

Antropología de la muerte: diferencias entre el fallecimiento en el domicilio y en el hospital

Ricardo Paulino* / José Gallardo Díaz* /
José Zaragoza Álvarez** / Javier Jaimes García*

* Facultad de Medicina, Universidad Autónoma del Estado de México

** Facultad de Estudios Superiores Aragón, Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

Toda muerte afecta de distintas maneras el comportamiento del núcleo familiar, en el que se desarrollarán diferentes acciones ante la noticia, acordes a su ámbito cultural. Genera asimismo un vacío emocional entre los sobrevivientes, que expresarán conductas que pueden ser estudiadas por la antropología, y que van de ciertos comportamientos, dependientes de su concepto de muerte, de su cultura, del espacio, a las relaciones interpersonales y la economía familiar; anteponiendo sus mitos y ritos ante. No es lo mismo morir en el domicilio que en un área hospitalaria, pues las diferencias son enormes. Cuando el suceso ocurre en el espacio familiar, se da el tiempo y oportunidad de realizar los rituales respectivos, de acuerdo con la cultura y mitos preexistentes. No ocurre así cuando la muerte se da en un área hospitalaria, en la que los mitos y ritos se realizarán en concordancia con una institución pública o privada. Este artículo pretende mostrar dichas diferencias.

Palabras clave: muerte, comportamiento, rituales funerarios, muerte en el domicilio, muerte en hospital.

ABSTRACT

All death affects the behavior of the nuclear family in different ways, in which the members will respond in different ways in response to news of a death, depending on their cultural milieu. It also generates an emotional vacuum among the survivors, who will manifest behavior that arise from certain types of behavior depending on their concept of death, their culture, space, interpersonal relationships, family economy, in which their myths and rites take precedence; this behavior can be studied by Anthropology. It is not the same to die at home as in a hospital; the differences are enormous. When the event occurs in the family space there is time and the opportunity to perform the respective rituals in accord with the survivors' preexisting myths and culture. This is not the case when the death takes place in a hospital setting, where myths and rituals will be carried out depending on the public or private institution. This article will explore these differences.

Keywords: death, behavior, funeral rituals, death at home, death in a hospital.

La angustia que genera la muerte se debe a que muy poca gente alcanza el fin normal de su existencia, tras “el cumplimiento de un ciclo completo y fisiológico de la vida con una vejez normal, que desemboca en la pérdida del instinto de vida y la aparición del instinto de muerte natural”.

E. METCHNIKOFF

Bien morir es recibir la muerte con paciencia y acomodar la propia voluntad a la de Dios.

FERNANDO MARTÍNEZ GIL

La muerte es un hecho fatal (Hernández, 2006: 3) que afecta a los seres vivos y acongoja el comportamiento familiar, los que desarrollarán diversas conductas ante la noticia del fallecimiento y tomarán decisiones que dependerán del ámbito cultural en el que se han desarrollado. Asimismo, la muerte como acontecimiento que afecta la cotidianeidad humana con la ausencia de uno de los integrantes de una comunidad, genera un vacío emocional entre los sobrevivientes, que expresarán acciones-conductas que son estudiadas por la antropología.

Ante el suceso, los familiares y amigos del fallecido se ven en la obligación de efectuar ciertas acciones, que dependerán del concepto de muerte, de su cultura, del espacio, de las relaciones interpersonales, así como de la economía familiar, manifestando ampliamente sus mitos y ritos ante la muerte de uno de sus integrantes (Hernández, 2006: 5).

Jamás será semejante morir en el domicilio que en un área hospitalaria (Hernández, 2006: 5). Las diferencias son enormes; cuando el suceso ocurre en el domicilio la familia se da el tiempo y la oportunidad de realizar los rituales respectivos, de acuerdo con su cultura y los mitos preexistentes en el seno familiar; generalmente el fallecimiento acaece con la tranquilidad necesaria para morir con bien y se respeta la dignidad intrínseca del humano. No es así cuando el suceso tiene lugar en un área hospitalaria, en la que los mitos y los ritos están ausentes y sólo se permiten hasta cierto límite, si se trata de una institución privada. Fallecer en un hospital es considerado como un acontecimiento solitario, mecánico y deshumanizado (Kübler-Ross, 2008: 21).

La muerte es lo único seguro que tenemos en la vida y la forma de que llegue a cada ser vivo varía enormemente. En el caso de los humanos, estamos en condición semejante; nadie sabe cómo y cuándo morirá, siendo ésta una de las enormes dudas existenciales de los seres humanos: ¿saber cuándo, en dónde y cómo moriré!

En cuanto a la filosofía se refiere, la humanidad, en su paso del pensamiento tradicional y arbitrario propio del hombre de la Antigüedad, llegó hasta las respuestas humanas basadas en la lógica y la razón —del mito al logos—.¹ Esto sucedió con los griegos y la filosofía, de tal manera que la razón comienza al plantearse las preguntas sobre la vida y lo relacionado con ella. En el mismo tono de ideas, no son pocos los filósofos que vertieron sus valiosas opiniones ante la muerte humana; así, esta idea de saber de la vida por los primeros filósofos —al igual que todos los sistemas filosóficos en la historia de la humanidad— se ocuparon y preocuparon por conocer sobre la muerte, de lo que sucede en torno al efecto de su presencia para generar corrientes de pensamiento, algunas de las cuales perviven hasta nuestros días. Actualmente existen opiniones filosóficas en torno a la vida y la muerte, ideas en las que se sustentan los dilemas propios de la bioética, como la pena de muerte, el testamento en vida, el aborto y la eutanasia (Pérez Tamayo, 2006: 129-295), entre otros.

La historia de la medicina ha vivido páginas fascinantes en cuanto a la muerte se refiere. En las primeras épocas de la humanidad —Paleolítico superior—, el chamán (Gallardo, 1999: 42) debió haber sido el responsable social y cultural para determinar la muerte en los grupos humanos, entre otras actividades relacionadas con la vida tribal. Llegó a describir realidades paralelas a ésta, en las que “viven” los muertos y las entidades anímicas, así como el drama del alma humana ante la muerte del individuo.

Posteriormente, las religiones son las que adquieren la responsabilidad ante el cese de la vida, sobre todo en la Edad Media (Hernández, 2008: 5), el cristianismo del mundo occidental adquiere el compromiso de reconocer la muerte humana. En la concepción cristiana la muerte se considera el instante en el que se separan cuerpo y alma. Según este juicio, el buen cristiano debe estar preparado en cualquier tiempo para este momento, ya que las voluntades de los mortales se recogían en testamentos. Además, en la Edad Media se viven los dramas respectivos por la presencia de epidemias —sobre todo en el siglo XIII con la peste negra—, cuando la población se vio obligada a reconocer la muerte y a tomar decisiones sobre qué hacer con los cadáveres. Los hospitales de los monasterios eran lugares para “bien morir”; quienes tenían la desgracia de llegar a esas instituciones eclesiásticas, quedaban en manos de los monjes, los que no podían tocar mujeres ni sangre...

Durante el Renacimiento (Martínez, 1996: 222) persiste la inercia de la Edad Media, sin embargo, se hace patente la idea moralizadora que evoca la penitencia, la resignación, el temor ante la muerte personal, recomendando al humano renacentista

¹ Tema 1: Física y metafísica de los presocráticos.

sea mesurado ante los placeres de la vida. Además, se impone un retrato sarcástico de la conducta de los hombres en aspectos político-sociales, económicos y religiosos, revelando recomendaciones hacia los aristócratas y a la alta jerarquía eclesiástica a causa de su abuso de poder y su riqueza; a través de la ironía y la crítica se les invita a llevar una vida conforme a las enseñanzas de los evangelios para no padecer los castigos eternos en el infierno después de la muerte.

A inicios del Renacimiento, en el siglo xv (Haindl, 2013: 222), apareció la obra *Ars moriendi*, o *Manuales de la buena muerte*, escrita a raíz del Concilio de Constanza, probablemente por un fraile dominico anónimo, quien básicamente expresa la manera de morir del buen cristiano: “Fomentaban una actitud valiente, pacífica y positiva ante la muerte”. En el siglo xviii (Beligand, 2007: 8), la muerte se manifiesta por la pertenencia del individuo a una comunidad parroquial, la que obliga a la familia a emplear una parte del patrimonio del difunto en los gastos que se derivan en adquirir un espacio en la iglesia para ser sepultado, así como diversos actos religiosos de la liturgia. Con ello, el difunto tendrá la posibilidad de alcanzar una “buena muerte” y reclama a los vivos el compromiso de realizar actos religiosos por el descanso de las ánimas del purgatorio. En la segunda mitad del siglo xviii (Beligand, 2007) se presentó un cambio en la mentalidad de los humanos, determinada por la disminución de las epidemias como consecuencia de la mejora en las condiciones de vida, con lo que la muerte dejó de aceptarse como una fatalidad y los rituales mortuorios quedaron a cargo de la familia que deseaba acompañar a su ser querido hasta su última morada. Por estas épocas, el diagnóstico de muerte se reconocía por la descomposición del cadáver, con la aparición de la mancha verde o la lividez cadavérica. Esto era así porque los métodos que había para determinar un fallecimiento mediante la detención de la respiración o del corazón, no permitían diagnosticarla con total seguridad. Por eso, a finales de ese siglo —con la invención del estetoscopio—, la medicina precisa la cesación de la vida; la costumbre social era que el médico estaba con su paciente “mientras había algo que hacer”, y en el momento que éste consideraba que su intervención no era necesaria, dejaba al muriente en manos de la familia. Por ello, la posición y figura del médico adquiere poder cuando el Estado establece que el profesional de la medicina es el responsable de reconocer el deceso de un ser humano. Es precisamente en el siglo xviii cuando la medicina se apropia del diagnóstico de muerte: la ciencia positivista deja de lado a la religión y la filosofía, con lo que el espíritu desaparece del entorno, y como no es posible demostrar desde los parámetros científicos su existencia, pues es más fácil negar su existencia que intentar investigar la muerte de un individuo como cuerpo-mente-espíritu.

En el siglo XIX (Ruiz, 2010: 7), la muerte deja de ser patrimonio de la religión y de la filosofía, pasa a ser una cuestión de la ciencia médica sustentada en los estudios de fisiología, y es considerada como el cese de las funciones vitales. Así, la muerte deja de pertenecer a la sociedad, con lo que el médico se convierte en el juez que la determina, la comprueba y la diagnostica.

En el siglo XX, específicamente en 1968, en la Universidad de Harvard se proponen grandes y graves dilemas en espera de una solución acertada en cuanto a la denominada “muerte cerebral” o “muerte encefálica”, considerándola como inconsciencia absoluta y falta de excitabilidad e inmovilidad, con paro respiratorio, arreflexia absoluta y un electroencefalograma (EEG) con una línea de cero, pues el interés de tales diagnósticos gira en torno del trasplante de órganos, siendo la hipótesis de referencia la siguiente: “En el cerebro reside la conciencia del humano; muerto el cerebro no hay persona, persiste la función vegetativa exclusivamente”, con lo que pasan a integrarse los diagnósticos de muerte cerebral y muerte encefálica, persistiendo actualmente el primero, en el que toda la tecnología, así como la clínica, se enfocan a reconocerla en el paciente.

Queda claro que a partir del siglo XVIII, la muerte es objeto de estudio de la medicina, reduciendo el concepto de ser humano hasta caer en los signos demostrables en el cuerpo. La ciencia investiga durante los siglos XIX y XX todas las posibilidades para demostrar que, al morir el cuerpo, nada le sobrevive. En apoyo de tales ideas se considera que los estudios de Charcot (Bleker, 2007, y Winau, 2007: 307) y Freud (Avenidaño, 2002: 74) en torno al problema mente-cerebro concluyen en la misma dirección: muerto el cerebro, muere la mente.

Ha sido común estudiar desde la filosofía el problema de la muerte referida a la muerte humana; sin embargo, tales explicaciones no convencen —hasta el momento— ni siquiera a los filósofos, quienes plantean sus propias ideas, dando origen a corrientes ideológicas inacabadas. Por ello, propongo que en busca de una explicación para poder determinar con mayor precisión qué es la muerte, deben conjuntarse diferentes saberes englobados en diversas áreas del conocimiento, como son las ciencias médicas, la filosofía, la sociología y la antropología, con la finalidad de conjuntar el saber y brindar una explicación acerca de lo que es la muerte y morir, conceptos que en términos generales satisfagan a la humanidad.

Actualmente, la sociedad ha demandado a las ciencias médicas y a las humanidades ahondar en una explicación sobre la muerte, de tal manera que es fácil encontrar estudios referidos al tema desde las visiones de la biología, filosofía, psicología, sociología, medicina, jurisprudencia, antropología, arqueología, derecho, economía, política,

ecología y varias disciplinas más; aportaciones valiosas, pero desde perspectivas unilaterales que finalmente deben de conjuntarse en bien de las sociedades.

La muerte de los otros y los demás, ¿otredad?

Sin duda, la muerte genera las más controvertidas emociones en los humanos; tan es así que hay humanos que viven un duelo intenso por el deceso de sus mascotas y no por el de algunos humanos, como en crímenes, guerras, catástrofes, accidentes... Ello nos lleva a entender que la “partida” de los cercanos de los “otros como yo”, provoca las más dolorosas experiencias, en las que la ausencia y el duelo son manifiestos; es decir, aquéllos con los que me he relacionado, con los que tengo un interés o cubro una necesidad se convierten en los *otros*; lo que significa que la distancia está determinada por las emociones que me genera la otra persona. En cambio, “la muerte de los demás” es precisamente la que no nos genera mayores emociones, sólo un interés morboso o curioso y significa precisamente eso, la muerte de los que “están de más”; es decir, no tenemos mayor interés en su existencia, su vida está totalmente marginada de mi vivir. En términos precisos, no sé de su existencia, supongo que pueden existir, pero no sé ni su tiempo ni espacio; por ende, no sé de ellos, son “de más en cuanto a mi propio yo y mi existir”. Estos conceptos pueden llevarnos a reflexionar y entender por qué para algunos humanos carece de significado una catástrofe en la que mueren seres vivos; el humanismo está muy lejano.

La muerte sigue siendo un hecho aterrador, desolador, que genera diversas emociones, pero específicamente la angustia carece de límites. Cuántas personas conocemos que a raíz del fallecimiento de un “otro como yo” están en un tratamiento psiquiátrico porque han sido incapaces de asimilar la pérdida, o porque el duelo se hizo crónico o patológico, dando origen a estados emocionales de las más diversas formas clínicas, que finalmente son tratados como enfermedades orgánicas, cuando el problema de fondo es el miedo-culpa-odio al deceso de un familiar —padre, madre, esposo(a), hijo(a) o algún otro—, situación que generó síntomas que no fueron asimilados o resueltos a su debido tiempo, y por ende, se convierten en pacientes con enfermedades crónicas a través de proyectarlas desde lo subjetivo, que es lo mental-emocional, hasta lo objetivo, que es el soma o cuerpo, es decir, aparecen enfermedades psicosomáticas (Ortega, 2011: 3).

En otro orden de ideas, podemos plantearnos la pregunta: ¿estamos los humanos capacitados para afrontar la muerte como un proceso natural, con tranquilidad y dignidad? No, pues el terror a ella provocado por las propuestas religiosas, que no ex-

plican el proceso de morir y sí provocan un drama del alma-espíritu, que más bien es un cuento sin sentido, pues la idea de pecado que lleva el “alma del muerto al infierno o al cielo” se está convirtiendo en una amenaza carente de validez natural.

Mientras las iglesias tejen sus fantásticas y fanáticas redes de pecados en torno al castigo o premio después de la muerte, en realidad sólo generan angustia en los murientes; no debemos dejar de lado que en la naturaleza no existe el pecado como tal, que éste es producto de la cultura religiosa. La muerte en los hospitales está relacionada con el hecho de que las sociedades contemporáneas, cuando llevan al paciente muriente a las salas de urgencias y de terapia intensiva, intentan huir o evitar la vivencia de un deceso de los “otros como yo”; igualmente pretenden convertirse en los salvadores de una vida, o posiblemente, a través de la aplicación de la ciencia, la técnica y la tecnología, piensen que es la mejor manera de no tener presente el miedo recóndito a morir para que de esa manera se evite la angustia que significa ese hecho. En los hospitales, los médicos se enfocan al tratamiento del cuerpo del humano, de llevarlo a la condición de funcionalidad, pero ello no significa vida. No, el ser humano holístico tiene un cuerpo, al que obligadamente la medicina debe procurar mantener vivo, pero tales acciones no significan que las emociones, angustias, pensamientos, sueños, deseos, enojos, amores y odios del paciente se estén atendiendo; antes bien, estos aspectos son olvidados por el muy preparado personal de salud-enfermedad de las áreas hospitalarias.

Ante la muerte de un humano se está cuestionando la relación médico-paciente o, más aún, la relación personal de salud-paciente. Cuando un enfermo ingresa a un hospital se le va despersonalizando paulatinamente —si acaso se refieren a él o ella por su nombre— y paulatinamente se va convirtiendo en un número de cama o en un padecimiento. El ser humano desapareció, toda la ciencia médica y el personal se enfoca a tratar el organismo; se aísla el cuerpo del paciente —se le esconde—, dejó de relacionarse con su familia y sus objetos cotidianos para recibir la ciencia y la técnica de acuerdo con las posibilidades institucionales.

Si muere en la calle por acción de la agresión-violencia, que cada vez es más común, igualmente queda expuesto a la vista del público. Si fallece en su domicilio con su familia, entre sus objetos, sus olores y cobijado por el afecto familiar; resulta que los otros le confirieron la dignidad al reconocerlo como el igual, al que se ama y se le brinda el afecto o amor necesarios.

La muerte durante la noche, solo en su habitación, cuando toda la familia descansa, es una buena muerte, no hay queja ni dolor; se acuesta a dormir la persona y durante la noche “se va”. Sin duda, fallecer durante el sueño es la muerte que muchos desean.

Nada más dramático para un ser humano que morir aislado, separado de sus seres queridos, de las personas que lo aman; no más relación con su ambiente habitual. A un paciente —muriente— que se encuentra en estas condiciones, ningún integrante del equipo de salud le interesa o se ocupa de sus anhelos y emociones; pasó de una persona que decidía sobre sí mismo a depender de la voluntad de los otros y de los demás: de sus familiares, de los extraños morales —personal médico—. En un hospital la visita es por corto tiempo y generalmente al paciente no se le molesta... y así muere, asistido con toda la ciencia médica, pero nadie le toma la mano o lo tranquiliza, al menos para decirle “¡todo está bien! ¡Te amo!”.

Vivimos en un marco cultural en el que la división del ser humano permea en prácticamente todos los grupos culturales, de tal manera que la desintegración del ser humano holístico se da como sigue:

- *Cuerpo humano*: pertenece a la medicina.
- *Mente*: fenómeno subjetivo que es propiedad de la psicología y de la psiquiatría.
- *Espíritu*: sin discutir su existencia se ha convertido en propiedad de las religiones y de su respectiva Iglesia.

De esa división esquizoide se sirve el poder político-económico-social para no darnos cuenta de nuestro holismo y obviamente se presentan todos los dilemas propios que existen en la sociedad, entre los que se consideran la enfermedad y la muerte de los humanos. Posiblemente aquél sea el origen del miedo a morir y a los muertos, pues el desconocimiento de sí mismo conduce a dudar quiénes somos como seres humanos.

Para entender y comprender un estudio sobre la muerte humana es necesario saber aplicar un lenguaje preciso. No debemos caer en el error de algunos pueblos y su cultura, que a la muerte le han dejado de llamar muerte, y hacen uso de sinónimos para “no causar daño moral”, como si con ello se pudiera ablandar la acción de la muerte sobre la humanidad; por ello suelen utilizar términos como “poner a dormir”, “está durmiendo”, “se fue”, “nos dejó”, “está en un viaje del que no regresará”...; en fin, lo único que hacen es generar un conflicto entre la vida y la muerte. Por lo mismo, a la muerte se le debe de llamar “muerte”.

En otro orden de ideas, el médico científico sólo sabe de la muerte del cuerpo humano; de los datos clínicos referidos al cuerpo; la medicina no acepta el holismo humano porque no hay manera, desde la visión positivista, de la demostración de la existencia del espíritu. Desafortunadamente, la medicina hegemónica carece del in-

terés para estudiar la muerte del ser humano, se ha contentado con saber y conocer sobre la muerte del cuerpo humano, considerando que ante ella, todo muere y ya no hay qué o quién “sobreviva”. Con la muerte cerebral se ha resuelto el enigma positivista —para la medicina científica—, pues si se muere el cuerpo la mente también muere. ¿Se ha resuelto el enigma? Claro que no, las ciencias médicas aún no han explicado lo suficiente del fenómeno mental para poder asegurar lo señalado. Arbitrariamente lo acepta, no hay mayor discusión. Y no digamos qué sucede con el espíritu, ni siquiera se da la oportunidad de discutirlo. Su postura es: “Corresponde a las religiones y la ciencia no es religión”.

La medicina debe atreverse a incursionar en el concepto holístico del ser humano (Alonso y Escorcía, 2003: 4) —cuerpo-mente-espíritu— y echar mano de todas sus posibilidades para tratar de explicar el deceso. Los conceptos actuales acerca de la muerte que se enfocan al manejo utilitarista de la misma en la intención del avance científico, lo hacen con el fin de obtener órganos para trasplantes.

Actualmente, la muerte en los hospitales, medicalizada y tecnificada, ofrece a los humanos todo un mercado de posibilidades, que si tiene para pagar podrá adquirir tales servicios para que lo intuben, le coloquen sondas, venoclisis, catéteres, electrodos y le administren medicamentos que mantendrán la función, no la vida humana, y mucho menos evitarán la muerte. Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son los espacios en donde la medicina debería mantener a pacientes en estado crítico grave con posibilidad de sobrevivir a una catástrofe orgánica, pero debido a las exigencias de órganos para trasplantes se mantiene a los “muertos vivientes”, con la intención de tener donadores para trasplante o en espera de que la falla sistémica se presente, y con ello el cese de las funciones vitales, y por ende, la muerte (Secretaría de Salud, 2013: 3).

Ante la muerte de un humano se está cuestionando la relación médico-paciente, o más aún, la relación “personal de salud-paciente”. Cuando un enfermo ingresa a un hospital se le va despersonalizando paulatinamente —si acaso se refiere a él o ella por su nombre— y se va convirtiendo en un número de cama o un padecimiento. El ser humano desapareció, toda la ciencia médica y el personal se enfocan a tratar el cuerpo, se aísla al paciente —se le esconde—, dejó de relacionarse con su familia y sus objetos cotidianos.

Un espacio para bien morir... Muerte en el domicilio y muerte en el hospital

Acerca del espacio para morir (Bueno, 1978: 1-26) comentaré que la vida y la muerte de los seres vivos necesariamente suceden en un espacio, y el cadáver ha perdido

sus sensaciones y percepciones, pero sigue ocupando un lugar determinado por la geometría del sitio en el que se encuentre. De acuerdo con la antropología del espacio, se designa a tal desde la geometría a través de los conceptos del llamado “espacio prehilbertiano” —considerado como un espacio vectorial provisto de un producto escalar—, en el que la totalidad está constituida por la multiplicidad de series de elementos que pueden variar independientemente los unas de las otros, pero que sin embargo están “engranadas” entre ellas y todas articuladas entre sí por la presencia de un elemento central (Bueno, 1978).

En este caso, el cadáver es el elemento central; además, el funeral en el domicilio y en la capilla ardiente tiene connotaciones diversas, y el espacio ocupado varía de acuerdo con el lugar en donde se realicen el velorio y el funeral. La muerte en una cama de un hospital puede tener dos aspectos: uno es en una institución privada con el acompañamiento de algunos familiares y con el auxilio médico; la otra sería en una institución pública, donde suele ser sin la presencia de la familia y muchas veces nadie se dio cuenta de que muere la persona. La muerte tiene diferentes causas y cada humano fallece en una forma diferente, aunque hay semejanzas importantes en cuanto al espacio y el tiempo se refiere.

Muerte “natural”. Es aquella que se presenta sobre todo por vejez y el fallecimiento se acompaña de una falla sistémica por “envejecimiento” de los órganos, en los cuales, la capacidad de adaptación se halla disminuida de manera importante. De igual manera, debe referirse a la muerte en la que se ignoran las causas que condujeron al deceso, sea por diferentes causas: no hay médico que certifique o la misma medicina ignora la causa; aunque ante estos casos se recurre al diagnóstico de “infarto agudo al miocardio”.

Muerte violenta. Son todas aquellas en las que está involucrada la agresión hacia la vida humana, que por su propia intensidad daña de manera irreversible la función orgánica, y ello conduce a una falla sistémica que acabará con la vida. Entre ellas podemos considerar atropellamientos, heridas por arma de fuego o punzocortante, caídas, golpes contusos con objetos, aplastamientos, traumatismos de diversa índole.

Muerte por enfermedad o causa diagnosticable. Cuando una persona padece una enfermedad crónica o que por su gravedad se supone la pérdida de la vida en cierto tiempo y se conoce tanto la enfermedad como la historia natural de la misma, las causas de un deceso probable son sencillas de reconocer en casos como el cáncer, enfermedades metabólicas mal controladas y algunas infectocontagiosas, entre otras.

La edad no es una condición específica o definitiva para morir, pues la muerte puede suceder en cualquier momento de la existencia, siempre y cuando se cumplan las condiciones fisiológicas que lleven al niño, al adolescente, al joven, al adulto o al viejo a la falla orgánica y al deceso. La sociedad considera injusta la muerte de los niños y que sólo los viejos son quienes deben o pueden morir, incluso consideran una atrocidad el deceso de un joven o de un adulto; sin embargo, dadas las condiciones sociales en las que vivimos, los fallecimientos de niños, jóvenes y adultos se están convirtiendo en un hecho cotidiano que aún dista de convertirse en normal.

El espacio adecuado

El domicilio. En el domicilio se dan las más diversas emociones. Pues el muriente puede enfrentarse a toda la gama de sensaciones propias de los humanos: amor, odio, rencores, envidias, ambiciones... en fin. Idealmente, el muriente fallece en su habitación, entre sus olores y sus objetos; se cuenta con la presencia de familiares que pueden mostrar su dolor ante la pérdida, pero lo más importante es que pueden despedirse uno de otros, empatar sus emociones y hacer más fácilmente el proceso de morir. Incluso se puede ser testigo del consuelo religioso y participar en actos de esta índole que pueden llevar tranquilidad al muriente. Además, el duelo de los sobrevivientes puede tomar otro matiz para su resolución.

La muerte en el domicilio debe ser considerada como la de mayor interés en beneficio del muriente, pues éste fallece entre sus pertenencias y la presencia familiar. El problema radica en que no tendrá la asistencia médica adecuada en caso de dolor, de limitaciones ventilatorias o de algún otro que requiera la presencia de personal de salud; pero si el sistema es capaz de proporcionar los elementos indispensables para garantizar la atención adecuada, el muriente podrá dejar este mundo en las mejores condiciones por el medio que lo rodea y los servicios y auxilio médico que se le puedan proporcionar. El asunto tiene diversas aristas, como son la búsqueda de culpables ante la muerte de un familiar (la que se enfoca sobre todo al personal de salud) o las agresiones familiares por la repartición de la herencia.

Todo ello sucede en torno a la pena familiar; suelen acompañarlos amigos, compadres y vecinos. Este tipo de fallecimiento generalmente se vive en áreas rurales con personas de escasos recursos y clase media. En estos casos, los asistentes tuvieron o tienen una relación directa con el difunto y poseen la información necesaria para cumplir los rituales específicos. Como es el caso de la muerte en la sierra de Puebla, en la región totonaca, en donde ante el fallecimiento de una persona de la región,

toda la comunidad se solidariza con la familia del difunto durante el velorio y el funeral, ayudándoles a elaborar las ofrendas, a la apertura de la sepultura y en los novenarios. En el sepelio hay quienes se encargan de avisar a la comunidad, tocar las campanas, elaborar o adquirir el ataúd, informar a los mayordomos para que lleven el santo respectivo; las mujeres son las responsables de cocinar lo que requieran las ofrendas, otros son los encargados de proporcionar el licor, unos más los trabajos de albañilería en el cementerio; todo sigue un ritual perfectamente organizado y determinado.

Debe de considerarse el fallecimiento en el domicilio ante casos que la medicina hegemónica “desahucia”, para que las personas vivan sus últimas horas en compañía de sus familiares; éstos son casos en los que la ciencia médica carece de medios curativos y sólo se proporcionan cuidados paliativos, pero la decisión depende del muriente cuando puede verbalizarla y solicitar a sus familiares lo lleven a su domicilio. Ante la petición, la institución médica dará al paciente el “alta por máximo beneficio”, considerando su deseo, por lo que se obliga a proporcionar los cuidados paliativos indispensables al muriente, y cuando acontezca la muerte deberá otorgar el certificado de defunción para continuar los trámites funerarios. En el caso de pacientes inconscientes con diagnóstico de muerte cerebral y a los cuales sólo los mantiene “vivos” el uso de tecnología, es necesario que el personal médico haga saber a la familia el estado de su paciente, especificando que sin el apoyo tecnológico en poco tiempo dejará de respirar y por ende de latir el corazón, y si la familia decide llevar a su familiar a su domicilio para que concluya el proceso, deben ser apoyados por la institución médica y ofrecer lo necesario cuando concluya la vida de su familiar.

Caso. Se trata de una paciente de 83 años de edad con diagnóstico de muerte cerebral, los familiares solicitaron el “alta por máximo beneficio”. El traslado al domicilio se realiza por la mañana, contando con el apoyo médico y de enfermería, quienes explican los cuidados que requiere la paciente y sólo habría que esperar el desenlace fatal, el cual sucede por la tarde. La anciana falleció con la presencia de sus hijos y nietos, quienes tuvieron la oportunidad de “despedirse” de su madre y abuela, respectivamente.

Caso. En su domicilio, una muriente es acompañada por su esposo e hijos, sus hermanos, cuñadas y algunos amigos; todos reunidos en su recámara se van despidiendo uno a uno. Llega un momento que les pide a todos que abandonen la recámara, pues desea sentirse tranquila y los murmullos de los presentes le provocan desasosiego; se quedan con ella su esposo y sus hijos, platica con ellos y paulatinamente van guardando silencio por espacios más prolongados hasta que deja de respirar en los brazos de su esposo y el consuelo de sus hijos.

Casa. No todas las muertes en el domicilio son buenas, se trata de un sujeto masculino de 55 años, soltero, que llega a la casa de la familia y no encuentra a sus hermanas, bebe alcohol y se queda dormido. Se ignora el motivo por el cual durante la noche se levanta y cae por las escaleras, provocándose un traumatismo craneoencefálico y muriendo en corto tiempo. Este deceso es en soledad, en la casa de la familia, pero él se encuentra solo; no hubo quién le consolara o se preocupara por él en el proceso de morir.

Durante el funeral en el domicilio, la ocupación del espacio generalmente sigue un orden a partir del ataúd con el cadáver: los familiares cercanos se ubican próximos al féretro, los familiares lejanos, amigos y vecinos ocupan lugares distantes, incluso se hayan fuera del espacio destinado *ex profeso* o, como en la sierra de Puebla, donde los hombres en algunas localidades juegan cartas en el patio de la casa donde se realiza el velorio.

No deben dejarse de lado los rituales después de la defunción, que obviamente se acompañan de manifestaciones propias del duelo.

Si son religiosos, en cierto momento algún familiar abre una ventana de la habitación donde se encuentra el difunto, otro prende una veladora, otro más acerca un vaso de agua y un plato de sal, al que le dibujan una cruz; las mujeres visten el cadáver con ropa nueva, la que gustaba al difunto, o el familiar más cercano decide con qué ropas lo vestirán.

Entre los testigos de Jehová no hay más rituales, su concepto se basa en que se tiene un cuerpo al que no hay que rendir mayor homenaje; muerto el humano no hay a quién ofrecer algún ritual.

Desde las zonas rurales, los migrantes que llegan a las ciudades traen consigo sus ritos de muerte, cuyas costumbres dependen de su cultura para honrar a los muertos: ante el fallecimiento, prenden una veladora, bañan y visten el cadáver con ropas de acuerdo con la edad, género, ocupación; se procura el ataúd, el cual en algunos lugares es elaborado por algunos familiares (cajón), en otros lo adquieren de madera y en raras ocasiones son metálicos, de color gris.

Eligen entre la comunidad a quienes serán los compadres para colocar la cruz, hacer el novenario y levantar la cruz; ésta se elabora de cal y ceniza, y se coloca en el sitio que ocupó el féretro con el difunto. Algunas personas ofrecen para el velorio bebidas alcohólicas, café, pan y después del sepelio mole y pulque a quienes los acompañaron en los rituales funerarios, como en Zinacantepec, México. Además, en muchas localidades del país suele haber música de mariachi, de banda o de algún otro en el cortejo fúnebre.

El hospital

El fallecimiento en los hospitales privados y públicos presenta un contexto diferente. De entrada, debo comentar que constituye un acontecimiento social y familiar, que es motivo para manejar relaciones sociales, políticas y económicas.

Cuando la defunción es en un “hospital privado”, en corto tiempo se hace la entrega del certificado de defunción y del cadáver, ello dependiendo de que se hayan cubierto los honorarios médicos y los gastos hospitalarios; no hay mayor burocracia que requerir el pago. En ocasiones, hay funerarias que se encargan de los trámites burocráticos con el propósito de “ahorrarles dolor a los sobrevivientes”. En pocas palabras, unos “ponen el muerto” y otros se encargan de los trámites engorrosos, eso sí, previo pago de todo lo que se requiera. Si muere en hospitalización o en la UCI, el trámite es semejante, incluso el nombre del difunto se coloca en el obituario como requisito para ser colocado en la carroza fúnebre y llevado a la funeraria; incluso, algunas instituciones privadas ofrecen embalsamar el cadáver y así evitar la descomposición de éste para que el funeral se realice sin apresuramientos por los malos olores propios de la putrefacción.

En las grandes ciudades, las clínicas están equipadas con una UCI y camas de hospitalización, y los familiares consideran que ingresar a un paciente a la unidad garantizará la recuperación de algún padecimiento grave; antes bien, tales unidades se usan para aquellos pacientes críticos y graves pero que tienen posibilidades de recuperación, y en tales dependencias el costo es más elevado que una cama de hospitalización, pero el pensamiento normal en la familia es “hacer lo imposible, no importa el costo”; se trata de la posibilidad de recuperarse del padecimiento, aunque la ciencia médica no hace milagros.

Debe de considerarse que en las UCI, los pacientes pueden ser entubados por todos los orificios naturales, como son las sondas vesicales, uretrales, rectales, nasogástricas, intestinales, de oxígeno; las venoclisis, además la monitorización del ritmo cardiaco, la frecuencia respiratoria, la temperatura y la presión arterial —empleando un monitor de signos vitales—, pero tal tecnología sólo funciona para reconocer el estado del paciente, no para “curar” ni aliviar la enfermedad; excepto las bombas de infusión para administrar soluciones parenterales, nutrientes y medicamentos como analgésicos opiáceos, se consideran parte de una rutina hospitalaria, pero que no necesariamente su uso salvará vidas comprometidas con la muerte o en proceso de morir.

En estos casos, la familia cercana puede permanecer en la habitación del muriente; esta presencia se reduce de 1 a 3 familiares, de preferencia los cercanos, que se

van rotando de manera discreta. Mientras, terceros, parientes y amigos, permanecen en la cafetería del hospital hasta recibir la fatal noticia.

Cuando en una institución privada se presenta la muerte, prácticamente toda la familia cercana se reúne en la habitación del difunto; después de cierto tiempo les informan que pasen a liquidar la cuenta para realizar los trámites con la funeraria, mientras se embalsama al cadáver y se informa al obituario como requisito, pues en la mayoría de los casos hay una ambulancia para traslado del cuerpo al tanatorio que haya decidido la familia; los trámites del certificado de defunción quedan en manos ajenas a la familia, pues estas diligencias pasan a ser responsabilidad de la institución y de la empresa contratada para efectuar las exequias.

Al acontecer el fallecimiento, algunos se apresuran a dar el pésame a la familia y se retiran, no sin antes informarse dónde serán los funerales, siguen con su vida y se dan tiempo para acompañar a la familia durante el velorio que se celebrará en una funeraria, mientras los rituales se reducen a misas de cuerpo presente y ocasionalmente “rosarios”; es común que los familiares y amigos reciban el “pésame” de los que van llegando y algunos montan “guardia” ante el ataúd, que habitualmente está descubierta y muestra el rostro del difunto maquillado, que “parece dormido”.

Habitualmente, en las funerarias cuelgan pizarrones con el nombre del difunto, la sala de velación en la que se encuentra, el lugar y la hora donde será sepultado o incinerado. Se cuenta con servicios de cafetería que ofrecen café, té o refresco y galletas a los asistentes.

Es común que en los funerales de la clase media alta y alta aparezcan personas que “no son conocidos de la familia doliente”, sino que, dependiendo del apellido del difunto, se acercan las personas a dar el pésame a los dolientes, aunque no tengan alguna relación con la familia y, para ellos —los vivos—, es hacerse presentes en un acontecimiento que se convierte en evento social.

En una institución de salud pública, los trámites relacionados con la defunción quedan en manos de la burocracia. Si el paciente está en hospitalización o en la UCI, generalmente está presente un familiar cuando fallece la persona, los médicos informan a ese familiar del deceso y se permite la entrada a la terapia a los parientes que se encuentren en la sala de espera uno a uno; la intención es permitir se despidan del familiar fallecido y avise a los otros, quienes deberán de esperar su turno y cubrir los siguientes requisitos:

- Los deudos sufren el papeleo propio de la burocracia. El personal médico que da la noticia del deceso en general no está adecuadamente capacitado para ello; les explican cómo se produjo la muerte de su familiar, presentándose una diversidad

de respuestas emocionales de los deudos. Cuando se trata de un posible donador de órganos con “muerte cerebral”, inmediatamente intervienen los equipos de trasplantes para solicitar órganos (cuando el difunto está en posibilidad), siendo decisión de los parientes aceptar o no que su difunto se convierta en donador. El cadáver lo entrega la institución después de varias horas, y lo recibe una empresa funeraria, la que por un pago se encargará de hacerles “menos doloroso” el trance que sigue. Se dan casos en que personal de los hospitales se confabula con las funerarias, y a cambio alguna dádiva proporcionan los datos de los familiares del finado para que se hagan presentes en el “momento oportuno”.

- El personal del piso donde ocurrió el deceso notifica a Trabajo Social, no para avisar a los familiares, sino para revisar que la documentación del paciente esté al corriente. Hay enfermos que literalmente son abandonados en los hospitales, y cuando no está presente un familiar, ante el deceso del paciente, Trabajo Social se encarga de buscar a los parientes por vía telefónica u otro medio para informarles de la defunción.

Caso. Se trata de un sujeto masculino diabético en estado de coma, el personal médico de una institución de salud pública informa a la esposa que debe permanecer durante la noche con su paciente, pues dado su estado de gravedad pudiera fenecer durante el transcurso de próximas horas. La señora argumenta que ella debe dormir bien, y se retira a su domicilio. Efectivamente, durante la noche fallece su marido; en la mañana, cuando llega la mujer y le comentan el suceso, comienza a gritar, a reclamar al personal de salud por tal deceso.

- El personal de enfermería amortaja el cadáver e informa al obituario. Si es necesario realizar la autopsia, el patólogo intervendrá y hará el diagnóstico de la causa de muerte para elaborar el certificado de defunción.
- Ante el deceso, los familiares son contactados por personal de las funerarias —quienes muchas veces otorgan dádivas a los empleados del hospital, específicamente a quien informa sobre la defunción—. Si la familia se deja convencer por los precios que les ofrecen, aceptan el proceso y que se encarguen de los trámites que se requieran, sobre todo el certificado de defunción, previo trámite del acta de defunción. Resulta interesante que Trabajo Social, sin autorización escrita de los familiares, entrega la documentación necesaria a los representantes de las funerarias para continuar los trámites, cuando se supone que es un documento que debe entregarse en mano de alguno de los parientes responsables.

- Después de conseguir la autorización verbal y la firma de un contrato en el que se acepta que el personal de la funeraria se encargue de lo indispensable, el cadáver es entregado después de varias horas y llevado a la capilla ardiente para ser velado por la familia.
- El cuerpo en la capilla es expuesto después de ser embalsamado —si se pagó el servicio— y se le maquilla para que parezca dormido y se prepara el funeral, cuyo contenido dependerá del nivel sociocultural de la familia.

Debo comentar que en la mayoría de las instituciones hospitalarias públicas y privadas se han construido *ex profeso* espacios dedicados a la búsqueda de consuelo espiritual —capillas— a las que pueden acceder quienes lo deseen, y sobre todo acuden aquellos que tienen un familiar o amigo en riesgo de perder la vida, para que puedan hacer sus oraciones a la divinidad de su sistema de dogmas; sin embargo, se están dando casos de intolerancia religiosa por personas de creencias diferentes. Pongo por caso una institución hospitalaria pública de la ciudad de Toluca, México, en donde unos fieles católicos colocaron imágenes correspondientes a su sistema de creencias y éstas fueron destruidas por personas que profesaban otros credos, argumentando que sólo son “estatuas de yeso”. Si se trata de la muerte de un paciente, los familiares tienen derecho a profesar lo que se desee, guste, agrade o crea, y ningún otro tiene derecho a juzgar las divinidades ajenas, así como sus mitos y sus ritos. En el mismo tono de ideas, en la Ciudad de México existen instituciones privadas que en sus capillas cuentan con un torno que al girar muestra un símbolo que identifica a tal o cual religión, o secta, y dependiendo de qué personas ocupen el espacio tendrán, la posibilidad de elegir el emblema que los identifica.

Actitudes inmediatas. No debemos dejar de lado que, ante la defunción, algunos familiares inician la búsqueda de objetos del difunto para apropiárselos o, en último de los casos, del testamento. Las mujeres de la familia visten el cadáver e incluso en algunos casos lo bañan, limpian y perfuman; igualmente pueden llevar la ropa a la funeraria, en donde familiares, amigos o empleados del lugar pueden vestir al difunto.

Actitudes posteriores. En las zonas rurales o de escasos recursos, el funeral lo realizan en el domicilio del difunto, con la participación y presencia de la comunidad, siguiendo hábitos relacionados con costumbres ancestrales. Raramente acuden a una funeraria, el cual dependerá de su capacidad económica e importancia social, así como del proceso de aculturación.

Otros dolientes comienzan a buscar y elegir los servicios funerarios de acuerdo con su capacidad económica, pudiendo observarse las más diversas expresiones de

dolor ante la muerte de un familiar, amigo o conocido; ya sea en el domicilio o en la funeraria suelen darse este tipo de manifestaciones emocionales cuya interpretación social resulta complicada, pues no necesariamente el que llora más es quien más amaba o quería al difunto; antes bien, generalmente se trata de personas cuya relación con el difunto era complicada.

En las clases media y alta el cadáver es llevado a una funeraria, a un velatorio, donde se le rinden los honores sociales; familiares, amigos y conocidos participan de actos litúrgicos en presencia del cadáver. Con frecuencia, los dolientes limitan sus expresiones emocionales, ocultando sus ojos en los “lentes negros”, que actualmente debe de considerarse parte de la parafernalia de cierta clase social.

Acciones comunales. El velorio en los domicilios. Como es costumbre aún, en los pueblos se ofrece café con “pique” (alcohol) y pan a los asistentes. Durante toda la noche se vela al difunto entre rezos y expresiones emocionales que se comunican en voz baja; llegan familiares, amigos, compañeros de escuela o trabajo a dar el último adiós al difunto, luego rezan o se embriagan en su memoria y por el eterno descanso de su ausencia permanente.

El velorio en las funerarias, de ser íntimo y familiar, se convierte en un hecho social, que dependiendo de la importancia comunitaria del difunto se registrará mayor o menor asistencia de dolientes, los que limitan su presencia a dar el pésame a la familia, permanecen corto tiempo en el velatorio y habitualmente no participan de los actos litúrgicos. Incluso, algunos ni siquiera tenían una relación emocional con el difunto, pero su asistencia es bienvenida para rendir tributo a la sociedad.

La madrugada

En el domicilio. Ante el cansancio de la noche por “velar al difunto”, la familia se va turnando para no “dejar solo el cadáver”; hasta el amanecer permanecen en el lugar. Algunos asistentes llegan a la embriaguez, otras(os) no dejan de rezar durante toda la noche. Llega a suceder que en los velorios se cuentan “chistes” y anécdotas, algunas referentes al muerto.

En los velatorios. A los presentes se les ofrece café o té y galletas e incluso un espacio para el descanso informal. Suele suceder que para la madrugada queden unos cuantos familiares en presencia del difunto, los otros han ido a prepararse para el funeral. Personas de “buena voluntad” suelen rezar rosarios, incluso pueden ser ajenos a la comunidad ni pertenecer a la familia, pero a las que la ideología religiosa “obliga” a rezar por el “eterno descanso del alma del difunto”.

A continuación enlisto algunos conceptos relacionados con el homenaje, la despedida y costumbres dedicadas a los muertos:

Funeral. Ceremonia religiosa o comunitaria que se lleva a cabo para despedir un cadáver.

Exequias. Actos litúrgicos que dan un sentido de continuidad a la vida y fomentan la pertenencia al pueblo de Dios. A su vez, facilitan la elaboración del duelo.

Pompas fúnebres. Acompañamiento solemne y suntuoso de una ceremonia u otro acto en honor o para honrar a un difunto.

Velorio. Acción de velar un cadáver; se deriva del hecho de que en las zonas rurales, los domicilios y raramente en las funerarias, el cadáver se coloca entre cuatro cirios o velas.

Exequias, honras y pompas fúnebres

Cuando la familia realiza el funeral en el domicilio, se adecua un espacio apropiado que puede ser un patio con techo provisional o manteado, o cualquiera otro en su interior. Los asistentes llevan ramos, veladoras y algunas coronas de flores con listones distintivos, haciendo alusión a quien o quienes las mandaron. Pueden hacerse misas de “cuerpo presente”, pero lo que no falta son los rezos y rosarios dirigidos por alguna anciana o anciano de la comunidad. Rara vez se hacen “guardia” ante el ataúd —familiares y amigos—. Los ataúdes son de madera de pino sin adornos —cajas— o forrados con telas grises. Si efectúan misas en memoria del difunto, llevan a cuestras el ataúd hasta la iglesia y de ahí parte el cortejo fúnebre rumbo al cementerio.

En las clases media y alta los actos fúnebres se celebran en espacios rentados para la ceremonia, se pronuncian discursos alabando las características del difunto, hay maestros de ceremonias que dirigen la etiqueta propia del funeral e incluso ubican el espacio de acuerdo con su importancia social de los presentes. Se envían ramos y coronas de flores con listones distintivos con alusión a quien o quienes las enviaron. Generalmente se hacen misas de “cuerpo presente” durante el funeral. Se realizan “guardias” ante el cadáver, formadas por hombres para mostrar la importancia social del difunto. Se emplean ataúdes de maderas finas, metal y de diversos colores.

Pésame. Se dicen frases en voz baja, la mayoría de las veces incomprensibles para los familiares del difunto, obviamente haciendo alusión a la relación con el difunto; pareciera que hablar en “voz baja” se hace para no “despertar o molestar” al difunto, sin embargo, se considera como una expresión de respeto al duelo.

Cortejo fúnebre. En las comunidades, el cortejo parte caminando con el ataúd cargado por familiares y amigos hasta el camposanto; en algunos lugares se lleva el difunto en una carroza fúnebre y los familiares caminan detrás del vehículo o van en automotores propios o proporcionados por la funeraria. Algunos van vestidos de negro, otros de forma casual. En las clases media y alta el cortejo parte llevando la carroza con el ataúd por delante y una comitiva de autos le sigue; de la importancia del difunto depende el número, modelo de los autos y número de asistentes, pudiendo llegar a verse marcas de vehículos de modelos recientes y a los asistentes vistiendo de negro riguroso, color propio del luto, y como parte del atuendo de luto son necesarios los lentes oscuros.

Sepelio. En zonas rurales, la llegada al camposanto es caminando, algunos en vehículos, pero se dirigen al lugar donde familiares y amigos han abierto una fosa para depositar el ataúd con el cadáver. Se coloca el féretro en posición para bajarlo a la fosa, se sostiene con lazos o cuerdas que servirán para que manualmente se descienda el ataúd hasta el fondo. Ya colocado en el fondo de la fosa, un albañil coloca unas losas para cubrir el ataúd y se sellan con cemento para después comenzar a echar paladas de tierra hasta cubrir la tumba; se hace un montículo en donde se colocan las flores y ofrendas. En ocasiones asiste un sacerdote para bendecir la fosa. En todo este tiempo se dan las más diversas manifestaciones de dolor y una amplia gama de emociones por parte de los asistentes al entierro. Cuando hubo una defunción previa que cumplimenta varios años, cuando se abre la fosa los restos —huesos— del o de los difuntos —esposa(o), hijos— antes de descender el ataúd son depositados dentro del mismo.

En las ciudades, para las clases media y alta, la llegada al camposanto se realiza en autos, la carroza fúnebre se ubica en la entrada del cementerio, empleados de la funeraria sacan el ataúd y lo colocan sobre un vehículo manual dispuesto para ello. Algunos familiares deciden cargar la caja hasta la fosa. En ocasiones existe una capilla familiar o una cripta preparada expresamente para ello; en ambos casos, el ataúd es depositado dentro del espacio y se cubre con tabiques y cemento. De manera semejante, cuando se trata de una fosa, ésta es abierta por los empleados del cementerio, se cubre de tierra y se forma un montículo sobre el que se colocarán las flores y coronas. En ocasiones asiste un sacerdote para bendecir el cadáver colocado dentro del ataúd.

Algunas personas prefieren la incineración del cadáver, que queda en manos de la funeraria y los parientes cercanos tendrán la oportunidad de despedirse de su familiar momentos previos a que lo introduzcan en el horno crematorio. Después de 3 a 4 horas les entregan en una urna las cenizas de lo que fue su esposo(a), hermano(a), padre, madre, tío(a) o algún otro pariente.

Terminado el sepelio o la cremación, la familia recibe el pésame de los asistentes. Habitualmente se colocan en la entrada al cementerio y los parientes lejanos o amigos van pasando uno a uno para dar palabras de consuelo a los sobrevivientes.

Posterior al sepelio. En los pueblos, los dolientes acompañan a la familia a su domicilio y éstos, en correspondencia, les sirven de comer mole y pulque. Es común se coloque un plato blanco con romero en el cual los amigos y vecinos cooperan para el funeral o los ritos posteriores; incluso se dan casos en los que la familia de escasos recursos sale a la calle a solicitar ayuda económica.

En las ciudades, en las clases media y alta, la familia se retira a su domicilio y muy pocos amigos los acompañan; los presentes solicitan información sobre los rosarios o misas que se realizarán por el novenario.

Duelo. Estado emocional del deudo ante la pérdida. Los dolientes deben enfrentarse a la ausencia, esto es lo que lo hace difícil, pues ya no pueden seguir el ritmo de vida que tenían. Acostumbrarse a la ausencia es lo que “resolverá” el duelo: deben de buscarse nuevos intereses e inventar modos de vida distintos a los vividos con el o la difunta. La sociedad debería saber cómo actuar ante estas circunstancias, sin embargo, dado que el dolor auténtico mueve al dolor en los otros, para evitarlo se reprime al doliente.

Ritos. Los rosarios y las misas son habituales en nuestro medio; algunas sectas o religiones realizan cantos afines a su ideología. En las zonas rurales, a los 8-9 días de rosarios o misas se hace el levantamiento de la sombra o de la cruz, haciendo un bulto —*tlaltimiyolli*—, que luego se entierra en la reciente fosa. Otros grupos, como los testigos de Jehová, carecen de rituales *post mortem*.

Diferencias. Determinadas por la importancia social, la economía y la familia del difunto.

Otras costumbres. En la clase media y alta son habituales las esquelas en los periódicos señalando la defunción y los aniversarios. En la clase de escasos recursos sólo se queda con el recuerdo y habitualmente colocan veladoras conmemorativas.

Sinónimos de la muerte; lo mismo se refieren a la muerte y a morir. Difunto, se petateó, se difuminó, salió con los tenis por delante, ya caminó, se lo cargó cacles, ya marchó, se fue, ya no está, murió, falleció, sueño eterno, sueño de los justos, dormido para siempre, se lo cargó el payaso, está calacas, se fue a calacas, se fue al infierno o al averno, está con Dios, se fue al cielo, se convirtió en angelito, ya peló gallo, se fue de minero, está tres metros bajo tierra, chupó faros, la liberadora, entregó el equipo, la Siquirisiaca, la Calaca, la Flaca, la Hora Suprema, la Chingada, la Democrática, patas de catre, la hora de la hora, doña Huesos, la mera hora... (Luna, 2010).

Conclusiones

Se dice que la muerte iguala a los humanos. Ello pudiera ser desde la visión de la biología, sin embargo, la cuestión sociocultural ha tomado otro tipo de decisiones en cuanto al acto de morir, así como lo que corresponde al funeral y la parafernalia alrededor del difunto, y de los asistentes a las exequias. La muerte en el domicilio, contando con la atención médica adecuada —cuidados paliativos— pudiera convertirse en una excelente posibilidad para la resolución del duelo; en tanto que la muerte en el hospital, el paciente se encuentra separado, aislado y sin el contacto de sus seres queridos; muere solo y en ocasiones el personal de salud no se dio cuenta del momento en que falleció el paciente. Por otro lado, cuando la muerte ocurre en el domicilio, los familiares del muriente comparten el mismo espacio y expresan sus emociones, brindando la oportunidad de despedirse de su familiar; mientras que en los hospitales, los familiares se encuentran fuera del alcance emocional del paciente, pues éste se encuentra entre aparatos y personal ajenos a sus deseos, emociones y necesidades ante la muerte.

Conservar el EGO-ismo para morir, nos hace vivir la muerte con la agonía propia de la educación. El EGO, al desapegarse, se manifiesta la fusión con el universo y conocemos a Dios, eso es morir y la muerte.

RPJGD

Bibliografía

- ALONSO PALACIO, Luz Marina, e Isabel ESCORCÍA DE VÁZQUEZ, “El ser humano como una totalidad”, *Salud Uninorte*, núm. 17, 2003, pp. 3-8.
- AVENDAÑO, Carlos, “Neurociencia, neurología y psiquiatría: un encuentro inevitable”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, núm. 83, Madrid, julio-septiembre de 2002, recuperado de: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352002000300005#a1>.
- BÉLIGAND, Nadine, “La muerte en la Ciudad de México en el siglo XVIII”, *Historia Mexicana*, vol. 57, núm. 1, julio-septiembre de 2007, p. 8, recuperado de: <<https://historiamexicana.colmex.mx/index.php/RHM/article/view/1619/1437>>.
- BLEKER, Hohanna, “La medicina como ciencia y la patología celular”, en *Crónica de la medicina*, México, Intersistemas, 2003, pp. 284-339.
- BUENO, Gustavo, “Sobre el concepto de ‘espacio antropológico’”, *El Basilisco*, núm. 5, noviembre-diciembre de 1978, pp. 57-69, recuperado de: <<http://fgbueno.es/bas/pdf/bas10508.pdf>>.
- El ars moriendi*, recuperado de: <<http://edadmedia.cl/docs/Los20Ars20Moriendi.pdf>>, consultada el 1 de noviembre de 2017.

- GALLARDO DÍAZ, Ricardo P., “Francisco Plata, chamán o brujo; estudio de caso”, tesis de maestría en antropología social, México, Universidad Autónoma del Estado de México, 1999.
- HAINDL UGARTE, Ana Luisa, “*Ars bene moriendi*: el arte de la buena muerte”, *Revista Chilena de Estudios Medievales*, núm. 3, enero-junio de 2013, pp. 89-108, recuperado de: <https://www.academia.edu/5583001/Ars_moriendi>, consultada el 1 de noviembre de 2017.
- HERNÁNDEZ ARELLANO, Flor, “El significado de la muerte”, *Revista Digital Universitaria*, vol. 7, núm. 8, 2006.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth, *Sobre la muerte y los moribundos*, México, Random House Mondadori, 2008.
- LUNA GENEL, Erik R., *Lotería de los 100 nombres que los mexicanos dan a la muerte*, segunda parte, San Juan del Río, Querétaro, Museo de la Muerte, 2010.
- MARTÍNEZ GIL, Fernando, “Del modelo clerical a la contrarreforma: la clericalización de la muerte”, en *Ante la muerte. Actitudes, espacios y formas en la España medieval*, Toledo, Universidad de Castilla-La Mancha, 1996.
- ORTEGA NAVAS, Ma. del Carmen, “La psiconeuroinmunología y la promoción de la salud”, en *XII Congreso Internacional de la Teoría de la Educación*, Barcelona, Universitat de Barcelona, 2011.
- PÉREZ TAMAYO, Ruy, *Ética médica laica*, México, FCE/El Colegio Nacional, 2002.
- RUIZ CALLADO, Raúl, *La estructura social de la muerte*, Alicante, Universidad de Alicante-Departamento de Sociología, 2010, recuperado de: <<http://hdl.handle.net/10045/12927>>.
- SECRETARÍA DE SALUD, “Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013 para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos”, *Diario Oficial*, 17 de septiembre de 2013, p. 3. “Tema 1: Física y metafísica de los presocráticos”, recuperado de: <<http://www.filosofiafacil.com/01.Presocraticos.pdf>>, consultada el 30 de octubre de 2017.
- WINAU, Rolf, “Ascensión y crisis de la medicina moderna, 1900-1945”, en *Crónica de la medicina*, México, Intersistemas, 2003, recuperado de: <http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2004/ponencia_oct_2k4.htm>.