayuú, de la Guajira, y los paez y los guambianos del Cauca. En las tan frecuentes sociedades matrilineales de los pueblos indígenas del pasado, el hermano de la madre, el tío materno de los hijos de matrimonio, fue considerado con mucha frecuencia el eslabón de la ascendencia de la familia y no el propio padre que se consideraba más como el esposo de la madre, con una relación formal de afinidad con los hijos.

En las sociedades donde se dió la compra de la novia fue frecuente el compromiso de la familia de la futura esposa de entregarle al marido una hermana en caso de su muerte prematura. Fue el llamado sororato, que se dio entre los muiscas. Se sabe que en pueblos de otras partes del mundo existió el levirato, o sea la institución matrimonial en la que la familia del esposo se comprometía a darle un hermano de este a la esposa en el caso de la muerte de aquel.

### *Mujeres menstruantes*

Entre los indígenas colombianos actuales, la menstruación está rodeada de tabúes y ritos. En ese momento la mujer es mirada como una persona muy peligrosa y perjudicial para el hombre y ciertas plantas. Ella debe dejar sus impurezas lejos del centro del hogar, a la izquierda del eje principal de la casa, evitar preparar ciertos alimentos y pisar ciertos espacios de las zonas de cultivo y recolección en las llamadas chagras o conucos. Hoy, es frecuente escuchar en las sociedades campesinas que las mujeres menstruantes si manipulan ciertos alimentos estos se dañan o corrompen. En las comunidades

indígenas las mujeres durante sus días de sangrado deben alejarse de los chamanes y evitar un contacto estrecho con sus maridos.

A las mujeres en edad fértil en razón a su fuerza reproductiva, su capacidad de sostener la vida a través de la lactancia, por su gran sexualidad y la presencia de los ciclos menstruales, les está prohibido consumir plantas asociadas al chamanismo, como el yopo, el yajé, la virola, el borrachero, el tabaco tomado, chupado, inhalado en forma de rapé, por enemas y otras, para evitar que este poder cayera en dichos seres al mismo tiempo con tanto poder y rodeadas del tabú de la sangre. Sólo las mujeres menopáusicas, por su parecido al hombre, podían hacerlo. Éstas en no pocas veces fueron y son las encargadas de preparar ciertos venenos usados en la cacería y pesquería.

### *Incesto*

Si bien está considerado un tabú universal, se sabe que en muchos mitos de todas partes del mundo es frecuente relatar cómo dioses o héroes se unían con sus hermanos/as, madres o padres en un momento especial. Está descrito en las conocidas mitologías egipcia y griega. En la mitología muisca se cuenta cómo tras aparecer la diosa Bachué con su hijo de brazos en la laguna de Iguaque, esta pareja, a partir del momento que el hijo se tornó mayor y convirtió en el marido de su madre, fue la responsable del poblamiento del territorio de ese pueblo. En ciertas circunstancias políticas-sociales los grupos dominantes con el propósito de refrendar su origen divino, hicieron de las uniones incestuosas entre hermanos una práctica exclusivamente permitidas entre ellos. Fue el caso de egipcios e incas, entre otros.

La mitología muisca, recogida en lo que se ha llamado el mito alrededor del jefe Hunzahúa, describe como el producto de la relación incestuosa entre hermanos acarrió la maldición de la madre, la creación de una lagunilla sin fondo tras la ruptura de una gran múcura o gacha por la acción de un palazo que la madre trató de darle a la hija incestuosa, la

conversión del hijo nacido de esta en una piedra en una cueva en Susa y la misma conversión en piedras que delimitan la boca del Salto de Tequendama de los padres incestuosos.

*“ Si alguno se hallase que tuviese cuenta con su madre , hija, hermana o sobrina, que entre ellos eran grados prohibidos, los metiesen en un hoyo angosto de agua con muchas sabandijas venenosas dentro y cubriéndolo con una gran losa, lo dejasen pereciendo allí, y la misma pena se daba a ellas ”.*<sup>24</sup>

*Los panches... no casaban los de un pueblo con mujer alguna de él porque todos se tenían por hermanos y era sacrosanto para ellos el impedimento del parentesco; pero era tal su ignorancia, que si la propia hermana nacía en diferente pueblo, no excusaba casarse con ella el hermano ”.*<sup>25</sup>

### *Adulterio*

Si bien el adulterio de cualquiera de los cónyuges fue considerado un problema, el de la mujer lo fue mucho más. Las relaciones adúlteras de las mujeres en las sociedades con prácticas de control natal solo fundadas en el infanticidio, el aborto, los períodos de abstinencia y las prácticas sexuales no reproductivas, fueron perseguidas duramente por los peligros que estas significaban con la garantía de que los nacidos en el seno del matrimonio si fueran del marido y no de otro hombre.

*“Si bien es verdad que sentían después mucho el adulterio. Y así, a que sentían sospechosa de esto, la hacían comer aprisa mucho ají, con que se abrasaba las entrañas, y con la misma le decían que confesara su delito, lo que hacían muchas veces con la fuerza del tormento, y aun lo que no habían hecho. Dábanles en confesando, agua, con que se mitigaba el ardor del primero, y sentenciábanlas a muerte, como lo disponía la ley y adulterio. Otras veces se confesaban y quedaban purgadas con el tormento del inicio y les hacían grandes fiestas. Si era el adúltero rico y ella de baja calidad, le rescataba-de la muerte con oro y mantas de que llevaba su parte al*

*cacique, lo que no podía hacer si sucedía el desastre con algunas de sus concubinas o mujeres. Porque sin remisión habían de pagar ambas por muertes crueles, dejando los cuerpos sin enterrar en el campo para escarmiento y ejemplo de los demás”.*<sup>26</sup>

### *Violación*

Mientras la violación de mujeres, al interior de las sociedades y en tiempos de paz fue severamente castigada, no lo fue así el secuestro y violación de mujeres de los pueblos contendientes. La violación como forma de humillar y derrotar al enemigo estaba permitida, la de la mujer del propio pueblo no.

Pedro Cieza de León escribió sobre la violación de las mujeres de los bandos enemigos: “*en unos valles que se llaman de Nore muy fértiles y abundantes ... esta agora asentada la ciudad de Antiochia, oí decir que los señores o caciques destos valle de Nore buscaban de las tierras de sus enemigos todas las mujeres que podían, las cuales traídas a sus casas usaban con ellas como las suyas propias; y así se empreñaban dellos, los hijos que nacían los criaban con mucho regalo hasta que habían doce o trece años, y deste edad estando bien gordos los comían con gran sabor*”<sup>27</sup>; “*Si algún hombre soltero forzaba alguna mujer, había de morir por ello, y si casado, habían de dormir dos solteros con la suya*”.<sup>28</sup>

### *Fiestas y orgías*

La expansión de la sexualidad sin límites en determinados momentos del año fue y es una nota característica en todas las sociedades en las que existía y existe una clara idea de simpatía y continuidad entre la humanidad y su entorno natural y una asociación de la cópula hombre-mujer con los eventos celestiales y terrenales, y en las que los ciclos de la producción de la tierra se asociaron con la mujer. Las fiestas y los intercambios sexuales libres y abiertos, las orgías, se pensaron y piensan como una forma de potenciar el mundo de la producción de alimentos y el flujo de energías naturales y con seguridad se comportaron como unas importantes

válvulas de escape a las tensiones sociales acumuladas. En estas reuniones de intercambio sexual colectivo se operan extraordinarios estados de conciencia en las personas. Las orgías sagradas fueron verdaderas comuniones de catarsis colectivas que conducían a éxtasis, en virtud de la cosmovisión de quienes participaban en ellas.

El cronista Fray Pedro Simón escribió sobre los indígenas en general del Nuevo reino de Granada y sobre los muisca en particular que: “*Sobre las fiestas que hemos dicho tenían en la dedicación de sus casas y coronaciones de caciques, tenían otras en los meses de enero, febrero y parte de marzo en las cabas de sus labranzas, donde se convidaban alternativamente unos caciques a otros, haciéndose grandes gastos y presentes de oro y mantas y de su vino, porque todas sus fiestas las hacía éste, supliendo las faltas de comida, -pues ésta no les daba cuidado como él andaba en abundancia. Asíanse de las manos hombres con mujeres, haciendo corro y cantando ya canciones alegres, ya tristes, en que referían las grandezas de los mayores, pausando todas a una y llevando el compás con los pies, ya a compás mayor ya a compases, según sentían lo que cantaban, al son de unas flautas y fotutos tan melancólicos y tristes, que más parecía música del infierno que cosa de este mundo. Tenían en medio las múcuras de chicha, de donde iban esforzando a los que cantaban otras indias que estaban del corro dentro, que no se descuidaban en darles de beber. Duraba esta hasta que caían embriagados y tan incitados a la lujuria con el calor del vino, que cada mujer y hombre se juntaba con el primero o primera que se encontraba, porque para esto había general licencia de estas fiestas, aun con las mujeres de los caciques y nobles*”.<sup>29</sup>

Fray Pedro Simón escribió sobre los indígenas de los alrededores de la villa de Anserma que: “*En las embriagueses que hacían en sus fiestas los indios de estas provincias y comúnmente hablando también en toda las de los Indias, hacían las mujeres comunes, embriagándose ellas de la suerte que los hombres, que si en ellos es cosa torpe, mucho más en las mujeres*”.<sup>30</sup>

Hace poco se señaló cómo en el pasado no muy lejano, entre la población de los u'wa de la Sierra Nevada del Cocuy se celebraba en el verano, que va desde noviembre hasta febrero, el mito de Las Abejas a través de una intensa actividad sexual y la recolección de la miel para ser usada por hombres y mujeres por su asociación el color amarillo que recuerda el sol, para revitalizar su energía sexual y reproductora.

### *Prostitución sagrada*

En muchas sociedades premodernas y dependiendo del grado de la organización social, de jefaturas o estatales, hubo al lado de vírgenes con actividades sagradas prostitutas con similares funciones. En el Perú incaico hubo unas mujeres dependientes de un personaje masculino, Atún Villca, llamadas Aclauna, que debían guardar la castidad, similar a la exigencia hecha a las vestales, hasta la edad de los 18 años o toda su vida. La violación de este voto significaba para ellas la muerte.

Los griegos con sus ciudades estado tuvieron en sus diferentes templos dedicados a Afrodita, cientos de mujeres que ofrecían sus cuerpos al servicio de la Diosa. Es posible que las mujeres Muzo que describiera Fray Pedro Simón tuviesen una función similar al lado de ciertos espacios sagrados para ellos y cubrieran las necesidades sexuales de los hombres ante la escasez de mujeres por cuenta de su acaparamiento por parte de los jefes y por otras razones como el infanticidio practicado con más frecuencia entre ellas.

Sobre esta práctica entre los indígenas muzo escribió Fray Pedro Simón “ *Nunca se gobernaron éstos ni los muzos por cabezas universales, sino por parcialidades, tomando por superior al más valiente para las guerras; y fuera de esto todo era behetría. Su vestido era el que les dio la naturaleza sin cubrir aun la parte de la honestidad, diciendo que consistía en un pequeña cuerda que traían por la cintura, la cual, si alguna vez se quebraba, se sentaban donde les cogía las desgracia y tapaban con lo que topaban o con la mano las partes honestas sin levantarse de*

*allí hasta que habían anudado y aderezado el cinto. Y esto era común en hombres y mujeres fuera de las que tenían por trato la deshonestidad, como las había en estas dos provincias; porque éstas andaban vestidas con una manta que les cogía desde los pechos hasta la espinilla y cubiertas con otra, bien peinado el cabello y enrizado con muchas sargas de cuentas de huesos de diversos colores, de que también trían adornados los brazos a tercios, pantorrillas y gargantas de la pierna, con que parecían muy bien. Demás de ser ellas de buen rostro sobre las demás mujeres que no tenían este trato; si bien todas las de estas provincias en común son de buen parecer. Eran limpiísimas sobre manera en su cuerpo y casas que las tenían apartadas de las poblaciones un cuarto de legua.*

*Nunca estaban holgando sino hilando (el rato que tenían desocupado de sus amores) pita... Hacíanles compañía sus madres o parientas viejas, las cuales llevaban a vender las cosas que les daban los que acudían a ellas, como era pita, y algodón en rama, maíz, aves, papagayos, guacharacas, pavas y otras aves de comer. Llamábanles en su lengua cocopimas, que es lo mismo que mono, porque decían imitaban a estos animales en la lujuria. Nunca éstas se casaban, pero teníanles tanto respeto, que ellas eran las que componían las disensiones que se ofrecían en los pueblos.”<sup>31</sup>*

### *El coito*

Las formas que puede tomar la cópula de los seres humanos dependen de variables como la relación de poder entre hombre y mujer, del tipo de organización social (igualitaria, jerarquizada, autoritaria, teocrática, etc), la libertad de uno o los dos cónyuges, de las ideas que sobre el acto en sí se tenga, del espacio físico en el que se realiza, de si la pareja está sola o acompañada por otras personas, de si hay hijos presentes o no, de las horas del día en que se practica, del tipo de lecho en que se realiza, etc.

Con seguridad la cópula de los indígenas vivientes en casas comunales tipo maloca debió ser diferente

a aquellos que vivían en casas exclusivas para la familia y aisladas de las otras viviendas; ella debió ser diferente si la relación se hacía en las chagras y conucos o en interior de las viviendas, si las parejas se acostaban en esteras o en hamacas y si existían niños u otras personas próximas a la pareja. Si la relación se mantenía fuera de las casas comunales y en las selvas, lejos de los lugares habitados con seguridad, en prevención de ataques de animales, se evitaba la noche para llevarla a cabo.

Los conceptos sobre los cuerpos masculinos y femeninos también influyen en la relación sexual y amorosa. Es frecuente observar entre las comunidades indígenas, en contraste con las costumbres de los otros colombianos, poco contacto físico y aún visual entre las parejas cuando están en público, y más raro ver expresiones de afectos como besos en la boca. A la par de la permisividad sexual, se restringen las expresiones de los sentimientos amorosos.

En la colección de cerámica del Museo Arqueológico de la Casa Marqués de San Jorge, en Bogotá, se encuentra una interesante pieza de la cultura Tumaco-La Tolita que muestra una relación anal heterosexual, que con seguridad fue una práctica entre los indígenas muy relacionada con sus ideas alrededor de los ciclos del mundo circundante y como práctica de sexo no reproductivo. La cultura peruana mochica, muy jerarquizada y teocrática, dejó un fabuloso conjunto de cerámica sexual en el que muestra todo tipo de relaciones sexuales entre las personas: sexo anal, vaginal, oral, homosexual, etc., sin par en el mundo entero.

Los Koguis buscan que durante la relación sexual haya un ritmo parejo y que no ocurra ninguna interrupción ya que perturbará el “acuerdo” y causará daño tanto a los padres como a los niños que nacieran de esa unión. Los indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta asociando a la mujer con la madre tierra, buscan que adopte la posición decúbito supino, de receptora, para evitar aguaceros y males (recuérdese la asociación del esperma eyaculado con las lluvias) y que no se mueva, sea pasiva, para así evitar daños

a los órganos sexuales del varón y de ella misma así como en el producto de la concepción en caso de que esta ocurra. La vida sexual activa se inicia en hombres y mujeres tras los eventos puberales como la menarquia, tras un periodo variable de inducción y educación en el seno de sus hogares, con base en las expectativas económico-sociales de esas sociedades, tan asociadas a las faenas de la tierra y sin la institución escolar que pudiese retardar la inserción a la vida laboral.

### *Partos*

En las sociedades premodernas el embarazo, el parto y el puerperio generaron especiales medidas de defensa para el marido y la comunidad por considerar estos momentos de la vida de la mujer peligrosos para aquel y aquella. Estas consideraciones seguramente son la explicación de la poca asistencia de la madre por parte de otras personas durante el parto y que estos se realizaran en no pocas veces lejos de la casa, en proximidad de corrientes de agua, o la ausencia del marido en caso de que el parto se realizara en la casa o en sus proximidades. El parto, el alumbramiento y la cortada del cordón umbilical por lo regular eran procesos de la sola parturienta. En casi todas las sociedades premodernas el parto y su asistencia por otras personas fue un asunto de solo mujeres y prohibido para los hombres por razones como el tabú de la sangre. Ésta última razón fue la que hizo que los hombres de las comunidades indígenas poco participaran del parto de sus mujeres.

Fray Pedro Simón fue taxativo al escribir sobre la ausencia entre las comunidades indígenas de parteras. *“No se han hallado parteras en esta tierra, porque no son menester. Antes cuando quieren parir; huyen si pueden de la gente y se van a esconder cerca de un barrio, para en pariendo entrarse en él a lavarse con su parto, como lo hacen en particular las indias guayupes en San Juan de los Llanos, al sur de esta ciudad de Santafé.”*<sup>32</sup>

El temprano cronista Pedro de Aguado escribió que: *“en la hora que cualquiera india se sienta propicia*

*a] parto, se mete en lo más espeso de la montaña que mis cerca halla, y allí se esta hasta que ha parido sola; y acabando de echar la criatura déjale allí, y va a llamar al marido o a otra persona suya, y tráenle agua con que se lave ella y su criatura”*<sup>33</sup>

El embarazo en general y el parto en particular de niñas no fue motivo de mucha felicidad entre varias indígenas a juzgar por lo que escribió en un informe del siglo XVII Gonzalo Pérez de Vargas: “Las hembras por la mayor parte, en sintiéndose preñadas, matan las criaturas dádoles golpes con piedras y bañándose la barriga en un cocimiento de ciertas yerbas que tienen virtud de hacer abortar, porque no salgan a luz; lo cual dicen que hacen por no hacerse viejas, y otras por entender que es hija lo que han de parir, lo cual ellas aborrecen mucho y en tanto grado, que algunas las entierran después de nacidas..”<sup>34</sup>

Fray Pedro Simón escribió sobre una práctica que se ha venido a llamar en antropología la covada, o manifestaciones comportamentales, mentales o físicas de los padres durante el embarazo, el parto



Cerámica Tumaco –La Tolita: relación anal heterosexual. (Colección del Museo Arqueológico Casa Marqués de San Jorge.)

o el puerperio: “A las espaldas de estas sierras de Bogotá, que es parte del este que llaman los Llanos, entre las demás naciones hay una que anda vagabunda en cuadrillas pequeñas, desnudos del todo, sin casa ni sementeras. Duermen donde les coge la noche por ser tierra caliente, comen frutas y raíces silvestres, usan arcos y flechas, nunca se detienen en parte ninguna si no es que cuando va a parir la mujer. Porque entonces hace el marido, un hoyo tan hondo como ella, algo espacioso, donde pare a solas, y si es varón el del parto, hace el marido, una barbacoa o tablado de cañas encima del hoyo, levantado en alto con una lanza sobre cuatro palos, sobre que se sube y aquí está por tres días y noches. Está siempre de aquel lado sin comer y volverse al otro lado, se baja triste de la barbacoa y diciendo que el niño ha de ser desgraciado. Por quello no se le da mucho por criarlo. Pero si puede perseverar en estos dos tormentos y los que se añaden a veces de sol y agua, aquel tiempote juzgan suerte dichosa, y en alegría hacen fiestas.”<sup>35</sup>

El autor de estas líneas sólo conoce en la producción artística prehispánica colombiana una figura cerámica de la cultura Tumaco-La Tolita, en donde se ve a una mujer pariendo un hijo siendo ayudada desde atrás por otra persona. Solo se observan los brazos del ayudante, que bien podría ser otra mujer y menos probablemente el marido.

Durante el embarazo, el puerperio y un período variable de la lactancia, la abstinencia sexual fue frecuente por la convicción de los peligros que el coito en estas circunstancias, podía implicar para el padre y / o el niño.

### *Protecciones divinas para el parto*

En todas las sociedades el momento del parto ha generado en las mujeres prácticas mágicas y religiosas para la protección de su salud y del niño. Se han utilizado exvotos y recitado oraciones y plegarias.

*“Otro dios tenían que llamaban Cuchaviva, que decían era el aire resplandeciente o, como mejor*

*interpretan otros, era el arco del cielo de que luego hablaremos. Ya aunque era dios universal, más en particular le tenían por abogado las mujeres de parto y enfermos de calenturas. Ofrecíanle alguna vez oro bajo, pero lo ordinario era ofrecerle esmeraldillas y cuentas de Santa Marta.”*<sup>36</sup>

*“No fueron solos estos indios del Reino los que cayeron en este error de adorar el arco, pues de los del Perú afirma lo mismo el padre Acosta, y que el arco era las armas e insignias imperiales del Inga, con dos culebras asidas las colas y las puntas del arco, y se tocaban en medio de él con las cabezas.”*<sup>37</sup>

*“Las preñadas ofrecían al Cuchaviva sus cintillos y figuras de oro bajo, para tener buen parto, y si parían dos de un parto, mataban al segundo que nacía, teniendo por grande afrenta parir dos juntos, porque decían ser aquello demasiada lujuria, creyendo ser imposible engendrarse dos juntamente, sino que había de ser por fuerza uno después de otro con distintos ayuntamientos. Y así por librarse estos, era ley inviolable no llegar el marido a la mujer hasta muchos días después de haber parido.”*<sup>38</sup>

Bochica en tierras del cacique Sogamoso *“Enseñóles también a hilar algodón y tejer mantas y otras cosas de vida política, como a los del Bogotá en el tiempo en que estuvo con ellos, que no fue poco. Después del cual llegó al pueblo de Iza y habiéndoles predicado y enseñado lo mismo, desde allí se desapareció, que nunca más lo vieron, dejando allí en una piedra estampado un pie de los suyos, en que tienen hoy tanta devoción los indios e indias preñadas, que van a raspar de aquella piedra y la beben en agua para tener un buen parto”*.<sup>39</sup>

### *Muerte de la parturienta*

La mujer de la parturienta fue un serio problema hasta hace pocos años. En muchas sociedades los decesos ocurridos en las guerras y en el parto fueron algo especial en el conjunto de las muertes.

*“Por las muertes de que moría cada uno, juzgaban*



Mujer pariendo en posición sentada. Manos de ayudante sobre los costados de la parturienta. Tumaco-La Tolita. (Colección del Museo Arqueológico Casa Marqués de San Jorge.)

*el lugar de trabajo o descanso que había de tener en la otra vida. Porque los que morían de calenturas, dolor de costado, cámaras de sangre o en la guerra, o las mujeres que morían de parto, los dejaban con esperanzas de que habían ido a descansar al cielo, pero sin ellas, que iban al infierno los que morían de otra manera. Y así se entristecían con la muerte de éstos y no se ponían mantas nuevas, ni cruces junto a ellos en las sepulturas, como la hacían con aquellos Embarnizándoles la cara con bija, perfumando las sepulturas con trementina, y poniéndoles una cruz al lado derecho y haciéndoles un pequeño bohío sobre el sepulcro, ya que estaba cerrado, y en lo alto de la otra, una cruz; aunque perdida casi del todo la fama por unos hilos de varios colores que le entretejían por todas las cuatro partes y poníanla en tantas porque la tenían por símbolo de alegría, como se lo había dicho su predicador”*.<sup>40</sup>

*“Si alguna mujer moría de parto, mandaba la ley que perdiese el marido la mitad de la hacienda y la llevase al suegro o suegra, hermano o parientes más cercanos en defecto del padre; más quedando la criatura viva, sólo estaba obligado a criarla a su costa. Y aun añadían en algunas partes que sin tenía*

hacienda, había de buscar algunas mantas el viudo con que pagar a los herederos de la muerta, y sin no, le perseguían hasta quitarle la vida”.<sup>41</sup>

### *Formas de predecir la futura suerte del recién nacido*

En todas las sociedades premodernas la suerte del recién nacido fue objeto de estudios a través de oráculos, de los movimientos de los astros e interpretación de signos particulares. En los pueblos indígenas existía y existe un cuidado especial con la placenta y el cordón umbilical; la primera no se bota en cualquier lugar sino que se coloca en recipientes de arcilla u otros materiales y enterrados en lugares con significado sagrado para las familias indígenas, mientras que el cordón, o parte de este, es guardado en algunas de ellas. Ambos rituales buscan fortalecer el vínculo del recién nacido y futura persona adulta con la comunidad y la madre tierra.

“Usaban de esta superstición para conocer si los niños habían de ser venturosos o desgraciados, que cuando lo detestaban hacían un rodillo pequeño de esparto con un poco de algodón en medio, mojado con leche de la madre, y yendo con él seis mozos, buenos nadadores, lo echaban en un río y tras él, los mozos nadando. Y si el rodillo se volvía entre el oleaje del agua antes que lo alcanzasen a tomar, decían había de ser desgraciado el niño por quien se hacía aquello; pero si se lo recobraban sin trastornarse, juzgaban había de tener mucha ventura y así contentos se volvían a casa de los padres y diciendo lo que les había pasado, se hacían fiestas según el suceso. Llegaba luego cada uno de los mozos y otros que tenían convidados y quitaban con unos cuchillos de caña o piedra, al niño que estaba sentado en una manta, un mechón de cabellos hasta que lo dejaban sin ninguno. Estos echaban después en el río, donde lavaban niño que era cierto modo de bautismo. Ofrecían al niño algunos dones, después de estar bien remojados de chicha con que se concluía la fiesta”.<sup>42</sup>

### *Las esposas o concubinas de los caciques como acompañantes del muerto*

La situación social dependiente que tuvo la mujer en muchas sociedades premodernas fue la responsable de discriminaciones alimenticias sobre ellas, como la de comer menos carne de venado entre los muisca y de la práctica del enterramiento vivas o la quema de ellas, tras la muerte de ciertos hombres poderosos.

“En los ojos, narices, orejas, boca y ombligo les ponían algunas esmeraldas y tejos de oro según el caudal de cada uno, y al cuello chagualas de lo mismo. Encerrábanse en la misma bóveda con él las mujeres y esclavos que más le querían, porque ésta era la mayor demostración y fineza de amor que había entre ellos; pero dábanle primero a los vivos un zumo de cierta yerba, con que privados de sentidos, no conocían la gravedad del hecho a que se ponían”.<sup>43</sup>

Entre los indios próximos a Anserma “..., muerto algún principal o señor, lo meten dentro con muchos llantos, echando con él todas sus armas y ropa y el oro que tiene, y comida... (y) las mujeres que en vida ellos más quisieron las enteraban vivas con ellos en las sepulturas, y también enterraban otros muchachos y indias de servicio”.<sup>44</sup>

Los indígenas de la población de Antioquia “Cuando se mueren los principales señores destos valles llóranlos muchos días arreo, y tresquilan sus mujeres, y mátanse las más queridas... Dentro de aquella gran sepultura... meten al difunto... después que con su vino, hecho de maíz o de otras raíces, han embeodado a las más hermosas de sus mujeres y algunos muchachos sirvientes, los metían vivos en aquella bóveda, y allí los dejaban para que el señor abajase más acompañado...”.<sup>45</sup>

### *La iniciación sexual del joven a manos de la mujer mayor*

Los elementos más comunes de la iniciación masculina han consistido en prohibir el contacto heterosexual y abstenerse de tomar alimentos “femeninos” y en no pocas veces la realización de sangrías rituales para extraer la sustancia “femenina” y la obligación

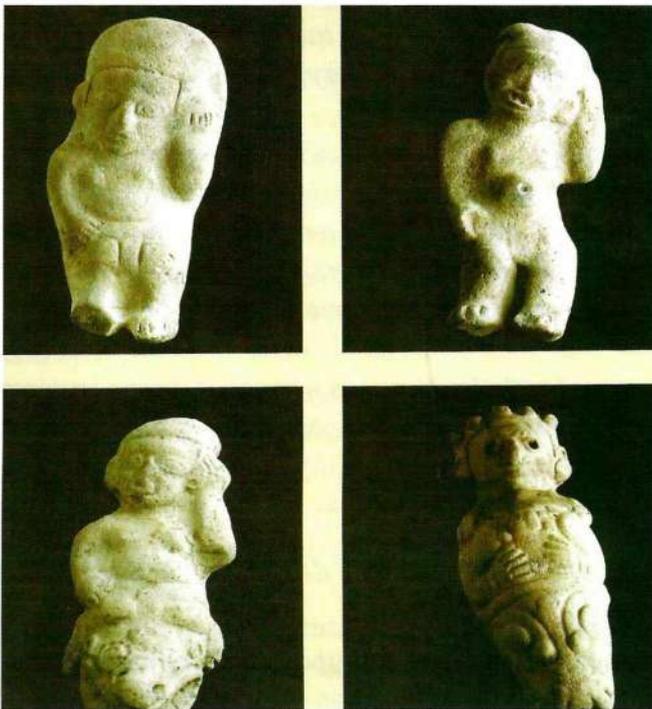
de obedecer a los varones adultos. En algunas zonas el desarrollo de la masculinidad comenzaba con la inseminación homosexual, la transmisión directa de semen como fuerza vital de los hombres adultos a los iniciados. Las costumbres de los pueblos primitivos exigen que el futuro marido eluda la función de desvirgar a la prometida, quedando a cargo de otra persona que puede ser una anciana o un sacerdote, es decir, una persona de carácter sagrado, sustitución del padre, combinada con un coito ceremonial. En varias sociedades indígenas se buscaba que los hombres jóvenes fueran iniciados en su vida sexual por mujeres sabias: viejas o viudas. Entre los koguis y arhuacos estos jóvenes sólo así podían usar el calabacito que les había asignado el mama/o.

## Discusión

Por los temas analizados antes es claro que las sociedades indígenas consideraron a la mujer en estrecha asociación con sus evidentes características físicas y fisiológicas, como son su menor fuerza muscular, sus sangrados catameniales y de posparto y su

poderosa sexualidad. La mujer fue asociada con la tierra, el hombre con cielo; ella con la sangre, la suciedad, la impureza; el por la ausencia de la sangre, con la limpieza y la pureza; ella con debilidad, el con fortaleza; la mujer al lado izquierdo, el hombre al derecho; ella abajo, él arriba, la mujer pasiva, el hombre activo, la mujer siguiendo al hombre, éste marcando el paso.

Por la asociación de la mujer a la impureza por su flujo menstrual inmundo, miasmático y peligroso, y con el lado izquierdo (casi siempre la mano izquierda con menos fuerza que la derecha) en casi todas las sociedades indígenas se considera que la energía mala entra por el lado izquierdo del cuerpo, mientras que la buena, por el lado derecho, el masculino. La cultura Tumaco-La Tolita, que floreció en la costa pacífica colombo-ecuatoriana desde Esmeraldas, Ecuador, hasta Buenaventura, Colombia, entre los 400 a.C a los 400 d.C, dejó unas interesantes figuritas cerámicas en los que el dolor se expresa llevándose la mano izquierda a la oreja izquierda.



Ceramica de la cultura Tumaco-La Tolita. Secuencia iconográfica de dolor, dolor-enfermedad, dolor-inframundo e inframundo-muerte. (Colección del autor.)



Instrumento quirúrgico para trepanar, mochica. (Colección del autor)

Por la asociación de los genitales femeninos con las conchas, los diferentes pueblos indígenas americanos reverenciaron a estas últimas. Fue el caso de las culturas del pacífico suramericano que hicieron de cierta variedad de ellas objeto de un importante comercio. La cultura preincaica Moche del norte de la costa peruana, dejó un bello instrumento de bronce, posiblemente para trepanar cráneos, en que la intención del beneficio del procedimiento se ex-

presa en la sujeción por parte de una mano de una concha marina, posiblemente una *Spondilus spp*, tan fuertemente vinculada por su forma y color rojo a la vulva femenina.

El siguiente cuadro puede sintetizar las relaciones y asociaciones de varias características con la mujer y el hombre:

| Mujer  | Hombre   |
|--|--|
| Débil  | Fuerte   |
| Blanda   | Duro   |
| Pasivo   | Activo   |
| Abajo  | Arriba   |
| Atrás  | Adelante   |
| Izquierda  | Derecha  |
| Luna   | Sol  |
| Occidental   | Oriental   |
| Tierra   | Cielo  |
| Sangre   | Esperma  |
| Desfloración sangrienta                                | Desvirgue no sangriento                              |
| Caliente   | Frío   |
| Sucia- impura  | Limpio-puro  |
| Colores: tierra, ocre, rojo, rosado                    | Colores: blanco, celeste                             |
| Aguas retenidas  | Lluvias  |
| Mayor potencia sexual                                  | Menor potencia sexual                                |
| Alimentos  | Comidas especiales                                   |
| Acciones y labores en el espacio y el tiempo no ritual | Acciones y labores relacionados con el tiempo ritual |
| Cosas físicas  | Pensamiento  |
| Profano  | Sagrado  |
| Abierto  | Cerrado  |

Por la asociación de los genitales femeninos con las conchas, los diferentes pueblos indígenas americanos reverenciaron a estas últimas. Fue el caso de las culturas del pacífico suramericano que hicieron de cierta variedad de ellas objeto de un importante comercio. La cultura preincaica Moche del norte de la costa peruana, dejó un bello instrumento de bronce, posiblemente para trepanar cráneos, en que la intención del beneficio del procedimiento se ex-

presa en la sujeción por parte de una mano de una concha marina, posiblemente una *Spondilus spp*, tan fuertemente vinculada por su forma y color rojo a la vulva femenina.

El siguiente cuadro puede sintetizar las relaciones y asociaciones de varias características con la mujer y el hombre:

| Mujer  | Hombre   |
|--|--|
| Débil  | Fuerte   |
| Blanda   | Duro   |
| Pasivo   | Activo   |
| Abajo  | Arriba   |
| Atrás  | Adelante   |
| Izquierda  | Derecha  |
| Luna   | Sol  |
| Occidental   | Oriental   |
| Tierra   | Cielo  |
| Sangre   | Esperma  |
| Desfloración sangrienta                                | Desvirgue no sangriento                              |
| Caliente   | Frío   |
| Sucia- impura  | Limpio-puro  |
| Colores: tierra, ocre, rojo, rosado                    | Colores: blanco, celeste                             |
| Aguas retenidas  | Lluvias  |
| Mayor potencia sexual                                  | Menor potencia sexual                                |
| Alimentos  | Comidas especiales                                   |
| Acciones y labores en el espacio y el tiempo no ritual | Acciones y labores relacionados con el tiempo ritual |
| Cosas físicas  | Pensamiento  |
| Profano  | Sagrado  |
| Abierto  | Cerrado  |

## Conclusiones

Como el pensamiento dualista es propio de todas las sociedades premodernas, de una u otra forma como el pensamiento mítico y analógico, es parte de la dotación del ser humano. Hoy podemos ver como el pensamiento binario y las relaciones binarias siguen marcando la relación entre los dos sexos y son elementos de construcción de las ideas que tenemos de género.

Todavía es común que los botones de las camisas, batas y blusas masculinas estén a la derecha, mientras que las que usan las mujeres a la izquierda; que se da la mano derecha para saludar por ser ella la que casi siempre es la más fuerte, la masculina; que la mayoría, más del setenta por ciento, de los hombres duermen a la derecha de la mujer; que en la inmensa mayoría de las representaciones de mujeres lactando en la pintura occidental el niño se alimenta del seno izquierdo, al igual que lo dejan ver las obras de arte de las sociedades premodernas en general e indígenas colombianas en particular; que en el mundo deportivo de alto rendimiento se busca impedir que los hombres copulen con sus mujeres en vísperas de las competiciones por el temor de la absorción de la energía masculina por la mujer; que las prendas de los recién nacidos y lactantes menores varones suelen ser azules mientras que las de las niñas rosadas.

Los imaginarios que sigue construyendo el ser humano sobre las diferencias entre hombres y mujeres siguen y seguirán nutriéndose por nuestra enorme capacidad de percibir el mundo, en virtud del pensamiento analógico que todos poseemos, en términos de opuestos complementarios.

En las sociedades actuales, tan nutridas del discurso del valor de los derechos individuales y de la igualdad ante la ley de hombres y mujeres; de procesos productivos que en su inmensa mayoría no dependen de la fuerza muscular, de una profunda comprensión de los procesos fisiológicos humanos y de cuidados sobre las efusiones de sangre de la mujer durante las menstruaciones y el parto, se sigue pensando en la construcción de imaginarios de género, en virtud a nuestra condición de especie animal mamífera y la organización cerebral tan compleja y peculiar.

Hoy, en los tiempos y sociedades donde domina el pensamiento lógico sobre el analógico y son básicos los derechos individuales, si bien no hemos roto, ni lo podremos hacer nunca, con nuestra condición tan peculiar en el reino animal, es claro que debemos mantenernos en guardia ante las inercias del pensamiento analógico que puedan llevar aparejadas una discriminación de la mujer.



Cerámicas y cuadro de mujeres lactando con sus senos izquierdos. De izquierda a derecha: culturas llama, Tumaco-La Tolita y Sinú. (Las dos primeras de la colección del autor, la tercera de la colección del Museo Arqueológico de la Casa Marqués de San Jorge.) Cuadro *Lousie amamantando a su hijo*, 1899, de Mary Cassatt (1844-1926) (Colección Rau).

## Referencias

- 1) Aguado Pedro, Bogotá. Recopilación historial. Imprenta Nacional, Bogotá. 1966 volumen 1, página 596.
- 2) Rivero, Juan. Historia de las misiones de los Llanos de Casanare y los ríos Orinoco y Meta. Empresa Nacional de Publicaciones, Bogotá, 1956, página 35.
- 3) Lucas Fernández de Piedrahita, Lucas. Noticia historial de las Conquistas de Nuevo Reino de Granada. Instituto Colombiano de Cultura Hispánica, Bogotá, 1973 Volumen 1, página 53.
- 4) Cieza de León, Pedro. La crónica del Perú Crónicas de América 4 Historia 16, Madrid, 1984, pp 269-270.
- 5) Gumilla, Joseph. Historia Natural civil y geográfica de las naciones situadas en las riveras del río Orinoco, -Orinoco Ilustrado-. Imprenta de Carlos Gubert y Tutó, - Barcelona, 1791, volumen 1, pp 189-190.
- 6) Gumilla, Joseph. Historia Natural civil y geográfica de las naciones situadas en las riveras del río Orinoco, -Orinoco Ilustrado-. Imprenta de Carlos Gubert y Tutó, Barcelona, 1791, volumen 2, página 61.
- 7) Gumilla, Joseph., Historia Natural civil y geográfica de las naciones situadas en las riveras del río Orinoco, -Orinoco Ilustrado-. Imprenta de Carlos Gubert y Tutó, Barcelona ,1791, volumen 2, página 61.
- 8) Fernández de Piedrahita, Lucas. Noticia historial de las Conquistas de Nuevo Reino de Granada. Instituto Colombiano de Cultura Hispánica, Bogotá, 1973, Volumen 1, página 53.
- 9) Gumilla, Joseph. Historia Natural civil y geográfica de las naciones situadas en las riveras del río Orinoco, -Orinoco Ilustrado-. Imprenta de Carlos Gubert y Tutó, Barcelona, 1791, Volumen 1, pp 118-119.
- 10) Aguado, Pedro. Recopilación historial, citado por Andrés Soriano Lleras. En La medicina en el Nuevo reino de Granada durante la Conquista y la Colonia. Imprenta Nacional, Bogotá, 1966, pp 8-9.
- 11) Simón, Pedro. Noticias Historiales de las conquistas de Tierra Firme en las Indias Occidentales. Biblioteca Banco Popular, Bogotá, 1981, Tomo III Cuarta Noticia Historial Capitulo VII, página 393.
- 12) Simón, Pedro. Noticias Historiales de las conquistas de Tierra Firme en las Indias Occidentales. Biblioteca Banco Popular., Bogotá, 1981, Tomo III Cuarta Noticia Historial Capitulo VII. página 393.
- 13) Cieza de León, Pedro. La crónica del Perú. Crónicas de América 4, Historia 16, Madrid 1984, pp 223-224.
- 14) Cieza de León; Pedro. La crónica del Perú. Crónicas de América 4, Historia 16, Madrid 1984, página 118.
- 15) Cieza de León, Pedro. La crónica del Perú. Crónicas de América 4, Historia 16, Madrid 1984, página 125.
- 16) Simón, Pedro. Noticias Historiales de las conquistas de Tierra Firme en las Indias Occidentales. Biblioteca Banco Popular., Bogotá, 1981, Tomo V Primera Noticia Historial Capitulo X, página 59.
- 17) Simón, Pedro. Noticias Historiales de las conquistas de Tierra Firme en las Indias Occidentales. Biblioteca Banco Popular., Bogotá, 1981, Tomo III Cuarta Noticia Historial Capitulo VIII, página 398.
- 18) Gumilla, Joseph. Historia Natural civil y geográfica de las naciones situadas en las riveras del río Orinoco, -Orinoco Ilustrado-. Imprenta de Carlos Gubert y Tutó, Barcelona, 1791, volumen 2, página 284.
- 19) Gumilla, Joseph. Historia Natural civil y geográfica de las naciones situadas en las riveras del río Orinoco, -Orinoco Ilustrado-. Imprenta de Carlos Gubert y Tutó, Barcelona, 1791, volumen 2, página 286.
- 20) Gumilla, Joseph, Historia Natural civil y geográfica de las naciones situadas en las riveras del río Orinoco, -Orinoco Ilustrado-. Imprenta de Carlos Gubert y Tutó, Barcelona, 1791, volumen, 2, página 288.
- 21) Rivero, Juan. Historia de las misiones de los Llanos de Casanare y los ríos Orinoco y Meta. Empresa Nacional de Publicaciones, Bogotá, 1956, página 354.
- 22) Simón, Pedro. Noticias Historiales de las conquistas de Tierra Firme en las Indias Occidentales. Biblioteca Banco Popular, Bogotá, 1981, Tomo III Cuarta Noticia Historial Capitulo VIII, pp 397-398.
- 23) Simon, Pedro. Noticias Historiales de las conquistas de Tierra Firme en las Indias Occidentales. Biblioteca Banco Popular., Bogotá, 1981, Tomo V Tercera Noticia Historial Capitulo II, página 281.
- 24) Simón, Pedro. Noticias Historiales de las conquistas de Tierra Firme en las Indias Occidentales. Biblioteca Banco Popular, Bogotá, 1981, Tomo III Cuarta Noticia Historial Capitulo VII., página 395.
- 25) Fernández de Piedrahita, Lucas. Noticia historial de las Conquistas de Nuevo Reino de Granada. Instituto Colombiano de Cultura Hispánica, Bogotá, 1973, volumen 1, pp 52-53.
- 26) Simón, Pedro. Noticias Historiales de las conquistas de Tierra Firme en las Indias Occidentales. Biblioteca Banco Popular., Bogotá, 1981, Tomo III Cuarta Noticia Historial Capitulo VIII, pp 398-399.
- 27) Cieza de León, Pedro. La crónica del Perú. Crónicas de América 4, Historia 16, Madrid 1984, pp 104-105.28) Simón, Pedro. Noticias Historiales de las conquistas de Tierra Firme en las Indias Occidentales. Biblioteca Banco Popular., Bogotá, 1981, Tomo III Cuarta Noticia Historial Capitulo VII, página 395
- 28) Simón, Pedro. Noticias Historiales de las conquistas de Tierra Firme en las Indias Occidentales. Biblioteca Banco Popular., Bogotá, 1981, Tomo III Cuarta Noticia Historial Capitulo VII, página 395
- 29) Simón, Pedro. Noticias Historiales de las conquistas de Tierra Firme en las Indias Occidentales. Biblioteca Banco Popular, Bogotá, 1981 Tomo III Cuarta Noticia Historial Capitulo X, página 405.

- 30) Simón, Pedro. Noticias Historiales de las conquistas de Tierra Firme en las Indias Occidentales. Biblioteca Banco Popular, Bogotá, 1981. Tomo V Tercera Noticia Historial Capitulo II, página 284.
- 31) Simón, Pedro. Noticias Historiales de las conquistas de Tierra Firme en las Indias Occidentales. Biblioteca Banco Popular, Bogotá, 1981. Tomo IV Séptima Noticia Historial Capitulo XXIII, página 436.
- 32) Simón, Pedro. Noticias Historiales de las conquistas de Tierra Firme en las Indias Occidentales. Biblioteca Banco Popular, Bogotá, 1981 Tomo III Cuarta Noticia Historial Capitulo VIII, página 399.
- 33) Aguado, Pedro. Recopilación historial. , Imprenta Nacional, Bogotá, 1966 volumen 1, página 608.
- 34) Pérez de Vargas, Gonzalo. Descripción de la ciudad de Tocaima del Nuevo Reino de Granada hecha por Don Gonzalo Pérez de Vargas, vecino del ella. En *Cespedesia*, N° 45-46, suplemento N° 4, enero-junio 1983, página 278.
- 35) Simón, Pedro. Noticias Historiales de las conquistas de Tierra Firme en las Indias Occidentales. Biblioteca Banco Popular, Bogotá, 1981 ,Tomo III Cuarta Noticia Historial Capitulo VIII, página 400.
- 36) Simón, Pedro. Noticias Historiales de las conquistas de Tierra Firme en las Indias Occidentales. Biblioteca Banco Popular, Bogotá, 1981 Tomo III Cuarta Noticia Historial Capitulo IV, página 377.
- 37) Simón, Pedro. Noticias Historiales de las conquistas de Tierra Firme en las Indias Occidentales. Biblioteca Banco Popular, Bogotá, 1981 Tomo III Cuarta Noticia Historial Capitulo IV, página 380.
- 38) Simón, Pedro. Noticias Historiales de las conquistas de Tierra Firme en las Indias Occidentales. Biblioteca Banco Popular, Bogotá, 1981, Tomo III Cuarta Noticia Historial Capitulo VIII, página 399.
- 39) Simón, Pedro. Noticias Historiales de las conquistas de Tierra Firme en las Indias Occidentales. Biblioteca Banco Popular, Bogotá, 1981, Tomo III Cuarta Noticia Historial Capitulo XII, página 413.
- 40) Simón, Pedro. Noticias Historiales de las conquistas de Tierra Firme en las Indias Occidentales. Biblioteca Banco Popular, Bogotá, 1981, Tomo III Cuarta Noticia Historial Capitulo XIV, página 423.
- 41) Simón, Pedro. Noticias Historiales de las conquistas de Tierra Firme en las Indias Occidentales. Biblioteca Banco Popular, Bogotá, 1981, Tomo III Cuarta Noticia Historial Capitulo VII, página 395.
- 42) Simón, Pedro. Noticias Historiales de las conquistas de Tierra Firme en las Indias Occidentales. Biblioteca Banco Popular, Bogotá, 1981, Tomo III Cuarta Noticia Historial Capitulo VIII, página 399.
- 43) Simón, Pedro. Noticias Historiales de las conquistas de Tierra Firme en las Indias Occidentales. Biblioteca Banco Popular, Bogotá, 1981 Tomo III Cuarta Noticia Historial Capitulo X página 406-407.
- 44) Cieza de León, Pedro. La crónica del Perú. Crónicas de América 4, Historia 16, Madrid 1984, pp 112-113.
- 45) Cieza de León, Pedro. La crónica del Perú. Crónicas de América 4, Historia 16, Madrid 1984, página 106.

## Lecturas Recomendadas

- Benavides Cuellar, Manuel José. Aspectos culturales de los koguis. Editorial Centro Don Bosco, Bogotá. 2003, 152 páginas.
- Cardona López, Marta. Género, mujer y feminidad en los yukunas de la Amazonia colombiana, en *Familia, género y antropología, Desafíos y transformaciones*; Editora Patricia Tovar Rojas, Instituto colombiano de antropología e historia, ICANH, Bogotá, 2003, pp 348-394.
- Dagua Hurtado, Abelino; Aranda, Misael; Vasco, Luís Guillermo. Guambianos. Hijos del aroiris y del agua. Los cuatro elementos, Fondo de promoción de la cultura, Fundación Alejandro Ángel escobas, CEREC, Bogotá, 1998, 278 páginas.
- Falchetti, Ana María. El legado milenario de los uwa. La sabiduría ancestral de un pueblo indígena. Ana María Falchetti, Bogotá. 2007, 78 páginas.
- Héritier Augé, Françoise. El esperma y la sangre: en torno a algunas teorías antiguas sobre su génesis y relaciones en *Fragmentos para una historia del cuerpo, Parte tercera*, Editado por Michel Feher, Ramona Naddaff y Nadia Tazi; Taurus, Madrid, 1992, pp159-198.
- Knauff, Bruce M. Imágenes del cuerpo en Melanesia: sustancias culturales y metáforas naturales en *Fragmentos para una historia del cuerpo, Parte tercera*, Editado por Michel Feher, Ramona Naddaff y Nadia Tazi; Taurus, Madrid, 1992 pp 199-278.
- Puerta Restrepo, Mauricio. Tierradentro. Territorio mágico. Editorial Carrera 7A., Bogotá, 2001, 223 páginas.
- Romero, Flor. Diosas de tempestad. La mujer precolombina. Universidad Central, Bogotá. 2001, 160 páginas.
- Sotomayor Tribín, Hugo. Iconografía del dolor, la enfermedad y la muerte en la Cultura precolombina de Tumaco -La Tolita *MEDICINA Academia Nacional de Medicina # 31 diciembre 1992*, pp 35-37.
- Sotomayor Tribín, Hugo. Simbolismo mágico religioso en un instrumento quirúrgico del Perú precolombino *Revista Colombiana de Cirugía Vol. 8 # 3 julio-septiembre 1993*, pp 221-223.
- Sotomayor Tribín, Hugo. Arqueomedicina de Colombia Prehispánica. Segunda edición; Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, 1999, 158 páginas.
- Sotomayor Tribín, Hugo. Una reflexión de antropología médica alrededor de los senos femeninos. *Tribuna Médica*, volumen 102, # 9 año 2002. pp. 406-411.
- Vila de Pineda, Patricia; Rojas, Doris. Las mujeres antes de la conquista, en *Familia, género y antropología, Desafíos y transformaciones*; Editora Patricia Tovar Rojas, Instituto colombiano de antropología e historia, ICANH, Bogotá, 2003, pp 300-346.

## Repertorio de antaño

# PRESERVACIÓN DEL APÉNDICE VERMIFORME

Por el Doctor Adriano Perdomo De Frías

Tomado de la revista Repertorio de Medicina y Cirugía, volumen 1 No. 5 de febrero 15 de 1910.

*Ya que se está tratando en la actualidad sobre La Oportunidad operatoria en la apendicitis, aprovecho la oportunidad para referirme á un estudio muy importante de C.B. Keetley, F.R.C.S., sobre "Por qué y cómo debe el cirujano tratar de preservar el apéndice vermiforme." (1)*

*El autor se refiere á su práctica en apendicostomía, apendicotomía y transplatación del apéndice, y demuestra con hechos la utilidad que ofrece la conservación del apéndice, principalmente para el tratamiento de la constipación. Además, recuerda la hipótesis del eminente profesor Metchnikoff, de que las degeneraciones de la vejez son en gran parte efecto de las toxinas producidas por las bacterias que pululan en el intestino grueso; de manera que la apendicostomía, facilitando el uso regular y frecuente de inyecciones de agua, serviría también para lavar hacia abajo el intestino grueso y desembarazarlo de los gérmenes nocivos y de sus toxinas.*

*El cirujano inglés se propone demostrar especialmente : "1.o Que la transplatación del apéndice vermiforme, de manera que todo ó gran parte, desde su nacimiento en el ciego quede implantado en la pared abdominal, (1) The Lancet, Jan. 1909 produce los buenos resultados de la excisión de él; 2.o Que es una operación sin peligro, y 3.o Que la transplatación del apéndice debe ser preferida en muchos casos á la apendicectomía."*

*Se esfuerza también por probar que cuando la constipación necesita tratamiento quirúrgico se*

*debe escoger la apendicostomía. Afirma, según su práctica, " que un apéndice transplataado es un apéndice desarmado."*

*Para él las contraindicaciones de la transplatación parietal del apéndice son: "1.a Apéndices obliterados; 2.a Apéndices tuberculosos actinomycóticos y cancerosos; 3.a Apéndices cuya base no puede sacarse sin demasiada tensión; 4.a Apéndices gangrenosos ó perforados cerca de su inserción; 5.a aquellos cuyo mesoapéndice no es suficientemente largo para que puedan ser llevados á la pared abdominal sin afectar su circulación; 6.a Apéndices que no pueden colocarse en buena posición en la pared abdominal para efectuar el drenaje que el caso necesite."*

*Ha sido practicada la apendicostomía para los casos siguientes: 1.o, para colitis de varios géneros, mucomembranosa, ulcerosa, amoébrica, sifilítica, tuberculosa, etc.; 2.o, en ciertas formas de intususcepción (para evitar recurrencia); 3.o, en la hemorragia intestinal; 4.o, en la fiebre tifoidea; 5.o, en casos de enterectomía y colectomía, como válvula de seguridad; 6.o, en la distención intestinal de condiciones tóxicas; 7.o, para la administración de enemas per apendicem, y 8.o, para la constipación, y además como medio de conservar el apéndice fijo en la pared abdominal, en lugar de extirparlo por la apendicectomía.*

*La técnica de la transplatación del apéndice no difiere al principio de la empleada para la apendi-*

*cectomía, cuidando que la extremidad superior de la incisión parietal no sea muy baja ni muy cerca de la línea media. El apéndice debe colocarse oblicuamente a la pared abdominal, la base hacia la mitad ó tercio superior de la herida y la punta dirigida hacia arriba y hacia fuera, haciendo un ojal en la piel para pasar la punta al través del tejido adiposo intermediario. El ciego debe fijarse al borde del peritoneo por tres puntos de sutura, y el resto de la herida peritoneal se cerrará con una sutura continua. En seguida se hace la sutura muscular de la capa muscular y luego con catgut fino se trata de cubrir con el tejido adiposo el resto del apéndice dejando libres unos dos centímetros y se fija la extremidad en la piel por un punto de sutura con seda. La punta del apéndice se abre a las cuarenta y ocho horas, esperando la adherencia en su nuevo puesto y la unión de la herida cutánea. El apéndice es completamente insensible y no hay necesidad de anestésico; generalmente se corta transversalmente hasta la mitad, se pone un par de pinzas en los bordes, se hace la hemostasis y se pasa la sonda. Para terminar se corta del todo la punta del apéndice a nivel de la piel si no se quiere mantener abierta la apendicostomía. Pero si se quiere hacer uso del apéndice para inyecciones por semanas, meses ó años, entonces se procede de la manera siguiente: se corta circularmente la capa seromusculosa del apéndice a nivel de la piel y luego longitudinalmente para desprenderla fácilmente; después se voltea, se arremanga la capa mucosa formando un pezón que va disminuyendo de tamaño y cuya mucosa se pone como la piel. La luz de este pezoncito se encuentra fácilmente en caso necesario.*

## Comentario

Adriana Patricia Córdoba Ch. MD\*

El artículo del doctor Adriano Perdomo Frías es de interés histórico, en donde podemos recordar las antiguas indicaciones de apendicostomía como enfermedades inflamatorias del colon, sangrado digestivo, constipación y como protección en suturas

intestinales entre otras. En la actualidad ante estas situaciones tenemos opciones más efectivas y de menos invasión como el uso de drogas sistémicas en lugar de instilación de sustancias tóxicas en el colon en el caso de las enfermedades infecciosas o inflamatorias. Los adelantos tecnológicos también nos permiten observar el colon de una manera fácil en casos de sangrado intestinal y ante la constipación tenemos también tratamientos efectivos sin la necesidad de la instilación anterógrada de enemas en el colon como los que plantea el doctor Perdomo Frías. La apendicostomía fue también utilizada en el Hospital de San José. Hace 40 años el doctor Mario Negret usaba la sonda de ileostomía transcecoapendicular en casos de obstrucciones distales del colon y como protección de suturas en cirugías del colon como alternativa a la realización de estomas. Estas apendicostomías con sonda eran de difícil manejo, se obstruían fácilmente con materia fecal y requerían lavados frecuentes. Hoy día con los adelantos en la preparación del colon, el uso de antibióticos y los cambios en las técnicas quirúrgicas y las suturas mecánicas cada vez se necesita menos del uso de estomas y por supuesto quedaron en la historia de la cirugía las apendicostomías. La cirugía ha progresado tanto que el doctor Perdomo no debió ni siquiera pensar en los progresos de la cirugía de mínima invasión mediante la cual se puede incluso realizar la apendicectomía a través de la boca por vía transgástrica de manera que la preservación del apéndice actualmente no tiene ninguna indicación.

\* Instructora Asistente de cirugía general. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Cirujana General Hospital de San José.