

ENTREVISTA AL Dr. JUAN MANZANO GARRIDO



Doctor en medicina, psiquiatra i psicoanalista.

Entrevista realizada por el comité de redacción de la Revista de l'ACAP.
Julio de 2009

El doctor Juan Manzano, nacido en Cáceres, el año 1939, es un referente entre los profesionales de salud mental y de atención temprana. Su relevante trayectoria profesional se ha desarrollado principalmente en Suiza, desde donde se ha extendido por todo el mundo.

En su curriculum destacan diferentes facetas: la de clínico e investigador, como medico director, durante más de 20 años del Servicio Médico-Pedagógico de psiquiatría para niños, adolescentes y adultos del Canton de Ginebra ; la de profesor, como catedrático de psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Ginebra; y la de profesional comprometido siendo actualmente Presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, después de serlo de la misma Asociación en Suiza.

A su vez es autor y coautor de varios libros y numerosos artículos.

Dr. Manzano, siempre hemos sentido interés por su trayectoria profesional localizada en Suiza. Son escasos los profesionales españoles que han conseguido desarrollar su labor en el extranjero, ¿nos podría explicar su recorrido formativo y profesional?

Como tantos otros de mi generación, mi trayectoria comienza en el ambiente opresivo franquista, en mis estudios universitarios a finales de los años 50. La mediocridad, la mentira, la injusticia social, la falta de libertad, me llevaron naturalmente a una actitud antirégimen y tuve el honor de participar en la lucha antifranquista universitaria. Tuve, sin embargo, la suerte de encontrarme dos eminentes profesores – D. José Sopeña y D. Pedro Castro – marginados por sus ideas, que despertaron mi interés por la biología, la fisiología del sistema nervioso y ¡el psicoanálisis!

Las ideas políticas y sociales de mi juventud impregnaron mi trayectoria profesional psiquiátrica y el interés por el servicio público. Fueron los años de la antipsiquiatría y sus excesos, de los cuales tuvimos que desprendernos y aprender que las ideologías, por bien intencionadas que sean, no pueden tapan la búsqueda de la realidad de los hechos. Creo que esto explica, a la vez, mi interés por la investigación, la clínica, el psicoanálisis y mi compromiso social. Este interés me llevó al campo del desarrollo infantil y juvenil y por ello acudí a Ginebra atraído, además de por el psicoanálisis, por un Profesor también español – Julián de Ajuriaguerra – gran pionero de la psiquiatría infantil.

Su nombre y el del Dr. Palacio-Espasa comparten las páginas de esta edición de nuestra revista como han hecho en numerosos proyectos, artículos y libros

¿Cuál es el secreto de su larga y fructífera colaboración?

Paco y yo nos conocimos al final de nuestra carrera, en el primer trabajo que tuvimos. Nos hicimos amigos y seguimos siéndolo, nos fuimos juntos a Ginebra; nuestros intereses eran similares; eso explica nuestra colaboración científica.

¿Qué enfoque cree que debe tener actualmente la colaboración entre salud pública, universidad, investigación,...?

En mi opinión, esto no necesita explicación; un servicio público no se puede concebir sin una formación continua acompañada de la investigación. Se trata, además, de una condición que representa una motivación acompañada de la investigación. Se trata de una motivación suplementaria, necesaria sobre todo en los servicios de salud mental. Esto ha sido incluso demostrado empíricamente, por ejemplo, en los trabajos sobre la salud mental de los profesionales y la eficacia de los servicios. Recuerdo un estudio de la OMS comparando dos servicios equivalentes en personal, medios y tipo de pacientes; en uno de ellos estaba reservado un tiempo importante para la formación y la investigación; en el otro no, o en menor medida. El primero, no sólo era más eficaz y con mucho mejor ambiente de trabajo en equipo y mejor salud mental de los colaboradores, sino que además trataba, comparativamente, una proporción claramente mayor de número de pacientes. Esto coincide con mi experiencia como director de un Servicio al mismo tiempo universitario y territorial; es decir, responsable de la salud mental de los niños y adolescentes de un territorio. Añadiré que, igualmente, es un factor importante la existencia y colaboración – en nuestro caso formando parte del mismo Servicio Médico-Pedagógico – de todos los profesionales concernidos: médicos especialistas en Psiquiatría infanto-juvenil, psicólogos clínicos, trabajadores sociales, logopedas, terapeutas en psicomotricidad, educadores y otros, así como también de enseñantes especializados. Es decir, que este Servicio es competente y responsable de todas las medidas públicas para niños con “necesidades especiales” cualquiera que fueran y cualquiera que fuera el diagnóstico.

Como exdirector del Servicio médico pedagógico de salud mental, ¿Cuál cree que son los mayores retos de futuro de la salud mental pública? ¿Qué políticas y proyectos considera viables?

Creo que con lo anteriormente expuesto ya he respondido: acercarse a los objetivos y medios y modos de organización que he descrito. Para mí, esto es viable en España y en términos de servicio público.

El reto – y la amenaza – actual está representado en toda Europa por cuestiones de índole socioeconómicas. Existe claramente la tendencia a considerar la salud y el tratamiento de la enfermedad como una empresa privada más, fuente de ingresos y sometida a las leyes del mercado. Esto lleva necesariamente a una Sanidad – y una Educación – a “dos velocidades” (pobres y ricos) e, igualmente, a una elección de prácticas terapéuticas en función de factores del mercado que determinan igualmente las “ideologías” o

pseudoteorías científicas clínicas y etiológicas, a veces “ a cara descubierta” pero otras veces mucho más ocultas; el ejemplo USA está ahí. Se trata pues, de un asunto político, una concepción de la sociedad.

Hasta hace poco tiempo no se consideraba que los problemas en la infancia pudieran tener repercusión en el desarrollo futuro de la personalidad adulta. A menudo, los trastornos mentales infantiles eran considerados una situación transitoria. Los conocimientos actuales del desarrollo infantil nos aportan nuevas miradas al respecto. En ocasiones, el trastorno mental de un niño puede ser la base donde se sustenta un trastorno mental adulto. En términos de prevalencia, gracias a su experiencia profesional , ¿en qué medida cree usted que es así?

Hoy día disponemos no sólo de la experiencia, sino también de estudios prospectivos, catamnesis, controlados y confirmados que lo demuestran claramente

En los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (CDIAP) tenemos como pacientes a infantes entre los 0-6 años. En este primer periodo las relaciones familiares se están configurando y cobran gran importancia en el desarrollo mental de los hijos. Esto nos hace pensar en los diferentes abordajes terapéuticos que se dan en los diferentes CDIAPs. Estos niños son tratados por mostrar el síntoma de toda una situación familiar. ¿Cree que tratando únicamente al niño se corre el riesgo de patologizarle?

A un niño no se le patologiza, aunque se le trate sólo a él, más que por profesionales incompetentes o mal formados. Tratar a un niño individualmente, en grupo, en centros de día, en terapias conjuntas padres-hijo, a los padres por separado, etc. en función de la indicación, es la clínica, por consiguiente, la que debe determinarlo. Lo que sí es cierto que en cualquiera de los casos , aunque se trate sólo al niño individualmente, es necesaria,, de una u otra manera, una colaboración y una alianza con los padres.

En cuanto al niño que “muestra el síntoma de toda una situación familiar” no es más - en mi experiencia- que una de las posibilidades clínicas que podemos encontrarnos, pero no un axioma general; no comparto, pues, una teoría sistémica generalizada y exclusiva.

En nuestra práctica diaria atendemos a niños y niñas con graves dificultades, infantes que a menudo frustran el ideal de hijo, produciendo una grave herida narcisista. ¿Cuáles cree que serían los factores protectores para la familia ante los conflictos de parentalidad narcisista?

Ante los conflictos de la parentalidad narcisista, lo más importante en nuestra experiencia, es una intervención psicoterapéutica madre (o padre, o los dos) e hijo. Con F. Palacio, hemos desarrollado una técnica de consulta terapéutica - o psicoterapia breve padres-hijos - que se aplica en estos casos; también hemos descrito un modo de comprensión que hemos llamado “Los escenarios narcisistas de la parentalidad”. En otros casos es siempre una indicación de psicoterapia focal o, a más largo término, de la madre o el padre.

Dentro del sistema sanitario suizo la terapia breve es una opción de atención terapéutica más ¿En qué casos estaría indicado el abordaje psicoterapéutico breve y qué alternativa terapéutica propone en otros casos?

No sé si puedo extenderme aquí, en esta pregunta tan amplia. Tendría que remitirme a mis publicaciones.

La psicoterapia breve es, en principio, el primer recurso a contemplar, pero existen, naturalmente, contraindicaciones absolutas por un lado e indicaciones no suficientes por otro. Dicho muy esquemáticamente, las mejores indicaciones de terapia breve son aquellas en las que existe un conflicto interactivo actual hijo-padres; es decir, que el conflicto no está interiorizado – o no completamente – en el niño. Son los casos frecuentes en los trastornos funcionales precoces o los trastornos interactivos padres-hijos en los primeros años de vida, pero igualmente en las situaciones de crisis en la infancia y en la adolescencia. En estos casos, el niño actúa e interactúa con su comportamiento y actitudes, verbales y no verbales, vehiculando proyecciones parentales presentes en el momento. Además, la indicación exige igualmente, condiciones de transferencia positiva sobre el terapeuta.

Las alternativas son toda la panoplia terapéutica a nuestra disposición y que no puedo, como dije, resumir aquí. Las más frecuentes, en caso de contraindicación de las terapias breves, son la psicoterapia individual breve del niño y contactos espaciados con los padres. Igualmente, si ya existe una patología internalizada grave, desde la psicosis (trastornos globales del desarrollo) hasta los trastornos severos de la personalidad del niño, nosotros empleamos, como primera indicación, los Centros de día, que cuentan siempre con enseñantes especializados entre sus equipos; en el caso de patología neurótica, la psicoterapia individual. Aunque empleamos medicamentos sintomáticos, estos se prescriben siempre en el marco de una forma de terapia relacional.

En los últimos 50 años la neurología y la psiquiatría han experimentado avances extraordinarios y abrumadores. Nos llega información en masa sobre las causas genéticas de muchos de los trastornos del desarrollo y sus bases neurológicas. ¿Cuál es el escenario de posible encuentro entre psicoanálisis y neurociencias ante la ausencia evidente de un lenguaje común?

En primer lugar, yo pienso que esos avances no son, desgraciadamente, ni tan extraordinarios ni abrumadores. Los verdaderamente importantes desde Ramón y Cajal, son pocos. Para mí, éstos son: La plasticidad cerebral, es decir, la demostración de que la experiencia – en cualquier edad – modifica, no solamente las conexiones neuronales, sino también las propias estructuras del Sistema Nervioso Central; los circuitos de la memoria y el sistema de neuronas “espejo”; el mejor conocimiento de los genes y, sobre todo, que ellos también – en su forma y tipo de expresión – son modificados por la experiencia; en ese sentido, la genética moderna no es la tradicional: el modelo explicativo gen-medio ambiente (gen-environment) es hoy universalmente aceptado. Es por eso que una revisión reciente de la revista “Nature” sobre la genética de los trastornos psiquiátricos incluido el autismo, concluye que, una vez abandonadas las numerosas líneas de investigación que se creían prometedoras, sólo hay actualmente una “tenue lucecita”, una ligera esperanza de llegar a conocer los mecanismos subyacentes a la génesis en relación con el medio, de estos trastornos.

Todos los avances neurofisiológicos y genéticos son por tanto compatibles y en general confirman la teoría psicoanalítica. Es por esta razón por la que, desde Kandel, se ha desarrollado un gran interés, entre los investigadores en neurociencias, por el psicoanálisis. Recíprocamente, numerosos psicoanalistas – entre los que me encuentro – hemos publicado trabajos en este sentido. Existe incluso una Asociación de psicoanalistas sobre “neuropsicoanálisis” que realiza reuniones y congresos

Es requerido a menudo para compartir con nosotros sus conocimientos a través de conferencias, artículos, etc.,... Consideramos que tiene una visión amplia y externa de la atención temprana en Catalunya , ¿qué valoración haría de la situación actual de la red de atención precoz?

-- No conozco suficientemente para responder en términos generales, pero por lo que conozco, me parece que se han realizado progresos en muchos sentidos, en particular en lo que concierne al interés por la formación de los colaboradores, que ha conducido a experiencias innovadoras. Siempre he tenido una buena impresión de colegas competentes y activos.

Y ya para finalizar, Dr. Manzano, aún cuando ha cesado en algunas de sus actividades profesionales ¿cuales son sus retos y proyectos de futuro?

-- Pienso que los mismos de siempre. Continúo naturalmente con mi práctica clínica y terapéutica; colaboro en la formación y enseñanza en la medida en que mi experiencia puede ser útil. Publico artículos y libros, participo en investigaciones y también sigo activo en la acción profesional, social y política por la mejora de los servicios públicos dedicados a la prevención y tratamiento en el campo de la salud mental tanto en España como en otros países europeos.