



Universidad Católica de Cuyo
Facultad de Ciencias Médicas
Licenciatura en Enfermería

Síndrome de puerta giratoria en una Institución
Pública San Juan 2024

Alumna: Quiroga Martínez, Florencia del Rosario

Directora: Berón María Del Carmen

Tutores: Cardozo Flores Lorena Paola

Domínguez Berón Fernando Lucas

Álvarez Ardiles Aurora Itati

2024

Universidad Católica De Cuyo

Facultad De Ciencias Médicas

Licenciatura En Enfermería

Informe Final

SINDROME DE PUERTA GIRATORIA EN UNA

INSTITUCIÓN PÚBLICA

SAN JUAN 2024

Autora: Quiroga Martínez, Florencia del Rosario

Directora: Berón María Del Carmen

Tutores: Cardozo Flores Lorena Paola

Domínguez Berón Fernando Lucas

Álvarez Ardiles Aurora Itati

EVALUACIÓN

1. Calificación: _____
2. Fecha: _____
3. Tribunal Evaluador:

Firma _____

Aclaración _____

Firma _____

Aclaración _____

Firma _____

Aclaración _____

RESUMEN

Los múltiples reingresos en las Unidades de Salud Mental representan un desafío para las instituciones hospitalarias, ya que aumentan la demanda de recursos, los costos y la carga asistencial. El rol del equipo de salud es crucial para interrumpir el ciclo de reingresos, otorgando cuidados eficaces y eficientes que promuevan la autonomía del paciente, contribuyendo a su estabilidad y calidad de vida.

Objetivo: Identificar los factores sociodemográficos, los saberes y los motivos de reingresos de pacientes con Síndrome de Puerta Giratoria.

Metodología: La población de estudio estuvo compuesta por un total de 60 pacientes. La muestra coincidió con la población de estudio y se utilizó un muestreo no probabilístico e intencional.

Conclusiones: Este fenómeno afecta principalmente a mujeres de entre 30 y 39 años, con estudios secundarios, residentes en áreas urbanas y con un nivel socioeconómico medio. Se observó en las historias clínicas la ausencia de registros sobre la información brindada al paciente antes del alta en relación con la medicación y los cuidados. Sin embargo, una proporción significativa de pacientes sí recibe apoyo emocional. Según los registros, los principales motivos de reingreso incluyen antecedentes psiquiátricos previos, consumo de sustancias y abandono del tratamiento.

Palabras clave: Síndrome de Puerta Giratoria, Reingresos, Rol del Enfermero.

ÍNDICE GENERAL

	Página
RESUMEN	3
INDICE GENERAL	4
INDICE DE GRAFICOS Y /O TABLAS	5
JUSTIFICACION	6
AGRADECIMIENTOS	7
CAPITULO 1: INTRODUCCION	
A. Introducción al Problema.....	8
B. Variables Seleccionadas.....	9
Operacionalizacion de la variable.....	
C. Objetivos.....	10
D. Marco Teórico.....	11
CAPITULO II: DISEÑO METODOLOGICO	
A. Tipo de estudio.....	18
B. Sitio donde se realizó la investigación.....	18
C. Población y Muestra.....	18
D. Métodos e instrumentos para la recolección de datos.....	19
E. Personal a cargo de la recolección de datos.....	19
F. Plan de tabulación y análisis estadístico de datos.....	19
CAPITULO III: RESULTADOS	
A. Análisis e Interpretación delos resultados.....	20
B. Limitaciones surgidas.....	24
CAPITULO IV: CONCLUSIONES	
A. Conclusiones.....	25
B. Recomendaciones.....	26
CAPITULO V: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	
A. Bibliografía.....	27
B. Anexos.....	30

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página
<u>Gráfico N° 1:</u> Factores sociodemográficos que influyen en el síndrome de puerta giratoria en una institución pública, San Juan 2024.....	20
<u>Gráfico N° 2:</u> Saberes antes del alta que influyen en el síndrome de puerta giratoria en una institución pública, San Juan 2024.....	22
<u>Gráfico N° 3:</u> Motivos de reingresos en pacientes con síndrome de puerta giratoria en una institución pública, San Juan 2024.....	23

JUSTIFICACIÓN

El Síndrome de Puerta Giratoria, se define como un patrón cíclico de reingresos de corta duración de pacientes con trastornos psiquiátricos crónicos, en las unidades de internación de salud mental, de los centros de atención sanitaria.

Este fenómeno requiere un reconocimiento cuidadoso de las consecuencias, tanto directas como indirectas, que tiene sobre la capacidad institucional, manifestada en la relación entre la oferta y la demanda para cumplir con su misión y prestar servicios al público de manera eficaz.

Su impacto es profundo y multidimensional, afectando desde la eficiencia operativa y la moral del personal, hasta la calidad del servicio y la confianza pública.

Debido a que actualmente me desempeño en el servicio de psiquiatría de una institución pública, dicho estudio contribuirá a ofrecer recomendaciones que permitan mitigar la alta demanda, mejorando así la satisfacción laboral del personal y, en consecuencia, la efectividad organizacional.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, pilares fundamentales de todos mis logros. A mi hijo, el motor que me impulsa día a día.

A los docentes que formaron parte de este camino, en especial a mis queridas Licenciadas Cardozo Lorena y Berón María del Carmen, por la paciencia y el respeto que me otorgaron. Sin su apoyo no sería posible concretar este objetivo.

A mi lugar de trabajo, el Servicio de Psiquiatría del Hospital Marcial Quiroga, fundamentalmente a mis compañeros, que me brindaron aliento y colaboración en esta hermosa pero exigente etapa de formación que hoy culmina.

Y finalmente, a mí misma, por el esfuerzo puesto en este anhelo de seguir creciendo para ser una mejor profesional de la salud para los pacientes.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

A. Introducción al Problema

El síndrome de puerta giratoria es un fenómeno clínico y social que describe el patrón de reingresos frecuentes de pacientes, especialmente en Servicios de Salud Mental. Se caracteriza por la falta de respuesta por parte de los sistemas de salud, para lograr que los pacientes mantengan una estabilidad prolongada fuera del entorno hospitalario.

A pesar de recibir tratamientos especializados, estos pacientes experimentan recaídas significativas una vez dados de alta, lo que lleva a un ciclo continuo de readmisiones.

Esta problemática representa un reto para los efectores de salud, ya que consume una cantidad considerable de recursos, sino que también impacta negativamente en la calidad de vida de los pacientes.

Para ello se plantean los siguientes interrogantes:

¿Tendrá que ver con la edad, nivel de estudios alcanzados, lugar de residencia y el nivel socioeconómico de los pacientes en los reingresos hospitalarios?

¿Influirá la información brindada al paciente sobre medicación y cuidados?

¿Será que la falta de seguimiento adecuado en la atención ambulatoria es un factor determinante para los motivos de reingresos de los pacientes?

Delimitación del Problema

¿Cuáles son los factores que causan el síndrome de puerta giratoria en una institución pública, San Juan 2024?

B. Variables Seleccionadas

Operacionalización de la variable

Variable Nominal	Variable Real	Dimensiones	Indicador
Síndrome de Puerta Giratoria en una Institución Pública	Factores sociodemográficos	Edad	0 a 29 años
			30 a 39 años
			más de 40 años
		Género	Femenino
			Masculino
		Nivel Socioeconómico	Alto
			Medio
			Bajo
		Lugar de Residencia	Urbano
			Rural
		Nivel de Instrucción	Primario
			Secundario
	Superior		
	Información antes del alta	Apoyo Emocional	Recibió
			No Recibió
		Medicación	Recibió
			No Recibió
		Cuidados	Recibió
No Recibió			
Reingresos	Motivos	Antecedentes psiquiátricos previos	
		Consumo de sustancias	
		Abandono del tratamiento	

C. Objetivos

Objetivo General

Identificar el Síndrome de Puerta Giratoria en una institución pública, San Juan 2024, en relación a los factores sociodemográficos, información antes del alta y reingresos

Objetivos Específicos

Describir los factores sociodemográficos de los pacientes con síndrome de puerta giratoria.

Reconocer información antes del alta de los pacientes con síndrome de puerta giratoria

Detallar los motivos de reingresos de los pacientes con síndrome de puerta giratoria.

D. Marco Teórico

El “síndrome de la puerta giratoria” se define como un patrón cíclico de reingresos a corto plazo en las unidades psiquiátricas de los centros de atención de salud, principalmente en adultos jóvenes con trastornos psiquiátricos. Este fenómeno está relacionado con políticas actuales de los sistemas de atención sanitaria, marcadas por recortes presupuestarios y la reducción de camas hospitalarias de tiempo completo, lo que genera un círculo vicioso de ingresos hospitalarios, altas y nuevos ingresos, además de las razones psicosociales subyacentes (Saravia, 2011).

Uno de los principales indicadores de la calidad de la atención en pacientes psiquiátricos es la rehospitalización temprana, conocida como “pacientes de la puerta giratoria”, que se define como la reinstitucionalización de un paciente por la misma condición clínica dentro de los tres meses posteriores al egreso hospitalario. En pacientes psiquiátricos crónicos, el índice de reingreso puede alcanzar hasta el 66% (11-13). Se estima que al menos el 50% de los pacientes que son usuarios habituales de los servicios de hospitalización psiquiátrica se rehospitalizan durante el primer año posterior al alta. Entre los principales determinantes este a temprana se encuentran factores relacionados con el inicio y curso de la enfermedad, características psicopatológicas, tratamiento, apoyo emocional y factores sociodemográficos (Biblioteca Digital Minerva, 2022).

Los reingresos hospitalarios se describen en diversas áreas médicas, aunque estudios han identificado patrones específicos según la población. Factores como expectativas irreales del tratamiento, mal comportamiento del paciente o una mejoría de salud insuficiente contribuyen a este fenómeno (Williamson et al., 2014). En el ámbito de la psiquiatría, la definición operativa de "puerta giratoria" varía según los autores y contextos. Algunas definiciones incluyen cinco o más ingresos en un periodo de dos años, tres o más en un año o tres ingresos en 24 meses (Di Lorenzo et al., 2016; Menculini et al., 2020; Voineskos & Denault, 1978).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y aportar algo a su comunidad” (OMS, 2022).

En este contexto, la Enfermería en salud mental es una especialidad que presta cuidados holísticos a personas en riesgo o que padecen trastornos mentales, problemas de conducta o consumo de sustancias. Esta disciplina promueve el bienestar físico y psicosocial mediante el uso de relaciones interpersonales como herramientas terapéuticas y considera factores ambientales que influyen en la salud mental. Las enfermeras en salud mental utilizan estrategias de socialización, activación y comunicación, además de brindar cuidados físicos, para crear entornos seguros que fomenten cambios positivos en el comportamiento (CIE, 2024).

La promoción de la salud mental incluye intervenciones orientadas a proteger, mantener y apoyar el bienestar emocional y social. Esto implica crear condiciones individuales, sociales y ambientales que optimicen el desarrollo psicológico y psicofisiológico, mejoren la capacidad de afrontamiento y fortalezcan la resiliencia. Los servicios de salud mental se estructuran en centros ambulatorios, unidades de día, hospitales generales, equipos comunitarios, viviendas de apoyo y hospitales psiquiátricos, entre otros (CIE, 2024).

Diversos estudios asocian las re internaciones con factores como antecedentes de internaciones frecuentes, trastornos por uso de sustancias, depresión, familia poco continente, ingresos involuntarios, aislamiento social, clase social baja, y alta expresividad emocional de los familiares.

En América Latina, un estudio epidemiológico de salud mental realizado en Argentina en 2018 destacó **factores sociodemográficos** asociados a la búsqueda de tratamiento, como el sexo femenino, padecer trastornos severos y el nivel educativo (Vertex, 2018). En México, se reportó que menos del 20% de las personas con trastornos psiquiátricos accedieron a servicios de salud en el último año, y de ellos, solo la mitad recibió cuidados mínimos adecuados (Vertex, 2018).

En este marco, el profesional de Enfermería desempeña un rol crucial en la prevención y tratamiento de los trastornos mentales. Este trabajo implica educar a la población sobre prevención, brindar cuidados de calidad durante la hospitalización y colaborar en equipos multidisciplinarios para la rehabilitación e integración social de los pacientes. Las estrategias de prevención incluyen la primaria, dirigida a evitar la aparición de trastornos; la secundaria, enfocada en identificar y tratar precozmente los trastornos; y la

terciaria, orientada a minimizar discapacidades en pacientes con trastornos graves (Douat, 2017).

En la presente investigación se abordaron las variables **factores sociodemográficos** permiten comprender las características individuales y sociales que predisponen a los pacientes al reingreso hospitalario. Estos factores incluyen:

La **edad** se clasifica en tres rangos: 0 a 29 años, 30 a 39 años y más de 40 años. Investigaciones recientes sugieren que los pacientes más jóvenes (0 a 29 años) tienen una mayor tasa de reingresos debido a factores como la falta de adherencia al tratamiento, la falta de apoyo familiar y el consumo problemático de sustancias (Martínez et al., 2020). Por otro lado, los adultos mayores (más de 40 años) presentan mayores dificultades para el acceso a servicios especializados y el manejo adecuado de enfermedades crónicas o comorbilidades psiquiátricas (López et al., 2018).

El **género** es una variable relevante en el análisis del Síndrome de Puerta Giratoria. Los estudios han demostrado que las mujeres (femenino) tienden a presentar mayor predisposición a buscar ayuda médica y a adherirse a los tratamientos, pero también son más vulnerables a factores emocionales, como la depresión o la ansiedad (Pérez & Gómez, 2019). En contraste, los hombres (masculino) muestran una mayor tendencia a abandonar el tratamiento, especialmente cuando existen problemas asociados al consumo de sustancias y estigmatización social (Fernández, 2021).

El **nivel socioeconómico**, clasificado en alto, medio y bajo, es determinante en la recurrencia hospitalaria. Los pacientes con bajo nivel socioeconómico suelen enfrentar barreras significativas como el acceso limitado a medicamentos, servicios de salud especializados y apoyo emocional adecuado (López et al., 2018). La pobreza y el desempleo contribuyen a la falta de continuidad en los tratamientos, exacerbando el riesgo de reingresos (Sánchez & Ruiz, 2021).

El **lugar de residencia**, ya sea urbano o rural, influye en el acceso a los servicios de salud. En áreas urbanas, aunque los recursos médicos son más accesibles, el entorno puede ser desfavorable debido a problemas como la marginación social y la sobrecarga de los servicios hospitalarios (Hernández, 2022). En contraste, las zonas rurales enfrentan desafíos relacionados con la escasez de infraestructura médica y profesionales capacitados, lo que retrasa la atención y promueve reingresos (Rodríguez, 2019).

El **nivel de instrucción** de los pacientes, clasificado en primario, secundario y superior, está directamente relacionado con la comprensión y adherencia a los tratamientos médicos. Aquellos con un nivel primario o sin instrucción formal tienen mayores dificultades

para comprender la importancia de los tratamientos, las indicaciones de los medicamentos y los cuidados post-alta (Sánchez & Ruiz, 2021).

La **información** y los cuidados brindados al paciente antes de su alta hospitalaria son elementos fundamentales para prevenir reingresos. La ausencia de estrategias de orientación y seguimiento puede provocar recaídas en los pacientes. Dentro de esta variable se destacan:

El **apoyo emocional** brindado al paciente, ya sea que recibió o no recibió, es esencial para asegurar su bienestar post-hospitalización. Los pacientes que no recibieron apoyo emocional muestran mayores índices de abandono del tratamiento y recaídas, ya que el acompañamiento psicológico y social es clave en la recuperación (Gómez et al., 2017).

La correcta administración y entrega de **medicación** también influye en la prevención del Síndrome de Puerta Giratoria. Si el paciente no recibió una adecuada orientación sobre la medicación, dosis y posibles efectos secundarios, existe un mayor riesgo de interrupción del tratamiento, lo que puede llevar a una descompensación y reingreso hospitalario (Torres, 2020).

Los **cuidados post-alta**, ya sea que el paciente recibió o no recibió, incluyen el seguimiento médico, apoyo familiar y planes de rehabilitación. La falta de cuidados integrales después de la alta médica incrementa la vulnerabilidad del paciente y aumenta las probabilidades de recaídas (Rodríguez, 2019).

El **reingreso hospitalario** es una de las manifestaciones más evidentes del Síndrome de Puerta Giratoria. Las causas más frecuentes incluyen:

Los pacientes con **antecedentes psiquiátricos** previos presentan una mayor predisposición a los reingresos hospitalarios debido a la naturaleza crónica de sus diagnósticos y a la necesidad de intervenciones constantes (Morales & Vargas, 2022).

El **consumo de sustancias** (alcohol, drogas ilícitas y fármacos) es una causa frecuente de reingresos. Este comportamiento interfiere directamente con el éxito de los tratamientos médicos y la estabilidad del paciente (Fernández, 2021).

El **abandono del tratamiento** es un problema crítico en pacientes con trastornos de salud mental. Factores como la falta de apoyo familiar, estigmatización social y falta de recursos económicos contribuyen a esta situación (García et al., 2018).

Los profesionales de enfermería deben reflexionar sobre sus propios valores antes de tomar decisiones relacionadas con la ética profesional. En este sentido, el enfermero psiquiátrico debe ser emocionalmente maduro para evitar caer en estigmas sociales y ofrecer

un apoyo efectivo a los pacientes con trastornos mentales. El cuidado debe adaptarse a las características de cada persona y basarse en un aprendizaje permanente (Douat, 2017).

El cuidado del individuo con enfermedad mental constituye el eje central del quehacer del profesional de enfermería. Este tipo de cuidado implica ofrecer un apoyo diferencial y significativo, es decir, una atención personalizada que se adapta a las necesidades emocionales, físicas y sociales de cada paciente, fomentando una relación terapéutica basada en la empatía, el respeto y la comprensión integral de su contexto. Para brindar este cuidado, se requieren habilidades interpersonales que permitan ofrecer atenciones diferenciales y significativas (Aguirre, Romero & Agurto, 2016). Además, el profesional de enfermería debe estar atento a los pacientes bajo tratamiento con psicofármacos para identificar posibles efectos secundarios y actuar oportunamente, así como observar las respuestas positivas al tratamiento. También es fundamental tener juicio clínico para manejar pacientes con riesgo de suicidio, dado que la atención constituye el fundamento de la práctica de enfermería (Watson, 1979).

Para abordar este fenómeno desde una perspectiva de teoría de enfermería, es relevante aplicar el modelo de déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem. Esta teoría establece que el autocuidado es una responsabilidad individual para el mantenimiento de la salud, pero en situaciones de incapacidad, los profesionales de enfermería deben intervenir (Orem, 1993). Según esta teoría, el cuidado de enfermería se estructura en tres sistemas: completamente compensador, parcialmente compensador y de apoyo-educación, dependiendo de las necesidades del paciente.

La aplicación de esta teoría en pacientes psiquiátricos permite identificar los déficits de autocuidado y desarrollar intervenciones que fomenten la independencia del paciente. Además, la teoría enfatiza la importancia de los factores condicionantes básicos, como el entorno familiar, la orientación sociocultural y la disponibilidad de recursos, para el éxito de las intervenciones de autocuidado.

La teoría de los sistemas de Enfermería propuesta por Dorothea E. Orem establece tres tipos de sistemas de enfermería, basados en la relación entre la enfermera, el paciente o grupo de personas, y las interacciones con familiares y amigos. Estos sistemas son:

Sistema totalmente compensatorio:

Es necesario cuando la enfermera desempeña el papel principal en la satisfacción de las necesidades de autocuidado del paciente. Esto ocurre cuando el paciente no puede realizar su autocuidado debido a una incapacidad o hasta que aprenda a adaptarse a su situación.

Sistema parcialmente compensatorio:

Requiere una intervención menos intensa por parte de la enfermera. En este sistema, el paciente participa activamente en su propio cuidado, tomando decisiones y llevando a cabo acciones con el apoyo de la enfermera.

Sistema de apoyo educativo:

Se aplica a pacientes capaces de realizar acciones de autocuidado y adaptarse a nuevas situaciones, pero que necesitan orientación o apoyo de la enfermera. Este sistema se centra en ayudar al paciente a tomar decisiones y adquirir conocimientos y habilidades.

Los sistemas parcialmente compensatorios y el sistema de apoyo educativo son especialmente relevantes cuando el paciente debe desarrollar competencias para el autocuidado. En estos casos, la enfermera regula la comunicación y facilita el desarrollo de dichas capacidades.

Relación con la salud mental y legislación, la teoría también encuentra resonancia en las estrategias de prevención y promoción de la salud mental. En el ámbito laboral, por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) enfatiza la necesidad de enfoques multisectoriales que promuevan condiciones saludables y combatan la estigmatización y la discriminación. En Argentina, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 establece principios fundamentales para la protección de la salud mental, como la atención integral y humanizada, la integración familiar y comunitaria, y el respeto por los derechos humanos.

Los Aspectos destacados de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657:

Artículo 1°: Garantiza el derecho a la protección de la salud mental y el pleno goce de los derechos humanos.

Artículo 7°: Reconoce derechos como la atención sanitaria integral, el acceso igualitario a tratamientos y la promoción de la integración familiar y comunitaria.

Artículo 11°: Promueve la inclusión social y laboral mediante dispositivos como hospitales de día, cooperativas de trabajo y servicios de atención domiciliaria supervisada.

Artículo 12°: Regula el uso de medicación, garantizando que su administración sea exclusivamente con fines terapéuticos y en el marco de abordajes interdisciplinarios.

Relación con la Ley de Derechos del Paciente N° 26.529:

Garantiza derechos esenciales como el trato digno, la confidencialidad y la autonomía de la voluntad del paciente.

Establece el consentimiento informado como requisito previo a cualquier procedimiento médico, asegurando que el paciente reciba información clara y comprensible sobre su estado de salud y las opciones de tratamiento.

La teoría de los sistemas de enfermería de Dorothea E. Orem proporciona una base sólida para la práctica de la enfermería, permitiendo abordar de manera integral las necesidades de los pacientes y promoviendo su autonomía. Su aplicación, junto con el marco legislativo vigente, fortalece la capacidad de los profesionales para responder a los desafíos de la salud en contextos diversos, fomentando la inclusión, la equidad y el respeto por los derechos humanos.

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

A. Tipo de estudio

El presente trabajo se encuadra dentro del enfoque cuantitativo. Según Sampieri R. (2014) donde se busca utilizar la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y los análisis estadísticos, con el fin de establecer *¿Cuáles son los factores que causan el síndrome de puerta giratoria en una institución pública, San Juan 2024?*

Según Pineda, de Alvarado, de Canales (1994) teniendo en cuenta el análisis y alcance de los resultados es de tipo descriptiva porque está dirigida a determinar cómo es y cómo está la situación de las variables que se pretenden estudiar, es decir, las variables características sociodemográficas, saberes y reingresos.

En relación al tiempo de ocurrencia de los hechos y el registro de la información es retrospectiva, porque se analizó la información sobre hechos que ya han ocurrido en el periodo de junio, julio y agosto del 2024. Con respecto al periodo y secuencia del estudio, es transversal ya que se estudiarán las variables simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

B. Sitio donde se realizará la investigación

Se llevará a cabo en el servicio de Psiquiatría, que cuenta con consultorios externos e internación de pacientes con trastornos mentales., perteneciente al Hospital Descentralizado Dr. Marcial V. Quiroga, ubicado en el departamento de Rivadavia, Provincia de San Juan., efector de salud de tercer nivel de atención, siendo de referencia provincial.

C. Población y Muestra

a. Población:

Según Fayal Camel define la población como la "la totalidad de individuos o elementos en los cuales puede presentarse determinadas características susceptibles de ser estudiadas".

En la presente investigación, la población está compuesta por un total de 60 pacientes.

b. Muestra:

La muestra coincide con la población de estudio, se utilizó el muestreo no probabilístico es intencional.

D. Métodos e instrumentos para la recolección de datos

Pineda, Canales y Alvarado (2008) define al método como “medio o camino a través del cual se establece una relación entre el investigador y el consultado para la recolección de datos” (p, 144). El método utilizado fue el análisis de historias clínicas.

El instrumento utilizado fue una lista de cotejo, conformada por una estructura clara y organizada, donde se observó, las características sociodemográficas de los pacientes, información que se le brinda ante del alta y los motivos reingresos.

E. Personal a cargo de la recolección de datos

Está conformado por la autora de este proyecto de investigación.

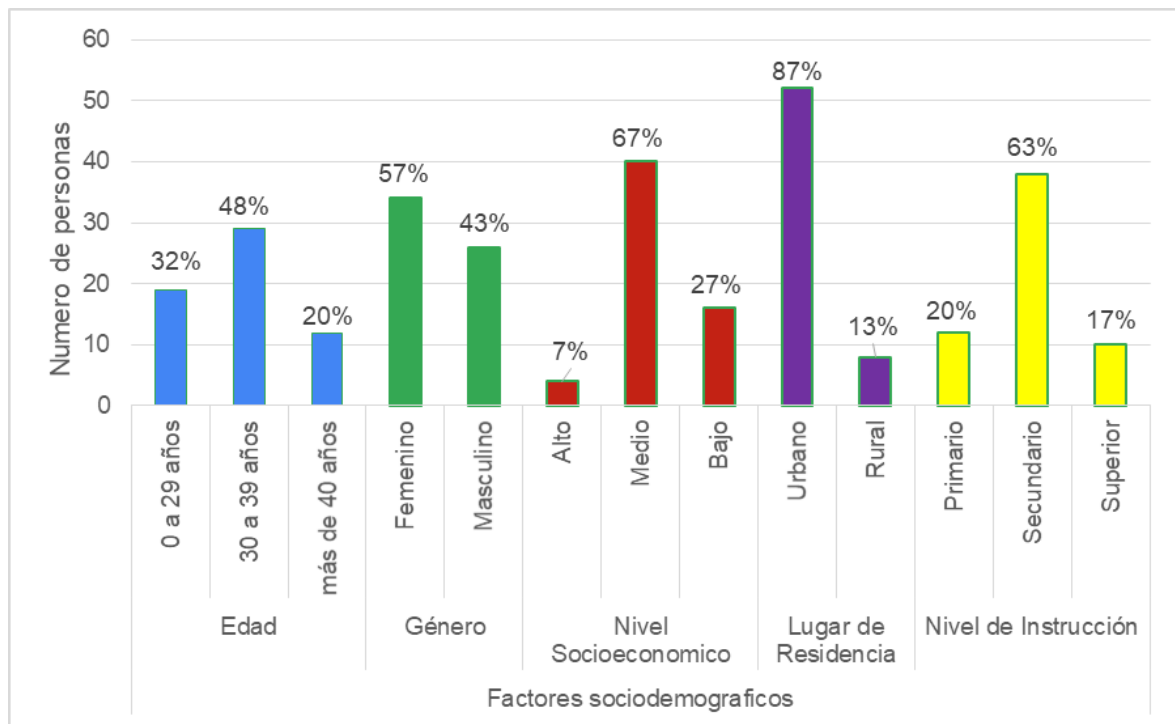
F. Plan de tabulación y análisis estadístico de los datos

Los resultados obtenidos se tabularon en una matriz de datos donde se obtendrá resultados numéricos tanto absolutos como en porcentajes, para ser presentados en gráficos de barras agrupadas, ya que permite una mejor representación visual de los datos obtenidos, permitiendo una mejor y mayor interpretación por parte de los lectores.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

A. Análisis e Interpretación de los Resultados

Gráfico N° 1: Factores sociodemográficos de los pacientes con síndrome de puerta giratoria.



Fuente: Lista de cotejo

Al analizar la variable, *factores sociodemográficos* que influyen en el síndrome de puerta giratoria en una institución pública, de un total de 60 pacientes que corresponden al 100%, se obtuvo como resultado en la *dimensión edad*, donde se analizó que 29 adultos de entre 30 y 39 años representan el 48%, 19 personas de entre 20 y 29 años constituyen el 32%, y 12 personas mayores de 40 años corresponden al 20% del total.

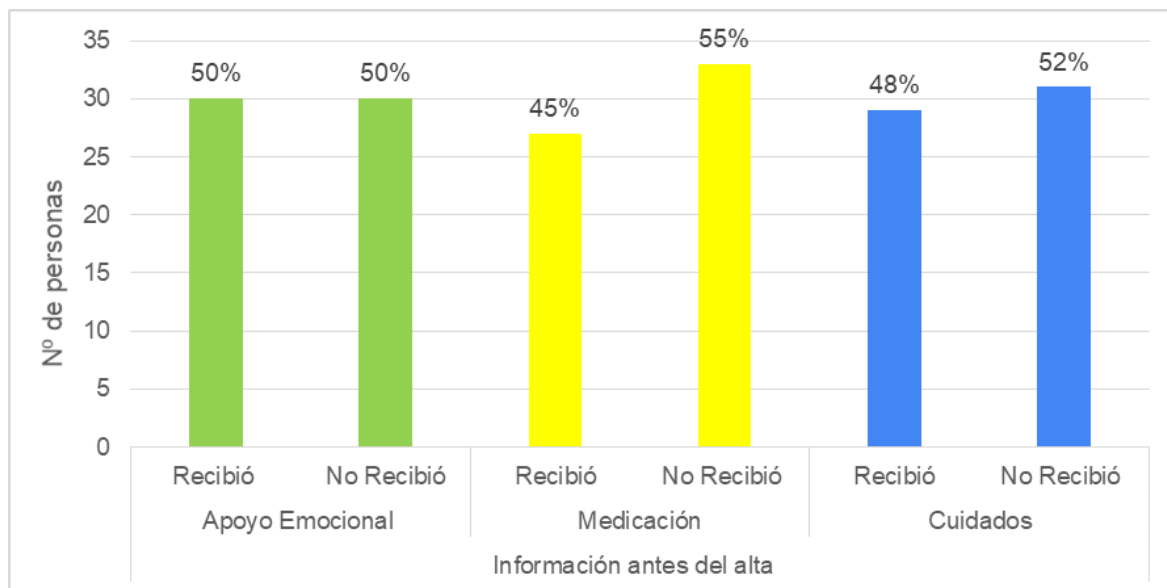
Teniendo en cuenta la dimensión de *género*, 34 pacientes son femeninas que representan el 57%, mientras que 26 personas son masculinas equivalente al 43%.

En la dimensión de nivel socioeconómico, el 67% de los pacientes representados por 40 personas pertenece al nivel medio, el 27% conformados por 16 personas al nivel bajo, y el 6% equivalente a 4 individuos al nivel alto.

En cuanto con la dimensión de lugar de residencia, se analiza que el 87% de los pacientes correspondientes a 52 personas viven en zonas urbanas, mientras que el 13% constituido por 8 individuos que residen en zonas rurales.

La dimensión *nivel de instrucción* resultó que 38 pacientes analizados con el 63% poseen secundario, 12 individuos, que representan un 20%, completaron sus estudios primarios, mientras que 10 personas, siendo un 17% alcanzaron estudios en el nivel superior.

Gráfico N° 2: Información antes del alta que influye en el síndrome de puerta giratoria en una institución pública, San Juan 2024.



Fuente: Lista de cotejo

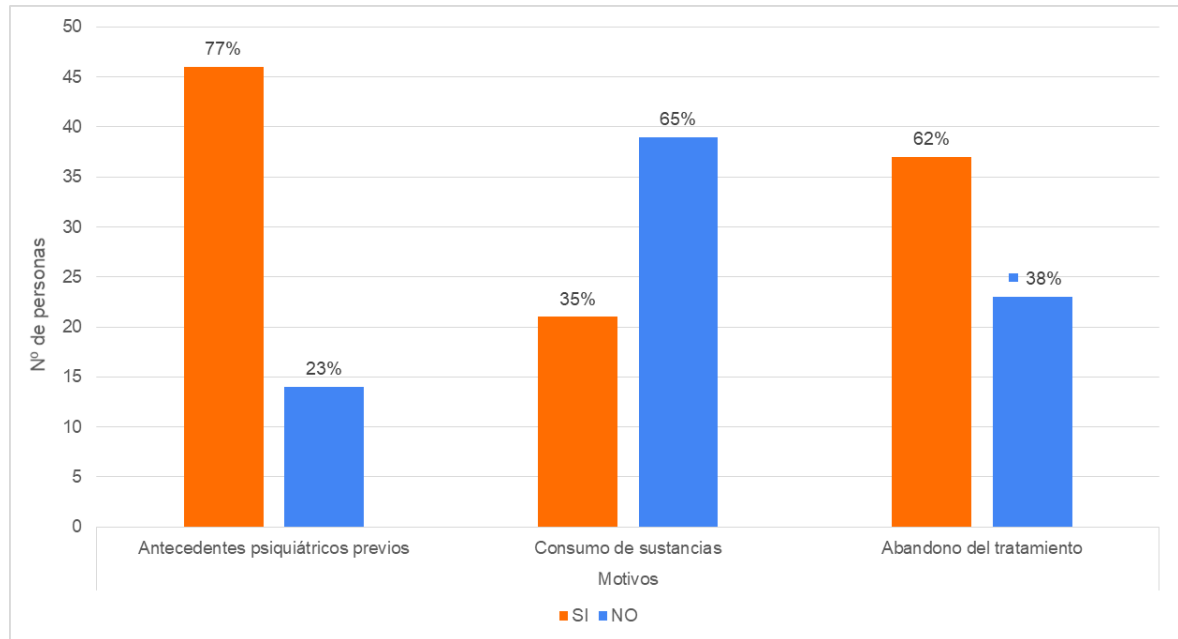
Al analizar la variable *saberes*, en un total de 60 pacientes, siendo este el 100%, se inspecciona que, antes del alta, 30 de ellos equivalente al 50% recibieron apoyo emocional, mientras que el otro 50% no lo recibió.

El indicador de adhesión a la medicación muestra que 27 pacientes que corresponden el 45%, recibió la información, mientras que 33 personas equivalente al 55%, no recibieron.

Por último, el indicador cuidado arroja que 31 pacientes no aprendieron sobre los mismos al momento de alta, un 52% y 29 pacientes sí, representando un 48%.

Por último, el indicador de cuidados al momento del alta, 31 pacientes correspondiente al 52% no recibió información sobre los cuidados, mientras que 29 personas equivalente al 48% sí lo recibieron.

Gráfico N° 3: Motivos de reingresos en pacientes con síndrome de puerta giratoria en una institución pública, San Juan 2024.



Fuente: Lista de cotejo

Al analizar la variable reingresos en un total de 60 pacientes, que corresponden al 100%, en la dimensión motivos, se observó que un total de 46 pacientes contaban con antecedentes psiquiátricos previos, equivalente al 77%, mientras que 14 personas no presentaban antecedentes, siendo un 23%.

En cuanto al consumo de sustancias, 39 pacientes no consumen, siendo un 65% y 21 pacientes si lo hacen, representando por el 35%.

Finalmente, se analizó el abandono del tratamiento y se encontró que 37 pacientes representados por el 61% presentaron esta conducta, mientras que 23 personas correspondientes al 39% no la mostraron.

B. Limitaciones surgidas

No surgieron limitaciones.

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES

A. Conclusiones

Los resultados obtenidos del análisis de la investigación, acerca del Síndrome de Puerta Giratoria en una Institución Pública concluye que:

¿Influyen factores como la edad, nivel educativo, lugar de residencia y nivel socioeconómico en los reingresos hospitalarios?

Los datos analizados muestran que los reingresos hospitalarios afectan mayoritariamente a mujeres de entre 30 y 39 años, con nivel educativo secundario, residentes en áreas urbanas y pertenecientes a un nivel socioeconómico medio. Esto sugiere que las características demográficas y socioeconómicas pueden desempeñar un papel relevante en la frecuencia de los reingresos.

¿Es determinante la información brindada al paciente sobre medicación y cuidados?

Se identificó que en las historias clínicas no se registra sistemáticamente la información proporcionada a los pacientes al momento del alta, particularmente en relación con medicación y cuidados posteriores. Esto plantea una preocupación, ya que una adecuada educación sanitaria puede mejorar la adherencia al tratamiento y reducir complicaciones. Sin embargo, se observa que una proporción considerable de pacientes recibe apoyo emocional, lo que indica un enfoque parcial en la atención integral. Estudios en el ámbito de la salud destacan que la educación al paciente y su involucramiento activo en el manejo de su condición son factores clave para prevenir reingresos hospitalarios.

¿La falta de seguimiento ambulatorio adecuado contribuye a los reingresos hospitalarios?

Según los registros, los principales motivos de reingresos incluyen antecedentes psiquiátricos previos, consumo de sustancias y abandono del tratamiento. Estos factores reflejan la importancia de un seguimiento ambulatorio adecuado. Investigaciones recientes señalan que el seguimiento post-hospitalario, que incluye consultas regulares, acceso a redes de apoyo y manejo adecuado de la medicación, puede reducir significativamente las tasas de reingreso, especialmente en pacientes con trastornos psiquiátricos o problemas relacionados con el consumo de sustancias.

B. Recomendaciones

En relación a las mismas, se sugiere la aplicación de *un protocolo o check list* antes del egreso del paciente, considerando aspectos como la adherencia al tratamiento, medicación, cuidados, y sí reciben apoyo emocional.

Además, realizar un seguimiento a través de la utilización de plataformas que garanticen la confidencialidad en las comunicaciones, como *teleconsultas sincrónicas*, en el entorno del hogar, tanto al familiar como al paciente, con el fin mejorar la experiencia del paciente durante la internación, asegurando la continuidad del cuidado.

Capacitación a familiares, para reconocer signos tempranos de descompensación, a través de talleres virtuales sobre cómo apoyar al paciente durante su tratamiento.

CAPÍTULO V: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A. Bibliografía

Aladrén, Ó. O. (2011). ¿Existe todavía la puerta giratoria en Psiquiatría? Trabajo Fin de Máster Máster en Iniciación a la Investigación en Medicina.

<https://zagan.unizar.es/record/8593/files/TAZ-TFM-2012-610.pdf>

Alvizo, P. G. (2021). Actores asociados al fenómeno de puerta giratoria en pacientes con trastornos psicóticos en hospital del noreste de México durante el periodo 2018-2020. Tecnológico de Monterrey. <https://repositorio.tec.mx/items/1221e518-60e7-4cea-a7ab-e31706c09b80>

Biblioteca Digital Minerva. (2022). Factores relacionados con el reingreso de pacientes psiquiátricos a la unidad mental de una clínica privada en la ciudad de Girardot Cundinamarca durante el segundo semestre del año 2022. Repositorio Universidad EAN. <https://repository.universidadean.edu.co/handle/10882/12791>

CIE. (2024, Enero 30). Directrices sobre la enfermería de salud mental. International Council of Nurses (ICN). Retrieved November 19, 2024, from https://www.icn.ch/sites/default/files/2024-03/ICN_MentalHealthNursingGuidelines-2024_FINAL_SP_0.pdf

ESCUELA DE ENFERMERIA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. (2018, Diciembre 15). “Falta de adherencia al tratamiento farmacológico”. Biblioteca digital. https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/12774/choquerive-mnica.pdf

Ministerio de Justicia República Argentina. (2022, 01 10). Derechos del paciente. Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/derechos-del-paciente>

OCEANO MEDICINA. (2022, Enero 13). ENFERMERÍA El rol de enfermeros y enfermeras en la atención de la salud mental. Rol del enfermero. <https://ar.oceanomedicina.com/nota/enfermeria-es/el-rol-de-enfermeros-y-enfermeras-en-la-atencion-de-la-salud-mental/>

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. (2022, Junio 17). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Salud mental. Retrieved November 19, 2024, from <https://www.who.int/es/health-topics/mental-health>

Presidencia de la Nación - República Argentina. (2023, Noviembre 21). Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 Ministerio de Salud. Boletín Oficial. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/298952/20231123>

SACYL Sanidad. (2018, Julio 11). Cuidados de enfermería para pacientes de alta. Portal de salud. saludcastilayleon.es

Saraiva, G. (2011). Síndrome de la puerta giratoria: ¿Un nuevo significado para un viejo concepto? *elsevier*, 26(1), 114. https://www-sciencedirect-com.translate.google.com/science/article/abs/pii/S092493381172819X?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=sge#:~:text=%E2%80%9CRevolving%20Door%20Syndrome%E2%80%9D%20is%20usually,adults%20with%20chronic%20psychiatric%20disorders.

Scielo. (2017, Diciembre 11). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta médica*. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1608-89212017000300009&script=sci_arttext

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. (2018). Enfermería Psiquiátrica: Un pilar en la salud mental. *Enfermería psiquiátrica*, 65(15), 10. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7209101.pdf>

VERTEX. (2017). Factores asociados con la duración de estadía y riesgo de re-internación en un hospital psiquiátrico monovalente de agudos: estudio de cohortes. *REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA*, XXVIII (136), 270. <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/438/374>

Vertex. (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA*, XXIX (275-299), 25. <https://apsa.org.ar/docs/vertex142.pdf>

Fernández, A. (2021). Consumo de sustancias y salud mental. Editorial Médica.

García, M., et al. (2018). Estrategias para la continuidad de tratamiento en salud mental. *Revista de Salud Pública*, 14(3), 25-30.

- Gómez, L., et al. (2017). Apoyo emocional y adherencia terapéutica. *Psicología y Salud*, 12(2), 45-50.
- Hernández, P. (2022). Disparidades en la atención médica en áreas rurales. *Salud y Sociedad*, 10(4), 56-62.
- López, J., et al. (2018). Factores socioeconómicos en la recurrencia hospitalaria. *Salud Global*, 8(1), 15-22.
- Martínez, R., et al. (2020). Adherencia al tratamiento en jóvenes adultos. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 11(5), 78-85.
- Morales, S., & Vargas, T. (2022). Antecedentes psiquiátricos y recaídas hospitalarias. *Acta Médica*, 20(3), 90-100.
- Pérez, D., & Gómez, A. (2019). Género y salud mental: un análisis comparativo. *Estudios de Género y Salud*, 5(2), 30-40.
- Rodríguez, C. (2019). Continuidad de cuidados en pacientes psiquiátricos. *Revista de Enfermería Clínica*, 9(4), 40-47.
- Sánchez, L., & Ruiz, M. (2021). Nivel educativo y adherencia a tratamientos médicos. *Educación y Salud*, 7(3), 20-28.
- Torres, H. (2020). Medicación post-alta: factores de éxito y fracaso. *Farmacología y Salud Pública*, 13(2), 60-65.

A. Anexos

Anexo I:

Autorización para la recolección de datos en la institución seleccionada

San Juan, 14 de Agosto de 2024

Presidente del Comité de Docencia e Investigación

Licenciada Marcela Arancibia

S...../.....D

La que suscribe, docente titular de la cátedra Investigación en Enfermería, Esp. Lic. María del Carmen Berón, en representación de la alumna Quiroga Martínez Florencia del Rosario, que se encuentra cursando el quinto año de la Licenciatura de Enfermería, perteneciente a la Universidad Católica de Cuyo, solicitan a usted y por su intermedio a quien corresponda, autorización para la recolección de datos sobre el tema “Síndrome de Puerta Giratoria en Una Institución Pública”, cuya tutoría estará a cargo de la Lic. Cardozo Lorena y Lic. Fernando Domínguez.

Dicha investigación se realizará con fines curriculares, cumpliendo un requisito de la Asignatura, Taller de Investigación, para la obtención del título de Licenciada en Enfermería.

Se adjunta anteproyecto y el instrumento para ser aplicado en la recolección de datos de la Investigación mencionada.

Se consideran los aspectos éticos y la confidencialidad de los datos mencionados en la Ley de los Derechos del Paciente 26529

Esperando una respuesta favorable, Saluda Atte.

Anexo II:
LISTA DE COTEJO

1. EDAD	RESULTADO	OBSERVACIONES
Entre 20 y 29 años		
Entre 30 y 39 años		
Más de 40 años		
2. GÉNERO		
Femenino		
Masculino		
3. SITUACION ECONOMICA DEL PACIENTE		
NIVEL BAJO		
NIVEL MEDIO		
NIVEL ALTO		
4. LUGAR DE RESIDENCIA		
Urbano		
Rural		
5. NIVEL DE INSTRUCCIÓN DEL PACIENTE		
Primaria		
Secundaria		
Terciario		
Universitario		
6. APOYO EMOCIONAL DEL EQUIPO DE SALUD		
SI		
NO		
7. ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO		
SI		
NO		
8. EDUCACIÓN AL PACIENTE PREVIO AL ALTA		
SI		
NO		
9. ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PREVIOS		
Esquizofrenia		
Trastorno de Personalidad		
Trastorno Bipolar		
Trastorno por consumo de sustancias		
Otro		
10. CONSUMO DE SUSTANCIAS		
Marihuana		
Cocaína		
LSD		
Alcohol		
11. MOTIVO POR EL CUAL VOLVIÓ A SER INGRESADO EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA		
Abandono de la medicación		
Abandono del tratamiento psicológico/ psiquiátrico		
Consumo de sustancias/ alcohol		
Falta de conocimientos para continuar el tratamiento		

Anexo III:
MATRIZ DE DATOS

VARIABLE / Nº DE ENCUESTADOS	FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS														INFORMACION ANTES DEL ALTA			REINGRESOS			
	EDAD			GENERO		NIVEL SOCIOECONOMICO			LUGAR DE RESIDENCIA		NIVEL DE INSTRUCCION					ANTES DEL ALTA			MOTIVOS		
	20 A 29	30 A 39	MAS 40	MASCULINO	FEMENINO	ALTO	MEDIO	BAJO	URBANO	RURAL	ANALFABETISMO	PRIMARIO	SECUNDARIO	TERCIARIO	UNIVERSITARIO	APOYO EMOCIONAL	MEDICACION	CUIDADOS	ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS PREVIOS	CONSUMO DE SUSTANCIAS	ABANDONO DEL TRATAMIENTO
1		X			X			X		X							X	X			X
2			X	X			X		X			X			X		X	X			
3			X		X		X		X					X	X	X		X			
4		X		X			X		X			X			X		X	X			X
5		X		X			X		X			X			X		X	X			
6		X			X			X	X			X					X	X			X
10			X		X		X		X			X			X			X	X	X	X
11	X			X		X				X		X		X	X			X			
12		X			X	X			X					X	X		X			X	
13		X		X		X				X		X			X	X	X			X	
60	X			X		X				X		X		X	X			X			
TOTAL	19	29	12	26	34	4	40	16	52	8	-	12	38	7	3	30	27	29	46	21	37