

La experiencia vivida de la psicosis en Nicaragua: un examen cualitativo de las opiniones de los usuarios del servicio.

Minna Lyons¹, Patrick Evison¹, Roberto Berrios², Sara Castro², y Helen Brooks³

¹ *Escuela de Psicología, Universidad de Liverpool, Liverpool, UK*

² *Cuenta Conmigo, Matagalpa, Nicaragua.*

³ *Departamento de Investigación de Servicios de Salud, Instituto de Salud Poblacional, Universidad de Liverpool, Liverpool, UK*

Autora Correspondiente:

Minna Lyons

Escuela de Psicología

Bedford Street South

Liverpool L69 7ZA

Tel. +441517942940

e-mail: m.lyons@liv.ac.uk

La experiencia vivida de la psicosis en Nicaragua: un examen cualitativo de las opiniones de los usuarios del servicio

Antecedentes: la experiencia de la psicosis es altamente individual e influida por una compleja intersección de identidad, procesos de pensamiento, percepciones y cultura. Sin embargo, se sabe poco sobre la experiencia vivida de la psicosis en Nicaragua.

Objetivo: explorar la experiencia subjetiva de la psicosis en Nicaragua desde la perspectiva de los usuarios del servicio.

Métodos: Se realizaron grupos de enfoque cualitativos con 28 usuarios de servicios con experiencia en psicosis en una organización comunitaria en Nicaragua. El análisis temático se utilizó para analizar estos datos.

Resultados: los participantes atribuyeron principalmente el inicio de la psicosis a factores externos como el trauma físico o psicológico y destacaron el impacto del conflicto a largo plazo en el área. Si bien la medicación generalmente se consideró positivamente cuando estaba disponible, los participantes destacaron las redes de apoyo comunitario y laico y se involucraron en actividades valiosas en sus narrativas sobre el manejo de la psicosis. Las fuerzas religiosas y mágicas destacaron en los relatos de los participantes sobre las vías causales, la cultura nicaragüense más amplia y las prácticas de gestión. El estigma, la exclusión social y el acceso limitado a los servicios formales de salud fueron las principales barreras que se informaron para la recuperación de la psicosis.

Conclusión: Nuestros hallazgos apuntan a la utilidad potencial de las intervenciones psicológicas adaptadas culturalmente en Nicaragua, así como al valor de la fuerza laboral laica y comunitaria para realizar tales intervenciones.

Palabras clave: psicosis; salud mental; experiencia vivida; Nicaragua; PBMI; Estudio cualitativo.

Introducción

Las experiencias y los resultados de la angustia mental son altamente individualizados. Las formas más inusuales de angustia, como las alucinaciones auditivas y visuales (que llamaremos aquí “psicosis” por falta de mejores términos) están influenciadas por una compleja intersección entre identidad, procesos de pensamiento y percepciones (Jones y Shattell, 2016). Estos están fuertemente moldeados por la cultura en la que vive una persona (Larøi et al., 2014; Luhrmann, Padmavati, Tharoor y Osei, 2015). Ha habido mucho interés en estudiar el "continuo de psicosis" dentro de un contexto intercultural, lo que ha demostrado la heterogeneidad de las experiencias dependiendo de la cultura (Ayazi et al., 2016; Wüsten et al., 2018; Wüsten & Lincoln, 2017)

Aunque las experiencias psicóticas son comunes en los Países de Bajos y Medianos Ingresos (PBMI), generalmente se las califica como menos angustiosas y menos patológicas que en los países de altos ingresos (PAI) (Wüsten et al., 2018). Gran parte de la investigación en PBMI se ha centrado en datos epidemiológicos a gran escala, lo que lleva a intervenciones basadas en el modelo de enfermedad biomédica, que pueden no ser

culturalmente apropiadas (Bracken, Giller y Summerfield, 2016). Es poco probable que las intervenciones que no están adaptadas culturalmente (Bracken et al., 2016, p. 3) tengan relevancia directa en entornos de PBMI, donde las luchas diarias para sobrevivir a la pobreza son uno de los temas más apremiantes. Al mismo tiempo, los individuos en PBMI están expuestos a un elevado número de estresores (Lund et al., 2010), lo que puede aumentar su vulnerabilidad a la psicosis (De Vylder et al., 2016). Por lo tanto, una etapa temprana importante de adaptación cultural de las intervenciones para contextos PBMI es el desarrollo de una comprensión profunda de la psicosis desde la perspectiva de las personas con experiencia vivida. (White y Sashidharan, 2014).

Este estudio se centró en explorar experiencias personales de psicosis dentro de un contexto cultural único: Nicaragua. Nicaragua es un PBMI en Centroamérica, con una población de 6.2 millones. Además de la riqueza en cultura y recursos naturales, el país está plagado de inestabilidad política, cicatrices históricas de una guerra civil, desastres naturales, violencia y pobreza (Agencia Central de Inteligencia, 2019). La población de Nicaragua ha estado expuesta a múltiples traumas recientes e históricos, todos los cuales podrían aumentar la vulnerabilidad a las experiencias psicóticas (Mayo et al., 2017). A pesar de la alta incidencia de eventos estresantes de la vida (Vázquez, Panadero y Rincón, 2007; 2010), los servicios de salud mental en el país son inexistentes (Van Der Geest, 2011). Además, aparte de algunas investigaciones antropológicas importantes sobre la psicosis y las intervenciones comunitarias en Nicaragua (Van Der Geest, 2011; 2017) y otros países centroamericanos (Nickels, Arvaiza y Valle, 2016), hay una escasez de datos centrados en la comprensión de las experiencias personales de la psicosis en este contexto. Por lo tanto, el estudio tuvo como objetivo obtener una comprensión profunda de la experiencia vivida de la psicosis en Nicaragua desde la perspectiva de los usuarios del servicio.

Materiales y Métodos

Los grupos focales son un método útil de recopilación de datos al tratar de comprender múltiples perspectivas sobre el mismo tema y al tratar de desarrollar una comprensión compartida de los fenómenos sociales. Llevamos a cabo tres grupos focales con usuarios de servicios con experiencia vivida de psicosis en la ciudad de Matagalpa, la cuarta ciudad más grande de Nicaragua. Con una población de aproximadamente 200,000 habitantes, Matagalpa es la más activa comercialmente fuera de la capital, Managua, y se encuentra

al norte de Nicaragua.

Participantes y reclutamiento

Las personas eran elegibles para la investigación si eran usuarios del servicio con experiencia vivida de psicosis. Los participantes fueron invitados a participar a través de Cuenta Conmigo, una organización establecida por familias y pacientes con experiencia en psicosis, con el objetivo de proporcionar un espacio seguro para que las personas puedan compartir experiencias y apoyarse mutuamente. Veintiocho personas con psicosis consintieron en participar en el estudio.

Los participantes fueron muestreados deliberadamente para incluir un equilibrio de géneros, edades y tiempo desde el diagnóstico (ver Tabla 1). El reclutamiento se detuvo después de completar tres grupos focales en línea con los parámetros de financiamiento. Todos los autores estuvieron de acuerdo en que los datos recopilados satisfacían los cinco criterios que representan suficiente "profundidad conceptual" para permitir que se realice un análisis temático detallado.

Procedimiento

Los grupos focales fueron facilitados en español por RB (psicólogo clínico) en colaboración con SC (investigador de psicología). HB y ML estuvieron presentes para observar y apoyar la grabación de audio digital, pero no participaron en las discusiones grupales. Los grupos focales comenzaron preguntando a las personas sobre sus experiencias de vivir con psicosis en Nicaragua y luego pasaron a explorar las atribuciones sobre las causas de la psicosis, las estrategias actuales de manejo y las barreras para un autocontrol efectivo (ver Apéndice 1). El programa del grupo focal fue desarrollado y refinado entre los autores y luego traducido al español.

Los grupos focales se realizaron en mayo de 2019 y duraron entre 60 y 90 minutos. Los grupos se grabaron digitalmente y se transcribieron literalmente antes de ser traducidos al inglés para su análisis por una empresa de traducción independiente y con experiencia con sede en Nicaragua. Con el fin de compensar los costos de transporte y las posibles pérdidas de ingresos, a los participantes se les dio un pago de \$ 10 por la participación y se proporcionó el almuerzo después de los grupos focales.

Se realizó un análisis temático inductivo siguiendo el procedimiento de seis etapas descrito por Braun y Clarke (2006). ML, PE y HB se familiarizaron primero con los datos leyendo y volviendo a leer las transcripciones. ML y PE generaron independientemente códigos iniciales en cada transcripción antes de reunirse con HB para verificar la asignación de códigos, eliminar códigos duplicados, amalgamar códigos similares y discutir cualquier discrepancia en la codificación. Se pueden encontrar más detalles sobre los antecedentes y el papel de los autores en el Apéndice 2.

Luego, los códigos se organizaron en temas generales para formar un marco temático preliminar al examinar las similitudes y diferencias entre códigos y dar una consideración crítica a las relaciones entre códigos. El análisis de datos se apoyó utilizando notas desarrolladas por codificadores durante el proceso de análisis y por datos demográficos para contextualizar los datos. Los temas finales y la presentación de los datos se discutieron con el equipo de estudio más amplio para verificar las interpretaciones analíticas e identificar posibles discrepancias o inexactitudes. Los datos se presentan utilizando descripciones gruesas de los temas identificados y la presentación de secciones de datos sin procesar para apoyar las interpretaciones y en un intento de promover la transparencia del análisis.

Resultados

A partir de los datos se generaron cuatro temas generales: (i) factores que precipitan el inicio de la psicosis (ii) las prácticas actuales de manejo (iii) la centralidad de las fuerzas mágico-religiosas (iv) las barreras para el manejo de la psicosis.

Factores que precipitan la aparición de la psicosis: el papel de los factores externos como desencadenantes de la angustia mental

This eventually culminated in her husband's suicide. Muchos participantes revelaron alguna forma de trauma psicológico o físico que atribuyeron a la aparición de sus síntomas de enfermedad mental. El trauma psicológico típicamente incluía cosas como abuso doméstico, negligencia infantil, falta de vivienda, ruptura de relaciones o incidentes durante la Revolución nicaragüense. Por ejemplo, el Usuario 2 del Grupo 2 experimentó abuso doméstico a largo plazo, viviendo y apoyando a un esposo con graves dependencias de cocaína y cannabis, así como a varios hijos. Esto eventualmente culminó en el suicidio

de su esposo.

“Sufrí violencia doméstica y nuestra relación empeoró cada vez. Vivimos juntos durante 13 años. Vine a Cuenta Conmigo para buscar ayuda para mi esposo que era adicto a la cocaína y la marihuana, también solía beber mucho y era mujeriego ... ”

Usuario 2, Grupo 2

La revolución nicaragüense duró de 1961 a 1990 y cambió permanentemente la faz del país (Hodges, 1986). El impacto psicológico del conflicto violento a largo plazo apareció fuertemente en las narrativas de los participantes sobre las causas de las enfermedades mentales y los participantes se unieron en sus atribuciones de enfermedades mentales vinculadas a experiencias traumáticas durante la guerra. Por ejemplo, la usuaria 9 del Grupo 1 entró en estado de shock después de que su esposo fue violentamente asesinado por los guardias de Somoza y describió haber sufrido sus síntomas desde entonces.

“Los guardias de Somoza secuestraron a mi esposo y le cortaron la garganta, estaba trabajando cuando lo supe y entré en shock; así que me llevaron al hospital, desde entonces comencé a tomar pastillas y aún lo hago ”.

Usuario 9, Grupo 1

Los relatos de trauma físico también precedieron a los síntomas de los participantes. Por ejemplo, el Usuario 8 del Grupo 1 estuvo involucrado en un accidente de autobús y a la edad de seis años y describió sus síntomas (agresión, aislamiento, comportamientos extraños como quemar dinero) comenzando poco después. Otros atribuyeron la aparición de enfermedades mentales a condiciones de salud física como la epilepsia.

“Tengo epilepsia desde que tenía 2 años. Oigo voces y me culpan. Comencé a escuchar voces cuando tenía 14 años ”.

Usuario 1, Grupo 3

Prácticas de gestión actuales: el primer plano de las redes de apoyo comunitario y laico

La medicación, el apoyo de las redes de apoyo comunales y laicas, las técnicas de relajación / distracción y el apoyo de los servicios de salud mental fueron los medios más comunes para controlar las enfermedades mentales informadas por los participantes.

Una proporción significativa de los participantes tomó una o más formas de medicación psiquiátrica como un medio para aliviar la angustia y las narraciones fueron generalmente positivas sobre la efectividad de la medicación. Sin embargo, algunos participantes lucharon con los efectos secundarios físicos y psicológicos de sus medicamentos y recibieron poca información de los servicios de salud para abordarlos.

“Mi familia, madre y hermana, fueron de gran apoyo; Tomé muchas pastillas que me enfermaron, estaba casi paralizado, eso fue un shock para mí. Comencé a ir a la iglesia a rezar, en lo santo, así que Dios me curó. Ahora no tomo más medicación, es importante no depender de la medicación porque la medicación causa otras reacciones ”

Usuario 5, Grupo 1

Las contribuciones positivas de las redes de apoyo comunitarias y laicas al manejo cotidiano de las enfermedades mentales fueron destacadas en los relatos de los participantes sobre la experiencia cotidiana de la angustia mental en Nicaragua. En particular, las organizaciones del tercer sector como la Cuenta Conmigo fueron vistas como un salvavidas en tiempos de crisis. Esto parecía deberse a que la organización facilitaba la interacción con otros que entendían o tenían experiencia directa de su condición y que tenían tiempo para apoyarlos y conocerlos.

Las terapias que recibí en Cuenta Conmigo me han ayudado mucho ”.

Usuario 5, Grupo 1

Las redes laicas implicadas por los participantes en el manejo de las enfermedades mentales generalmente consistían en familiares (particularmente madres), amigos y vecinos. Las redes de apoyo generalmente tenían dos roles: como medio de contacto social y como una forma de aprovechar los recursos para ayudar a controlar la psicosis. Por ejemplo, la familia y los amigos a menudo les recuerdan a los participantes que tomen sus medicamentos según lo recetado. Las redes sociales también ayudaron en cosas como el apoyo financiero y llevar a los participantes a las citas cuando sea necesario.

"Mi familia siempre me ha ayudado mucho, mi madre siempre ha pagado mis medicamentos y me tratan muy bien".

Usuario 5, Grupo 1

Las técnicas de distracción (tareas que no trabajan directamente para aliviar la angustia, sino que dirigen la atención de un individuo lejos de la angustia) se citaron comúnmente, en particular las tareas domésticas, la lectura y la interacción social. Otras técnicas útiles de distracción incluyen ejercicio, escuchar música y mirar televisión.

"Intento hacer algo; Escucho música mantra y me relajo en mi habitación; Hago ejercicios de respiración. Me hablo y me animo ".

Usuario 4, Grupo 2

También se discutieron técnicas de relajación (tareas que trabajan directamente para aliviar la angustia), aunque con menos frecuencia. Se describieron técnicas como ejercicios de respiración, pensamiento positivo y una forma de atención plena. En general, los participantes utilizaron técnicas de distracción con mucha más frecuencia que las técnicas de relajación.

"Tomo un vaso de agua y hago ejercicios de respiración".

Usuario 4, Grupo 3

La centralidad de las fuerzas mágico-religiosas en las narrativas sobre vivir con psicosis en Nicaragua

Aproximadamente el 80% de la población nicaragüense se identifica como cristiana ("Censo De Población", 2005). En línea con esto, la mayoría de los participantes en el estudio actual se auto identificaron como religiosos, y sintieron que sus creencias eran una forma importante de hacer frente a sus síntomas. Las actividades religiosas en las que participaron los participantes incluyeron leer la Biblia, orar y asistir a los servicios de la iglesia. Varios participantes revelaron que la oración era a menudo lo primero a lo que recurrían cuando estaban angustiados, incluso antes de buscar ayuda de los servicios de salud mental, amigos o familiares.

"Primero le rezo a Dios, él es el médico por excelencia; y cuando estoy estresado por la escuela y el trabajo voy a la iglesia en busca de esperanza, mi familia y los líderes de la iglesia ".

Usuario 6, Grupo 1

Un pequeño número de participantes sintió que las fuerzas mágico-religiosas, particularmente su Dios, podrían ser posibles curas para sus síntomas. El Usuario 5 en el Grupo 1 sintió firmemente que su Dios los había curado, hasta el punto en que habían dejado de tomar sus medicamentos psiquiátricos por completo, mientras que el Usuario 7 en el Grupo 1 informó una interrupción similar de la medicación debido a su creencia en el poder curativo de la religión, pero su condición había recaído.

“Comencé a ir a la iglesia a rezar, en lo santo, así que Dios me curó. Ahora no tomo más medicamentos ”

Usuario 5, Grupo 1

“Dejé de tomar las píldoras porque pensé que Dios me había curado; pero las convulsiones volvieron ”.

Usuario 7, Grupo 1

Algunos participantes informaron que participar en actividades religiosas era una experiencia comunitaria para ellos, que a menudo involucraba a familiares o trabajadores de la iglesia. Debido a su presencia omnipresente en Nicaragua, las actividades religiosas comunales eran una fuente fácil y accesible de interacción social, permitiendo a las personas conocer a personas en un entorno estructurado y seguro. Al igual que con el Usuario 4, Grupo 3 (citado a continuación), también pueden representar una fuente de oportunidades de empleo.

"Los líderes de la iglesia se dieron cuenta de que yo tenía mucho conocimiento sobre la Biblia, por lo que me propusieron ser líder de la iglesia ..."

Usuario 4, Grupo 3

Las descripciones de brujería fueron prominentes en las narrativas de los participantes, particularmente cuando se referían a visiones sociales más amplias de la salud mental. Los participantes describieron cómo la gente en Nicaragua a menudo sentía que los síntomas psicóticos eran un signo de brujería o magia negra. Sin embargo, la brujería solo fue identificada explícitamente por un participante en el estudio actual como una causa directa de sus síntomas. El usuario 3 del Grupo 3 creía que sus síntomas comenzaron después de consumir alimentos malditos o envenenados, contaminados por magia negra o brujería, cuando comenzaron a temblar y experimentaron escalofríos.

“Hay gente mala y la brujería existe y eso fue lo que me pasó a mí. Antes no creía en la brujería, pero ahora sí.

Usuario 3, Grupo 3

Barreras para la recuperación de la psicosis: acceso a la atención, estigma e inclusión social.

La barrera más comúnmente citada para el autocontrol de la psicosis fue el acceso a los servicios de salud y medicamentos. Hubo un deseo compartido de intervenciones psicológicas para apoyar el autocontrol. Los participantes también describieron cómo los medicamentos a menudo eran inaccesibles e incluso si tenían acceso a los fondos para comprar medicamentos, a menudo no estaban disponibles en las farmacias locales.

“Falta de pastillas; es difícil comprar medicamentos porque es muy costoso ”.

Usuario 1, Grupo 1

El estigma social también fue una barrera importante para controlar las enfermedades mentales y tuvo un impacto negativo en la inclusión social y la recuperación individual. El estigma a menudo provenía de familiares, amigos y vecinos, pero también se presentaba en forma de discriminación a nivel social, con creencias sobre la brujería y la magia negra aparentemente comunes en Nicaragua. Algunos participantes, como el Usuario 1 del Grupo 3, alguna vez tuvieron relaciones positivas con los vecinos, pero desde que fueron diagnosticados, comenzaron a burlarse de ellos por su condición, una historia bastante común entre los participantes. Varios participantes discutieron sentirse infravalorados por la sociedad en su conjunto, a menudo enfrentando la exclusión social, incluida la denegación de oportunidades de empleo. El usuario 4 del Grupo 1 culpó a la falta de comprensión de la población en general de los trastornos psicológicos como un impulso principal de actitudes y comportamientos estigmatizantes.

“Hay demasiadas barreras sociales, quizás sea por ignorancia y también hay personas groseras que nos llaman locos; Todas estas ofensas nos hacen sentir tristes. Es cierto que tomamos medicamentos, pero eso no significa que no seamos valiosos; Al principio me fue muy difícil lidiar con las ofensas de la gente, pero luego decidí ignorarlas ”.

Usuario 4, grupo 1

Las redes laicas y comunitarias podrían ser una valiosa fuente de contribución al trabajo asociado con el manejo de las condiciones de salud mental, donde estas son de apoyo y se ven positivamente. Sin embargo, los participantes a menudo describieron relaciones difíciles con familiares y amigos que podrían perjudicar el manejo de las enfermedades mentales.

“Mi familia no me ama, no me dan medicamentos. Tengo que recordarme a mí mismo tomar las pastillas y, a veces, lo olvido; mi hijo que está aquí conmigo es el único que me da medicamentos ... ”

Usuario 2, Grupo 1

"Mi familia ha sido cruel conmigo, tengo que ir sola al hospital cuando me siento enferma, la epilepsia me asusta y no puedo salir con mi pequeño hijo porque tengo miedo de un accidente automovilístico en la calle".

Usuario 7, Grupo 1

Discusión

Hasta donde sabemos, este es el primer estudio que explora la experiencia vivida de psicosis entre los usuarios de servicios en Nicaragua. Aunque ha habido mucho interés en investigar la incidencia e identificación de la psicosis en el contexto de PBMI (Burns, 2015), el enfoque epidemiológico no aumenta la comprensión de las creencias y prácticas de las personas locales en torno a la psicosis. Nuestros hallazgos cualitativos brindan información importante sobre la experiencia vivida de la psicosis en Nicaragua y las creencias de las personas sobre las causas de su angustia, que probablemente sean fundamentalmente importantes en el diseño de futuras intervenciones psicológicas culturalmente apropiadas.

Aunque el modelo biomédico de la psicosis es evidente en la comprensión de las personas de la psicosis en los PBMI (Cosgrove et al., 2019), de manera similar a los estudios occidentales (Carter, Read, Pyle y Morrison, 2018), los usuarios de servicios en Nicaragua en su mayoría sentían que su psicosis tenía orígenes psicosociales y relacionados con el trauma. Las experiencias de guerra se declararon como una causa común, así como las relaciones abusivas. Estos resultados respaldan los hallazgos de estudios cuantitativos que demuestran que los eventos traumáticos como la guerra aumentan las probabilidades de psicosis (Croft et al., 2019; Keraite et al., 2016) y respaldan las afirmaciones de que la psicosis se entiende mejor como una reacción normal

a experiencias traumáticas (Okkels, Trabjerg, Arendt y Pedersen, 2017). De hecho, investigaciones previas en las culturas latinoamericanas han encontrado que las personas que padecen psicosis tienen atribuciones causales que son una mezcla compleja de explicaciones biológicas, psicosociales y mágico-religiosas (Caqueo-Urizar, Boyer, Baumstarck y Gilman, 2015; Gómez-de-Regil, 2014) Los modelos explicativos de nuestros participantes nicaragüenses respaldaron la complejidad y diversidad de la experiencia de la psicosis como se identifica en otros PBMI.

La mayoría de los participantes destacaron la importancia de la medicación, especialmente en ausencia de intervenciones psicológicas alternativas, pero reconocieron que era difícil acceder al medicamento en Nicaragua como en otros PMBI y que también podría provocar efectos secundarios angustiantes (Asher, Fekadu y Hanlon, 2018). En cambio, los participantes destacaron el apoyo de las redes de apoyo comunitario y laico e identificaron una variedad de estrategias de autogestión, incluida la participación en actividades valiosas y una variedad de técnicas de relajación / distracción. Nuestros hallazgos apuntan a la necesidad de que los proveedores de servicios comprendan las actividades que las personas perciben como importantes en relación con su salud mental, los mecanismos a través de los cuales promueven el bienestar y cómo pueden apoyar mejor el compromiso con actividades valiosas para promover la recuperación de la psicosis (Lal et al., 2013). Tanto en entornos de PBMI como de PAI, el sector voluntario a menudo se considera el mejor ubicado para promover el compromiso con actividades valiosas, ya que generalmente se consideran más congruentes con el espíritu de las organizaciones del tercer sector que los servicios de salud formales (Tew et al., 2012) Datos del estudio actual destacó aún más el papel de las organizaciones comunitarias en el desarrollo futuro de la atención de salud mental nicaragüense para garantizar que los servicios satisfagan las necesidades de las personas que acceden a ellos.

Es probable que mejorar el acceso a las terapias psicológicas sea fundamentalmente importante en Nicaragua dado que los participantes comparten el deseo de este tipo de intervenciones y su efectividad demostrada en otros contextos PBMI (Asher, Patel y DeSilva, 2017). De hecho, el aumento de las intervenciones de salud mental implementadas por proveedores comunitarios no especializados o la fuerza laboral laica en contextos de PBMI ha sido uno de los puntos principales de la agenda de varias organizaciones mundiales (Kohrt et al., 2018), y las experiencias de nuestros participantes

nicaragüenses destacan la importancia de aumentar urgentemente disposiciones comunitarias a este respecto e integración de la fuerza laboral laica en su entrega.

La importancia de las fuerzas mágico-religiosas en la experiencia de la psicosis en Nicaragua se destacó en todos los grupos focales. Los participantes implicaron la religión y la brujería en el contexto de creencias causales, curación y ayuda, algunas de las cuales parecían exclusivas de las culturas nicaragüenses. No es sorprendente que las actividades religiosas como rezar, leer la Biblia y asistir a la iglesia a menudo se discutieran como herramientas eficientes para manejar la angustia. La religión también fue importante para los participantes en el estudio actual debido a su ubicuidad en la cultura nicaragüense y porque actuó como un conducto para la interacción social y la integración comunitaria. El trabajo cualitativo anterior ha sugerido que la religión aumenta la resiliencia mediante la construcción de comunidades y al ayudar a construir la identidad (Virdee et al., 2016). La religión apareció con fuerza en las narrativas sobre la recuperación para las personas en Nicaragua, destacando la importancia de incorporar aspectos religiosos y espirituales en las intervenciones terapéuticas realizadas en Nicaragua para garantizar la aceptabilidad cultural y optimizar el compromiso (Irfan, Stone, Husain y Phiri, 2016).

En su mayor parte, el apoyo de la familia, los amigos y las comunidades fue visto positivamente e importantes fuentes de apoyo instrumental, informativo y emocional. Sin embargo, se identificaron problemas en relación con algunas relaciones interpersonales, especialmente el comportamiento sin apoyo de los vecinos, los miembros de la familia y la sociedad en general que parecía estar relacionado con el estigma. El estigma representa una barrera importante para la recuperación de la psicosis tanto en entornos de PBMI como de PAI, pero está relativamente poco explorado en contextos de PBMI (Corrigan, 2004; White, Ramachandran y Kumar, 2017). Este estudio respalda estos hallazgos al resaltar el impacto negativo del estigma en la recuperación de la psicosis para las personas en Nicaragua. Investigaciones recientes sugieren que los eventos de participación comunitaria que utilizan actividades artísticas que promueven el contacto intergrupales son una forma potencialmente útil de reducir el estigma hacia las personas con enfermedades mentales en entornos de PBMI. Dichas actividades pueden ser útiles en Nicaragua, pero deben contextualizarse localmente antes de su uso para optimizar la implementación (Irmansyah et al., 2020).

Fortalezas y limitantes

El estudio adquiere sus puntos fuertes a partir de la combinación de análisis cualitativo en profundidad y diseño de grupos focales. Este estudio exploró las opiniones de los usuarios del servicio únicamente y la investigación futura debería incluir las opiniones de otras partes interesadas clave, como profesionales de la salud, organizaciones del tercer sector, curanderos tradicionales, líderes espirituales / religiosos y responsables políticos. Todos los participantes residían en el área de Matagalpa, Nicaragua, se seleccionaron a sí mismos para la inclusión en el estudio y eran miembros de la Cuenta Conmigo. Por lo tanto, los datos pueden no reflejar los puntos de vista de los usuarios del servicio en otras áreas de Nicaragua o de aquellos que no están involucrados con organizaciones comunitarias. La investigación futura debería considerar entrevistas en profundidad para explorar algunos de los problemas identificados en el manuscrito actual con mayor profundidad.

Conclusión

Nuestros hallazgos apuntan a la utilidad potencial de las intervenciones psicológicas adaptadas culturalmente en Nicaragua, así como al valor de la fuerza laboral laica y comunitaria para realizar tales intervenciones.

Reconocimiento:

Los autores desean agradecer a Cuenta Conmigo y Matagalpa Tours por su apoyo con el proyecto y a todos los participantes que se tomaron el tiempo para participar en grupos focales. Además, nos gustaría agradecer a los doctores Karl Nielsen y Danilo Avendaño por su apoyo durante las etapas iniciales del proyecto.

Detalles de financiamiento: Este trabajo fue apoyado por la Universidad de Liverpool GCRF fondo de cebado bajo la subvención JXG11723

Declaración de divulgación: Las autoras confirman que no hubo conflictos de interés.

Aprobación ética: La aprobación ética se obtuvo del Comité de Ética de Investigación en Salud y Ciencias de la Vida (Psicología, Salud y Sociedad) de la Universidad de Liverpool (Ref: 4699). Los participantes dieron su consentimiento por escrito para que sus datos sean utilizados en la investigación.

Referencias

- Asher, L., Fekadu, A., & Hanlon, C. (2018). Global mental health and schizophrenia. *Current opinion in psychiatry*, 31(3), 193-199.
- Asher, L., Patel, V., & De Silva, M. J. (2017). Community-based psychosocial interventions for people with schizophrenia in low and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 17(1), 355.
- Ayazi, T., Swartz, L., Eide, A. H., Lien, L., & Hauff, E. (2016). Psychotic-like experiences in a conflict-affected population: a cross-sectional study in South Sudan. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51(7), 971-979.
- Bracken, P., Giller, J., & Summerfield, D. (2016). Primum non nocere. The case for a critical approach to global mental health. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 25(6), 506-510.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Burns, J. K. (2015). Why searching for psychosis in diverse settings is important for global research and mental health systems development. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(6), 895-897.
- Carter, L., Read, J., Pyle, M., & Morrison, A. (2018). "I Believe I Know Better Even than the Psychiatrists What Caused It": Exploring the Development of Causal Beliefs in People Experiencing Psychosis. *Community mental health journal*, 54(6), 805-813.
- Caqueo-Urizar, A., Boyer, L., Baumstarck, K., & Gilman, S. E. (2015). The relationships between patients' and caregivers' beliefs about the causes of schizophrenia and clinical outcomes in Latin American countries. *Psychiatry research*, 229(1-2), 440-446.
- Central Intelligence Agency (2019). The World Factbook: Nicaragua. Retrieved from <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/nu.html>.
- Censo De Población. (2005) Retrieved from <http://www.inide.gob.ni/censos2005/ResumenCensal/Resumen2.pdf>
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American psychologist*, 59(7), 614.
- Croft, J., Heron, J., Teufel, C., Cannon, M., Wolke, D., Thompson, A., ... & Zammit, S. (2019). Association of trauma type, age of exposure, and frequency in childhood

- and adolescence with psychotic experiences in early adulthood. *JAMA psychiatry*, 76(1), 79-86.
- De Vylder, J. E., Koyanagi, A., Unick, J., Oh, H., Nam, B., & Stickley, A. (2016). Stress sensitivity and psychotic experiences in 39 low-and middle-income countries. *Schizophrenia bulletin*, 42(6), 1353-1362.
- Gómez-de-Regil, L. (2014). Causal attribution and illness perception: a cross-sectional study in Mexican patients with psychosis. *The Scientific World Journal*, 2014.
- Hodges, D. C. (1986). *Intellectual foundations of the Nicaraguan revolution*. Retrieved from <https://search.ebscohost.com.liverpool.idm.oclc.org/login.aspx?direct=true&db=cat00003a&AN=lvp.b1477864&site=eds-live&scope=site>
- Irfan, M., Stone, L., Husain, N., & Phiri, P. (2016). Brief intervention models in psychosis for developing Countries (Asia and Africa). In *Brief interventions for psychosis* (pp. 191-204). Springer, Cham.
- Irmansyah, I., Susanti, H., James, K., Lovell, K., Idaiani, S., Imah, S., ... & Brooks, H. (2020). Civic engagement and mental health system strengthening in Indonesia: a qualitative examination of the views of health professionals and national key stakeholders. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-15.
- Jones, N., & Shattell, M. (2016). Not what the textbooks describe: Challenging clinical conventions about psychosis. *Issues in mental health nursing*, 37(10), 769-772.
- Keraite, A., Sumathipala, A., Siriwardhana, C., Morgan, C., & Reininghaus, U. (2016). Exposure to conflict and disaster: A national survey on the prevalence of psychotic experiences in Sri Lanka. *Schizophrenia research*, 171(1-3), 79-85.
- Kohrt, B. A., Asher, L., Bhardwaj, A., Fazel, M., Jordans, M. J., Mutamba, B. B., ... & Patel, V. (2018). The role of communities in mental health care in low-and middle-income countries: a meta-review of components and competencies. *International journal of environmental research and public health*, 15(6), 1279.
- Larøi, F., Luhrmann, T. M., Bell, V., Christian Jr, W. A., Deshpande, S., Fernyhough, C., Jenkins, J., & Woods, A (2014). Culture and hallucinations: overview and future directions. *Schizophrenia bulletin*, 40(Suppl_4), S213-S220.
- Lal, S., Ungar, M., Leggo, C., Malla, A., Frankish, J., & Suto, M. J. (2013). Well-being and engagement in valued activities: Experiences of young people with psychosis. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 33(4), 190-197.

- Luhrmann, T. M., Padmavati, R., Tharoor, H., & Osei, A. (2015). Hearing voices in different cultures: a social kindling hypothesis. *Topics in Cognitive Science*, 7(4), 646-663
- Lund, C., Breen, A., Flisher, A. J., Kakuma, R., Corrigall, J., Joska, J. A., ... & Patel, V. (2010). Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Social science & medicine*, 71(3), 517-528.
- Mayo, D., Corey, S., Kelly, L. H., Yohannes, S., Youngquist, A. L., Stuart, B. K., ... & Loewy, R. L. (2017). The role of trauma and stressful life events among individuals at clinical high risk for psychosis: a review. *Frontiers in psychiatry*, 8, 55.
- Nickels, S. V., Arvaiza, N. A. F., & Valle, M. S. R. (2016). A qualitative exploration of a family self-help mental health program in El Salvador. *International journal of mental health systems*, 10(1), 26.
- Okkels, N., Trabjerg, B., Arendt, M., & Pedersen, C. B. (2017). Traumatic stress disorders and risk of subsequent schizophrenia spectrum disorder or bipolar disorder: a nationwide cohort study. *Schizophrenia bulletin*, 43(1), 180-186.
- Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J., & Le Boutillier, C. (2012). Social factors and recovery from mental health difficulties: a review of the evidence. *The British Journal of Social Work*, 42(3), 443-460.
- Van der Geest, R. (2011). *Mejor dejarlo tranquilo: vivir con un familiar psicótico en Nicaragua* (Vol. 5). PUBLICACIONES UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI.
- Van der Geest, R. (2017). A family-based intervention for people with a psychotic disorder in Nicaragua. In *The Palgrave Handbook of Sociocultural Perspectives on Global Mental Health* (pp. 531-548). Palgrave Macmillan, London.
- Vázquez, J., Panadero, S., & Rincón, P. P. (2007). Stressful life events in countries of differing economic development: Nicaragua, Chile, and Spain. *Psychological Reports*, 101(1), 193-201.
- Vázquez, J. J., Panadero, S., & Rincón, P. P. (2010). Stressful life events and suicidal behaviour in countries with different development levels: Nicaragua, El Salvador, Chile and Spain. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 20(4), 288-298.
- Virdee, G., Frederick, T., Tarasoff, L. A., McKenzie, K., Davidson, L., & Kidd, S. A. (2016). Exploring the contours of religion and spirituality in creating community:

A focus on persons with psychosis. *Journal of Community Psychology*, 44(8), 1081-1087.

White, R. G., Ramachandran, P., & Kumar, S. (2017). Addressing Mental Health-related Stigma in a Global Context. In *The Palgrave Handbook of Sociocultural Perspectives on Global Mental Health* (pp. 257-283). Palgrave Macmillan, London.

White, R. G., & Sashidharan, S. P. (2014). Towards a more nuanced global mental health. *The British Journal of Psychiatry*, 204(6), 415-417.

Wüsten, C., Schlier, B., Jaya, E. S., Fonseca-Pedrero, E., Peters, E., Verdoux, H., Woodward, T., Ziermans, T., & Lincoln, T. M. (2018). Psychotic experiences and related distress: a cross-national comparison and network analysis based on 7141 participants from 13 countries. *Schizophrenia bulletin*, 44(6), 1185-1194.

Wüsten, C., & Lincoln, T. M. (2017). The association of family functioning and psychosis proneness in five countries that differ in cultural values and family structures. *Psychiatry research*, 253, 158-164.

Tabla 1: Datos demográficos

		% (n)
Género	Masculino	37.9% (n=11)
	Femenino	58.6% (n=17)
Edad	Rango Medio	41.8 años 18-79 años
Rol	Usuarios de Servicio	75% (n=21)
	Usuarios de servicio y cuidador	14.3% (n=4)
	Sin identificar	10.7% (n=3)
¿Tomando medicamento actualmente?	Si	100% (n=28)
Tiempo desde el diagnostico	Rango Medio	11.9 años 6 meses a 30 años
Nivel de educación	Escuela primaria(1-6to grado)	53.6% (n=15)
	Secundaria (7mo a 12vo grado)	28.6% (n=8)
	Universidad	7.1% (n=2)
	Sin identificar	10.7% (n=3)
¿Actualmente trabajando devengando un salario?	Si	21.4% (n=6)
	No	78.6% (n=22)
Número de medicamento actual	Rango Medio	2 1-4

Medicamento más común	Haloperidol	8
	Amitriptylina	6
	Lorazepam	6
	Carbamazepina	4
	Diazepam	3
	Ácido Valproico	3
	Chlorpromazinea	1
	Olanzapina	1
	Risperidona	1
	Otros	7
	Sin identificar	4

Apéndice 1: Calendario de entrevistas

Cuestionario para el estudio de grupos focales: estrategias para controlar los síntomas de la psicosis en Nicaragua

1. Definición de las características de los participantes: antes del grupo focal

Antes del grupo focal, los participantes completarán un formulario de consentimiento, seguido de un breve cuestionario sobre las características demográficas. Los participantes que puedan tener dificultades con el formulario pueden obtener asistencia del facilitador / investigadores del grupo comunitario. Ver documento de Características del participante.

2. Temas de discusión de grupos focales

Al comienzo del grupo focal, habrá una introducción a la investigación y las pautas del grupo focal (incluida la confidencialidad, la necesidad de escuchar las perspectivas de todos los participantes, el estímulo de diferentes opiniones, la ausencia de respuestas correctas o incorrectas, la grabación y la toma de notas durante las sesiones y derecho a retirarse).

Temas de discusión:

¿Qué tipo de dificultades psicológicas padecen usted / su familiar y cómo / cuándo comenzó?

(El facilitador puede proporcionar una lista de síntomas para provocar discusiones)

¿Cuál crees que es la causa de estas dificultades?

¿Hay alguna otra interpretación en Nicaragua?

¿Qué impacto tiene esto en tu vida?

(Indicaciones del facilitador: trabajo, estudio, juego, estrés, afrontamiento, relaciones familiares, recaída, autoestima, finanzas, relaciones, integración social comunitaria)

¿Qué impacto tiene esto en tu familia?

¿Qué impacto tiene esto en la comunidad dónde vives?

¿A quién recurre para recibir apoyo? (por ejemplo, apoyo para problemas de salud mental, apoyo para la vida práctica (administración del trabajo / dinero / hogar), apoyo para cuando se siente molesto)

(Indicaciones del facilitador: Profesionales de la salud / curanderos tradicionales / amigos / vecinos / familia / grupos comunitarios / mascotas / otras fuentes de apoyo)

¿Tiene alguna barrera para acceder a apoyo para problemas de salud mental? ¿Qué lo hace difícil?

¿Reconoce cuando usted / los miembros de su familia tienen una recaída / estrés más intenso? ¿Cómo?

¿Actualmente hace algo / ayuda a su familiar a hacer algo para reducir el estrés? ¿Son útiles estas estrategias? Si es así, ¿cómo? Si no son útiles, ¿por qué crees que este es el caso? (El facilitador puede dar ejemplos de estrategias)

Apéndice 2: Antecedentes del estudio y autor

El estudio representa un premio de desarrollo para informar una solicitud para un programa de trabajo más amplio para desarrollar un recurso de autoayuda culturalmente apropiado para apoyar a las personas que viven con psicosis en Nicaragua.

ML y HB son profesores de la Universidad de Liverpool y PE es asistente de investigación en la Universidad de Liverpool. RB (psicólogo) y SC (graduado en psicología) son miembros de Cuenta Conmigo y, como tal, tuvieron relaciones previas con algunos participantes del estudio. Esto se discutió entre el equipo de estudio y los miembros de Cuenta Conmigo antes del comienzo del estudio y se consideró la opción más adecuada dado que los participantes no se sentirían cómodos hablando de experiencias personales con personas que el grupo no conocía.