



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

POLIDIPSIA PSICÓGENA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

Autor: Emilia Galán Checa

Tutor profesional: Sara Ben-Bouchta del Viejo

Tutor metodológico: David Paniagua Sánchez

Madrid
Mayo 2018

Emilia
Galán
Checa

POLIDIPSIA PSICÓGENA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA



Resumen

El objetivo era identificar las relaciones entre las variables psicológicas que se relacionan con la polidipsia psicógena en pacientes con esquizofrenia que presentan en la actualidad polidipsia psicógena (PP), que la han presentado con anterioridad (NPPA) y los que nunca la han tenido (NPP). Los PP podrían presentar mayores déficits cognitivos y disfunciones ejecutivas; rasgos de personalidad característicos; estrategias de afrontamiento más desadaptativas y mayor ausencia de conocimiento y conciencia de su trastorno. Se trabajó con una muestra de 30 pacientes con esquizofrenia: 10 PP, 10 NPPA y 10 NPP. Se recolectaron datos del Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) de las historia clínicas y se cumplimentaron unos cuestionarios: Test de Stroop, Inventario de evaluación de la personalidad abreviada (PAI-R), Inventario de respuestas de afrontamiento (CRI-Adulto) y una entrevista acerca de los hábitos de consumo de agua. Los resultados muestran diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento de Análisis lógico "AL" y velocidad para leer palabras (Stroop-P). En conclusión, los PP muestran menos estrategias de aproximación, concretamente en análisis lógico "AL", que revela una falta de reflexión y de objetividad sobre los problemas y de previsión de las consecuencias.

Palabras clave: esquizofrenia, polidipsia psicógena, consumo de sustancias, déficits cognitivos, funciones ejecutivas, personalidad, estrategias de afrontamiento, insight.

Abstract

The aim was to identify the relation between the psychological variables that are related to psychogenic polydipsia in patients with schizophrenia who present psychogenic polydipsia (PP), patients who have presented it previously (NPPA) and patients who have never had it (NPP). The PP could present greater cognitive deficits and executive dysfunctions; characteristic personality traits; poorly adjusted coping strategies and greater lack of knowledge and awareness of their disorder. A sample of 30 patients with schizophrenia (10 PP, 10 NPPA and 10 NPP) was analyzed. Data from the Mini-Cognitive Examination (MEC) of their medical record were collected and some questionnaires were completed: Stroop test, Abbreviated personality assessment inventory (PAI-R), Coping responses inventory form (CRI-Adult) and an interview about water consumption habits. The results show significant differences in the coping strategies of Logical Analysis "AL" and word reading speed (Stroop-P). In conclusion, the PPs show fewer approximation strategies, specifically in logical analysis "AL", which reveals a lack of reflection and objectivity about problems and of prediction of consequences.

Key words: schizophrenia, psychogenic polydipsia, substance consumption, cognitive deficit, executive functions, personality, coping strategies, insight.

Hay determinadas personas que beben excesivas cantidades de líquidos. En la mayoría de las ocasiones, esto no responde a una pérdida real de agua sino a una alteración en la distribución del líquido dentro del organismo (sed osmótica). En estas circunstancias, la persona se siente obligada a consumir una gran cantidad de líquidos, denominándose dicho comportamiento como polidipsia (Mahía, Bernal y Puerto, 2007). Cuando este consumo excesivo es de agua, se denomina potomanía y cuando se trata del consumo de bebidas alcohólicas, dipsomanía (Martínez, López- Espinosa, Navarro, López- Uriarte y Salazar, 2014).

En algunas ocasiones, este problema no se debe a un mal funcionamiento del mecanismo de la sed. Así, unas veces, puede responder a una pérdida de líquido a través de la orina (poliuria), considerándose la polidipsia como secundaria y, sin embargo, otras, puede deberse a una retención de líquidos, denominándose en esta ocasión como diabetes insípida.

Por otro lado, existen personas hidratadas que no han padecido anteriormente pérdidas de líquido y que presentan alteraciones que causan una activación excesiva del mecanismo de la sed; éste es el caso de la polidipsia primaria. Sin embargo, estas personas pueden mostrar grandes diferencias en las alteraciones presentadas, siendo posible, por tanto, establecer distintas categorías entre ellas. Así, podemos encontrarnos con la polidipsia primaria dipsogénica como consecuencia de un traumatismo craneoencefálico; la polidipsia primaria gestacional que se produce durante el embarazo y, por último, está la polidipsia primaria psicógena (potomanía) cuando no existen causas que expliquen la excesiva ingesta de agua.

Como es lógico, si se pretende que el estudio se desarrolle en un centro de Salud Mental, como veremos más adelante, éste se ha centrado en la polidipsia primaria psicógena presente con bastante frecuencia entre los enfermos psiquiátricos y, más frecuentemente, en las personas con esquizofrenia (6-17%) (Barjau y Chinchilla, 2000; De León, 2003; De León, Tracy, McCann y McGrory, 2002; Hayashi et al., 2005; McKinley et al., 2004; Verghese, De León y Simpson, 1993).

Según Mahía et al. (2007) la característica de este tipo de polidipsia es que los pacientes, además de consumir agua de manera compulsiva, niegan su deseo de tener sed, "beben sin sed"; cuando en realidad pueden llegar a beber entre 5 y 20 litros de agua al día. Así mismo, tampoco hay que olvidar el alto riesgo que para la salud de estos pacientes puede presentar la esquizofrenia y polidipsia. En este sentido, hay autores como Kohli, Verma y Sharma (2011) que destacan diversas consecuencias negativas que pueden afectarles como consecuencia de las intoxicaciones por agua; desde un empeoramiento de los síntomas psiquiátricos, náuseas, vómitos, delirio, ataxia, convulsiones y coma, hasta incluso la muerte. Es más, autores como Hawken et al. (2009) observaron que las personas con esquizofrenia y polidipsia mueren más que los no polidípsicos; aunque solo pudieron atribuirle un 10% de las muertes a la intoxicación por agua.

En relación con nuestro estudio, es importante precisar que la polidipsia psicógena, en los pacientes con problemas psiquiátricos, no se trata de un trastorno unitario sino que es normal que se desarrolle en varias fases. De manera que, se comienza con polidipsia y poliuria; se sigue con hiponatremia (retención de agua ya que los riñones no excretan el exceso de líquido, que origina valores bajos de sodio corporal) y finalmente, y en el caso de evolucionar el cuadro, se continúa con intoxicación de agua (Mahía et al., 2007). Si bien es cierto, que de aquellos pacientes que padecen polidipsia primaria, sólo alrededor de la mitad llegan a presentar hiponatremia/intoxicación hídrica intermitente como resultado de la retención temporal.

En relación a las posibles causas de este probable trastorno, existe un gran desconocimiento (Hawken et., 2009). No obstante, hay estudios en los que sus autores consideran que la polidipsia puede responder a varias causas, aunque en ninguno de ellos, sus resultados pueden considerarse concluyentes. Unos autores plantean que su origen puede deberse a algún daño neurológico en la zona del hipocampo (Mahía et al., 2007); según otros, la polidipsia puede responder a la exposición de medicación psicotrópica en sí (Goldman et al., 2011), e incluso, otros, relacionan la polidipsia con la hipersensibilidad de la hormona vasopresina, el aumento de la dopamina o la asocian a un defecto en la osmorregulación (Bhatia, Goyal, Saha y Doval, 2017). De lo que parecen todos los autores estar más seguros es que la polidipsia no responde a factores geográficos y culturales (González y Pérez, Peñas-Lledó, Llerena y González, 2008).

No obstante, este estudio va a inclinarse hacia otras hipótesis que se centran más en los factores psicológicos de este trastorno. En esta línea, hay autores que creen que la existencia de un gran número de pacientes con esquizofrenia y trastorno polidíptico e hiponatrémico guarda relación las disfunciones biopsicosociales, como pueden ser las complicaciones médicas o la falta de cuidado de ellos mismos; las deficiencias cognitivas, conductuales y psicológicas; y suele coincidir, además con un bajo nivel de funcionamiento social de estos pacientes (Leadbetter, Shutty, Hlggins, Pavalonis, 1994). Por otra parte, hay quienes relacionan este trastorno con la creencia irracional de los beneficios del agua para la salud, llegando el paciente a considerarse a sí mismo como “persona saludable” (Mahía et al., 2007). Incluso, otros autores pretenden relacionar la polidipsia con la búsqueda de estos pacientes de una sensación de placer que les conduzca a mantener un estado de bienestar, pudiendo ser considerado este consumo de agua como un sustituto de la comida para controlar la ansiedad. Y en este sentido, es interesante la propuesta de Martínez et al. (2014) de incluir la polidipsia dentro de los trastornos del control de los impulsos no clasificados al no disponer de diagnóstico específico. González et al. (2008) que proponen, además, estudiar su relación con la conducta y los factores neurobiológicos.

En la línea marcada por las hipótesis de estos últimos autores, el estudio se sustenta en el énfasis que determinados autores ponen en la investigación de los factores psicológicos de la polidipsia en la

población con esquizofrenia, debido fundamentalmente al desconocimiento de su patogenia y al gran impacto que tiene en este perfil poblacional (Emsley, Spangenberg, Roberts, Taljaard y Chalton, 1993; Nagashima et al., 2012; Schnur, Wirkowski, Reddy, Decina y Mukherjee, 1993; Torres, Keedy, Marlow-O'Connor, Beenken y Goldman, 2009).

Parece oportuno, por tanto, comenzar con las investigaciones que podemos encontrar en la literatura que relacionan los pacientes con esquizofrenia y polidipsia con los déficits cognitivos, como primera variable del estudio. Se ha partido de la definición que Pérez (2005) hace del deterioro cognitivo como un declive o pérdida del rendimiento de alguna de las capacidades intelectivas: lenguaje, memoria, orientación, pensamiento abstracto, habilidades visuoespaciales y constructivas, capacidad de juicio, de razonamiento, de cálculo y de aprendizaje.

Resulta interesante observar, en este sentido, ya de partida, que los pacientes con esquizofrenia muestran una disminución en su funcionamiento neuropsicológico (Torres et al., 2009). Y más concretamente, en relación con nuestro estudio, se ha llegado a demostrar que los pacientes con esquizofrenia y con polidipsia e hiponatremia realizan significativamente peor el MMSE (Mini-Mental State Examination o Mini prueba del estado mental) que los pacientes con esquizofrenia sin hiponatremia/polidipsia (Schnur et al., 1993). En el mismo año, Emsley et al. (1993) confirman la hipótesis anterior. Y en una investigación más reciente, se muestra que este tipo de pacientes presentan alteraciones significativas en la memoria visual y el procesamiento de la información, inteligencia, aprendizaje / memoria y discriminación facial (Nagashima et al., 2012).

A continuación, se presentan autores que relacionan los déficits cognitivos con el hipocampo y la polidipsia. Para ello, se van a mencionar dos grupos de hipótesis contradictorias. En un primer grupo, sus autores establecen que una reducción del volumen del hipocampo anterior puede influir en la polidipsia y en los déficits cognitivos (Carrión, Hans, Quirós y Ruiz, 2012; Goldman et al., 2011; Ramirez, Arranz, Sarro y San, 2004) y, más concretamente, en pacientes con esquizofrenia con polidipsia e hiponatremia (Schnur et al., 1993; Torres et al., 2009). Éstos últimos autores afirman que cuentan con evidencia de que, una vez presente el deterioro cognitivo, éste empeora a lo largo de su enfermedad esquizofrénica como consecuencia de la polidipsia e hiponatremia.

Y por otro lado, existe otro grupo de autores que presentan hipótesis, por las que se podría inclinar este estudio, que establecen que la patología del hipocampo puede ser consecuencia de la polidipsia/hiponatremia, provocando ésta a su vez los déficits cognitivos. Así pues, dichos autores consideran que el deterioro cognitivo puede estar asociado con la hiponatremia/polidipsia, posiblemente como resultado del daño cerebral causado por la intoxicación con agua o a la repetición de crisis de hiponatremia (Schnur et al., 1993). Y en esta misma línea de trabajo, Goldman et al. (2011) han considerado que la patología del hipocampo podría ser la consecuencia del desajuste hídrico de los pacientes polidípsicos y no la causa, pudiéndose considerar que las diferencias en las

formas estructurales puedan ser originadas por la polidipsia. Igualmente, existe un estudio basado en una muestra de pacientes con esquizofrenia con y sin polidipsia, en el que Nagashima et al. (2012) confirman los estudios anteriores y concluyen que es posible que la polidipsia pueda originar una reducción del volumen de la ínsula izquierda (estructura que se asocia con funciones emocionales y neuropsicológicas) y que, debido a su conexión con otras áreas del cerebro, puede provocar deterioros cognitivos.

En conclusión, aunque existen hipótesis contrapuestas en relación a las anteriores investigaciones y reconociendo, además, el desconocimiento de los factores que pueden influir a tener déficits cognitivos en las personas polidípsicas, si se admite la hipótesis de Torres et al. (2009) que consideran que la polidipsia por sí sola tiene ciertas consecuencias negativas en la cognición en pacientes con esquizofrenia, sin que ésta esté acompañada de hiponatremia, se podría comprobar si los pacientes con esquizofrenia y con polidipsia presentan más deterioro cognitivo que los que no la presentan. La ausencia de más investigaciones y de estudios que relacionan polidipsia y daños cognitivos anima a intentarlo en este estudio.

Y en esta línea de trabajo, se va a seguir introduciendo otras variables que forman parte de nuestros procesos cognitivos, éstas son las llamadas funciones ejecutivas. Y será por esta razón por la que se considera interesante estudiarlas en relación con la polidipsia psicógena. Previamente, es conveniente conocer la referencia de Tirapu, Cordero, Luna y Hernáez (2017) que consideran las funciones ejecutivas como procesos que relacionan las ideas con las acciones para la resolución de las dificultades que puedan aparecer. La modificación de estas funciones puede conllevar problemas en el desarrollo de tales acciones, con la consiguiente pérdida de espontaneidad y aumento de la impulsividad y perseverancia. En este sentido, sólo se ha encontrado una investigación de Nagashima et al. (2012) que las incluyera en su estudio. En concreto, éstos han relacionado algunas de las funciones neuropsicológicas, incluida las ejecutivas, con el volumen cerebral. Y han llegado a demostrar que los pacientes con esquizofrenia y polidipsia tienen mayor reducción en el volumen de la ínsula izquierda que los pacientes no polidípsicos, concluyendo que la polidipsia puede inducir esta reducción, siendo a su vez esta reducción la que puede deteriorar dichas funciones, incluidas las ejecutivas.

Así mismo, se ha intentado seguir indagando en la literatura existente, con el propósito de encontrar más relaciones de este trastorno polidípsico con las funciones ejecutivas, aunque tan sólo se han encontrado autores que proponen el desarrollo de estrategias de actuación más adecuadas para los pacientes polidípsicos. Así por ejemplo, Leadbetter et al. (1994) consideran fundamental realizar evaluaciones neuropsicológicas a estos pacientes en las que se evalúe el desarrollo de las funciones ejecutivas. También Emsley et al. (1993) piensan que podrían diseñarse estrategias de remediación cognitiva para la mejora de de las funciones ejecutivas y cognitivas para poder tratar la intoxicación de

agua con mayor eficacia y atenuar los episodios adicionales. Y por último, Kumbhani, Roth, Kruck, Flashman y McAllister (2010) se suman a las dos propuestas de las teorías anteriores.

Teniendo en cuenta lo citado, sería útil seguir avanzando en el conocimiento de cómo el funcionamiento ejecutivo en personas con trastorno mental grave y polidipsia psicógena se ve alterado.

Además del estudio de los déficits cognitivos y funciones ejecutivas, si se pretende seguir avanzando en la comprensión de un trastorno como la polidipsia, es de mucha utilidad conocer qué rasgos de personalidad tienen tendencia a desarrollarla (Ahmed, Heigh, y Ramachandran, 2001). Igualmente, podría ser muy interesante estudiar si las diferencias de personalidad que presentan estos pacientes pueden guardar relación con la forma en la que experimentan sus emociones, opinan de su enfermedad, buscan su bienestar y participan en el tratamiento propuesto (Márquez-Arrico y Adan, 2016).

Conviene saber que Chico (2015) considera que la personalidad son los sentimientos, pensamientos, actitudes y comportamientos de cada persona en particular para la satisfacción sus necesidades. Así mismo, Guízar, Saracco y Eresán (2012) entienden como rasgo de personalidad la predisposición o tendencia que tiene cada persona a actuar de una manera concreta en determinadas circunstancias. A este respecto, tampoco existen investigaciones que estudien una relación directa con esquizofrenia y el trastorno de personalidad en pacientes polidípsicos. Aunque hay autores que descubrieron de manera casual asociaciones individuales verdaderamente significativas en este tipo de pacientes y que vienen demandando desde hace años que se investigue más esta posible relación (Bremmer y Regan, 1991).

En este contexto de falta de investigaciones, parece bastante oportuno plantear, como vía de estudio, el papel que juega la personalidad en personas con enfermedades mentales graves y trastorno por consumo de sustancias. De esta manera, se encuentran investigaciones que relacionan a los pacientes con esquizofrenia con trastorno por consumo de sustancias, fundamentalmente alcohol. Con la intención de que los resultados obtenidos en estos estudios puedan ser extrapolables a los derivados en este tipo de pacientes con esquizofrenia en relación a su consumo excesivo de agua.

De hecho, Marquez-Arrico, Benaiges y Adan (2015) encontraron una correlación bastante significativa entre el consumo de sustancias y varios trastornos mentales, especialmente entre personas con esquizofrenia, llegando a alcanzar hasta un 50% de personas con esquizofrenia con este diagnóstico dual. Y a su vez, éstos concluyeron que estas personas presentaban mayores síntomas psiquiátricos, mayores déficits de funcionamiento cognitivo y unas particularidades de la personalidad

ligadas a conductas más disruptivas así como una peor calidad en su vida diaria en comparación con las personas con un solo diagnóstico.

Por tanto parece confirmándose, según este último estudio, que existe relación entre los rasgos de personalidad y el consumo de sustancias. Sin embargo, esta afirmación, aunque no se refiera concretamente al consumo compulsivo de agua, puede dar una idea de los rasgos de personalidad más relacionados con este tipo de consumo, y más aún, teniendo en cuenta que hay un estudio de Ahmed et al. (2001) que plantean que el consumo de alcohol y la polidipsia pueden compartir una patogenia similar, y por tanto un similar tratamiento. Esta última relación también viene avalada por diferentes hipótesis, p.e. la de Poirier et al. (2010) que afirman que la polidipsia y el alcoholismo son adictivos; y que una cierta predisposición genética y antecedentes de alcoholismo pueden conducir a la polidipsia.

Ya en este contexto, se estudian algunos rasgos de la personalidad en este perfil de paciente con esquizofrenia y abuso de sustancias para asimilar sus resultados al consumo excesivo de agua.

En efecto, Marquez-Arrico y Adan (2016) encontraron relación entre la impulsividad y el consumo de sustancias en pacientes con esquizofrenia. Otros dos estudios, uno de Reno (2004) y otro de Dervaux et al. (2001) confirman que estos pacientes suelen ser más impulsivos y que buscan sensaciones más intensas (gratificación o/ y excitación). Del mismo modo, Gut-Fayand et al. (2001) consideran, como base de partida, que los rasgos de personalidad del paciente son relativamente estables y, cuando profundizan un poco más, muestran que esta mayor impulsividad puede estar presente incluso antes del abuso de sustancias, haciéndolos por tanto más vulnerables al consumo de sustancias y al suicidio. Y Zhornitsky et al. (2012) ponen de manifiesto la necesidad de recoger más medidas de impulsividad (incluida la inhibición de la respuesta) para confirmar los resultados obtenidos.

Otra hipótesis considera qué determinados rasgos de personalidad del paciente con esquizofrenia pueden conllevar, además del consumo de sustancias, a una mayor probabilidad de conducta violenta. Así lo confirman Volavka y Swanson (2010) en un estudio con pacientes con esquizofrenia hospitalizados. Dichos autores evidencian que la violencia solo en un 20% de estos pacientes es atribuible directamente a la esquizofrenia, mientras que en el 80% restante es causada por la impulsividad, confusión y rasgos psicopáticos. Marquez-Arrico y Adan (2016) añaden, en el estudio antes referido, que los pacientes con patología dual (esquizofrenia y consumo de sustancias) son menos sociables y prefieren estar solos o en grupos pequeños. Esta hipótesis coge fuerza en otros estudios, uno Poirier et al. (2010) que confirma la baja sociabilidad en los pacientes polidípsicos y,

otro más de Shutty, Hundley, Leadbetter, Vieweg y Hill (1992) que muestra niveles más bajos de funcionamiento social después del consumo de grandes cantidades de agua

Otro rasgo de personalidad que resulta interesante considerar en estos pacientes polidípsicos, es la ansiedad. Para ello, tomamos como referencia a Sierra, Ortega y Zubeidat (2003) que definen la ansiedad en términos de rasgo, como una tendencia individual a responder de manera ansiosa. Es decir, cuando el individuo tiende a interpretar las circunstancias estimulantes como un peligro o una amenaza, responde ante la misma con ansiedad. Una posible respuesta para controlar la ansiedad en las personas que padecen polidipsia psicógena la proporcionan Martínez et al. (2014), al considerar la ingesta excesiva de líquido como un comportamiento aprendido con la intención de buscar un estado más placentero. Sin embargo, estos mismos autores, también llegan a plantearse verificar la hipótesis contraria, es decir, ¿en qué medida esta ingesta excesiva de agua puede provocar trastornos de ansiedad? Los autores Bremner y Regan (1991) piensan que ambas hipótesis son posibles, sobre todo, teniendo en cuenta la facilidad que tienen estos pacientes para acceder a los líquidos.

Al hilo de esto, hay autores que plantean que esta angustia puede producirse durante las demandas de agua del paciente, mientras que otros piensan que la angustia puede ser causada en el momento en el que sienten el impulso de beber (Shutty et al., 1992). Y por fin, un estudio de Korkeila et al. (2005), que investiga la ansiedad en pacientes polidípsicos y en pacientes consumidores de sustancias, encontrando unos resultados similares. Dichos resultados muestran como el consumo de sustancias (y el consumo excesivo de agua) pretende compensar la ansiedad y buscar un estado placentero, proporcionando a los pacientes una solución a corto plazo positiva, pero, a largo plazo, negativa. Es decir, parece que tanto el consumo de sustancias como el consumo de agua (polidipsia) son una respuesta a la ansiedad y la búsqueda de placer.

Otros factores de personalidad asociados al consumo de sustancias en pacientes con esquizofrenia serían la personalidad límite, la antisocial y la paranoide (Altunsoy et al., 2015). Son varios los estudios que las relacionan, así por ejemplo, Reno (2004) y Altunsoy et al. (2015) encontraron relación entre el consumo temprano y el alto nivel de consumo de sustancias con la presencia de un alto rango en las características de personalidad del grupo B (especialmente límite y antisocial). También Baum (2012) observó que las personas que presentan relación con las escalas límite, antisocial, de estrés y de rechazo a la toma del tratamiento son las mismas que presentan una mayor predisposición de abuso de sustancias. Para la evaluación de la personalidad de los pacientes con esquizofrenia se utilizó el PAI (Inventario de Evaluación de la Personalidad).

Por tanto, de todo lo anteriormente expuesto, parece que el consumo de sustancias (incluido el consumo excesivo de agua) por parte de los pacientes con esquizofrenia podría asociarse a rasgos de su personalidad y que dicha afirmación podría probarse, mediante una evaluación y tratamiento que

incluya dimensiones de la personalidad (Marquez-Arrico y Adan, 2016). Para ello, algunos autores recomiendan utilizar una entrevista estructurada y/o la administración de una prueba si el paciente tiene capacidad para responder a un cuestionario (Leadbetter et al., 1994). Más aún, existen otros autores que plantean la conveniencia que el tratamiento se centre principalmente en los factores personales e interpersonales más que en el abuso de sustancias (incluido el consumo excesivo de agua) o tratamiento psiquiátrico (Clement, Williams y Waters, 1993); es decir, se trata de abarcar la persona en su totalidad (Baum, 2012).

Es cierto que las diferencias individuales (personalidad, habilidades, edad, experiencia, recursos y habilidades sociales) son fundamentales para tener éxito en nuestra vida cotidiana. Sin embargo, cuando estos pacientes con esquizofrenia y polidipsia pretenden resolver las situaciones estresantes que suelen presentárseles, es preciso tener en cuenta su capacidad de afrontamiento para evaluar estas situaciones, así como los recursos de los que disponen para obtener información, buscar ayuda y apoyo social en el entorno en el que viven o suelen residir (ya que, en muchos de los casos, estas personas se encuentran hospitalizadas). Lazarus y Folkman (1986) definen estas estrategias de afrontamiento como los esfuerzos conductuales y cognitivos que hace cada individuo para hacer frente a las situaciones estresantes o emocionales, cuando éste considera que estas demandas exceden sus propios recursos. En base a esta definición, se deduce que cada persona hace frente al estrés según su propio estilo de afrontamiento; y son, estos mismos autores, quienes proponen tres estrategias relacionadas con cada uno de estos estilos. Así pues, existe una primera estrategia centrada en la resolución/modificación del problema; otra segunda estrategia centrada en las emociones- que no pretende resolver el problema, sino que busca la forma de sentirse mejor y relajarse- y por último, otra estrategia evitativa que pretende posponer el afrontamiento del problema hasta que la persona busca apoyos psicosociales que le permitan hacerle frente, a través de la evasión, la distracción o la toma de distancia.

Tampoco parece que existan demasiadas dudas de que las estrategias de afrontamiento puedan influir en los trastornos psicológicos. De esta manera, en relación al estudio con pacientes con esquizofrenia, Fernández y Díaz (2001) observaron que estos pacientes utilizan estrategias de afrontamiento evitativas del problema planteado, normalmente realizando otras actividades y/o recurriendo a otras personas. También suelen utilizar estrategias centradas en la emoción, en muchas ocasiones autoinculpándose y mostrando unas respuestas emocionales muy intensas. En general, según Neeltje et al. (2016) podría decirse que los pacientes con esquizofrenia tienen una mayor preferencia a utilizar estrategias de afrontamiento de evitación y actitud pasiva que las personas sanas.

De cara al estudio realizado, se sabe muy poco de las estrategias de afrontamiento que poseen los pacientes con esquizofrenia y polidipsia, pese al papel tan importante que parecen que tienen éstas.

Por esta razón, vamos a seguir en la línea ya fijada en este estudio, basada en intuir un cierto paralelismo entre polidipsia psicógena y consumo de sustancias.

En este sentido, Blanchard et al. (1999), consideran objeto de sus estudio los rasgos de personalidad y estilos de afrontamiento en pacientes con esquizofrenia y con abuso de sustancias, concluyendo que éstos pacientes utilizan un tipo de afrontamiento más desadaptativo y con un mayor abuso de sustancias para enfrentarse al estrés. Ya más concretamente, Marquez-Arrico et al. (2015) mucho más técnico para este trabajo, relaciona las estrategias afrontamiento, utilizando como instrumento el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), en dos grupos de personas consumidoras de sustancias: uno, de pacientes con esquizofrenia consumidores y, otro, de personas sin esquizofrenia y que sólo abusan de sustancias. En esta investigación se hace referencia a dos grupos de estrategias: las primeras, estrategias de compromiso (afrontamiento de aproximación o activo) que tienen como objeto centrarse en el problema y en algunas formas de protección centradas en la emoción; y las segundas, estrategias de desconexión (o evitación) que incluye la evitación, negación y las ilusiones; estimándose en general que las primeras son adaptativas y exitosas, mientras que las segundas desadaptativas o ineficaces.

En relación a los dos grupos estudiados, y confirmando estudios anteriores, verifican que el abuso en el consumo de sustancias por parte de las personas de ambos grupos les provoca una tendencia al uso de estrategias más desadaptativas, así como una menor cantidad de estrategias activas para la resolución de problemas y disminución del estrés. Ya más concretamente y, centrándonos en los pacientes con esquizofrenia y consumo de sustancias, por una parte, mostraron una estrategia de compromiso más ineficaz en el tratamiento y resolución de situaciones problemáticas y, por otra, mostraron una menor autopercepción de éxito, de manera que no se consideraban capaces de solucionar el problema por ellos mismos. Así mismo, dichos pacientes demostraron poseer menos estrategias conductuales y cognitivas debido a que consideraban los problemas menos estresantes, adoptando para ello, y muy frecuentemente, estrategias evitativas. También quedó demostrado que preferían estar más tiempo solos, evitando a otras personas, y que demandaban menor apoyo social.

En nuestro estudio se ha considerado razonable plantear qué estrategias de afrontamiento utilizan los pacientes con esquizofrenia y en qué medida los pacientes con esquizofrenia polidípsicos utilizan estrategias de afrontamiento diferenciales frente a los no polidípsicos. Teniendo en cuenta, que es necesario partir de la base que estos pacientes están ingresados en unidades de larga estancia, por lo que suelen presentar falta de conciencia sobre su enfermedad mental (esquizofrenia).

Por lo tanto, sería interesante considerar una última variable: el insight. Según Iftene et al. (2013), estos pacientes no sólo suelen mostrar falta de conciencia de su esquizofrenia, sino que además suele ser normal que presenten también ausencia de conocimiento acerca de su trastorno polidípsico y

de las conductas inadecuadas que adoptan, llegando, incluso, a no ser capaces de ver el peligro de su consumo excesivo de agua y ni siquiera reconocer que otras personas de su entorno ya se lo habían advertido anteriormente. El insight, en el contexto de pacientes con trastorno mental, para Bouroubi, Banovic, Andronikof y Omnès (2016), se conoce como la capacidad que tienen éstos para darse cuenta de una realidad que se encontraba inconsciente. Y para ellos, se debe distinguir, por una parte, el conocimiento y la conciencia de su enfermedad y, por otra, su actitud ante la misma. Más concretamente, en el contexto del trastorno compulsivo de beber agua, Baum (2012) considera fundamental evaluar también el comportamiento, para observar y comprobar esta ausencia de conocimiento y de conciencia.

Para la evaluación de estos pacientes acerca de sus hábitos relacionados con su conducta de beber (gustos, motivaciones, razones que dan para beber...) y sobre los patrones del consumo excesivo de agua, Leadbetter et al. (1994) utilizaron el autoinforme, con la finalidad de disminuir los efectos negativos y plantear otro tipo de intervenciones más ajustadas a estos pacientes. Para su tratamiento, se propone el uso de distintas estrategias de intervención como pueden ser la educación personal y familiar (Iftene et al., 2013) y el biofeedback (como alternativa a otros métodos que imponen prohibiciones) (Hyde y Thomas, 1993). Aunque sigue siendo una realidad que la literatura sigue sin presentar tratamientos que modifiquen esta visión alterada en la psicosis (Pijnenborg, Van Donkersgoed, David y Aleman, 2013).

A modo de resumen, llama poderosamente la atención ver cómo este trastorno, tan desconocido y tan poco estudiado, puede llegar incluso a poner en riesgo la vida de los pacientes. Tiene tan alta prevalencia que llega a alcanzar, como se ha citado anteriormente, entre el 6 y el 17 % de los pacientes con esquizofrenia (Barjau y Chinchilla, 2000; De León, 2003; De León et al., 2002; Hayashi et al., 2005; McKinley et al., 2004; Verghese et al., 1993).

Y, aunque, actualmente existen estudios que relacionan la polidipsia/hiponatremia con la esquizofrenia, en cambio, existe muy poca investigación de los efectos negativos de la polidipsia psicógena por sí sola en estos pacientes. Por tanto, se considera de interés identificar las relaciones entre las variables psicológicas (personalidad, estilos de afrontamiento y grado de conciencia y conocimiento), variables neuropsicológicas (capacidades cognitivas, funciones ejecutivas) y la polidipsia psicógena en pacientes con esquizofrenia.

Si bien es cierto que hay estudios que encuentran relación entre algunas variables psicológicas con la polidipsia en personas con esquizofrenia, sin embargo, no hay ninguno que se haya centrado en el estudio de los rasgos de personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes consumidores de agua (polidipsia), ya que la mayoría se centran en su relación con el abuso de sustancias. Por ello,

éstas van a ser dos aportaciones más al estudio. Asimismo, debido a la poca consideración que tiene el insight en la literatura, sería interesante retomar su estudio.

El presente estudio puede ser original, como se viene poniendo de manifiesto, en la medida en la que se plantea aumentar los conocimientos hasta ahora desconocidos y descubrir nuevos aspectos sobre la polidipsia ya tratados anteriormente. Toda investigación novedosa acerca de este trastorno podrá incentivar a desarrollar protocolos de prevención y de mejora más acordes con las necesidades de este tipo de paciente y contribuir al mejoramiento de programas de tratamiento.

Por tanto, se considera de interés identificar las relaciones entre las variables psicológicas (capacidades cognitivas, funciones ejecutivas, personalidad, estilos de afrontamiento y grado de Conciencia y Conocimiento) y la polidipsia psicógena en pacientes con esquizofrenia que presentan polidipsia psicógena (PP), que no presentan polidipsia psicógena en la actualidad y (NPPA) y los que nunca la han tenido (NPP). También, se tiene como objetivo profundizar en variables relacionadas con la polidipsia psicógena (motivos para empezar y dejar de beber agua, las razones de las recaídas y las consecuencias negativas) mediante obtención de datos cualitativos a través de una entrevista para complementar los obtenidos en el análisis cuantitativo.

Las hipótesis que se probarán basándonos en los fundamentos teóricos son:

Hipótesis: Existen diferencias significativas en las capacidades cognitivas entre pacientes con esquizofrenia que presentan polidipsia psicógena (PP), aquellos que la han padecido pero que ya no la presentan (NPPA) y aquellos que nunca la han padecido (NPP).

Hipótesis: Existen diferencias significativas en el funcionamiento ejecutivo entre pacientes con esquizofrenia que presentan polidipsia psicógena (PP), aquellos que la han padecido pero que ya no la presentan (NPPA) y aquellos que nunca la han padecido (NPP).

Hipótesis: Existen diferencias significativas en los rasgos de personalidad (límites, agresión, paranoia, ansiedad y antisociales) entre el grupo de pacientes con esquizofrenia que tienen polidipsia psicógena (PP) con el grupo conformado por los que la han tenido junto con aquellos otros que nunca la han tenido (NPPA y NPP).

Hipótesis: Existen diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento (desadaptativas: evitativas, y adaptativas: aproximación) entre el grupo de pacientes con esquizofrenia que tienen polidipsia psicógena (PP) con el grupo conformado por los que la han tenido junto con aquellos otros que nunca la han tenido (NPPA y NPP).

Hipótesis: Existen diferencias significativas entre los pacientes con esquizofrenia con polidipsia psicógena (PP) y los que ya no la tienen (NPPA) en su nivel de Concienciación de la gravedad de su conducta polidíptica y en el grado de Conocimiento que tienen acerca de la misma.

Método

Diseño

La presente investigación consistió en un diseño de intervención cuasiexperimental con tres grupos experimentales: pacientes con polidipsia psicógena actual (PP), que no presentan polidipsia en la actualidad (NPPA) y sin polidipsia (NPP). Todos los grupos eran grupos naturales sin aleatorización.

Participantes

La muestra se compuso por un grupo de 30 pacientes que recibían en ese momento tratamiento en el hospital San Juan de Dios de Ciempozuelos (Madrid). Todos los pacientes fueron hombres y todos poseían el diagnóstico de esquizofrenia. De los 30 pacientes, 20 de ellos además de tener diagnóstico de esquizofrenia [de acuerdo a los criterios del DSM-V], tenían diagnóstico de Polidipsia Psicógena [determinada a través de los métodos de determinación de la densidad específica de la orina (SPGU)] y el cambio del peso corporal durante el día (NDWG). De estos 20 pacientes con polidipsia: 10 de ellos eran polidípticos en la actualidad (PP) y los otros 10 lo habían sido pero ahora no lo eran (NPPA) (abstinencia en un periodo de al menos un mes antes del inicio del estudio). Sus edades oscilaban entre los 18 y los 65, siendo la edad media de 51,5 años. Y el tiempo medio de estancia en la institución fue de 12, 7 años.

En base a otras variables sociodemográficas, se obtuvo que la mayoría poseía estudios primarios, 70%, 50% y 70% en los NPP, en los NPPA y en los PP, respectivamente. Respecto a la edad promedio de comienzo de la esquizofrenia era de 18 años. En relación al consumo de sustancias era muy parecido en los tres grupos de pacientes, 40% en alcohol, 70% en tabaco y 40% en drogas. En cuanto a los antecedentes familiares, los PP tienen un porcentaje mayor de familiares de primer rango con antecedentes de psicosis, un 30%, mientras que el resto de pacientes tiene a un 20%.

Los pacientes se seleccionaron en función de los criterios de inclusión, que fueron, tener entre los 18 a los 65 años de edad, con diagnósticos de esquizofrenia y polidipsia psicógena y que aceptasen voluntariamente participar en la presente investigación. Todos los pacientes realizaban tratamiento farmacológico con antipsicóticos siendo su situación clínica estable.

Procedimiento

Respecto a la dimensión ética del estudio, previo a su participación se solicitó el consentimiento informado de los pacientes (en el caso de estar incapacitados, el de sus responsables legales). La identificación de los pacientes fue conservada como información confidencial y tanto los datos personales como los que obtuvieron de su participación fueron utilizados únicamente con fines de investigación y solamente por parte de la investigadora, atendiendo a un estricto cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal. Para ello, los datos recogidos se registraron en una base de datos completamente anónima y se utilizó un código donde no constaban los datos personales.

La fase de evaluación comprendió desde Noviembre 2017 a Marzo del 2018. Se recolectaron los datos sociodemográficos de los pacientes y sus puntuaciones en el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) (Lobo, A., Saz, P., Marcos, G. y el grupo de trabajo ZARADEMP, 2002), a través de las historias clínicas. En primer lugar se les administró a los PP y a los NPPA la entrevista acerca de los hábitos de consumo de agua (Millson, R., Koczapski, A., Cook, M. y Daszkiewicz, M., 1992), más tarde, se evaluó a todos los pacientes con la prueba de STROOP denominada “Stroop Test de Colores y palabras” (Golden, 2001). Después, se les administró el Inventario de evaluación de la personalidad versión abreviada (PAI-R) (Ortiz-Tallo, Santamaría, Cardenal y Sánchez, 2011) y el Inventario de Respuestas de Afrontamiento para adultos (CRIA-Adulto) (Kirchner y Forns, 2010) sólo a 20 pacientes (10 PP, 5 NPPA y 5 NPP). Se tomó esta decisión debido a la falta de tiempo, a la negativa, fatiga y resistencia que algunos pacientes presentaron cuando se les iba a administrar. Estas pruebas de evaluación se pasaron individualmente, en formato de entrevista, respetando las instrucciones del Manual y siendo aplicadas por psicólogas entrenadas.

Instrumentos

Mini-Mental State Examination (MMSE) (Folstein, M.F., Folstein, S.E., Mc Hugh, P.R. y Fanjiang, G., 1975): adaptación española “Mini-Examen Cognoscitivo (MEC)” (Lobo, A. et al., 2002). El instrumento tiene como objetivo medir el deterioro de las funciones cognitivas. El MEC consta de 35 preguntas y explora las siguientes áreas: orientación temporal, orientación espacial, fijación, atención y cálculo, memoria, nominación, repetición, comprensión, lectura, escritura y dibujo. El tiempo de administración de la prueba es de 15 minutos aproximadamente. El mini Mental se puntúa en función del número de aciertos en las preguntas, de tal forma que puntuaciones altas indican un mejor funcionamiento cognitivo (se puntúa “1” por cada pregunta correcta y “0” si no es correcta). Con el punto de corte 23 se considera que se obtienen buenos resultados. Muestra una fiabilidad test-retest entre ,80 y ,95 y una adecuada validez de contenido, de procedimiento y de constructo del

instrumento original. La versión española del MMSE, el MEC, muestra la misma estructura de factores que el original, así como propiedades psicométricas adecuadas.

(Este instrumento no fue administrado durante el proceso de evaluación, sino que los datos fueron recuperados de las historias clínicas. El instrumento fue aplicado a los pacientes en el año 2017).

Drinking Questionnaire (Millson, 1992): traducido para este estudio al español “Entrevista acerca de los hábitos de consumo de agua”. Tiene como objetivo conocer los hábitos de consumo de agua que tienen los pacientes con polidipsia psicógena y evaluar el Conocimiento y Conciencia que tienen sobre este trastorno. Está compuesta por 11 ítems. La mayoría de los ítems se califican según una escala Likert que va de 1 (“muy poco”, “nunca”) a 5 (“mucho”, “a menudo”), el resto de ítems son preguntas abiertas. El tiempo de aplicación del mismo es de aproximadamente 20 minutos (Iftene et al., 2013) (véase ANEXO 1).

Stroop Color and Word Test (STROOP) (Stroop, 1935): adaptación española “Test de Stroop de Colores y palabras (STROOP)” (Golden, 2001). Este test tiene como objetivo medir el funcionamiento ejecutivo. El test dispone de tres páginas, con 100 elementos cada una, distribuidos en cinco columnas de 20 elementos. En la primera página (folio A4) aparecen en color negro y al azar las palabras “rojo”, “verde” y “azul” (Stroop-P), que evalúa la velocidad para leer palabras. En la segunda página aparecen 100 elementos iguales (XXXX) impresos en color azul, verde o rojo (Stroop-C), que evalúa la velocidad para nombrar palabras y en la tercera página aparecen las palabras de la primera página impresas en colores de la segunda (Stroop-PC), que evalúa la capacidad de inhibir respuestas automáticas, la flexibilidad cognitiva, el control atencional y medida de la interferencia. Por último, se calcula la Interferencia, que evalúa si el individuo se ha inhibido adecuadamente mejor o peor de lo que hubiera sido esperable. El tiempo de aplicación del test es de aproximadamente 5 minutos. El test se puntúa en función de la cantidad de estímulos correctamente procesados (Golden, 2001; Jensen, 1965 y Leverett, J.P., Lassiter, K.S. y Buchanan, G.M., 2002). La fiabilidad test-retest es de ,89 para Stroop-P, ,84 para Stroop-C y ,73 para Stroop-PC. Asimismo presenta correlaciones estadísticamente significativas con diferentes instrumentos los cuales evalúan elementos similares (López et al., 2010).

Personality assessment Inventory (PAI) (Morey, 1991): adaptación española de la versión abreviada “Inventario de Evaluación de la personalidad abreviado (PAI-R)” (Ortiz-Tallo et al., 2011). El inventario tiene como objetivo evaluar los rasgos de personalidad. Está formado por 165 ítems y se compone de 22 escalas: 4 escalas de validez (Inconsistencia (INC), Infrecuencia (INF), Impresión negativa (IMN) e Impresión positiva (IMP), 11 escalas clínicas (Quejas Somáticas (SOM), Ansiedad (ANS), Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA), Depresión (DEP), Manía (MAN), Paranoia (PAR), Esquizofrenia (ESQ), Rasgos límites (LIM), Rasgos antisociales (ANT), Problemas con el

alcohol (ALC) y problemas con las drogas (DRG), 5 escalas de consideraciones para el tratamiento (Agresión (AGR), Ideaciones suicidas (SUI), Estrés (EST), Falta de apoyo social (FAS), Rechazo del tratamiento (RTR), 2 escalas interpersonales (Dominancia (DOM) y Afabilidad (AFA). El tiempo aproximado de aplicación del inventario es de 45 minutos. Los ítems se califican según una escala Likert que va de 1 ("falso") a 4 ("completamente verdadero"). (Para el estudio se emplearon las escalas clínicas y las relacionadas con el tratamiento, exceptuando "RTR").

La fiabilidad media test-retest del PAI-R en la versión española es de ,82 y la consistencia interna media, coeficiente de alfa es de ,74 en muestras normales y de ,81 en muestras clínicas y muestra una buena validez de contenido y validez convergente. La correlación media entre la forma abreviada y la completa es de ,90 en muestras normales y de ,93 en muestras clínicas.

Coping Responses Inventory- Adult Form (CRI-Adult) (Moos, 1993): adaptación española "Inventario de Respuestas de Afrontamiento para adultos (CRIA-Adulto)" (Kirchner y Forns, 2010). El inventario tiene como objetivo evaluar las estrategias de afrontamiento. En la primera parte del CRI la componen 10 ítems, los cuales van enfocados a evaluar cómo focaliza y valora el estresor que ha seleccionado previamente. La segunda parte la componen 48 ítem agrupados en ocho escalas, éstas incluyen estrategias de dos tipos. Por un lado, están las estrategias de aproximación al problema: análisis lógico (AL), reevaluación positiva (RP), búsqueda de guía y apoyo (BG), solución de problemas (SP) y por otra parte, se encuentran las estrategias de evitación del problema: evitación cognitiva (EC), aceptación/resignación (AR), búsqueda de recompensas alternativas (BR) y descarga emocional (DE). Además de diferenciar si las estrategias de afrontamiento son de aproximación o evitación, también, diferencian entre el método de afrontamiento, cognitivo o comportamental. El tiempo de administración del inventario es de aproximadamente 15 minutos. Los ítems se califican según una escala Likert que va de 1 ("no") a 4 ("sí, bastante a menudo") (Rial, De la iglesia, Ongarato y Fernández, 2011).

El coeficiente alfa de Cronbach es mayor para las escalas de aproximación (en hombres la menor es de ,55 y la mayor de ,70 y en mujeres la menor es de ,50 y la mayor de 0,66). La confiabilidad test-retest es alta, la menor es de ,58 y la mayor de ,82. La fiabilidad test-retest es mayor en los hombres, especialmente en la evaluación positiva, evitación cognitiva y afrontamiento del enfoque. Muestra una adecuada validez convergente y predictiva (Kirchner, Forns, Muñoz y Pereda, 2008).

Análisis de datos

Para realizar los análisis estadísticos se utilizó el paquete estadístico SPSS -22- para Windows. Se realizaron análisis descriptivos (variables cuantitativas) y de frecuencias (variables cualitativas) para

describir las características sociodemográficas de los pacientes. En primer lugar, se comprobó la prueba de normalidad con Shapiro-Wilk y, en segundo lugar, se siguieron los criterios de asimetría y curtosis propuestos por Curran, West y Finch (1996). Para analizar las capacidades cognitivas, al no cumplirse el supuesto de normalidad, se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal Wallis, en cambio, en aquellas variables (funciones ejecutivas) que cumplieron dicho supuesto se realizó la prueba paramétrica de ANOVA de un factor.

Para el análisis de los rasgos de personalidad y estrategias de afrontamiento, se utilizaron tanto la prueba paramétrica t de Student como la U de Mann-Whitney ya que sólo se cumplió el supuesto de normalidad en algunas variables. Se realizó la prueba Chi-cuadrado para el análisis del Conocimiento y Conciencia y por último, se realizó un análisis cualitativo de las preguntas de la entrevista.

Resultados

En primer lugar, se exponen los resultados de los análisis de datos que se han realizado con el objetivo de probar las hipótesis. Posteriormente, se continúa con un análisis cualitativo de diferentes variables de interés contenidas en la entrevista administrada acerca de los hábitos de consumo de agua.

Objetivo 1: Estudiar las Capacidades cognitivas en pacientes con esquizofrenia con polidipsia (PP), sin polidipsia actual (NPPA) y sin polidipsia (NPP).

Se llevó a cabo la prueba de Shapiro-Wilk, con el fin de comprobar el supuesto de Normalidad, dado que no todos los grupos se distribuyen normalmente ($p < ,05$) se llevó a cabo la prueba de Kruskal Wallis.

Según los resultados obtenidos, podemos ver que no existen diferencias estadísticamente significativas ($X^2(2) = 2,47, p = ,29$) entre los grupos NPP ($M = 29,70; D.T = 6,41$), NPPA ($M = 32,80; D.T = 30,30$) y PP ($M = 30,30; D.T = 3,88$), respecto a las capacidades cognitivas.

Objetivo 2: Determinar el funcionamiento ejecutivo (velocidad de leer y nombras palabras, capacidad de inhibición, flexibilidad cognitiva, control atencional e interferencia) en pacientes con esquizofrenia con polidipsia (PP), sin polidipsia actual (NPPA) y sin polidipsia (NPP).

Las variables cumplieron el supuesto de normalidad en los tres grupos ($p > ,05$) y el supuesto de igualdad de Varianzas ($p > ,05$). Por tanto, como se observa en la Tabla 1, se aplicó la prueba de ANOVA de un factor, podemos ver que existen diferencias significativas ($F(2, 27) = 3,62, p = ,04$) entre el grupo NPP ($M = 55,30; D.T = 9,42$), NPPA ($M = 70,70; D.T = 22,21$) y PP ($M = 75,20; D.T = 17,87$), en cuanto a la variable Stroop-P (velocidad para leer palabras).

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la variable “Interferencia” entre los tres grupos, pero, se encuentra un mayor valor negativo en la media para los pacientes PP ($M = -$

3,11; $D.T = 8,07$) con respecto al grupo de pacientes NPP ($M = 10$; $D.T = 10,98$) y NPPA ($M = -1,40$, $D.T = 6,98$), asimismo no hay diferencias en cuanto a las dimensiones Stroop-C (velocidad para nombrar palabras) y Stroop-PC (capacidad de inhibir respuestas automáticas, flexibilidad cognitiva y control atencional).

Para ver las diferencias existentes entre los grupos respecto a la variable “Stroop-P”, se llevaron a cabo comparaciones múltiples mediante la prueba de Bonferroni. Se observa que sólo existen diferencias estadísticamente significativas ($p < ,05$) entre los pacientes NPP y los pacientes PP en la variable “Stroop-P”, siendo en este caso el grupo PP el que mayor media obtiene.

Tabla 1.

Comparación de medias (ANOVA) respecto a las funciones ejecutivas

Dimensiones	Grupos	M (D.T)	F(gl1;gl2)	Sig.
Stroop-P	PP	75,20 (17,87)	3,62(2;27)	,040
	NPPA	70,70 (22,21)		
	NPP	55,30(9,42)		
Stroop-C	PP	39,70(13,14)	,29(2;27)	,747
	NPPA	42,80(18,63)		
	NPP	38,10(7,83)		
Stroop-PC	PP	22,50(11,50)	,13(2;27)	,881
	NPPA	24,80(10,31)		
	NPP	22,50(13,32)		
Interferencia	PP	-3,11(8,07)	,33(2;27)	,722
	NPPA	-1,40(6,98)		
	NPP	,10(10,98)		

Nota: M=media; D.T=desviación típica; F=estadístico de Snedecor; gl=grados de libertad; Sig.=nivel de significación; PP=polidipsia actual; NPPA= polidipsia anteriormente; NPP= sin polidipsia

Objetivo 3: Estudiar los rasgos de personalidad en pacientes con esquizofrenia con polidipsia (PP) y sin polidipsia (sin polidipsia actual: NPPA y los que nunca la han tenido: NPP)

En primer lugar, antes de proceder a realizar los análisis se procedió a comprobar el supuesto de Normalidad. En aquellas variables en las cuales se cumplió dicho supuesto, se realizó la prueba t de Student para muestras independientes, mientras que en aquellas en las cuales se incumple el supuesto ($p < ,05$), se hizo la prueba no paramétrica de U de Mann Whitney.

Como puede observarse en la Tabla 2, en los resultados obtenidos con la prueba de t de Student, no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (PP y NPPA-NPP) respecto a las variables: SOM (quejas somáticas), ANS (ansiedad), TRA (trastornos ansiedad), DEP (depresión),

MAN (manía), PAR (paranoia), ESQ (esquizofrenia), LIM (rasgos límites), ANT (rasgos antisociales), AGR (agresión), EST (estrés), FAS (falta de apoyo social).

A pesar de esto, cabe resaltar que se observan medias superiores en el grupo PP respecto al grupo (NPPA-NPP) en la escala “ANS” ($M = 12,90$; $D.T = 5,34$ frente $M = 12,60$; $D.T = 7,89$), “PAR”, ($M = 16,50$; $D.T = 6,24$ frente $M = 15,20$; $D.T = 5,33$), “LIM”, ($M = 15,50$; $D.T = 5,74$ frente $M = 14,40$; $D.T = 6,60$) y “ANT” ($M = 7,50$; $D.T = 3,66$ frente $M = 6,30$; $D.T = 2,87$). En contraposición, se observan medias inferiores en el grupo PP respecto al grupo (NPPA-NPP) en la escala “DEP” ($M = 11,10$; $D.T = 5,24$ frente $M = 14,50$; $D.T = 4,38$), “ESQ” ($M = 11,40$; $D.T = 3,27$ frente $M = 15,60$, $D.T = 6,15$), “AGR” ($M = 5,60$; $D.T = 3,27$ frente $M = 7,60$; $D.T = 5,27$) y “FAS” ($M = 4,80$; $D.T = 3,15$ frente $M = 6,40$; $D.T = 2,91$).

En cuanto a los resultados obtenidos mediante la prueba de U de Mann Whitney (Ver Tabla 2), podemos ver que no existen diferencias estadísticamente significativas ($p > ,05$) en las variables: ALC (problemas con alcohol), DRG (problemas con drogas) y SUI (ideaciones suicidas). Aunque no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo PP y (NPP-NPPA) en las variable “SUI” podemos ver que la mediana del grupo NPP-NPPA ($Mdn=3,50$) es mayor que la mediana del grupo PP ($Mdn=0$).

Tabla 2.

Comparaciones de medias respecto a los rasgos de personalidad

	Grupo PP		Grupo NPPA-NPP		Estadístico <i>t</i> / U	gl	Sig.
	M/Mdn	D.T.	M/Mdn	D.T.			
Quejas somáticas	14,70	4,27	14,20	6,25	$t = ,21$	18	,837
Ansiedad	12,90	5,34	12,60	7,89	$t = ,10$	18	,922
Trast. ansiedad	16	6,91	16,90	7,99	$t = -,269$	18	,791
Depresión	11,10	5,24	14,50	4,38	$t = -1,57$	18	,133
Manía	11,80	4,49	12	5,48	$t = -,09$	18	,930
Paranoia	16,50	6,24	15,20	5,32	$t = ,50$	18	,622
Esquizofrenia	11,40	3,27	15,60	6,15	$t = -1,91$	18	,073
Rasgos límites	15,50	5,74	14,40	6,60	$t = ,39$	18	,696
Rasgos antisociales	7,50	3,65	6,30	2,86	$t = ,82$	18	,425
Problemas alcohol	0	1,81	0	0,84	U= 45		,669
Problemas drogas	0	3,29	0	3,82	U=46,50		,756
Agresión	5,60	3,27	7,60	5,27	$t = -1,01$	18	,322
Ideaciones suicidas	0	2,31	3,50	4,52	U=30,50		,106
Estrés	4	2,94	4,20	1,81	$t = -,18$	18	,857
Falta apoyo social	4,80	3,15	6,40	2,91	$t = -1,17$	18	,254

Nota: M=media; D.T= desviación típica; Mdn=mediana; t= estadístico t de Student; U= estadístico U de Mann Whitney; gl=grados de libertad; Sig.=nivel de significación; PP=polidipsia actual; NPPA= polidipsia anteriormente; NPP= sin polidipsia

Objetivo 4: Estudiar las estrategias de afrontamiento en pacientes con esquizofrenia con polidipsia (PP) y sin polidipsia (sin polidipsia actual: NPPA y los que nunca la han tenido: NPP)

Antes de proceder a realizar los análisis, se comprobó el supuesto de normalidad ($p > .05$) y en aquellas en las cuales se cumple dicho supuesto se hizo la prueba de t de Student para muestras independientes y en aquellas en las cuales se incumple ($p < .05$) se hizo la prueba de U de Mann Whitney.

Según los resultados obtenidos (Ver Tabla 3), hay sólo diferencias estadísticamente significativas en la estrategia “AL” ($t(14,03) = -3,28, p = .005$), entre el grupo PP ($M = 5,70, D.T = 2,00$) y el grupo (NNPA-NPP) ($M = 10, D.T = 3,62$), como podemos ver el grupo NNPA-NPP, obtiene una media mayor que el grupo PP en cuanto a la estrategia análisis lógico.

En el resto de estrategias no se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$), cabe destacar que en la estrategia “EC” el grupo PP ($M = 11,20; D.T = 2,66$) obtiene una mayor media frente al grupo NNPA-NPP ($M = 9,30; D.T = 2,49$), así mismo, en cuanto a la estrategia “BG” se observa, sin embargo, una mayor diferencia de estos últimos ($M = 9,10; D.T = 2,60$) con respecto al grupo PP ($M = 6,90; D.T = 4,49$).

Para las variables estrés y control, se aplicó la prueba de U Mann Whitney, ya que no se cumplía el supuesto de normalidad ($p < .05$). Además como se observa en la Tabla 3, tampoco hay diferencias significativas en el estrés y control ($p > .05$). Aunque no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo PP y (NPP-NPPA), en “control” podemos ver que la mediana del grupo NPP-NPPA (Mdn=5) es menor que la mediana del grupo PP (Mdn=8).

Tabla 3.

Comparaciones de medias respecto a las estrategias de afrontamiento

	Grupo PP		Grupo NPPA-NPP		Estadístico <i>t</i> / <i>U</i>	gl	Sig,
	M/Mdn	D.T.	M/Mdn	D.T.			
Análisis lógico	5,70	2	10	3,62	$t = -3,28$	14,03	,005
Reev. positiva	9,40	3,30	9,40	3,95	$t = 0$	17,46	1
Busq. guía apoyo	6,90	4,45	9,10	2,60	$t = -1,34$	14,49	,198
Sol. problemas	10	4,26	9,60	5,06	$t = ,19$	17,50	,851
Evitación cognit.	11,20	2,65	9,30	2,49	$t = 1,64$	17,93	,117
Acept./resignaci.	8,60	4,22	8,10	3,41	$t = ,29$	17,24	,774
Busq. alternativas	7,40	3,43	7,90	3,07	$t = -,34$	17,77	,736
Descarga emocio.	6,50	4,64	5,20	2,93	$t = ,74$	15,19	,464
Estrés	8	3,47	8	3,06	$U = 37,50$,325
Control	8	4	5	3,99	$U = 39,50$,419

Nota: M=media; D.T= desviación típica; Mdn=mediana;t= estadístico t de Student; U= estadístico U de Mann Whitney; gl=grados de libertad; Sig.=nivel de significación; PP=polidipsia actual; NPPA= polidipsia anteriormente; NPP= sin polidipsia

Objetivo 5: Determinar el grado de Conocimiento y Conciencia en pacientes con esquizofrenia con polidipsia actual (PP) y pasada (NPPA).

Para estudiar el siguiente objetivo, en concreto determinar el Conocimiento de los pacientes, se empleó la pregunta: *¿Sientes que beber demasiado líquido, puede dañar tu salud?*, la cual se categorizó en varias en categorías (Muy poco, Poco, Algo, Bastante y Mucho), dado que los pacientes únicamente contestaron a dos de ellas, se establecieron dos categorías (Poco y Mucho). Asimismo, para el estudio de la Conciencia, se categorizó la pregunta: *¿Has tenido ganas de reducir la cantidad de líquido que bebes?*, en cinco categorías (Muy pocas veces, Pocas veces, Algunas veces, A menudo, Muchas veces), al igual que la variable anterior, se categorizo finalmente en dos categorías (Muy pocas veces y Muchas veces).

Según los resultados obtenidos, mediante la prueba de Chi Cuadrado ($X^2(1) = 1,82, p = ,18$), aplicando el método de Fisher (dado que se muestran casillas con una frecuencia esperada menor que 5), un 70% de pacientes NPPA han indicado “mucho” frente al 30% que indicaron “poco”, en cuanto a la variable “beber demasiado líquido puede dañar su salud”. En cuanto a los pacientes PP, un 60% de ellos indicaron “poco” frente al 40% que indicó “mucho”. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el nivel de significación obtenido mediante el estadístico exacto de Fisher ($p = ,370$) es mayor que ,05 y por lo tanto, se confirma que no existe una relación estadísticamente significativa entre las variables Conocimiento y Grupos (NPPA y PP).

Respecto a la variable Conciencia, podemos ver que en ambos grupos (NPPA y PP) la mayoría de las pacientes indicaron que tenían “muy pocas” ganas de reducir la cantidad de líquido que bebían (90%) frente a solo un 10% que indico que tenían “muchas veces” ganas de reducir la cantidad de liquido que bebían. Dado que el nivel de significación obtenido mediante la prueba de Fisher es mayor que el nivel de alfa establecido (.05), podemos concluir que no existe una relación estadísticamente significativa entre las variables Conciencia y Grupos (NPPA y PP).

Estudio Cualitativo.

En el siguiente estudio, se llevó a cabo una entrevista estructurada (entrevista acerca de los hábitos de consumo de agua) a los pacientes con esquizofrenia con polidipsia actual (PP) y pasada (NPPA), estableciendo previamente los temas a tratar (Ver Tabla 4).

Tabla 4.

Guía temática de la entrevista

Bloque	Tema	Preguntas
Introducción	Presentación	Explicación de los objetivos del estudio. Voluntariedad y confidencialidad de los datos.
Temas a tratar	Hábitos consumo	¿Cuánto líquido bebes en un día normal? ¿Cuánto líquido te gustaría beber en un día normal?
	Motivos de beber	¿Por qué bebes la cantidad de líquido que bebes?
	Grado Conocimiento	¿Sientes que beber demasiado líquido, puede dañar tu salud?
	Consecuencias de beber	¿Has tenido algún problema físico debido a tu consumo de agua? ¿El agua te ha hecho actuar o sentir de otra manera?
	Grado Conciencia	¿Has tenido ganas de reducir la cantidad de líquido que bebes? ¿Has podido reducir la cantidad de líquido que bebes?
	Motivos dejarlo/recaídas	¿Por qué dejaste de beber líquido? ¿Por qué comenzaste de nuevo?
	Preferencias	¿Qué tipo de bebida prefieres?
Despedida	Agradecimiento	Expresión del agradecimiento y de la disposición del equipo para cualquier demanda, necesidad o duda del paciente.

Para analizar las preguntas de la entrevista, se codificaron las respuestas de los pacientes para obtener subcategorías de las preguntas de mayor interés para el estudio.

Respecto a los motivos de empezar a beber, surgen las siguientes subcategorías para ambos grupos del estudio (PP y NPPA): Me gusta, Beneficio y necesidad. En este caso en Me gusta, indicaron (“porque me gusta el agua”, “me refresca mucho”, “me gusta, es manía”), en Beneficio (“tengo que beber agua para hidratarme”, “para eliminar toxinas de los medicamentos” “porque es bueno para los riñones”) y en Necesidad (“porque tengo sed”, “porque me seco, somos como las plantas”, “por la sal de las comidas”). Los pacientes PP, fueron los que indicaron mayoritariamente (80%) que beber era una necesidad frente a un 40% del grupo NPPA.

En cuanto a las consecuencias de beber agua, surgen en relación a los problemas físicos las siguientes subcategorías: Polidipsia psicógena (“me informaron de la polidipsia” “me dijeron que tenía alto el sodio”), Pequeños problemas (“tengo algún escape de orina”, “duermo mal”, “diarrea”) y Ningún problema (“yo igual, pero la gente se siente peor porque el agua se sube a la mente” “estoy como siempre”). Los NPPA indicaron no tener ningún problema en un 90%, en cambio, un 30% de los PP si indicaron tener algún pequeño problema.

Y, en relación a cómo el agua les hace sentir, surgen las siguientes subcategorías: Peor (“por la mañana me siento bien y por la tarde me siento mal” “no me siento igual de bien que antes”), Igual (“no he cambiado” “me siento igual nunca he vomitado”) y Mejor (“me levanta la moral”, “me siento saciado” “me siento relajado” “me siento de maravilla” “ al contrario, me siento aliviado, ayuda a vivir”). Los pacientes PP, en un 80% fueron los que indicaron que beber agua les hacía sentir mejor.

En cuanto a las motivaciones de dejar de beber agua, surgen las siguientes categorías: Nunca lo he dejado (“siempre bebo igual” “no lo he dejado”), Prohibido/recomendado (“me lo han dicho las enfermeras”, “me lo ha prohibido el doctor” “no me dejan”), Salud (“por mi salud”, “porque hacía mucho pipí”, “porque me informaron del potasio” “porque me hablaron de la polidipsia”) y Necesidad (“porque es cara”, “no me lo pide el cuerpo”, “no me apetece”). La mayoría de los pacientes de ambos grupos 50 % (NPPA) y 60 % (PP) indican que lo dejan por recomendación o prohibición expresa.

Y, en cuanto a los motivos de recaer surgen: No he vuelto (“siempre bebo dos vasos de agua” “no he tenido más potomania”), Nunca lo he dejado (“bebo lo mismo”, “bebo igual que antes”, “bebo igual, quizás algo más en verano”) y Por necesidad (“el cuerpo me lo pide y me siento mejor”, “me apetece me lo pide el cuerpo”, “porque fumo”, “porque bebo café y se me seca la boca” “por el calor, me muero de sed” “porque me dicen que diluye los medicamentos”). Un 80% de los pacientes PP respondieron por necesidad.

Discusión

El propósito de este estudio fue identificar las relaciones entre determinadas variables psicológicas y la polidipsia psicógena, centrándose específicamente en: a) las capacidades cognitivas; b) las funciones ejecutivas; c) los rasgos de personalidad; d) las estrategias de afrontamiento y e) el grado de conciencia y conocimiento, en pacientes con polidipsia psicógena (PP), que no presentan polidipsia psicógena en la actualidad y (NPPA) y los que nunca la han tenido (NPP).

En relación a la primera hipótesis planteada, “*se espera encontrar diferencias significativas entre los grupos en sus capacidades cognitivas*”, evaluadas según el MEC (Lobo, A. et al., 2002). Nuestra hipótesis se basa fundamentalmente en la propuesta de Torres et al. (2009) que consideran que la polidipsia, por sí sola, tiene consecuencias negativas en la cognición en población con esquizofrenia, sin que ésta esté acompañada de hiponatremia.

Sin embargo, estudios realizados, demostraron que, para que dichas diferencias fueran significativas, era necesaria también la presencia de hiponatremia (Emsley et al., 1993; Schnur et al., 1993).

Pues bien, los resultados del estudio no muestran diferencias significativas entre los grupos. De manera que no apoyan la propuesta de Torres et al. (2009), ni tampoco pueden confirmar los estudios

de Emsley et al. (1993) y de Schnur et al. (1993). Posiblemente porque los peores resultados cognitivos esperados en pacientes con polidipsia psicógena deben estar acompañados de hiponatremia, y así podría ser, ya que los pacientes que componen la muestra de este estudio, según los datos obtenidos tanto de las historias clínicas como de la entrevista realizada a los propios pacientes, podrían encontrarse en una fase inicial de polidipsia, sin haber desarrollado aún la hiponatremia (Mahía et al., 2007).

A continuación se pasa a comparar la hipótesis donde se esperaba encontrar, al igual que en la hipótesis anterior, “*diferencias en el funcionamiento ejecutivo entre los tres grupos de estudio*”, evaluado según el STROOP (Golden, 2001). Esta variable no tiene precedentes en la literatura, tan sólo se ha encontrado un estudio de Nagashima et al. (2012) que muestra que los pacientes con PP pueden desarrollar un deterioro en sus funciones neuropsicológicas, incluidas las funciones ejecutivas.

Los resultados obtenidos en el estudio muestran diferencias significativas sólo en “Stroop-P” - que evalúa la velocidad en leer palabras-. Sin embargo, dicha prueba sólo indica que los pacientes PP tardaron menos en leer las palabras que los pacientes NPPA y NPP.

Aunque tampoco se encuentran diferencias significativas en “Interferencia”, los datos descriptivos podrían apuntar que los pacientes con PP inhiben peor las respuestas automáticas y presentan menor flexibilidad cognitiva y control atencional con respecto a lo esperado en los pacientes de los otros dos grupos.

Varios pueden ser los motivos de la falta de significación en “Interferencia” y de la mayor velocidad lectora en los pacientes PP. Uno de éstos, puede ser el cuestionamiento que hacen una serie de autores sobre la validez de la aplicación del test de STROOP a determinados pacientes, al considerar que es necesaria una cierta habilidad lectora por parte de estas personas. (Martín, R. et al., 2012). Y por otra parte, habría que tener en cuenta, el bajo nivel de estudios (primarios en su mayoría) y el alto grado de deterioro que muestran las personas con esquizofrenia (hasta el 98%) en su funcionamiento cognitivo, principalmente en la atención, memoria, velocidad de procesamiento y funciones ejecutivas (Bengochea, R. et al., 2010).

Por consiguiente, será necesario seguir indagando en la hipótesis que plantea Nagashima et al. (2012) ya que nuestros resultados no son concluyentes. En este sentido, se propone, según se encuentra en la literatura, realizar evaluaciones neuropsicológicas en las que se incluya concretamente el estudio de las funciones ejecutivas (Leadbetter et al., 1994).

A continuación se pasa a comparar “*los rasgos de personalidad*”: a) rasgos límites, b) la agresión, c) rasgos antisociales, d) la ansiedad y e) la paranoia; evaluados según el PAI-R (Ortiz-Tallo et al., 2011) y donde se esperaba, de nuevo, encontrar diferencias entre los grupos (PP frente a los NPP- NPPA).

A falta de literatura y de estudios que relacionen los rasgos de personalidad límites, la agresión y paranoia, con la polidipsia directamente, se plantea estudiar si los resultados obtenidos en investigaciones anteriores en pacientes con esquizofrenia y con consumo de sustancias (Ahmed et al., 2001; Marquez-Arrico et al., 2015; Poirier et al., 2010) pueden ser extrapolables a los obtenidos en pacientes con esquizofrenia y polidipsia.

Así pues, se comienza por los rasgos límites “LIM”. En este sentido, la investigación se apoya en varios estudios que encontraron relación entre los rasgos límites (incluyendo la impulsividad) y el consumo de sustancias en pacientes con esquizofrenia (Altunsoy et al., 2015; Baum, 2012; Dervaux et al., 2001; Gut-Fayand et al., 2001; Marquez-Arrico y Adan, 2016; Reno, 2004). Los hallazgos encontrados en este estudio, a pesar de no presentar diferencias significativas entre los grupos, muestran una tendencia descriptiva mayor en los pacientes PP. Es decir, éstos podrían presentar atributos más característicos de la personalidad límite que los pacientes del otro grupo (NPP-NPPA).

En cuanto a la agresión “AGR”, se toma como referencia el estudio de Volavka y Swanson (2010) que confirmó que los pacientes con esquizofrenia y consumo de sustancias probablemente presenten una conducta más violenta. A pesar de no encontrar significación en nuestros resultados, los pacientes PP podrían mostrar menos características relacionadas con la agresión, teniendo en cuenta los descriptivos obtenidos.

En relación a la paranoia “PAR”, se parte de las hipótesis de Reno (2004) y Altunsoy et al. (2015) que encontraron un alto rango en la característica paranoide en pacientes con esquizofrenia consumidores de sustancias. Tampoco encontramos significación en nuestros resultados, pero, según los descriptivos, parece que los pacientes PP podrían tener una mayor tendencia a presentar rasgos paranoides.

Para los siguientes rasgos, sí se han encontrado estudios que los relacionan directamente con la polidipsia. En este sentido y partiendo del estudio de Korkeila et al. (2005) que muestra como los pacientes con esquizofrenia, consumidores de sustancias y de agua en exceso, pretenden compensar la ansiedad y buscar un estado más placentero (Martínez et al., 2014). En los hallazgos encontrados no se encuentran diferencias entre los grupos en la ansiedad “ANS”. Sin embargo, en la entrevista administrada en relación con los hábitos de consumo de agua, el 80% de los pacientes PP frente al 40 % de los NPPA reconocen sentirse mejor cuando beben: “me siento mejor”, “me levanta la moral”, “de maravilla”, “más a gusto”, “aliviado”, “me ayuda a vivir” “se me quita todo el cansancio” “estoy más tranquilo”.

Respecto a los rasgos antisociales “ANT”, se encontraron estudios que confirmaban la baja sociabilidad de los PP (Marquez-Arrico et al., 2015; Poirier et al., 2010; Shetty et al., 1992). Igualmente, los descriptivos de este estudio podrían indicar una tendencia en esta línea.

Aunque a priori, no forma parte de la investigación el estudio de la depresión “DEP” y tampoco se encuentran diferencias significativas, según los datos obtenidos se podría apuntar que los pacientes PP muestran una mayor propensión a presentar síntomas depresivos.

Recapitulando, no se logran encontrar resultados concluyentes entre los grupos estudiados con respecto a la personalidad. Una posible explicación de esta falta de significación podría deberse, por una parte, a que el grupo de pacientes (NPP y NPPA) presentan mayores síntomas de esquizofrenia “ESQ” que los pacientes PP (en esta variable no se alcanzó la significación $-.07$ -, aunque si la muestra hubiera sido mayor podría haberla alcanzado) y, por otra, la falta de significación en relación a la predisposición de ambos grupos al consumo de alcohol; de hecho, no hay diferencias significativas entre ambos grupos en relación a los problemas con el alcohol “ALC”, contradiciendo de esta manera la hipótesis de Poirier et al. (2010) que afirmaban que existe cierta predisposición en los consumidores de alcohol a desarrollar polidipsia. Además, se tendrían que haber tenido en cuenta las escalas de validez del PAI-R para comprobar, entre otras cosas, la posible inconsistencia de las respuestas.

A pesar de que nuestros resultados no clarifiquen las hipótesis planteadas, existen autores que incentivan a seguir en la línea de investigación de estos rasgos de personalidad en población con esquizofrenia y polidipsia (Bremmer y Regan, 1991; Clement et al., 1993; Marquez-Arrico y Adan, 2016). Así mismo, como propuesta de mejora, se podrían reconfigurar los grupos de comparación, comparando en futuras investigaciones a los pacientes que nunca han tenido polidipsia (NPP) con los que la han tenido alguna vez en su vida (PP-NPPA), pudiendo probablemente hallar resultados más concluyentes.

De otra parte, en la hipótesis referida *“a las estrategias de afrontamiento (de aproximación y evitativas) se esperaba encontrar, una vez más, diferencias entre los grupos (PP frente a los NPP-NPPA)”*, evaluados según el CRI-A (Kirchner y Forns, 2010).

Para el estudio de estas estrategias de afrontamiento se toman, al igual que se hizo en el estudio de la personalidad, hipótesis que relacionaban pacientes con esquizofrenia y consumo de sustancias para asimilar los resultados a pacientes con esquizofrenia y polidipsia (Ahmed et al., 2001; Marquez-Arrico et al., 2015; Poirier et al., 2010).

Por un lado, en relación a las estrategias de aproximación al problema (análisis lógico “AL”, reevaluación positiva “RP”, búsqueda de guía y apoyo “BG” y solución de problemas “SP”), en este estudio, solamente resultan significativas las diferencias entre los grupos referidas al Análisis lógico “AL”. Por otro lado, en relación a las estrategias de evitación, no se encuentran diferencias significativas entre los grupos en ninguna de ellas (evitación cognitiva “EC”, aceptación-resignación “AR”, búsqueda de recompensas alternativas “BR” y descarga emocional “DE”).

Del estudio de los resultados obtenidos se desprende que los pacientes PP muestran menos estrategias de aproximación, concretamente la estrategia “AL”, revelando que estos pacientes muestran una falta de reflexión y de objetividad de los problemas y de previsión de las consecuencias.

En este sentido, Kruegelbach, N., McCormick, R.A., Schulz, S.C. y Grueneich, R. (1993), en un estudio, confirman que la pauta general de afrontamiento de las personas con trastornos límite de personalidad y consumidores de sustancias coincide con la presencia de un déficit en el afrontamiento activo de aproximación, menos centrado en el problema y menos apoyo social. Encontrando en estos pacientes, además, una notable impulsividad.

Aunque no existen diferencias significativas en las estrategias de aproximación en relación a “BG” y en relación a las estrategias de evitación, concretamente en evitación cognitiva “EC”, con respecto a “BG” se ha apreciado una tendencia descriptiva de éstos pacientes a no realizar ningún esfuerzo para buscar a otras personas dentro de su entorno, familiar o personal para recibir algún tipo de ayuda, es decir demandan menos apoyo social; este aspecto parece coincidir con los hallazgos encontrados en la escala Falta de apoyo social “FAS” del PAI-R, donde los datos descriptivos apuntan que los PP perciben menos necesidad de apoyo. En relación a “EC” se aprecia, asimismo, una tendencia descriptiva de estos pacientes a adoptar estrategias de pensamiento ilusorio y mostrar una actitud resignada y fatalista.

Otro análisis importante a destacar es la proporcionalidad entre la valoración de una situación estresante y el grado de control percibido en la resolución del mismo. Tampoco se encuentran diferencias significativas entre los grupos. Sin embargo, podría inferirse, de los datos descriptivos, que los pacientes del grupo PP, al no cerciorarse de cuál es realmente el problema, por una parte, puedan creerse poseedores de más recursos para hacer frente a las dificultades o bien se imaginen que las cosas se solucionen por si solas. Siendo estos resultados coherentes con los estudios de Blanchard et al. (1999) y Marquez-Arrico et al. (2015).

En relación a la última hipótesis, *“se esperan encontrar diferencias entre los grupos (PP frente a los NPPA) en su nivel de Conciencia y Conocimiento”* (evaluado según la entrevista del consumo de los hábitos de agua) (Millson, 1992).

Los resultados esperados, se basan en las hipótesis de Baum (2012), Iftene et al. (2013) y Leadbetter et al. (1994), que consideran que los pacientes con esquizofrenia y polidipsia, además de mostrar falta de conciencia de su esquizofrenia, éstos suelen presentar, también, ausencia de conocimiento sobre su trastorno polidíptico y de sus conductas inadecuadas.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio no muestran diferencias significativas en Conciencia ni en Conocimiento. Estos hallazgos podrían llegar a cuestionar si estos pacientes con esquizofrenia

realmente poseen la capacidad necesaria para comprender la información que se les facilita y de responder adecuadamente a la misma. Cuestión ésta, últimamente, muy debatida entre determinados autores que entienden esta capacidad como la posesión de una serie de aptitudes psicológicas mediante las cuales los pacientes puedan gestionar la información, tomar decisiones y expresarlas con claridad (Simón-Lorda, P., 2008).

Todo esto podría explicar, de acuerdo con las entrevistas realizadas a los propios pacientes, que no sea posible apreciar diferencias de conciencia entre los pacientes PP y los NPPA en relación a su problema polidíptico, manifestada por el escaso deseo de reducir su consumo; justificando los pacientes de ambos grupos, de alguna manera, que el agua que beben es la cantidad que deben beber “siempre he bebido igual, la que necesito, sin diferencias notables”. Al mismo tiempo y de las respuestas obtenidas, también podría apreciarse un cierto conocimiento erróneo o desajustado sobre su consumo: “entonces me muero de sed” o “agua no bebo casi”, así como una falta de motivación a cambiar su conducta: “nunca he dejado de beber, no me llama la atención”

Por otra parte, también según estas respuestas, ambos grupos manifiestan que beben sólo la cantidad de agua que necesitan; en contradicción con los autores que entienden que dichos pacientes (PP) beben buscando el beneficio que el agua tiene para su salud y de aquellos otros que refieren que estos pacientes beben sin sed (Mahía et al., 2007).

Continuando con las contestaciones de éstos pacientes, en relación a los perjuicios que para su salud pueden causarles el exceso de agua, los pacientes PP parecen que presentan menos conocimiento; es decir piensan que el beber no les perjudica. De manera que sólo el 30% dicen tener pequeños problemas de salud como “alguna vez tengo diarrea”, “se escape el pis” y “algunas veces duermo mal”. Los pacientes NPPA, preguntados sobre la misma cuestión, solamente un 10 % consideran algún tipo de pequeña molestia.

Sin embargo, estos pacientes si muestran cierto conocimiento de su trastorno polidíptico, cuando la mayoría de ellos reconocen que los profesionales del centro les han prohibido en más de una ocasión este consumo excesivo de agua “me lo han dicho las enfermeras”, “me lo ha prohibido el doctor”. Esto permite suponer, a su vez, que éstos pacientes se encuentren en una etapa anterior a la hiponatremia/intoxicación por agua ya que no presentan la sintomatología que suele acompañar a ésta (Kohli et al., 2011).

Podría ser interesante, para la mejora del conocimiento y la conciencia que tienen estos pacientes de su trastorno polidíptico, el estudio de métodos más basados en la psicoeducación y el biofeedback como alternativa a otros métodos usados actualmente más coercitivos (Hyde y Thomas, 1993; Iftene et al., 2013). A la vez, este estudio se suma a la propuesta de Bengochea, R. et al. (2010) que apoya la necesidad de una valoración dimensional del insight en pacientes con esquizofrenia, ya que los

mecanismos que intervienen en la percepción de los distintos tipos de problemas pueden ser diferentes, incluido la ausencia de conocimiento de su trastorno polidíptico.

Sin embargo, este estudio presenta varias limitaciones que han podido sesgar los resultados y que deben ser tenidas en cuenta, por una parte el hecho de que la edad media de todos los pacientes fuese tan alta (51,5 años) y por otra, que la media de años de permanencia en el Centro San Juan de Dios) sea asimismo tan elevada (12,7 años).

Por un lado, la muestra es intencionadamente no aleatoria, debido a la dificultad de obtener este tipo de muestra (pacientes con esquizofrenia que además padezcan polidipsia psicógena), por lo que no es posible generalizar conclusiones, es decir, la validez externa de los resultados no es alta.

En cuanto al tamaño de la muestra, también podría ser la causa de que las diferencias entre grupos no sean significativas. Es por ello, por lo que también esta investigación se ha fijado en la tendencia descriptiva que presentan los distintos grupos en relación a las hipótesis planteadas. Para futuras líneas de investigación, sería conveniente garantizar una muestra más grande (Hilda, M. A., Ostroskya, F. y Nicolini, H., 2004); Servat, M., Lehmann, Y., Harari, K., Gajardo, L. y Eva, P., 2005). Además del tamaño, hubo otras limitaciones en la muestra: no se contó con mujeres, no se comparó con un grupo que no tuviera esquizofrenia ni tampoco se tuvo en cuenta el tiempo de permanencia de la polidipsia psicógena en estos pacientes. Por tanto, sería recomendable para futuras investigaciones utilizar estos grupos de comparación.

En cuanto al diseño, se podría señalar que el PAI es un instrumento muy potente que permite obtener un perfil completo del paciente; en esta ocasión se administró la versión reducida (PAI-R) para facilitar la administración a este tipo de población crónica. Aún así, en esta investigación, tal como se puso de manifiesto en el método, se tuvo que prescindir de algunos pacientes porque presentaban fatiga y resistencia. Sería conveniente para futuras investigaciones utilizar cuestionarios de personalidad y afrontamiento aún más breves pero potentes a nivel de propiedades psicométricas que se ajusten más a este tipo de población con escasa capacidad de resistencia a pruebas tan extensas.

Otra limitación, supone el hecho de no tener en cuenta la medicación de los pacientes, pese a conocer que todos tomaban antipsicóticos (Servat, M. et al., 2005). En este sentido, podría estudiarse la incidencia de la toma de medicamentos en el rendimiento cognitivo. Así mismo, también sería interesante comprobar la influencia de la medicación en la utilización de un mayor o menor número de las estrategias de aproximación al problema o de desconexión en general (Marquez-Arrico et al., 2015).

A pesar de no estar contrastada su validez y fiabilidad, se administró la entrevista de Millson et al. (1992) acerca de los hábitos de consumo de agua, al no disponer de otro instrumento mejor mediante el cual se pudiera evaluar a estos pacientes sobre sus hábitos. Además, se consideró de

interés contar con la opinión de los propios pacientes, más, cuando las consecuencias negativas de la polidipsia psicógena tienen un componente subjetivo. En este sentido, Bengochea, R. et al. (2010) proponen que los instrumentos de valoración se centren más en problemas específicos y dificultades que tiene el paciente en su vida diaria.

La principal motivación para la realización de este trabajo parte de la observación de estos pacientes en el Centro San Juan de Dios, de la iniciativa y colaboración de los profesionales de esta institución y, por supuesto, del deseo de dar en alguna medida respuesta a las limitaciones, dificultades y consecuencias negativas que puede originar la polidipsia psicógena.

Este estudio representa un reto muy importante para el conocimiento de este trastorno tan desconocido y perjudicial para los pacientes. Para ello, se han estudiado, por primera vez, algunas variables relacionadas con pacientes polidípsicos, como la personalidad y las estrategias de afrontamiento. Y además se han administrado de forma individual para cada paciente una gran variedad de pruebas neuropsicológicas que han permitido una evaluación del mismo muy exhaustiva.

Así, para la evaluación de estos pacientes se ha pretendido considerar todas las opciones, no sólo las pruebas objetivas y observaciones clínicas, sino también la percepción subjetiva de los propios pacientes mediante las quejas y experiencias, con el fin de obtener una mejora real del bienestar del paciente (Bengochea, R. et al., 2010). Es por ello, que este estudio propone seguir la línea de algunos autores que consideran que la valoración del paciente sea como un todo y no como partes separadas (Franco, M. et al., 2008).

Referencias

- Ahmed, M.B., Heigh, L.M. y Ramachandran K.V. (2001). Polydipsia, Psychosis, and Familial Psychopathology. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 522-527.
- Altunsoy, N., Şahiner, S. Y., Cingi Kuluk, M., Okay, T., Ulusoy Kaymak, S., Aydemir, C. y Goka, E. (2015). Premorbid Personality Disorders in Male Schizophrenic Patients with or without Comorbid Substance Use Disorder: Is Dual Diagnosis Mediated by Personality Disorder?. *Archives of Neuropsychiatry*, 52, 303-308.
- Baum, A. (2012). *Predicting substance abuse treatment participation with the personality assessment inventory: an investigation of how personality and interpersonal factors affect treatment* (disertación de grado). College of education Louisiana tech university, Louisiana.
- Barjau, J. y Chinchilla, A. (2000). Polidipsia primaria y trastornos de la conducta alimentaria: a propósito de tres casos. *Actas españolas de psiquiatría*, 28, 137-139.

- Bengochea, R., Gil, D., Fernández, M., Arrieta, M., Sánchez, R., Prat, R., Arce, A. y Álvarez, A. (2010). Percepción subjetiva de déficit cognitivos en esquizofrenia: su relación con insight y otras medidas cognitivas. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(2), 55–60.
- Bhatia, M.S., Goyal, A., Saha, R y Doval, N. (2017). Psychogenic Polydipsia – management challenges. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 29(3), 180-183.
- Blanchard, J.J., Squires, D., Henry .T., Horan, W.P., Bogenschutz, M., Lauriello, J. y Bustillo, J . (1999). Examining an affect regulation model of substance abuse in schizophrenia [Resumen]. The role of traits and coping. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(2), 72-79.
- Bremner, A. J. y Regan, A. (1991). Intoxicated by Water Polydipsia and Water Intoxication in a Mental Handicap Hospital. *British Journal of Psychiatry*, 158, 244-250.
- Bouroubi, W., Banovic, I., Andronikof, A y Omnès, C. (2016). Insight et schizophrénie : revue de la littérature. *L'évolution psychiatrique*.
- Carrión, L., Hans, A., Quirós, A. y Ruiz, S. (2012). Polidipsia, hiponatremia intermitente y psicosis (síndrome PIP): una condición clínica grave y posiblemente infradiagnosticada. *Psiquiatría Biológica*, 19, 68-71.
- Chico, E. (2015). *Manual de psicología de la personalidad*. Alicante: Club Universitario.
- Clement, J.A., Williams, E. B y and Waters, C. (1993). The Client With Substance Abuse/Mental Illness: Mandate for Collaboration. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7(4), 189-196.
- Curran, P.J., West, S.G. y Finch, J.F. (1996). The robustness of the Test Statistics to Nonnormality and Specification Error in Confirmatory Factor Analysis. *Psychological Methods*, 1(1), 16-29.
- De Leon, J. (2003). Polydipsia. A study in a long-term psychiatric unit. *European Archives Psychiatry Clinical Neuroscience*, 253, 37-39.
- De Leon, J., Tracy, J., McCann, E. y McGrory, A. (2002). Polydipsia and schizophrenia in a psychiatric hospital: A replication study. *Schizophrenia Research*, 57, 293-301.

- Dervaux, A., Baylé, F.J., Laqueille, X., Bourdel, M. C., Le Borgne, M.H., Olié, J.P. y Krebs, M. O. (2001). Is Substance Abuse in Schizophrenia Related to Impulsivity, Sensation Seeking, or Anhedonia?. *The American journal of psychiatry*, 158, 492–494.
- Emsley, R., Spangenberg, J., Roberts, M., Taljaard, F y Chalton, D. (1993). Disordered Water Homeostasis and Cognitive Impairment in Schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 34, 630-633.
- Fernández, M.D y Díaz, M.A. (2001). Relación entre estrategias de afrontamiento, síndromes clínicos y trastornos de personalidad en pacientes esquizofrénicos crónicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6 (2), 129-135.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. y Fanjiang, G. (1975). “Mini-Mental State” a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Researches*, 12, 189-198.
- Franco, M., Rodríguez-Pereira, C., Soto-Pérez, F., Porto, J. M., Tobón, C., Jacotte, A. y Vena, V. (2008). Deterioro intelectual y cognitivo: reflexiones en torno a un caso de esquizofrenia desorganizada. *Cuadernos de Neuropsicología*, 2 (2), 168-175.
- Golden, C.J. (2001). *Stroop Test de Colores y Palabras*. Madrid: TEA.
- Goldman, M., Wang, L., Wachi, C., Daudi, S., Csernansky, J., Marlow-O'Connor, M., Keedy, S. y Torres, I. (2011). Structural pathology underlying neuroendocrine dysfunction in schizophrenia. *Behavioural Brain Research*, 218, 106-113.
- González, I., Pérez, N., Peñas-Lledó, E.M., Llerena, A. y González, I. (2008). High risk of polydipsia and water intoxication in schizophrenia patients. *Schizophrenia Research* 99 , 377–378.
- Guízar, D.P., Saracco, R. y Fresán, A. (2012). Rasgos de personalidad en pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 35, 339-344.
- Gut-Fayand, A., Dervaux, A., Olié, J.P., Lôo, H., Poirier, M.F. y Krebs, M.O. (2001). Substance abuse and suicidality in schizophrenia: a common risk factor linked to impulsivity. *Psychiatry Research*, 102, 65-72.

- Hayashi, T., Ishida, Y., Miyashita, T., Kiyokawa, H., Kimura, A. y Kondo, T. (2005). Fatal wáter intoxication in a schizophrenic patient an autopsy care. *Journal Clinical Forensic Medicine*, 12, 157-159.
- Hawken,E.R., Crookall, J.M., Reddick, D., Millson, R.C., Milev, R. y Delv, N. (2009). Mortality over a 20-year period in patients with primary polydipsia associated with schizophrenia: A retrospective study. *Schizophrenia Research*, 107, 128–133.
- Hilda, M. A., Ostroskya, F. y Nicolini, H. (2004). Sensibilidad y especificidad de un instrumento neuropsicológico en la evaluación de subtipos de esquizofrenia: un estudio con población hispanohablante. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32(0),00-00.
- Hyde, C.E. y Thomas, C.S. (1993). A “biofeedback” approach to the treatment of chronic polydipsia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* , 24 (3), 255-259.
- Iftene, A., Bowie,C., Milev, R., Hawken, E., Talikowska Szymczak, E., Potopsingh,D., Hanna, S., Mulroy, J., Groll, D. y Millson, R. (2013). Identification of primary polydipsia in a severe and persistent mental illness outpatient population: A prospective observational study. *Psychiatry Research*, 210, 679–683.
- Jensen, A.R. (1965). Scoring the Stroop test. *Acta psychological*, 24, 398-408.
- Kirchner, T. y Forns, M. (2010). *Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRIA). Manual*. Adaptación española del CRI-A de Moos, 1993. Madrid: TEA Ediciones.
- Kirchner,T., Forns, M., Muñoz, D. y Pereda, N. (2008) .Psychometric properties and dimensional structure of the Spanish version of the Coping Responses Inventory - Adult Form. *Psicothema*, 20 (4), 902-909.
- Kohli, A., Verma, S. y Sharma, A. (2011). Psychogenic Polydipsia. *Indian Journal of Psychiatry*, 53(2), 166-167.
- Korkeila, J. A., Svirskis, T, Heinimaa, M., Ristkari, T., Huttunen, J., Ilonen, T., McGlashan, T. y Salokangas, R. (2005). Substance abuse and related diagnoses in early psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 447– 452.

- Kruedelbach, N., McCormick, R.A., Schulz, S.C. y Grueneich, R. (1993). Impulsividad, estilos de afrontamiento y desencadenantes de los antojos en personas que abusan de sustancias con trastorno límite de la personalidad. *Journal of Personality Disorders*, 7, 214-222
- Kumbhani, S.R., Roth, R.M., Kruck, C.L., Flashman, L.A y McAllister, T.W. (2010). Nonclinical Obsessive- Compulsive Symptoms and Executive Functions in Schizophrenia. *The Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences*, 22 (3), 304-312.
- Mahía, J., Bernal, A. y Puerto, A. (2007). Trastornos del comportamiento regulatorio: polidipsia primaria, polidipsia secundaria y su tratamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (2), 509-525.
- Martín, R., Hernández, S., Rodríguez, C., García, E., Díaz, A. y Jiménez, J. E. (2012). Datos normativos para el Test de Stroop: patrón de desarrollo de la inhibición y formas alternativas para su evaluación. *European Journal of Education and Psychology*, 5 (1), 39-51.
- Martínez, A. G., López-Espinoza, A., Navarro, M., López-Uriarte, P. y Salazar J.G. (2014). Trastornos de la conducta de beber: una propuesta de investigación. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5,58-69.
- Marquez-Arrico, J.E. y Adan, A. (2016). Personality in patients with substance use disorders according to the co-occurring severe mental illness: A study using the alternative five factor model. *Personality and Individual Differences*, 97,76–81.
- Marquez-Arrico, J. E., Benaiges, I. y Adan, A. (2015). Strategies to cope with treatment in substance use disorder male patients with and without schizophrenia. *Psychiatry Research*, 228, 752–759.
- McKinley, M.J., Cairns, M.J., Denton, G., Mathai, M.I., Uschakov, A., Wade, J.D., Weisinger, R.S. y Oldfield, B.J. (2004). Physiological and pathophysiological influences on thirst. *Physiology & Behaviour*, 81, 795-803.
- Millson, R., Koczapski, A., Cook, M. y Daszkiewicz, M. (1992). A survey of patient attitudes toward self-induced water intoxication. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37 (1), 46-47.
- Moos, R. H. (1993). *The Coping Response Inventory-Adult Form. Professional Manual*. Psychological Assessment Resources, Inc, USA.

- Morey, L.C. (1991). *Personality Assessment Inventory – Professional Manual*. Florida, USA: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Nagashima,T., Inoue,M., Kitamura, S., Kiuchi, K., Kosaka, J., Okada, K., Kishimoto, N., Taoka,T., Kichikawa, K. y Kishimoto, T. (2012). *Brain structural changes and neuropsychological impairments in male polydipsic schizophrenia*. BMC Psychiatry.
- Neeltje, A., La Bastide-van, S., Van de Willige, G., Dost –Otter, R., Visser, E., Liemburg, E.J., Knegtering, H., Van den Heuvel, E. R., Schoevers, R. A., Pijnenborg, G y Bruggeman, R. (2016). *Personality and coping in first episode psychosis linked to mental health care use*. Psychiatry research.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. *Evaluación, afrontamiento y consecuencias adaptativas*. Nueva York: Martínez Roca.
- Leadbetter, R., Shutty,M., Higgins, P y Pavalonis, D. (1994). Multidisciplinary Approach to Psychosis, Intermittent Hyponatremia, and Polydipsia. *Schizophrenia bulletin*, 20 (2), 375-385.
- Leverett, J.P., Lassiter, K.S. y Buchanan, G.M. (2002). Correlations for the Stroop Color and Word Test with measures of reading and language achievement. *Perceptual and Motor Skills*, 94, 459-466.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G. y el grupo ZARADEMP (2002). *Examen cognoscitivo MINI MENTAL*. Madrid: TEA Eds.
- López, J.A., Serrano, I., Andrés, J.M., Delgado, J., Alberola, S. y Sánchez, M.I. (2010). Utilidad del test de Stroop en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de neurología*, 50 (6), 333-340.
- Ortiz-Tallo Alarcón, M., Santamaría Fernández, P., Cardenal Hernández, V. y Sánchez López, Mª P. (2011). *Adaptación española del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Pérez, V. T. (2005). El deterioro cognitivo: una mirada previsor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21.

- Pijnenborg G., Van Donkersgoed, R., David, A. y Aleman, A. (2013). Changes in insight during treatment for psychotic disorders: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 144, 109–117.
- Poirier, S., Legris, G., Tremblay, P., Michea, R., Viau-Guay, L., Mérette, C., Bouchard, R.H., Maziade, M. y Roy, M. A. (2010). Schizophrenia patients with polydipsia and water intoxication are characterized by greater severity of psychotic illness and a more frequent history of alcohol abuse. *Schizophrenia Research*, 118, 285–291.
- Ramirez, N., Arranz, B., Sarro, S. y San, L. (2004). Rabdomiolisis por polidipsia aguda en un paciente con trastorno psicótico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32(1), 56-59.
- Reno, R.M. (2004). Personality Characterizations of Outpatients With Schizophrenia, Schizophrenia With Substance Abuse, and Primary Substance Abuse. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192 (10), 672-681.
- Rial, A., De la Iglesia, G., Ongarato, P. y Fernández, M. (2011). Dimensionalidad del Inventario de Afrontamiento para adolescentes y universitarios. *Psicothema*, 23 (3), 464-474.
- Schnur, D.B., Wirkowski, E., Reddy, R., Decina, P. y Mukherjee, S. (1993). Cognitive Impairments in Schizophrenic Patients with Hyponatremia. *Biological Psychiatry*, 33, 836-838.
- Servat, M., Lehmann, Y., Harari, K., Gajardo, L. y Eva, P. (2005). Evaluación neuropsicológica en esquizofrenia. *Revista Chilena Neuro psiquiátrica*, 43 (3), 210-216.
- Shutty, M.S., Hundley, P.L., Leadbetter, R.A., Vieweg, V. y Hill, D. (1992). Development and validation of a behavioral observation measure for the syndrome of psychosis, intermittent hyponatremia, and polydipsia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23 (3), 213-219.
- Sierra, J.C., Ortega, V y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividade*, 3 (1), 10-59.
- Simón-Lorda, P. (2008). La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(102), 325-348.

- Stroop, J.R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18, 643-662.
- Tirapu, J., Cordero, P., Luna, P y Hernáez .P. (2017). Propuesta de un modelo de funciones ejecutivas basado en análisis factoriales. *Revista de Neurología*, 64 (2), 75-84.
- Torres, I. J., Keedy, S., Marlow-O'Connor, M., Beenken, B. y Goldman, M.B. (2009). Neuropsychological Impairment in Patients With Schizophrenia and Evidence of Hyponatremia and Polydipsia. *Neuropsychology*, 23 (3), 307-314.
- Vergheze, C., De Leon, J. y Simpson, G. (1993). Neuroendocrine factors influencing polidipsia in psychiatric patients: An hypothesis. *Neuropsychopharmacology*, 9, 157-166.
- Volavka, J y Swanson, J. (2010). Violent Behavior in Mental Illness: The Role of Substance Abuse. *American Medical Association*, 304 (5), 563-564.
- Zhornitsky , S., Rizkallah, E., Pampoulova, T., Chiasson, J. P. Lipp, O., Stip, E. y Potvin, s. (2012). Sensation-seeking, social anhedonia, and impulsivity in substance use disorder patients with and without schizophrenia and in non-abusing schizophrenia patients. *Psychiatry Research*, 200, 237-241.

Anexo 1: Entrevista acerca de los hábitos de consumo de agua

Paciente: _____

Fecha: _____

1. ¿Cuánto líquido bebes en un día normal? (Mostrar recipientes: uno de 1 litro, otro de 2... para saber cuántos litros se bebe)

1 2 3 4 5

Muy poco

Mucho

2. ¿Cuánto líquido te gustaría beber en un día normal? (Mostrar recipientes de 1 litro, 2... para saber cuántos litros se bebe)

1 2 3 4 5

Muy poco

Mucho

3. ¿Por qué bebes la cantidad de líquido que bebes? _____

4. ¿Sientes que beber demasiado líquido, puede dañar tu salud?

1 2 3 4 5

Muy poco

Algo

Mucho

5. ¿Has tenido algún problema físico debido a tu consumo de agua?

1 2 3 4 5

No

Algo

Muchos

Si la respuesta es "sí", enumera: _____

6. ¿El agua te ha hecho actuar o sentir de otra manera?

1 2 3 4 5

Nunca

Algunas veces

A menudo

Si la respuesta es "sí", enumera: _____

7. ¿Has tenido ganas de reducir la cantidad de líquido que bebes?

1 2 3 4 5

Muy pocas veces

Algunas veces

Muchas veces

8. ¿Has podido reducir la cantidad de líquido que bebes?

1 2 3 4 5

Nunca

Alguna vez

A menudo

9. ¿Por qué dejaste de beber líquido? _____

10. ¿Por qué comenzaste de nuevo? _____

11. ¿Qué tipo de bebida prefieres? (Clasifica los tres primeros)

Agua Cerveza sin alcohol Zumo Café Bebidas sin alcohol Tea Refrescos
Otras