



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina



División de Estudios de Posgrado
Subdivisión de Especializaciones Médicas

Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”

**“Factores asociados a la permanencia de los pacientes en el Servicio de
Consulta Externa de la Dirección de Servicios Clínicos del Instituto
Nacional de Psiquiatría durante el año 2007”**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA PRESENTA:**

KITZIA VALERIA RUIZ NAVARRO

Tutores:

Dr. Gerhard Heinze
Teórico

Dr. Héctor Senties Castellá
Metodológico

México, D. F. mayo del 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

“La vida es breve; el arte, largo; la ocasión, fugaz; la experiencia, engañosa; el juicio, difícil”

Hipócrates

DEDICATORIA

Dedicado a mis padres, Mercedes y Francisco:

Gracias, por darme la vida, por todo su apoyo a lo largo de estos años, por ser un gran ejemplo para mí y enseñarme que no hay imposibles, y lo más importante por todo el amor que he recibido el cual me ha mantenido en pie.

Gracias a mis hermanos:

Kathia, quien por veinte años fue mi compañera de juegos, travesuras y aventuras, por su ejemplo de fortaleza y tenacidad, y por cuidarme desde donde quiera que se encuentre.

Francisco, por ser mi maestro de virtudes, por enseñarme que no hay que temer a lo desconocido y por su ejemplo de audacia y valentía.

Elisa, por enseñarme a gozar y disfrutar la vida, a descubrir lo mejor de mí, por darme luz y por estar siempre.

Hamid, gracias por tu paciencia, contención, consejos y compañía, por no permitir que me rindiera en los momentos más difíciles, ya te toca en este apartado.

Dra. Isabel Villa de la Vega

Gracias por enseñarme la virtud de la humildad, por forjar mi carácter, por haber confiado en mí, por enseñarme que el conocimiento es importante en la práctica del día a día, pero lo es más, el conocimiento de los pacientes.

Dr. Manuel Muñoz

Gracias por tu paciencia y ejemplo, por enseñarme que el estudio de la mente y del comportamiento va más allá de lo que podemos ver y medir, gracias por enseñarme a escuchar, pero sobre todo gracias por tu amistad.

Dra. Doris Gutiérrez

Gracias por haber puesto mi primer ladrillo en el mundo de la psiquiatría, sin duda el más sólido de la estructura, siempre serás “la maestra”, por compartir tu conocimiento, no solo el de la ciencia, también el humano, cultural y social, siempre con un toque de humor, como el “kit de la felicidad”, que pasará a la posteridad.

A mis maestras y maestros

A todos y cada uno de ustedes, que dejaron una pequeñísima parte de su conocimiento en mí, por su ejemplo de calidez humana, por haber guiado mi camino profesional y contribuido a mi crecimiento personal.

A mis amigas y amigos

Sin duda me faltarán nombres, no por ello dejan de ser una parte muy importante de este trabajo que marca el fin de una etapa y el inicio de otra. Gracias a todas y todos, por que me han acompañado a lo largo de esta

travesía, cada uno de ustedes sabe de que manera: Mariana, Rina María, Evelyn, Dení, Joaquín, Laura Romans, Juan Manuel, Mirella, Nadia, Lys, Cecilia, Rocio... y Zurema, gracias además, por el ejemplo de fortaleza y valentía que nos dejáis a todos.

Gracias María Carolina, por tu paciencia y compañía, por enseñarme a ver más allá de la ciencia, y ampliar este trabajo a una perspectiva más humana y social.

Gracias a los pacientes, de quienes aprendo todos los días, por depositar su confianza y por ser mi fuente de motivación para seguir adelante.

Y a todas las personas que de alguna manera han hecho mi vida más feliz...

A todos ustedes por lo que fueron, por lo que son y por lo que serán,
GRACIAS!!!

AGRADECIMIENTOS

Gracias a mis tutores, Dr. Gerhard Heinze y Dr. Héctor Sentíes por su paciencia y dedicación a este trabajo tan importante para mí, que marca el fin de una de las etapas de mi formación como médica psiquiatra y el inicio de una trayectoria.

Quisiera hacer un agradecimiento muy especial al Ing. José Cortés Sortes, quién gracias a su paciencia, tiempo y empeño hizo posible la realización y culminación de este trabajo.

Gracias a Lourdes Montes por apoyar la realización de este trabajo desde su inicio hasta el fin.

TABLA DE CONTENIDO

ABREVIATURAS.....	6
RESUMEN.....	7
INTRODUCCIÓN	9
1. Antecedentes y Marco Teórico.....	9
2. Justificación.....	20
3. Planteamiento del Problema	22
4. Objetivos	23
A. Objetivo General.....	23
B. Objetivos Específicos.....	23
5. Hipótesis.....	24
MATERIAL Y MÉTODOS	25
1. Tipo de estudio.....	25
2. Población de estudio, selección y tamaño de la muestra	25
3. Definición de Variables	26
4. Métodos de recolección de datos.....	28
5. Análisis estadístico.....	28
6. Consideraciones Éticas.....	29
CONCLUSIONES	63
REFERENCIAS	66

ABREVIATURAS

CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades décima edición
cols.	Colaboradores
DSM-IV-TR	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición, texto revisado <i>(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)</i>
DX	Diagnóstico
D.E.	Desviación estándar
INPRFM	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
MINI	Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
n	Número

RESUMEN

En la práctica clínica es común la inasistencia a las citas programadas en los servicios de consulta externa, así como la poca permanencia en las instituciones de salud mental. Desde hace varias décadas se ha considerado que este tema es de suma importancia por las pérdidas económicas que implica. En estudios en otros países, se reportan tasas de inasistencia muy heterogéneas, que van del 6.5% al 62%, siendo los servicios relacionados con la salud mental los que tienen las mayores tasas de inasistencia.

La información obtenida del diagnóstico situacional del servicio de consulta externa del año 2007 señaló que el número de citas otorgadas por diferentes servicios por la dirección de servicios clínicos en los últimos tres años (2005 al 2007), aumentó en un 12.3%. Solo el 68% de los pacientes atendidos en el Servicio de Preconsulta asistieron a su cita de integración de expediente. En los diferentes estudios los investigadores han tratado de definir las variables que puedan predecir el abandono al tratamiento, usándose como variables predictoras las demográficas y las clínicas asociadas a la deserción o a la baja asistencia a las citas programadas.

El objetivo de esta investigación es describir las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes que permanecen asistiendo al servicio de consulta externa de la Dirección de Servicios Clínicos del INPRFM.

Se trata de un estudio de cohorte, observacional, comparativo y retrospectivo.

La cohorte total en estudio se estableció con los pacientes que fueron atendidos en el servicio de preconsulta durante el periodo de enero a marzo de 2007 (n=1749), de éstos se seleccionó a aquellos a los que acudieron por lo menos a una cita subsecuente y se obtuvo la cohorte muestra (n=426). Se revisaron en los expedientes clínicos y en el Sistema Health-Centre® StdGob®, variables clínicas y sociodemográficas.

De la cohorte total, sólo 9.8% de los pacientes permanecían en tratamiento a los 30 meses de seguimiento, los pacientes con diagnósticos de trastornos

psicóticos, trastorno bipolar, demencias y trastornos de la conducta alimentaria presentaron mayor permanencia; así como aquellos pacientes que recorren distancias mayores para acudir al INPRFM. De la cohorte muestra, el 28.8% de estos pacientes no acudió a ninguna cita subsecuente habiendo asistido a la cita de integración de expediente, a la primera cita subsecuente solo llegó el 47.7% de los pacientes; después de nueve citas subsecuentes solo persisten el 1.7% de la cohorte muestra. Se encontró que el número de citas y el tiempo entre estas son factores asociados a la permanencia de los pacientes, las mayores tasas de permanencia se observaron en los pacientes que percibieron mejoría clínica, fueron atendidos por un médico adscrito y en clínica de subespecialidades; en cuanto a las variables sociodemográficas solo se encontraron diferencias en el estado civil y escolaridad.

Este estudio es una primera aproximación a describir factores que pudieran predecir la permanencia de los pacientes en el servicio de consulta externa, con la finalidad de mejorar la calidad de la atención. Por otro lado podría ser un punto de partida para realizar estudios prospectivos, y una justificación de la importancia de tener contacto con los pacientes que abandonan el tratamiento para conocer de ellos mismos los motivos por los que dejaron de asistir.

INTRODUCCIÓN

1. Antecedentes y Marco Teórico

Es importante adoptar un adecuado balance en la atención a las personas con problemas mentales. Por una parte, hay que respetar el derecho a la autonomía y a la privacidad que tiene la persona, y por otro lado, abordar de manera ética a los pacientes cuya conciencia de enfermedad es nula, y que presentan deterioro progresivo. Suele ser difícil lograr un control adecuado y efectivo de las personas con problemas mentales graves, especialmente porque los pacientes que más atención requieren son los más difíciles de abordar; además resulta problemático medir los efectos del incumplimiento a las citas clínicas de control en personas con enfermedades mentales graves (24).

En la práctica clínica es común la inasistencia a las citas programadas en los servicios de consulta externa, así como la poca adherencia terapéutica. Desde hace ya varias décadas se ha considerado que este tema es de suma importancia por las pérdidas económicas que implica.

George A. y cols. (7) reportaron que en el Reino Unido durante el año 2000, 17 millones de pacientes no acudieron a citas programadas con diferentes médicos especialistas, lo que representó una pérdida de 240 millones de dólares. Además del impacto económico, la inasistencia se ha relacionado con un aumento en la morbilidad, mayor deterioro y dificultad para lograr una remisión en los pacientes; ésta situación podría además generar frustración en los

médicos (32), y no menos importante entorpecer la administración y organización de los servicios de atención médica (5). Por ejemplo Sparr L. y cols. (31), reportaron que del 10% al 40% de los pacientes con esquizofrenia tienen recaídas después de un año de haber abandonado el tratamiento. Como consecuencia de la inasistencia se ha observado un aumento en el tiempo de espera para obtener una nueva cita (5). Por esta y otras causas se considera que el estudio de la adherencia terapéutica en los hospitales, tanto públicos como privados, es de vital importancia, al igual que las causas que condicionan el abandono al tratamiento o la inasistencia a las consultas programadas.

En diversos estudios, de diferentes países, se reportan tasas de inasistencia muy heterogéneas, que van del 6.5% al 62% (7, 8, 14, 17, 19, 32, 33), siendo los servicios relacionados con la salud mental los que tienen las mayores tasas de inasistencia. En las primeras revisiones se reportan tasas de inasistencia del 20% al 75% después de haber acudido a una primera cita, y del 31% al 56% después de una tercera y cuarta cita (1). Las tasas más altas de inasistencia se han reportado en pacientes que inmediatamente posterior a su alta hospitalaria deben de acudir a su cita a consulta externa para seguimiento (4).

En datos obtenidos del Sistema Nacional de Salud (National Health System) del Reino Unido, en el periodo del 2002 al 2004, se reportó una tasa de inasistencia a los servicios de salud mental de 19.1%, y se comparó con la tasa de inasistencia global a otras especialidades médicas en el mismo periodo, la cual fue de 11.7%. Con este antecedente se realizó un estudio en el que se dio seguimiento a 9,511 citas programadas en el servicio de psiquiatría, y durante el

periodo de un año se reportó una tasa de inasistencia a la primera cita de 15.9% (20).

Por las altas tasas de inasistencia en los servicios de salud mental, y con el fin de mejorar la calidad en la atención para conseguir una adecuada adherencia, diferentes investigadores han realizado estudios en los que buscan encontrar la o las causas por las que esto ocurre. Se ha relacionado el problema de la inasistencia con variables sociodemográficas, (3, 5, 16, 28, 33), el estado y diagnóstico clínico (4, 9, 12, 20, 23, 28, 30, 31), el tiempo de espera para obtener una cita (5, 6, 9, 16, 23,25, 31), el estado legal de paciente (4), la frecuencia de asistencia al servicio de urgencias (21), la relación con las consultas de primera vez y las subsecuentes (13,21,28), la satisfacción del paciente con la atención y la percepción de mejoría (8, 17, 21, 22, 26), y la calidad de las referencias a los servicios de salud mental (2,5, 9, 13). De igual manera se han propuesto estrategias para disminuir la tasa de inasistencia. (2, 10, 12, 14, 17, 27, 29). Los resultados encontrados han sido diversos, poco consistentes, en ocasiones contradictorios y no reproducibles. En general, la mayoría de ellos discuten tres temas principales: 1. características de los pacientes que no acuden a la primera cita y a las subsecuentes 2. Seguimiento de estos pacientes, y 3. Medidas que se podrían tomar para disminuir la tasa de inasistencia (23).

En el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), Sentíes H. realizó un estudio de cohorte retrolectivo de una muestra representativa de pacientes que fueron atendidos en el servicio de consulta

externa del 1º de enero al 31 de diciembre de 1993, (cartel presentado en la XXI Reunión de Investigación del INPRFM, 2006.). En ella se encontró que después de la revisión de 200 expedientes clínicos de pacientes atendidos en el servicio de consulta externa durante el año 1993, solo el 9.5% de los mismos continuaba atendándose en el mismo servicio 5 años después. No se encontró una diferencia clínicamente significativa con respecto a la edad y género. Los pacientes que tuvieron una mayor adherencia terapéutica durante el tiempo antes estipulado tenían el diagnóstico de esquizofrenia y trastorno bipolar.

En el INPRFM, en 1997 Saucedo Ávila y cols. (28), realizaron un estudio cuyo objetivo fue conocer la frecuencia de deserción y sus causas en una muestra representativa de pacientes que abandonaron sus citas subsecuentes en la consulta externa de la institución, y comparar a éstos pacientes con otra muestra representativa de sujetos que asistían con regularidad a sus consultas subsecuentes, para identificar si las características clínicas y sociodemográficas difirieron de uno a otro grupo. El periodo comprendido en la investigación se llevó a cabo entre marzo de 1994 y febrero de 1995. La frecuencia de deserción en el periodo mencionado fue de 7%. Las tres causas principales por las que los pacientes dejaron de asistir a sus citas fueron: 1. Falta de recursos económicos para comprar el medicamento 15%, 2. Por recibir atención médica en otro sitio 12%, y 3. Por no haber observado mejoría a corto plazo 11%. El diagnóstico que prevaleció en ambos grupos fue el de trastornos afectivos (Código CIE-10 FX30-39). Los hallazgos obtenidos indican que las causas están relacionadas con el mismo paciente y no con la calidad de la atención que otorga el instituto. Este

estudio representa una primera aproximación sistematizada a las causas por las cuales los pacientes abandonan o abandonarían el tratamiento.

Uno de los estudios más representativos en este tema es el realizado por Sparr LF y cols. de 1993 (31), en el que se encontró que de 1620 citas programadas en un periodo de tres meses, 148 pacientes no acudieron, esto representó el 8% del total de pacientes con citas programadas. De éstos el 70% reprogramaron su cita, y al hacerlo, se les aplicó un cuestionario en el que indicaron la causa por la que no habían acudido, siendo las principales causas en orden de frecuencia por olvido, por haber confundido el día de la cita, por haberse quedado dormido y por no haber encontrado medio de transporte. De los pacientes que perdieron una segunda cita, la mayoría no acudió por haber abandonado el tratamiento. En este estudio se demostró que los pacientes que pierden su cita inicial difieren de los que dejan de acudir después de una primera cita y que presentan una tasa menor de reprogramación de citas, además, que los pacientes con trastorno por estrés postraumático, con trastornos relacionados abuso y dependencia de sustancias y con trastorno depresivo mayor, fueron los que más faltaron a las citas. También encontró que los pacientes que ya habían recibido tratamiento en otra institución y lo habían abandonado, fueron los que más faltaron. En relación a este último punto, en otro estudio realizado por Hillis GA y cols, en 1990 (12) se observó lo contrario; los pacientes que previamente recibieron tratamiento psiquiátrico, y que en algún momento dejaron de acudir a sus citas y retomaron el tratamiento, tuvieron una menor tasa de inasistencia.

Muchos estudios han considerado que los largos tiempos de espera para obtener la cita pueden ser la causa de la inasistencia. Uno de los primeros estudios en los que se investigó este punto, se realizó en 1976 por Robin A y cols (25), se trató de un estudio prospectivo controlado, en el que se registró el tiempo de espera de programación de las citas a partir de la fecha en la que los pacientes fueron referidos por primera vez al servicio de psiquiatría. La tasa de inasistencia en los pacientes a los que se les programó una cita durante los primeros siete días fue del 76%, y para los pacientes a los que se les programó cita después de doce semanas fue del 56%. Aún después del seguimiento a los pacientes que no acudieron a la primera cita y que si acudieron a las subsecuentes, no se encontró evidencia estadísticamente significativa de que la demora en la atención fuera causa de inasistencia. Los mismos resultados se han obtenido en estudios posteriores y se ha especulado que este fenómeno probablemente se deba al tamaño de las muestras. En general se menciona que periodos de espera de dos semanas para la cita no aumentan esta tasa, y por lo tanto dar citas durante este periodo de tiempo puede disminuir la inasistencia a los servicios de salud mental (5, 16, 23, 31). Solo en el estudio realizado por Grunebaum M y cols, en 1996 (9) se encontró evidencia estadísticamente significativa en el tiempo de espera para obtener una cita como predictor importante de inasistencia. El estudio más reciente encontrado en la bibliografía, y que probablemente sea el más importante por el tamaño de la muestra (5,091 pacientes) y el tiempo de seguimiento (cinco años), es el realizado por Gallucci y cols. en el 2006 (6), con resultados estadísticamente significativos, se encontró

que el tiempo de espera para una primera cita a los servicios de salud mental repercute de manera importante en la tasa de inasistencia, y que ésta aumenta linealmente por cada día de retraso durante la primera semana posterior a la programación de la cita.

Otros predictores estudiados son los sociodemográficos. Se ha reportado evidencia de que la edad, el sexo, la clase socioeconómica, la raza y la distancia que tienen que recorrer los pacientes para llegar a las clínicas, repercute en la tasa de inasistencia (5). A pesar de que se ha reportado muy poca relación estadísticamente significativa entre éstos factores y la tasa de inasistencia, así como poca consistencia en los resultados, la mayoría de los estudios coinciden en que la mayor tasa de inasistencia ocurre en paciente jóvenes, con edades de entre 18 y 24 años (3, 16, 33). En el estudio realizado por Karuse GR y cols. en el 2002 (16) se encontraron cinco predictores significativos de inasistencia: pacientes jóvenes, de habla hispana, con pobre red de apoyo familiar, que no toman los medicamentos, especialmente los antipsicóticos y que tienen seguro médico. No se ha encontrado una asociación entre la tasa de inasistencia y la distancia que el paciente tiene que recorrer para llegar a la clínica (16, 28).

Se ha buscado asociación entre la tasa de inasistencia y el estado clínico del paciente. En el estudio realizado por Smyth M y cols. En 1990 (30), se encontró que el factor predictor más importante para el abandono del tratamiento y por consiguiente para la inasistencia a las citas, es el estado clínico del paciente y el diagnóstico que tienen. La menor tasa de inasistencia se observó en los pacientes bipolares en episodio de manía o de depresión y con síntomas

psicóticos, y la mayor tasa de inasistencia se observó en pacientes con trastornos de la personalidad (30). En otro estudio realizado por Gruneabum M y cols, en 1996 (9), se reportó como único hallazgo que los pacientes que tienen un deterioro cognitivo, diferente a estados psicóticos, son los que menos faltan a sus citas, sin embargo la muestra de estos pacientes no fue significativa. En el estudio realizado por Compton MT y cols. en el 2006 (4), se encontró la tasa más alta de inasistencia en los pacientes que inmediatamente al ser dados de alta hospitalaria se les programó una cita en consulta externa, siendo el estado clínico de éstos más grave que el de los pacientes que únicamente acuden al servicio de consulta externa y que nunca han requerido hospitalización; además se identificó que el estado legal del paciente puede ser un probable predictor para la inasistencia. Se ha encontrado evidencia de que los pacientes con antecedente de abuso o dependencia a sustancias tienen una tasa de inasistencia mayor a la de pacientes con otros trastornos (20, 31). Contrario a esto, Gruneabum M y cols, (9), no encontraron esta asociación. Mitchell AJ y cols, en el 2007 (21), encontraron que las tasas de inasistencia en el seguimiento de pacientes que han recibido atención en el servicio de urgencias por autoagresiones, son mucho mayores que en pacientes que acuden al servicio de urgencias por otra causa (21).

La mayoría de los estudios para detectar las causas de inasistencia se han enfocado en las consultas de primera vez (28), y existen pocos estudios en los que en el análisis estadístico se separaron a los pacientes que acudieron por primera vez a la consulta, de los pacientes subsecuentes, así como la relación

con el estado clínico del paciente en cada grupo, y más aún, que se compararan los resultados entre los dos grupos de pacientes (21). Killaspy H y cols., en el año 2000 (13) demostraron que los pacientes de primera vez y los subsecuentes que acuden a los hospitales psiquiátricos son grupos distintos, con diferentes diagnósticos y grados de discapacidad. Los pacientes subsecuentes que faltan están más enfermos que los que acuden por primera vez, y que los subsecuentes que si acuden. En los subsecuentes que no acuden se encontró una menor adaptación social, mayor aislamiento social y tasas altas de internamientos involuntarios. En un periodo de doce meses observaron que los pacientes que han perdido una cita tienen mayor riesgo de abandonar el tratamiento y de tener un internamiento. Reportaron además que la principal causa por la que no acuden los pacientes a sus citas, es por olvido, seguida de los pacientes que psiquiátricamente no se sentían bien el día que tenían que acudir a su cita. Mitchell AJ y cols, (21) reportaron la mayor tasa de inasistencia en pacientes que acuden a los servicios por primera vez, en comparación con pacientes subsecuentes.

La calidad de la atención y la satisfacción del paciente con la atención se ha relacionado con la asistencia a las citas. Ruggeri M y cols.(26), reportaron que los pacientes que acuden al servicio de urgencias de hospitales psiquiátricos y quedan satisfechos con la atención recibida, tienen mejor apego al tratamiento y a la asistencia a citas subsecuentes. Se ha sugerido además, que la tasa de asistencia está en relación a la satisfacción de los pacientes, la cual identifican como una buena comunicación con el médico y las estrategias que éste utiliza

para abordar al paciente (22, 17). Mitchell AJ y cols, (21) observaron que las tasas más altas de asistencia ocurrieron en pacientes que percibieron mejoría con el tratamiento y observaron sus beneficios, y que la pobre comunicación entre el médico puede aumentar la tasa de inasistencia. González J y cols. (8) observaron una mayor tasa de asistencia en los pacientes que nunca tuvieron experiencias desagradables con los servicios psiquiátricos y que lograron establecer una buena relación con su médico.

Otro predictor estudiado es la calidad de la referencia a los servicios de salud mental. Diferentes estudios han reportado que los pacientes que están de acuerdo en ser referidos a centros de salud mental reportan una mayor tasa de asistencia, al igual que los pacientes que ponen poca resistencia a recibir tratamiento psiquiátrico (2, 9, 13). Además, se ha descrito una asociación entre la calidad de la referencia y las tasas de asistencia, se sugiere que las altas tasas de inasistencia se deben en parte a que muchos pacientes que son referidos no requieren atención psiquiátrica (5, 9).

En cuanto a la asistencia a las diferentes Subespecialidades en psiquiatría, sólo se encontró un estudio, realizado por Mitchell AJ y cols. en el 2007, en éste, se examinó la tasa de inasistencia a las citas de pacientes que acudían por primera vez y de manera subsecuente a las diferentes subespecialidades psiquiátricas. Se observó una menor tasa de inasistencia en psicogeriatría, rehabilitación psiquiátrica, terapia cognitivo conductual y medicina psicosocial. En la mayoría de los servicios la asistencia mejoró después de haber acudido a la primera cita, excepto en medicina psicosomática y psicogeriatría, donde se observó lo

contrario. Analizaron algunas otras variables y reportaron la menor tasa de inasistencias los días viernes, en invierno y en la población geriátrica. A pesar de haber tenido dos grupos de pacientes, los de primera vez y los subsecuentes, no analizaron los resultados por separado (20).

Existen estudios en los que se han realizado intervenciones de diferentes tipos para disminuir la tasa de inasistencias, y de estos se han generado varias propuestas. Se ha visto que los pacientes que reciben una carta con la fecha de su cita tienen una tasa de inasistencia menor (12). Baggaley M y cols. En 1993 (2), observaron que a los pacientes a los que se les pidió que ellos mismos solicitaran la cita, tuvieron una menor tasa de inasistencia, y por el contrario, a los pacientes a los que se les asignó la cita y luego se les informó la fecha de la misma, tuvieron una mayor tasa de inasistencia. El envío de recordatorios a través del servicio postal también se ha visto que puede ser útil, con un costo beneficio aceptable (10, 27). Martín C y cols. (17), además de que consideran necesario reestructurar los servicios de salud mental clínica y administrativamente, de tal manera que la demanda pueda ser cubierta, y al lograrlo disminuya la inasistencia, como parte de esta estrategia han propuesto un sistema de mensajes de texto SMS para hacer más simple la cancelación o confirmación de las citas. Otra intervención propuesta por Shoffner J y cols. (29) con la que se observó una mejora en la tasa de asistencia, consiste en que el médico tratante se ponga en contacto telefónico con el paciente, ya sea para programar la cita o para recordarle la fecha de la misma. Sin embargo el realizar esta actividad en centros de atención de salud mental con poblaciones grandes

implica que el médico o el terapeuta inviertan mucho tiempo en realizar esta actividad y descuiden su labor asistencial. En los últimos estudios se ha tratado de mejorar la tasa de asistencia mediante el envío de cartas personalizadas y no solo con recordatorios o cartas del servicio postal convencionales (14). Dentro de la práctica clínica se han propuesto guías o avisos para estimular la asistencia a los servicios clínicos o para lograr un cumplimiento con la medicación. Reda y cols.(24), realizaron una revisión en el 2001, con actualización en 2008, en la que analizaron las diferentes guías propuestas por diferentes autores para estimular la asistencia a las clínicas. Encontraron evidencia que indica que el uso de un recordatorio dado cerca de la fecha de la consulta puede mejorar la tasa de asistencia, y mediante diferentes técnicas puede ser factible en la práctica diaria, siendo la más efectiva un formato de carta proporcionado 24 horas antes de la consulta.

2. Justificación

En diferentes partes del mundo, los investigadores han tratado de definir las variables demográficas y clínicas asociadas a la deserción y/o poca adherencia de las citas médicas de control que puedan predecir el abandono al tratamiento. Ante tal argumento uno se preguntaría ¿Cuáles fueron las principales razones por las cuales los pacientes no acudieron a su cita de primera vez en psiquiatría, y por qué dejaron de asistir a la consulta subsecuente de la Dirección de Servicios Clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría durante

el año 2007?. Las instituciones de salud pública cuentan con una gran población de pacientes y en ocasiones el personal médico es insuficiente para satisfacer la demanda de los usuarios, traduciendo esto en un tiempo prolongado de espera entre las citas, lo que podría verse reflejado en una deserción de pacientes, especialmente cuando perciben esto como una atención deficiente que no cumple sus expectativas. El costo de las consultas y de los medicamentos son causas importantes de abandono y de mal apego al tratamiento, especialmente cuando los pacientes o familiares tienen poca conciencia de enfermedad. En general se plantean como causas importantes de deserción características sociodemográficas como edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico; otras institucionales como el lapso de tiempo entre cada consulta programada y el costo de la consulta por mencionar algunas.

Se ha planteado que el diagnóstico clínico del paciente en el primer contacto con el médico pueda no ser el adecuado, e impresionar de primera instancia que requiera atención psiquiátrica cuando podría sólo estar pasando por un proceso adaptativo o de ajuste a alguna situación ambiental; por consiguiente al iniciar tratamiento a estos pacientes se esperaría una recuperación antes del tiempo planeado de tratamiento y por lo tanto abandono del mismo e inasistencia a próximas citas. Por esto es importante evaluar la estabilidad diagnóstica a través del tiempo, considerando un diagnóstico erróneo en el primer contacto con el paciente como probable factor deserción.

Con el presente estudio se busca identificar posibles factores que expliquen los hallazgos antes mencionados, considerando los factores sociodemográficos, la

condición clínica de los pacientes y los programas institucionales, con la finalidad de en un futuro plantear políticas internas que permitan una mejor adherencia terapéutica.

3. Planteamiento del Problema

El INPRFM es uno de los 10 Institutos Nacionales de Salud coordinados por la Secretaría de Salud, es un organismo descentralizado de carácter público, se localiza al sur de la ciudad de México, en la Delegación Tlalpan. Los servicios clínicos del INPRFM atienden a las personas que, por algún malestar mental o emocional deciden buscar ayuda psicológica o psiquiátrica. La información obtenida del diagnóstico situacional del servicio de consulta externa del año 2007 señaló que el número de citas otorgadas por diferentes servicios (consultas psiquiátricas, laboratorio, gabinete etc.) por la dirección de servicios clínicos en los últimos tres años (2005 al 2007), aumentó en un 11.02%. (94890 citas atendidas en 2005 a 106643 citas atendidas, incluyendo citas médicas, psicología, trabajo social, laboratorio y gabinete, en 2007). En ese mismo sentido cuando evaluamos solo las consultas psiquiátricas atendidas, también se observó un incremento del 10.7%. Solo el 68% de los pacientes atendidos en el Servicio de Preconsulta y que a juicio de los médicos psiquiatras requerían atención psiquiátrica dentro del servicio de consulta externa asistieron a su primera cita, lo que refleja que desde el primer contacto con el médico algunos pacientes dejan de asistir, desconociéndose las causas por las que esto ocurrió y las pérdidas económicas y de recursos que esto implicó. Cuando se evaluó el

porcentaje de asistencia, en base al total de consultas registradas y consultas asistidas (total consultas asistidas/total de consultas registradas X 100), entre los médicos psiquiatras y médicos en formación en el mismo periodo de tiempo, se encontró que la asistencia con los psiquiatras se mantuvo (76.18% en el año 2005, 76.45% en el año 2006 y 77.7% en el año 2007), no así con respecto a los médicos en formación (69.83% en el 2005, de 68.46% en el 2006 y de 67.39 en el 2007).

4. Objetivos

A. Objetivo General

Describir los posibles factores por los que los pacientes asisten a consulta subsecuente dentro del servicio de consulta externa de la Dirección de Servicios Clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría durante el 2007.

B. Objetivos Específicos

- a) Determinar el porcentaje de pacientes de la cohorte que asistió a preconsulta durante los tres primeros meses del año 2007 (enero, febrero, marzo) y que permanecen asistiendo a citas en el servicio de consulta externa en un seguimiento a treinta meses.
- b) Determinar cuáles son las variables sociodemográficas y clínicas asociadas a la permanencia en la consulta subsecuente.

- c) Determinar si hay diferencias cualitativas en la permanencia a consulta subsecuente cuando el paciente es atendido por médico adscrito o por médicos en formación (Residentes de especialidad).
- d) Determinar si existe diferencia cualitativa en la permanencia cuando el diagnóstico clínico del paciente ha cambiado a través del tiempo.

5. Hipótesis

Aunque se trata de un estudio descriptivo, se han planteado algunas hipótesis por las cuales los pacientes dejan de asistir a sus citas subsecuentes en el servicio de consulta externa del INPRFM. Dentro de los factores que consideramos como probables predictores es el nivel socioeconómico, el diagnóstico erróneo en el primer contacto con el paciente, la atención por médicos en formación y el tiempo de espera entre una cita y otra. Además de otras variables clínicas y sociodemográficas que se analizarán.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Tipo de estudio

Cohorte, observacional, comparativo y retrospectivo.

2. Población de estudio, selección y tamaño de la muestra

La muestra se seleccionó a partir de reportes del registro de los pacientes en el sistema de información Health-Centre® StdGob© V3.8, utilizado en el INPRFM.

De los 1809 pacientes que se registraron en el periodo de enero a marzo del 2007, se seleccionó a aquellos que asistieron a su cita de preconsulta (n=1749), estos pacientes conforman la cohorte total en estudio. Otro grupo de estudio se formó con aquellos pacientes a los que posteriormente se les dió cita de primera vez (n=1140) en consulta externa de psiquiatría; se seleccionaron los pacientes que cumplieron con los siguientes **criterios de inclusión:**

- Haber asistido a su cita de primera vez y por lo tanto contar con expediente clínico.
- Tener al menos una cita subsecuente asistida.
- Haber dejado de asistir a la consulta subsecuente por un periodo mayor a cuatro meses a partir de su última cita programada no asistida.
- Que la última cita programada no asistida se hubiese dado en el periodo de enero a diciembre de 2007.

El número de pacientes seleccionados fue de n=433, de los cuales Se eliminaron del análisis los pacientes de los que no se encontró el expediente o éste estaba incompleto, (n=7). Los pacientes así seleccionados formaron una cohorte muestra de n=426 pacientes.

3. Definición de Variables

A. Cohorte total en estudio

a. Variable dependiente

1. Número de meses transcurridos entre la preconsulta y la última cita asistida.

b. Variables Independientes

1. Sexo
2. Nivel Socioeconómico
3. Seguridad Social
4. Lugar de procedencia
5. Diagnostico en la preconsulta

B. Cohorte Muestra

a. Dependientes:

1. Total de citas subsecuentes
2. Promedio de días entre las citas programadas

b. Independientes:

1. Sociodemográficas:

- Edad
- Sexo

- Estado civil
- Escolaridad
- Nivel socioeconómico determinado por Trabajo Social (ingreso promedio mensual)
- Ocupación. Considerar si al momento de acudir tienen empleo o son desempleados
-

2. Clínicas:

- Último diagnóstico codificado a dos cifras de la CIE-10
- Comorbilidad con enfermedades médicas (Eje III diagnóstico DSM-IV)
- Tratamiento farmacológico
- Apego al tratamiento
- Canalización de otra institución
- Percepción de mejoría por el paciente
- Atención en clínica de subespecialidades
- Atendidos por médico adscrito o residente
- Historia de tratamiento psiquiátrico previo
- Hospitalizaciones psiquiátricas previas

4. Métodos de recolección de datos

Se revisó el registro electrónico de la cohorte total de estudio (n=1749) en el Sistema Health-Centre® StdGob®, y se construyó una base de datos con las variables dependientes e independientes antes mencionadas. Posteriormente se seleccionó a los pacientes a los que se les programó cita en consulta externa de psiquiatría (n=1140). De estos se seleccionó a los que dejaron de asistir hasta la misma fecha (n=609). Se revisaron 602 expedientes, ya que 7 de ellos no se encontraron en archivo. De cada expediente se obtuvieron tres diagnósticos, en tres momentos distintos de evaluación (1.- El diagnóstico presuncional dado por un médico durante su atención en preconsulta dado por la aplicación del MINI con una entrevista estructurada, 2.- el diagnóstico dado por otro médico cuando realizó la historia clínica y 3. el diagnóstico dado por un tercer médico en la consulta de seguimiento clínico). De los expedientes revisados se seleccionaron a los pacientes que acudieron por lo menos a una cita subsecuente (n=426) para formar la cohorte muestra. Se construyó una base de datos con las variables dependientes e independientes ya mencionadas.

5. Análisis estadístico

Para las variables independientes se utilizó medidas de tendencia central y porcentajes para las variables sociodemográficas.

El análisis principal de las variables independientes se realizó a través de ANOVA simple.

La comparación de curvas de sobrevivencia se realizó por medio del método de Kaplan-Maier

Los datos se procesaron con el statistical package for the Social Sciences (SPSS) versión 17.0.

6. Consideraciones Éticas

Estudio sin riesgo. No se tuvo contacto alguno con los pacientes, la información se obtuvo de los expedientes clínicos, y no se obtuvieron datos que pusieran en riesgo la confidencialidad del paciente.

RESULTADOS

I. Cohorte total en estudio

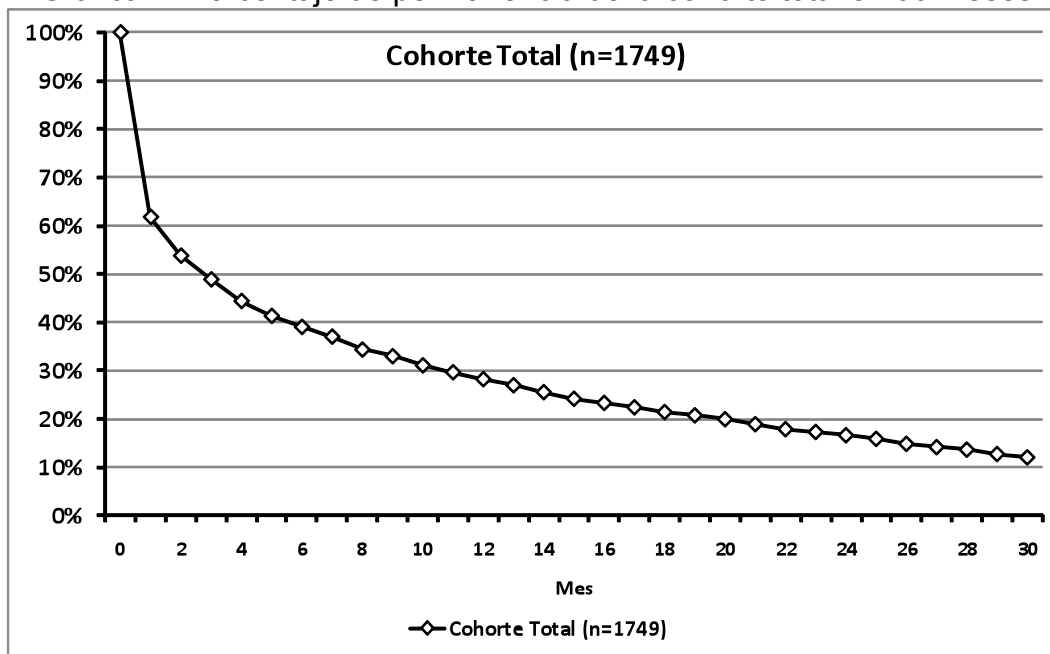
La Cohorte total mostró media de 8.9 ± 12.3 meses y mediana de 2.0 meses. (Tabla 1, Gráfica 1)

Tabla 1. Porcentaje de permanencia de la cohorte total en 30 meses

Cohorte Total	n	Media	Desviación Estándar	Mediana	Sobrevida a 30 meses
Global	1749	8.9	12.3	2.0	8.5%

n= número

Gráfica 1. Porcentaje de permanencia de la cohorte total en 30 meses



1. Género

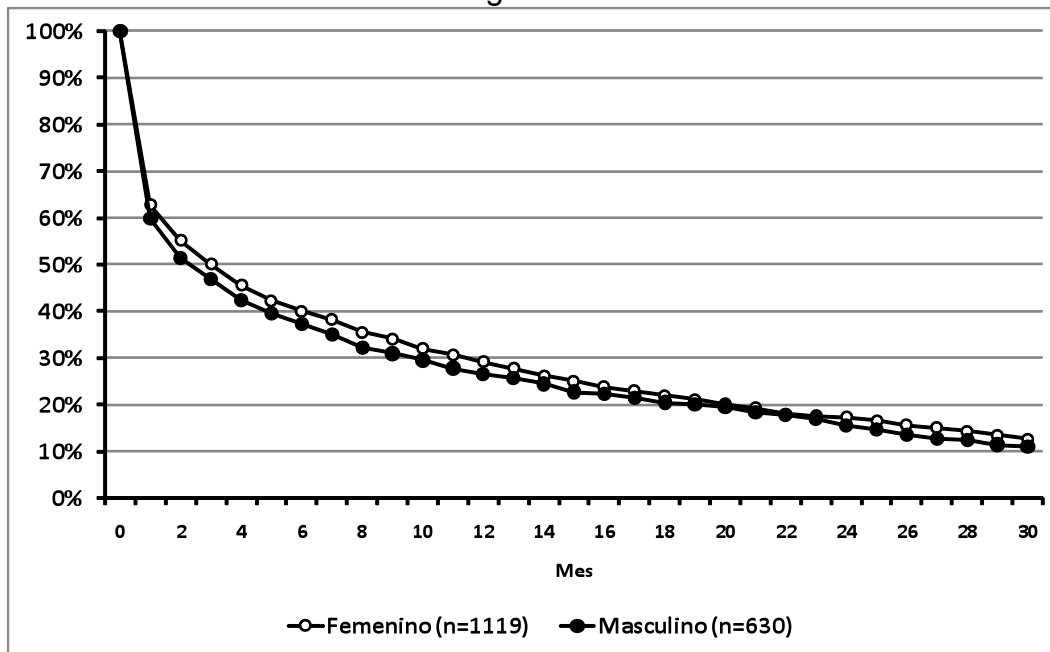
No se encontraron diferencias entre las curvas de supervivencia por sexo [Log Rank $\chi^2=1.535$, $p=0.215$]. Las mujeres presentan mayor permanencia con una media de 9.2 ± 12.5 meses y mediana de 3.0 meses. Los datos anteriores representan una distribución de permanencia muy sesgada. Para los hombres la permanencia resultó con media de 8.4 ± 11.9 meses y mediana de 2.0 meses. (Tabla 2, Gráfica 2)

Tabla 2. Porcentaje de permanencia de la cohorte total en 30 meses por género

Sexo	n	Media	Desviación Estándar	Mediana	Sobrevida a 30 meses
Femenino	1119	9.2	12.5	3.0	13.0%
Masculino	630	8.4	11.9	2.0	11.0%
Global	1749	8.9	12.3	2.0	

n= número

Gráfica 2. Porcentaje de permanencia de la cohorte total en 30 meses por género



2. Nivel Socioeconómico

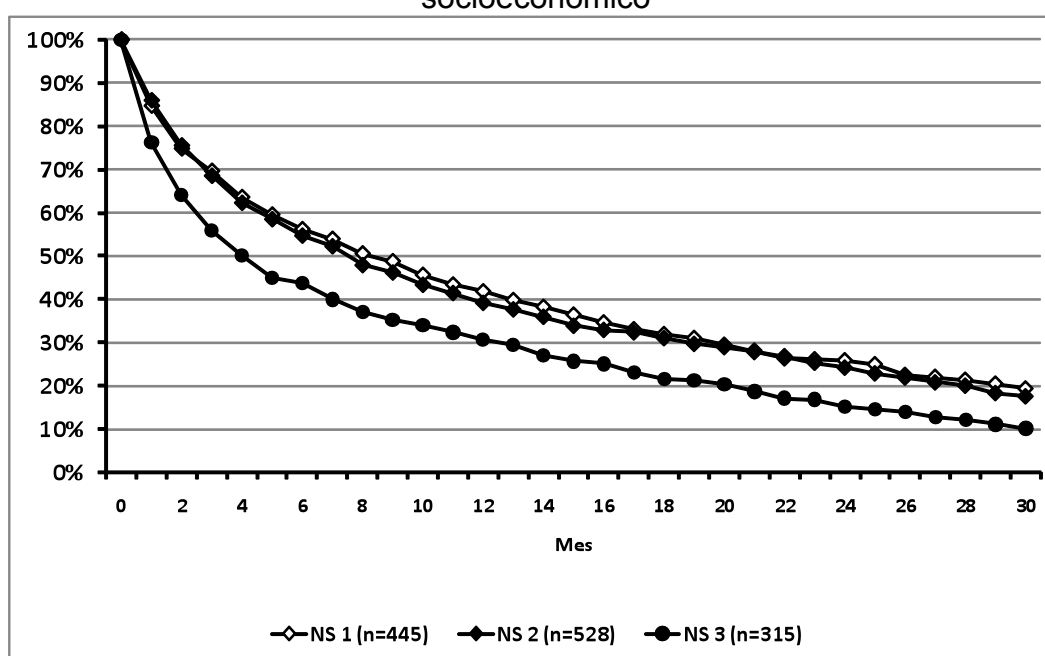
Se encontraron diferencias entre las curvas de supervivencia por nivel socioeconómico [Log Rank $\chi^2=15.85$, $p<0.001$]. Los pacientes con nivel socioeconómico uno y dos, presentaron mayor permanencia con una media de 13.2 ± 21.1 con una mediana de 8.0 meses y 12.5 ± 7.0 con una mediana de 7.0 meses. Para los pacientes con nivel 3 la permanencia resultó con una media de 9.3 ± 17.7 con una mediana de 4.0 meses. (Tabla 3, Gráfica 3)

Tabla 3. Porcentaje de permanencia de la cohorte total en 30 meses por nivel socioeconómico

Nivel Socioeconómico	n	Media	Desviación Estándar	Mediana	Sobrevida a 30 meses
1	445	13.2	21.1	8.0	13.9%
2	528	12.5	23.0	7.0	12.2%
3	315	9.3	17.7	4.0	7.4%
Global	1288	12.1	35.9	6.0	

n= número

Gráfica 3. Porcentaje de permanencia de la cohorte total en 30 meses por nivel socioeconómico



3. Seguridad Social

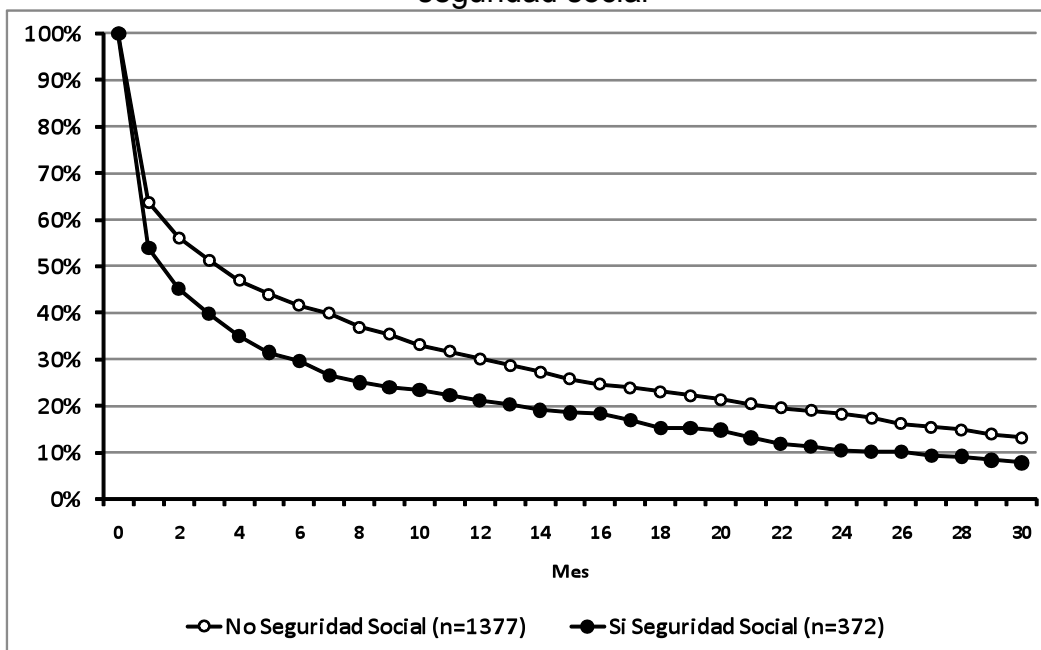
Se encontraron diferencias entre las curvas de supervivencia para la seguridad social [Log Rank $\chi^2= 17.61$, $p=0.001$]. Los pacientes sin seguridad social presentaron mayor permanencia con una media de 9.5 ± 37.1 con una mediana de 3.0 meses. Para los pacientes con seguridad social, la permanencia resultó con una media de 6.6 ± 19.3 con una mediana de 1.0 mes. (Tabla 4, Gráfica 4)

Tabla 4. Porcentaje de permanencia de la cohorte total en 30 meses por seguridad social

Seguridad Social	n	Media	Desviación Estándar	Mediana	Sobrevida a 30 meses
No	1377	9.5	37.1	3.0	9.3%
Si	372	6.6	19.3	1.0	5.9%
Global	1749	8.9	41.8	2.0	

n= número

Gráfica 4. Porcentaje de permanencia de la cohorte total en 30 meses por seguridad social



4. Lugar de Procedencia

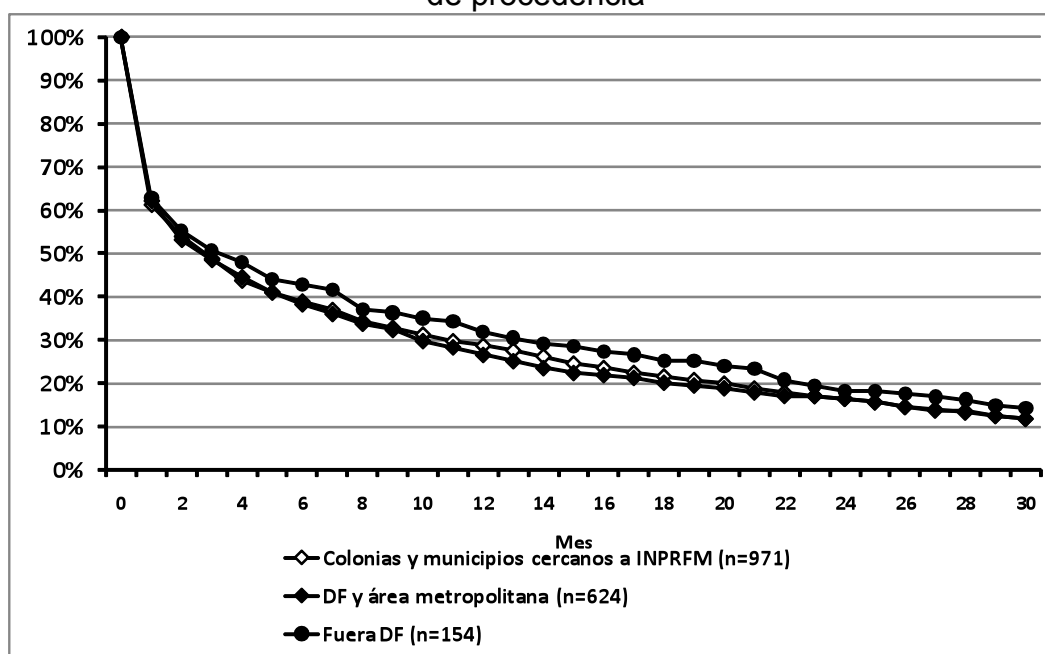
Se encontraron diferencias entre las curvas de supervivencia por lugar de procedencia [Log Rank $\chi^2= 0.406$, $p=0.524$]. Los pacientes que acuden del interior de la República presentaron mayor permanencia con una media de 10.0 ± 12.4 con una mediana de 3.0 meses. Para los pacientes que acuden de colonias y municipios cercanos al INPRFM la permanencia resultó con una media de 8.8 ± 31.2 con una mediana de 2.0 meses, y para los que acuden del DF y área metropolitana una media 8.7 ± 25.0 con una mediana de 2.0 meses. (Tabla 5, Gráfica 5)

Tabla 5. Porcentaje de permanencia de la cohorte total en 30 meses por lugar de procedencia

Lugar de Procedencia	n	Media	Desviación Estándar	Mediana	Sobrevida a 30 meses
Colonias y municipios cercanos a INPRFM	971	8.8	31.2	2.0	8.5%
DF y área metropolitana	624	8.7	25.0	2.0	7.9%
Fuera DF	154	10.0	12.4	3.0	11.9%
Global	1749	8.9	41.8	2.0	

n= número

Gráfica 5. Porcentaje de permanencia de la cohorte total en 30 meses por lugar de procedencia



5. Diagnóstico de Preconsulta

Se encontraron diferencias entre las curvas de supervivencia por diagnóstico clínico [Log Rank $\chi^2 = 2.90$, $p = 0.088$]. Los pacientes con diagnóstico de demencia son los que presentaron mayor permanencia con una media de 12.2 ± 15.6 con una mediana de 3.0 meses. Seguido de los pacientes con trastornos psicóticos, trastorno bipolar y trastornos de la conducta alimentaria, con una media de 12.6 ± 14.7 , 11.6 ± 14.3 y 12.5 ± 11.9 , con una mediana de 6.0, 4.0 y

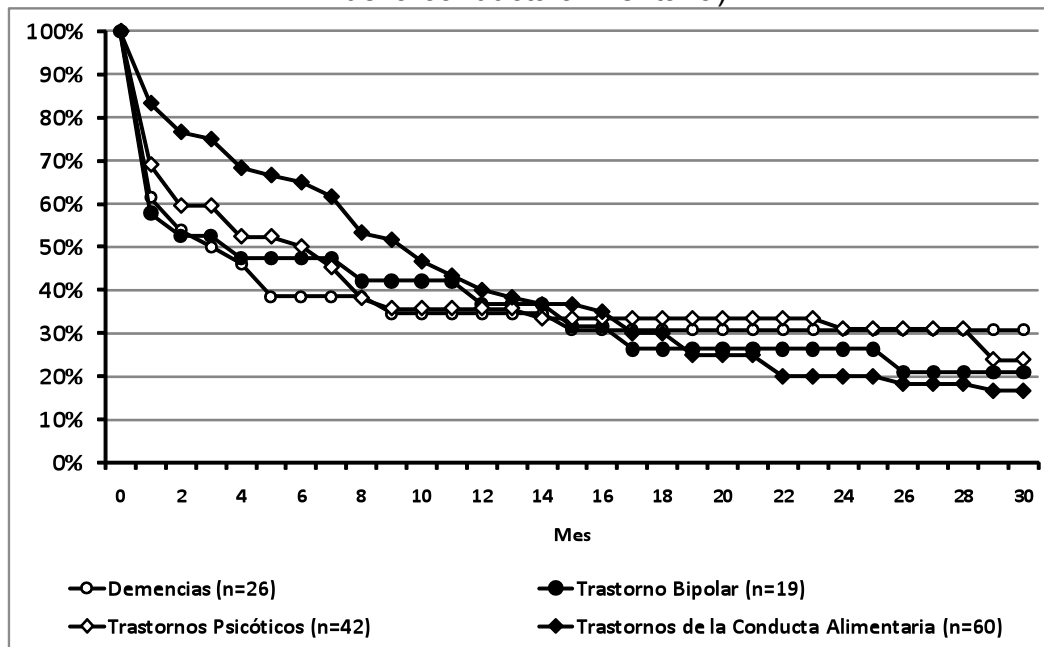
10 meses, respectivamente. Para los pacientes con diagnósticos de trastornos de ansiedad, depresión y trastornos de la adolescencia, la permanencia fue menor con una media de 11.3 ± 12.6 , 9.1 ± 12.5 , 9.5 ± 11.7 , y una mediana de 7.0, 4.0 y 5.0 meses, respectivamente. Los pacientes con trastornos por sustancias (adicciones) y con trastornos de la personalidad presentaron la menor permanencia, con una media de 3.2 ± 6.8 y 2.6 ± 7.7 , respectivamente, ambos con mediana de 1.0 mes. (Tabla 6, Gráfica 6, 7 y 8)

Tabla 6. Porcentaje de permanencia de la cohorte total en 30 meses por diagnóstico de preconsulta

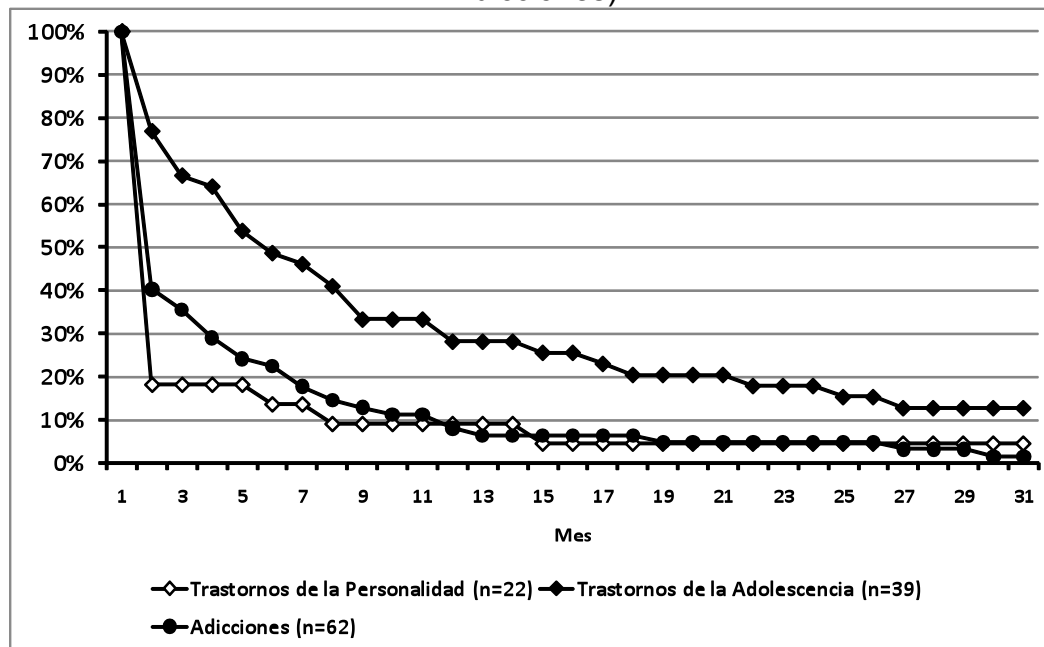
DX	n	Media	Desviación Estándar	Mediana	Sobrevida a 30 meses
Demencias	26	12.2	15.6	3.0	31.0%
Adicciones	62	3.2	6.8	1.0	2.0%
Trastornos Psicoticos	42	12.6	14.7	6.0	24.0%
Depresión	578	9.1	12.5	4.0	13.0%
Ansiedad	193	11.3	12.6	7.0	15.0%
Trastornos de la Conducta Alimentaria	60	12.5	11.9	10.0	17.0%
Trastornos de la personalidad	22	2.6	7.7	1.0	5.0%
Trastornos de la Adolescencia	39	9.5	11.7	5.0	13.0%
Trastorno Bipolar	19	11.6	14.3	4.0	21.0%
Global	1041	9.6	12.6	4.0	

n= número, DX= diagnóstico

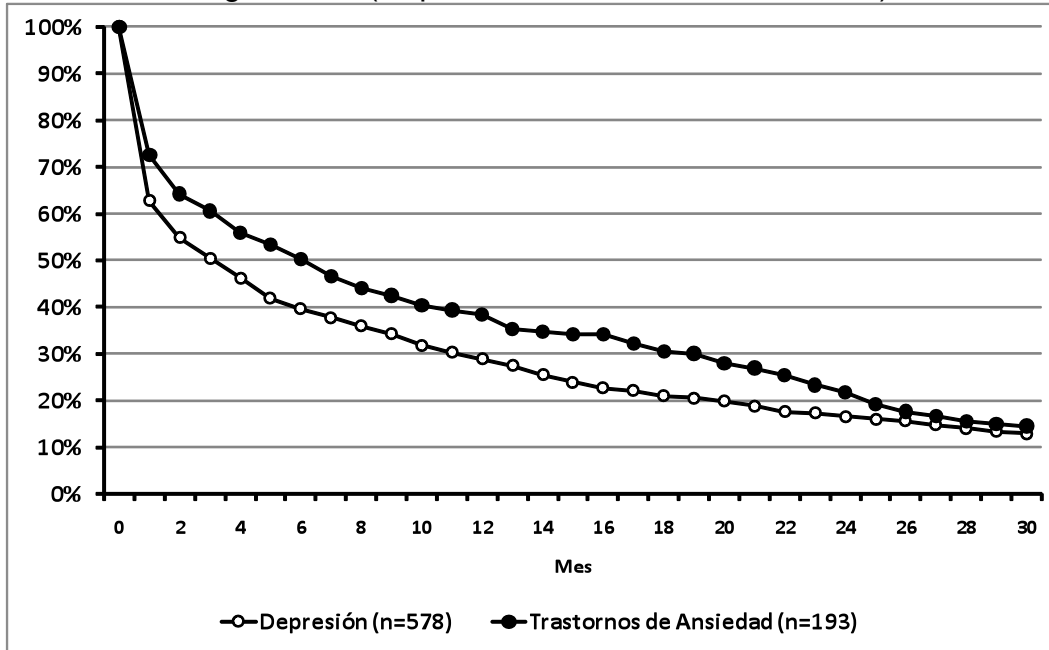
Gráfica 6. Porcentaje de permanencia de la cohorte total en 30 meses por diagnósticos (Demencias, Trastornos psicóticos, Trastorno bipolar, Trastornos de la conducta alimentaria)



Gráfica 7. Porcentaje de permanencia de la cohorte total en 30 meses por diagnósticos (Trastornos de la personalidad, Trastornos de la adolescencia, Adicciones)



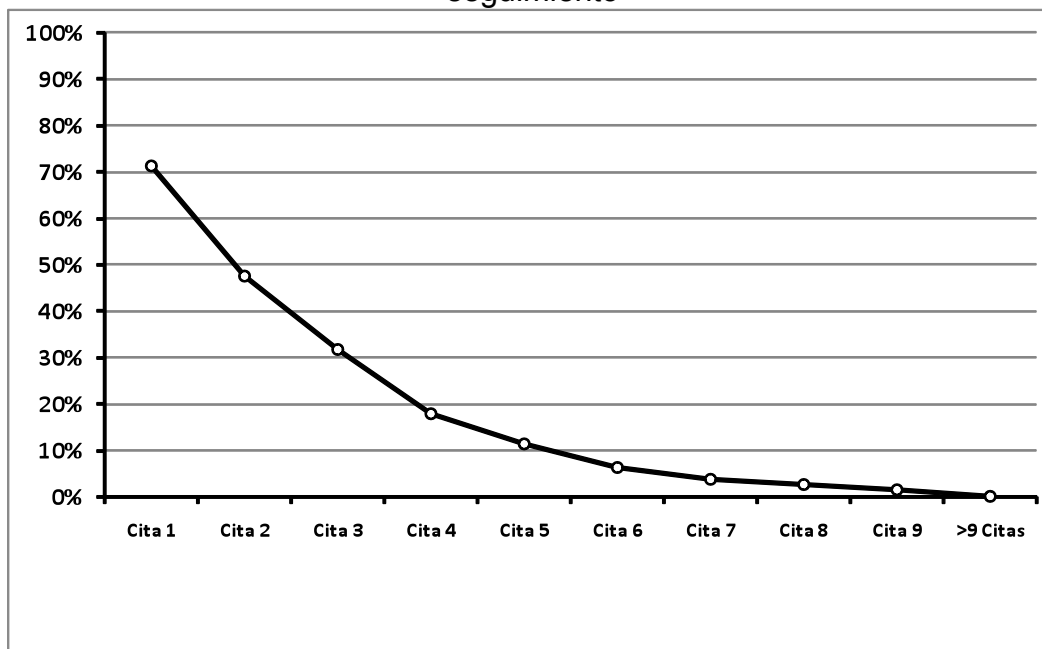
Gráfica 8. Porcentaje de permanencia de la cohorte total en 30 meses por diagnósticos (Depresión, Trastornos de ansiedad)



II. Cohorte muestra

De los pacientes que asistieron a preconsulta, el 28.8% no asistió a su cita de primera vez (integración de expediente), y a la primera cita subsecuente solo llegó el 47.7% de los pacientes; después de nueve citas subsecuentes solo persisten el 1.7% de la muestra estudiada (Gráfica 9).

Gráfica 9. Porcentaje de permanencia de la cohorte muestra en doce meses de seguimiento



Variables Sociodemográficas

1. Género

En la muestra se incluyeron 225 hombres con una media de edad de $32.4 \pm 14,1$ años y 377 mujeres con una media de edad de 33.7 ± 15.1 , no mostrando diferencias significativas [$F(1,600)=0.957, p=0.328$]. (Tabla 7)

Tabla 7. Distribución por género de la cohorte muestra

Género	n	Media	Desviación estándar
Hombres	225	32.4	14.1
Mujeres	377	33.7	15.1
Total	602	33.2	14.7

n= número

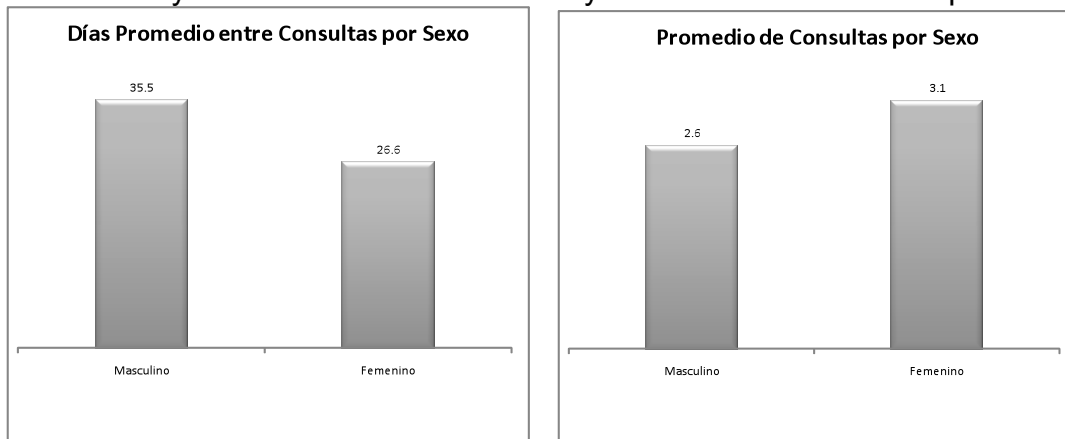
Se encontraron diferencias en el sexo para el número de consultas, las mujeres asistieron a más consultas 3.1 ± 3.4 , y los hombres a menos consultas 2.6 ± 1.7 [$F=(1,425)=3.958$, $p=0.047$]. En el promedio de días entre citas no se encontró diferencia. [$F=(1,425)=0.058$, $p=0.808$]. (Tabla 8, Gráfica 10 y 11)

Tabla 8. Promedio de citas subsiguientes y de días entre citas por sexo en la cohorte muestra

Sexo	Femenino			Masculino			Significancia
	N	Media	D.E.	N	Media	D.E.	
Citas subsiguientes asistidas	270	3.1	3.4	157	2.6	1.7	$F=(1,425)=3.958$, $p=0.047$
Promedio de días entre Citas	263	34.9	26.6	156	35.5	25.0	$F=(1,425)=0.058$, $p=0.808$

N= número; D.E.= Desviación estándar

Gráfica 10 y 11. Promedio de consultas y de días entre consultas por sexo



2. Derechohabencia

No se encontraron diferencias en la derechohabencia para el número de consultas, [$F=(1,1213.5)=1.54$, $p<0.214$], ni para el promedio de días entre las citas [$F=(1,209.5)=0.869$, $p<0.352$]. (Tabla 9)

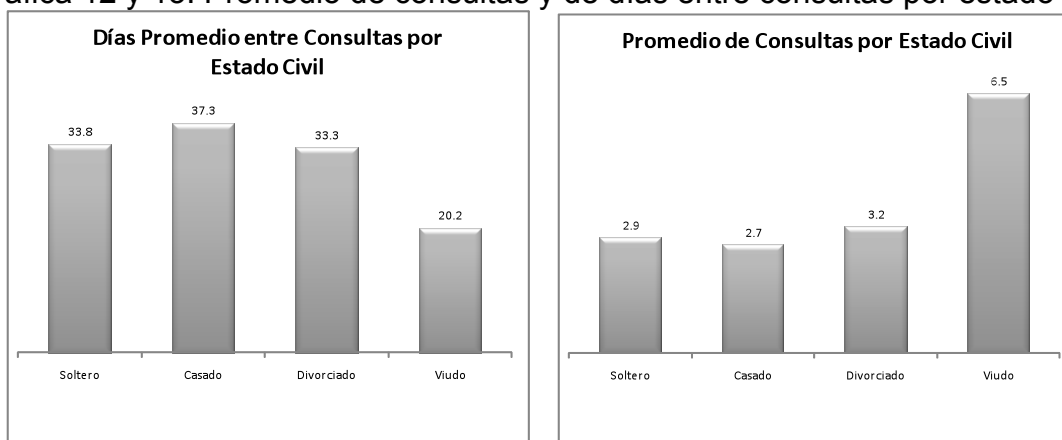
Tabla 9. Promedio de citas subsiguientes y de días entre citas por derechohabiente en la cohorte muestra

Derechohabiente	Si			No			Significancia
	N	Media	D.E.	N	Media	D.E.	
Citas subsiguientes asistidas	342	3.0	3.1	85	2.6	1.9	F=(1,213.5)=1.545, p<0.214
Promedio de días entre Citas	335	35.7	27.6	84	32.7	17.8	F=(1,209.5)=0.869, p<0.352

3. Estado Civil

Los pacientes viudos asistieron a más citas 3.63 ± 3.7 [F(3,423)=9.41, p<0.001] y menor promedio de días entre las citas [F(3,415)=3.697, p<0.012]. (Gráfica 12 y 13).

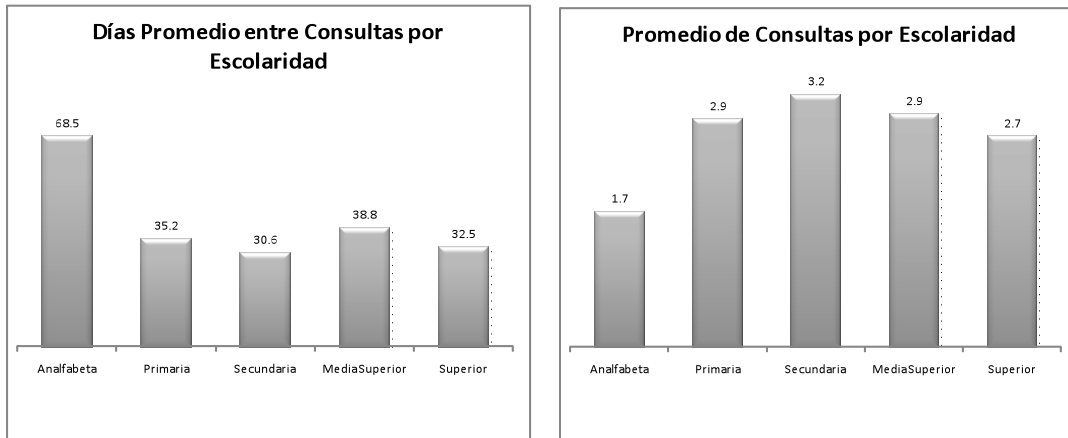
Gráfica 12 y 13. Promedio de consultas y de días entre consultas por estado civil



4. Escolaridad

Las personas analfabetas asistieron a menos citas 1.7 ± 1.1 , sin encontrar significancia estadística F(4,422)=.748, p<0.560]; estos mismos pacientes presentaron mayores intervalos de tiempo entre las citas 30.9 ± 21.3 con resultados estadísticamente significativos [F(4,414)=4.891, p<0.001]. (Gráfica 14 y 15).

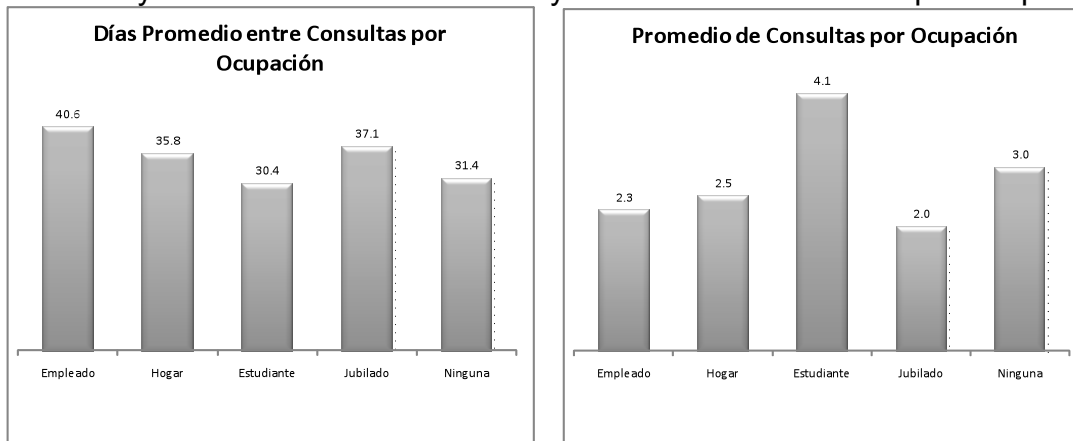
Gráfica 14 y 15. Promedio de consultas y de días entre consultas por escolaridad



5. Ocupación

Los estudiantes presentan mayor número de asistencias 4.14 ± 4.0 , $[F(4,422)=8.016, p<0.00]$, con menores intervalos entre citas 30.41 ± 23.1 , $[F(4,414)=2.709, p<0.030]$. (Gráfica 16 y 17)

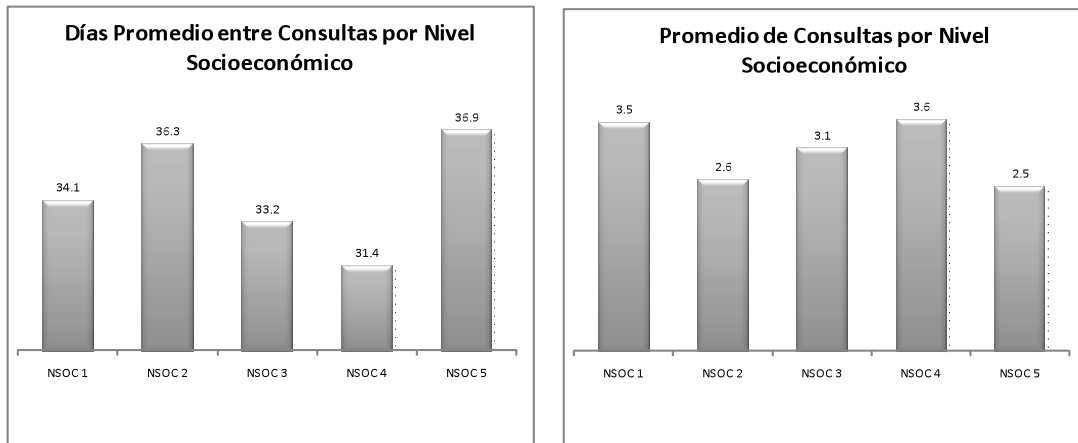
Gráfica 16 y 17. Promedio de consultas y de días entre consultas por ocupación



6. Nivel socioeconómico

Los pacientes con nivel socioeconómico cinco presentaron el menor número de citas 2.5 ± 1.8 , sin encontrar significancia estadística [$F(4,403)=1.56$, $p<0.183$]. No se encontró diferencia significativa en cuanto al promedio de días entre citas [$F(4,395)=0.560$, $p<0.692$]. (Gráfica 18 y 19)

Gráfica 18 y 19. Promedio de consultas y de días entre consultas por nivel socioeconómico



Variables Clínicas

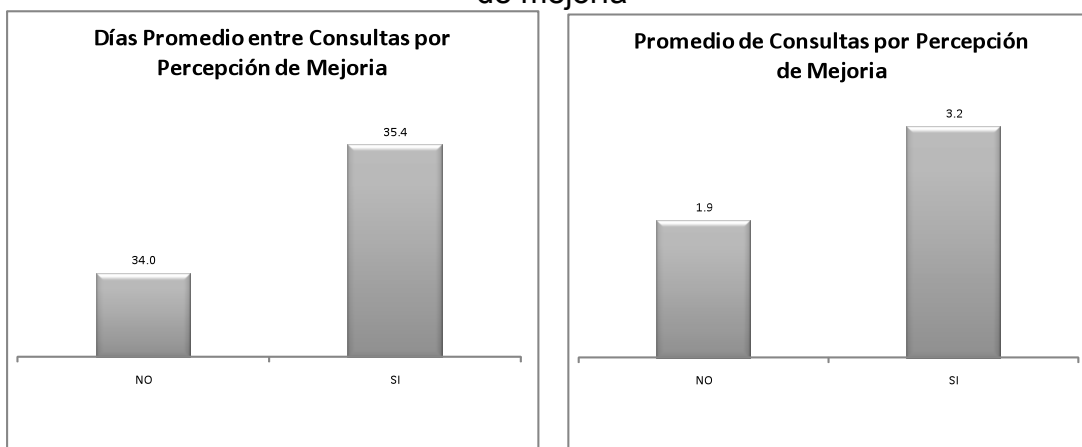
1. Percepción de mejoría

Los pacientes que percibieron mejoría presentaron un mayor número de citas, con una media de 3.2 ± 3.0 , comparados con aquellos que no la presentaron 1.9 ± 2.0 , [$F=(1,213.5)=15.7$, $p<0.001$]. No se encontraron diferencias en el promedio de días entre citas para los pacientes que percibieron mejoría [$F=(1,209.5)=0.23$, $p<0.632$]. (Tabla 10, Gráfica 20 y 21)

Tabla 10. Promedio de citas subsiguientes y de días entre citas por percepción de mejoría en la cohorte muestra

Percepción de mejoría	No			Sí			Significancia
	N	Media	D.E.	N	Media	D.E.	
Citas subsiguientes asistidas	94	1.9	2.0	333	3.2	3.0	F=(1,213.5)=15.731, p<0.001
Promedio de días entre Citas	93	34.0	35.7	326	35.4	22.5	F=(1,209.5)=0.230, p<0.632

Gráfica 20 y 21. Promedio de consultas y de días entre consultas por percepción de mejoría



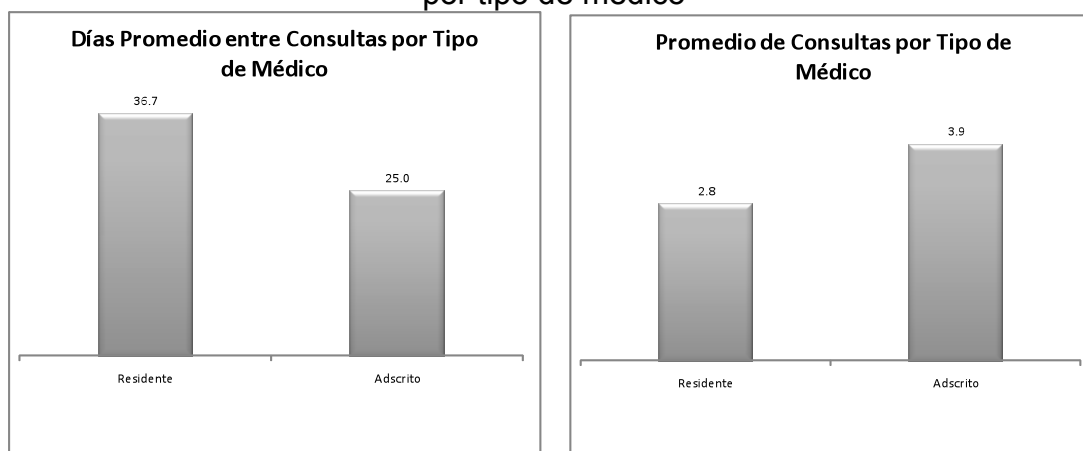
2. Atención por tipo de médico

Los pacientes atendidos por un médico adscrito presentaron un mayor número de citas, con una media de 3.9 ± 4.0 , comparados con aquellos que fueron atendidos por médico en formación, 2.8 ± 2.6 , [F=(1,213.5)=7.2, p<0.008], y menor número de días entre citas, con una media de 25.0 ± 15 para los médicos adscritos y 36.7 ± 27 para los médicos en formación, [F=(1,209.5)=10.4, p<0.001]. (Tabla 11, Gráfica 22 y 23)

Tabla 11. Promedio de citas subsiguientes y de días entre citas por atención por tipo de médico en la cohorte muestra

Atención por tipo médico	Formación			Adscritos			Significancia
	N	Media	D.E.	N	Media	D.E.	
Citas subsiguientes asistidas	367	2.8	2.6	60	3.9	4.0	F=(1,213.5)=7.205, p<0.008
Promedio de días entre Citas	361	36.7	27.0	58	25.0	15.3	F=(1,209.5)=10.4, p<0.001

Gráfica 22 y 23. Promedio de consultas y de días entre consultas por atención por tipo de médico



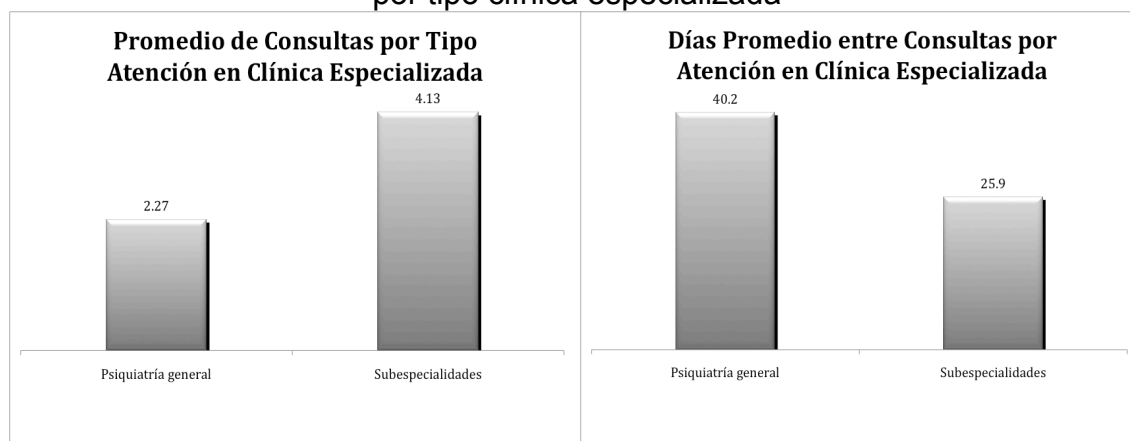
3. Atención por tipo de clínica

Los pacientes atendidos en una clínica de subespecialidad psiquiátrica presentaron un mayor número de citas, con una media de 4.1 ± 4.0 y 2.3 ± 1.7 de para los que se atendieron en un consultorio de psiquiatría general [F=(1,213.5)=45.434, p<0.001]. Los atendidos en clínica especializada presentaron un menor número de días entre citas, con una media de 25.9 ± 13.8 , los atendidos en psiquiatría general de 40.2 ± 29.5 , [F=(1,209.5)=31.373, p<0.001]. (Tabla 12, Gráfica 24 y 25).

Tabla 12. Promedio de citas subsiguientes y de días entre citas por atención por tipo de clínica en la cohorte muestra

Atención por tipo de clínica	General			Subespecialidades			Significancia
	N	Media	D.E.	N	Media	D.E.	
Citas subsiguientes asistidas	276	2.3	1.7	151	4.1	4.0	F=(1,213.5)=45.434, p<0.001
Promedio de días entre Citas	270	40.2	29.5	149	25.9	13.8	F=(1,209.5)=31.373, p<0.001

Gráfica 24 y 25. Promedio de consultas y de días entre consultas por atención por tipo clínica especializada



4. Tratamiento psiquiátrico previo

Los pacientes que previamente recibieron tratamiento psiquiátrico presentaron un mayor número de citas, con una media de 3.2 ± 3.3 , y los que no lo habían recibido de 2.5 ± 1.7 , [F=(1, 213)=5.151, p<0.024]. No se encontraron diferencias en el promedio de días [F=(1,209)=2.771, p<0.097]. (Tabla 13)

Tabla 13. Promedio de citas subsiguientes y de días entre citas por atención por tratamiento psiquiátrico previo en la cohorte muestra

Tratamiento psiquiátrico previo	Si			No			Significancia
	N	Media	D.E.	N	Media	D.E.	
Citas subsiguientes asistidas	279	3.2	3.3	147	2.5	1.7	F=(1, 213)=5.151, p<0.024
Promedio de días entre Citas	273	33.6	26.6	145	38.0	24.7	F=(1,209)=2.771, p<0.097

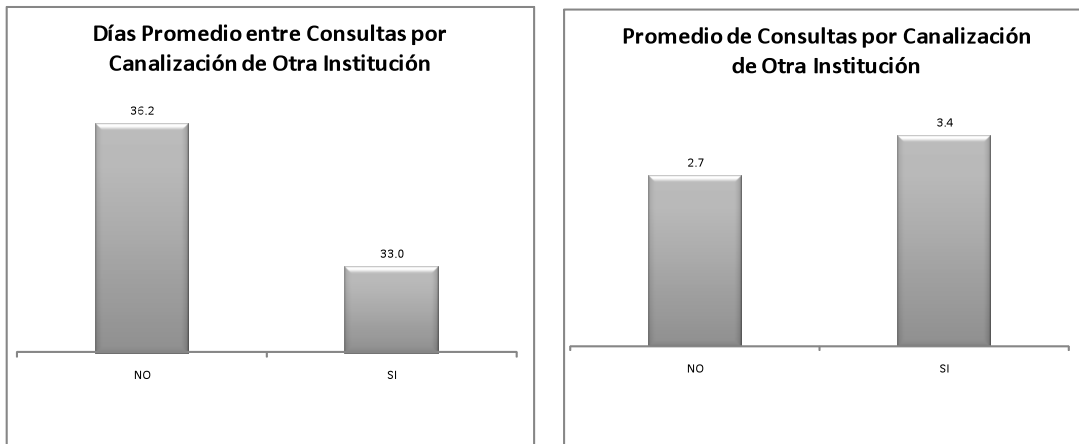
5. Canalización de otra institución

Los pacientes que acudieron al INPRFM canalizados de otra institución presentaron un mayor número de citas, con una media de 3.4 ± 3.6 , y los que acudieron sin ser canalizados de 2.7 ± 2.3 , [$F=(1,213.5)=4.821$, $p<0.029$]. No se encontraron diferencias en el promedio de días [$F=(1,209.5)=1.521$, $p<0.218$]. (Tabla 14, Gráfica 26 y 27)

Tabla 14. Promedio de citas subsiguientes y de días entre citas por canalización de otra institución

Canalizados de otra institución	No			Si			Significancia
	N	Media	D.E.	N	Media	D.E.	
Citas subsiguientes asistidas	279	2.7	2.3	148	3.4	3.6	$F=(1,213.5)=4.821$, $p<0.029$
Promedio de días entre Citas	273	36.2	28.3	146	33.0	20.8	$F=(1,209.5)=1.521$, $p<0.218$

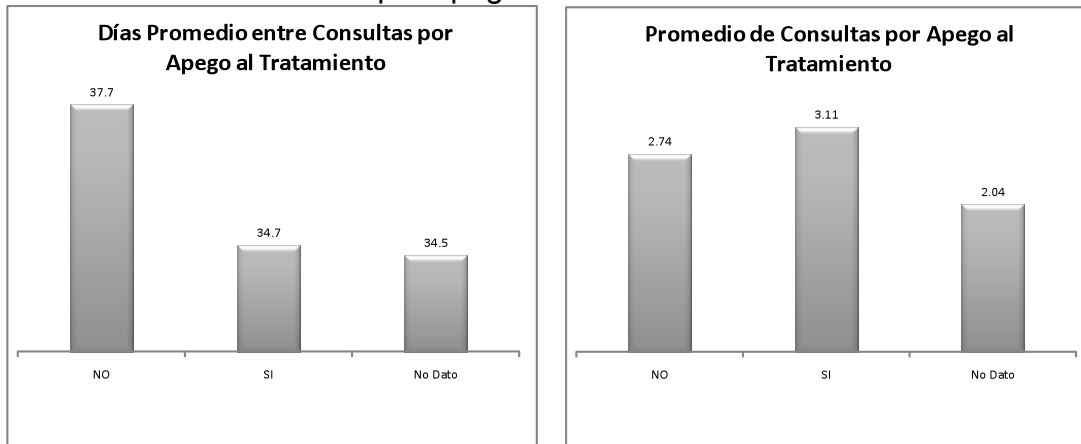
Gráfica 26 y 27. Promedio de consultas y de días entre consultas canalización de otra institución



6. Apego al tratamiento

Los pacientes con buen apego al tratamiento, asistieron a más citas, con una media de 3.11 ± 3.0 , $[F(2,424)=3.26, p<0.39]$. No se observaron diferencias en el promedio de días entre citas $[F=(2,416)=0.324, p<0.72]$. (Gráfica 28 y 29).

Gráfica 28 y 29. Promedio de consultas y de días entre consultas por atención por apego al tratamiento



7. Tratamiento farmacológico

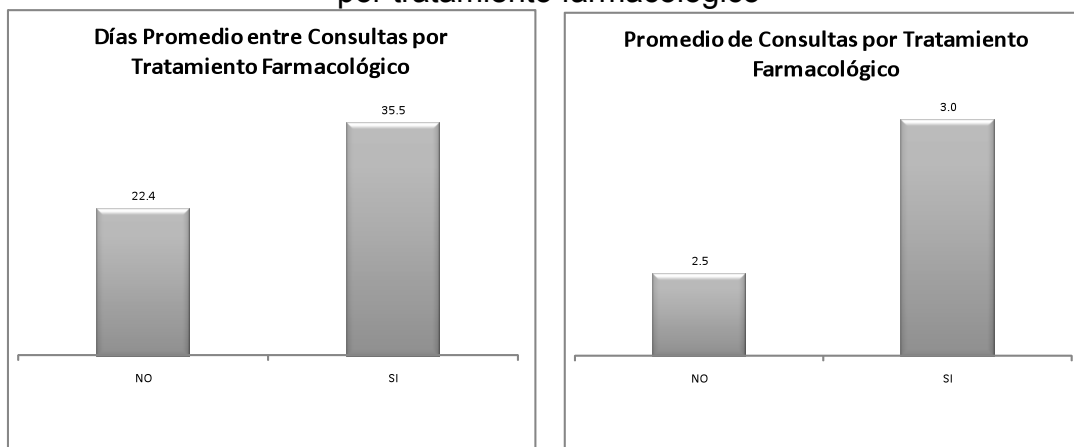
No se observó diferencia en el número de citas asistidas $[F=(1,213)=0.365, p<0.546]$, ni en el promedio de días entre citas $[F=(1,209)=3.214, p<0.074]$ entre los pacientes que recibieron y lo que no recibieron tratamiento farmacológico.

(Tabla 15, Gráfica 30 y 31)

Tabla 15. Promedio de citas subsiguientes y de días entre citas por tratamiento farmacológico

Tratamiento farmacológico	No			Si			Significancia
	N	Media	D.E.	N	Media	D.E.	
Citas subsiguientes asistidas	13	2.5	1.9	413	3.0	2.9	F=(1,213)=0.365, p<0.546
Promedio de días entre Citas	13	22.4	12.2	405	35.5	26.2	F=(1,209)=3.214, p<0.074

Gráfica 30 y 31. Promedio de consultas y de días entre consultas por atención por tratamiento farmacológico



8. Comorbilidad médica

No se observó diferencia en el número de citas asistidas [F=(2,113)=1.680, p<0.19], ni en el promedio de días entre estas [F=(2,111)=0.132, p<0.876].

9. Diagnósticos psiquiátricos

En la revisión de expedientes, se observó una inconsistencia diagnóstica estrictamente hablando bajo los parámetros de clasificación convencional (DSM-IV-TR o CIE-10) del 80%.

Los pacientes con cuatro diagnósticos y más, son los que acudieron a mayor número de citas, con una media de 6.5 ± 7.59 , comparado con aquellos

pacientes que solo tuvieron un diagnóstico, con una media de 2.90 ± 2.8 , $[F=(3,414)=6.478, p<0.001]$. No se encontraron diferencias en el tiempo promedio entre las citas.

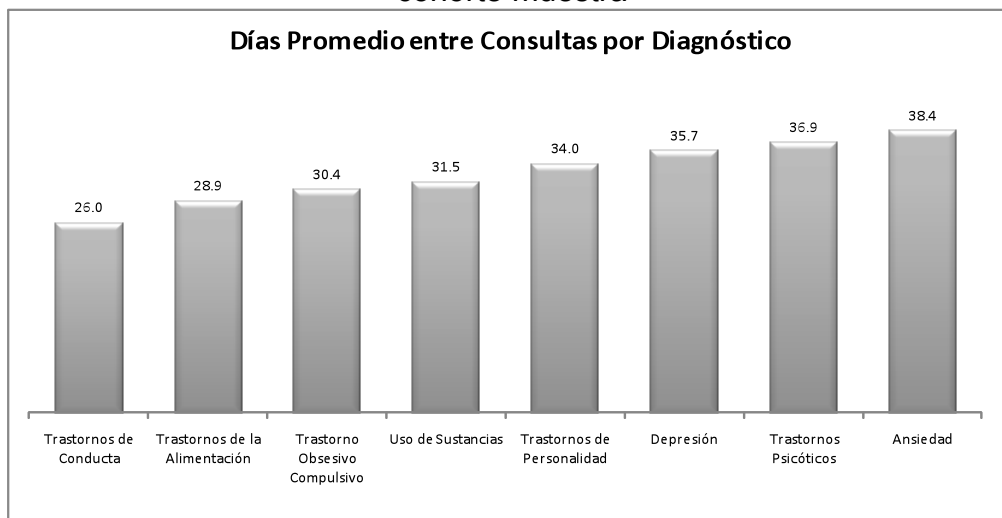
El número de consultas subsecuentes presentó diferencias para algunos diagnósticos en cuanto a la presencia o ausencia del mismo. Los pacientes con trastorno de la alimentación presentaron mayor número de citas asistidas, con una media de 5.6 ± 6 citas asistidas $[F=(1,209)=50.738, p<0.001]$, con un promedio de días entre las citas menor, media de 28.9 ± 15.2 $[F=(1,205.5)=2.998, p<0.084]$. Los pacientes diagnosticados con trastorno de la conducta presentaron la mayor media con 4.4 ± 4.7 consultas que difirió significativamente de aquellos pacientes que no presentaron dicho diagnóstico (media 2.8 ± 2.6 consultas) $[F=(1,209)=12.053, p<0.001]$. Los pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad fueron los que mayor promedio de días presentaron entre las consultas, con una media de 38.4 ± 32.8 $[F=(1, 205.5)=5.875, p=0.016]$. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para los otros diagnósticos. (Tabla 16, Gráfica 32 y 33).

Tabla 16. Promedio de citas subsiguientes y de días entre citas por diagnóstico clínico en la cohorte muestra

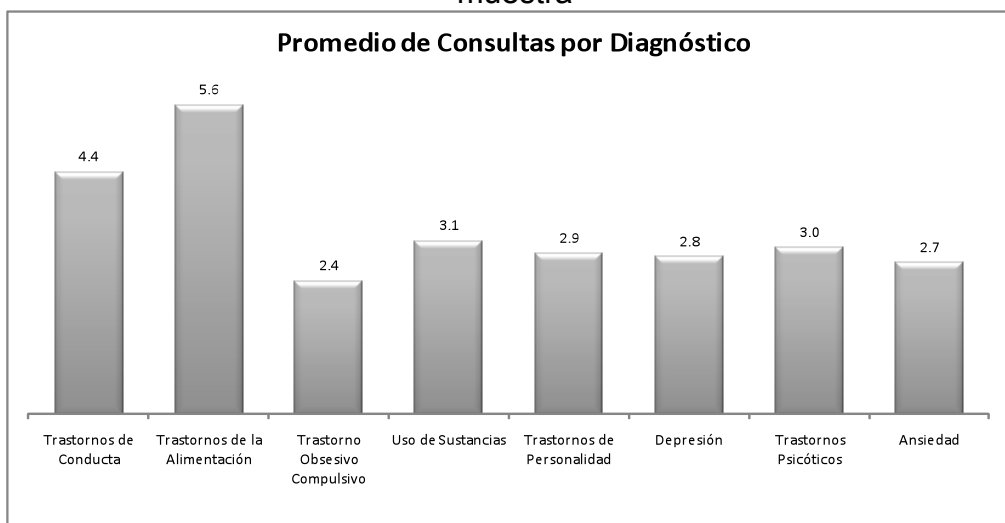
Diagnóstico	Ausencia			Presencia			Significancia
	N	Media	D.E.	N	Media	D.E.	
Depresión							
Citas subsiguientes asistidas	111	3.3	3.4	307	2.8	2.7	F(1,416)=1.740, p<0.188
Promedio de días entre Citas	110	33.3	24.2	301	35.7	26.7	F(1,416)=0.670, p<0.413
Trastorno Bipolar							
Citas subsiguientes asistidas	413	3	2.9	5	2.2	0.8	F(1, 209)=0.334, p<0.564
Promedio de días entre Citas	406	35.3	26.1	5	21	9.4	F=(1,205.5)=1.477, p<0.255
Ansiedad							
Citas subsiguientes asistidas	228	3.1	3	190	2.7	2.8	F=(1, 209) = 1.958, p<0.163
Promedio de días entre Citas	223	32.2	18.1	188	38.4	32.8	F= (1, 205.5)= 5.875, p<0.016
Uso de Sustancias							
Citas subsiguientes asistidas	363	2.9	2.9	55	3.1	2.8	F=(1,209)= 0.259, p<0.611
Promedio de días entre Citas	356	35.6	25.3	55	31.5	30.1	F=(1, 205.5)=1.21, p<0.272
Personalidad							
Citas subsiguientes asistidas	361	3	3	57	2.9	1.8	F=(1,209)= 0.018, p<0.893
Promedio de días entre Citas	356	35.3	27.2	55	34	16.2	F= (205.5)=0.113, p<0.737
Alimentación							
Citas subsiguientes asistidas	370	2.6	2	48	5.6	6	F=(1,209)=50.738, p<0.001
Promedio de días entre Citas	364	35.9	27	47	28.9	15.2	F=(1,205.5)=2.998, p<0.084
Psicóticos							
Citas subsiguientes asistidas	395	2.9	2.9	23	3	1.7	F=(1,209)=0.01, p<0.922
Promedio de días entre Citas	388	35	26.2	23	36.9	22.8	F=(1,205.5)=0.115, p<0.734
Conducta							
Citas subsiguientes asistidas	375	2.8	2.6	43	4.4	4.7	F=(1,209)=12.053, p<0.001
Promedio de días entre Citas	368	36.1	26.7	43	26	17.3	F= (1,205.5)= 5.97, p<0.015

TOC							
Citas subsecuentes asistidas	403	3	2.9	15	2.4	1.1	F=(1,209)=0.548, p<0.459
Promedio de días entre Citas	397	35.2	26.3	14	30.4	15.9	F=(1,205.5)=0.46, p<0.498
Somatomorfo							
Citas subsecuentes asistidas	413	2.9	2.9	5	2.4	1.5	F=(1,209)=0.178, p<0.673
Promedio de días entre Citas	406	35.1	26.1	5	34.5	16	F=(1,205.5)=0.003, p<0.96
Demencia							
Citas subsecuentes asistidas	416	2.9	2.9	2	1.5	0.7	F=(1,209)=0.501, p<0.48
Promedio de días entre Citas	409	34.9	26	2	65.3	25.1	F=(1,205.5)=2.713, p<0.1
Sexualidad							
Citas subsecuentes asistidas	416	3	2.9	2	1	0	F=(1,209)=0.909, p<0.341
Promedio de días entre Citas	409	35.1	26.1	2	21	0	F=(1,205.5)=0.588, p<0.444
Otros							
Citas subsecuentes asistidas	416	2.9	2.9	2	1.5	0.7	F=(1,209)=0.501, p<0.48
Promedio de días entre Citas	409	35.2	26	2	10.8	8.1	F=(1,205.5)=1.76, p<0.185

Gráfica 32. Promedio de días entre consultas por diagnóstico psiquiátrico en la cohorte muestra



Gráfica 33. Promedio de consultas por diagnóstico psiquiátrico en la cohorte muestra



DISCUSIÓN

Tasa de permanencia

La permanencia de la cohorte total en un seguimiento de 30 meses fue del 8.5%, es decir, el 91.5% de los pacientes a los que se les programó cita de primera vez dejaron de asistir en algún momento a sus citas. Este resultado es muy similar al que reportó por Senties H. (cartel presentado en la XXI Reunión de Investigación del INPRFM, 2006.), quien encontró que después de la revisión de 200 expedientes clínicos de pacientes atendidos en el servicio de consulta externa durante el año 1993, solo el 9.5% de los mismos continuaba atendándose en el mismo servicio cinco años después (1998). Esto podría demostrar que durante los últimos diez años la tasa de permanencia de pacientes en el INPRF ha sido constante, es decir, el número de pacientes que acude con regularidad a sus citas desde hace diez años no ha cambiado.

Los estudios realizados que buscan factores asociados a la deserción de pacientes psiquiátricos reportan tasas de abandono de tratamiento muy heterogéneas, en parte esto se debe a que los intervalos de tiempo y tamaño de las cohortes estudiadas son muy diferentes. Es por ello que los resultados encontrados en este estudio podrían no ser similares a los reportados en la literatura internacional. Tal es el caso de la inasistencia a la cita de primera vez, donde se encontró una tasa del 47.7%, cifra muy por arriba de la reportada por Mitchell y cols, 2007 (18), en donde se dió seguimiento durante un año a 9,511 citas programadas de primera vez, y encontró una tasa de inasistencia del 15.9%. Por el contrario, Robin y cols. 1976 (22) dieron seguimiento a 234 citas

programadas (primera vez) en un periodo de doce meses, y se reportó una inasistencia del 35%, cifra que se aproxima más al resultado del presente estudio, sin embargo la muestra y tiempo de seguimientos fueron mayores.

Se han reportado cifras de inasistencia de sólo 8%, tal es el caso del estudio realizado por Sparr y cols. 1993 (28), en el que se dio seguimiento a 1620 citas programadas (primera vez y subsecuentes) en un periodo de tres meses. Pocos estudios reportan las tasas de deserción a las citas subsecuentes, uno de los más significativos es el realizado por Killapsy y cols, 2000 (22), en el que se reportó una tasa de inasistencia a las citas subsecuentes del 40%, en un seguimiento de doce meses. La deserción de pacientes de la cohorte muestra que se encontró en un periodo de doce meses en el INPRFM fue del 53.4%, cifra solo un poco por arriba de la encontrada en el último estudio mencionado.

Solo en la revisión realizada por Backeland y cols. 1975 (1), se describen tasas de inasistencia en relación al número de la cita a la que asistió el paciente, reportó que después de una cuarta cita permanece el 44% de los pacientes. En este estudio se encontró que después de cuatro citas permanece el 18% de los pacientes, y después de nueve citas solo persisten el 1.7%. Estos resultados permiten observar que el 98.3% de los pacientes dejaron de acudir al INPRFM después de haber asistido a nueve citas.

Los resultados encontrados en este estudio no permiten identificar si los pacientes que dejaron de acudir a sus citas lo hicieron por mejoría clínica o por algún otro motivo. Sin embargo por la duración promedio de un tratamiento psiquiátrico, sin especificar diagnóstico, podríamos especular que existe alguna

causa diferente a la mejoría clínica en aquellos pacientes que dejaron de acudir en un periodo menor de seis meses.

Cohorte Total

1. Nivel Socioeconómico y Seguridad Social

El nivel socioeconómico y la seguridad social se comportaron como covariables, es decir, que están en relación una con la otra. Los pacientes clasificados con nivel socioeconómico bajo (1 y 2) y sin seguridad social presentaron mayor permanencia. En el INPRFM, los pacientes que cuentan con seguridad social son clasificados con un nivel socioeconómico más alto, y entran en el grupo de pacientes que más abandono tiene. Con lo anterior se podría inferir que el costo de la atención psiquiátrica, es un factor asociado a la permanencia de los pacientes. Sin embargo el tener nivel socioeconómico uno y dos implica tener bajos ingresos y pocos recursos, es decir, estos pacientes pagan una cuota de recuperación baja, sin embargo, está podría estar más allá de su presupuesto y a pesar de ello son los que mejor permanencia tienen, y se esperaría encontrar que los pacientes con más recursos económicos tengan mayor permanencia, ya que el esfuerzo económico que implica pagar la atención es menor. El estudio realizado por Saucedo Avila y cols, 1997 (25) en el INPRFM, se reportó que el 15% de los pacientes dejó de asistir a sus citas por falta de recursos económicos. Los hallazgos en la literatura muestran resultados poco consistentes, en el estudio publicado por Farid B y cols. 1993 (5) se reportó que los pacientes de clase social baja presentaron mayores tasas de deserción, a

diferencia de este, Carpenter y cols. 1981 (3) no reporta el estado socioeconómico como una variable de permanencia, sin embargo, la mayoría de los pacientes estudiados contaban con seguridad social.

Es importante mencionar que los pacientes con seguridad social podrían tener una mayor tasa de deserción no solo por el costo de la atención, si no por tener otros servicios de atención psiquiátrica alternativos a los de la Secretaría de Salud, como lo reportó Kruse y cols. 2002 (15).

2. Lugar de procedencia

Contrario a lo que se esperaría, los pacientes que residen en un lugar lejano al INPRFM, son los que presentaron mayor tasa de permanencia. Este hallazgo es diferente a lo reportado en la literatura; por ejemplo Farid B y cols. 1993 (5) encontró que los pacientes que acudían de sitios cercanos al centro de atención presentaron mayor tasa de permanencia. Otros estudios, como el realizado por Kruse y cols. 2002 (15), y por Saucedo Avila 1997 (25), no encontraron asociación estadísticamente significativa en esta variable como un factor de permanencia.

3. Diagnóstico de preconsulta

Los hallazgos encontrados fueron similares a los reportados en la literatura, al igual que Smyth y cols. 1990 (27) y Grunebaum y cols. 1996 (9), los pacientes con diagnósticos de trastornos psicóticos, trastorno bipolar y demencias son los que presentaron una mayor permanencia, y los trastornos de la personalidad y

trastornos relacionados con el consumo de sustancias una mayor tasa de deserción. Un hallazgo encontrado que no se reporta hasta el día de hoy es que los trastornos de la conducta alimentaria presentaron una mayor tasa de permanencia.

Cohorte Muestra

Se encontró que el número de citas programadas y el tiempo entre estas son factores asociados a la permanencia, es decir, a mayor número de citas programadas, y menor tiempo entre las mismas, mayor es la tasa permanencia. Hasta el día de hoy no existe ninguna publicación que considere el número de citas programadas en un tiempo determinado como una variable predictora de deserción. Los hallazgos en cuanto al tiempo de programación de las citas subsecuentes difirió de los reportados en la literatura, solo los estudios realizados por Grunebaum y cols, 1996 (9) y Gallucci y cols. 2006 (6) analizaron el tiempo de programación de las citas subsecuentes como probable predictor de permanencia sin encontrar evidencia estadísticamente significativa. Por otro lado estos mismos autores son los únicos que encontraron que a mayor tiempo de espera de la primera cita, en un periodo mayor de dos semanas, mayor es la tasa de inasistencia a la misma, y que esta aumenta con cada día de espera. Existen otros estudios que han evaluado el tiempo de espera de la primera cita con hallazgos poco consistentes (4,5,15,21,22). Los resultados del presente estudio demuestran la importancia de contar una guía de procedimientos donde

se establezca el tiempo en el que se debe citar al paciente. Actualmente el servicio de Consulta Externa del INPRFM cuenta con un Manual de Procedimientos donde se establece que se debe programar la primera cita a más tardar quince días después del primer contacto con el paciente, por ello es de vital importancia el cumplimiento del mismo. Por otro lado, al encontrar que los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria tuvieron un mayor número de citas programadas, un menor tiempo de programación de las mismas (después de los trastornos de la niñez y la adolescencia) y una mayor tasa de permanencia, podría ser un punto de partida para replantearse si el tiempo establecido en las guías para la programación de citas debería partir del diagnóstico del paciente, además de considerar algunas características sociodemográficas.

Estudios previos, como el realizado por Kruse y cols. 2002 (15) no reportó diferencia estadísticamente significativa en la tasa de deserción por género, y hasta el día de hoy ningún estudio la encuentra (3,25,30). En el análisis de la cohorte muestra que se estudió, tampoco se encontró diferencia estadísticamente significativa, sin embargo al hacer el análisis en cuanto al número de citas y el tiempo de espera entre estas, se observó que a los hombres se les programó un menor número de citas con un tiempo de espera mayor entre estas, en comparación con las mujeres, siendo los hombres los que presentaron una menor tasa de permanencia.

Otras variables en las que se observó diferencia estadísticamente significativa, fueron el estado civil, los pacientes viudos y los estudiantes presentaron mayor

tasa de permanencia (como variables independientes una de la otra), con una distancia menor entre las citas y mayor número de estas.

Las personas analfabetas presentaron menor tasa de permanencia al tener un menor número de citas y mayor tiempo entre estas.

A pesar de que los resultados obtenidos no permiten una identificación objetiva de características sociodemográficas del grupo de pacientes con riesgo alto de deserción, este estudio podría aportar una primera aproximación a las mismas, para en un futuro realizar intervenciones dirigidas a estos pacientes.

Se encontró la percepción de mejoría por parte del paciente como una variable predictora de permanencia en la cohorte muestra estudiada, al igual que en los resultados del estudio que realizó Ruggeri y cols. 2006 (23); los pacientes que percibieron mejoría clínica presentaron una mayor tasa de permanencia. Una debilidad de este hallazgo es la fuente de esta variable, que se obtuvo de las notas de los médicos, por lo tanto es una apreciación subjetiva, no se utilizó ninguna escala que pudiera hacer más objetiva esta información.

Los pacientes que acudieron a sus citas con un médico adscrito y a una clínica de subespecialidades, presentaron mayor tasa de permanencia, comparada con los pacientes que acudieron con médicos en formación y a un consultorio de psiquiatría general; la única justificación objetiva y con base a los resultados encontrados es que los pacientes que acudieron con médico adscrito y a clínica de subespecialidad tuvieron un mayor número de citas programadas y una distancia menor a esta. Podrían existir otras causas y muchas hipótesis sobre este fenómeno, sin embargo no se analizaron en este estudio y será importante

hacerlo en un futuro, ya que el 70% de la atención en consulta externa está a cargo de los médicos en formación, y quizá el hacer alguna intervención pudiera mejorar la tasa de permanencia. Una deficiencia de esta variable como predictora de permanencia, es la falta de un análisis por clínica de subespecialidad, y podríamos inferir que la permanencia se comportaría de manera muy parecida al diagnóstico clínico. El único estudio que reporta las tasas de inasistencia por clínica de subespecialidad es el de Mirchell y cols, 2007 (18), en donde la menor tasa de permanencia se observó en la clínica de psicogeriatría y en la terapia cognitivo conductual.

A pesar de no encontrar resultados estadísticamente significativos se observó que los pacientes con buen apego al tratamiento farmacológico se les programó un mayor número de citas con un menor tiempo entre estas y tuvieron una mayor permanencia, comparada con los pacientes con mal apego al tratamiento. Krause y cols. 2002 (15) encontró que los pacientes con mal apego al tratamiento farmacológico, especialmente a los antipsicóticos, presentaron una menor tasa de permanencia.

Varios estudios como los realizados Farid y cols. 1993 (5) y Grunebaum y cols. 1996 (9) analizaron la calidad de la referencia a los servicios de psiquiatría como factor de permanencia, a pesar de no encontrar datos estadísticamente significativos, sugieren que las altas tasas de inasistencia a las citas de primera vez se deben en parte a que muchos pacientes que son referidos no requieren atención psiquiátrica. En el presente estudio solo se encontró que a los pacientes que fueron canalizados de otra institución al INPRF se les programó

un mayor número de citas y menor tiempo entre estas, sin resultados estadísticamente significativos.

El alto porcentaje de inestabilidad diagnóstica (80%) encontrado, podría explicarse porque los tres diagnósticos analizados los dieron médicos diferentes en tiempos diferentes, por un lado se sabe que los diagnósticos en psiquiatría cambian a través del tiempo, según se presenten o remitan síntomas; por otro lado quizá la falta de experiencia clínica de los médicos pueda llevar a una valoración poco asertiva. También se encontró que un mismo diagnóstico se codificó con diferentes sistemas de clasificación, en decir, en algunas notas con nomenclatura del DSM-IV, en otras con la de la CIE-10, e incluso combinaciones de ambas. Esto podría reflejar que las reglas para codificar diagnósticos son poco claras, lo que se traduce en sesgos de codificación diagnóstica y en errores diagnósticos; es importante mencionar que en el INPRFM se utiliza la codificación del DSM-IV, y es la que se le enseña a los médicos en formación a utilizar, sin embargo el MINI y el expediente clínico electrónico utilizan la CIE-10. En este estudio no se tienen resultados objetivos que puedan justificar la inestabilidad diagnóstica como factor asociado a la permanencia, pero si quizá la falta de asertividad del diagnóstico especialmente en el primer contacto con el paciente, de ser así, la experiencia clínica del médico que valora al paciente y la capacitación de los médicos para la codificación serán puntos muy importantes que podrán replantearse en las guías operativas.

En el presente estudio no se evaluó la satisfacción del paciente con la atención, sin embargo otras hipótesis de deserción podrían ser que las consultas

otorgadas no cumplen las expectativas del paciente o que no se haya establecido buen rapport, para conocer si esto ocurre será necesario un contacto directo con el paciente; en los estudios realizado por Ruggeri y cols. 2006 (23) y por Gonzales y cols. 2005(8) se encontró que la tasa de asistencia está en relación con una buena comunicación con el médico y las estrategias que este utiliza para abordar al paciente.

CONCLUSIONES

En este estudio se replica la baja permanencia y las altas tasas de deserción de los pacientes que reciben tratamiento psiquiátrico. Durante los últimos diez años la tasa de permanencia de pacientes en el INPRF ha sido constante, esto a pesar de que la demanda de atención ha aumentado. Por el tipo de estudio realizado no fue posible determinar si los pacientes desertaron al tratamiento o lo abandonaron por mejoría clínica.

De las variables sociodemográficas analizadas en la cohorte total, se observó que los pacientes que presentan una mayor permanencia son aquellos con clasificación socioeconómica baja, que no cuentan con seguridad social y que acuden de sitios lejanos al INPRFM. En cuanto al diagnóstico clínico se reproduce lo reportado en la literatura, los pacientes con diagnósticos de trastornos psicóticos, trastorno bipolar y demencias son los que presentaron una mayor permanencia, a excepción de los trastornos de la conducta alimentaria, que no se habían reportado en otro estudio con una tasa alta de permanencia; los trastornos de la personalidad y trastornos relacionados con el consumo de sustancias una mayor tasa de deserción.

En el análisis de la cohorte muestra, quizá la mayor aportación de este estudio es haber encontrado que el número de citas programadas y el tiempo entre estas son factores asociados a la permanencia, es decir, a mayor número de citas programadas, y menor tiempo entre las mismas, mayor es la tasa permanencia. En relación a las variables sociodemográficas se encontró una mayor tasa de permanencia en pacientes viudos y estudiantes, y mayor tasa de

deserción en los pacientes analfabetas. Para las variables clínicas se observó que los pacientes que percibieron mejoría, con buen apego al tratamiento, fueron atendidos por un médico adscrito y en una clínica de subespecialidades, presentaron una mayor tasas de permanencia.

Varios estudios como los realizados Farid y cols. 1993 (5) y Grunebaum y cols. 1996 (9) analizaron la calidad de la referencia a los servicios de psiquiatría como factor de permanencia, a pesar de no encontrar datos estadísticamente significativos, sugieren que las altas tasas de inasistencia a las citas de primera vez se deben en parte a que muchos pacientes que son referidos no requieren atención psiquiátrica. En el presente estudio solo se encontró que a los pacientes que fueron canalizados de otra institución al INPRF se les programó un mayor número de citas y menor tiempo entre estas, sin resultados estadísticamente significativos.

No se comprobó que la inestabilidad diagnóstica sea un factor asociado a la permanencia de los pacientes, sin embargo aun queda la hipótesis de que la falta de asertividad del diagnóstico especialmente en el primer contacto con el paciente, pudiera ser un factor asociado a la deserción.

Al igual que en muchos estudios realizados sobre este tema, los hallazgos siguen siendo poco consistentes y en ocasiones contradictorios para la identificación de factores asociados a la deserción de pacientes psiquiátricos, más aún de características sociodemográficas de pacientes que están en riesgo de abandonar un tratamiento. Esto demuestra la importancia de en algún futuro

se autorice tener contacto con los pacientes que abandonaron el tratamiento, para así poder conocer causas más exactas.

REFERENCIAS

1. BACKELAND F, LUNDWALL LK: Dropping-out of treatment: a critical review. *Psychol Bulletin*, 82:738-783, 1975
2. BAGGALEY M: Improving the attendance for new psychiatry out-patient referrals. *Psychiatric Bulletin*, 17:347-348, 1993
3. CARPENTER PJ, MORROW GR, DEL GAUDIO AC, RITZLER BA: Who Keeps the First Outpatient Appointment. *Am J Psychiatry*, 138(1):102-105, 1981
4. COMPTON MT, RUDISCH BE, CRAW J, THOMPSON T, OWENS DA: Predictors of Missed First Appointments at Community Mental Health Centers After Psychiatry Hospitalization. *Psychiatric Services*, 57: 531-537, 2006
5. FARID B, ALAPONT E: Patients who fail to attend their first psychiatry out-patients appointment: N on-attendance or inappropriate referral?. *Journal of Mental Health*, 2:81-83, 1993
6. GALLUCCI G, SWARTZ W, HACKERMAN F: Impact of the Wait for an Initial Appointment in the Rate of Kept Appointments at a Mental Health Center. *Psychiatric Services*, 56(3): 344-346, 2005

7. GEORGE A, RUBIN G: Non-attendance in general practice: a systematic review and its implications for access to primary care. *Family Practice*, 20(2):178-84, 2003
8. GONZALES J, WILLIAMS JW, NOËL PH, LEE S: Adherence to Mental Health Treatment in a Primary Care Clinic. *J Am Board Family Practice*, 18(2):87-96, 2005
9. GRUNEBAUM M, LUBER P, CALLAHAN M, LEON AC, OLDFSON M, PORTERA L: Predictors of Missed Appointments for Psychiatry Consultations in a Primary Care Clinic. *Psychiatric Services*, 47(8):848-852, 1996
10. HAWKER DS: Increasing initial attendance at mental health out-patient clinics: opt-in systems and other interventions. *Psychiatric Bulletin*, 31:179-182, 2007
11. HEINZE G, VILLAMIL V, CORTÉS J: Relapse and recurrence of depressed patients : A retrospective study. *Salud Mental*, 25;1 :3-8, 2002
12. HILLIS G, ALEXANDER DA: Rejection of psychiatry treatment. *Psychiatric Bulletin*, 14:149-150, 1990
13. KILLASPY H, BANERJEE S, KING M, LLOYD M: Prospective controlled study of psychiatry out-patient non-attendance. *Brit J Psychiat*, 176:160-165, 2000
14. KITCHEMAN J, ADAMS CE, PERVAIZ A, KADER I, MOHANDAS D, BROOKES G: Does an encouraging letter encourage attendance at psychiatry

out-patient clinics? The Leeds PROMPTS randomized study. *Psychological Medicine*, 38:717-723, 2008

15. KRUSE GR, ROHLAND BM: Factors Associated With Attendance at a First Appointment After Discharge From a Psychiatry Hospital, *Psychiatric Services*, 53(4):473-476, 2002

16. KRUSE GR, ROHLAND BM, WU X: Factors Associated With Missed First Appointments at Psychiatry Clinic. *Psychiatric Services*, 53(9): 1173-1176, 2002

17. MARTIN C, PERFECT T, MANTLE G: Non-attendance in primary care: the views of patients and practices on its causes, impact and solutions. *Family Practice*, 22(6):638-43, 2005

18. MASTERTON G, SHAH P: *How to approach a research ethics committee*. *Advances in Psychiatric Treatment*, 12: 220-227, 2007

19. McIVOR R, EK E, CARSON J: Non-attendance rates among patients attending different grades of psychiatrist and clinical psychologist within a community mental health clinic. *Psychiatric Bulletin*, 28:5-7, 2004

20. MITCHELL AJ, SELMES T: A Comparative Survey of Missed Initial and Follow-Up Appointments to Psychiatric Specialties in the United Kingdom. *Psychiatric Services*, 58(6):868-871, 2007

21. MITCHELL AJ, SELMES T: Why don't patients attend their appointments? Maintaining engagement with psychiatry services. *Advances in Psychiatry Treatment*, 13:423-434, 2007

22. NAKANISHI M, KOYAMA A: Nurses collaboration with physicians in managing medication improves patient outcome in acute psychiatric care. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60:196-203, 2006
23. NICHOLSON IR: Factors Involves in Failure to Keep Initial Appointments With Mental Health Professionals. *Hospital and Community Psychiatry*, 45(3):276-278, 1994
24. REDA S, MAKHOUL S : *Guías para estimular la asistencia a las citas en personas con enfermedades mentales graves*. The Cochrane Library, No 2, pag 1-17, Chichester, 2008
25. ROBIN A: Rationing Out-Patients: A defense of the Waiting List. *Brit J Psychiat*, 128:138-141, 1976
26. RUGGERI M, SALVI G, PERWANGER V, PHELAN M, PELLEGRINI N, PARABIAGHI A: Satisfaction with community and hospital-based emergency services amongst severely mentally ill service users. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41:302-309, 2006
27. RUSIUS CW: Improving out-patient attendance using postal appointment reminders. *Psychiatric Bulletin*, 19:291-292, 1995
28. SAUCEDO AVILA ME, CORTÉS ROSALES ME, SALINAS GARCÍA F, BERLANGA CISNEROS C: Frecuencia y causas de deserción de los pacientes que asisten a consulta subsecuente de la División de Servicios Clínicos del Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Salud Mental*, 20(Oct 1997):13-18, 1997

29. SHOFFNER J, STAUDT M, MARCUS S, KAPP S: Using Telephone Reminders to Increase Attendance at Psychiatric Appointments: Findings of a Pilot Study in Rural Appalachia. *Psychiatric Services*, 58(6):872-875, 2007
30. SMYTH M, VOSTANIS P, DEAN C: Psychiatry out-patient non-attenders: a cause for relief or concern?. *Psychiatric Bulletin*, 14:147-149, 1990
31. SPARR LF, MOFFIT MC, WARD MF: Missed Psychiatry Appointments: Who Returns and Who Stays Away. *Am J Psychiatry*, 150(5):801-805, 1993
32. STONE CA, PALMER JH, SAXBY PJ, DEVARAJ VS: Reducing non-attendance at outpatient clinics. *J R Soc Med*, 92:114-118, 1999
33. THAPAR A, GHOSH A: Non-attendance at a psychiatric clinic. *Psychiatric Bulletin*, 15:205-206, 1991