

## La aceptación de la enfermedad y de la muerte

Javier Barbero<sup>1\*</sup>  

<https://dx.doi.org/10.5209/psic.108434>

Recibido: 5 de marzo de 2026 / Aceptado: el 16 de marzo de 2026

**Resumen:** Se trabaja la cuestión de la aceptación como una actitud ante la enfermedad y/o la muerte a priori de difícil encaje, dada la tendencia natural del ser humano hacia la salud y/o la vida. Sin embargo, parece que la aceptación de la realidad como real es una estrategia adecuada para poder articular los procesos de enfermedad grave y final de vida. Se enuncian los modelos / paradigmas que lo condicionan y las aproximaciones a la cuestión de la aceptación que aparecen en la literatura médica y en el entorno de cuidados paliativos. A partir de un intento de profundización en la experiencia y el concepto de aceptación se analiza su relación con el sufrimiento y se presentan algunos modos de facilitar la aceptación en esos procesos de final de vida. Por último, se plantea la necesidad y dificultad de la aceptación de la vulnerabilidad, que forma parte intrínseca de la condición humana.

**Palabras clave:** Aceptación, cuidados paliativos, enfermedad, muerte, vulnerabilidad.

### ENG Acceptance of Illness and Death

**ENG Abstract:** This paper explores acceptance as an attitude toward illness and/or death, a concept that is inherently difficult to grasp given the natural human tendency toward health and/or life. However, accepting reality as real appears to be a suitable strategy for navigating the processes of serious illness and end-of-life care. The models and paradigms that shape this approach are outlined, along with the perspectives on acceptance found in medical literature and within the palliative care setting. Through an attempt to delve deeper into the experience and concept of acceptance, its relationship to suffering is analyzed, and some ways to facilitate acceptance in these end-of-life processes are presented. Finally, the paper addresses the necessity and difficulty of accepting vulnerability, which is an intrinsic part of the human condition.

**Keywords:** Acceptance, palliative care, illness, death, vulnerability.

**Sumario:** 1. Introducción 2. Modelos y paradigmas ante la enfermedad y la muerte 3. El concepto de aceptación en la literatura médica 4. Vínculos de la aceptación en cuidados paliativos 5. Profundización conceptual sobre la aceptación 6. Entonces... ¿Qué es lo que nos origina un sufrimiento añadido? 7. Estrategias para facilitar la aceptación 8. La aceptación de la vulnerabilidad 9. Conclusiones 10. Referencias bibliográficas.

**Cómo citar:** Barbero J. La aceptación de la enfermedad y de la muerte. *Psicooncología* 2026; 23: 147-159. <https://dx.doi.org/10.5209/psic.108434>

<sup>1</sup> Javier Barbero. Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Universitario la Paz. Universidad Autónoma de Madrid. España. ORCID: 0000-0002-9582-690X  
E-mail: javierbarberogutierrez@gmail.com

No es un tema fácil. No nos gusta hablar de ello. Pero es una herramienta más -e importante- a plantear cuando hemos afirmado que el imperativo moral<sup>(1)</sup> por excelencia en psicooncología y en cuidados paliativos (CP) es no volver la cara a la experiencia de sufrimiento.

## 1. Cuidados paliativos: más allá de los mínimos y de la reducción de lo negativo

En sus orígenes, los CP se centraron en la disminución o eliminación de todo lo que fuera aversivo o amenazante. Se enarbolaba la bandera del control de síntomas, de la disminución del sufrimiento, del abordaje de las distintas necesidades (emocionales, sociales, espirituales, etc.)... Tenía su lógica en un contexto de inicios. Eran los mínimos para cubrir y, a mucha distancia, aparecían conceptos como la promoción de la plenitud, del sentido o del deseo o la potenciación de capacidades y recursos. El eje central era la reducción del malestar y no la ampliación del bienestar, aunque —como el papel lo aguanta todo— quedara esto último de alguna manera en todas las declaraciones institucionales.

Es importante explicitar que el valor central era **proteger**. La posibilidad de presencia de la muerte en sí misma era (y es) amenazante, lo que conllevaba que todo lo que le acompañaba era negativo y había que intentar prescindir de ello.

De hecho, cuando se hablaba de los procesos de adaptación, al menos en el ámbito psicológico, se nos animaba fundamentalmente a afrontar la depresión y la rabia, con sus acompañantes de ansiedad, pero no se solía profundizar en promover la aceptación o en cómo hacerlo, como si fuera simplemente, en todo caso, un desarrollo evolutivo natural.

Las reflexiones que estás leyendo invitan a hacer un cambio de mirada. No hablamos de rechazo sino de aceptación. **Un vocablo vinculado a lo positivo**. En castellano, utilizamos habitualmente el término “rechazar” para afrontar lo negativo y “aceptar” para promover lo afirmativo, lo valioso o positivo. ¿Pero tiene algo de positivo la enfermedad y la muerte? ¿Por qué aceptar algo que rompe tu evolución biológica y tu proyecto biográfico? ¿Por qué aceptar algo, en sí mismo, tan aversivo como dejar de disfrutar de lo que amas? ¿Por qué aceptar la separación de los tuyos y de tu contexto vital?

Una aclaración. La mirada positiva no vuelve la cara a la experiencia amenazante del sufrimiento, claro que se enfrenta a ella y, precisamente, lo hace porque parte de la premisa de que la aceptación de la realidad (también de la realidad a priori y, en principio, sufriente) es el mejor camino, por muy paradójico que parezca, para abordar el sufrimiento.

Hace no mucho escuchaba decir a Silvia Viel<sup>(2)</sup>, psicóloga con mucha experiencia clínica, que al final de la vida tenemos dos tareas vitales:

a) **Protegernos frente a la angustia de la pérdida y de la muerte** manejando la ansiedad de muerte.

b) **Llenar de significado la vida** manejando la aceptación de la muerte.

Posiblemente, ambas tareas vitales tienen que ir de la mano, pero habitualmente los clínicos nos hemos quedado simplemente en la primera tarea, como un objetivo de mínimos.

El documento que tienes entre manos quiere abordar específicamente la segunda tarea y, eso sí, vinculada a la primera. Y parto de la hipótesis de que los profesionales de CP tenemos la responsabilidad de ofrecer apoyo para posibilitar este camino y, por tanto, toca proponer un encuadre facilitador. Esto no es tarea fácil. Y muchos de los pacientes no van a llegar a ello, pero es un derecho del paciente que nosotros lo promovamos y facilitemos, si se dan criterios de indicación clínica para hacerlo. No nos podemos quedar en los mínimos, al menos como oferta al paciente.

## 2. Modelos / paradigmas

Preguntémosnos, inicialmente, desde qué modelos o paradigmas nos movemos habitualmente en el abordaje de una enfermedad grave que puede llevar a la muerte.

1º **El paradigma bélico**: Es el habitual, el de la lucha contra la enfermedad. La Asociación Española contra el cáncer ha sido conocida popularmente como de “lucha” contra el cáncer, aunque oficialmente nunca llevó consignada la “L” en sus siglas.

Este modelo, tan socialmente instaurado, se expresa en afirmaciones cotidianas de muchos familiares cuando animan a “luchar”, a “no tirar la toalla” (metáfora pugilista!), a “no darse por vencido” o de muchos clínicos que hablan de “arsenal terapéutico” o de “ganar esta batalla”. Por tanto, si al final la enfermedad avanza la impresión es que el paciente o no ha luchado lo suficiente o es un “cobarde” o es un “derrotado” o “vencido”. Y aquí además la visión es claramente *dilemática*, es una cuestión de vencedores o vencidos.

Yo prefiero sugerir una visión más *problemática*, es decir, que acoja la complejidad. El cáncer –u otra enfermedad así de amenazante– “no es un paréntesis”, te ha llevado posiblemente a reordenar tu mundo de valores y nos preguntamos qué lugar –central o periférico– puede estar al final teniendo en tu vida. Les suelo decir a mis pacientes oncológicos, siguiendo al profesor Diego, Gracia, que hay dos tipos / niveles de salud<sup>(3)</sup>:

a) **Salud biológica**: de la que fundamentalmente se han de ocupar los médicos, que son los que, en todo caso, realmente tendrían que “luchar contra” el tumor.

b) **Salud biográfica**: donde la responsabilidad prioritaria de articularla está en el paciente. Lo que toca, por tanto, es “**integrar**” la realidad oncológica para que no ocupe la centralidad de tu vida más allá de la fase de atención aguda.

En ese sentido, confrontando la dinámica bélica, les invito a “hacer las paces” y a “hacer los pactos”. Una de mis pacientes, Luz, una persona brillante, para ir deshaciéndose de este paradigma escribió una “Carta a mi hermano Linfoma” y ahí le decía, entre otras cosas...

“Quiero hacer las paces contigo...

Tú y yo estamos unidos. Compartimos este cuerpo y esta historia. Así las cosas, y ya que vamos a convivir juntos, quiero proponerte un trato:

Yo me comprometo a escucharte y entender qué traes a mi vida y, a cambio, te pido que no me arrebatas la ALEGRÍA DE VIVIR, ni me hagas olvidar quién soy.

Te prometo cuidarme y respetar mis tiempos, aceptar mis días difíciles, pero te advierto que NO DEJARÉ QUE ME DEFINAS.

Caminemos juntos. No como enemigos, sino como compañeros de viaje. Yo sigo siendo yo y tú eres parte de mi camino, pero no mi DESTINO”.

Parte de nuestro trabajo como clínicos consiste en intentar “deconstruir” este paradigma.

**2° Paradigma: procesos de adaptación a la enfermedad y a la ansiedad de muerte.** Un modelo podríamos decir “horizontal” en el sentido de que plantea un itinerario por etapas, descrito inicial y clásicamente por la Dra. Elisabeth Kübler-Ross<sup>(4)</sup>, que nos hablaba de fase de negación, ira, pacto, depresión y terminaba por aceptación.

Otros muchos autores<sup>(5-7)</sup> han ido actualizando esta línea de trabajo. En todo ese camino aparecen el miedo a la vulnerabilidad, a la dependencia, a la muerte, etc. Al final la aceptación quedaba marcada como teórico “**final de viaje**, final del proceso”, cuando en realidad, lo que más observamos en la clínica son procesos, en el mejor de los casos, de pasiva resignación.

**3° Paradigma: la coexistencia en personas con enfermedades avanzadas de ansiedad de muerte con fuertes deseos de vivir** –y no solo de sobrevivir–, manteniendo en la mente al unísono deseos de vivir y deseos de morir (o de terminar el sufrimiento), dado que el proceso puede acabar cursando con deterioro y dificultades significativas. Se plantea como un encuadre de escisión “vertical”, al producirse una disociación entre ambas perspectivas. Lo han trabajado autores de la psicoterapia relacional en contextos de CP siendo una visión más contemporánea.

En este sentido la ansiedad de muerte puede ser la causa de una gran desesperación como también la posibilidad de buscar y encontrar a la vida un profundo significado.

Aquí se plantea la respuesta de la “**double awareness**” (doble conciencia), que puede representar una respuesta adaptativa a la paradoja existencial. Es decir, confrontar los límites de uno mismo ayuda a ver las posibilidades de la vida antes de la muerte y la muerte dentro de la vida<sup>(8)</sup>.

Desde este enfoque se plantea que un objetivo importante es lo que algunas autoras como Linda Emmanuel<sup>(9)</sup> denominan “**madurez existencial**”: tienen la capacidad de disfrutar de la

vida, al mismo tiempo de que tienen conciencia de que se van a morir y se están preparando para el momento final. Esos estados coexisten.

En definitiva, estoy viviendo con una enfermedad incurable y progresiva y estoy muriendo con una enfermedad incurable y progresiva. La doble conciencia refleja el mantenimiento del equilibrio entre la conciencia de la realidad de la muerte y el compromiso con la vida. Este equilibrio permite a las personas seguir viviendo la vida mientras se prepara para morir y llega a la muerte...

### 3. Algunos criterios del concepto de aceptación en la literatura médica

Este enfoque está muy en consonancia con el concepto de aceptación que se maneja en algunas investigaciones en nuestro país. El profesor Juan Antonio Cruzado y su equipo de la Universidad Complutense de Madrid participan en un proyecto de investigación del Hospital Clínico San Carlos de Madrid precisamente sobre la aceptación<sup>(10)</sup>. Resulta interesante ver los criterios que manejan para definir el concepto de aceptación y que pueden nutrir la visión de la aceptación de la enfermedad...

Comentan varias definiciones. Por ejemplo, la de Dougher, Hayes et al. de 1994 la definía como la *voluntad de...*

a) *conocer de modo consciente* los pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales relacionados con la enfermedad

b) *sin juzgarlos*

c) ni hacer intentos *innecesarios por controlarlos*

McCracken y Eccleston (2003)<sup>(12)</sup> lo describen como:

a) una forma *realista* de vivir con la enfermedad; es decir, un paciente que *acepta no juzga, evita o niega* la enfermedad, sino que continúa

b) *participando* de forma factible en las actividades cotidianas.

Todos los estudios acaban implicando...

a) La **conciencia activa** del momento presente, incluidos los pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales no deseados,

b) **sin intentos innecesarios de cambiar** estas experiencias (es decir, “permitir que los hechos sean como ya son”<sup>(13)</sup>).

Hasta la misma investigación define la aceptación (en este caso del cáncer) como la disposición activa de...

a) *Tener presente las experiencias, evaluaciones, respuestas emocionales, recuerdos y sensaciones corporales con el cáncer,*

b) *renunciando a los esfuerzos de juzgarlos, controlarlos o evitarlos... y con una*

c) *disposición conductual para llevar acciones para mejorar el bienestar y la salud según los valores y metas vitales de la persona.*

Es decir, desde esta mirada, aceptar conlleva tres movimientos:

- Reconocer **asumiendo** la carga experiencial vinculada a la enfermedad,
- La **renuncia a juzgarlo** o evitarlo y, por último,
- La decisión de **actuar** para mejorar el bienestar y la salud, según los valores de cada cuál.

Lo que llama poderosamente la atención es que estos planteamientos se centran en una enfermedad que o bien está en el escenario de la posible curación o bien en el de la cronicidad, pero no aborda explícitamente la cuestión de la ACEPTACIÓN de la MUERTE, no encara de forma explícita el aspecto más aversivo de la misma. Como que de manera implícita se plantea la aceptación en un marco de enfermedad “recuperable” o al menos, controlable...

De hecho, en su evaluación aparecen ítems vinculados a la *capacidad de convivir con el cáncer, de disfrutar de la vida, de no tener miedo a recordar el cáncer, de aprender a continuar con la*

existencia, etc., ... Es decir, la relación del cáncer con la apuesta por la vida y *no la relación del cáncer con la posibilidad de muerte*. Posiblemente, algo previsiblemente más complejo de... aceptar.

Esto resuena a esa diferencia que hacíamos hace años entre dos tipos de sufrimiento. El primero lo denominábamos el **“sufrimiento como problema”**<sup>(14)</sup> y lo definíamos como “el balance entre la percepción de amenaza a mi integridad biológica o biográfica y la capacidad de tener recursos para hacer frente esa amenaza”. Tengo un diagnóstico de leucemia y para abordarlo busco equipos solventes, pregunto a gente conocida, etc. etc. Un problema a resolver. Y esto lo diferenciábamos del **sufrimiento como “condición existencial, como misterio”**<sup>(15)</sup>, como el eje que atraviesa la condición humana como *“homo patiens”*. Es decir, el encuentro con el límite y la pregunta por el sentido. Como cuando un joven te pregunta... *“¿por qué me tengo que morir con este maldito cáncer a los 22 años?”* a partir del encontronazo con la inexorable conciencia de finitud<sup>(15)</sup> del “yo” con el que empíricamente te relacionas. Ahí no hay un problema que resolver sino, en todo caso, una situación y una experiencia que acompañar... y posiblemente le tendremos que ayudar a manejar los distintos *componentes de la ansiedad ante la muerte*. Ahí es donde los profesionales nos solemos sentir más incómodos, con menos herramientas, en el encuentro con la subjetividad más íntima y sufriente de nuestros pacientes. Pero no podemos quedarnos en la reducción del miedo, en la disminución de la ansiedad... toca avanzar un poco más.

#### 4. Algunos vínculos previos de la “aceptación” en cuidados paliativos

- 1) **La última fase**, que ya hemos mencionado, del **proceso de adaptación** que mencionó Elisabeth Kübler-Ross<sup>(4)</sup>. Resaltar la importancia de que, al formar parte de un proceso, de un itinerario, de algún modo, tiene también que ver con un cierto aprendizaje que se puede acompañar y que va, precisamente, de la negación a la aceptación de la realidad. Es la visión clásica.
- 2) **El modelo de Kathleen Dowling Singh**<sup>(17)</sup>, que habla de tres fases:
  - a) *Chaos* (sería equiparable a las fases de negación, ira, depresión, etc., de Kübler-Ross, con un significativo sufrimiento).
  - b) *Surrender*. Sería incorrecta la traducción literal de “rendirse”. Hace más bien referencia a desprendimiento o abandono del personaje que quiebra la enfermedad, una apertura o entrega confiada a una realidad que vislumbramos que nos sostiene y nos supera... en el fondo, una aceptación de la pérdida de lo que creíamos que nos dotaba de sentido (una corporeidad, una imagen, etc.) y una aceptación de una posibilidad de apertura al sentido que va más allá de nosotros mismos.
  - c) *Transcendence*.
- 3) **Negación**<sup>(18)</sup>. (Una de las antítesis de la aceptación). Por negación entendemos el conflicto entre el conocimiento de un hecho y la creencia en él. El paciente negador es un paciente informado que niega una realidad demasiado dolorosa y amenazante en su vivencia como para poder ser tolerada. Es un mecanismo muy primario y emocional. Por ejemplo, un paciente que en febrero de 2026 está ya con mucho deterioro y mal pronóstico y nos dice que está ya planteándose cómo preparar y estar en la Primera Comunión de su hija en mayo de... 2027. La negación puede ser adaptativa (habrá que respetarla) o desadaptativa (tocará confrontarla). También podemos preguntarnos si existe una “aceptación adaptativa” y otra “desadaptativa”. En realidad esta última es una pseudoaceptación, porque es básicamente algo cognitivo, formalmente aceptado, pero no interiorizado y experimental, claramente integrado. Y, por cierto, el término “evitación” evoca un mecanismo de defensa más consciente que la negación, que sigue dificultando el camino de la aceptación.
- 4) **La diferencia entre “Resignación” y “Aceptación”**. Son dos actitudes de fondo que nos encontramos habitualmente en CP. Veámoslo en la Tabla1. Hay muchos pacientes que, desde una resignación inicial, van aproximándose, habitualmente con acompañamiento, a una actitud de aceptación.

En cualquier caso, aquí cabe preguntarse si debemos respetar esa posición o si nos corresponde intervenir para favorecer una posible aceptación.

¿Le negamos la posibilidad de una aceptación vinculada a una experiencia de sentido?

Es necesario hacer un balance de costes-beneficios, también en función del tiempo disponible.

**Tabla1. Características diferenciales entre resignación y aceptación**

<b>RESIGNACIÓN</b>	<b>ACEPTACIÓN</b>
<b>PLANTEAMIENTO DE FONDO</b>	<b>PLANTEAMIENTO DE FONDO</b>
1. La enfermedad es juzgada como mala. Fatalismo. 2. Actitud victimista. Instalada en la queja. 3. Renuncia a los fines y a los medios.	1. La enfermedad no es juzgada ni como buena ni como mala, es real. Realismo 2. Actitud realista. Vinculada a la acción. 3. Renuncia a algunos medios, pero nunca a los fines intrínsecamente humanos.
<b>MIRADA HACIA ATRÁS</b>	<b>MIRADA HACIA ADELANTE</b>
4. Te sitúa en el pasado 5. Derrota, lástima. 6. Acento en la pérdida a padecer. 7. Lleva a darse por vencido y no esforzarse por tener una vida plena.	4. Te coloca desde el presente frente al futuro 5. Reto, búsqueda. 6. Acento en la realidad a afrontar 7. Impulsa a seguir viviendo desde tus valores.
<b>PASIVIDAD</b>	<b>PROACTIVIDAD</b>
8. Actitud pasiva 9. Inmoviliza 10. Un estado. 11. Rigidez, inmovilismo 12. Primaria, reactiva. Se padece. Se activa automáticamente. 13. Producto de la inercia, "se me impone". 14. Es impotencia. 15. No lleva nunca a intentar cambiar la realidad.	8. Actitud activa y decidida 9. Dinamizador 10. Un movimiento. 11. Flexibilidad 12. Secundaria, proactiva. Se decide. Se activa tomando las riendas. 13. Decisión más consciente y voluntaria. 14. Es un acto de potencia; un sí afirmativo. 15. Puede ser premisa para intentar cambiar una realidad que puede ser <i>realmente</i> transformable.
<b>CONSECUENCIAS</b>	<b>CONSECUENCIAS</b>
16. Puede ser (falsamente) inmediata. 17. Cierra heridas, pero en falso. 18. Tranquiliza en el corto plazo y frustra en el medio-largo plazo. 19. Desadaptativa en el medio plazo. 20. Genera resquemor a medio plazo.	16. Necesita tiempo... de adaptación 17. Pretende cerrar heridas para seguir abriendo brecha 18. Tristeza en el corto plazo y adaptación en el medio-largo plazo. 19. Adaptativa en el medio plazo. 20. Genera serenidad a medio plazo.
<b>ESTRATEGIA DE FONDO</b>	<b>ESTRATEGIA DE FONDO</b>
21. Más Mecanismo de Defensa 22. No hay búsqueda de sentido. 23. Indefensión. "Sentirse abandonado". 24. Es conformismo. Es cierre. 25. La apropiación del fracaso (Laín Entralgo) <sup>(28)</sup> .	21. Más Estrategia de Afrontamiento. 22. Reconfigura la búsqueda del sentido. 23. Renuncia a mantener el control. "Abandonarse", confianza. 24. Es búsqueda. Es apertura. 25. La apropiación positiva de lo inevitable (Laín Entralgo) <sup>(28)</sup> .

5) *La aceptación en las tareas de Worden*<sup>(20)</sup> *para el afrontamiento del duelo:*

Worden nos habla de cuatro grandes tareas: identificar y expresar sentimientos, ayudar a vivir sin el fallecido (plano instrumental y afectivo-relacional), reubicar al fallecido para poder seguir amando... pero la primera que él sitúa es precisamente la aceptación de la realidad de la pérdida. Somos conscientes de que es la tarea más dura. De hecho, para muchas personas la aceptación de la pérdida del otro amado puede acabar siendo más dolorosa que el planteamiento de la pérdida o muerte propia.

6) *Una actitud*<sup>(21)</sup> *central para la atención a la experiencia de sufrimiento: la **aceptación incondicional*** (Carl Rogers)<sup>(22)</sup>.

Esta actitud tiene distintos componentes operativos. No es casualidad que el primero sea, precisamente, “no juzgar”, lo que supone un profundo respeto a la persona. Asimismo, se trata de cordialidad en el trato, de consideración positiva de la persona en tanto que persona, más allá de sus errores, precisamente porque toda persona tiene valor en sí misma. Le añadimos una muestra de interés por lo que a él le interesa, independientemente de que coincida o no con nuestra valoración personal, una aceptación asimismo de todo su mundo emocional, precisamente porque los sentimientos no tienen categoría moral en sí mismos y, por último, tener claro que la aceptación de la persona no es lo mismo que la aceptación de su conducta.

## 5. Intentando profundizar en el concepto, experiencia, reto y viaje de la aceptación

Como antes mencionábamos, el término aceptación se vincula a un concepto - persona - realidad... vividos como positivos y el término rechazo hacia algo negativo. En el entorno de CP estamos hablando de aceptación de una enfermedad (con sus realidades colaterales: dependencia, disfuncionalidad, etc.) y también de la posibilidad y del hecho de la muerte. Son realidades a priori duras.

Por otra parte, hablar de esa aceptación de la realidad como real (que no necesariamente como buena o mala), nos coloca en una mirada...

- a) *Sobre mí mismo* (autoaceptación): mi carácter, historia, mis límites y posibilidades...
- b) *Sobre mis circunstancias personales*: diagnóstico de ELA o cáncer, finalización del estudio y acceso al mundo laboral, posibilidad de muerte, nacimiento de un hijo...
- c) *De circunstancias externas* en las que puedo o no incidir: genocidio de Gaza, decisiones políticas, distribución de recursos justa o injusta, etc.

Todo ello nos invita a intentar hacer una reflexión serena sobre la aceptación. Porque en el apriori, es muy posible que nos hierva la sangre solo de pensar aquello de aceptar algunos de los contenidos formulados en el párrafo anterior. Nos vamos a ayudar de algunas consideraciones que nos comparte la filósofa Mónica Cavallé<sup>(23)</sup>. Ella misma tiene algunas expresiones como fluir con la vida, dejar llegar lo que viene, dejar ir lo que se va; dejar ser lo que es; amar positivamente lo que es o decir sí a lo que es; respetar la realidad frente a desafiarla... A partir de sus aportaciones y con algunos añadidos, presentamos las siguientes reflexiones...

Aceptar no es una cuestión de reconocimiento cognitivo. No es aceptación cognitiva. Aceptar es **-experimentar con una conciencia total**. Por ejemplo, qué hacemos con la belleza cuando contemplamos la Gioconda o el Guernika... Se manifiesta espontáneamente y sin esfuerzo cuando las cosas se dejan ser en sí mismas, no se interfiere con ellas ni se esquivan, ni se conceptualizan, sino que se experimentan con una conciencia total. En realidad, aceptar, me gusta decir, es **-experimentar, conectando con la centralidad de esa experiencia**.

Aceptación es la capacidad de estar con lo que hay, (y dicho de forma negativa) de no **resistir la experiencia plena de lo que sucede** fuera o dentro de nosotros, de permitirnos conectar con su totalidad. Aceptar es concienciar (mirar y sentir) absolutamente todo sin resistencias y sin censuras. En esta concepción ya está implícita la **autoaceptación**: asumir lo que somos

aquí y ahora y en la práctica se traduce en la disposición a enfrentar, a mirar, a asumir, a vivir todas las dimensiones de nosotros mismos, todos los aspectos de nosotros mismos y de nuestra experiencia, sin negación, sin rechazo, sin reproche, sin censura. Esto equivale a fluir con la experiencia personal o a dejarnos ser lo que somos... luego ya veremos si hay algo que queremos, podemos y decidimos transformar.

-Aceptar es reconocer la **realidad como real**, no como buena ni como mala. Para el estoicismo la esencia de la vida es la aceptación, el vivir en armonía con la realidad. La serenidad es el signo y el aroma de la aceptación real. Eso sí, puedo vivir en armonía con la realidad y desear transformarla. Es decir, el deseo de transformarla, no tiene por qué alterar mi paz. Entre otras cosas, porque el deseo forma parte también de mi realidad a aceptar.

A partir de aceptar la realidad, ...

- a) lo que sí puedo y quiero cambiar, —por ejemplo, hacer desaparecer el tumor recién diagnosticado— supondrá tomar decisiones de cambio.
- b) lo que no puedo cambiar —por ejemplo, en fase avanzada-terminal, una franca progresión de la enfermedad— sí que podré

— **integrarlo internamente** y

— **adaptarme externamente**.

¿Y entonces, qué es lo que nos dificulta la aceptación?

-En primer lugar, **las comparaciones entre lo que es y lo que debería ser**, lo que hace que rechace mi experiencia presente. Aceptar es superar la dualidad entre lo que es y lo que debería ser. Pero aquí conviene aclarar bien lo siguiente. El “debería” es importante, es la base de la vida ética y hay un debería sano y legítimo, siempre y cuando no confundamos

a) (lo positivo): el debería como la **aspiración ética** hacia la excelencia, el deseo que todo florezca y exprese al máximo su potencial,

b) (lo negativo): otro debería diferente que es la **pretensión ontológica**, no ya la aspiración ética, de que aquí y ahora las cosas sean de una determinada manera, la que se ajusta a nuestras ideas al respecto, pues en cada momento las cosas son lo que son y lo que pueden ser considerando todos los factores implicados. No tiene nada que ver ese debería con una aspiración de que las cosas sean de una determinada manera.

Y detrás del sufrimiento, en el fondo, siempre se ha colado este error. Hemos convertido nuestras preferencias, perfectamente legítimas, en exigencias. Vamos a preferir unas situaciones a otras, obviamente, pero solo cuando creemos que las primeras deben prevalecer, es cuando sufrimos.

En segundo lugar, también nos dificulta aceptar la realidad y el presente y nos hace sufrir la **orientación compulsiva hacia el futuro**, el apego a las metas, objetivos, esperanzas. Es bueno tener metas e ilusiones. El problema es cuando se convierte en una forma de evitación de las sensaciones que afloran en nuestro presente. O cuando instrumentalizamos el momento presente como si fuera un mero medio para la consecución de un objetivo futuro.

En tercer lugar, también cuando la mente dice “no” y se oculta en el **apego al pasado** (sea experiencias positivas o negativas). “Con lo que yo he sido”...

Continuemos con la reflexión...

-Precisemos otra aclaración conceptual de algo brevemente comentado antes. La aceptación se contrapone a la negación y al rechazo, pero no al deseo, un deseo que se puede vivir con serenidad. Entre otras cosas, porque, como decíamos, **mi realidad también es mi deseo**. Yo puedo aceptar que mi enfermedad tiene un desarrollo inexorable, en franca progresión, pero yo puedo acoger y aceptar el deseo de que sea de otra manera. Ahora bien, el deseo no es

expectativa, el deseo no me ha de llevar a negar la realidad del avance de la enfermedad ni me ha de conducir a tomar decisiones de obstinación terapéutica al respecto, por citar un ejemplo.

-La cuestión de la **aceptación emocional**. Dice Mónica Cavallé<sup>(24)</sup>: “No nos dañan los sentimientos que calificamos como negativos, sino la resistencia a sentir”. Podemos sentir frustración, pero si nos decimos “no debería sentir la frustración”, entonces el sufrimiento se multiplica. En el libro “Visión Nocturna”<sup>(25)</sup> de Mariana Alessandri, subtítulo “un viaje filosófico a través de las emociones oscuras”, la autora nos plantea que no se trata de desterrar esas emociones con terapias o pastillas, que dichas emociones son “más maestras que demonios que nos proporcionan autoconocimiento”. En contra de la tiranía del “**optimismo tóxico**” tan habitual actualmente. Existen la dignidad y la humanidad del lado oscuro de nuestro espectro emocional.

-**Aceptar sentir es estar presente**: en el miedo, en la alegría, en el dolor, en el éxtasis, en la pena... El miedo a sentir es, en definitiva, miedo a la vida. Tener la disposición a sentirlo todo, también en presencia de un cáncer, paradójicamente es poco a poco ir perdiendo el miedo a vivir. Suelo decir que, sin aceptación del miedo, éste te come biográficamente; igual que sin aceptación del cáncer éste te come biológicamente, al banalizar su presencia y no atreverte a poder afrontarlo.

-Una breve mirada desde la psicología, en concreto, desde el enfoque de las **Terapias de “Aceptación y Compromiso”**: Desde esta perspectiva aceptar<sup>(26)</sup> es **abrazar activamente la experiencia, sin juzgar, en el aquí y el ahora**. En esta definición cada palabra tiene un peso muy importante. Lo contrario sería la “evitación experiencial” de pensamientos, sentimientos o situaciones aversivas relacionadas con la enfermedad (no mencionar la palabra cáncer, evitar verse las cicatrices de las cirugías, etc.).

-Una última cuestión. **No confundir aceptar con aprobar**. Aceptar no implica que me guste lo aceptado, que no pueda preferir otras cosas distintas o que no quiera poner en marcha acciones para transformar esa realidad, si eso es viable y lo más adecuado. Aceptar la realidad de un genocidio o del cáncer no significa que me guste o que lo apruebe; puedo -y posiblemente debo- desarrollar acciones para colaborar en intentar pararlo o, al menos, limitarlo. Se trata de aceptar la realidad para integrarla si es inamovible y para cambiarla si puede ser transformada y genera un sufrimiento evitable.

## 6. Entonces... ¿Qué es lo que nos origina un sufrimiento añadido?

Desde esta perspectiva, lo que nos origina un sufrimiento añadido es el **NO hacernos cargo de nuestra experiencia**, la no aceptación de la misma. No podemos gestionar adecuadamente, en función de nuestros valores, una realidad que no aceptamos. Entonces negamos, huimos, nos instalamos en la queja o en el papel de víctimas (diferente a ejercer el derecho a quejarnos) y dejamos paradójicamente que esa realidad que quisiéramos negar nos invada y ocupe la centralidad de nuestra vida... con un coste añadido en términos de sufrimiento. Sufrimos desde la creencia de que esto no debería ser así, no debería acontecer... pero existe!

El Dr. Juan Francisco Lorenzo<sup>(27)</sup> en sus reflexiones ante la muerte por suicidio de su hijo, combinando los términos “dolor” (experiencia interna y profunda ante esa muerte) y “sufrimiento” (experiencia añadida a aquel dolor profundo) nos dice: “El sufrimiento aparece **cuando te resistes al dolor**, cuando no aceptas la situación, cuando la resistencia que ofreces frente a lo que ha sucedido intensifica el dolor, lo apunala, lo instala en lo más profundo de nuestro ser porque no aceptamos que lo que ha pasado ha pasado. Pero ha pasado”. En la Tabla 2 resumimos como decálogo algunas claves para el trabajo de aceptación.

Tabla 2. Decálogo de la aceptación ante la enfermedad / ante la muerte

1. Aceptar es **experimentar con una conciencia total, sin resistencias**, es estar **presente** en tu propia experiencia.
2. Se trata de aceptar la realidad **como real, sin entrar en si es buena o mala, sin juzgarla**.
3. Si tras **aceptar una realidad** que es **dolorosa** y potencialmente cambiabile (como puede ser un cáncer recién diagnosticado), apostamos **por transformarla**, siendo viable, tiene sentido que lo intentemos.
4. La aceptación, como **apropiación afirmativa de lo inevitable** -que venía a decir Laín Entralgo-, es muy **distinta a la resignación**, concebida como la apropiación del fracaso.
5. La aceptación **es una decisión**. La actitud de “no te toca más remedio que aceptarlo, porque es lo que hay”, en realidad es resignación, colocarte *en el lugar del que la padece*. Con ello no te apropias la realidad para integrarla internamente o adaptarte a ella externamente, para gestionarla.
6. Todo ello también está vinculado a la **aceptación de mí mismo** y no solo de mis capacidades y recursos, sino también **de mis propios límites**.
7. Aceptar **no significa aprobar** ni estar a favor de una situación o de una conducta.
8. La aceptación de algo inicialmente doloroso puede conllevar previamente **un duelo del mundo anterior** y del **no retorno** a ese mundo.
9. La aceptación **estrictamente cognitiva es desadaptativa**; en realidad es una falsa aceptación. Es racional, pero no experiencial.
10. La **confianza** es una compañera de viaje necesaria de la aceptación. Permite **hacernos cargo** de la realidad con serenidad y sin la necesidad de tenerlo todo controlado.

## 7. Algunos modos de facilitar la aceptación...

- Empezando por nuestra **aceptación incondicional a la persona**; modelamos la aceptación.
- Puede ser una **propuesta explícita** cuando nos damos cuenta que la negación no está siendo adaptativa al volverse en contra de la persona o de su entorno o cuando percibimos, desde la presencia, que puede ser una herramienta de afrontamiento útil para el proceso de adaptación.
  - Asumiendo que es un **proceso** que además **no suele ser lineal**. Puede haber **ambivalencia** y oscilaciones. Puede ser compatible con la rabia y la tristeza. Y contando con que a ese proceso también le pueden acompañar la **incertidumbre** y su habitual correlato emocional, el **miedo**.
  - Facilitando la **conexión con el deseo**, que es también parte de la realidad, y su absoluta legitimidad; eso sí, situándolo en su contexto: “Aceptar que no estaré en la boda de mi hija, afirmando mi deseo de hacerlo y de que se me deje soñar con ello incluso haciéndome presente con algún mensaje de legado...”. **Sin confundir expectativa con deseo**.
  - Invitando a que la persona explícitamente **cuestione y elija su actitud ante la muerte**. No viene dada de fábrica, puede ser elegida.
  - Sabiendo que nos toca también a nosotros, no solo a ellos, **hacernos cargo** de la realidad y **tener que sostener** en ese proceso, una tarea a veces temida, pero tan profundamente humana.

## 8. Una clave fundamental: la aceptación de la vulnerabilidad

Vivimos en una época en la que la aceptación de la vulnerabilidad y, por tanto, su expresión, es profundamente contracultural. Todas y todos aceptamos conceptualmente que somos vulnerables, pero el empeño social es no mostrarlo. Como si fuera algo de lo que avergonzarnos, cuando forma parte de nuestra condición humana. Se vive como una desprotección a esconder.

El ser humano es enormemente vulnerable. Desde su nacimiento. Su naturaleza es vulnerable y, por ello, cuando nace a la “natura” vulnerable, la “cultura” le pone pediatras, amor materno y paterno, escuelas infantiles y un largo etcétera. Podemos entender el objetivo de proteger, pero cuesta más entender ese empeño en esconder la vulnerabilidad.

Necesitamos estrategias en el encuentro clínico que ayuden a integrar terapéuticamente la vulnerabilidad como parte de la condición humana y la aceptación de uno mismo como ser vulnerable<sup>(29)</sup>. Pero la aceptación no se improvisa, se practica, toca trabajarla.

Llega un momento en el que la enfermedad agravada o, sencillamente, la aparición de los 90 años lo que hacen es **visibilizar** lo que ya no podemos ocultar y que también fue evidente cuando nacimos, es decir, nuestra vulnerabilidad.

Aparecen **situaciones de amenaza o/y peligro** (léase un diagnóstico oncológico...) que nos invitan a protegernos. Cuando llegan esas situaciones, emocionalmente se pueden producir reacciones de inhibición o de inundación emocional, suelen aparecer vivencias de indefensión, impotencia o incertidumbre, el temor a la dependencia en lo funcional y en lo relacional y una actitud inicial de parálisis que puede resumirse, a partir del miedo experimentado, en una percepción de bloqueo.

La cuestión, a partir de esta percepción de amenaza, es cómo afrontamos nuestra realidad vulnerable y **desde qué actitud** hacer una articulación adecuada y real de la misma. Y esto es un aprendizaje, pero también una decisión. Simplificando, hay como dos grandes alternativas (Tabla 3). Toca decidir de qué manera hacer una mejor gestión de nuestra vulnerabilidad.

Está, en primer lugar, **una actitud defensiva, de corte reactivo**, donde en realidad se produce una reacción de negación, de no reconocimiento, de ocultamiento de la vulnerabilidad. Desde el punto de vista emocional, lleva a construir barreras, llenas de racionalizaciones, de empeño en no mostrar las emociones, de insensibilizarte porque la expresión de determinadas emociones se vive como debilidad. Además, suele promover una dinámica de hipercontrol y de resistencia, combinado con actitudes de autosuficiencia y aislamiento en lo relacional y de una cierta omnipotencia (¡puedo con todo!) e incluso soberbia. En definitiva, un **blindaje (cierre)** que produce habitualmente una falsa seguridad.

Asimismo, puede haber una **segunda actitud, de tipo proactivo**, que quiere utilizar la vulnerabilidad como un recurso a potenciar. Son personas que quieren expresar su sensibilidad y que se dejan cuidar, querer, abrazar... Personas que ponen en la confianza y no en el control un eje central, que se abandonan en el fiarse y sin caer en la ingenuidad. En lo relacional, desarrollan el apoyo mutuo y la interdependencia y la aceptación de la realidad vulnerable, desde la humildad -que supone el reconocimiento de nuestros propios límites y la acogida de la aportación de los otros-, alimenta la cooperación. Es un **“dejarse afectar” (apertura)**, que enriquece y aporta serenidad.

Puedes elegir el blindaje afectivo o la sensibilidad, el hipercontrol o la confianza, la omnipotencia o la sana humildad del reconocimiento de tus límites... Se trata de hacer una gestión adecuada de nuestra propia vulnerabilidad.

La visibilización de la vulnerabilidad que nos trae la presencia de la enfermedad grave y de la posibilidad de la cercanía de la muerte nos pone encima de la mesa el hecho de que hay un **“ego”** o **“yo superficial”** que forma parte de nuestra condición humana pero que no es nuestra seña de identidad. Se trata de un **personaje**, una idea o imagen del yo que fabricamos a lo largo de nuestra historia para protegernos de la vulnerabilidad y presentarnos o relacionarnos en sociedad, un envoltorio repleto de imagen social y relacional, roles, potencia física, posibilidad de control, de prestigio o de poder al que queremos aferrarnos y que la enfermedad o la proximidad de la muerte disuelve y desmorona. Aceptar la vulnerabilidad supone aceptar que el personaje -y lo digo sin ningún tono peyorativo- ya no nos sirve; el negarla es quedarnos atrapados en la superficie de lo que somos. En este sentido, la aceptación de la vulnerabilidad, en la clave proactiva mencionada, puede suponer una apertura radical (es decir, de raíz) a la esencia común de la condición humana que a todos nos pertenece. Se trata de aceptar que parte del sufrimiento humano es inevitable y nos reúne a todos en un lugar común<sup>(30)</sup>, y que difícilmente estamos capacitados para valorar la razón última de todo lo que es y de lo que sucede<sup>(31)</sup>. Pero ahondar en todo ello ya se escapa a los objetivos de este trabajo. Nos llevaría a los itinerarios de acompañamiento al paciente en fase avanzada que se realizan en y a partir de la aceptación. Queda pendiente.

Tabla 3. Dos actitudes posibles ante la percepción de vulnerabilidad

	<b>Percepción inicial</b>	<b>Actitud defensiva (reactiva)</b>	<b>Actitud proactiva</b>
<b>DIMENSION</b>	Como <b>AMENAZA, riesgo</b> de lo que protegerse	Como <b>NEGACION</b> u ocultación / no reconocimiento	Como <b>RECURSO</b> que potenciar
<b>Emocional</b>	Bloqueo o inundación emocional	Insensibilidad / barrera emocional / racionalización de las emociones	Sensibilidad
<b>Poder</b>	Indefensión Impotencia incertidumbre	Hipercontrol Resistencia	Confianza / abandono
<b>Relacional</b>	Dependencia/ Subordinación	Autosuficiencia / Aislamiento	Interdependencia / Apoyo Mutuo
<b>Actitud Ética</b>	Resignación / Rendición / Parálisis	Soberbia / Omnipotencia	Aceptación / Humildad / Cooperación
<b>Resumen</b>	Bloqueo	<b>Blindaje (cierre)</b>	<b>Dejarse afectar (apertura)</b>
<b>Qué aporta</b>	Aviso / Miedo	Falsa seguridad	Serenidad

## 9. A modo de conclusión...

A los profesionales de la psicooncología y de CP nos cuesta incidir explícitamente en la cuestión de la aceptación de algo a priori tan aversivo como la enfermedad grave y la muerte. Parece a contranatura. Cuando lo natural es nacer, vivir y morir.

Parece necesario abrir procesos de deliberación interdisciplinares y con la sociedad en su conjunto para ir avanzando en la perspectiva técnica y ética vinculada a esta cuestión tan central en el trabajo clínico con personas afectadas por enfermedades graves. El criterio de prudencia es necesario. Pero también la pregunta –siempre las preguntas!– por si puede acabar siendo una defensa nuestra para protegernos de estar en escenarios que no son fáciles de acompañar. Aunque solo sea por el hecho de poder estar privando a una persona del derecho a tener una herramienta potencialmente útil y beneficiosa para ese proceso último entre nosotros, previsiblemente nada fácil, que le está tocando vivir.

## 10. Referencias bibliográficas

1. Barbero J. Hechos y valores en psicooncología. *Psicooncología*. 2003;1:21-37.
2. Viel S. La ansiedad ante la muerte [video en Internet]. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 2025 dic 9 [citado 2026 feb 28]. Disponible en: <https://youtu.be/UKL6Wh1XtJQ?si=i2nfYYAGeRr-wkku>
3. Gracia D. Modelos actuales de salud. Aproximación al concepto de salud. *Labor Hosp* 1991;219:11-14.
4. Kübler-Ross E. On death and dying: what the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families. 50th anniversary ed. New York: Scribner; 2014.
5. Singh K. The grace in dying: a message of hope, comfort and spiritual transformation. New York: HarperCollins; 2000.
6. Renz M, Reichmuth O, Bueche D, Traichel B, Mao MS, Cerny T, et al. Fear, pain, denial, and spiritual experiences in dying processes. *Am J Hosp Palliat Care* 2018;35:478-91. <https://doi.org/10.1177/1049909117725271>
7. Payás A. Las tareas del duelo: psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional. Barcelona: Paidós Ibérica; 2010.

8. Shaw C, Chrysikou V, Davis S, Gessler S, Rodin G, Lanceley A. Inviting end-of-life talk in initial CALM therapy sessions: a conversation analytic study. *Patient Educ Couns* 2017;100:259-66. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.08.024>
9. Emanuel L. Existential matters and quality of dying: a model of maturation processes. *J Palliat Med* 2023;26:1604-9. <https://doi.org/10.1089/jpm.2023.0546>.
10. Cruzado JA, Ibáñez del Prado C, Yangua Paucar ED, Lira Aránguiz MF, Marquina Ospina G. Desarrollo y validación de una escala breve de aceptación del cáncer en pacientes con sarcoma. *Psicooncología* 2026; 23: 11-22. <https://dx.doi.org/10.5209/psic.108424>
11. Dougher MJ, Hayes SC, Follette V, Jacobson N, editors. *Acceptance and change: content and context in psychotherapy*. Reno: Context Press; 1994.
12. McCracken LM, Eccleston C. Coping or acceptance: what to do about chronic pain? *Pain* 2003;105:197-204. doi:10.1016/S0304-3959(03)00202-1.
13. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press; 2002.
14. Arranz P, Barbero J, Barreto M, Bayés R. *Intervención emocional en cuidados paliativos: modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel; 2003.
15. Benito E, Barbero J. El sufrimiento en clínica: incorporando las tradiciones de sabiduría. En: Benito E, Barbero J, Dones M. *Espiritualidad en clínica: una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados paliativos*. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 2014. p.45-58.
16. Dulitzky S. *Vivir con finitud: sufrimiento existencial y cuidados paliativos*. Buenos Aires: Letra Viva; 2023.
17. Singh K. *The grace in dying: how we are transformed spiritually as we die*. New York: Newleaf; 1999.
18. García H, Barbero J. La negación. En: Barbero J, Gómez-Batiste X, Maté J, Mateo D, coordinadores. *Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas: intervención psicológica y espiritual*. Madrid: Obra Social “la Caixa”; 2016. p.300-307.
19. Stedeford A. *Facing death: patients, families and professionals*. Oxford: Sobell Publications; 1994.
20. Worden JW. *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós; 2004.
21. Barbero J, Esperón I. Las actitudes como herramientas claves para el acompañamiento. En: Benito E, Barbero J, Dones M, editores. *Espiritualidad en clínica: una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados paliativos*. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 2014. p.111-129.
22. Rogers CR. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *J Consult Psychol* 1957;21:95-103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>.
23. Cavallé M. La aceptación [Internet]. Logroño: GEIMME; 2019 [citado 2026 feb 28]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=76BVjMHT91A>
24. Cavallé M. El vedanta advaita ante el sufrimiento. En: González García M, coordinador. *Filosofía y dolor*. Madrid: Tecnos; 2006. p.19-62.
25. Alessandri M. *Visión nocturna*. Barcelona: Koan; 2025.
26. Hayes SC. Content, context, and the types of psychological acceptance. En: Hayes SC, Jacobson NS, Follette VM, Dougher MJ, editores. *Acceptance and change: content and context in psychotherapy*. Reno: Context Press; 1994. p.13-32.
27. Lorenzo JF. *Supervivientes: hoja de ruta para la gestión del duelo por suicidio*. Burgos: Fundación Círculo Burgos; 2025.
28. Laín Entralgo P. *Antropología de la esperanza*. Barcelona: Labor; 1978.
29. Seguró M. *Vulnerabilidad*. Barcelona: Herder; 2021.
30. Gasparý ME. *Cuidar desde las palabras* [Internet]. Grupo Gamma, Red de Salud; 2025 oct 9 [citado 2025 oct 15]. Disponible en: <https://grupogamma.com/el-panal/cuidar-desde-las-palabras>
31. Cavallé M. *La sabiduría recobrada: Filosofía como terapia*, Barcelona: Editorial Kairós, 2019