

Erica Itzel Landa Juárez*
Abraham Mendoza Beltrán**

ANTROPOLOGÍA

Resumen: En 2004 se realizaron excavaciones arqueológicas como parte del estudio de factibilidad para la adecuación del Archivo Histórico de Notarías de la ciudad de México, en el ex-templo de monjas caticas de Corpus Christi. La intervención arqueológica permitió el registro y análisis de una muestra de 20 esqueletos primarios de ambos sexos, con rangos de edad variable, desde 12 meses hasta 55 años de edad, y un osario conformado por 246 individuos. Esta investigación enfoca su análisis en el esqueleto núm. 12, que pertenece a un individuo del sexo masculino y a una edad estimada al momento de la muerte entre 30 y 35 años. La importancia de dicho esqueleto consiste en que presenta un proceso inflamatorio en el tercio superior de ambas tibias, que con el análisis minucioso se diagnosticó como osteomielitis, enfermedad que causó estragos en el entorno biopsicosocial del individuo y que lo llevaron a la muerte.

Palabras clave: osteología, osteomielitis, patología, Corpus Christi, medicina novohispana.

Abstract: In 2004 archaeological excavations were carried out as part of the adaptation feasibility study of the building housing the Historical Archive of Notaries of Mexico City, the church of the noble Indian nuns of Corpus Christi. The archaeological intervention made it possible to record and analyze a sample of 20 primary skeletons of both sexes, ranging from 12 months to 55 years of age, and an ossuary composed of 246 individuals. This research focuses the analysis of skeleton no. 12, which pertains to a male individual estimated to be 30 to 35 years of age at the time of his death. The importance of this skeleton is that it displays an inflammatory process in the upper third of both tibias, which based on thorough analysis was diagnosed as osteomyelitis, a disease that had a negative impact on the biopsychosocial world of the individual and hastened death.

Keywords: osteology, osteomyelitis, pathology, Corpus Christi, medicine in New Spain.

Males físicos y espirituales que llevaron a la muerte a un individuo

ELa administración de los sacramentos y su importancia

El momento de la muerte es desconocido para todos, por ello hay que estar siempre preparados. Durante la época virreinal, el clero solía proporcionar de manera constante imágenes para mostrar la brevedad de la vida como una realidad impostergable, para lo cual utilizaba pinturas, grabados y libros, entre otros medios.

Entonces también solían elaborarse objetos como escapularios con oraciones o la bula de la Santa Cruzada, entre los más conocidos y frecuentes, para que quien los tuviera en su poder o los portase, pudiera así asegurar una “buena muerte”.

En 1585, el Tercer Concilio Provincial Mexicano dispuso —y ello en virtud de que las enfermedades que provocaban la muerte debilitaban la memoria— la necesidad de que, en un momento de “terrible conflicto”, se diese el amparo del hombre de ministerio prudente para confortar al moribundo en la visión de Dios, y así liberarse “de las fauces de la muerte eterna”. En consecuencia, ese sínodo estableció que debían nombrarse dos beneficiarios para ayudar al enfermo de gravedad, tanto en la corporal como en lo espiritual, hasta su último aliento, a fin de permitirle alcanzar una buena muerte.¹

Aunque esta disposición está dirigida a los miembros del cabildo, expresa bien la necesidad que esta sociedad tiene que prestar el servicio a todos, incluso al indígena. Aquí es necesario recordar que entre las funciones de los coadjutores del fraile, ya en el siglo XVI se cita la de ayudar a bien morir.

Sacramentos y oratorios en casos excepcionales

La obligación de todo cristiano es comulgar por lo menos una vez al año. La asistencia a la celebración de la misa permite que el creyente sea partícipe

* Dirección de Salvamento Arqueológico, INAH.

** Procuraduría General de Justicia del D.F.

¹ *Concilio Tercero Provincial Mexicano celebrado en México en año de 1585...*, México, Eugenio Maillafert y Compañía, 1859, pp. CXX-CXXV.

de dos momentos: la liturgia de la palabra está constituida por dos lecturas —la homilía y la oración universal—, mientras el segundo momento corresponde a la liturgia de la eucaristía, donde se presentan el vino, el pan y la comunión. Durante esta ceremonia se conmemora el sacrificio de la cruz y el banquete de la comunión del cuerpo y la sangre de Cristo. La eucaristía es el sacramento de la salvación, además de ser el único que confiere la gracia y entrega al autor de ella. De ahí que se consideren de enorme gravedad los sacrilegios cometidos contra las hostias consagradas, e incluso contra los objetos que están en contacto con ellas.

La celebración de este sacramento entre particulares motivó que desde el siglo XVI la Iglesia novohispana emitiera licencias especiales para celebrar la santa misa en lugares privados como capillas y oratorios domésticos. Respecto a las capillas domésticas, los permisos fueron solicitados para construcción en haciendas, obrajes, molinos, casas señoriales y conventos. Una capilla doméstica era una construcción arquitectónica separada de la casa, con capacidad para un retablo, y a la que podían asistir los vecinos del lugar. Estaba erigida a modo de iglesia, con puerta abierta a la calle y con campanario.² En el caso de las casas señoriales las dimensiones de las capillas podían variar, pero su ubicación correspondía a la planta alta y en el centro de la finca. Su planta era cuadrada, con cubiertas de viguería o bóveda y podían tener incluso una pequeña sacristía. En la portada, ornada con piedra labrada, se ostentaba el escudo nobiliario de la familia.³

A diferencia de las capillas, los oratorios domésticos eran habitaciones de uso familiar dentro de las residencias. En ellos había un altar conformado por una mesa y una imagen —una escultura de bulto o alguna pintura— y este recinto bien podría convertirse posteriormente en una capilla. Los oratorios se localizaban en el

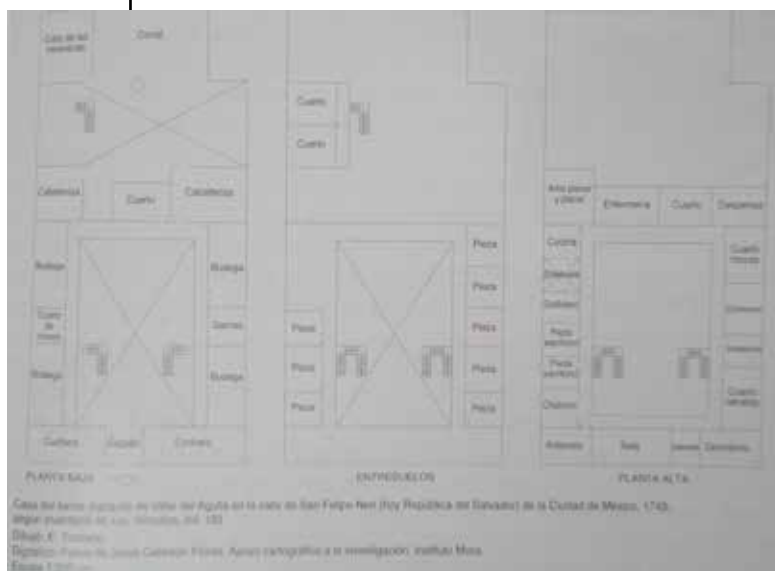


Figura 1. Croquis de la casa del tercer marqués de la villa del Águila.

interior de la casa, sin puerta al público y sin campanario.⁴ La Iglesia fue muy cautelosa en torno a las licencias concebidas; su vigilancia quedó clara desde el Concilio de Trento: durante su vigésimo segunda sesión se declaró que cualquier lugar piadoso debería estar sujeto a un obispo.⁵ El pontífice Gregorio XIII (1572-1585) estipuló que los oratorios debían instalarse en lugares decentes y cerrados. En cuanto a los permisos, estableció que se concederían sólo en caso de enfermedad, y a condición de que a quien se le confiriera esa gracia estuviese obligado a asistir a la parroquia.

Este tipo de oratorios se podían encontrar en las casas o palacios de obispos, así como en casas de particulares, pero nunca en celdas de regulares. Una de las condiciones era que dichos oratorios no debían disfrutar de las prerrogativas exclusivas de las parroquias, como son la administración de los sacramentos, tener pila bautismal, fuero penitencial, la celebración del matrimonio, la extremaunción, la bendición de cenizas en el primer día de Cuaresma y la de palmas el Domingo de Ramos, el cobro de diezmos, así como primicias y ofrendas.⁶ Otro requisito era que no debía oficiarse más de una misa diaria,

² Francisco de Paula Baquero, *Disertación apologética a favor del privilegio, que por costumbre introducida por la bula de la Santa Cruzada goza la nación española en el uso de los oratorios domésticos*, Sevilla, Josef Padrino, en la calle Génova, 1771.

³ Xavier Moyssen, “Las capillas domésticas”, en *Boletín de Monumentos Históricos*, núm. 7, 1982, pp. 23-32.

⁴ Francisco de Paula Baquero, *op. cit.*

⁵ *El sacrosanto y ecuménico Concilio de Trento*, traducido al idioma castellano por don Ignacio López de Ayala, Madrid, Imprenta de Ramón Ruiz, 1798.

⁶ Francisco de Paula Baquero, *op. cit.*



Figura 2. Exvoto dedicado a san José. 1893. Óleo sobre lámina.

exceptuando los días de Pascua, Pentecostés y Navidad.⁷ A partir de 1615, la aprobación de estos recintos fue un derecho reservado a la Santa Sede.⁸ Los aspirantes debían ser particulares, de linaje noble, con alguna afición que le impidiera asistir a su parroquia, y siempre y cuando el oratorio estuviera “decentemente edificado con muro y ataviados libres de todos los domésticos usos”.⁹

El Primer Concilio Provincial Mexicano de 1555 también hizo referencia a este asunto, especificando que estos recintos debían prohibirse donde hubiera una cama, con excepción de las habitaciones de los enfermos que estuvieran imposibilitados de levantarse en ella.¹⁰ En 1771, el IV Concilio Mexicano retomó este asunto. A pesar de estar constituidas las normas para su establecimiento, en él se reiteró la costumbre entre la población de este tipo de oratorio. La crítica se centró en el alejamiento y falta de concurrencia de los fieles a las parroquias, además de que su construcción contravenía las disposiciones eclesiásticas. Esta vigilancia, así como las reglamentaciones emitidas, señalaban el arraigo

popular que tenían este tipo de oratorios.¹¹ Gracias a la información proporcionada en las solicitudes de licencia, podemos conocer la ubicación y algunas de las características de los oratorios domésticos. En una de ellas se especifica el área de la vivienda o simplemente fuera de las labores. En otros casos se precisa que el oratorio estaría en una habitación ubicada en el patio, o sólo se indicaba que se encontraría en “la casa de su morada”. Cabe mencionar que entre las diferentes clases de viviendas este tipo de oratorio podía levantarse en aquellas que fueran grandes y con dos plantas, es decir, con varias piezas como una sala, recámaras, despensa, cocina, caballerizas y bodegas.¹²

Tomando en cuenta la importancia del lugar donde se podían administrar los sacramentos para personas nobles y que tuvieran algún impedimento físico a causa de alguna enfermedad, imposibilitándolos de acudir a la capilla de una iglesia, es el tema central de este escrito que comienza de esta manera:

[...] el señor enfermó en cama durante unos meses, su dolencia eran las piernas orillándolo a arreglar en su casa un oratorio “colgada de doseles amarillos y colorados y un altar adornado de láminas con su baldaquino y otros Lienzos con su frontal ara Consagrada Calis ornamentos y su tarima alfombrada y decente para poderse celebrar el Santo Sacrificio”. Cumplidas las condiciones, se le concedió licencia, quien se encontraba muy enfermo de sus piernas sin poderse mover, y para quien su única preocupación era no poder recibir la santa comunión con la frecuencia debida.¹³

¹¹ Sobre el tema de los oratorios existieron dos posturas, una apoyándolos, como lo postula Francisco de Paula Baquero; la otra, de Juan José de Erice, se oponía en su obra titulada *Controversia moral sobre el uso de los oratorios domésticos*, 1788.

¹² Pilar Gonzalbo Aizpuru, “Familias y viviendas en la capital del virreinato”, en Rosalva Loreto López (coord.), *Casas, viviendas y hogares en la historia de México*, México, El Colegio de México, 2001, p. 33.

¹³ *Idem.*

⁷ *Idem.*

⁸ El Sacrosanto y Ecuménico Concilio de Trento, *ed. cit.*

⁹ Archivo General de la Nación (AGN), Bienes nacionales, vol. 153, exp. 1, s.f.

¹⁰ *Concilios Provinciales 1º y 2º de México...* México, Imprenta del Superior Gobierno del Br. Don José Antonio de Hogal, en la calle de Tiburcio, 1769, p. 81.

Localización del esqueleto dentro del ex convento de Corpus Christi

Era un individuo que se encontró en la cala E, cuadro 3 extensión poniente del exconvento de Corpus Christi.

La intervención arqueológica realizada en la nave permitió rescatar objetos relacionados con su fundación e historia, así como 20 esqueletos primarios de ambos sexos, cuyos rangos de edad abarcaron desde 12 meses y hasta 55 años de edad. Los entierros fueron registrados de la siguiente manera: a la entrada del templo se recuperaron los restos óseos de un individuo del sexo femenino dentro de un ataúd, en el extremo izquierdo del mismo se recuperó un enterramiento múltiple infantil (seis párvulos) y uno aislado. En distintos puntos del presbiterio se registraron entierros infantiles (siete) y adultos primarios; entre ellos sobresale un individuo del sexo masculino que tenía un grillote, otro que tenía sobre sí una lápida con una inscripción y el registro de un adulto del sexo femenino, además de entierros secundarios. Finalmente, “en la parte central de la construcción y próximo al altar se localizó el osario”. Cabe señalar que varios de los entierros conservaban restos de los ataúdes que los cubrieron.¹⁴

La cala E se ubicó en el costado oriente de la nave principal, limitada por el ábside al sur y por la pared del acceso principal al norte. En los primeros tres cuadros se observó un muro con mampostería de tezontle y argamasa con dirección oriente-poniente, que se adosaba en la parte central con el altar principal.

La pilastra localizada en el cuadro 3 mostró las modificaciones de las que se habían previamente registrado en otra cala, pues las molduras originales talladas en cantera fueron cubiertas con otro tipo de diseño, además de hallarse evidencias del piedraplen de tezontle y argamasa, aunque también estarían asociadas a paredes de

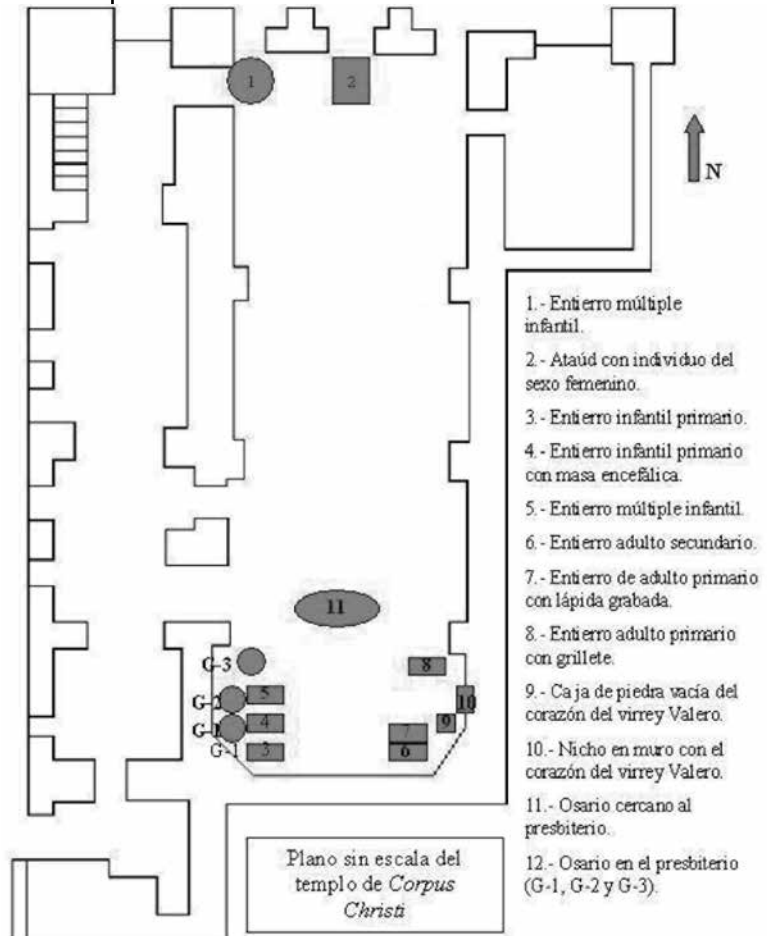


Figura 3. Ubicación aproximada de los entierros en Corpus Christi.

ladrillo rojo que delimitaban la tercera, cuarta, quinta y sexta cistas, y que desplantaban sobre un piso enlajado.

Importancia de haber sido enterrado en el interior del presbiterio

Ha sido costumbre mencionar que el espacio del presbiterio estaba destinado únicamente para entierros de los sacerdotes o religiosos; el ritual romano así lo señala, y apunta que no “se entierren personas seculares de cualquier clase, sexo o edad, en los presbiterios o cerca de los altares, asimismo previene que los sepulcros de los sacerdotes estén separados de los legos”.¹⁵ Sin embargo, son múltiples los ejemplos donde esta disposición no se cumplía y el templo de Corpus Christi no fue la excepción.

¹⁴ Erica Itzel Landa Juárez, *Informe técnico antropofísico del material proveniente de Corpus Cristi*, México, DSA-INAH, 2005, p. 5.

¹⁵ Pilar Gonzalbo Aizpuru, *op. cit.*, p. 19.

Fue precisamente el presbiterio receptáculo de al menos un tercio de los entierros registrados en ese templo, tanto primarios como secundarios. En este sentido, los primarios se identificaron desde el principio por un espacio definido, mientras los secundarios ocupaban otro espacio y al final fueron exhumados para ser reubicados. Por las características de estos últimos, pensamos que fueron destinados a uno de los osarios del templo. Este individuo de sexo masculino, de entre 30 y 35 años de edad, se destaca por la particularidad de mostrar la presencia de dos grilletes en cada una de sus piernas, alrededor del tercio inferior de la diáfisis de la cada tibia, la cual mide 5 cm de diámetro por 2 cm de espesor.¹⁶ No resulta fácil explicar su presencia en ese contexto.

En el caso de los entierros primarios, se registraron siete infantiles, cuatro de ellos designados como entierro múltiple y seis adultos. El entierro del infante era un evento significativo dentro del ritual mortuorio, era el debatirse entre el inevitable dolor y la forzada alegría, pues el dolor provocado por la pérdida de un pàrvulo debía ser reprimido por significar su tierna muerte una conversi3n inmediata en “angelito”, debido a su inocencia. El espacio donde eran sepultados solía ser el mismo que el destinado a los sacerdotes: el presbiterio, pues su muerte tan temprana se entendía como s3mbolo de pureza, aunque la presencia de entierros infantiles en el p3rtico de la iglesia apunta a otras costumbres funerarias derivadas de una concepci3n distinta sobre la muerte infantil. Mar3a de los Ángeles Rodr3guez manifiesta que los pàrvulos no ten3an un sitio determinado para ser sepultados, aunque estaba regulado que deb3an ser colocados en “sepultura distinta, y separados de las dispuestas para los adultos”.¹⁷

De los siete entierros infantiles, uno de ellos presentaba “restos de masa encefàlica”; 45 cm al norte de 3ste se encontr3 el entierro múltiple infantil, compuesto por cuatro individuos en postura anatómica dec3bito dorsal; entre el primer entierro y el muro sur se localiz3 otra osamenta infantil incompleta, en tanto el sexto se hall3 al oriente del presbiterio. Estos entierros eran primarios, es decir, su inhumaci3n se realiz3 precisamente en ese lugar.

¹⁶ Erica Itzel Landa Juárez, *op. cit.*

¹⁷ Mar3a de los Ángeles Rodr3guez Álvarez, *Usos y costumbres funerarios en la Nueva Espa3a*, Zamora, El Colegio de Michoacán, 2001.

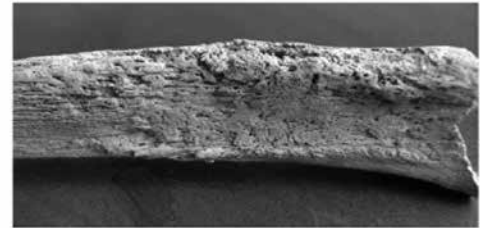


Figura 4. Diáfisis de las tibias y los grilletes.

Al poniente del presbiterio se registraron poco más de 40 entierros secundarios, lo que bien podr3a considerarse un osario. Al oriente del mismo destaca el registro de una lápida grabada con la siguiente inscripci3n: “Joseph Pedrassa, a3o de 1742”; bajo la lápida se hallaba un individuo adulto. Inmediatamente al norte de 3l se encontraba otro individuo adulto, s3lo que 3ste era secundario. Sobre Joseph Pedrassa nada se ha encontrado hasta el momento en archivos, de modo que pueda aportar informaci3n acerca de su vida y su obra.

Características del esqueleto

Para empezar a conocer a este individuo, primero se har3 menc3n de manera general de sus características antropofísicas, para lo cual debemos partir de sus componentes óseos.

Las piezas óseas conservadas muestran un inventario incompleto, presentándose 80% del sistema esquelético. El cràneo est3 incompleto; sin embargo, las extremidades superiores e inferiores se encuentran completas, lo mismo que la caja toràcica, la pelvis, pero las manos y pies est3n incompletos.

Si consideramos las piezas dentarias, sólo se observan dos piezas que corresponden a incisivos inferiores, con presencia de caries, y un premolar inferior.

En cuanto a las características del maxilar y la mandíbula, se observa una reabsorción en la zona donde se encontraban los molares y premolares de ambos lados, lo cual indica que esas piezas dentarias se perdieron en vida.

Una vez generalizada la composición ósea, su particularización va encaminada a conocer la edad estimada de muerte, el sexo al que pertenece y las patologías que presenta.

Este individuo pertenecía al sexo masculino,¹⁸ con una edad al momento de muerte entre 30-35 años:¹⁹

¹⁸ Las diferencias entre ambos sexos reside en los coxales femeninos por lo general más pequeños y anchos, con una escotadura ciática mayor y más amplia, y una mayor presencia del surco preauricular; Tim D. White, *Human Osteology*, San Diego, Academic Press, 1991. Las porciones púbicas son más largas, lo cual ocasiona que el ángulo subpúbico tenga una tendencia a ser recto en vez de muy agudo, y el borde de la cresta iliaca muestra una forma de S aplanada, en vez de una curva; D. Ferembach, "Recommandations pour déterminer l'âge et le sexe sur le squelette", en *Bulletin et Mémoires de Société d'Anthropologie*, París, t. 6, serie III, 1972, p. 11; María Elena Salas Cuesta, *La población de México-Tenochtitlán*, México, INAH (Científica, 126), 1982.

¹⁹ Douglas Ubelaker, *Human Skeletal Remains. Excavation, Analysis and Interpretation*, Washington, Taraxacum, 1989; William M. Krogman, *The Human Skeleton in Forensic Medicine*, Springfield, Charles C. Thomas, 1986; William Todd, "Age Changes in the Pubic Bone", en *American Journal of Physical Anthropology*, vol. 4, núm. 1, 1921, pp. 1-70. Meindl *et al.* plantean una técnica para la determinación de la edad a partir de los procesos de cambio que sufre el pubis; Richard S. Meindl, C. O. Lovejoy, R. P. Mensforth y R. A. Walker, "A Revised Method of Age Determination Using the os pubis, with a Review and Tests of other Current Methods of Pubic Symphyseal Aging", en *American Journal of Physical Anthropology*, núm. 68, 1989, pp. 29-45. Lovejoy *et al.* exponen una nueva técnica utilizando la metamorfosis de la superficie auricular, y a partir de criterios parecidos a los de Todd describe los cambios de esta superficie articular con la edad por medio de cinco fases básicas que van de la post-epifisial temprana, que incluyen de la pubertad a finales de la segunda década de edad, hasta la de colapso, que corresponde a los 55-60 años; C. O. Lovejoy, Richard Meindl, Richard Pryzbeck y R. P. Mensforth, "Chronological Metamorphosis of the Articular Surface of the Ilium: A New Method for the Determination of Adult Skeletal Age at Death", en *American Journal of Physical Anthropology*, núm. 68, 1985, pp. 15-28. Meindl y Lovejoy consideran la utilización de la sumatoria de la edad determinada por varios parámetros como la técnica más exacta para realizarlo; Richard S. Meindl, C. O. Lovejoy, R. P. Mensforth y R. A. Walker, *op. cit.*, pp. 29-45; E. Hooton, *Up from the Ape*, Nueva York, McMillan, 1974, p. 742.

presenta un proceso inflamatorio en ambas piernas localizado en el tercio superior de las tibias, debajo de las rodillas; esta patología se denomina osteomielitis crónica (inflamación de la médula ósea).

La osteomielitis, una enfermedad antigua

La osteomielitis puede ser una infección súbita o de larga data del hueso o de la médula ósea, normalmente causada por una bacteria piógena o por hongos. Entre los factores de riesgo en nuestros días destacan un trauma reciente, diabetes y hemodiálisis,²⁰ mas resulta evidente que para la época novohispana no aplica este último factor. En el caso de la osamenta que se analiza, el tipo de organismo que lo utilizó como huésped fue el *Staphylococcus aureus*, el organismo más aislado de todas las formas de osteomielitis.

Para que la osteomielitis se haya convertido en padecimiento crónico fue necesario que el individuo haya pasado por un periodo agudo de osteomielitis, con tratamiento o sin él, y que luego presentara supuración piógena, la presencia de secuestro, cavidades y fistulas.

Es probable que la puerta de entrada para la osteomielitis fue un rascado, abrasiones, pústulas y vesículas infectadas que el individuo presentó durante la infancia, dado que se presenta a una edad media de 6 años y afecta los huesos largos; en caso de haberse enfermado durante la etapa adulta, la parte afectada casi siempre son los pies, los huesos de la columna vertebral y la pelvis, pero no se observan daños en esas partes del esqueleto que analizamos aquí.

El microorganismo se esparció y contagió al hueso desde el área local de la infección provocada por el trauma penetrante sobre la piel, músculos y tendones, lo cual posiblemente tuvo lugar durante la infancia.

El *Staphylococcus aureus* viajó por vía hematógena, es decir, a través del torrente sanguíneo. Una vez que el hueso estuvo infectado, los leucocitos entraron en la zona infectada, y en su intento de eliminar los organismos infecciosos liberaron enzimas que tienen efecto corrosivo sobre el hueso. El pus se extendió por los vasos sanguíneos

²⁰ Robert Bruce Salter, *Trastornos y lesiones del sistema musculoesquelético*, México, Salvat, 1986, p. 190.

del hueso, ocluyéndolos y formando abscesos, lo cual priva al hueso de flujo sanguíneo y permite que se formen áreas de hueso infectado desvitalizado, conocido como secuestro óseo, y así forma la base para una infección crónica. A menudo el organismo trata de crear hueso nuevo alrededor de la zona de necrosis. El nuevo hueso así resultante recibe el nombre de *involucrum*.²¹

A causa de la diseminación del *Staphylococcus aureus* en el cuerpo, el individuo comenzó a presentar afectaciones en sus patrones de salud, por lo que podría caracterizarse como un individuo con deficiente estado de salud, con deterioro en diferentes patrones biológicos y psicológicos, así como en su entorno social y familiar

En la Nueva España estar sano significó muchas cosas. Bajo la concepción cristiana predominante en aquel reino la enfermedad se asociaba con el pecado y con la posibilidad de alcanzar la salvación; el dolor y el sufrimiento del cuerpo tenían un valor meritorio, expiatorio y redentor.²² Si bien el catolicismo tridentino insistió en difundir estas nociones sobre la corporalidad, en la vida cotidiana el dolor generaba sensaciones inmediatas de miedo e incomodidad física. La enfermedad, además, imposibilitaba a las personas para trabajar y desempeñar las actividades que aseguraban el sustento para sí y sus familias. Por más santificante que fuera el padecimiento del cuerpo, en la realidad la gente buscó remedios para recobrar la salud, alargar la vida y paliar el sufrimiento.

La búsqueda y cuidado de la salud generó una serie de relaciones sociales y culturales orientadas a partir de la conciencia de la posesión de un cuerpo enfermo. Las personas que padecían algún mal o enfermedad vivían su corporalidad de forma más presente, sentían las partes de dicho cuerpo de manera más constante y, por tanto, participaban en la construcción de una identidad individual particular. Este proceso se vivía no sólo como un fenómeno psicológico interno, sino también a partir de la experiencia de varias rutinas, acciones y prácticas que vinculaban a los enfermos desde una búsqueda



Figura 5. Individuo con osteomielitis.

especial: recuperar la integridad del cuerpo y, por tanto, el bienestar personal.²³

En la época colonial la relación con el dolor era diferente; recobrar la salud era difícil y los pacientes se conformaban con sentir alivio físico, aun cuando éste fuera temporal.

A continuación se mencionan los patrones funcionales en que se vio afectado ese individuo y cómo repercutieron en su entorno biopsicosocial.

Los patrones funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos común a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, en tanto se dan de manera secuencial a lo largo del tiempo.²⁴

El uso de estos patrones funcionales permite una valoración sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos relevantes para el individuo (de carácter físico, psíquico, social, del entorno) de una manera ordenada, lo que a su vez facilita el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos plausibles para una valoración correcta.

La valoración por patrones funcionales enfoca su atención sobre once áreas o patrones, con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes.

Los once patrones funcionales se denominan de la siguiente manera: 1) percepción-manejo de la salud; 2)

²¹ D.L. Gilday, D.J. Paul y J. Paterson, "Diagnosis of Osteomyelitis in Children by Combined Blood Pool and Blood Imaging", en *Radiology*, núm.117, 1975, pp. 331-335.

²² Alain Corbain, Jean-Jacques Courtine y Georges Vigarello, *Historia del cuerpo*, Madrid, Taurus, 2005, vol. 2, p. 251.

²³ Estela Roselló Soberón, "Cuerpo y curación", en *Presencias y miradas del cuerpo en la Nueva España*, México, IHH-UNAM, 2011, pp. 135-136.

²⁴ Marjory Gordon, "Gordon's Functional Health Patterns", en *The American Journal of Nursing*, vol. 76, núm. 8, agosto de 1976, pp. 1298-1300.

nutricional-metabólico; 3) eliminación; 4) actividad-ejercicio; 5) sueño-descanso; 6) cognitivo-perceptual; 7) autopercepción-autoconcept; 8) rol-relaciones; 9) sexualidad-reproducción; 10) adaptación-tolerancia al estrés; patrón 11), valores-creencias.

Patrones afectados por la osteomielitis

El patrón nutricional-metabólico se vio afectado, pues los dolores fuertes y constantes que presentaba el individuo en las piernas provocaban una disminución en el deseo de ingesta de alimentos, además de un menor consumo de líquidos que generó un desequilibrio electrolítico, reflejado éste en una cuadro de deshidratación y desnutrición. La desnutrición fue causa de una pérdida temprana de piezas dentarias.

El aspecto físico del individuo estaba reflejado en el adelgazamiento de la masa muscular (delgadez), la temperatura descende, color de piel pálida, ojos hundidos, además de que presentaba los labios partidos de manera constante.²⁵ Otra afección consistió en dolor hipogástrico, acompañado de cefalalgia y laxitud.²⁶

En cuanto al patrón de actividad-ejercicio, llamado movilidad,²⁷ también se mostró afectado, pues las actividades físicas como caminar, sentarse o agacharse se redujeron de manera drástica.

Había un aumento de volumen, enrojecimiento y temperatura en ambas piernas —incluyendo tobillos y pies— debido al edema (extravasación de líquidos corporales).

Ante este panorama fue evidente que no podía trasladarse por sí mismo dentro de su vivienda; por tanto, la actividad de caminar se redujo a moverse sólo dentro de su recámara. Posteriormente la movilidad se tornó incluso más limitada, al grado que la suave movilización de la articulación adyacente sólo era posible si estaba en su cama o sentado en una silla.

Es claro que las actividades de trabajo y recreación quedaron sin atenderse a causa de la poca o nula movilidad;

además de que las necesidades de alimentación, baño, vestido e higiene debieron ser ofrecidas por otras personas.

Una de las secuelas biológicas y fisiológicas de la poca actividad física fueron alteraciones en los órganos: el riñón fue el primero en presentar daños a partir de una insuficiencia renal; este padecimiento se explica por la considerable baja de hemoglobina, pues los huesos son los primeros productores de células de sangre y con la osteomielitis no hay producción ni irrigación, con la consiguiente anemia. Otros de los órganos afectados por la enfermedad fueron el tejido cardíaco, el cerebral y el gastrointestinal. Estos daños resultaron poco perceptibles porque se desarrollaron a nivel de circulación sanguínea capilar, es decir, en la microcirculación.

En el patrón de sueño-descanso²⁸ también se provocaron daños. Para este individuo con osteomielitis las noches se volvieron largas y desesperantes a causa del insomnio, el cual se hacía presente de manera cotidiana debido a las constantes fiebres, escalofríos, taquicardias y sudoración excesiva. Con el estado de agitación durante los dolores o la postración se presentó una pseudoparálisis en ambas piernas, por lo que el enfermo tenía mucha dificultad para conciliar el sueño, y además estaba el riesgo de convulsiones.²⁹

La eliminación de los desechos del cuerpo, al igual que las labores de higiene, se transformó en fuente de malestar. Los largos monólogos que el individuo tenía en el baño se tornaron persistentes, debido al estreñimiento provocado por la poca movilidad del sistema gastrointestinal, derivada a su vez por la escasa actividad física.

La ayuda de terceras personas resultaba indispensable, debido a la necesidad de ser asistido para el baño, así como para llevarle alimentos hasta el lugar de su postración, para el aseo de su ropa y la vivienda.

La posibilidad de disponer de ayuda resultó de gran importancia para la organización de las labores de limpieza y alimentación para el enfermo. En la época virreinal la mayoría de personas encargadas de las labores domésticas eran mujeres indígenas.

²⁵ Alfonso Quiroz Cuarón, *Medicina forense*, México, Porrúa, 1999, p. 425.

²⁶ *Idem*.

²⁷ Javier Ordaz Rodríguez, Rosa Sara Márquez y Serafín de Abajo Olea, "Sedentarismo y salud: efectos beneficiosos de la actividad física", en *Apuntes: educación física y deportes*, vol. 83, 2006, pp. 12-24.

²⁸ Ramón Bonet y Antonieta Garrote, "Higiene del sueño, la importancia de un buen descanso", en *El farmacéutico: profesión y cultura*, vol. 467, 2012, pp. 32-40.

²⁹ Robert Bruce Salter, *op. cit.*, p. 195.

Estas mujeres se dedicaban a muchas tareas y servicios ofrecidos fuera de la casa: comercio, trabajo doméstico (sirvienta, blanqueadoras, trajinantes, costureras) y actividades productivas (hilanderas, fabricantes de velas, garreras).

El patrón de adaptación-tolerancia al estrés se vio afectado, pues el ineficiente tratamiento contra la enfermedad quizá generaba ansiedad en el individuo, aquejado por la poca mejoría de sus piernas, las constantes dolencias durante la noche, el decaimiento progresivo y el pensamiento de una muerte inminente, además de un sentimiento de temor debido a las limitaciones en su vida cotidiana. La presencia de la ansiedad y el malestar psicológico tienen repercusiones en el sistema inmunológico, a manera de cuadro inmunodepresivo (baja en defensas corporales a nivel celular), y el individuo es más propenso a enfermarse. En consecuencia el individuo puede mostrar nerviosismo, sudoración de manos, dolor muscular en cabeza y espalda, sentimiento de muerte cercana, taquicardia, e inseguridad de manera súbita.

El patrón cognitivo-perceptual también se vio minado, debido al aislamiento familiar y social que el individuo debió desarrollar de manera progresiva, y a la poca capacidad para hacerse cargo de sí mismo. El individuo comenzó con un deterioro de la comunicación verbal para con sus familiares y amigos porque la atención era enfocada en sus piernas; volviéndose serio, silencioso e introvertido.

El patrón de autopercepción-autoconcepto se vio envuelto en las sombras del sentimiento de soledad, a causa del aislamiento que el mismo enfermo propició. Ese sentimiento de soledad le afectó en cuanto al trastorno de la imagen corporal, provocándole una baja autoestima.

En el patrón de las relaciones es claro que el trato cotidiano con su entorno familiar y social se vio ensombrecido, pues las actividades realizadas para mantener su rol de jefe de familia, el rol de empleado en alguna actividad económica y sus actividades sociales y culturales no eran llevadas a cabo en su totalidad y de manera satisfactoria.

En cuanto al patrón de sexualidad-reproducción,³⁰ éste cambió de manera considerable, debido a que la pérdida de movilidad y dolor constante le impedían te-

ner encuentros sexuales con su pareja —si es que tenía una—; por lo demás, la osteomielitis afectaba diversas funciones orgánicas, y a ello se añadía un sentimiento de soledad y baja autoestima, por lo cual no le resultaba fácil entablar una relación amorosa.

Es pertinente aclarar que en este apartado se utiliza el término sexualidad, aun cuando para los siglos XVI y XVII el término utilizado era el de sensualidad³¹ o deleite sensual.³² El término sexualidad fue acuñado hasta principios del siglo XIX.

El patrón de valores-creencias fue trastocado a partir de que el individuo enfermó y empezó a notar que esta enfermedad se tornaba cada vez más grave: inició con un cambio en el ámbito espiritual, donde quizá existió una disposición para aumentar el bienestar espiritual, o bien tuvo lugar un deterioro en la religiosidad del individuo.

Todos los cambios de patrones que afectaron a este individuo también modificaron su entorno cercano e “hicieron ruido” tanto alrededor como al interior de su vivienda, donde se resguardaban sentimientos, sensaciones y se ponía a resguardo de todos los cambios antes mencionados, por ello se mencionan los cambios al interior de su vivienda, y en especial de sus aposentos.

Una mirada al exterior de la casa del individuo donde se resguardaba el sufrimiento de la enfermedad

En las residencias de los nobles, ya sean urbanas o rurales, se disponía de espacios para la intimidad y la sociabilidad, y en ellos encontramos indicios tanto de herencias culturales como del nacimiento de nuevas tradiciones.

Los terrenos sobre los que construían las residencias podían variar en tamaño y forma, e incluso era factible que tuvieran diversas salidas hacia la calle. Por lo que respecta a las casas, contaban con dos plantas, además de un entresuelo. Casi todas las fachadas muestran la combinación de chiluca o cantera en las jambas, dinteles

³¹ La sensualidad es la propensión o inclinación natural del apetito sensitivo a los gustos y delicias del cuerpo, especialmente carnales. *Diccionario de Autoridades de la Real Academia Española*, Madrid, Gredos, 1976, t. III, p. 81.

³² Se llama deleite sensual al gusto carnal venéreo; *ibidem*, t. II, p. 58.

³⁰ Asunción Lavrin, “El débito matrimonial y el control de la sexualidad conyugal”, en *La sexualidad en el México colonial: un dilemma para la Iglesia*, México, Grijalbo, 1984, pp. 83-87.

y cornisas, y el tezontle o la mampostería en los muros, oposición cromática que atrapa la mirada de los transeúntes y da ese tono característico a los edificios virreinales. Llamativas también son las abundantes ventanas, e incluso los balcones con sus sofisticados barandales de hierro forjado.

También destaca la colocación, en un lugar muy visible y por lo general tallado en piedra, del escudo de armas de la familia agraciada con un título de nobleza.³³ Y habría que mencionar, además, la presencia de un nicho con una imagen religiosa para mostrar al transeúnte y dar cuenta de sus estatus privilegiado. Sin embargo, el lujo también se desplegaba, a veces con mayor grado, en el interior de las casas.

Una vez traspasado el umbral y el zaguán, se llegaba a un patio empedrado, enlosado con baldosas o enladrillado, que llamaba la atención por su gran tamaño. Por lo general estaba rodeado de corredores, en algunos o en sus cuatro lados, surcado de columnas y pilares de cantería, planchas y zapatas de maderas de cedro. Éstas sostenían bellas arquerías que se enlazaban audazmente en el vacío, provocando una sensación de movimiento, de aire grandioso.

Las escaleras principales eran generalmente espectaculares, con uno o dos cuerpos entrelazados para realzar la convivencia, o separándose para marcar diferencias; alguno de estos caminos llevaba hacia el oratorio, lugar de convivencia.

Es posible creer que el tipo de residencia en que vivía nuestro individuo era grande, pues era de buena posición económica. Esta afirmación se justifica porque el lugar de enterramiento con frecuencia determina el nivel socioeconómico.

La cercanía o lejanía del altar determinaba la importancia, el costo y rango social del entierro, por eso la nave de la parroquia va a ser dividida en tramos, que generalmente parten desde la grada de la capilla mayor o presbiterio hasta la puerta. Los costos aumentaban según se acercaran al altar mayor. También se señalan los lugares reservados a eclesiásticos y civiles de alto rango. Ahora bien, el esqueleto se encontró en el presbiterio, y sola-

³³ Manuel Toussaint, *Arte colonial en México*, México, IIE-UNAM, 1974, p.162.



Figura 6. Fachada de la casa de los condes de Calimaya.

mente quienes podían pagar por un lugar privilegiado eran depositados en la cercanía del altar.

Sin embargo, al principio esta división no fue tan estricta, ya que los funerales se realizaban todavía dentro de un sistema en vías de organización; así, cuando muere fray Juan de Zumárraga (1548), primer obispo de México, se le enterra “a la puerta del sagrario, junto al altar mayor, a la puerta del evangelio, que otro sepulcro no se le pudo dar más premiante”.³⁴

El oratorio

Las moradas de rezo privado eran, además, espacios de sociabilidad, de reunión de sirvientes y señores, y donde la familia compartía y elevaba sus plegarias a Dios. La intimidad del hogar se veía consolada por las invocaciones y la presencia divina de Cristo en el altar. El espíritu

³⁴ Fray Gerónimo de Mendieta, *Historia eclesiástica indiana*, México, Salvador Chávez Hayhoe, 1945, vol. II, p. 65; Fray Juan de Torquemada, *Monarquía indiana*, México, UNAM, 1978, vol. V, pp. 65- 66.

se reconfortaba al saber que el cuerpo de Cristo moraba en la misma residencia.

El oratorio³⁵ doméstico que se encontraba en la casa del individuo fue un espacio dedicado a la oración, donde las genuflexiones y los gestos propios de los rezos de él, su familia y sirvientes se realizaban dentro de la casa. En este sitio se exponían las pasiones humanas, el dolor de una enfermedad física y del alma, la esperanza y el sentimiento de paz.

Uno de los motivos aducidos en las solicitudes de licencias para tener un oratorio en casa fue a causa de enfermedades o achaques graves; en este caso, nuestro individuo pudo haber solicitado esa licencia por la enfermedad que sufría en los pies, y que lo imposibilitaba para moverse.

Como integrante de la sociedad novohispana, procuró tener una plena vida espiritual, para lo cual sabía que no era necesario vivir en un claustro o profesar en una orden regular. Este individuo, como católico bien instruido, sabía que sus obligaciones religiosas no se limitaban a ciertas fechas y lugares, sino exigía someterse a determinadas normas de conducta para mantener una íntima relación con la divinidad, facilitada en muchas ocasiones por sus plegarias dedicadas a sus intermediarios como la Virgen y los santos.

Para establecer vías de comunicación con Dios, el individuo sólo hacía oración, es decir, el acto por el cual se realiza una serie de deprecaciones que pueden hacerse de manera colectiva o individual. Había oraciones que realizaba en su dormitorio, en especial al despertar y al acostarse, de preferencia una vez al día según las recomendaciones; aunque sabía que la oración podía hacerla en cualquier sitio, incluso en el espacio laboral y en la calle.

Como parte de las oraciones es posible que no las hiciera de manera individual en su dormitorio, sino que en compañía de su familia se rezara el santo Rosario en el oratorio, costumbre muy promovida en los siglos XVI y XVII, y ante alguna imagen piadosa. De igual forma, en el oratorio se realizaban ejercicios piadosos como las

³⁵ Gabriela Sánchez Reyes, "Oratorios domésticos: piedad y oración privada", en *Historia de la vida cotidiana en México. El siglo XVIII: entre tradición y cambio*, México, FCE/El Colegio de México, 2004, pp. 531-535.



Figura 7. El oratorio.

novenas, los triduos y el *vía crucis*; a mediodía se rezaba el *Ángelus*, y por la noche, antes de acostarse, alguna jaculatoria.

Es posible que el oratorio fuera uno de los lugares de preferencia de este individuo postrado y enfermo, al ser el sitio donde encontraba la esperanza de sanar o mitigar su pesar físico.

Las características del oratorio localizado dentro de la casa consistía en disponer de un altar y una sencilla estampa con la imagen del santo patrono o la devoción familiar, o bien una escultura para ornamentar el espacio. También cabría la posibilidad de que la imagen religiosa estuviera acompañada de flores, manteles, velas y cualquier otro ornato necesario.

En el interior de la recámara, un sitio público y privado

Es común pensar que el espacio más íntimo de una casa es la recámara o dormitorio, pero la historia demuestra que no siempre fue así. Hubo momentos en que las casas contaban solamente con una habitación en la que

se realizaban todas las actividades cotidianas, e incluso las productivas, con una total ausencia de privacidad. Si acaso había una separación era gracias al uso de colgaduras, cortinas o biombos, cuyo propósito era detener el paso de miradas ajenas a la intimidad del lecho. Con el paso del tiempo surgió una separación paulatina entre lo público y lo privado, y con ello se dio lugar a espacios con funciones cada vez más definidas.³⁶ Mientras más pudientes eran las familias, las casas eran de mayor tamaño, por ello entre la nobleza dieciochesca encontramos que su posición social les permitía destinar una o varias habitaciones como recámaras.

Éstas solían colocarse una al lado de la otra, mas también era factible que estuvieran separadas por una “asistencia”, “tocador” o un “gabinete”. El mobiliario de estas habitaciones era muy variado, pero por supuesto existía un elemento central: la cama, polo esencial del hogar, refugio del sueño y del frío, de la intimidad conyugal, lugar de nacimiento y muerte, pero a la vez objeto de prestigio.³⁷

La enfermedad discapacitante que padecía el individuo en cuestión pudo haber propiciado que su recámara fuese un espacio público; por ejemplo, para ser atendido por sus sirvientas a fin de solventar sus necesidades fisiológicas —llevarle el alimento, bañarlo y vestirlo—; para recibir visitas de familiares, amigos y compañeros de trabajo para concretar situaciones laborales; la recámara fungió como un lugar de sociabilidad, al menos durante determinados momentos del día, como los del rezo y en ocasiones especiales como alguna celebración o fiesta.

La recámara también pudo haber sido un espacio privado al momento de ser visitado por el médico, o para realizar sus necesidades fisiológicas de desecho, utilizando para ello orinales y un par de bacinicas.³⁸

³⁶ Nicole Castan, “Lo público y lo particular”, en Philippe Ariés y Georges Duby (eds.), *Historia de la vida privada. La comunidad, el Estado y la familia*, Madrid, Taurus/1990, t. 6, pp. 15-55.

³⁷ Pardailhé-Galabrun, *La naissance de l'intime, 3000 foyers parisiens, XVIIe-VXIIIe siècles*, París, Presses Universitaires de France (Travaux du Centre de Recherches sur la Civilisation del` Europe Moderne), 1998, p. 275.

³⁸ Mónica Martí Cotarelo, “El ajuar de la casa novohispana y la problemática de su interpretación en el Museo Nacional del Virreinato”, en *Tepotzotlán y la Nueva España*, México, Museo Nacional del Virreinato-INAH, 1994, pp. 15-20.

Uno de los momentos en que la recámara se torna espacio público y privado al mismo tiempo es cuando se prepara al individuo para una “buena muerte”.³⁹

Para tener una “buena muerte” era necesario tomar tres sacramentos esenciales. La confesión era el primero; así el alma podía vencer y desterrar a los demonios: “ella es verdaderamente consolación y medicina [...] y cierra de todo en todo la boca del infierno y abre, de par en par, todas las puertas de la gloria”.⁴⁰

La confesión en artículo de muerte la podía realizar cualquier sacerdote, pero debía adaptarse a las condiciones y el estado del enfermo, haciendo el examen lo más ligero que pudiera.

Si el enfermo no podía continuar, el confesor podía absolverlo; bastaba con que dijera uno u otro pecado. También cuando el penitente no podía hablar, pero mostraba dolor por haberlos cometido, o cuando ya se encontraba privado pero antes había mostrado deseos de confesarse y había dado señales de arrepentimiento antes de llegar el confesor.

El sacerdote daba la absolución terminante siempre que tenía seguridad del valor del sacramento, de lo contrario la daba condicionada; por ejemplo cuando el moribundo se encontraba privado de los sentidos y no se sabía si había pedido la confesión; cuando ya había muerto pero no habían transcurrido dos horas.

La confesión de los enfermos y moribundos siempre entrañaba el problema de que podía solicitarse a deshoras, por ello muchas veces morían sin recibirla; por eso el Concilio Segundo dispuso que salieran los confesores a “cualquier hora de la noche o el día, así para españoles como para indios [...]”, y si el ministro no conocía la lengua, que fungiera con un intérprete, para que el penitente tuviera más seguridad en su conciencia; éste debía ser de preferencia “religioso o español de buena confianza y conciencia”.⁴¹

Como los frailes tenían una regla más exigente, que no les permitía salir de la clausura después de la oración de la noche, fue necesario un reglamento para

³⁹ María de los Ángeles Rodríguez Álvarez, *op. cit.*, pp. 73-78.

⁴⁰ Francisco Antonio Lorenzana, *Concilios providenciales...*, México, Imprenta del Superior Gobierno del Br. D. Joseph Antonio de Hogal, 1769, t. I, p. 319.

⁴¹ *Ibidem*, p. 319.

que pudieran salir cuando un enfermo estuviera en peligro de muerte; también se permitía, en caso de que no hubiera confesor, la hiciera otra persona. A los enfermos se les concedía el privilegio de confesarse en la portería.⁴²

Al individuo se le exhortó a hacer actos de fe, esperanza, caridad y otras virtudes; a creer en los artículos de fe en la misericordia divina, en la interacción de la virgen, en el amor de Dios; a solicitar el perdón de sus pecados, a perdonar de corazón toda ofensa recibida, y a sufrir “con paciencia la molestia y dolores de la enfermedad”, ofreciéndoselos a Dios como penitencia.

Después se le brindó ayuda para confortar su alma para prepararla en la lucha que debía enfrentar contra el demonio, el cual podía presentarle tentaciones como vacilar en la fe; entonces se le recordarán, a manera de ejemplo, los dolores sufridos por los santos mártires. Si el individuo llegase a mostrar poca confianza en el perdón de sus pecados, se le debía recordar cuán misericordioso era Dios. Pero si llegase a mostrar mucha confianza en sus merecimientos, se le amonestaría, pues no se debía mostrar orgullo por tal causa, sino que se tenía que expresar humildad.

Se le puso a la vista la imagen de Cristo, y se le hizo recordar las imágenes de la Virgen, del ángel de la guarda y de los santos de su especial devoción. Continuamente se rociaba con agua bendita la habitación para alejar al demonio.

Para la recomendación del alma se dijeron algunas oraciones, con la presencia de un sacerdote revestido de estola morada y con una vela blanca en la mano.

Los últimos momentos

En las etapas finales de la enfermedad el sujeto objeto de este estudio presentó problemas como taquicardias y arritmias, debido a la baja cantidad de hemoglobina y la septicemia (infección generalizada en todo el cuerpo).

El individuo murió muy probablemente por una septicemia de súbita aparición, dado que la infección del

⁴² *Códice franciscano siglo XVI*, México, Salvador Chávez Hayhoe, 1941, pp.139-140.

hueso pasó al torrente sanguíneo a través de los ganglios linfáticos o arterias circundantes, causando una infección generalizada que le provocó la muerte en un lapso de 24 a 48 horas.

Cuando llegó el momento de que el enfermo se hallaba en trance de muerte, se hicieron sonar tablillas o matracas, para avisar a la comunidad y ayudaran al moribundo con oraciones.⁴³

Se le otorgó el sacramento de la extremaunción, proporcionada a los bautizados que estuvieran en peligro de muerte por cualquier enfermedad. Dicho sacramento⁴⁴ le fue proporcionado al individuo en su casa, debido a que estaba muy enfermo y en trance de muerte, procurando no juntarla con el viático, conforme al ritual que pedía brindarlos por separado y de manera no consecutiva.

Una vez muerto, se le dieron los cuidados posmortem, aplicándole una limpieza corporal antes de amortajarlo, y en su testamento quizá dejó disposiciones en relación con el tipo de mortaja. En ocasiones podía contarse con el apoyo de una persona especializada en realizar esa actividad. El fiscal de la parroquia que ayudaba al misionero asistía a los moribundos y los amortajaba, en otros casos era un oficio propio de los sirvientes.⁴⁵

La mortaja más sencilla era un lienzo o sábana, a veces cosida de manera firme para mantener el cuerpo rígidamente unido; esto se nota en los restos óseos: en los cuerpos así amortajados se ha conservado mejor la osamenta, y los restos no se esparcen fácilmente.

La mayor parte de las veces el tipo de mortaja dependía de la posición económica del difunto: los desposeídos eran amortajados con “lienzo poco proveído” —como en el caso de los niños expósitos—,⁴⁶ o bien eran ataviados con ricas vestiduras.

En cuanto a la mortaja del individuo en cuestión, la información se desconoce al no haberse encontrado indicios de ese material, destruido de manera natural por

⁴³ *Ritual carmelitano, parte segunda, procesionario y funeral*, Madrid, Joseph Doblado, 1789, pp. 421-443.

⁴⁴ AGN, Ramo Clero Regular y Secular, vol. 29, exp. 6, ff. 195 v, 196, 1758.

⁴⁵ AGN, Ramo Inquisición, vol. 403, exp. 3, f. 316.

⁴⁶ AGN, Ramo Bandos, vol. 9, exp. 5, ff. 7-29. Constituciones... de la Real Casa del Señor San Joseph de niños expósitos.

el paso del tiempo; sin embargo, cabe decir que estuvo amortajado, pues la disposición anatómica de los huesos estaba muy bien conservada.

El ataúd

El lugar donde se colocaba el cadáver también variaba de acuerdo con la posición económica del difunto. En ocasiones sólo se usaban unas andas o tabla y el entierro se hacía directo sobre la tierra. Un arancel de 1763 indicaba que el ataúd fuera “menos decente” para mulatos o indios labo- reos y otro “más decente” para mestizos o españoles.⁴⁷

Las formas más comunes de ataúd eran el triángulo y el rombo truncados, los cuales podían estar forrados o no. Los adornos, generalmente, se hacían con tachuelas, encajes y telas.

El único indicio físico disponible para suponer que el individuo contó con el resguardo de un ataúd fue la presencia de unas manchas redondas de color verde en los miembros inferiores y en algunas partes de los miembros superiores, las cuales podrían significar que algún tipo de metal, como el cobre, estuvo presente y tuvo un contacto cercano con el hueso que lo oxidó.

El entierro

Este ritual⁴⁸ comprende desde la expiración del difunto hasta la acción de depositar el cuerpo en la tierra, y se dividía en tres oficios de difuntos: el primero incluía la expiración del individuo hasta la conducción de su cadáver al entierro (el oficio de difuntos podía repetirse en alguno de los otros dos como un rezo más); el segundo, era el primero propiamente dicho, y tenía lugar desde el momento en que el cura salía de la iglesia para ir por el cadáver y la ceremonia realizada en el interior de la parroquia, hasta justo antes de depositar el cuerpo en la tierra. El tercero, la sepultura, correspondía al último momento, desde que se trasladaba el cuerpo del centro de la iglesia y se depositaba en la fosa.

⁴⁷ “Arancel de Tabasco de 1767”, en *Colección de los aranceles de obtenciones y derechos parroquiales...*, México, Imprenta de Ignacio Cumplido, 1857, pp. 107-112.

⁴⁸ María de los Ángeles Rodríguez Álvarez, *op. cit.* p. 89.



Figura 8. Los últimos momentos, la lucha entre el bien y el mal.

El costo de la muerte

Una vez que el individuo moría, amén de los problemas morales, psicológicos, sociológicos, etcétera, a los que debían enfrentarse los deudos, estaba el problema del pago de los funerales; una situación que en la mayoría de casos tomaba desprevenida a la familia del difunto, o bien carecían de la capacidad económica para hacerle frente.

Durante el México virreinal las encargadas de este servicio eran las parroquias y las cofradías, que actuarían de manera diferente en el transcurso en distintos periodos. Sólo hasta el siglo XVIII se empezaron a definir claramente esos aspectos a través de los aranceles, mismos que aportaban toda la información relativa. Sin embargo, es pertinente señalar que incluso entonces se les consideraba letra muerta, haciendo honor a la conocida sentencia de la época: “Obedézcase, pero no se cumpla”.