

CUIDADOS ESPIRITUALES COMO INNOVACIÓN EDUCATIVA ANTE EL PROCESO DE MORIR

Autores: Dra. Gregoriana Mendoza; Dr. José Vicente Villalobos Antúnez y Lcda Ana Raquel Graterol. Universidad del Zulia, Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería, Profesora Asociada. Calle 65, Esq. Av. 19, Edificio Ciencia y salud, 1er. Piso Ciudad: Maracaibo, Estado Zulia – República Bolivariana de Venezuela Código Postal: Apartado 15165 – Zona Postal 4003-A Teléfono: 02617410850; 0416-1649961 Fax:(0261)7597240 E-mail: gregoriana4333@gmail.com; anaraquelg@yahoo.com

A la par de los progresos en la sociedad moderna surgieron los fenómenos de la secularización, el pragmatismo y el cientificismo, que transformaron las concepciones filosóficas del mundo, la vida y el ser humano hasta entonces. Estas nuevas concepciones antes citadas desplazaron las seguridades de los dogmas monárquicos y eclesiásticos a las seguridades de un estado secular adulto y pragmático caracterizado por: una visión mecánica del mundo, la naturaleza y del hombre (funcionamiento como una máquina un reloj revolución científica), un dualismo natural en el hombre: cuerpo (*res extensa*), mente (*cogito sustancia pensante*) y espíritu (*res cogitans*).

El propósito del fraccionamiento de la persona humana aún hoy es para su estudio: el análisis, la comprensión y el conocimiento de la naturaleza humana; prevaleciendo e importando sólo la epistémica de una parte de la verdad humana la realidad física (cientificismo positivista). El estudio sólo de la realidad física, desarrolló el fenómeno del secularismo; el cual, es consecuencia negativa de la secularización.

Para Cruz (1996), el secularismo es una ideología individualista que propone la destrucción del hecho trascendental, religioso y sagrado en los roles de la vida de la persona y en su quehacer diario. El secularismo está rodeado de carencias en la reflexión de la verdad universal, se piensa exclusivamente en las verdades particulares, en los acontecimientos, en los momentos cotidianos, aceptando sólo los valores tangibles y relativos, minimizando la importancia de los aspectos religiosos, espirituales, trascendentales e inmortales de la persona humana.

El secularismo está caracterizado por una marcada tendencia global a una monocultura con desdibujo de la identidad nacional y regional; una visión del hombre en forma utilitarista y mecanicista (un insumo más, un objeto de producción y no como sujeto de su propia historia). Un hombre con un sin fin de actividades y funciones

laborales, que emplea breve tiempo para dedicar a las relaciones: familiares, afectivas, comunitarias y solidarias.

En el secularismo es prioritario el estado saludable, fuerte y eficiente del hombre, en sus capacidades, en el ejercicio de sus facultades para generar ganancias e insumos de producción; no así, cuando padece alguna afección física o mental, pudiéndose concebir al enfermo generador de gastos, el cual entorpece el desarrollo económico, tanto en su dinámica familiar como el de la nación.

Además, en el secularismo se contemplan, los procesos de la vejez, la enfermedad y la muerte no inherentes a la naturaleza humana, sino extrínsecos a él, evidenciando ante ellos sentimientos de: miedo, evasión, cólera, depresión e impotencia. Estos indicadores se reflejan en todos los ámbitos sociales, no escapando de ello, los ambientes de salud y las personas que los conforman. Con relación a lo anterior, se han podido observar estas características del secularismo en los ambientes de salud del Municipio Sanitario Maracaibo.

En este sentido, Mendoza (2005), evidenció entre otras cosas en estudios anteriormente realizados: retardo en la atención directa a los enfermos desahuciados; la no identificación de la persona enferma por su nombre; sino, por los números asignados en los registros del expediente o de la cama que ocupa, lo llaman por la enfermedad que padece o el caso del médico tratante o simplemente por el color de la piel, la raza y la edad que aparenta.

También se nota, omisión en la privacidad durante la realización de los procedimientos médicos; retardos en la prescripción y administración de la analgesia-anestesia durante el dolor; déficit en la alimentación e hidratación del paciente y en la falta de saneamiento de los ambientes hospitalarios. Asimismo, se encontró un distanciamiento del personal de salud hacia los pacientes en fase terminal y hacia sus familiares.

Tal distanciamiento, según Mendoza (2005), se produce por varias razones: la primera, debido a los interrogantes existenciales planteados por los pacientes en fase terminal y sus familiares; la segunda, por los cuestionamientos del personal de salud sobre la vida, la muerte de sí mismo y de sus seres queridos y la tercera razón, el personal de salud teme sufrir una pena moral anticipada ante la muerte del paciente, alejándose por ello del proceso de morir; no obstante siendo la muerte un hecho ineludible en el ser humano que el personal de salud enfrenta diariamente.

El hecho de la muerte en el mundo vegetal y animal, es considerado como proceso evolutivo natural e indispensable para la homeostasis de la naturaleza; pero cuando la muerte atañe al ser humano (animal racional), en el hemisferio occidental no es considerado tan natural. El hombre occidental ha fijado posiciones, actitudes entre las cuales se mencionan el miedo, la evasión y el distanciamiento ante el ineludible hecho de la muerte y el proceso de morir. El ineludible hecho de la muerte en la sociedad occidental se evidencia con la incidencia y frecuencia de enfermedades de pronóstico reservado entre otras, como las cardiovasculares, las neoplásicas (cáncer), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y la neumonía atípica; las cuales se hacen presente en el mundo postmoderno, el proceso de morir y la muerte.

Las enfermedades de pronóstico reservado, pueden evolucionar desde un estado agudo hasta un estado degenerativo, pudiendo concluir en una enfermedad terminal, en un proceso de morir; en un problema social; que a su vez constituye también, un problema de salud pública tal como lo afirma la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000: “estas enfermedades ocupan entre otras; las primeras causas de muerte a nivel mundial”. (p. 2)

Cuando las enfermedades de pronóstico reservado son diagnosticadas y notificadas explica Kübler Ross (1975) se desencadenan unos mecanismos de afrontamientos psicológicos en el usuario y las personas significativas, una forma de protección psicológica ante la amenaza; entre los mecanismos de afrontamientos psicológicos se encuentran: la negación-aislamiento, la ira la angustia, la culpa, la depresión y la fase de aceptación la cual, no todas las personas logran llegar.

Además, de esos mecanismos de afrontamientos, puede originarse confrontación en los miembros del núcleo familiar y social relacionados entre otros: con la disminución y desplazamientos de los roles familiares (trabajador, sustento de la familia, padre y ama de casa), discusiones por sentimientos encontrados, la culpa; disminución de los ingresos económicos por tratamientos terapéuticos y los traslados a los centros de salud.

En entrevistas informales realizadas al personal de salud sobre cuáles son sus experiencias en la prestación del cuidado diario al enfermo terminal – familiares a nivel hospitalario y ambulatorio; se identificaron varios aspectos relacionados con el tema citado por Kübler Ross (1975) “Mecanismos de afrontamiento psicológicos ante la enfermedad y el hecho de morir”, destacándose los siguientes aspectos:

En primer lugar, expresó el personal de salud que: los enfermos terminales comunican en forma serena sus angustias, su miedo e incertidumbre ante su enfermedad

y la posibilidad de la muerte, pero también pueden comunicar con enojo, agresión verbal y física hacia todos sus seres queridos, el personal de salud y hacia Dios por permitir la enfermedad; gritos, maledicciones, insultos y críticas (a todos y por toda índole de atención).

En segundo lugar se destaca que, los pacientes se pueden comunicar en forma no verbal (gestos y posturas corporales). No hablan, no responden los buenos días, cierra los ojos cuando el personal se dirige a él, presenta comisuras de los labios hacia abajo, llantos, puños cerrados y no ingiere alimentos por voluntad propia. En tercer lugar se observó que, el paciente y sus familiares colocan volantes con imágenes representativas de las Sagradas Escrituras, beatos, vírgenes y crucifijos; balbucean y lloran delante de ellos.

En cuarto lugar, los pacientes se planteaban interrogantes existenciales como ¿por qué estoy enfermo?, ¿por qué a mí?, ¿qué hice de malo en la vida?, ¿si Dios es tan bueno por qué permite esta enfermedad?, ¿por qué Dios me castiga?, ¿por qué estas incapacidades?, ¿por qué de la muerte, por qué me muero, qué es la muerte?, ¿quién soy yo?, ¿de dónde vengo y a dónde voy después de la muerte?, ¿dejaré de existir?

Ante esta situación buscan con urgencia responder; distinguiendo lo verdadero de lo falso, lo auténtico de lo superficial, lo que tiene valor para él y lo que no lo tiene, haciéndose cada vez más consciente sobre la finitud de la vida, de la existencia; debatiéndose los usuarios y la familia en estos conflictos y cambios. Pero, no sólo los pacientes y sus familiares se debaten en los mencionados conflictos intrapersonal, interpersonal, el personal de salud también, puede cursar por la negación, la angustia, la ira, y la depresión frente a los usuarios con enfermedad terminal.

En encuesta informal al personal de salud (37 encuestados) se buscó cuales son sus opiniones, sus emociones y sus sentimientos sobre el fenómeno de la muerte. Se observó en primer orden, el 73% (27 sujetos) respondió que con frecuencia se angustian al pensar en su muerte. En segundo orden, el 70,2% (26 sujetos) respondió que con frecuencia tratan de pensar en otra cosa cuando surge el pensamiento de la muerte y el 2,7% no respondió.

En tercer orden, el 70,2% (26 sujetos) respondió que con frecuencia tienen miedo a la muerte; es decir, algunos profesionales de salud pueden cursar simultáneamente por rechazo, angustia y temor ante el pensamiento de la muerte, de su muerte y del proceso de morir de sus pacientes; originando limitación en el abordaje de los usuarios en fase

terminal e interferencia en la prestación holística e integral que todo profesional de salud debe brindar en la dinámica de los servicios de salud.

Pareciera con lo referido que, en la dinámica de los servicios de salud, se obvian algunos derechos de la persona humana promulgados a nivel internacional y nacional. Pudiéndose pensar que es consecuencia de una debilidad en el proceso enseñanza – aprendizaje a nivel de la educación formal en los aspectos de: los derechos humanos, la vida, la muerte, la filosofía, la trascendencia y en la espiritualidad del ser humano; así como también, originado por la mitigación en la educación de la moral en el seno del hogar y la comunidad.

Lo anterior, permite disertar en la necesidad de adoptar una estrategia de innovación educativa en cuidados espirituales (cuidados de sí) para el proceso de morir y la muerte que incluyan los aspectos: filosóficos, trascendentales, espirituales y emocionales sobre la vida y la muerte de la persona humana. Los cuidados espirituales como alternativa educativa ante el secularismo en todos los ámbitos de la vida académica y no académica, en especial en los establecimientos de salud. Un proceso de enseñanza para aprender a vivir con el hecho del proceso de morir y la muerte; una innovación educativa cual conlleve a la comprensión y a la aceptación de la partida definitiva que todo ser humano (elemento constitutivo de la naturaleza) debe emprenderse sin distinción de credo, cultura, raza, ideología y posición económica.

La importancia expuesta en el estudio es de primer orden en el ámbito social, porque se presenta como alternativa educativa los cuidados espirituales al ser humano en su unidad individual (cuerpo - alma espiritual) y en su unidad grupal (familia). Dicha alternativa educativa está dirigida en primer lugar, al usuario o usuaria con enfermedad terminal; en facilitar la satisfacción de las necesidades espirituales y la preparación de la partida definitiva.

Asimismo, la alternativa educativa cuidados espirituales está en función en segundo lugar, a los cuidadores de los pacientes en el proceso de morir: las familias (unidad grupal) y el personal de salud; en tercer lugar, a la creación de un ambiente propicio de reencuentro, reconciliación, para la aceptación de la partida física.

En segundo orden de importancia es el ámbito teórico, en el estudio de las tres categorías: el proceso morir - la muerte, los cuidados espirituales y la innovación educativa. Para el abordaje del fenómeno proceso morir y la muerte es a la luz de las corrientes filosóficas sobre el ser y de la rama médica la tanatología. En las corrientes filosóficas sobre *el ser*: Parménides (540 a.C.) en el *poema del ser*, Sartre (1943) en el

ser y la nada y por último, Heidegger (1983) en *el ser y el tiempo*. En la tanatología Kübler Ross (1975) sobre *la muerte y los moribundos la Teoría de la Etapa*.

El abordaje de la categoría de los cuidados espirituales es fundamentado teóricamente por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL 2002) en los “cuidados paliativos” y Fonnegra de Jaramillo (2005) en la obra “El médico ante el sufrimiento del paciente que enfrenta su muerte”. En la categoría innovación educativa es basada en Fullan, Sliegelbauer y Hussin (1999) con las *Características Fundamentales de la Innovaciones Educativas*, Fullan y Sliegelbauer (1998) en las *Fases de las innovaciones Educativas* y en la UNESCO (1998) *Red de Innovaciones (INNOVEMOS)*.

En tercer orden de importancia, un aporte en el ámbito práctico, donde constituye una herramienta de trabajo para el profesional de Enfermería (a las enfermeras y a los enfermeros) en el conocimiento de sí de su “ser –ahí” su “ser -con” su ser para la muerte; así como también, en la praxis del día a día le corresponde tratar con el proceso de morir en los diferentes espacios intramuros o extramuros hospitalarios; para brindar un servicio personalizado, una atención espiritual dirigida a las personas enfermas y a sus familiares.

De esta manera, la Enfermería como ciencia social es un “ser- con” en el cuidado humano, en el cuidado espiritual como innovación educativa proporcionando enseñanza y aprendizaje en las etapas de la vida, en el proceso de morir – la muerte del usuario, la familia y personal de salud dando otro paso adelante, en las investigaciones sobre el cuidado humano.

En cuarto orden de importancia, un aporte en el ámbito metodológico bajo el enfoque emergente cualitativo, en cual, lo importante son las acciones entendiéndose las actitudes, los pensamientos, las gesticulaciones, los movimientos, las posturas; en fin el lenguaje corporal donde también se expresa la conciencia del sujeto.

El método es el fenomenológico él cual aborda el mundo subjetivo de la persona humana (usuario, usuaria, familia y personal de salud) que vivencian el proceso de morir; para la recolección de la información se utilizan: la entrevistas semiestructuradas y la observación no participativa; la técnica para la interpretación y el análisis del discurso en los corpus discursivos y en el código arbitrario es por la hermenéutica. Por otro lado, el estudio está enmarcado en la línea de investigación: El Docente como Investigador (EDI) en el área temática especial de Valores, actitudes, competencias y estilos en la formación y desempeño del docente investigador del Doctorado de Innovaciones Educativas de la UNEFA.

Por consiguiente la pertinencia social de los cuidados espirituales como innovación educativa radica en el contexto de las políticas actuales del estado venezolano en el tercer motor: *“moral y luces son nuestra necesidades”*, por cuatro razones: en primer lugar, promueve la formación de ciudadanos empoderados de su realidad existencial (dimensión temporal y capacidad trascendental) con intereses sociales, solidarios, amantes a la patria y no seres humanos individualistas, desinteresados por el devenir.

En segundo lugar, los cuidados espirituales coadyuvan a la formación del nuevo hombre en las curricula integrales fundamentándose en el “ser- ahí” y en el “ser- con”, a todos los niveles educativos desde la educación inicial hasta pre-grado y postgrado egresando profesionales humanos y no profesionales pragmáticos mercantilistas.

En tercer lugar, contribuyen al equipo de salud a ofertar, brindar una atención en salud integral para todos los ciudadanos sanos y enfermos minimizando así, la debilidad en que se encuentra la prestación de servicios en los establecimientos de salud. Y por último lugar, los cuidados espirituales promueven al reencuentro de la persona humana con la naturaleza, con su medio; la relación de ambos conduce al cuidado holístico e heurístico con la preservación de la vida en el planeta.

Propósito de la Investigación

El propósito fue explicar los cuidados espirituales como innovación educativa ante el proceso de morir. Los cuidados espirituales como estrategia educativa en marcados en el programa de los cuidados paliativos conllevan en primer lugar, a las personas humanas a la meta-cognición de los mecanismos de afrontamientos psicológicos ante el proceso de morir y la muerte; siendo ellos: la negación-aislamiento, la ira, la culpa, la depresión y la aceptación; en segundo lugar, los cuidados espirituales facilitan a la persona humana llegar a la fase de aceptación del proceso de morir y la muerte, por medio de la promoción de la paz intrínseca y la serenidad ante la partida definitiva; así como también conlleva a la paz extrínseca con su medio social y ecológico.

Los cuidados espirituales conllevan a la persona humana a la modificación de sus conocimientos, pensamientos y actitudes ante el proceso de morir y la muerte para aceptarlos como parte inherente de la naturaleza humana. Los cuidados espirituales son una estrategia y una mejor práctica educativa, en el proceso enseñanza aprendizaje para el arte de vivir y de morir.

Fase de triangulación y de análisis del contenido

Se realizó un análisis descriptivo antes de aplicar la estrategia de innovación educativa sobre las categorías emergentes en los siguientes aspectos: **psicológicos**, como “sentido de la vida”, “dolores-pena-sufrimientos” y “sentimientos”; **afectivos**, como “familia-amigos”, “proceso de morir” y “muerte”; **espirituales, culturales y religiosos**, como “trascendencia”, “necesidad de vivenciar principios filosóficos y espirituales” de acuerdo con la cultura religiosa de los informantes; **económicos**, como “laborar desde temprana edad”; y en cuanto a los enfermeros, emergió la categoría **satisfacción profesional** por el hecho de “acompañar y ayudar a los usuarios en procesos de morir”. También se realizó un análisis descriptivo después de la estrategia sobre los siguientes aspectos: **espirituales, religiosos, psicológicos** y de **relación interpersonal**, emergiendo las categorías “la existencia del Ser Supremo” aún en la experimentación de los “dolores físicos y morales” y “la necesidad del apoyo social en el proceso de morir”. Para la comparación intragrupal se empleó la fórmula de McNemar, resultando $P = ,008$ en la fase de aceptación; indicando en primer lugar, que la comparación intragrupal en la fase de aceptación fue heterogenea antes y después de la intervención, no así, en el resto de fases donde permanecieron homogéneas; en segundo lugar, hubo aparición de signos conductuales en la fase de aceptación, luego de la aplicación de la estrategia innovativa resaltando con ello que hubo cambios de conciencias para aceptar el proceso de morir y la muerte.

En el análisis concluyente previo a los cuidados espirituales, los informantes vivenciaron con intensidad la conciencia del ser y las negaciones, “el ser y el no ser” según Sartre; compartir el “ser-ahí” y el “ser-con”, existencia de sí y del otro, según Heidegger. En el análisis concluyente después de la estrategia innovativa: los informantes se empoderaron de su existencia al expresar “me estoy preparando para recibir la muerte”, “tiene sentido la muerte en mi vida”; “las visitas me han dado tranquilidad”; “la comunicación en la familia es importante”.

Los cuidados espirituales como innovación educativa conllevan a las personas humanas a la metacognición de los mecanismos de afrontamientos psicológicos; facilitan la fase de aceptación en el proceso de morir; promueve a la paz intrínseca y extrínseca; son una, de las mejores prácticas educativas en el proceso enseñanza aprendizaje para el arte de vivir y de morir.

Construcción epistemológica: Teoría Fenomenológica de los Cuidados Espirituales como Innovación Educativa generada por la investigación

Se desarrolló el aporte epistemológico de la investigadora, la creación de una teoría que apoye el cuidado humano en la existencia de persona humana: los *cuidados espirituales como innovación educativa*. Los cuidados espirituales como innovación educativa son un conjunto de enunciados epistémicos caracterizados por sistematicidad sobre el ser, el sentido del ser, la existencia; es decir, buscar lo que se muestra y como se muestra en la conciencia del informante clave sobre la vida, el continuo salud-enfermedad, el proceso de morir y la muerte.

La conciencia de la persona humana: conciencia de sí, la conciencia reflexiva, la conciencia imaginativa, la conciencia afectiva, la conciencia prerreflexiva, la conciencia moral, la conciencia colectiva y la conciencia epistemológica ante el proceso de morir, la muerte.

A partir de los principios cognoscitivos sobre la epistème de la corriente filosófica existencialista, ontológica (del *ser*), articulando operativamente la teoría fenomenológica con la filosofía existencial para abordar el fenómeno del proceso de morir y la muerte, entre los óntólogos se encuentran: Parménides (540 a.C.), Sartre (1943) y Heidegger (1983), Sheller (2003) y Ferrater Mora (2004); en la tanatología de la teórica Kübler Ross (1975) sobre *la muerte y los moribundos la Teoría de la Etapa*.

Y finalmente la epistème de los teóricos en innovación educativa Fullan y Sliegelbauer (1998) con las *Fases de las innovaciones Educativas*; Fullan, Sliegelbauer y Hussin (1999) con las *Características Fundamentales de la Innovaciones Educativas* y la UNESCO (1998) con la *Red de Innovaciones (INNOVEMOS)*.

Recomendaciones

Para la aplicación de la estrategia *Cuidados Espirituales* deben ser entrenados los sujetos en primer lugar sobre, la conciencia de sí en busca de la apercepción empírica ante la *existencia: vida, el continuo salud enfermedad, el proceso de morir y la muerte*; en segundo lugar, en la conciencia para sí o conciencia epistemológica en la teoría *fenomenológica Cuidados Espirituales como Innovación Educativa*; formándose así como educadores (conciencia para sí) en pro de la ciudadanía venezolana y latinoamericana.

Por consiguiente se debe concienciar a la sociedad occidental del valor de la vida y la muerte como parte de la existencia para no temer a la muerte. Los grandes males que justamente, atraviesan el mundo contemporáneo y el planeta tienen sus raíces en no

hacer conciencia de la muerte, se tiene conciencia de la vida; pero, no de la muerte (fase de negación); por lo tanto la sociedad va directa a la muerte.

Mientras si, la sociedad tuviese una conciencia sobre la muerte, de la temporalidad, la no eternidad en este mundo tangible; entonces, las personas humanas tenderían hacia unas actitudes, acciones y lenguajes, más cónsonos con la dignidad humana y la conciencia del concepto de la muerte, del morir, como elemento de la continuidad de la vida y no como una ruptura. Esa concepción de ruptura de la existencia por la muerte es el conductor hacia la negación y el miedo a la misma.

Para la aplicación de la estrategia *Cuidados Espirituales*, a los educandos en los diferentes niveles educativos o a la ciudadanía en general, los educadores (conciencia para sí) deben utilizar tres momentos en su acción: el primer momento la identificación de las necesidades humanas altas y las necesidades espirituales en los usuarios; el segundo momento, la identificación de los diagnósticos espirituales: el sufrimiento espiritual, la ansiedad ante la muerte y la desesperanza espiritual en los usuarios.

Y el tercer momento la planificación educativa: el apoyo y relación terapéutica con incorporación de las realidades antropológicas de la persona humana, la corporeidad humana: la inmanencia, la trascendencia, ser para la comunión, ser espiritual; la problemática fundamental del ser humano, la dicotomía intrínseca de la persona humana, en la familia, en la comunidad, en la sociedad, en las relaciones interpersonales, laborales, excomunión y consecuencias en la humanidad, el secularismo y las respuestas a la problemática fundamental del hombre: filosóficas (Parménides, Sartre, Heidegger, Sheller, Ferrater Mora, Habermas); tanatológicas de Kübler Ross y antropológica - teológica del Concilio Vaticano II.

Los usuarios y usuarias tendrán la oportunidad de percibir su yo por sí mismo, el sentido interno, la autoconciencia, la apercepción de su yo en los mecanismos de afrontamiento psicológico ante las afecciones, el proceso de morir y la muerte. La apercepción de la aceptación de la muerte, las despedidas requeridas y la partida; así como también, el reconocimiento del otro (familia, miembro del equipo de salud, la comunidad) como parte de su “ser-con” en la socialización, necesario para su conjunción como persona humana.

Los cuidados espirituales como innovación educativa conducen a concienciar en el axioma “el ser humano es un ser para la muerte y no un ser para la vida” Heidegger (1983); pero, la educación en la actualidad está fundada sobre un axioma falso “el ser humano es un ser para la vida y no un ser para la muerte, la eternidad de la vida en este

mundo es posible”; por lo tanto, la conciencia reflexiva evita la idea de la temporalidad pudiendo agredirse a sí mismo, a otros y al ambiente.

Si la educación actual facilitara la toma de la conciencia colectiva y la conciencia de sí, en la temporalidad de la vida; entonces, seríamos mejores personas, dando mejor tratamiento a los demás: seres queridos y al ambiente al cual vivimos.

Luego Heidegger (1983) tiene razón “el ser humano es un ser para la muerte y no un ser para la vida”; siendo el único ser capaz de hacer presente el pensamiento la muerte sin estar en ella, para entrar en ella y vencerla; porque mientras mas se niegue más miedo se tendrá evitando enfrentarla agravando y engrandando los problemas sociales y humanos.

Es necesario promocionar la formación en cuidados espirituales como innovación educativa en los programas educativo en todos los niveles educativos (inicial, escolar, medio y universitario), donde los profesionales de la salud como agentes repetidores del conocimiento lo extienda; además, se deben dictar los cuidados espirituales por medio de talleres, ponencias y cursos de actualización dirigido a la comunidad de los educadores y profesionales de salud.

Realizar otras investigaciones cualitativas con equipos multidisciplinarios sobre las actitudes de los jóvenes universitarios y actitudes de los egresados de las facultades de humanidades y de las ciencias de la salud ante el proceso de morir y la muerte.

Promover cambios en las curricula de las Facultades de Humanidades y de Medicina de LUZ donde se eduque en una formación específica a todos los futuros profesionales en el manejo de existencia: vida y muerte, en la filosofía de la conciencia, filosofía el hombre es un ser para la muerte, en los cuidados espirituales, que les ayude a enfrentarse al proceso natural de la muerte en ellos y de los pacientes en situación terminal.

La Facultad de Medicina debe mantener vigencia en las relaciones interinstitucionales entre Universidades y establecimientos de salud y educativos del país, en la línea de investigación Cuidado Humano, para mejorar la fluidez de los procesos investigativo.

Referencias Bibliográficas

CRUZ, Antonio. (1999). **Postmodernidad**. España. Editorial CLIE. 249-399.pp.

FERRATER MORA, José. (2004). **Diccionario de Filosofía**. 3era. Reimpresión. Barcelona España. Editorial Ariel. 620- 629. p.p.

FONNEGRA DE JARAMILLO, Isa. (2005). **El médico ante el sufrimiento del paciente que enfrenta su muerte** Disponible: <http://escuela.med.puc.cl/publ/ars.medica/ars.medica.11/ars09.htm/#61k>. Consulta: 2008, junio 12.

FULLAN, M Y SLIEGEBAUER, S. (1998). **El Cambio Educativo**. México. Editorial. Trillas,. 234-308. pp.

FULLAN, M. SLIEGEBAUER, S. Y HUSSIN, T. (1999). **Nuevos Análisis de la Sociedad de Aprendizaje**. España Ediciones Paidós Ibérica, S.A. 200- 217 pp.

HABERMAS Jûnger. (1984). **Teoría de la acción comunicativa demuestra que el proceso del conocer es hermenéutico-dialéctico**.

HABERMAS Jûnger. (2000). **Conciencia moral y acción comunicativa**. 6ta Edición. Barcelona. España. Ediciones Península. 59- 199 p.p.

HEIDEGGER Martín. (1983). **El Ser y el Tiempo**. 3era. reimpresión. México. Edición Fondo de Cultura Económica.

KÜBLER ROSS, Elizabeth. (1975). **Sobre la muerte y los moribundos**. I Edición. Barcelona España. Ediciones Grijalbo, 23 – 50 p.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). (2002). Guía de **Cuidados Paliativos** disponible: en <http://www.secpal.com/guiacp>.

MARTÍNEZ MIGUELES, Miguel. (2004). **Ciencias y Artes en la Metodología Cualitativa**. 1era. Edición. México. Editorial Trilla. 300p.p.

MARTÍNEZ MIGUELES, Miguel. (2002). **Comportamiento Humano Nuevos Métodos de Investigación**. 4ta Reimpresión. México. Ediciones Trillas, 117-188p.p.

MARTÍNEZ MIGUELES, Miguel. (2007). **La Investigación Cualitativa Etnográfica en la Educación**. 1era. Reimpresión. México. Editorial Trilla. 175 p.p

MENDOZA, Gregoriana. (2005). **Cuidados Espirituales y sus Efectos en el Proceso Psicológico del Enfermo Terminal**. Trabajo presentado para optar a ascenso a la categoría de Profesor Asociado publicado, Universidad del Zulia. Disponible en SERVI –LUZ y en la Facultad de Medicina de LUZ. Maracaibo

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (2000). **Primeras Causas De Muerte A Nivel Mundial**. Disponible: <http://www.bireme.br> (bus). Consulta 2006, enero 30. 2 p.

PARMÉNIDES de Elea. (540 a.C). **Poema de Ser**. [Cedido por Poiesis]

SARTRE Jean Paul. (1966). **L'existencialisme est un humanismo**, 42-43. p.p.

SARTRE Jean Paul. (1943). **El ser y la nada**. Buenos Aires. Edición Losada, 652- 700 p.p.

SAUNDERS, Cecily. (1980). **Cuidados de la enfermedad maligna terminal**. Salvat. Barcelona.

SCHELER Max. (2003). **Gramática de los Sentimientos lo emocional como fundamento de la ética**. 1era impresión. Barcelona. España. Edición Crítica/Filosofía. 27-100 p.p.

UNESCO. (1998). **Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el siglo XXI:**
Visión **Acción.** Disponible:
<http://www.redinnovacioneducativasINNOVEMOSUNESCO@.com>. Consulta 2006, diciembre15.