Guía para familiares:
Cuando no quiere aceptar su trastorno bipolar

Cómo actuar sin pelear, sin rendirse y sin convertirse en "policía"

Una de las situaciones más frustrantes en una familia es convivir con un miembro con trastorno bipolar que no acepta el diagnóstico, o lo acepta "de palabra" pero no actúa en consecuencia: no toma medicación, la toma mal o solo la retoma cuando está hundido y quiere salir del dolor.

Esto no es raro. En el trastorno bipolar pueden aparecer negación, falta de conciencia de enfermedad (anosognosia), miedo al estigma, mala experiencia con fármacos, la euforia de que se siente "mejor que nunca", y también el agotamiento familiar, que acaba en discusiones constantes.

Esta guía ofrece pautas prácticas para tres escenarios:

- No acepta en absoluto.
- Acepta verbalmente pero no cumple (adherencia baja).
- Solo toma medicación en depresión para aliviar el malestar.

1. Por qué puede no aceptar el trastorno

Hay motivos distintos y mezclados:

- Negación protectora: "No quiero ser 'enfermo'."
- Falta de conciencia (anosognosia): la persona no percibe su estado como problema (muy típico en fases altas).
- Miedo a la medicación: efectos secundarios, sentirse "apagado", aumento de peso, efectos sobre la sexualidad, etc.
- Identidad y orgullo: "Yo soy así. No necesito nada."
- Memoria emocional sesgada: en euforia no recuerda la depresión; en depresión no cree que vaya a mejorar.

- Estigma: “Van a pensar que estoy loco.”

Idea clave: **discutir suele empeorarlo**, cuanto más le atacas o le “demuestras”, más probable es que se cierre.

Cambia el objetivo: de convencer a proteger, negociar mínimos y activar plan.

2. Tres perfiles frecuentes y qué significan:

A) “No acepto nada”

- Niega el diagnóstico
- Rechaza seguimiento
- Se enfada si se habla del tema.

B) “Sí, sí… pero no hago nada”

Dice que lo acepta, pero:

- Toma medicación a ratos
- Modifica dosis
- No va a citas
- “Se le olvida” sistemáticamente

C) “Solo la tomo cuando estoy fatal”

En depresión pide ayuda porque duele, pero cuando mejora:

- Abandona medicación
- Retoma hábitos de riesgo
- Rechaza seguimiento y prevención

3. Señales de alarma para la familia

Se debe pasar de conversación a plan si aparecen:

- Insomnio o reducción de sueño + aceleración/irritabilidad
- Conductas de riesgo: gasto, alcohol, conducción temeraria, peleas
- Amenazas, agresividad, delirios o paranoia
- Aislamiento extremo, desesperanza o ideas suicidas
- Abandono brusco de medicación con empeoramiento rápido

Si hay riesgo de daño, la prioridad es seguridad: **112**.

Si hay ideación suicida: **024**.

4. Estrategias prácticas para familiares

Lo que suele funcionar mejor es:

A) Cambia el marco: de “discusión” a “acuerdo”

- No intentes ganar debates sobre diagnóstico.
- Habla de conductas observables: sueño, gasto, irritabilidad, riesgo.
- Negocia mínimos: sueño, alcohol, rutinas, visitas clínicas.

Frase útil:
“No necesito que estés de acuerdo con la etiqueta. Necesito que reduzcamos riesgos.”

B) Mensajes cortos, sin juicio (técnica “hecho, efecto y petición”)

- Hecho: “Has dormido 4 horas dos noches.”
- Efecto: “Te noto acelerado y discutimos más.”
- Petición: “Hoy hagamos plan de sueño y mañana lo revisamos.”

C) Quita "gasolina" del ambiente

- Evitar discusiones nocturnas
- Reducir alcohol en casa
- Limitar estímulos en fases altas (fiestas, pantallas, planes infinitos)

D) Límite sano: apoyo sí, encubrimiento no

- No tapar consecuencias (dinero, mentiras, trabajo)
- No financiar conductas de riesgo
- No justificar agresiones

Frase útil para poner límites:

"Te quiero. Te acompaño. Pero no voy a sostener conductas que te destruyen."

5. **Pautas específicas según el escenario**

A) Cuando NO acepta en absoluto su trastorno

Objetivo: abrir una puerta mínima sin activar guerra.

- No le llames "enfermo" ni le etiquetes en caliente.
- Habla de metas compartidas: dormir, trabajar, convivir, paz en casa…
- Propón una "prueba" no ideológica: "Probemos 2 semanas de rutina de sueño y cero alcohol."
- Si rechaza psiquiatría, empieza por algo menos amenazante:
    - Médico de familia
    - Psicólogo
    - Asociación

Roleplay breve: familia y negación total

Versión que empeora la situación:

- Quien actúa de familiar: “Tienes trastorno bipolar, acéptalo de una vez.”
- Quien actúa de afectado: “¡Estáis obsesionados! Estoy bien.”

Versión útil o asertiva:

- Quien actúa de familiar: “No voy a discutir etiquetas. He visto que duermes 4 horas y estás muy irritable. Me preocupa tu seguridad. Hoy hacemos plan de sueño. Y si sigues así 48 horas, pedimos ayuda.”
- Quien actúa de afectado: “No necesito ayuda.”
- Quien actúa de familiar: “Perfecto. Entonces empecemos por lo mínimo: dormir y bajar estímulos. Lo demás lo revisamos mañana.”

B) Cuando acepta verbalmente, pero NO actúa

Lo acepta de palabra pero toma su medicación irregular y/o no cuida sus hábitos

Objetivo: pasar de “promesas” a “sistema”.

No persigas. Automatiza:

- Pastillero semanal
- Alarmas
- Medicación ligada a un hábito (cena/cepillado)
- Pregunta por barreras reales: efectos secundarios, vergüenza, olvido, rechazo.
- Si hay efectos secundarios: animar a hablar con el profesional, no abandonar.

Roleplay breve: adhesión baja

Versión que empeora la situación:

- Quien actúa de familiar: “¿Te la has tomado? ¿Seguro? ¡Siempre mientes!”
- Quien actúa de afectado: “¡Déjame, pesado!”

Versión útil o asertiva:

- Quien actúa de familiar: “No voy a fiscalizarte. Vamos a hacerlo fácil: pastillero y alarma. Si hay efectos secundarios, lo hablamos en consulta. Lo importante es continuidad.”

C) Cuando SOLO toma medicación en depresión

Objetivo: que entienda que el tratamiento es prevención, no “analgésico”.

En depresión es el mejor momento para pactar acuerdos porque hay más conciencia de sufrimiento.

Pacto clave: “cuando mejores, no se corta: se revisa con el psiquiatra.”

Diseñar un plan para “fase alta”:

- Señales rojas
- Acciones
- A quién avisar
- Límites económicos/digitales

Si al mejorar abandona siempre, la familia debe activar límites y apoyo externo antes de la siguiente subida.

Roleplay breve (solo toma medicación en depresión)

- Quien actúa de afectado (depresión): “Ayúdame, no puedo más.”
- Quien actúa de familiar: “Claro. Y cuando mejores, seguimos el plan igual.”
- Quien actúa de afectado: “Ya veré…”
- Quien actúa de familiar: “No. No ‘ya veré’. Lo pactamos hoy: cualquier cambio de medicación se habla con el profesional. Y si aparece insomnio dos noches, activamos el plan.”

6. Plan familiar VERDE/AMARILLO/ROJO

Cuando aparecen síntomas (pródromos) no debemos esperar para actuar, debemos aplicar los planes preconcebidos en eutimia:

PLAN VERDE (estabilidad):

- Rutinas de sueño y comidas correctas
- Revisión semanal familiar breve (10–15 min)
- Seguimiento clínico

PLAN AMARILLO (primeros síntomas):

- Menos sueño
- Irritabilidad
- Mayor gasto
  Aceleración y nerviosismo

Acciones:

- Bajar estímulos
- Cero alcohol
  Rutinas estrictas de sueño, actividades
- Medicación de rescate si el psiquiatra la ha recetado
- Contacto profesional si en 48–72 h

PLAN ROJO (hay una crisis/ existen riesgos):

- Descontrol severo
- Agresividad
- Ideación suicida
  Conducta peligrosa: gastos, sexualidad, conducción…

Acciones: apoyo externo y urgencias si procede: **112**. Si ideación suicida: **024**.

7. Dinámica de grupo para familias: "Hablar sin pelear, actuar sin perseguir"

Objetivo: que cada familia salga con:

- 3 señales rojas del afectado
- 3 acciones familiares
- 2 límites no negociables
- 1 plan de escalado (qué hacer y a quién llamar)

Duración: 60–90 min.

7.1 Reglas (5 min)

- Primera persona
- No diagnósticos en caliente
- No insultos ni reproches
- "PAUSA" permitido

7.2 Roleplay 1 (3 min): patrón que rompe familias: policía-rebeldía

- Quien actúa de familiar: "¡Te has tomado la medicación o no!"
- Quien actúa de afectado: "¡Déjame! ¡Estoy bien!"
- Quien actúa de familiar: "¡Siempre igual!"
- Moderador: "Pausa. Ese patrón no cura, solo escala."

7.3 Reescritura: Roleplay 2 (5 min): hecho, efecto y petición

- Quien actúa de familiar: “He visto que duermes poco y estás acelerado. Me preocupa tu seguridad. Hoy hacemos rutina de sueño y mañana revisamos. Si sigues igual dos noches más, pedimos ayuda.”
- Quien actúa de afectado: “No.”
- Quien actúa de familiar: “No discuto la etiqueta. Protejo el riesgo.”

7.4 Trabajo por familias (20 min): “3 señales, 3 acciones y 2 límites”

- Señales (sueño, gasto, irritabilidad, verborrea…)
- Acciones (bajar estímulos, comunicación asertiva, profesional…)
- Límites: no violencia, no alcohol en casa, no acceso libre a tarjetas en fase alta…

7.5 Cierre (5 min)

“No puedes controlar su enfermedad.
Sí puedes controlar el plan familiar.”

8. Cuándo pedir ayuda externa

No hay que esperar al desastre, hay que pedir ayuda externa:

- Cuando hay episodios repetidos y la familia está quemada
- Cuando hay violencia verbal intensa o miedo
- Cuando hay consumo que dispara episodios
- Cuando hay ideación suicida o riesgo de daño
- Cuando el afectado se niega sistemáticamente a tratamiento y hay deterioro serio

9. Recursos de apoyo

Emergencias (24/7): **112**

Línea conducta suicida (24/7): **024**

Teléfono de la Esperanza (apoyo emocional 24/7): **717 003 717**.

ATBAR (apoyo a afectados y familias): **666 456 036**; atención presencial en el Centro Cívico de La Almozara.

SaludInforma Aragón / urgencias **061**: orientación sanitaria y recursos.

10. Mensaje final

No puedes obligar a alguien a aceptar su trastorno. Pero sí puedes dejar de improvisar, dejar de pelear a ciegas y construir un sistema: señales, acciones, límites y ayuda a tiempo.

Menos discusión sobre etiquetas; más prevención sobre riesgos.

“No discutas el diagnóstico: reduce el riesgo, pon límites que protejan.”

Redactado por: Carlos González Sainz, presidente de la Asociación de Afectados por Trastorno Bipolar de Aragón (ATBAR)