

CUIDAR DE LA FAMILIA

Cómo ayudar a alguien con una enfermedad mental a aceptar el tratamiento

Si un ser querido con una enfermedad mental o una adicción rechaza el tratamiento, el Dr. Xavier Amador, autor de "I Am Not Sick, I Don't Need Help!", ofrece técnicas comprobadas para ayudar a su ser querido a aceptar el tratamiento que necesita.

Por [Xavier Amador, Ph.D.](#)

Last updated or reviewed on February 19, 2024

El Dr. Amador es autor de muchos libros populares, entre ellos [«I Am Not Sick, I Don't Need Help!»](#), y el fundador de [LEAP Institute](#).

No estamos solos

Si está leyendo este artículo, probablemente es porque tiene un problema grave. Está intentando ayudar a alguien con una adicción o una enfermedad mental grave, como esquizofrenia o trastorno bipolar, que está en «negación», rechaza el tratamiento y está a punto de recaer. O, si esa persona está en tratamiento, lo abandona una y otra vez. Ha intentado varias estrategias que no han funcionado y está buscando información sobre cómo puede ayudar a su ser querido a obtener ayuda.

No estamos solos. Utilizo «nosotros» en lugar de «usted» porque he conocido a innumerables familias como la mía, y la suya, distanciadas de un ser querido que no tiene ni idea de que tiene una enfermedad mental o una adicción.

Durante los primeros años de esquizofrenia de mi hermano Henry (antes de que yo me fuera a la escuela de posgrado para graduarme como psicólogo clínico), a menudo pensaba que era inmaduro y terco. Cuando le preguntaba cuáles eran sus planes después de que lo dieran de alta de otra hospitalización, respondía ritualmente: lo único que necesito hacer es conseguir un trabajo. No tengo nada malo. Su otra respuesta típica era: voy a casarme.

Ambos deseos eran naturales y comprensibles, pero poco realistas dados sus antecedentes recientes, la gravedad de la enfermedad y su negativa a aceptar el tratamiento. Algún día, tal vez, haría realidad sus deseos, pero era muy improbable a menos que se involucrara activamente en el tratamiento que recomendaban sus

médicos.

Era desesperante hablar con Henry sobre por qué no se tomaba su medicamento; como tenía poca experiencia con la enfermedad, la única razón que se me ocurría para su negación inflexible era su terquedad, que estaba a la defensiva y, para ser sincero, era muy molesto. En lo que a mí respecta, hasta que empecé a trabajar en este campo y conocí a muchas más personas con enfermedades mentales graves, dejé de dar crédito a esas teorías. Nunca me pareció lógico que la falta de conciencia generalizada y las extrañas explicaciones que daban personas como mi hermano pudieran explicarse simplemente como una personalidad inmadura o una falta de amor.

Pero no tiene por qué creermelo. Busquemos en las investigaciones una respuesta más objetiva a la pregunta de qué causa la falta de introspección y la negación a aceptar el tratamiento.

La falta de introspección y por qué su ser querido rechaza el tratamiento

He considerado dos causas principales de la falta de introspección en las personas con enfermedades mentales graves. En primer lugar, podría deberse a su actitud defensiva; después de todo, tiene sentido que una persona con una enfermedad grave esté en negación con respecto a todo el potencial y las promesas del futuro que le ha quitado la enfermedad. Sin embargo, aunque todos se ponen a la defensiva de vez en cuando y algunos son más propensos a la negación que otros, los estudios demuestran que la actitud defensiva «cotidiana» no es la responsable de la enorme falta de conciencia tan común en estos pacientes.

La segunda causa posible es que la falta de conciencia de la enfermedad se debe a la misma disfunción cerebral que es responsable de otros síntomas del trastorno.

Cuando se estudió a pacientes con esquizofrenia para examinar si su rendimiento en pruebas neuropsicológicas predecía su nivel de conciencia de la enfermedad, los resultados mostraron una fuerte asociación entre ambos. Cabe destacar que esta correlación fue independiente de otras funciones cognitivas, incluido el coeficiente intelectual. En otras palabras, la falta de introspección estaba relacionada con una disfunción del lóbulo frontal del cerebro y no con un problema más generalizado de funcionamiento intelectual.

En conjunto, estos resultados respaldan firmemente la idea de que la falta de conciencia de la enfermedad y el consiguiente rechazo al tratamiento **se deben a un defecto mental y no a una elección informada**.

Varios grupos de investigación han replicado en numerosas ocasiones el hallazgo de que una mayor falta de introspección está significativamente correlacionada con una disfunción del lóbulo frontal (y una reducción de la materia gris en el lóbulo frontal). Las réplicas repetidas por investigadores independientes son infrecuentes en la investigación psiquiátrica, por lo que el hecho de que varios investigadores hayan descubierto esencialmente lo mismo habla de la solidez de la relación entre la introspección y el lóbulo frontal del cerebro.

Diferencias en la anatomía del cerebro y falta de introspección

Cada vez hay más información que relaciona la falta de introspección en la esquizofrenia y otras enfermedades psicóticas con anomalías funcionales y estructurales en el cerebro, normalmente en el lóbulo frontal. Los estudios han descubierto diferencias en el cerebro de los pacientes con esquizofrenia que tienen introspección

o conciencia de su enfermedad, en comparación con los que no la tienen.

Tres de estos estudios incluyeron a individuos con esquizofrenia que nunca habían recibido tratamiento con medicamento, lo que descarta la hipótesis de que estas diferencias en el cerebro fueran consecuencia del tratamiento.

Las investigaciones comentadas anteriormente, y otros estudios más recientes que relacionan la falta de introspección con anomalías estructurales del cerebro, nos llevan a una única conclusión. En la mayoría de los pacientes con esquizofrenia y trastornos psicóticos relacionados, la falta de perspectiva y la consiguiente falta de adherencia al tratamiento **se deben a un cerebro dañado y no a una terquedad o negación**.

¿Qué es la anosognosia?

La anosognosia es un trastorno en el que una persona no es consciente de su propia enfermedad mental grave o de su adicción, o es incapaz de comprender su afección con exactitud. Para las personas con esquizofrenia o trastorno bipolar, por ejemplo, la anosognosia es la principal razón por la que se niegan a aceptar un tratamiento.

Intentar informar a una persona con anosognosia de su enfermedad mental es como decirle a alguien con psicosis que deje de alucinar. La información y la evidencia que proporcionamos no funcionan. (Bueno, sí funcionan para hacer que la persona se enoje con nosotros).

Resulta que las investigaciones indican que establecer una relación de confianza impregnada de comunicación respetuosa y sin juicios es el camino a seguir. Esto funciona para ayudar a las personas que no entienden que están enfermas a aceptar el tratamiento. Ayudó a que eso ocurriera con mi hermano Henry y con innumerables personas.

Cómo cambiar la forma de abordar la negación de su ser querido a aceptar el tratamiento

En mi experiencia, con frecuencia es fácil cambiar una relación conflictiva por una alianza y un compromiso a largo plazo con el tratamiento. Requiere un esfuerzo concentrado, pero no es difícil una vez que se aprenden las lecciones principales. La parte más difícil es dejar de lado sus prejuicios y recordar que ningún argumento anterior ha cambiado la opinión de su ser querido.

Mi mejor consejo es que deje de intentar convencer a su ser querido de que está enfermo. Cuando acepte su impotencia para convencerle, empezará a abrir puertas que ni siquiera sabía que existían. Recuerde, si realmente hubiera conseguido convencer a su ser querido de que tiene una enfermedad mental, no estaría leyendo este artículo.

Por lo tanto, el primer paso es dejar de discutir y empezar a escuchar a su ser querido de forma que sienta que se respeta su punto de vista, incluidas sus ideas delirantes y la creencia de que no está enfermo.

Si puede relacionarse con su ser querido de esta manera, estará mucho más cerca de convertirse en su aliado y de trabajar juntos para encontrar las razones que podría tener para aceptar el tratamiento, aunque no esté enfermo. Usted no tiene por qué estar de acuerdo con la realidad de la persona, la «realidad» de lo que experimenta, pero sí necesita escucharla y respetarla genuinamente.

4 pasos para ayudar a su ser querido a que acepte el tratamiento: El método LEAP

El resultado de mi investigación y la de colegas de la Universidad de Columbia de Nueva York fue el método Escuchar-Empatizar-Acordar-Acompañar (LEAP, por sus siglas en inglés).

Tanto si usted cree que su ser querido tiene anosognosia ante su enfermedad mental o adicción, como si simplemente este niega su enfermedad, LEAP puede ayudarle a conseguir que acepte el tratamiento.

Paso 1: Escuchar

La escucha reflexiva es una habilidad que se necesita cultivar, no es natural en la mayoría de las personas. Para tener éxito, tendrá que aprender a escuchar de verdad y no reaccionar ante lo que su ser querido siente, quiere y cree. Después, cuando crea que entendió lo que le ha dicho, tendrá que reflejarle, con sus propias palabras, lo que entendió de lo que acaba de escuchar.

[Lea: Comunicación efectiva]

El truco está en hacerlo sin comentar, discrepar ni discutir. Si lo consigue, la resistencia de su ser querido a hablar con usted sobre el tratamiento disminuirá y usted empezará a hacerse una idea clara de la experiencia de este con la enfermedad y el tratamiento que no desea.

Cuando sepa cómo experimenta su ser querido la idea de tener una enfermedad mental, una adicción o la toma de medicamentos psiquiátricos, tendrá un punto de partida que podrá utilizar para empezar a avanzar. Pero también necesitará saber cuáles son las esperanzas y expectativas que su ser querido tiene para el futuro, independientemente de que usted crea o no que son realistas.

Si puede reflejar una comprensión precisa de estas experiencias, esperanzas y expectativas, su ser querido estará mucho más abierto a hablar con usted. Y, lo que es más importante, estará mucho más abierto a escuchar lo que tenga que decirle.

Paso 2: Empatizar

La segunda herramienta para su cinturón de herramientas consiste en aprender cuándo y cómo expresar empatía. Si hubiera una moraleja para cada técnica, la de la empatía sería algo así: Si quiere que alguien considere seriamente su punto de vista, asegúrese de que sienta que usted ha considerado seriamente el suyo. Quid pro quo. Eso significa que debe empatizar con todas las razones que tiene su ser querido para no querer aceptar el tratamiento, incluso las que usted considere disparatadas.

[Lea: Empatía: Cómo sentir y responder a las emociones de los demás]

Es especialmente importante empatizar con los sentimientos relacionados con los delirios (como el miedo, la ira o incluso la euforia, si el delirio es exagerado). Pero no se preocupe: empatizar con cómo hace sentir un delirio específico no es lo mismo que estar de acuerdo con la creencia de que es cierto. Esto puede parecer un tema menor, pero, como verá, el tipo de empatía adecuado hará una enorme diferencia en el grado de receptividad de su ser querido a las preocupaciones y opiniones de usted.

Paso 3: Acordar

Encuentre un punto en común y asíntelo. Saber que lo que usted quiere para su ser querido es algo que él no quiere para sí mismo puede hacer parecer como si no hubiera algún punto en común. Usted quiere que admita que está enfermo y acepte el tratamiento. Él no cree que está enfermo, así que ¿por qué habría de aceptar un tratamiento para una enfermedad que no tiene?

Para evitar llegar a un callejón sin salida, necesita buscar más de cerca un punto en común y cualquier motivación para cambiar que tenga la otra persona. Siempre existe algún punto en común, incluso entre las posiciones opuestas más extremas. Un aspecto en el que casi seguro ambos pueden estar de acuerdo es en querer que la relación esté libre de conflictos, que la relación sea mejor.

[Lea: Habilidades de resolución de conflictos]

El énfasis aquí está en reconocer que su ser querido tiene decisión propia y la responsabilidad de las decisiones que toma sobre su vida. Cuando utiliza la herramienta de Acordar, se convierte en un observador neutral que señala las distintas cosas en las que está de acuerdo.

Si se le invita a hacerlo, también puede señalar las consecuencias positivas y negativas de las decisiones que ha tomado su ser querido. Eso significa abstenerse de decir cosas como: mira, si hubieras tomado tu medicamento, no habrías acabado en el hospital. O: si no te hubieras drogado, no estarías en el problema en el que estás.

Enfóquese en hacer observaciones juntos: identificar hechos en los que finalmente puedan estar de acuerdo.

Paso 4: Acompañar

Si ha estado utilizado la escucha reflexiva y la empatía estratégica, su ser querido sentirá que usted es un aliado y no un adversario, y obtener respuestas a esas preguntas será mucho más fácil de lo que parece. Cuando deja de lado sus intenciones por el momento, puede encontrar muchos puntos en común. Por ejemplo, si la respuesta a la pregunta sobre qué pasó después de que dejó de tomar el medicamento fue: «tenía más energía, pero no podía dormir y me asustaba», usted puede estar de acuerdo con esa observación sin relacionarla con el hecho de que tenga una enfermedad mental.

En este punto del proceso, conocerá algunas de las motivaciones que tiene su ser querido para aceptar el tratamiento (como «dormir mejor», «sentir menos miedo», «conseguir un trabajo», «no ir al hospital», «evitar que mi familia me moleste», etc.). Pueden ser razones que no tienen nada que ver con la creencia de que tienen una enfermedad mental.

Sabrás cuáles son las metas a corto y largo plazo de su ser querido porque habrán hablado de ellas juntos. Y, con este conocimiento, ahora podrá presentarle la idea de que el medicamento podría ayudarle a alcanzar sus metas. No me cansaré de repetirlo: sus sugerencias no deben tener nada que ver con la idea de que su ser querido tiene una enfermedad mental.

Las relaciones respetuosas y sin juicios conducen a la aceptación del tratamiento

Por último, siempre que encuentren aspectos en los que están de acuerdo y hablen de ellos juntos, estarán reforzando la relación. Los estudios demuestran que cuando hablamos de cosas en las que estamos de acuerdo, normalmente nos hablamos de forma respetuosa y sin juzgar. Y cuando tiene una relación con alguien que está marcada por el respeto mutuo y en la que no se juzga, esto resulta ser uno de los mejores indicadores de que esa persona aceptará el tratamiento y permanecerá con él a largo plazo.

En otras palabras, las relaciones respetuosas y sin juicios conducen a la aceptación del tratamiento. En resumen, no ganamos por la fuerza de nuestros argumentos (sobre por qué la persona está enferma y necesita tratamiento), ganamos por la fuerza de nuestra relación con esa persona.

Sobre el autor

El Dr. Amador es autor de muchos libros populares, entre ellos [«I Am Not Sick, I Don't Need Help!»,](#) y el fundador de [LEAP Institute](#).

Más información

Referencias

01. Aleman, A., Agrawal, N., Morgan, K. D., & David, A. S. (2006). Insight in psychosis and neuropsychological function: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 189(3), 204–212.
02. Amador, X. F., & David, A. S. (Eds.). (2004). *Insight and Psychosis: Awareness of Illness in Schizophrenia and Related Disorders*. Oxford University Press.
03. Asmal, L., du Plessis, S., Vink, M., Fouche, J.-P., Chiliza, B., & Emsley, R. (2017). Insight and white matter fractional anisotropy in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 183, 88–94.
04. Bora, E. (2017). Relationship between insight and theory of mind in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 190, 11–17.

05. Buckley, P. F., Hasan, S., Friedman, L., & Cerny, C. (2001). Insight and schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 42(1), 39–41.
06. Drake, R. J., & Lewis, S. W. (2003). Insight and neurocognition in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 62(1–2), 165–173.
07. Kasapis, C., Amador, X. F., Yale, S. A., Strauss, D. H., & Gorman, J. M. (1996). Neuropsychological and defensive aspects of poor insight and depression in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 18(2–3), 117–118.
08. Keshavan, M. (2004). Correlates of insight in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 70(2–3), 187–194.
09. Larøi, F., Fannemel, M., Rønneberg, U., Flekkøy, K., Opjordsmoen, S., Dullerud, R., & Haakonsen, M. (2000). Unawareness of illness in chronic schizophrenia and its relationship to structural brain measures and neuropsychological tests. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 100(1), 49–58.
10. Lysaker, P., Bell, M., Milstein, R., Bryson, G., & Beam-Goulet, J. (1994). Insight and Psychosocial Treatment Compliance in Schizophrenia. *Psychiatry*, 57(4), 307–315.
11. Lysaker, P. H., Bell, M. D., Bryson, G., & Kaplan, E. (1998). Neurocognitive function and insight in schizophrenia: Support for an association with impairments in executive function but not with impairments in global function. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(4), 297–301.
12. Lysaker, P. H., Bryson, G. J., Lancaster, R. S., Evans, J. D., & Bell, M. D. (2003). Insight in schizophrenia: Associations with executive function and coping style. *Schizophrenia Research*, 59(1), 41–47.
13. McEvoy, J. P., Hartman, M., Gottlieb, D., Godwin, S., Apperson, L. J., & Wilson, W. (1996). Common Sense, Insight, and Neuropsychological Test Performance in Schizophrenia Patients. *Schizophrenia Bulletin*, 22(4), 635–640.
14. Pia, L., & Tamietto, M. (2006). Unawareness in schizophrenia: Neuropsychological and neuroanatomical findings. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(5), 531–537.
15. Shad, M. U., Tamminga, C. A., Cullum, M., Haas, G. L., & Keshavan, M. S. (2006). Insight and frontal cortical function in schizophrenia: A review. *Schizophrenia Research*, 86(1–3), 54–70.
16. Smith, T. E., Hull, J. W., Goodman, M., Hedayat-Harris, A., Willson, D. F., Israel, L. M., & Munich, R. L. (1999). The Relative Influences of Symptoms, Insight, and Neurocognition on Social Adjustment in Schizophrenia and Schizoaffective Disorder: *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 187(2), 102–108.
17. Smith, T. E., Hull, J. W., Israel, L. M., & Willson, D. F. (2000). Insight, Symptoms, and Neurocognition in Schizophrenia and Schizoaffective Disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 193–200.
18. Voruganti, L., Heslegrave, R., & Awad, A. (1997). Neurocognitive Correlates of Positive and Negative Syndromes in Schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 42(10), 1066–1071.

19. Young, D. A., Davila, R., & Scher, H. (1993). Unawareness of illness and neuropsychological performance in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 10(2), 117–124.
20. Young, D. A., Zakzanis, K. K., Bailey, C., Davila, R., Griesse, J., Sartory, G., & Thom, A. (1998). Further Parameters of Insight and Neuropsychological Deficit in Schizophrenia and Other Chronic Mental Disease: *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 186(1), 44–50.
21. Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders. (2013). In *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association.