



PATRÓN ASOCIADO A LA INASISTENCIA A LA PRIMERA CONSULTA EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL

MARÍA Y. VELLISCA¹, JOSÉ I. LATORRE², SANTOS OREJUDO¹, SANTIAGO GASCÓN¹, ALBERTO NOLASCO¹, VÍCTOR J. VILLANUEVA¹

¹ Departamento de Psicología y Sociología, Universidad de Zaragoza, Teruel, España

² Unidad de Salud Mental, Hospital Obispo Polanco, Teruel, España

Resumen: El objetivo de nuestro estudio fue conocer las características de los pacientes que no acuden a la primera cita en un centro de salud mental para poder mejorar estas derivaciones. Se examinaron diversas características (sexo, edad, origen de la derivación, días en lista de espera y diagnóstico principal) de los pacientes atendidos en el servicio de salud mental durante un año ($N = 433$) y se compararon con las de los pacientes que no acudieron a la consulta durante el mismo período ($N = 95$). Los pacientes que acudieron a la primera consulta con el servicio estuvieron menos días en lista de espera que los que faltaron y provenían en mayor medida del servicio de urgencias. Se concluye que los pacientes que no acuden a su primera cita alargan innecesariamente la lista de espera, produciendo paradójicamente una mayor inasistencia. Se discute el empleo de diversas medidas para mejorar las tasas de inasistencia.

Palabras clave: Inasistencia; salud mental; psicología clínica; psiquiatría.

Pattern associated with non-attendance to first appointment at a mental health center

Abstract: The goal of our study was to understand the characteristics of non-attenders to a first appointment in a mental health center in order to improve the response to the referral. Various characteristics (sex, age, rural or urban provenance, origin of derivation, days on waiting list, destination of derivation, and principal diagnosis) of the patients attended by the service during one year ($N = 433$) were evaluated and compared with those of the non-attenders during the same period of time ($N = 95$). First attenders to the mental health service spent less days on the waiting list than non-attenders, and were mostly derived from emergency services. We conclude that first non-attenders unnecessarily enlarge the unit's waiting list, a fact which paradoxically relates to non-attendance of these same patients. The use of several ways to improve the nonattendance rates is discussed.

Keywords: Nonattendance; mental health; clinical psychology; psychiatry.

INTRODUCCIÓN

La inasistencia de los pacientes a los servicios de salud mental comunitarios (i.e., que un paciente no acuda a la cita que tiene asignada con su psicólogo clínico o psiquiatra), supone un problema económico para nuestro sistema de salud, una pérdida de tiempo para los profesionales y un incremento innecesario de la lista de espera para los pacientes. Varios estudios

previos han intentado analizar las variables implicadas en la inasistencia de los pacientes a su primera consulta con los servicios de salud mental con la esperanza de poder mejorar las tasas de asistencia. Se han evaluado variables sociodemográficas y clínicas del propio paciente, así como características de la unidad de salud mental a la que eran derivados pero en la mayoría de estos estudios no se ha podido establecer un perfil claro del paciente que no acude a su primera cita con salud mental o bien los hallazgos han sido inconsistentes.

Fenger, Mortensen, Poulsen y Lau (2011) observaron que eran predictores de la inasisten-

Recibido: 3 abril 2014; aceptado: 24 abril 2014.

Correspondencia: M. Yolanda Vellisca, Ciudad Escolar s/n, 44003 Teruel, España. Correo-e: vellisca@unizar.es

cia a un centro de salud mental comunitario el ser menor de 25 años, estar diagnosticado de algún trastorno de personalidad y carecer de un nivel educativo superior a la escolarización obligatoria. Los pacientes más jóvenes también faltaban más a su primera cita en el estudio de García y Ortiz (2002) con una muestra española. Sin embargo, otros autores (Otero, Lague, Conde, Jiménez, y Serrano, 2001) no han podido encontrar diferencias en función de la edad estudiando muestras similares. Ser varón estaba asociado con no asistir a la primera cita en el estudio de Rajasuriya, Silva y Hanwella (2010). Sin embargo, Otero *et al.*, (2001) no pudieron observar esta relación en la muestra que analizaron. Killaspy, Banerjee, King y Lloyd (2000) concluyeron que los pacientes que no asistían a su primera cita tenían un funcionamiento social más deficiente y un trastorno mental de mayor gravedad que los que sí asistían. De igual modo, la gravedad del trastorno mental predecía la falta de asistencia a la primera cita en los trabajos publicados por Zivin *et al.* (2009) y Smith *et al.* (2010).

Por lo que respecta a las variables que dependen del propio centro de salud mental, autores como García y Ortiz (2002), Gallucci, Swartz y Hackerman (2005) o Smith *et al.* (2010) han observado que el retraso en dar la primera cita influye aumentando significativamente la tasa de inasistencia. No obstante, otros autores como Glyngdal, Sørensen, y Kistrup (2002) no han observado esta relación. Haber tenido un contacto previo con el centro al que se acude, o con algún hospital psiquiátrico, aumenta las probabilidades de que el paciente no acuda a su cita para iniciar un nuevo tratamiento según Glyngdal *et al.* (2002) o Mitchell y Selmes (2007a). Sin embargo, en el trabajo de Fenger *et al.* (2001) la relación entre ambas variables era precisamente la opuesta: la ausencia de un contacto previo aumentaba la probabilidad de que el paciente no acudiera a su cita.

Dada la mencionada inconsistencia de los datos observados, resulta difícil aventurar ninguna hipótesis, ya que solamente parece haberse observado una cierta unanimidad a la hora de observar que la mayor gravedad del trastorno aumenta la probabilidad de que el paciente decida acudir a la consulta con su facultativo.

El objetivo del presente estudio consistió en analizar diversas variables sociodemográficas y clínicas (sexo, edad, procedencia rural o urbana, origen de la derivación, número de días en lista de espera, destino de la derivación y diagnóstico principal) en todos los pacientes que fueron citados para una primera consulta en nuestro servicio de salud mental a lo largo de 2013. Dado el carácter exploratorio del estudio y la falta de evidencia consistente sobre el tema, no establecimos hipótesis específicas de trabajo.

MÉTODOS

Participantes

Se analizaron los datos del volante de derivación y de la historia clínica, cuando ésta estaba disponible, de todos los pacientes que fueron citados en la unidad de salud mental del centro de salud de Teruel durante 2013. Del total de 528 nuevos consultantes citados, 433 acudieron a su primera consulta, mientras que 95 no lo hicieron. Al tratarse de una unidad de salud mental para adultos, el rango de edades estaba situado entre 18 y 88 años, con una media de 46.76 ($DT = 17.54$). El grupo formado por los pacientes que sí asistieron a su primera consulta era ligeramente mayor, con un rango etario entre 18 y 87, y una media de 47.43 ($DT = 17.55$), mientras que en el grupo de los que no asistieron las edades estaban entre 18 y 88 años, y la media de edad era 43.69 ($DT = 17.25$).

Del total de 528 pacientes evaluados, 324 eran mujeres (61.4 %) y 204, hombres (38.6 %). En el grupo de los pacientes que asistieron, la distribución resultó similar, con un total de 271 mujeres (62.6 %), frente a 162 hombres (37.4 %), mientras que en el grupo formado por los pacientes que no asistieron a su primera consulta observamos 53 mujeres (55.8 %) y 42 hombres (44.2%).

Variables

En la recogida de información tuvimos en cuenta el sexo, la edad, la procedencia de los pacientes (rural vs. urbana), el número de días

en lista de espera, si habían sido derivados desde atención primaria, desde urgencias o desde otro servicio (normalmente desde psicología clínica a psiquiatría o viceversa) y, por último, cuál era el servicio para el que se solicitaba la cita (psicología clínica o psiquiatría). Esta información se extrajo del volante de derivación que presenta cada paciente cuando solicita una consulta y que es redactado por el facultativo que lo deriva al servicio de salud mental.

Procedimiento

La unidad de salud mental dispone de un registro en el que constan las primeras consultas que realiza cada uno de los profesionales del centro, así como si el paciente acude o no a su cita. Para el presente estudio se recogieron los datos de todos los pacientes que fueron atendidos en nuestra unidad durante 2013, de acuerdo con dicho registro. La edad, el sexo, la procedencia, el origen de la derivación, el número de días en lista de espera y el servicio al que el paciente era dirigido constaban en el volante de derivación. Para llegar a un diagnóstico provisional se utilizaba la información facilitada en dicho volante, así como la de la historia clínica, en el caso de que la hubiera (p.ej., cuando un paciente tratado por el servicio de psicología clínica era derivado al de psiquiatría). Se utilizaron los criterios de clasificación y diagnóstico de la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992).

Análisis estadísticos

Para llevar a cabo las comparaciones se utilizaron los estadísticos χ^2 y t de Student, considerando significativos valores de p inferiores a 0.05. Los cálculos se realizaron mediante el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 19.0.

RESULTADOS

Durante 2013 fueron citados en nuestra unidad de salud mental un total de 528 pacientes

nuevos, de los cuales 95 (18 %) no asistieron a su primera consulta. Al comparar este grupo de pacientes con el grupo de los que sí asistió, no observamos diferencias significativas en función del sexo ($\chi^2 = 1.51$; $gl = 1$; $p = 0.21$), la edad ($t = 1.9$; $gl = 139.99$; $p = 0.06$) ni la procedencia (rural o urbana) ($\chi^2 = 2.04$; $gl = 1$; $p = 0.15$). Tampoco había diferencias significativas entre aquellos pacientes que eran derivados al servicio de psicología clínica o al de psiquiatría ($\chi^2 = 1.71$; $gl = 1$; $p = 0.19$).

En cuanto al origen de la derivación, los pacientes que menos fallaban a su primera consulta eran los que procedían del servicio de urgencias (10.6 %); los pacientes derivados por su médico de atención primaria faltaban algo más (17.4 %); y los que más faltaban eran los derivados por otros facultativos (27.9 %), normalmente por psicólogos o por psiquiatras. La diferencia entre el porcentaje de inasistencia de los pacientes derivados por otros facultativos y los derivados desde el servicio de urgencias resultó estadísticamente significativa ($\chi^2 = 4.86$; $gl = 1$; $p = 0.03$).

Las diferencias también resultaron significativas al comparar ambos grupos en función del tiempo que tuvieron que esperar para que les fuera asignada una primera cita ($t = -2.38$; $gl = 177.84$; $p < 0.01$), de modo que los pacientes que acudieron a consulta esperaron una media de 33.56 días ($DT = 20.91$), frente a los 38.98 días de media ($DT = 15.5$) que habrían tenido que esperar los que no acudieron.

En la Tabla 1 puede verse el porcentaje de pacientes que no acudieron a su primera cita en función del diagnóstico. Las menores tasas de inasistencia las observamos entre los pacientes con trastornos psicóticos (5.9 %), mientras que aquellos que faltaban a su cita con mayor frecuencia habían sido previamente diagnosticados de algún trastorno de la personalidad (31.6 %) o de retraso mental (38.5 %).

DISCUSIÓN

La mayor parte de los pacientes citados en nuestro servicio muestran una actitud responsable y acuden a las citas que les son asignadas. No obstante, un 18 % de los pacientes citados

Tabla 1. Porcentaje de inasistencia en función del diagnóstico según la CIE-10 (OMS, 1992)

Diagnóstico	N	%
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos	3	23.1
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas	4	23.5
Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	1	5.9
Trastornos del humor (afectivos)	21	11.9
Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	48	20.5
Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos	5	22.7
Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	6	31.6
Retraso mental	5	38.5
Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	1	20.0
Trastorno mental sin especificación	1	8.3

en nuestra unidad de salud mental no acuden a su primera consulta, lo que supone casi uno de cada cinco. Tratándose de unos valores elevados, no se alejan demasiado de los observados por otros autores que sitúan el porcentaje de inasistencia a sus respectivos servicios de salud mental entre un 15 y un 60 % en los estudios llevados a cabo en España (García y Ortiz, 2002; Herrán et al., 2000; Otero et al., 2001) y entre un 15 y un 40 % en los realizados en otros países de nuestro entorno (Fenger et al., 2011; Gallucci et al., 2005; Glyngdal et al., 2002; Jayaram, Rattehalli, y Kader, 2008; Kruse, Rohland, y Wu, 2002; Mitchell y Selmes, 2007b; Sims et al., 2012; Smith et al., 2010; Zivin et al., 2009). El 18 % de nuestro estudio se sitúa, por lo tanto, en el rango inferior de la mayoría de los estudios revisados.

Si bien en otros estudios se ha encontrado que los hombres faltan más que las mujeres a su primera consulta (Gallucci et al., 2005; Rajasuriya et al., 2010), no se aprecian en nuestra muestra diferencias significativas en función del sexo, lo cual resulta congruente con lo observado por otros autores en nuestro país (García y Ortiz, 2002; Otero et al., 2001) y fuera de él (Zivin et al., 2009).

Aunque en nuestro estudio las diferencias no resultan estadísticamente significativas en cuanto a la edad, el grupo de los pacientes que faltaba a su primera consulta era algo más joven, como también ha podido observarse en la investigación previa (Fenger et al., 2011; García y Ortiz, 2002; Killapsy et al., 2000; Otero et al., 2001; Rajasuriya et al., 2010; Zivin et al., 2009). Las responsabilidades laborales podrían explicar en parte la mayor dificultad de los pacientes

jóvenes para asistir a nuestra consulta, dado que la atención en nuestro centro se realiza exclusivamente en horario de mañana.

Tampoco se observan diferencias significativas al considerar la procedencia (rural vs. urbana) de los pacientes. Si bien habría sido comprensible que las dificultades en la accesibilidad a la unidad de salud mental atribuibles a la distancia se hubiesen traducido en una mayor inasistencia por parte de los pacientes que residen más lejos del centro de salud, como se ha observado en otros trabajos (Mitchell y Selmes, 2007a; Rajasuriya et al., 2010), esta variable no influye en la muestra de origen rural observada, que asiste a sus consultas en un porcentaje incluso ligeramente superior al registrado en la muestra urbana.

Los pacientes que más acuden son los que han sido derivados desde el servicio de urgencias. En estos casos puede suponerse una mayor motivación por parte del paciente, así como una elevada importancia subjetiva por lo que respecta a sus síntomas. En el caso de aquellas personas que acuden derivadas por otros facultativos, normalmente desde el servicio de psicología clínica hacia el de psiquiatría, o viceversa, las altas tasas de inasistencia podrían atribuirse a que dichas personas ya están siendo atendidas por un facultativo y perciben como menos necesario tener una cita con otro. Este efecto se observa en ambas direcciones en nuestra muestra, ya que no había diferencias al comparar a ambos grupos en función de si eran derivados al psicólogo clínico o al psiquiatra.

La lista de espera es la variable que más claramente se relaciona con la inasistencia en nuestro estudio. Cuantos más días tienen que

esperar nuestros pacientes, más probable resulta que finalmente no acudan a su cita, lo cual aumenta innecesariamente la lista de espera para el resto de los pacientes. Esta observación ha sido replicada en varios estudios (Otero et al., 2001; Gallucci et al., 2005; García y Ortiz, 2002; Smith et al., 2010), si bien es cierto que no todos los autores han podido observar dicha relación (Glyngdal et al., 2002).

En cuanto al diagnóstico, como puede verse en la Tabla 1, los pacientes que menos faltan a su primera cita son aquellos que padecen un trastorno mental grave, como los trastornos psicóticos (5.9 %), mientras que resulta más probable que falten a su primera consulta los pacientes con retraso mental (38.5 %) o con un trastorno de personalidad (31.6 %). Otros autores también han observado la falta de adherencia de los trastornos de personalidad (Fenger, 2011; Mitchell y Selmes, 2007a; Rajasuriya et al., 2010) y la mayor asistencia de los problemas más graves (García y Ortiz, 2002; Smith et al., 2010; Rajasuriya et al., 2010). Las expectativas con respecto a los resultados que la terapia puede ofrecer influyen sin duda en estas tasas de inasistencia. La medicación se hace necesaria y resulta efectiva para controlar los síntomas psicóticos en una gran parte de los casos, mientras que las expectativas con respecto a la posible mejoría sintomática en otros trastornos resulta menor. La impulsividad que observamos en muchos pacientes diagnosticados de algún trastorno de personalidad influye también en que soliciten una cita con la unidad de salud mental y, pasado un tiempo, no acudan porque el impulso ha desaparecido.

Diversos autores han empleado diferentes tipos de medidas sencillas encaminadas a reducir las altas tasas de inasistencia a sus respectivos servicios de salud mental. Entre estas medidas, podemos citar la utilización de recordatorios de la cita por medio de cartas (Jayaram et al., 2008; Kitcheman et al., 2008; Wang, Crilly, Jaeger, y Palmer, 2007), llamadas telefónicas (Lefforge, Donohue, y Strada, 2007; Osinowo, McEnteggart, y McCauley, 2010; Shoffner, Staudt, Marcus, y Kapp, 2007; Wang et al., 2007), mensajes cortos de texto en el teléfono móvil (Chen, Fang, Chen, y Dai, 2008; Robin, 2010; Sims et al., 2012) o correos elec-

trónicos (Wang et al., 2007). La pequeña inversión que puedan suponer estas medidas compensa con creces el gasto innecesario que supone la inasistencia de un elevado porcentaje de pacientes a las consultas de salud mental.

Una de las limitaciones que tiene nuestro estudio es la representatividad de la muestra. Los usuarios de un servicio comunitario de una pequeña ciudad situada en un entorno rural podrían presentar características no extrapolables a las de otras poblaciones mayores. Otra de las debilidades de nuestro estudio que podría afectar a nuestras conclusiones es el hecho de que la información sobre los diagnósticos no llegaba siempre de un especialista en salud mental, ya que en el caso de los pacientes que no acudían a su cita sólo disponíamos de la información facilitada por su médico de cabecera, que en ocasiones podría no haber tenido el tiempo o los medios suficientes para hacer su diagnóstico.

REFERENCIAS

- Chen, Z.W., Fang, L.Z., Chen, L.Y., y Dai H.L. (2008). Comparison of an SMS text messaging and phone reminder to improve attendance at a health promotion center: a randomized controlled trial. *Journal of Zhejiang University*, 9, 34-8.
- Fenger, M., Mortensen, E.L., Poulsen, S., y Lau, M. (2011). No-shows, drop-outs and completers in psychotherapeutic treatment: demographic and clinical predictors in a large sample of non-psychotic patients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65, 183-91.
- Gallucci, G., Swartz, W., y Hackerman, F. (2005). Impact of the wait for an initial appointment on the rate of kept appointments at a mental health center. *Psychiatric Services*, 56, 344-6.
- García, B., y Ortiz, A. (2002). Ausencias en las primeras consultas de un centro de salud mental: un estudio controlado. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 83, 27-36.
- Glyngdal, P., Sørensen, P., y Kistrup, K. (2002). Non-compliance in community psychiatry: failed appointments in the referral system to psychiatric outpatient treatment. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56, 151-156.
- Herrán, A., López, J.R., Garizo, H., Cadiñaños, A., Díez, J.F., y Vázquez, J.L. (2000). Derivación de los pacientes con enfermedad mental desde Atención Primaria a Salud Mental. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28, 13-21.

- Jayaram, M., Rattehalli, R.D., y Kader, I. (2008). Prompt letters to reduce non-attendance: applying evidence based practice. *BMC Psychiatry*, 8, 90.
- Killapsy, H., Banerjee, S., King, M., y Lloyd, M. (2000). Prospective controlled study of psychiatric out-patient non-attendance. *British Journal of Psychiatry*, 176, 160-165.
- Kitcheman, J., Adams, C.E., Pervaiz, A., Kader, I., Mohandas, D., y Brookes, G. (2008). Does an encouraging letter encourage attendance at psychiatric out-patient clinics? The Leeds PROMPTS randomized study. *Psychological Medicine*, 38, 717-723.
- Kruse, G.R., Rohland, B.M., y Wu, X. (2002). Factors associated with missed first appointments at a psychiatric clinic. *Psychiatric Services*, 53, 1173-1176.
- Lefforge, N.L., Donohue, B., y Strada, M.J. (2007). Improving session attendance in mental health and substance abuse settings: a review of controlled studies. *Behavior Therapy*, 38, 1-22.
- Mitchell, A.J., y Selmes, T. (2007a). Why don't patients attend their appointments? Maintaining engagement with psychiatric services. *Advances in psychiatric services*, 13, 423-434.
- Mitchell, A.J., y Selmes, T. (2007b). A comparative survey of missed initial and follow-up appointments to psychiatric specialties in the United Kingdom. *Psychiatric Services*, 58, 868-871.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *CIE 10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Osinowo, A., McEntegart, T., y McCauley, M. (2010). Phone prompts to improve attendance at a new patient clinic. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 27, 218-219.
- Otero, J., Luque, A., Conde, M., Jiménez, C., y Serrano, C. (2001). Estudio de las variables asociadas a las ausencias en las primeras consultas psiquiátricas. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 29, 153-158.
- Rajasuriya, M., Silva, V., y Hanwella, R. (2010). Effectiveness of reminders in reducing non-attendance among out-patients. *The Psychiatrist*, 34, 515-518.
- Robin, G.M. (2010). Reducing non-attendance at specialist clinics: an evaluation of the effectiveness and cost of patient-focussed booking and SMS reminders at a Scottish health board. *International Journal of Consumer Studies*, 34, 570-580.
- Shoffner, J., Staudt, M., Marcus, S., y Kapp, S. (2007). Using telephone reminders to increase attendance at psychiatric appointments: findings of a pilot study in rural Appalachia. *Psychiatric Services*, 58, 872-875.
- Sims, H., Sanghara, H., Hayes, D., Wandiembe, S., Finch, M., Jakobsen, H., ... y Kravariti, E. (2012). Text message reminders of appointments: a pilot intervention at four community mental health clinics in London. *Psychiatric Services*, 63, 161-168.
- Smith, T.E., Burgos, J., Dexter, V., Norcott, J., Pappas, S.V., Shuman, E., Nossel, I.R., ... y Essock, S.M. (2010). Best practices: best practices for improving engagement of clients in clinic care. *Psychiatric Services*, 61, 343-345.
- Wang, D., Crilly, J., Jaeger, L., y Palmer, G. (2007). Assessing patient preferences for delivery of reminders on scheduled visits in a psychiatry ambulatory service. *AMIA Annual Symposium Proceedings*, 11, 776-780.
- Zivin, K., Pfeiffer, P.N., McCammon, R.J., Kavanagh, J.S., Walters, H., Welsh, D.E., y Valenstein, M. (2009). "No-shows": who fails to follow up with initial behavioral health treatment? *American Journal of Managed Care*, 15, 105-112.