



DRA. MARÍA LISSETH MORALES SISTEMA DE SALUD QUE FUNCIONA

María Lisseth Morales es una profesional peruana que acaba de graduarse en la Universidad de Tsukuba, tras seis años de investigaciones en los cuales cursó estudios de maestría y doctorado. Graduada en Psicología Clínica en la Universidad Federico Villarreal, con experiencia laboral en el área administrativa hospitalaria en el Perú, se encuentra de vuelta en el país para poner en práctica mucha de la experiencia acumulada en sus investigaciones en hospitales japoneses.

En esta entrevista, la Dra. Morales nos acerca a la realidad de la atención hospitalaria y de salud mental en el Japón, en una época en la que los servicios sanitarios estuvieron en emergencia por causa de la crisis del coronavirus.

Japón es el país que tiene mayor número de camas para atención hospitalaria per cápita en el mundo. Sin embargo, como en la mayor parte del mundo, todo su sistema sanitario se vio en problemas por la pandemia. Ud. que ha vivido lo peor de la crisis en Japón, ¿cómo considera que viene siendo la respuesta del gobierno para contrarrestar al nuevo coronavirus?

Es algo que también nos explicaban en mis estudios de maestría. Japón no solo tiene el mayor número de camas por población, sino que también los pacientes las ocupan durante mayor tiempo, acarreado ello un mayor gasto, lo que no ocurriría si la atención fuera ambulatoria. De otro lado, podrán tener muchas camas, pero hay falta de médicos y personal de enfermería, lo que se ha visto en varios momentos de la pandemia; hubo también problemas para gestionar la ocupación de estas camas, por lo que muchos pacientes demoraron horas en obtener una o, ante la ausencia de camas libres, simplemente terminaban atendidos en sus casas. Pero, en lo personal, creo que pese a todo, la crisis por el nuevo coronavirus se ha venido manejando bien en Japón, de acuerdo a los resultados. En los laboratorios que llevábamos en la universidad, los profesores tenían siempre a realizar comparaciones con Corea del Sur, ven siempre de qué manera encaran allá determinadas situaciones de tipo médico y

cómo se manejan en el Japón, una especie de rivalidad. Comparando con otros países del mundo desarrollado, Estados Unidos y algunos de Europa, el número de muertes por la pandemia en ambos países ha arrojado cifras bajas. Pero el enfoque para lograrlo fue diferente: mientras que aquí la estrategia fue laxa, confiando en la actitud de su gente, en su capacidad de restringirse y cuidarse en base a las recomendaciones, en Corea del Sur sí hubo un esquema más restrictivo, con controles a través de aplicaciones y otras medidas estrictas para evitar que los contagios se expandan, porque ya tuvieron la experiencia del SARS hace algunos años, tras lo cual crearon una entidad gubernamental específica para tratar epidemias de este tipo. Pese a que Japón no tuvo una estrategia tan rigurosa, los resultados nos sorprendieron a muchos de los que pensábamos que se requería mucho más, y los números en cantidad de contagios y fallecimientos lo comprueban. Japón y Corea del Sur tuvieron buenos resultados con enfoques diferentes, pero aquí es mayor la cantidad de gente insatisfecha con la forma cómo el gobierno central ha venido manejando la situación.

Japón es, a nivel mundial, uno de los países con mayor cantidad de gente centenaria, y la expectativa de vida de su población supera los 80 años. ¿Una de las razones podría ser, aparte de la alimentación y buenos hábitos, también el nivel de su atención médica?

Pienso que sí. A grandes rasgos, es una mezcla de varios factores. Uno de los grandes problemas en los países en desarrollo como el nuestro, es la falta de control sobre las enfermedades infecciosas como la tuberculosis, por ejemplo. Japón, desde 1965 tuvo una política de erradicación de esas enfermedades infecciosas, para luego venir dirigiendo los esfuerzos para hacer lo mismo con las enfermedades crónicas. Para ello, una de las medidas que vienen proponiendo es el cambio de hábitos. Tenían muchos problemas de presión alta por el alto consumo de sal, como el miso o encurtidos, en su alimentación, lo que ocasiona enfermedades relacionadas a infartos o accidentes cerebro-



También formó parte de la directiva de la Asociación Académica Peruano Japonesa. Aquí en una visita al embajador Roberto Seminario.

vasculares. Ahora la estrategia es priorizar la atención en minorías de la sociedad, como las personas sin hogar o madres solteras; se trata de que todos tengan cobertura médica a través del sistema universal de salud. Está también el tema de la educación o los chequeos médicos anuales. Son varios factores que posibilitan que la sociedad japonesa sea de las más longevas.

SALUD MENTAL

Se creó hace muy poco un Ministerio de la Soledad, una entidad oficial encargada de tratar este tipo de problema en el país. Creo que hay otros países que también lo tienen. ¿Por qué es necesario que los gobiernos creen toda una estructura ministerial para ello?, ¿por qué ahora y no hace 30 años?

El primer ministerio de este tipo se creó en Inglaterra y lo que existe en Japón es un órgano gubernamental que tendrá a su cargo la responsabilidad de encargarse de estos problemas. Cuando comencé a estudiar la carrera hace 18 años más o menos en Perú, muchos me decían que mejor hubiera estudiado medicina. Se estigmatizaba la profesión, porque no se veían los alcances de los estudios psicológicos ni su necesidad. Actualmente, esta impresión de la gente está cambiando y se ve su importancia. En Japón ocurre igual y hay reticencia a recurrir a consultar a un psicólogo. Por ello hay mucha dificultad para identificar a personas que están afectadas en su salud mental. A pesar que problemas como el hikikomori (aislamiento social) o el kodokushi (muerte en solitario) ya tienen más de 30 años, es algo que recién se viene tratando porque las personas ya están abriéndose a la ayuda profesional. Por las características de su sociedad, difícil de aceptar cambios, durante muchos años se hizo como si estas cosas no existieran, se las minimizó. Pero ahora ya son un problema: hay un número muy grande de estas personas solitarias en Japón, muchos están envejeciendo y no cuentan con sus padres para cuidarlos porque ya han fallecido. Es un fenómeno que no solo se da en Japón, se han reportado casos de aislamiento en Italia. El Dr. Saito Hideki, que fue de los primeros profesionales en estudiar el problema y quien acuñó el término "hikikomori", fue uno de los jueces que evaluó mi tesis de doctorado.

El "ijime" o "bullying", los casos de hostigamiento escolar, ¿es un problema propio de los japoneses?, ¿por qué es causa de muchos suicidios en países como el Japón y no en el Perú, por ejemplo?

El hostigamiento escolar siempre ha existido aquí y en Perú, lo que ocurre es que se le ha normalizado. Allí, durante el colegio, seguramente tuvimos esos compañeros a los que se les agarra

de "punto", una víctima que sufre las bromas y vejaciones del grupo; lo que pasa es que tal vez no éramos conscientes que eso era un ijime, no lo identificábamos como una forma de abuso. Me parece que sociedades asiáticas como las que apuntas tienen aquello de no molestar, de enfrentar solo los problemas y las víctimas no buscan ayuda. Todo lo guardan para sí, no lo comentan con los padres o no tienen nadie que les ayude, de forma que se ven en una situación a la que no ven otra salida que el suicidio para dejar de sufrir. Es algo inherente a la cultura asiática, esto de los desenlaces trágicos. En nuestros países se suelen dar otras soluciones en estas situaciones, como cambios de colegio, o que el alumno no quiera ir más a la escuela; de alguna manera, encuentran otras salidas para buscar protegerse y el suicidio, como ocurre en Asia, no es frecuente.

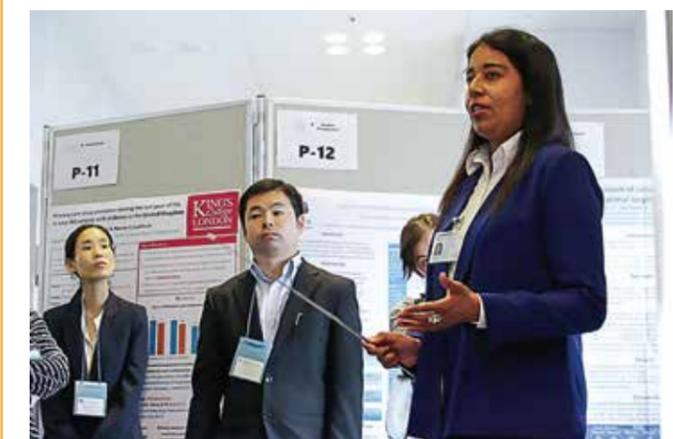
ANCIANOS CUIDANDO DE ANCIANOS

¿Qué tipo de investigación estuvo realizando en la Universidad de Tsukuba?

Primeramente fueron dos años de maestría en la que mi tesis versó sobre Indicadores de Calidad en Atención Hospitalaria. Estudié el tiempo de estancia de un paciente en un hospital japonés en el sector de Emergencias. En los hospitales en los que estuve realizando la investigación, el tiempo que un paciente pasaba en esta área de urgencias era de 85 minutos, un tiempo muy corto, si consideramos que midiendo el mismo factor en un hospital peruano, la persona atendida podría quedarse varias horas y hasta días. Y es porque las salas de emergencia en Japón son para los primeros cuidados, un sector de tránsito, para luego derivar a los pacientes a otras salas, no para permanecer allí. Un manejo distinto de la misma situación. Para mi investigación para el Doctorado decidí retornar a mis estudios de Psicología y tratar el tema del estrés de aquellas personas que tienen cáncer y, a su vez, deben atender a un familiar enfermo, a un nivel de salud pública.

¿Qué debe tener en cuenta aquella persona que tiene en casa alguien con dolencias terminales o un anciano con Alzheimer en casa, y evitar el estrés que ello pueda causar en la rutina familiar?

En mis estudios, vi que atender a pacientes que sufren de Alzheimer es un factor muy poderoso para que las personas a cargo de ellas potencien un cuadro de estrés. Cuidar de personas con demencia senil es muy demandante porque los pacientes se deterioran hasta un punto en que se necesita que sean



Para obtener sus grados académicos, la Dra. Morales hizo investigaciones sobre el Índice de Calidad de Servicios Hospitalarios de Emergencia (maestría) y un estudio sobre el estrés generado en cuidadores de enfermos que padecen de cáncer (doctorado).



Junto a otros estudiantes peruanos de la Universidad de Tsukuba en promoción del Perú.



La Dra. María Lisseth Morales obtuvo grados universitarios superiores durante seis años de estudio e investigaciones en la Universidad de Tsukuba.

observados permanentemente. En la investigación que pude hacer, en el caso específico que el cuidante sufra de cáncer y deba atender a otra persona enferma, es menester que tenga una red de personas, familiares o vecinos, que pueda ayudarla en los momentos en que se sienta abrumado. Que alguien le ayude a poder tomarse un descanso y atender sus propios asuntos. Es importante también hacer una evaluación del cuidador, ya que para atender a una persona enferma hay que saber ciertas técnicas, de sus capacidades y dificultades para cuidar de un paciente, de su estado anímico y de salud porque muchas son personas mayores cuidando de otras personas mayores. Un punto importante a tener en cuenta es que el paciente que es cuidado por otra persona enferma tiene más probabilidades de fallecer, porque por sus propios problemas de salud el cuidante ya no ofrece una adecuada atención. Como se dice, y ésto es muy importante: "primero me cuido yo, para poder cuidar al otro". El médico tratante del pacientes es quien tiene que hacer toda esa evaluación.

De lo que aprendió y la experiencia acumulada, ¿qué cree que pueda poner en funciones en la realidad hospitalaria del Perú?

Mi investigación ha sido una de las primeras en tratar dos fenómenos que se vienen dando a nivel mundial, como son el envejecimiento de la población y el aumento de casos de cáncer. Son dos elementos que están en incremento y ya están confluyendo en el Japón, que tiene una población adulta mayor que supera el 30%, y la incidencia de personas que tienen cáncer también va en aumento. En el Perú la misma estadística llega al 12% y en unos 10 o 15 años se vivirá una situación similar con las personas afectadas por cáncer. Por ello hay que ver qué se viene

haciendo en otros países para poder implementar soluciones en el país. A mediano plazo personas tratándose de cáncer tendrán que cuidar a otras personas enfermas y ello tendrá consecuencias en la atención que les brinden. Existe una especialidad llamada psicooncología, que estudia el estado de salud mental de aquellas personas que tienen cáncer, puesto que si una persona está deprimida sus defensas bajan y es más probable que la enfermedad se expanda. Mi estudio, entonces, puede ayudar a especialistas de esta área, pero más que nada lo veo como un primer paso para ir previniendo este problema y estar preparados para cuando se produzca en la realidad peruana.

Tras vivir seis años en Japón, ¿qué le deja toda esta experiencia en lo profesional y académico?

En lo profesional, a valorar la importancia del cumplimiento de los horarios, de los plazos. Comprendí que si todos lo hacemos, que si somos puntuales, cumplimos nuestros compromisos, que si entregamos nuestro trabajo en la fecha estipulada, todo funciona bien. Fue importante también el socializar el pedir ayuda, tener un grupo de amigos con los que uno pueda contar. Hay muchos estudiantes que no tienen amigos y se sienten solos. En mi caso, tuve la suerte de contar siempre con un grupo de amigos con los que pude conversar, acompañarnos, aprender y ayudarnos, sobre todo durante mis estudios para el doctorado, que fue un período particularmente duro. Durante la maestría no hay tanta obligación de generar un conocimiento científico, monitorizan nuestros progresos pero no nos exigen de más. El doctorado sí fue muy duro. Hay que realizar procesos más rigurosos de investigación y fundamentar científicamente cada idea y el nivel de exigencia es mayor, porque uno va a generar también conocimiento científico para otros académicos con tus hallazgos y debe ser adecuado. Nos cuestionan y exigen más que puede poner a uno mismo en situaciones de inseguridad sobre lo que sabe, un proceso muy fuerte. En mi experiencia, un doctorado exige mucha voluntad y fuerza de pensamiento. Los amigos, tener alguien con quien hablar, permiten seguir en el esfuerzo. El tiempo que he pasado aquí estudiando y conociendo la realidad de la salud pública en Japón, me ha hecho ver que en sí el sistema de salud es bueno, muy benevolente en algunas situaciones, a veces paternalista, pero realmente llega a funcionar. Me llevo buenas experiencias y algunos temas que me gustaría implementar una vez que esté en el Perú, donde quisiera trabajar en una oficina y poder aportar, sea desde un hospital o una red de salud, o enseñando en una universidad, todo lo que pude aprender aquí. ■

Con su madre, en Yokohama.

