

Asistencia y motivos de inasistencia a consultas de psiquiatría: Un estudio descriptivo en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, IMSS Bienestar

Canché-Estrada, V. D.^a; Martín-Buerba, V. M.T.^b; Briceño-Santos, A. R.^b; Gómez-Regil, L.^{c}*

RESUMEN

Objetivo. Describir la frecuencia de asistencia e inasistencia a consultas de psiquiatría y explorar los motivos aducidos por los pacientes en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, IMSS Bienestar. **Metodología.** Se realizó un estudio descriptivo, que incluyó las citas matutinas programadas en las primeras 28 semanas de 2024. La asistencia se registró a partir del sistema institucional; para las ausencias se revisaron expedientes y se contactó telefónicamente a las y los pacientes para indagar el motivo de la inasistencia, continuidad del tratamiento e intención de retomar la consulta. Los hallazgos se analizaron en SPSS v25. **Resultados.** En el periodo se agendaron 1087 citas; en casi una de cada tres citas (28.9%) el paciente no asistió (315 citas de 274 pacientes). Se logró localizar a 139 (50.7%) usuarios que no asistieron, de los cuales 68 accedieron a contestar la entrevista. Las y los participantes reportaron problemas de salud (23.5%), olvido / llegar tarde a la cita (22.1%) y compromisos en trabajo o escuela (17.6%) como motivo de su inasistencia. El 76.4 % desea continuar el tratamiento en psiquiatría. **Conclusiones.** La elevada tasa de inasistencia y la dificultad para contactar a muchos pacientes revelan barreras estructurales que afectan la continuidad terapéutica. Las ausencias podrían reducirse mediante recordatorios sistemáticos, actualización de datos de contacto y horarios flexibles. Estas estrategias, adaptadas al contexto local, pueden fortalecer la adherencia y optimizar los recursos del servicio psiquiátrico.

Palabras clave: psiquiatría, absentismo, salud pública, adherencia al tratamiento.

INTRODUCCIÓN

La atención en salud mental constituye un pilar fundamental tanto para el bienestar individual como para la cohesión social. A nivel global, los trastornos psiquiátricos representan una de las principales causas de discapacidad, y en México se estima que una parte significativa de la población presenta alguna condición que requiere evaluación o tratamiento especializado (1).

^a Universidad Modelo, Yucatán, México.

^b Universidad Autónoma de Yucatán, Yucatán, México.

^c Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán. IMSS-BIENESTAR. Subdirección de Enseñanza e Investigación.

* lgomez.hraepy@imssbienestar.gob.mx

A nivel mundial, se estima que más de un billón de personas viven con algún trastorno de salud mental y, de acuerdo con los resultados del Estudio de la Carga Global de Enfermedad en México (2023), en 2021, 18.1 millones de personas tenían al menos un trastorno mental, siendo la ansiedad y la depresión de los principales trastornos (2, 3).

En este sentido, los servicios de psiquiatría desempeñan un rol esencial al posibilitar diagnósticos oportunos y diseñar estrategias terapéuticas integrales. No obstante, a pesar de este protagonismo, las tasas de inasistencia a las consultas psiquiátricas suelen ser elevadas, limitando el alcance real de estos servicios y evidenciando un desfase entre las necesidades clínicas y la adherencia .

Cuando un paciente no asiste a su cita programada en psiquiatría, las consecuencias pueden ser profundas y de largo alcance. Clínicamente, la ausencia a consultas acarrea un retraso en la detección de recaídas o complicaciones, lo que potencia episodios de descompensación y, en muchos casos, la posterior derivación a servicios de urgencias u hospitalizaciones (4). Socialmente, la falta de continuidad en el tratamiento contribuye a la estigmatización del propio paciente, pues incrementa la percepción de que “no hay mejora real” y dificulta la reinserción laboral o académica. Desde la perspectiva económica, el sistema de salud soporta costos adicionales: camas ocupadas en niveles de atención más intensivos, recursos invertidos en llamadas de seguimiento y la reprogramación constante de consultas, saturando agendas y disminuyendo la eficiencia en la atención de nuevos pacientes (5).

Diversos estudios han explorado los motivos detrás de la inasistencia a citas psiquiátricas, identificando tanto barreras estructurales como factores individuales. Entre las causas frecuentes se cuenta el estigma social asociado a acudir con un especialista en salud mental, que genera vergüenza o temor a ser juzgado por familiares y amigos (6). Asimismo, las dificultades de acceso, como la falta de transporte o la distancia a los centros hospitalarios, limitan la capacidad de muchos pacientes para asistir regularmente. En otros casos, los síntomas propios del trastorno (por ejemplo, la apatía en cuadros depresivos o la desorganización cognitiva en episodios psicóticos) impiden que la persona planifique o recuerde la

cita. A ello se suman barreras económicas —como la falta de recursos para cubrir costos de traslado o interrumpir jornadas laborales— y factores familiares, cuando el entorno no brinda el apoyo necesario para priorizar la salud mental (7).

A pesar de que la inasistencia a consultas psiquiátricas está reconocida como un problema a nivel nacional, desde los Hospitales de Alta Especialidad del IMSS Bienestar existe una carencia de datos específicos que documente la magnitud y las causas de esta situación. El Informe de Proceso de Evaluación 2023 de la Secretaría de Salud de Yucatán señala la necesidad de contar con información detallada sobre la prestación de servicios de salud mental, ya que gran parte de los indicadores actuales se centran en la infraestructura y no profundizan en la adherencia a las citas programadas (8). En el estado de Yucatán, aproximadamente el 40 % de la población se encuentra en situación de pobreza, condición que se asocia con una mayor prevalencia de trastornos de salud mental (*e.g.* depresión, ansiedad). No obstante, dicha vulnerabilidad también restringe el acceso a los servicios especializados, ya que las limitaciones económicas y las barreras sociales reducen la probabilidad de que las personas afectadas puedan acudir oportunamente a atención en salud mental (9, 10, 11). En este sentido, la falta de estudios locales específicos sobre la frecuencia de asistencia e inasistencia, y sobre los motivos que llevan a los pacientes a faltar a sus citas en este hospital de alta especialidad, dificulta la implementación de estrategias dirigidas a mejorar la adherencia y optimizar el uso de los recursos disponibles.

En México, la magnitud de los trastornos mentales es considerable, con estimaciones que señalan que entre el 15 % y 18 % de la población adulta ha experimentado algún trastorno psiquiátrico durante su vida, siendo los más frecuentes los trastornos depresivos y de ansiedad en atención primaria (12). A nivel nacional, se ha documentado que en 2019 había aproximadamente 15.7 millones de personas con algún trastorno mental, cifra que aumentó a 18.1 millones en 2021, lo que da cuenta del incremento sostenido en la carga de estas condiciones (12). Este panorama epidemiológico resalta la necesidad urgente de contar con servicios de salud mental accesibles y eficaces, especialmente en contextos donde las tasas de atención aún son insuficientes.

Por otro lado, la disponibilidad de especialistas en salud mental también presenta limitaciones importantes. En 2016, se registraron 4,393 psiquiatras en el país, lo que equivale a una tasa aproximada de 3.68 psiquiatras por cada 100,000 habitantes (13). Aunque cifras anteriores de 2011 apuntaban a tasas aún más bajas (3.4 por cada 100,000 habitantes), el crecimiento ha sido modesto y la distribución geográfica sigue siendo altamente desigual, concentrándose más de la mitad de los psiquiatras en unas pocas entidades del país. Esto evidencia una brecha estructural en la provisión del recurso humano especializado, que impacta directamente en la adherencia a la atención psiquiátrica y subraya la relevancia de estudios regionales centrados en áreas como Yucatán.

Por lo anterior, el objetivo de este estudio fue describir la frecuencia de asistencia e inasistencia a citas de psiquiatría, así como identificar los motivos reportados para la inasistencia, en una muestra de pacientes atendidos en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, IMSS Bienestar.

MÉTODO

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, con el objetivo de analizar la asistencia e inasistencia a consultas psiquiátricas, así como los motivos reportados para no asistir. La población del estudio estuvo conformada por todos los pacientes con citas programadas en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, IMSS Bienestar, durante un periodo de 28 semanas comprendido entre el 1 de enero y el 12 de julio de 2024. Aunque en el turno vespertino se cuenta con un médico psiquiatra, su atención está enfocada exclusivamente en pacientes en protocolo de cirugía bariátrica. Por esta razón, se incluyeron únicamente las citas programadas en el turno matutino, a cargo de dos psiquiatras.

Se consideraron para el análisis únicamente las citas registradas en el sistema institucional, excluyendo aquellas canceladas anticipadamente por parte del servicio. La muestra fue no probabilística por conveniencia y estuvo compuesta por un total de 1087 citas registradas durante el periodo mencionado.

La información fue obtenida a partir de los regis-

tros institucionales de citas médicas. Se identificaron tanto las consultas que fueron atendidas como aquellas a las que los pacientes no acudieron. En caso de inasistencia, se revisó el expediente clínico físico del paciente para obtener sus datos de contacto e invitarle a contestar una breve encuesta vía telefónica. Durante la llamada, se le plantearon tres preguntas: ¿cuál fue el motivo de su inasistencia?, ¿si continúa con el tratamiento psiquiátrico?, y ¿si planea retomar la consulta en el hospital?

El cuestionario utilizado fue elaborado específicamente para este estudio con fines exploratorios, no se trató de un instrumento previamente validado ni estandarizado. No obstante, para garantizar la ética del procedimiento se le informó al paciente el objetivo de la encuesta, la confidencialidad de la información, la voluntariedad de su participación y se registró su consentimiento informado verbal antes de proceder con las preguntas. Una investigación en Brasil descubrió que el consentimiento telefónico puede optimizar el reclutamiento de participantes, especificando que los pacientes pueden ser reclutados y ofrecer su consentimiento por teléfono con éxito. Más del 90% de las y los pacientes elegibles aceptaron participar en el estudio, lo que confirma la hipótesis inicial de que el consentimiento por teléfono sería exitoso en más del 80% de los casos, además de reducir el tiempo de reclutamiento (14). Durante los meses de marzo a julio se realizó el contacto con las y los pacientes que presentaban inasistencias, dicho contacto se hizo de lunes a viernes en un horario de 8 a 2 de la tarde.

El tiempo promedio para contactar a los pacientes era de 15 días a 3 semanas aproximadamente y se realizaban dos llamadas a cada uno, en caso de no contestar se volvía a dar un lapso de 15 días más. En caso de que no se pudiera lograr contacto en ninguno de los dos intentos, se pasaba a la lista de no contactados. De igual forma, aquellos números que fueran directo a buzón o se encontraran fuera de servicio, se pasaban de manera directa a la lista de no contactados.

Este estudio forma parte de un proyecto más amplio enfocado en el seguimiento de pacientes usuarios del servicio de psiquiatría en el hospital sede. El protocolo fue aprobado tanto por el Comité de Investigación y por el Comité de Ética en Investigación del hospital sede, el cual consta con registro 2023-

015 y se desarrolló conforme a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki.

Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva, calculando las tasas de asistencia e inasistencia, así como las frecuencias correspondientes a cada una de las respuestas de la entrevista. Además, se realizaron análisis de tablas cruzadas con chi-cuadrada con el objetivo de conocer si existía o no asociación entre distintas variables. El análisis se llevó a cabo utilizando el software *SPSS v25*.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, se registraron un total de 1,087 citas programadas en el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, IMSS Bienestar. De ellas, el 71.02 % ($n= 772$) fueron efectivamente

atendidas, es decir, las y los pacientes acudieron a su consulta según lo previsto. En contraste, el 28.9% ($n= 315$) de las citas no se llevaron a cabo debido a la inasistencia de los pacientes (**Tabla 1**).

Estas 315 inasistencias correspondieron a un total de 274 pacientes. La mayoría de ellos ($n= 242$; 88.3%) faltó en una sola ocasión, mientras que un porcentaje menor ($n= 32$; 11.6%) se ausentó en dos o más ocasiones durante el periodo de observación (**Tabla 2**). De acuerdo con los datos, el 69.3% ($n= 190$) de la muestra eran mujeres mientras que solo un 30.7% ($n= 84$) eran hombres.

La revisión de expedientes físicos no aportó datos fiables para poder contactar vía telefónica a la persona en 135 casos (con 156 inasistencias), ya sea porque no se tenía registro alguno de número de teléfono ($n= 8$, 5.9%), o bien al marcar el número este era erróneo ($n= 32$, 23.7%), estaba fuera de servicio

Tabla 1. Asistencias e inasistencias

Asistencias e Inasistencias	<i>n</i>	%
Citas con Asistencia de pacientes	772	71.02
Citas con Inasistencia del paciente	315	28.9
Total	1087	

Tabla 2. Inasistencias

Pacientes con Inasistencias	<i>n</i>	%
Pacientes con 1 falta	242	88.3
Pacientes con más de 1 falta	32	11.6
Total	274	

($n= 31, 23.0\%$), o reiteradamente no contestaban ($n= 64, 47.4\%$) (**Tabla 3**).

Se realizó una prueba de *chi-cuadrada* con las variables sexo y “personas contactadas”. De igual forma se realizó otra *chi-cuadrada* con las variables sexo y “personas no contactadas”. De acuerdo con los resultados, en ninguna de las dos pruebas se encontraron relaciones estadísticamente significativas, lo cual quiere decir que no existe relación entre el sexo y las personas que se contactaron o no se contactaron.

Por otra parte, se logró contactar a 139 pacientes (con 159 inasistencias), de los cuales 68 accedieron a ser entrevistados. Los motivos más comunes que refirieron para justificar su ausencia fueron: dificultades relacionadas con la movilidad o el estado de salud ($n= 16, 23.5\%$), el olvido de la cita o llegar tarde ($n= 15, 22.1\%$), así como compromisos laborales o escolares ($n= 12, 17.6\%$).

A pesar de no haber asistido, la mayoría de estos pacientes ($n= 52, 76.47\%$) manifestó que continúa con su tratamiento y el 60.3% ($n= 41$) comunicó su

intención de acudir nuevamente a consulta en el servicio de psiquiatría del hospital sede.

Se realizó una prueba de *chi-cuadrada* para conocer si existía una asociación entre tres variables importantes: motivos de inasistencia, seguimiento de tratamiento y si volvían o no a consultar en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán. Se excluyeron tres casos en el análisis debido a que el motivo de inasistencia era el fallecimiento del paciente.

Para el primer análisis se usó la variable de motivos de inasistencia (la cual se dividió en dos categorías: institucionales o del usuario) y si los pacientes continuaban o no con el tratamiento. Los resultados mostraron que no existe una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables $\chi^2 (1, n= 65) = 0.502, p= 0.479$.

Posteriormente se realizó la prueba *chi-cuadrada* con las variables de motivo de inasistencia y si el paciente volvía o no a consulta en el hospital. Se encontró que si existe una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables $\chi^2 (1, n= 65)=$

Tabla 3. Motivos por los que no se contacta al paciente

Motivos de no contacto	<i>n</i>	%
No contactados por falta de número telefónico	8	5.9
No contactados por número erróneo	32	23.7
No contactados por número fuera de servicio	31	23
No contestaban el teléfono	64	47.4
Conflicto entre seguros médicos	4	5.9

6.138, $p= 0.013$. Esto indica que cuando el motivo de inasistencia es institucional, el paciente tiende a no volver a consulta, mientras que cuando es un motivo del usuario, hay mayor probabilidad de que lo haga.

Por último, se realizó la prueba con las variables de continuación del tratamiento y si volverían o no a consulta. Los resultados mostraron que existe una asociación estadísticamente significativa entre estas variables $\chi^2 (1, n= 65)= 13.4, p= <0.001$. Esto indica que es más probable que los usuarios que si continúan con el tratamiento vuelvan a consulta.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio revelan una tasa de inasistencia del 28.9% en el servicio de Psiquiatría

del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, IMSS Bienestar durante el periodo analizado. Esta proporción se ubica dentro del rango reportado por la literatura internacional, donde las tasas de inasistencia en consultas psiquiátricas ambulatorias oscilan entre el 20% y el 50%, dependiendo del contexto institucional y del perfil sociodemográfico de la población atendida (4, 5). En el ámbito local, esta cifra adquiere especial relevancia al tratarse de un hospital de referencia regional, cuya alta demanda y especialización implican un uso intensivo de recursos y una responsabilidad fundamental en la continuidad del tratamiento para pacientes con trastornos mentales.

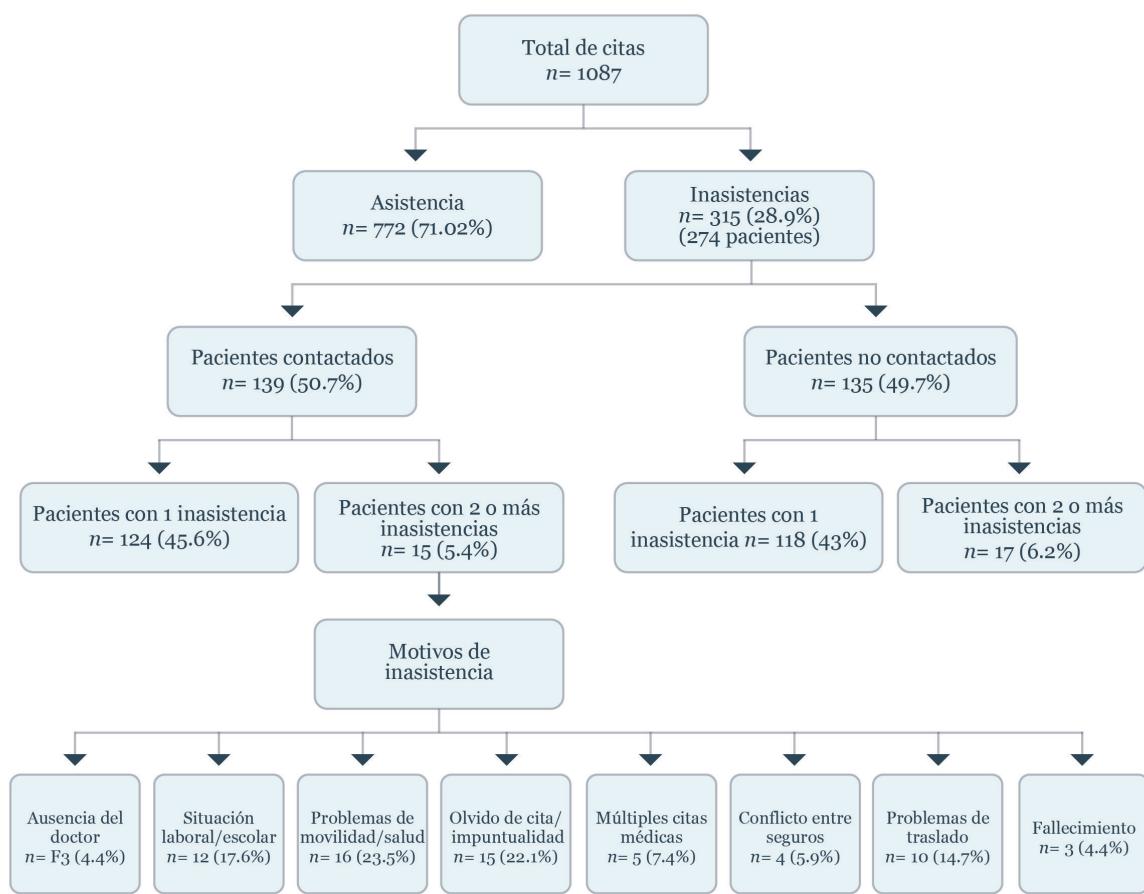


Figura 1 Flujograma de la distribución de citas y pacientes

Del total de 315 inasistencias registradas, la mayoría (88.3%) se debió a ausencias esporádicas de pacientes que faltaron una sola vez, mientras que un 11.6% correspondió a casos con inasistencias recurrentes. Este patrón sugiere que, si bien una parte importante de las faltas puede atribuirse a situaciones puntuales o dificultades logísticas, existe un subgrupo de pacientes con mayor riesgo de abandono terapéutico, para quienes podrían requerirse intervenciones específicas orientadas a la retención y seguimiento continuo.

Entre los pacientes que fue posible contactar y entrevistar, los motivos de inasistencia se concentraron en tres categorías principales: dificultades de movilidad o salud, olvido de la cita o impuntualidad y conflictos con obligaciones laborales o escolares. Estos factores reflejan una interacción entre barreras estructurales y personales, coherente con hallazgos previos que identifican tanto las condiciones socioeconómicas como los propios síntomas del padecimiento psiquiátrico como determinantes clave de la inasistencia (6, 7). La persistencia de este tipo de barreras evidencia la necesidad de estrategias institucionales más flexibles y centradas en el paciente.

Un dato alentador es que el 76.5% de pacientes entrevistados manifestaron seguir con su tratamiento y mostraron disposición a regresar a consulta. Esto indica que muchas de las inasistencias no representan un quiebre definitivo en el vínculo terapéutico, sino más bien interrupciones temporales que podrían mitigarse mediante intervenciones sencillas como recordatorios personalizados, flexibilización de horarios, o acompañamiento desde el área de atención al usuario. La posibilidad de recuperación del contacto terapéutico con estos pacientes constituye una oportunidad relevante para el fortalecimiento del servicio.

No obstante, un hallazgo preocupante fue la imposibilidad de contactar a 135 pacientes, y contar con la participación de tan sólo 68, es decir, sólo el 24.8%

del total de pacientes con alguna inasistencia. En la mayoría de los casos, esto se debió a la falta de respuesta telefónica, la entrega de números incorrectos o fuera de servicio, o bien al registro de datos pertenecientes a terceros.

Esta dificultad para establecer comunicación representa no sólo una limitación metodológica del estudio, sino también una señal de alerta sobre los desafíos institucionales que existen para mantener una relación continua con ciertos sectores de la población atendida. Fortalecer la calidad y actualización de los datos de contacto debe considerarse una prioridad operativa. La imposibilidad de contactar a pacientes y la falta de adherencia a citas en salud mental no son solamente problemas administrativos: reflejan limitaciones comunicativas e institucionales estrechamente vinculadas a determinantes sociales (pobreza, transporte, carga laboral, estigma) y a procesos organizativos (registros incompletos, sistemas fragmentados y escasa flexibilidad en la oferta de atención). Estudios recientes muestran que la “missingness” responde a causas múltiples y encadenadas —incluyendo comunicaciones inadecuadas, percepción de que la atención “no es para mí” y barreras logísticas— y que las intervenciones deben ser multi-nivel y adaptadas al contexto del paciente (15). En cuanto a medidas prácticas, la evidencia apoya priorizar operativamente la actualización sistemática y periódica de datos de contacto, el uso de recordatorios dirigidos y multimodales (SMS dirigidos mediante modelos predictivos; llamadas personalizadas en el idioma preferido) y estrategias que reduzcan costos de oportunidad (navegadores / personal de enlace, apoyo de transporte cuando corresponda) para mejorar la asistencia (16, 17, 18, 19). En contextos mexicanos rurales y peri-urbanos, la integración de servicios de salud con intervenciones comunitarias y la articulación con organizaciones locales han mostrado ser críticas para aumentar la pertinencia y la continuidad de la atención (20). Por tanto, además de las mejoras en el re-

gistro de contactos que proponemos en el manuscrito, recomendamos señalar la actualización periódica de contactos como prioridad operativa, implementar recordatorios dirigidos (priorizando llamadas humanas para subgrupos con barreras lingüísticas o sociales) y evaluar de forma prospectiva estrategias de navegación y de reducción de barreras de transporte como componentes del plan de mejora institucional.

Otra limitación importante del presente análisis es que, si bien se conoce el total de citas programadas y efectivamente atendidas, no fue posible determinar con precisión el número total de pacientes únicos que acudieron a consulta. Esta ausencia de datos limita el cálculo de indicadores más finos, como la tasa de inasistencia individual, y restringe el alcance de ciertos análisis comparativos.

Pese a estas limitaciones, este estudio representa un aporte relevante al abordar el fenómeno de la inasistencia desde una perspectiva institucional y regional. En este sentido, futuras investigaciones podrían beneficiarse de incorporar variables como edad, sexo, tipo de cita (primera vez *vs.* seguimiento), diagnóstico y tiempo de espera, ya que estudios previos han señalado que los pacientes jóvenes, varones y aquellos sin una relación terapéutica consolidada presentan mayores tasas de abandono (5). La inclusión de estas dimensiones permitiría diseñar estrategias diferenciadas por perfil de riesgo.

Posteriores estudios en este tema podrían enriquecerse con la inclusión de muestras de otros hospitales de alta especialidad del IMSS Bienestar, o incluso de unidades médicas del segundo nivel de atención en el país. Así mismo, se puede considerar explorar con más detalle la asociación entre determinantes sociales de la salud y adherencia, para analizar cómo factores como el nivel socioeconómico, el acceso a la atención médica y el entorno social influyen en la capacidad de un paciente para dar continuidad a su plan de citas médicas.

La dificultad para establecer comunicación con más de la mitad de pacientes evidencia una debilidad administrativa en la actualización y gestión de los datos de contacto dentro del sistema institucional. Este hallazgo trasciende el ámbito específico del servicio de psiquiatría y pone de manifiesto la necesidad de robustecer los procesos internos para garantizar la continuidad del cuidado y el seguimiento oportuno de los pacientes. La implementación de un protocolo estandarizado de verificación y actualización periódica de los datos de contacto podría mejorar significativamente la efectividad de las intervenciones dirigidas a reducir la inasistencia, no sólo en esta especialidad, sino en otros servicios clínicos del hospital.

La experiencia internacional muestra que la mejora de los sistemas de gestión de citas requiere intervenciones combinadas y adaptadas al contexto. Revisiones y ensayos controlados han documentado que los recordatorios automatizados (SMS/IVR) reducen de forma consistente los “no-shows”, pero su efectividad aumenta cuando se dirigen de forma selectiva a pacientes de alto riesgo identificados por modelos predictivos o cuando se complementan con llamadas humanas para subgrupos vulnerables (21, 22, 16). Estudios adicionales han mostrado que las estrategias operativas —por ejemplo, el uso de modelos predictivos para guiar la “sobre reserva” (*i.e.* ofrecer más espacios de los que se tienen disponibles en servicio) o priorizar llamadas y navegación por personal de enlace— pueden mejorar la eficiencia clínica si se implementan con monitoreo continuo (23). Intervenciones para reducir barreras logísticas, como apoyo de transporte, han tenido resultados mixtos y suelen requerir enfoques más dirigidos que ofrecer transporte indiscriminado a toda la población (19). En suma, la evidencia respalda que las mejoras pasan por 1) integrar recordatorios multimodales, 2) priorizar actualización sistemática de datos de contacto, 3) emplear modelos predictivos para focalizar recursos (llamadas humanas, navegadores,

sobre-booking controlado) y 4) evaluar localmente la aceptabilidad, equidad y costo-efectividad antes de escalarlas (21, 22 ,16 ,23 ,19).

De la misma manera, el presente estudio contribuye al conocimiento al ofrecer un análisis local y contextualizado de un problema de salud pública reconocido a nivel global, pero poco documentado en México. Más allá de cuantificar el fenómeno, se pretende profundizar en los posibles factores subyacentes, lo que permite diseñar intervenciones adaptadas al contexto institucional.

Este análisis puede servir como insumo para el diseño de políticas institucionales orientadas a mejorar los sistemas de gestión de citas, establecer protocolos de actualización periódica de datos de contacto y desarrollar estrategias preventivas para reducir la inasistencia, tales como recordatorios automatizados, confirmación previa de citas o intervenciones psicoeducativas para reforzar la importancia del seguimiento. Además de servir como punto de partida para fortalecer el vínculo con las y los pacientes y garantizar la continuidad del tratamiento psiquiátrico, favoreciendo así una mejor calidad de atención en salud mental y mejorar al mismo tiempo la Atención Primaria de Salud (APS) a través de la facilitación de acceso y uso de un sistema automatizado de citas del programa psiquiátrico.

Al evidenciar la falta de procesos administrativos robustos, el estudio impulsa la reflexión sobre la necesidad de sistemas integrados de información que faciliten el monitoreo oportuno no sólo en psiquiatría, sino también en otras especialidades médicas. Una opción sería el uso de plataformas automatizadas donde las y los usuarios se conecten a través de sus celulares y sus datos se guarden de manera automática debido a que, de esta manera es más sencillo poder guardar los datos de forma correcta facilitando así el contacto con los pacientes. Además de facilitarle al

usuario el poder agendar, cancelar o reagendar sus citas como más les favorezca.

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH) en México existen 93.8 millones de personas usuarias de teléfono celular, lo cual representa al 79.2% de la población (24). Es decir, casi el 80% de la población tiene acceso a un teléfono celular, por lo que el uso de plataformas es factible para la población general. Además de ser una medida de bajo costo ya que existen plataformas gratuitas.

En conjunto, los hallazgos obtenidos refuerzan la necesidad de implementar acciones institucionales dirigidas a mejorar la adherencia a los tratamientos en salud mental. Entre las estrategias recomendables se incluyen la utilización de sistemas automatizados de recordatorio y confirmación de citas, mecanismos de seguimiento posterior a las ausencias y una mayor coordinación con atención al usuario para evaluar apoyos específicos, como transporte o reprogramaciones ágiles. El fortalecimiento de los sistemas de registro y contacto con los pacientes debe también considerarse como una medida clave para favorecer la continuidad del cuidado en contextos de alta especialización.

CONCLUSIONES

Este estudio ofrece una primera aproximación sistemática al fenómeno de la inasistencia a consultas de psiquiatría en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán – IMSS Bienestar, revelando que casi tres de cada diez citas programadas no son atendidas, lo cual representa un desafío importante tanto para la continuidad terapéutica como para la eficiencia del sistema de salud. Aunque la mayoría de las inasistencias fueron eventos esporádicos, el hallazgo de un pequeño, pero significativo grupo de pacientes con ausencias recurrentes subraya la necesidad de estrategias

diferenciadas de seguimiento y prevención del abandono.

Los motivos reportados por las y los pacientes entrevistados —como dificultades de movilidad, olvidos, compromisos laborales o escolares— reflejan barreras tanto estructurales como personales, que en su mayoría podrían mitigarse mediante ajustes institucionales modestos, pero eficaces. La alta proporción de pacientes que expresó su intención de continuar con el tratamiento indica que muchas inasistencias no equivalen a un corte definitivo del vínculo terapéutico, sino a interrupciones susceptibles de abordaje con intervenciones centradas en el acompañamiento, la comunicación y la flexibilidad del servicio.

Sin embargo, la dificultad para contactar a casi la mitad de los pacientes ausentes representa una preocupación mayor. La falta de actualización o confiabilidad en los datos de contacto obstaculiza no sólo los procesos de evaluación y seguimiento clínico, sino también cualquier intento de fortalecimiento institucional del vínculo asistencial. En este sentido, uno de los principales aportes del presente estudio es poner en evidencia la urgencia de mejorar los procesos administrativos asociados al registro y verificación de la información de contacto.

Para la política pública, los hallazgos invitan a replantear los modelos de atención en salud mental dentro de los hospitales de alta especialidad, reconociendo que la adherencia a las citas no puede depender únicamente del compromiso del paciente, sino también de condiciones contextuales que requieren respuestas desde la organización del servicio. Estrategias como la implementación de recordatorios personalizados, la atención flexible en horarios y la optimización de la gestión para programar y recordar las próximas citas podrían fortalecer la adherencia sin demandar una inversión sustancial. Asimismo, es fundamental

que los sistemas de información institucionales permitan un análisis más fino del comportamiento de los pacientes, incorporando variables como diagnóstico, tipo de consulta o tiempo de espera, para generar indicadores que orienten una atención más personalizada y preventiva.

Este estudio constituye un paso inicial hacia la construcción de una política de salud mental más sensible a las realidades de los pacientes, más eficiente en la administración de los recursos disponibles y más comprometida con la continuidad terapéutica como eje central del cuidado.

Declaración de Conflicto de Interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés relacionados con la presente investigación.

REFERENCIAS

1. Saraceno B, Caldas de Almeida JM. *An outstanding message of hope: the WHO World Mental Health Report 2022*. Epidemiol Psychiatr Sci. 2022;31:e53. <https://doi.org/10.1017/S2045796022000373>
2. World Health Organization. *Over a billion people living with mental health conditions – services require urgent scale-up* [Internet]. Geneva: WHO; 2025 Sep 2 [cited YYYY Mon DD]. Available from: <https://www.who.int/news/item/02-09-2025-over-a-billion-people-living-with-mental-health-conditions-services-require-urgent-scale-up>
3. Medina-Mora ME, Orozco R, Rafful C, Cordero M, Bishai J, Ferrari A, Santomauro D, Benjet C, Borges G, Mantilla-Herrera AM, et al. *Trastornos mentales en México de 1990 a 2021: resultados del Estudio de la Carga Global de Enfermedad 2021*. Gac Med Mex. 2023;159(6):512-22. doi:10.24875/GMM.M24000828
4. Molfenter T. *Reducing Appointment No-Shows: Going from Theory to Practice*. Substance Use & Misuse. 2013;48(9):743–749. <https://doi.org/10.3109/10826084.2013.787098>
5. Tempier R, Bouattane EM, Tshiabo MD, Abdulnour J. *Mis-sed appointments in mental health care clinics: A retrospective study of patients' profile*. Journal of Hospital Administration. 2021 Jun 2;10(3):41. <https://doi.org/10.5430/jha.v10n3p41>
6. Barke A, Nyarko S, Klecha D. *The stigma of mental illness in Southern Ghana: attitudes of the urban population and*

- patients' views. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 2011 Nov;46(11):1191–1202. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0290-3>
7. Kruse GR, Rohland BM, Wu X. *Factors Associated With Missed First Appointments at a Psychiatric Clinic. Psychiatric Services.* 2002 Sep;53(9):1173–1176. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.9.1173>
8. Secretaría de Salud de Yucatán. *Proceso de Evaluación 2023* [Internet]. Gobierno del Estado de Yucatán; 2023 [cited 2025 Jun 9]. Available from: <https://salud.yucatan.gob.mx/files/get/4699>
9. CONEVAL. *Pobreza en México 2022.* [cited 2025 Sep 2]. Available from: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezaInicio.aspx>
10. Melgar Manzanilla P, García E. *Pobreza y Salud Mental en las Entidades Federativas de México.* Nomos: Procesalismo Estratégico. 2025 Jan 27;2(3):51–82. <https://doi.org/10.29105/nomos.v2i3.23>
11. Medina-Mora M, Orozco R, Rafful C, Cordero M, Bishai J, Ferrari A, et al. *Los trastornos mentales en México 1990–2021.* Resultados del estudio Global Burden of Disease 2021. *Gaceta Médica de México.* 2023 Dic 19;159(6), 527–538. doi: [10.24875/GMM.23000376](https://doi.org/10.24875/GMM.23000376)
12. Heinze G, Bernard-Fuentes N, Carmona-Huerta J, Chapa G del C, Guízar-Sánchez DP. Physicians specializing in psychiatry of Mexico: An update 2018. *Salud mental.* 2019 Mar 8;42(1):13–24. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2019.003>
13. Barrón-Velázquez E, Mendoza-Velásquez J, Mercado-Lara A, Quijada-Gaytán J, Flores-Vázquez J. The Mental Health Provider Shortage in the Mexican Public Sector: 2023 estimates of psychiatrists and psychologists. *Salud mental.* 2024 Jul 31;47(4):179–187.. doi: [10.17711/SM.0185-3325.2024.023](https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2024.023)
14. Paula LLRJ, Paula MF, Badiglian-Filho L. Consentimiento por teléfono: optimización del reclutamiento de participantes de investigaciones. *Revista Bioética.* 2021;29(2):317–322. doi: [10.1590/1983-80422021292469](https://doi.org/10.1590/1983-80422021292469).
15. Lindsay C, Baruffati D, Mackenzie M, Ellis DA, Major M, O'Donnell CA, et al. Understanding the causes of missingness in primary care: a realist review. *BMC Med.* 2024;22:235. doi: [10.1186/s12916-024-03456-2](https://doi.org/10.1186/s12916-024-03456-2)
16. Ulloa-Pérez E, Blasi PR, Westbrook EO, Lozano P, Coleman KF, Coley RY. Pragmatic randomized study of targeted text message reminders to reduce missed clinic visits. *Perm J.* 2022;26(1):64–72. doi: [10.7812/TPP/21.078](https://doi.org/10.7812/TPP/21.078)
17. Werner K, Alsuhaimi SA, Alsukait RF, Alshehri R, Herbst CH, Alhajji M, et al. Behavioural economic interventions to reduce health care appointment non-attendance: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res.* 2023;23:1136. doi: [10.1186/s12913-023-10059-9](https://doi.org/10.1186/s12913-023-10059-9)
18. Andreea MH, Nair S, Gabry JS, Goodrich B, Hall C, Shaparin N, et al. A pragmatic trial to improve adherence with scheduled appointments in an inner-city pain clinic by human phone calls in the patient's preferred language. *J Clin Anesth.* 2017;42:77–83.
19. Chaiyachati KH, Hubbard RA, Yeager A, Mugo B, Lopez S, Asch E, et al. Association of rideshare-based transportation services and missed primary care appointments: A clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2018;178(3):383–9. doi: [10.1001/jamainternmed.2017.8336](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.8336)
20. Miguel-Esponda G, Bohm-Levine N, Rodríguez-Cuevas FG, Cohen A, Kakuma R. Implementation process and outcomes of a mental health programme integrated in primary care clinics in rural Mexico: a mixed-methods study. *Int J Ment Health Syst.* 2020;14:29. doi: [10.1186/s13033-020-00346-x](https://doi.org/10.1186/s13033-020-00346-x)
21. McLean SM, Booth A, Gee M, Salway S, Cobb M, Bhanbhro S, et al. Appointment reminder systems are effective but not optimal: results of a systematic review and evidence synthesis employing realist principles. *Patient Prefer Adherence.* 2016;10:479–99. doi: [10.2147/PPA.S93046](https://doi.org/10.2147/PPA.S93046)
22. Oikonomidi T, Norman G, McGarrigle L, Stokes J, van der Veer SN, Dowding D. Predictive model-based interventions to reduce outpatient no-shows: a rapid systematic review. *J Am Med Inform Assoc.* 2023;30(3):559–69. doi: [10.1093/jamia/ocac242](https://doi.org/10.1093/jamia/ocac242)
23. Shour AR, et al. Development of an evidence-based model for predicting patient, provider, and appointment factors that influence no-shows in a rural healthcare system. *BMC Health Serv Res.* 2023;23:989. doi: [10.1186/s12913-023-09969-5](https://doi.org/10.1186/s12913-023-09969-5)
24. INEGI. Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH) 2022. México; 2023 Jun. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENDUTIH/ENDUTIH_22.pdf