

Estudio de las variables asociadas a las ausencias en las primeras consultas psiquiátricas

OTERO, J.; LUQUE, A.; CONDE, M.; JIMÉNEZ, C. y SERRANO, C.

Centro de Salud Mental Sur. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Factors associated to non-attendance to psychiatric first visit

Resumen

Introducción: Las ausencias a las primeras consultas programadas en los centros de salud mental representan un problema en términos económicos para la institución, de tiempo del profesional y de aumento de las listas de espera en el propio centro con el lógico perjuicio para el paciente.

Metodología: En este trabajo nos planteamos estudiar la influencia de algunas variables sociodemográficas (sexo y edad) y de derivación (distribución geográfica, historia previa abierta, fundamento de la petición y diagnóstico del médico de cabecera) en un grupo de 235 ausentes en comparación con un grupo de 300 asistentes.

Resultados: Los resultados muestran que no existe relación con las variables sexo o edad, que existen diferencias en función del área geográfica del que son derivados y que los pacientes con un contacto previo (superior a un año) en el centro fallan menos que los que nunca han sido atendidos.

Palabras clave: Centro de Salud Mental. Ausencias. Primeras citas programadas. Características sociodemográficas. Derivación.

Summary

Introduction: The failure to the first regular appointments in Mental Health Centres represent a problem in economic terms for the institution, a waste of time for the professional person and an increase in the waiting list in the centre with the subsequent prejudice for the patient.

Methodology: In this investigation we study the influence of some sociodemographic (sex and age) and referral variables (geographic area, previous contact in the centre, referral reason and diagnostic by the family physician) in a group of 235 failing subjects compared with a group of 300 attending subjects.

Results: Results show that there's no relationship between the variables in terms of sex or age; that there are differences related to the geographic area from where they are referred and that the patients with a previous contact in the centre (more than one year) fail less than those who never attended.

Key words: Mental Health Centre. Failure. First regular appointments. Sociodemographic characteristics. Referral.

Las ausencias a las citas programadas como primeras consultas es uno de los controvertidos temas que son objeto de discusión y que ponen en entredicho la adecuación de la planificación del sistema sanitario institucional (1-6). Las posibles causas de este fenómeno podemos observarlas desde dos niveles.

Primero, en el plano institucional, debemos cuestionar tanto la calidad del sistema de derivación desde la atención primaria (qué criterios sigue el médico para derivar a un paciente a una consulta de salud mental, qué y cómo se le explica al paciente que su problema tiene que ver con aspectos psicológicos, etc.) como el tipo de organización seguida desde los propios centros de salud mental (largas listas de espera, saturación del servicio, etc). Segundo, ha de considerarse el plano que atañe a las circunstancias y características personales de los pacientes y que parece más difícil de controlar (concepciones sobre la enfermedad mental, expectativas sobre los servicios de salud, etc.).

Las investigaciones se han centrado en estudiar los aspectos que, desde la institución, pueden ayudar a subsanar este problema (llamadas telefónicas previas para recordar la fecha de la cita, cartas con el mismo objetivo, explicaciones previas al paciente sobre la entrevista, etc.) y que han tenido algunos resultados esperanzadores para ser considerados (7-10). Por otro lado, se han investigado las características personales del paciente (variables sociodemográficas como edad, sexo, clase social, estatus económico, distancia de la vivienda al centro, etc.) que pudieran influir en las ausencias. Estos últimos no han sido concluyentes a la hora de mostrar un determinado perfil que pueda discriminar entre sujetos que acuden y sujetos que no (11-15).

Según la bibliografía, las tasas de ausencias para las primeras consultas es más alta que para otro tipo de citas (9, 12, 13, 16). Las consecuencias más importantes de este fenómeno son: el coste en términos de tiempo del profesional, el gasto en términos económicos para la ins-

titución y el incremento de las listas de espera con el lógico perjuicio para el paciente y su calidad de vida.

Los objetivos de nuestra investigación son: a) verificar si existen diferencias entre las características socio-demográficas (sexo y edad) de un grupo de pacientes que no acuden a la primera consulta y las de otro grupo de pacientes que sí acudieron a sus citas programadas y b) comparar el grupo experimental y el grupo control en cuanto a las siguientes características de la derivación: distribución geográfica, existencia o no de historia abierta en el servicio, criterios que siguen los médicos de cabecera al enviar un paciente a salud mental y diagnósticos emitidos por éstos.

METODOLOGÍA

Características de los sujetos

Grupo ausente

El grupo experimental se compone de 235 sujetos que no acudieron a su cita programada en el Centro de Salud Mental Sur (CSM-Sur) del área hospitalaria Virgen del Rocío de Sevilla en el período de tiempo comprendido entre abril de 1997 y abril de 1998.

Las edades de los sujetos son a partir de los 18 años, siendo la media de edad de 42,18 años. La distribución por sexos es 76 varones y 159 mujeres. El tiempo medio de espera de los pacientes hasta ser recibidos es de tres meses y 10 días.

La distribución geográfica por zonas está constituida por tres centros de salud de atención primaria (Montequinto, Polígono Sur y Letanías) y un consultorio de atención primaria (El Porvenir). De entre estas áreas, debemos apuntar que Polígono Sur recoge un gran número de población de clase baja y marginal. Las Letanías tiene una población mayoritaria de clase baja, Montequinto es un área de la periferia de Sevilla de clase media y media baja y El Porvenir es una barriada de clase media y media alta. Hemos incluido en la categoría de «otros» aquellos pacientes no derivados desde la atención primaria (por ejemplo, de otras consultas de especialidades médicas o de urgencias hospitalarias).

Los sujetos, o bien no tenían historia abierta o bien tenían historia, pero hacía más de un año que no acudían.

Grupo asistente

El grupo control se compone de 300 sujetos que sí acudieron a su cita programada en el CSM-Sur en el período comprendido en el mismo período que el grupo ausente, cuya media de edad es de 42,99 años (edades a partir de los 18 años). La distribución por sexos es de 107 hombres y de 193 mujeres. El tiempo medio de espera de los pacientes hasta ser recibidos, al igual que en el otro grupo, es de tres meses y 10 días.

La distribución geográfica por zonas es la misma que en el grupo experimental: los centros de salud Polígono Sur, Montequinto y Las Letanías, el consultorio El Porvenir y otros.

Procedimiento

Para la toma de datos se utilizó el mismo procedimiento para el grupo ausente y para el grupo asistente. Los médicos de cabecera enviaban una hoja de solicitud de consulta a nuestro Centro de Salud Mental en la que se reflejaban datos de filiación del paciente (edad y sexo), resumen de la enfermedad actual, diagnóstico provisional y tratamiento farmacológico si lo tenía. Previamente habíamos realizado un trabajo piloto que nos permitió conocer los motivos más frecuentes por los que el médico de cabecera enviaba al paciente a nuestro centro.

Precisamente, como aspecto novedoso de esta investigación se añadió a la hoja de solicitud una serie de ítems en los que se recogían los motivos por los que el médico de cabecera fundamentaba su derivación. Entre las opciones que se ofertaba a los médicos para fundamentar su petición de atención en el CSM-Sur se encontraban: a) la gravedad clínica estimada por el médico de cabecera, b) la no mejoría con el tratamiento actual, c) la presión familiar y/o del entorno, d) la petición propia del paciente, e) la indicación de otro especialista, f) la presión asistencial en su propia consulta, g) por considerar el médico que no tiene una formación suficiente en salud mental y h) por necesidad del paciente de algún tipo de informe para la administración. En algunos informes no se aludió a motivo alguno.

A partir de la descripción que los médicos hacían del problema actual del paciente, hemos inferido los diagnósticos de la clasificación psicopatológica CIE 10. En pocos casos había diagnósticos concretos; la mayoría de las veces se trataba de descripciones sindrómicas y, en una minoría, o bien no se diagnosticó o bien la descripción era muy vaga como para aproximar un diagnóstico. Los pacientes quedaron distribuidos, siguiendo las categorías principales de la CIE-10, en los siguientes grupos: 0) trastornos mentales orgánicos, 1) trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas, 2) esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes, 3) trastornos del humor (afectivos), 4) trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, 5) trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos, 6) trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto, 7) retraso mental, 8) otros y 9) sin especificar.

Hemos incluido la categoría de otros para aquellos informes que contenían información vaga y poco precisa de la patología del paciente a través de lo cual era imposible inferir un diagnóstico. La categoría sin especificar se dio a aquellas hojas de consulta que no contenían información.

TABLA I Sexo

Hombres	%	Mujeres	%
Grupo Ausentes 76	32,34	159	67,66
Grupo Control 107	35,66	193	64,34

$\chi^2 = 0,65$; $p = 0,420892$.

RESULTADOS

Referentes a las variables sociodemográficas

Con respecto al sexo (tabla I) no se observan diferencias estadísticamente significativas en los grupos ausente y control. Hombres y mujeres acuden o dejan de acudir por igual a las primeras consultas. También podemos señalar, aunque no era el objetivo específico de nuestra investigación, la diferencia en cuanto a la presencia de hombres y de mujeres en las consultas de salud mental; al igual que en otras investigaciones (17-20) se observa que las mujeres consultan más que los hombres.

Con respecto a la edad (tabla II), tampoco se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ausente y asistente en los diferentes rangos de edad ($p = 0,3144$).

Por tanto podemos señalar que para las características sociodemográficas sexo y edad no existen diferencias entre los grupos de ausentes y asistentes. Este resultado coincide con la mayoría de investigaciones revisadas (9, 21).

Referentes a las características de la derivación

Con respecto a la distribución de los pacientes por áreas geográficas, tal y como puede verse en la tabla III,

TABLA II Edad

Grupo de edad (años)	Grupo ausentes		Grupo asistentes	
	Nº sujetos	(%)	Nº sujetos	(%)
< 25	37	15,8	46	15,3
25-34	60	25,5	61	20,3
35-44	44	18,8	68	22,7
45-54	33	14,0	54	18,0
55-70	39	16,6	53	17,7
> 70	22	9,3	18	6,0
Total	235	100,0	300	100,0

$\chi^2 = 5,92$; $p = 0,31442243$.

TABLA III Distribución geográfica

Área geográfica	Grupo ausentes		Grupo Control	
	Sujetos	(%)	Sujetos	(%)
Montequinto	21	8,96	45	15
Sur	80	34,04	75	25
Letanías	40	17,02	63	21
El Porvenir	85	36,16	86	28,6
Otros	9	3,82	31	10,4
Total	235	100,00	300	100,0

$\chi^2 = 18,51$; $p = 0,00098234$.

se han encontrado diferencias globales estadísticamente significativas ($p < 0,01$). De las derivaciones hechas desde los centros de salud Las Letanías y Montequinto al CSM-Sur para una primera consulta, son más los pacientes que acuden que los ausentes, mientras que de los derivados por el consultorio El Porvenir y el centro de salud Polígono Sur la proporción entre los que acuden y los que fallan es la misma.

Existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$) en la variable historia previa (tabla IV). En el grupo de ausentes encontramos solamente un 20,85% de sujetos que teniendo historia previa faltaron. Entre los sujetos que no acudieron a la primera consulta, 39 pidieron cita en el siguiente año y medio y 196 no la han vuelto a pedir. En el grupo asistente, sin embargo, el porcentaje de pacientes que teniendo historia previa acuden a la consulta es del 31,33%.

Respecto a los fundamentos por los que el médico de cabecera decide derivar a los pacientes al Centro de Salud Mental (tabla V) no hemos encontrado diferencias globales estadísticamente significativas en los grupos ausente y control. Tan solo se observa una tendencia a favor del grupo control en el fundamento de «petición propia por parte del paciente» o «por la no mejoría con el tratamiento farmacológico».

Los diagnósticos emitidos por el médico de cabecera (tabla VI) tanto en un grupo como en el otro tampoco muestran diferencias estadísticamente significativas. La mayoría de los médicos diagnostican síntomas depresivos, ansiosos y mixtos que bien podrían darse en cualquier trastorno psicopatológico; ellos detectan los sínto-

TABLA IV Historia previa abierta

Con historia previa	%	Sin historia previa	%
Grupo Ausentes			
49	20,85	186	79,14
Grupo Control			
94	31,33	206	68,66

$\chi^2 = 7,39$; $p = 0,006547$.

TABLA V Fundamento de la petición

Fundamentos de la derivación	Grupo ausentes	Grupo control
Por la gravedad clínica	15	19
No mejoría con tratamiento actual	45	68
Por la presión familiar y/o de su entorno	26	28
A petición del paciente	93	119
Por indicación de otro especialista	28	28
Por la presión asistencial de su propia consulta	3	9
Por considerar que no tiene formación en salud mental para tratarlo	24	21
Informe para la administración	4	6
Sin especificar	33	61

$\chi^2=8,22$; $p=0,41194148$.

mas (indicadores de alarma) y cautamente derivan. Le sigue el porcentaje de pacientes que llegan sin diagnóstico específico (12% en el grupo de ausentes y 17% en el grupo asistente). En la hoja de derivación no se especificaba diagnóstico alguno, simplemente se derivaron. Es de destacar el escaso número de pacientes con diagnósticos de trastornos psicóticos y trastornos por consumo de sustancias psicotóxicas. Podría pensarse que estos pacientes acuden más por la vía urgente/preferente que por la vía programada.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El factor lista de espera durante el año de estudio seguramente podría explicar una parte de las ausencias a las primeras consultas programadas. De hecho, en la práctica clínica diaria comprobamos que los pacientes cumplen con sus citas preferentes (esperan entre 1 y 15 días) más que con sus citas programadas (3 meses y 10 días de espera). Este dato debe hacernos pensar sobre la idoneidad del proceso de admisión. Quizás podría to-

marse algún tipo de medida; en la introducción hacíamos referencia a investigaciones que han propuesto estrategias (llamadas telefónicas o cartas previas para recordar la cita, etc.).

Pero la lista de espera no es la única causante de las ausencias; en nuestro trabajo hemos intentado dar cuenta de las variables relacionadas con las características de la derivación que pueden influir en este hecho; también ha de valorarse la dimensión de las características personales del paciente. Aún así, nos queda la impresión de que hay que asumir las ausencias a las primeras consultas como parte irreductible de la realidad asistencial.

En nuestra aproximación al estudio de algunas variables hemos visto que no podemos atribuir las ausencias a las características sociodemográficas de sexo y edad y, sin embargo, hay aspectos de las características de la derivación que han de tomarse en cuenta.

En primer lugar observamos diferencias entre los centros derivantes. Los pacientes derivados por los dispositivos de atención primaria Polígono Sur y El Porvenir para una primera consulta en el CSM-Sur fallan tanto como acuden. La población de estos dos centros tiene características bien diferenciadas; mientras que el primero atiende a una población de un nivel socioeconómico muy bajo unido a un alto índice de marginalidad, el consultorio El Porvenir atiende a sujetos con un nivel socioeconómico medio y medio alto.

Una posible explicación para tantas ausencias procedentes de Polígono Sur es que, una población tan deficitaria, pensada desde una hipotética jerarquía de necesidades, relegaría la necesidad de tratamiento psicológico/psiquiátrico y priorizaría la atención de otras necesidades básicas más inmediatas.

Entre la población económicamente más favorecida, el número de ausentes a la primera consulta es, de igual forma, tan elevado como el de asistentes. Dos posibles factores causales podrían explicar este dato; por un lado, las personas de clase social media-alta, ante la larga lista de espera para las citas programadas en nuestro CSM, buscan otras alternativas por la vía privada. Por otro lado, debemos tener en cuenta que el estilo de trabajo del con-

TABLA VI Diagnóstico del médico de cabecera

Diagnóstico del médico de cabecera	Grupo Ausentes		Grupo Control	
	Sujetos	%	Sujetos	%
0. Trastornos mentales orgánicos	4	2	2	1
1. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas	10	4	6	2
2. Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	5	2	8	3
3. Trastornos del humor (afectivos)	50	21	61	20
4. Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	99	42	124	41
5. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos	11	5	6	2
6. Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	15	7	18	6
7. Retraso mental	2	1	3	1
8. Otros	10	4	20	7
9. Sin especificar	29	12	52	17

$\chi^2=10,26$; $p=0,24724045$.

sultorio, con una mayor presión asistencial y donde el médico ha de atender a un gran número de pacientes en un corto período de tiempo, dificulta la relación médico-paciente y el entendimiento de la patología, con lo cual la calidad de la derivación se resiente.

Los sujetos que han tenido algún contacto previo (al menos un año antes), faltan menos a la cita inicial actual. La primera aproximación a un Centro de Salud Mental es siempre delicada; a diferencia de otras especialidades médicas, el tratamiento de los trastornos mentales engloba muchas variables complejas, difíciles de operativizar, entrelazadas unas con otras, que a veces se escapan a una comprensión rápida y necesitan tiempo para ser aclaradas. Una posible explicación para el hecho de que los pacientes con historia previa sean más cumplidores con sus citas podría ser que, el haber sido ya recibidos por algún profesional del equipo posiblemente haya facilitado al paciente el poder aclarar ciertas dudas iniciales respecto a su problema, conforme unas expectativas más realistas y posiblemente desmitifique muchos aspectos asociados a la salud mental que probablemente están en la fantasía del paciente (curación mágica, heridas narcisistas, etc.).

Respecto al fundamento de la petición hemos obtenido unos resultados que aunque no son estadísticamente significativos, su tendencia apoya el hecho de que cuando es el paciente el que pide por iniciativa propia la consulta, la tasa de ausencia es menor. Cuando la persona que solicita la atención no es el paciente, la derivación tiene menor probabilidad de llegar a concretarse en una consulta. El padecimiento psíquico tiene una dimensión subjetiva y cuando una persona llega por sugerencia de otra y no por admitirlo como una necesidad propia, hay un peor pronóstico respecto al cumplimiento de la cita.

También acuden más cuando el médico les envía para cambiar el tratamiento. La relación del paciente con el tratamiento ya está instalada y por tanto es más fácil aceptar la derivación al especialista para su revisión. Las diferencias en los informes sin especificar entre un grupo y otro no tienen una fundamentación clínica o de la derivación sino que es debida a un trámite burocrático.

Los médicos diagnostican casi siempre de forma sintromática. El médico recoge de manera prudente las manifestaciones sintomáticas más evidentes siendo los síntomas depresivos, ansiosos y mixtos los indicadores de patología que más destacan. No suelen emitir diagnósticos relativos a las clasificaciones psicopatológicas y la tarea de diagnóstico diferencial se realiza en el Centro de Salud Mental. No hay diferencias en la valoración diagnóstica de los pacientes que acuden y los que fallan. Sería interesante comprobar las discrepancias existentes entre los juicios clínicos de los médicos de atención primaria y los psiquiatras y psicólogos del CSM. Esto nos daría una información más precisa acerca de si hay cuadros psicopatológicos más tendentes al abandono.

Intentando aproximarnos a un perfil de las características del paciente que no acude a su primera cita programada en el CSM, diríamos que se trata bien de un hombre o de una mujer de cualquier edad, de clase social muy baja o de media-alta y que previamente nunca

ha consultado en un CSM. Esta persona habría sido enviada por el médico de cabecera tras detectar un conjunto de síntomas; es probable que el paciente no tuviera demanda propia para una consulta en el dispositivo de salud mental.

Creemos que existen tres vértices desde los cuales ha de examinarse el problema de las ausencias a las primeras consultas psiquiátricas. En primer lugar, las variables relacionadas con las características de la derivación por parte del médico de atención primaria, las cuales tienen un peso importante de cara a que el paciente llegue o no al CSM; en este sentido sería positivo el contacto telefónico entre el médico de familia y el psiquiatra o psicólogo ante casos de cierta ambigüedad respecto a la conveniencia de su derivación. En segundo lugar, los propios Centros de Salud Mental, con sus largas listas de espera, los cuales podrían incluir algún tipo de medida orientada a disminuir la tasa de ausencias (por ejemplo, llamadas telefónicas como recordatorio). Por último, tenemos las variables relacionadas con las características personales de los pacientes, variables éstas, sociodemográficas y sobre todo clínicas, difíciles de analizar. No es tarea fácil controlar, organizar y analizar la interrelación de las tan complejas variables que motivan las ausencias a las primeras consultas en un CSM; éstas habrán de ser estudiadas más ampliamente en otras investigaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Campbell B, Staley D, Matas M. Who misses appointments? An empirical analysis. *Can J Psychiatry* 1991; 36:223-5.
2. Hersch JB, Cohen P, Epstein SR, Peca-Baker TA. Mental health first appointment no shows. *J Am Coll Health* 1989;37:236-7.
3. Kirk B, Frank A. Zero interviews. *J Counseling Psychol* 1976;23:286-8.
4. Oppenheim GL, Bergman JJ, English EC. Failed appointments: a review. *J Fam Pract* 1979;8:789-96.
5. Orme DR, Boswell D. The Pre-Intake drop out at a community mental health center. *Community Mental Health J* 1991;27:375-9.
6. Sparr LE, Moffitt MC, Ward ME. Missed psychiatric appointments: who returns and who stays away. *Am J Psychiatry* 1993;150:801-5.
7. Krause MS. Comparative effects on continuance of four experimental intake procedures. *Soc Casework* 1966;47:515-9.
8. Hochstadt NJ, Tribula J. Reducing missed initial appointments in a community mental health center. *J Community Psychol* 1980;8:261-5.
9. Kluger MP, Karras A. Strategies for reduced missed initial appointments in a community mental health center. *Community Mental Health J* 1983;19:137-43.
10. Swenson TR, Pekarik G. Interventions for reducing missed initial appointments at a community mental health center. *Community Mental Health J* 1988;24: 205-10.

11. Errera P, Davenport P, Decker L. Preintake dropout in a psychiatric clinic. *Mental Hyg* 1965;49:558-62.
12. Gould RL, Paulson I, Daniel Epps L. Patients who flirt with treatment: the silent population. *J Clin Psychiatry* 1970;39:494-7.
13. Raynes AE, Warren GH. Some characteristics of dropouts at first contact with a psychiatric clinic. *Community Mental Health J* 1971;7:144-50.
14. Noonan JR. A follow up of pretherapy dropouts. *J Community Psychol* 1973;1:43-4.
15. Baekeland F, Lundwell L. Dropping out of treatment: a clinical review. *Psychol Bull* 1975;82:773-83.
16. Nicholson IR. Factors involved in failure to keep initial appointments with mental health professionals. *Hosp Community Psychiatry* 1994;45:276-8.
17. Muñoz PE, Crespo MD. Análisis de los determinantes de la demanda de asistencia psiquiátrica en una muestra de población general. *Actas Luso Esp Neurol Cienc Afines* 1981;9:189-212.
18. Vázquez-Barquero JL, Díez-Manrique J, Peña C. A community mental health survey in Cantabria: a general description of morbidity. *Psychol Med* 1987; 17:227-41.
19. Commander MJ, Sashi Dharan SP, Odell SM, Surtees PG. Access to mental health care in an inner-city health district. II: Association with demographic factors. *Br J Psychiatry* 1997;170:317-20.
20. Conde M, Luque A, Mantrana L, Ruiz I. Estudio sobre la evolución de la demanda en un Centro de Salud Mental Comunitario y los factores asociados. *Psiquis* 1999;20:18-24.
21. Hershorn M. The elusive population: characts of attenders versus non attenders for community mental health center intakes. *Community Mental Health J* 1993;29:49-57.

Correspondencia:

J. Otero

Centro de Salud Mental Sur

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Av. Manuel Siurot, s/n

41013 Sevilla