

Ante el fallecimiento del Dr. Barenblit en abril 2025

Begoña Olabarria

Hace unos años tuve ocasión de participar en un importante homenaje al Dr. Barenblit en Barcelona. Era yo entonces presidenta de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP).

En aquel momento expresé con emoción que no siempre se tiene la suerte en la vida de encontrarse con alguien que sostiene la vista más allá del influjo de *lo suyo* inmediato, que conjugue con inteligencia, formación, solidez en su trayectoria, capacidad, rigor, compromiso con su entorno, búsqueda ética y comprometida de cambios necesarios en el campo de la Salud Mental, que apuesten con verdad por una atención pública de calidad, con un empeño sostenido de capacitación y transmisión del saber necesario de la psicoterapia psicoanalítica y del Psicoanálisis, con coherencia y autenticidad en el discurso y en las acciones.

Ese perfil creo poder decir que conformó una especie de línea estratégica vital suya, sostenida en el marco de un alarmante problema, cada vez más perceptible entre nosotros: la disociación entre juicio ético y acción efectiva. Una disociación que, sencillamente, Valentín Barenblit no ejerció, sino lo contrario. Porque él enfrentaba ese dominante tantas veces "todo vale" que se esconde entremezclado y detrás de "las grandes palabras" de los discursos éticos y de pensamiento más reconocidos como de progreso y de saber contrastado y riguroso.

Dije entonces también que esa suerte de encontrarme con Valentín Barenblit empecé a tenerla cuando algunos en este país queríamos construir opciones nuevas en tantas vertientes, desde luego en la de la Salud Mental, la atención pública, y también en la psicoterapia. En aquello que había quedado casi arrasado en España tras la Guerra civil y los subsiguientes 40 años.

Estábamos en la Transición tras aquel erial duro y pedregoso de la dictadura cuando él llegó. Fue en la segunda mitad de los años 70. Llegaba exiliado de la dictadura argentina que el régimen de terror del General Videla impuso tras el "golpe" militar. Había participado de modo protagonista en la -pionera en el mundo- Reforma de Lanús, hospital psiquiátrico donde los cambios en de defensa de derechos humanos de los ingresados y el trabajo terapéutico con familias y con la comunidad, desde una concepción interdisciplinaria de la atención le hacían portador de un bagaje singularísimo. Ya contaba con una rigurosa (y al tiempo siempre abierta) formación y trayectoria como psicoanalista de reconocido prestigio. Pues bien, Valentín Barenblit llegó y asentó entre nosotros, los que buscábamos un cambio en la atención psiquiátrico-manicomial predominante en España entonces, los que queríamos apostar por los derechos de los usuarios, por la atención comunitaria en Salud Mental, por los equipos multidisciplinares con saberes sostenidos desde una formación de especialistas que había que cambiar con urgencia, por la psicoterapia rigurosa, los que... En fin, que me encontré con alguien con ideas, saber y potente trayectoria hecha, que venía siempre con respeto e integridad, huyendo del terrible lodazal de la tortura y el acoso en Argentina, que había enfrentado (como también lo había hecho desde su pensamiento-conocimiento-acción) un modelo teórico-técnico-asistencial reduccionista-único poniendo en práctica formación de especialistas y de equipos desde una concepción que enfrentaba la jerarquización de saberes, que realizaba

trabajos en y con la comunidad, la escucha, la atención a los derechos de los usuarios y sus familias. Traía también un sólido saber que proponía, como un eje, la incorporación de la psicoterapia y la urgencia de la capacitación.

Creo poder decir que Valentín Barenblit fue, configuró, un modelo. Aunque inimitable. Además, un modelo entrañable, que se quedaba dentro de aquellos con quienes trabajaba, debatía, construía y desde luego a quienes formó.

Ese “tono” Valentín Barenblit, esa excelente, singular y extraña *obra* que está en muchas de nuestras cabezas, en nuestros oídos, en nuestras bocas, que sale y va más allá de lo publicado, que se hizo en diversos contextos, en los equipos de salud mental, en su centro de psicoterapia y formación, en su consulta, en los profesionales de la clínica, en las asociaciones, en el Sistema Nacional de Salud, en las consejerías de Salud... siempre en *discursos* clave llenos de conocimiento, rigor, profundidad, coherencia, ética más allá de las grandes palabras. Y generosidad. Ese ágora que promueve hacer(/se) preguntas, cambiar las mentes. Y así fue siempre, aportando en tantos otros espacios relevantes, como su participación en la Declaración de Atocha: Por un sistema público de atención a la salud mental de calidad de 2014, en el Congrés Català de Salut Mental durante años... Una *obra* en fin que siendo suya, forma parte ahora de nuestro bagaje. Y así resulta de alguna manera “nuestra”, porque forma parte de “nosotros”.

Estas palabras de homenaje a Valentín Barenblit tras su fallecimiento deben ahora callar para abrir las suyas en esta entrevista realizada hace años. Tal vez casi podamos oírle.

En Madrid a 7 de Mayo de 2025

Compartimos a continuación una entrevista realizada por Begoña Olabarría a Valentín Barenblit. La entrevista ha sido publicada en el Anuario de Publicaciones de Psicoterapia en Lengua Española 2010, editado en julio 2011., de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapia, FEAP.

Entrevista a Valentín Barenblit

Begoña Olabarría González

(Publicada en el Anuario de Publicaciones de Psicoterapia en Lengua Española 2010, editado en julio 2011., de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapia, FEAP)



VALENTÍN BARENBLIT. Médico. Psiquiatra. Psicoanalista. Ex jefe de Psicopatología y Neurología del Policlínico de Lanús

Miembro Asociado de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis. Miembro Honorario de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Miembro invitado de la Sociedad Española de Psicoanálisis. El conjunto de estas instituciones pertenece a la International Psychoanalytical Association.

Presidente Honorífico y Director de iPsi, Centre d'atenció, docència i investigació en Salut Mental. Presidente Honorífico y docente de iPsi, Formació Psicoanalítica. Profesor Consultor de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa) (Buenos Aires Argentina) Profesor Honorario de la Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA) (Argentina).

Miembro Honorario de la Associació Catalana de Psicoteràpia Psicoanalítica. Miembro Honorario de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal (España). Presidente Honorario del Capítulo de Interconsulta y Medicina de Enlace de la Asociación de Psiquiatras Argentinos. Miembro Fundador y Patrono de la Fundació Privada Catalana per a la Recerca i Avaluació de les Pràctiques Psicoanalítiques.

Miembro y Patrono de la Fundació Congrés Català de Salut Mental.

Begoña Olabarría: Seguramente sea única una perspectiva de la Psicoterapia en España como la que puede tener el Dr. Valentín Barenblit. El Dr. V. Barenblit llegó exiliado a Barcelona en 1977 refugiándose de la dictadura de los militares argentinos. Hasta entonces su vida y su trayectoria profesional se habían desarrollado fundamentalmente en una doble línea: Por una parte como miembro del equipo del Dr. Mauricio Goldenberg en el Policlínico de Lanús o Evita y luego Jefe del Servicio de Salud Mental de dicho Policlínico de Lanús en Buenos Aires (Argentina), cuya actividad novedosa y de cambio tanto en el ejercicio clínico como en la concepción de la atención en muchos órdenes, alcanzó un reconocimiento y significación cuya resonancia llega hasta hoy. También en su rigurosa formación en Psicoanálisis.

En nuestro país ha venido desarrollando una obra extensa y profunda con múltiples acciones en diferentes vertientes de gran riqueza. Obra ligada al

pensamiento y la acción clínica y docente, impulsora de procesos de cambio en las concepciones de la atención en los Servicios Públicos de Salud Mental en nuestro país e impulsando la psicoterapia, el pensamiento y la docencia, desde el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica tanto en su ejercicio clínico como en el docente y de supervisión (de equipos, grupos y psicoterapeutas).

Buenas tardes, Dr. Barenblit, muchas gracias por atender la petición de realización de esta entrevista.

Cuando llegas a España eras un profesional de peso específico con trayectoria. Un profesional que habías participado en un singular proceso de reforma asistencial, además de tu ejercicio como psicoanalista. ¿Puedes trazarnos una panorámica de los principales focos de interés tuyo de aquellos años?

Valentín Barenblit:

El Policlínico de Lanús se construyó e inauguró durante la primera Presidencia de Juan Domingo Perón y fue llamado Policlínico Evita por la que era entonces su esposa. Acabada la presidencia de Perón, el gobierno militar siguiente, renombró hospitales, calles, etc. El Policlínico pasó a llamarse Profesor Doctor Gregorio Araoz Alfaro, que había sido un gran maestro de la medicina.

Posteriormente el Policlínico fué cambiando de nombre, en función de quien se encontraba en el poder. Cuando el gobierno era Peronista se llamaba Policlínico Evita, cuando dejaba de serlo se llamaba Profesor Doctor Gregorio Aráoz Alfaro. Para evitar el continuo cambio de nombre, los autodenominados "lanusinos", identificándose como tal aquellos profesionales que pertenecían al Servicio de aquel Policlínico, determinaron que este pasara a denominarse coloquialmente Policlínico de Lanús, indicado por el municipio y la zona geográfica donde estaba y sigue estando ubicado.

Begoña Olabarría: ¿En ese lugar qué papel jugó, cómo pesa, Mauricio Goldenberg en cuyo equipo te integras?

Valentín Barenblit:

Mauricio Goldenberg era un valiente y valioso psiquiatra dinámico, que ya había dirigido un Servicio en un hospital psiquiátrico. Siempre fue un cuestionador crítico tanto del hospital como de sus métodos. Posteriormente consiguió una plaza en este Hospital General como jefe de un servicio al que se le destinaron muy pocos recursos. A partir de 1956 comenzó a desarrollar un proyecto en el hospital general. Este modelo es el que consideraron relevante, tiempo después, los organismos internacionales de atención a la Salud Mental, frente a las características manicomiales de los hospitales psiquiátricos con tratamientos sumamente iatrogénicos con los pacientes y sus familias.

Promovió la propuesta y la puso en marcha al ganar un concurso en este hospital donde empezó con una pequeña parcela territorial que se denominó Servicio de Psicopatología y Neurología. A partir de la creación de este Servicio, su prestigio fue creciendo rápidamente y se convirtió en un referente de avanzada progresista para la Atención en Salud Mental y no solamente desde la perspectiva teórico-técnica, sino ética y operativa.

Desde entonces, fue logrando espacios dentro del Hospital General y la consigna importante en ese momento era la psiquiatría, que después se reconvirtió en Atención a la Salud Mental.

Hace tres años se hizo un acto público y se rebautizó el Servicio con el nombre de Servicio de Salud Mental Profesor Doctor Mauricio Goldenberg.

En su momento fue un desafío a la hegemonía de los grandes hospitales psiquiátricos. Este Servicio empezó a convocar a gente joven para ocupar posiciones asistenciales, también de coordinación y dirección. Se convirtió en un centro cada vez más calificado, en el que llegaron a trabajar aproximadamente 200 profesionales, en un hospital de 500 camas y consultorio externos de las distintas especialidades.

Cabe destacar que sólo aproximadamente un 20% de ellos percibían remuneración salarial.

No era solamente un Servicio novedoso por sus definiciones éticas, ideológicas y teórico-técnicas, sino que además convocaba a profesionales de varios países de América Latina, que compartían la ideología que promovía M. Goldenberg.

Una definición básica es que tenía una conducción democrática. Cada sector del Servicio tenía su representación en lo que se llamaba el Consejo Directivo, que coordinaba el jefe del Servicio, generando mensajes de intercomunicación con los equipos que se fueron organizando en torno a distintas funciones, especializaciones o lugares. Cada uno de estos grupos se llamaba Departamento: (consultorio externo, sala de internación, hospital de día, interconsulta, salud mental comunitaria, de niños, adolescentes, adultos, gerontopsiquiatría; otros según problemáticas, alcoholismo y drogodependencias; otros según modos específicos de trabajo; Secciones que eran grupos de trabajo transversales como psicoterapia de grupo, psicoterapia de pareja y familia, docencia e investigación. Además se desarrolló un club de rehabilitación y resocialización que se llamó Amanecer.

De esta manera se consolidó en el Servicio una articulación en tres niveles: La atención: primaria, secundaria y terciaria (ocupaba el mayor tiempo a los miembros del equipo)

La docencia: que se impartía a los estudiantes de medicina, psicología, trabajo social, enfermería y otros grupos profesionales (tarea que realizaban los miembros del equipo a partir de cierto nivel de formación y capacidad de transmisión de conocimiento).

Este Servicio integró la primera Residencia en Psiquiatría y era sin duda el Servicio más deseado por los profesionales.

Podían elegir tres Servicios según el orden de puntuación que obtenían los candidatos y la mayoría de ellos ponían en primer lugar nuestro Servicio. Antes de que se creara CONAREME (CONSEJO NACIONAL DE RESIDENCIAS MÉDICAS) M. Goldenberg tuvo la criteriosa idea de crear junto a un grupo de entusiastas y sensibles admiradores de nuestro proyecto, una fundación que financió y fomentó la creación de la Residencia Médica, aún antes de que las autoridades sanitarias de la época la pusiera en marcha. Allí estuvieron los primeros residentes financiados con los salarios que recibían de la Fundación ASPA (Amigos del Servicio de Psicopatología del Policlínico Araoz Alfaro)

La investigación: Se hizo un trabajo de investigación diversificado y muy cualificado: clínico y epidemiológico, innovador y progresista para aquella época en la que se consideró dentro de la asistencia psiquiátrica la importancia e irrenunciable convicción de articular los tres niveles indicados.

Todos los miembros del Servicio, con M. Goldenberg, determinamos que esos tres niveles debían integrarse en el campo de la Atención a la Salud. También es oportuno señalar aquí que las prácticas profesionales siempre tuvieron como referente el trabajo interdisciplinar. Además, cabe destacar que las teorías y técnicas que se desarrollaron junto con la clínica psiquiátrica fueron preferentemente la psicoanalítica y la sistémica.

Yo me incorporé al Servicio poco después de su fundación debido a mi gran fascinación, como otros muchos compañeros, por la propuesta y personalidad de M. Goldenberg. Compartíamos la vocación por el servicio público y también por la atención hospitalaria, y la denuncia de las actividades de los hospitales psiquiátricos a los que se solía llamar "manicomiales". Deseábamos construir un proyecto para ofrecer acceso a prestaciones de excelencia en el campo de la atención a la salud mental.

Begoña Olabarriá: Dirías que tu trayectoria profesional, y también de pensamiento y acción, antes de llegar en 1977 a España estarían marcadas ¿por qué ejes profesionales?

Valentín Barenblit:

Por dos ejes principales:

1. El trabajo en la atención pública y la formación como psicoanalista y psiquiatra.
2. La incorporación y la participación en el Servicio de Psicopatología y Neurología del Policlínico de Lanús, ocupaba buena parte de mi esfuerzo y de mi tiempo.

Begoña Olabarriá: ¿Cuándo fue el momento en el que pasas a ser responsable de ese Servicio?

Valentín Barenblit:

Todo aquel que entraba a formar parte de aquel Servicio debía de ser responsable y era una de las condiciones más importantes. Yo fui coordinador de distintos Departamentos. El primer encargo que me hizo M. Goldenberg fue colaborar y entrenarme durante dos años en neurología. Debo mi gratitud porque aprendí mucho de quien fue en esa época el neurólogo del Servicio.

Simultáneamente, M. Goldenberg me encargó coordinar un equipo novedoso denominado Departamento de Interconsulta. Por aquella época, no era frecuente la relación de la psiquiatría con la medicina general. Existían muchas resistencias mutuas, atribuidas por los psicoanalistas a los profesionales de la medicina general. También es cierto, que a muchos psicólogos y psiquiatras les resultaba inquietante

trabajar en Servicios donde el contacto con la enfermedad mental se hallaba próximo a los temores y ansiedades que genera el sufrimiento físico y la muerte.

Realizamos una tarea muy creativa pues nunca dejé de ser médico. Teníamos por entonces una sala de internación de 32 camas, novedad inquietante para muchos, pero muy positiva para los pacientes y para nosotros. Llegamos a ser 20 profesionales en ese Departamento de Interconsulta. Llegaba por la mañana, me colocaba mi bata blanca y acudía con mis colegas a responder a las demandas de los Servicios de clínica médica, cirugía, obstetricia, pediatría, ortopedia, otorrinolaringología, etc. Acompañábamos la actividad asistencial con tareas docentes. Constituimos los primeros grupos Balint de Residentes de medicina interna y cirugía. Paso a paso ganamos prestigio y transferimos tecnología, especialmente a los médicos jóvenes, al personal de enfermería y el de trabajo social, teníamos como objetivo transmitir a ellos conocimientos suficientes para lograr mayor autonomía operativa. Pero los problemas de mayor complejidad existentes, requerían las aportaciones de nuestra especialización.

Repartíamos los pedidos de consulta y tratábamos de que los miembros de nuestro equipo visitaran los mismos servicios para establecer vínculos con los profesionales, tarea muy apasionante.

Se nos empezó a llamar, coloquialmente, “patrulla” a semejanza de una serie televisiva de la época. Este nombre, reemplazó al de departamento consultor. Hoy en día siguen llamándose patrulla a los equipos que realizan esta tarea en algunos de los hospitales generales en Argentina.

Begoña Olabarría: Cuando sales del Policlínico y mirando tu trayectoria retrospectivamente, ¿qué lugares y qué profesionales dirías que han marcado tu que-hacer y en relación a qué objetivos?

Valentín Barenblit:

Esta pregunta merece una reflexión detenida. Como ya anticipé anteriormente, hubo dos senderos paralelos por los cuales transité durante mi formación y mi trabajo, tanto en Argentina como en España. Son por una parte el trabajo institucional del hospital, con las múltiples actividades que allí desarrollábamos y mi formación como psicoanalista. Con lo cual, se fueron perfilando dos focalizaciones importantes y complementarias, que al mismo tiempo eran el modelo que intentaba transmitir nuestro Servicio en el Policlínico de Lanús. Era la posibilidad de estar en un servicio de atención pública fuera de las estructuras manicomiales, en un Hospital General, en contacto con la comunidad y con una diversidad de intervenciones desarrolladas con los distintos grupos de trabajo que mencioné.

Como profesionales, cometería un desliz si intento mencionar algunos, porque omitiría a otros, pero deseo destacar especialmente a Mauricio Goldenberg y al mismo tiempo expresar mi gratitud a las compañeras, compañeros y colegas con los que trabajamos, durante largos años en el desafío institucional para la salud mental, que significó la tarea del Policlínico de Lanús.

Pero por otra parte mi análisis personal, que fue largo, sostenido y prolongado, según las normas de aquellas épocas con intensidad en el número de sesiones, prolongación en el tiempo y mi formación como psicoanalista que se desarrolló en aquel entonces en la Asociación Psicoanalítica Argentina. Institución perteneciente a la IPA y sobre un sólido, riguroso y estricto proyecto de formación teórico-clínica, con las supervisiones y los correspondientes seminarios. En todo momento no dejé esas actividades en paralelo.

En relación a tu pregunta, los profesionales que marcaron mi quehacer y con qué finalidad. Yo tengo la impresión que muchos de ellos marcaron mi quehacer y aportaron para construir mi proyecto personal y mi inserción grupal en la actividad institucional y profesional. Fueron épocas difíciles, pero desarrolladas con entusiasmo y venciendo dificultades múltiples, pero yo creo que en primer lugar está la figura y la transmisión de los ideales de Mauricio Goldenberg, además me marcaron obviamente mucho, los largos años de mi análisis personal. También mi formación en la Asociación Psicoanalítica Argentina donde tuve la oportunidad de formarme con maestros importantes de aquellas épocas.

Los objetivos fueron los de articular ambas perspectivas. La de una formación teórico- clínica y su utilización en el campo de la salud pública y de la atención a la salud mental.

Begoña Olabarriá: El hecho de hacer una trayectoria profesional con esos dos ejes, sin renunciar a ninguno, no creo que fuera algo tan común en la época y mantenerlos a lo largo de una vida profesional me parece algo muy singular ¿Tenías referentes en este sentido o más bien decidiste apostar por los dos, con alta intensidad, sin renunciar a ninguno de ellos y haciendo una trayectoria personal y profesional tan importante?

Valentín Barenblit:

Yo no puedo garantizar cifras estadísticas, pero te diré que no era de excepcional singularidad ese modelo de formación y de trabajo. De todo el personal que trabajaba en el centro tan solo 40 personas aproximadamente, cobraban un sueldo más que modesto. El resto trabajábamos sin cobrar un salario. La mayoría de los profesionales que trabajaban por la aportación a un nuevo modelo de salud mental, no exento de una ideología social y solidaria con las necesidades de la población y la ciudadanía. Puedo decirte que lo mío no es una excepción ya que hubo toda una generación que compartió la tarea hospitalaria sin remuneración salarial alguna.

Begoña Olabarriá: Ese proyecto de cambio, de alta implicación y compromiso, se ve truncado, roto, por la represión durísima del golpe militar de Videla en Argentina. Trunca el proyecto de cambio institucional y ejerce una potente represión que hace que algunos profesionales entre ellos tú, podáis finalmente salir y en tu caso llegar a España. ¿Qué panorama te encuentras aquí?

Valentín Barenblit:

En principio te respondo a mi retirada de mi cargo en el Servicio. Yo tuve el honor y la responsabilidad de reemplazar a Mauricio Goldenberg, en la jefatura a comienzos

de la década de 1970. Fue interesante como se hizo esa designación, porque siguiendo las pautas democráticas se consultó, con todos los miembros del equipo la decisión de Goldenberg de abandonar la jefatura del servicio y desarrollar un proyecto similar en un hospital de colectividad (Hospital Italiano). La consulta determinó que yo fuera elegido para ocupar el lugar tan comprometido que ocupó Goldenberg. Esto ocurrió antes del golpe militar de 1976. Después del golpe y aplicando una ley, totalmente ilegítima se me expulsó de mi puesto de trabajo hospitalario, de la misma manera que se hizo con centenares de funcionarios de la Administración Pública y con prestigiosos docentes universitarios.

Otra vez, mediante un acuerdo democrático de todos los miembros del equipo, elegimos una colega (Dra. Lucía Barbero) que me sustituyó, la cual lo asumió en momentos muy peligrosos, aceptó con gran dignidad y con el apoyo de todos los miembros del equipo. Meses después ella comenzó a correr riesgos después de mi detención ilegal (desaparición), de la que afortunadamente salvé la vida después de unas semanas de detención. Ella emigró a Brasil, con su marido (también miembro de nuestro Servicio) y su familia. En ese país residen y desarrollan sus actividades profesionales desde entonces.

Después fue sustituida sucesivamente por dos profesionales nombrados por el régimen hasta que se reinstaló la democracia con el presidente Dr. Raúl Alfonsín y se concursó el cargo.

Simultáneamente durante la dictadura militar, muchos colegas se fueron alejando del Servicio que perdió profesionales de excelente nivel y el Servicio declinó -hasta la actualidad- la calificada referencia internacional que sostuvo durante dos décadas. Llegué a España por los vínculos históricos con Argentina que facilitaron mi inserción. Debo expresar mi gratitud a varios países por las invitaciones recibidas para aceptarme como exiliado cuando me conminaron a abandonar el país en 48 horas, después de dejarme en libertad.

En España encontré varias cosas. Una de ellas la transición política instaurada después de la muerte del dictador Franco. En primer lugar debo expresar mi gratitud a los colegas, amigos, conocidos, instituciones, etc., que me y nos dieron una muy cordial y generosa bienvenida. Realmente es importante destacar que para mí fue un fenómeno interesante, ver cómo a pesar de las distancias geográficas transitan los mismos ideales y se encuentran seres humanos con los que uno puede tener rápidamente una relación de confidencialidad y fraternidad.

En cuanto a la situación del Psicoanálisis y la Psicoterapia creo que merece destacarse de manera especial el mérito de que bajo la presión del régimen franquista, el Psicoanálisis y la Psicoterapia hayan podido alcanzar las cotas que habían alcanzado en aquel momento. Sabemos que no fue fácil para los terapeutas y psicoanalistas de aquella generación. Debieron hacer grandes esfuerzos para mantener sus espacios, tuvieron que formarse fuera de España, pero lograron sembrar los gérmenes que permitieron, en democracia, el desarrollo de la psicoterapia en España, que ha sido enorme en pocos años. Ha sido enorme porque tenían la deuda pendiente y un potencial creativo de muy distintos sectores tanto de orientación como de tendencias teóricas. Cada uno fue desarrollando sus proyectos y creo que la situación del Psicoanálisis y la Psicoterapia en España avanzó de manera evidente y notable en pocos años.

Es difícil evaluar la situación actual en psicoterapia y en psicoanálisis en el conjunto del estado español.

Mi criterio de la valoración actual, tanto en Psicoterapia y en Psicoanálisis, como en los proyectos de Atención a la Salud Mental, resulta difícil, no creo que sea posible, establecer una posición unívoca con respecto a todo un territorio, como el español. Creo que existe una asimetría, que por distintos factores ha permitido desarrollos muy interesantes en algunas comunidades autónomas y menos en otras.

Tengo el privilegio de tener esta entrevista con una institución de la jerarquía y el desarrollo y la riqueza de la FEAP, pero lo cierto es que no en todas las comunidades autónomas se han desarrollado de la misma manera. Existen algunas más privilegiadas donde se avanzó. Creo que es multicausal esa diferencia o esa asimetría. Yo pienso que habría que prestar atención para desarrollar más en las comunidades autónomas que no han podido hacer avances como las que sí los han realizado con importantes mejoras que las han colocado en situaciones privilegiadas. Hay un aspecto que también me parece relevante mencionar y que tiene que ver con la Universidad. El saber universitario también es asimétrico y realmente creo que desde ese punto de vista no han sido factibles los desarrollos tanto del psicoanálisis como de las psicoterapias -en plural -, porque conviven, en distintas comunidades autónomas, diversos grupos de psicoterapeutas, de diferente inspiración teórica y técnica. Pero no veo que haya una homogeneidad en el ámbito universitario que tendría que ser atendido con mayor cuidado para que los jóvenes profesionales y alumnos puedan ya, en la universidad, empezar a recibir, independientemente de la especialidad a la que se dedicarán, una mejor formación humanística, vinculada a las diversas psicoterapias. No sé si tú estás de acuerdo.

Begoña Olabarriá: Completamente. Coincido contigo: El ámbito académico de manera irregular, como dices, y con notables excepciones verdaderamente de calado y que hacen una apuesta verdadera por la psicoterapia, el ámbito académico decía no sólo no ha sido globalmente sensible, sino que no creo exagerado decir que, globalmente, más bien parece haber ejercido un cierto rechazo, una cierta exclusión del saber, del conocimiento psicoterapéutico, que creo que no se corresponde ni con la sensibilidad de los profesionales en general ni con las necesidades de la población, ni con la demanda de la población y de instituciones públicas y privadas. Creo que ahí hay una divergencia que nos habla de esa carencia de interés y sensibilidad, globalmente considerada, y también del valor de quienes han sabido mantener dentro del ámbito académico el interés, el valor, la apuesta por la psicoterapia, tanto en términos de transmisión y formación de alumnos como en términos de investigación. Pero son excepciones si atendemos a la globalidad.

Valentín Barenblit:

Yo estoy totalmente de acuerdo y me alegro que tu digas lo que yo pienso con lo cual la entrevista está tomando un carácter mucho más ágil y dinámico y me

atrevo, aunque me consta que con esto puedo lograr enemistades de algunos colegas o sectores, a afirmar que todo este fenómeno está muy vinculado por las políticas de las instituciones académicas universitarias y por el peso fuerte que tiene la psiquiatría tradicional. Creo sinceramente que son compatibles las prácticas psiquiátricas con las prácticas psicoterapéuticas. Pero en muchas universidades no han entendido esto. Los académicos prestigiados, en cuyas manos está la capacidad de decidir el futuro de los jóvenes alumnos y de sus próximas prácticas profesionales, con lo cual se ve, lamentablemente, con cierta frecuencia, el peso hegemónico de la psiquiatría tradicional y los límites que ponen en los ámbitos universitarios y en otros ámbitos institucionales a los desarrollos que puede aportar las psicoterapias desde las distintas escuelas que existen en ámbitos institucionales privados o semiprivados y fundacionales en el territorio español. Pero si bien es un proceso que se desarrolla a lo largo de los años, vale la pena aprovechar esta oportunidad justamente porque es lento, dificultoso, requiere cambios ideológicos, teóricos y técnicos. Obviamente esta dificultad existe y que por eso no creo conveniente responder a esta pregunta de manera homogénea, sino analizando territorio por territorio.

Begoña Olabarriá: En realidad creo que también hay una complementariedad entre esa predominancia de la psiquiatría tradicional de corte biologicista, tanto en el ámbito académico de la Medicina como en muchos de los servicios de salud mental, y la formación que se ofrecía en el ámbito académico de la psicología, pues parecen complementarse muy bien en el ámbito asistencial y de formación el esquema biologicista con el conductismo, que ha sido tantos años el modelo casi absolutamente preponderante en las facultades de Psicología. De manera que esas dos líneas, complementaria y vertebradamente, ejercen entre sí una exclusión, a veces activa y a veces pasiva, con un grado de conciencia variable. Ejercen una exclusión sobre la psicoterapia psicodinámica, sobre el psicoanálisis y sobre otros modelos de psicoterapia que están bien aceptados en la comunidad científico-profesional internacional, como el sistémico, el psicodrama, el humanista, el de las terapias corporales y otros. Creo que en este sentido la evolución de la psicoterapia en España durante la Transición, a la que tú haces referencia, se explica por una parte con unos pocos y bien formados psicoterapeutas en España, y con la llegada tuya y de algunos otros más que fuera del ámbito académico, hacéis un trabajo importantísimo. Tengamos en cuenta que fueron muy pocos los que en España quedaron sosteniendo el discurso de la psicoterapia durante el franquismo porque tras la guerra la inmensa mayoría marcharon al exilio. Algunos muy importantes precisamente a países latinoamericanos en que contribuyeron a veces de manera muy significativa al avance de la psicoterapia en ellos.

Recibimos vuestro exilio todos estos años después, que se une con aquéllos que habían quedado y con algunos que se habían marchado y se habían formado fuera. Y fue una contribución de primera magnitud sin la cual creo que no se puede entender el salto cualitativo que, en mi opinión hay en la psicoterapia en España.

Ese salto cualitativo creo que tiene protagonistas, uno de ellos creo que está así reconocido de manera generalizada, eres tú.

Valentín Barenblit:

Creo que sí hubo un aporte que de alguna manera devolvía a España lo que había recibido a raíz de la guerra civil española con la llegada a la Argentina de prestigiosos intelectuales y profesionales entre ellos, de nuestra especialidad. Pero tengo la impresión de que para el desarrollo de la psicoterapia hay varias cuestiones a examinar. Por una parte los intereses sectoriales a los que nos referíamos, el poder y la resistencia que oponen en algunas universidades, incluso en algunas comunidades autónomas, algunos sectores de la psiquiatría biológica, que no todos, porque afortunadamente se han tendido puentes de comprensión y entendimiento muy importantes y creo que hay que sostenerlos y asimilarlos.

Me honro en mantener diálogos muy creativos con colegas que sin ser psicoanalistas pueden entender de forma interdisciplinar conceptualizaciones y prácticas que se potencian perfectamente bien y creo que las comunidades autónomas que han podido crear redes de Atención a la Salud Mental, ponen en evidencia que esta situación es posible y deseable y espero que esto mejore en el futuro. Lo que sí creo que es importante saber que estos cambios que nosotros intentamos promover requieren tiempo, esfuerzo y requieren tanta creatividad de los sectores innovadores progresistas como saber que tendrán que vencer resistencias y desinformaciones. Yo no he visto ningún proceso de cambio estructural en ningún país, de forma masiva, en poco tiempo. Creo que son aspectos vinculados a la cultura, a las ideologías, a las éticas y a las convicciones teórico-técnicas que distintos sectores tienen del padecimiento psíquico y de las formas de abordarlo en los tres niveles que señalaba antes de prevención primaria, secundaria y terciaria.

Begoña Olabarriá: aceptando sin dudar esto que dices de que se necesita un perspectiva temporal seguramente más amplia para poder ver los efectos de procesos que requieren tiempo, ¿no crees que estamos en este momento en España en una situación en este momento, global (con sus diferencias territoriales marcadas) de recesión en torno a la psicoterapia particularmente en los servicios públicos de salud, tanto en los sanitarios como en los de servicios sociales u otros? ¿Dirías que hay en este sentido una desmoralización de los profesionales que se encuentran en estos servicios y un abandono de ese esfuerzo creativo de implicación al que haces referencia, cuando además tenemos por otro lado y por primera vez, un Real Decreto que establece que el Sistema Nacional de Salud incorpora obligadamente la psicoterapia como prestación a los ciudadanos pero en cambio no se está dando suficientemente en la realidad? ¿Qué te parece que está ocurriendo? ¿Cómo ves este fenómeno?

Valentín Barenblit:

Yo no puede decir nada de más calidad conceptual de lo que tú acabas de decir. Creo que sí que existen, como tú misma dices, riesgos de pérdida de espacio para las psicoterapias y creo que en este sentido cabe mencionar la pluricausalidad de esta situación. Y es que por una parte si se quiere incorporar la psicoterapia, como prestación obligada en el sistema nacional de salud mediante Real Decreto que la establece pero por otra parte no se cumple en la realidad, porqué, yo creo que convergen varios factores.

En primer lugar cabe mencionar la influencia que tiene y tendrá la actual crisis socioeconómica donde observamos los efectos en diversos campos, de la hegemonía que imponen las políticas neoliberales que remplazan a las ideologías y políticas de los estados del bienestar. En este sentido es necesario enfatizar en relación a los recortes de financiación y de servicios estatales y las privatizaciones de muchos, en especial en los servicios de salud, la educación y la cultura que afectan negativamente a la Salud Mental y las psicoterapias. Por una parte los factores ideológicos de los dirigentes de turno de cada país y comunidad autónoma y además por la fuerte presión de la psiquiatría biológica tradicional. Y solo voy a mencionar sin desarrollar lo que quería comentar al respecto, por intereses empresariales de la industria farmacéutica que realmente propicia la utilización de los fármacos como solución obligada y a veces única para la supuesta cura del paciente. Entonces se genera una compleja situación donde por una parte se avanza en la letra escrita pero no en la práctica real y ahí hay un padecimiento complejo porque los pacientes no reciben, junto con el psicofármaco que corresponde en cada caso y sin abusar de él, no obtienen la prestación pertinente de la psicoterapia que ha dado pruebas durante años de su efectividad, eficacia y eficiencia en las prácticas, en los campos de la salud pública a la ciudadanía y a la comunidad.

Se establece una situación de agravio comparativo entre las posibilidades que tiene un/a ciudadan@ de recibir una excelente asistencia en la práctica privada y las posibilidades que tiene un/a ciudadan@ de recibir una asistencia adecuada, pertinente de psicoterapia en la asistencia pública. Por otra parte, hay que reconocer el sufrimiento de muchos profesionales que tienen que establecer disociaciones importantes porque teniendo excelentes formaciones como psicoterapeutas tiene que realizar prácticas con las que no están para nada de acuerdo y que generan conflictos de culpa y frustración con justa razón porque tiene que asistir con frecuencia totalmente inadecuada a sus pacientes, durante el tiempo que no son los que la clínica recomienda, y basar fuertemente, salvo excepciones, sus expectativas terapéuticas en la psicofarmacología o en algunas intervenciones psicoterapéuticas que con ingenio y buena voluntad, pueden ofrecer los profesionales en algunas instituciones, especialmente de asistencia primaria. En España la inversión pública en atención a la salud mental está por debajo de las necesidades de muchas comunidades autónomas y yo creo que eso lamentablemente ocurre también en el campo de la salud.

Las famosas listas de espera, hacen que realmente no se pueda desarrollar una intervención precoz oportuna. La dificultad de establecer, en salud mental, proyectos de prevención primaria, incluso de prevención secundaria, es decir de asistencia, que se centra realmente en contactos mínimos interpersonales entre los equipos profesionales y los pacientes que requieren asistencias y que tienen que conservar sus vínculos, sobre la base de entrevistas terapéuticas muy irregulares y basadas en la expectativa terapéutica de los psicofármacos.

Yo decía antes que no es ajena a esto la sumisión también, además de conceptual y teórico-técnica de muchos sectores de esta psiquiatría que tú mencionabas como biológica, de las modalidades relacionales de la industria farmacéutica para con los profesionales y esto no es poca cosa. Merece una reflexión importante porque pone en cuestión la posibilidad de aplicar con ética y con dignidad teórico-clínica nuestros distintos modelos de psicoterapia para los pacientes que lo requieren.

Begoña Olabarria: ¿Qué objetivos definirías como principales para avanzar en desarrollo de la psicoterapia en España y en Europa?

Valentín Barenblit:

Creo que los objetivos básicos serían la real jerarquización de las psicoterapias, por la Unión Europea, de las demandas que puedan establecer los ciudadanos y las asociaciones profesionales, justamente para priorizar nuestras posibilidades como psicoterapeutas de operar positivamente sobre los pacientes y en la comunidad.

Nosotros venimos de una historia donde la psiquiatría estaba alejada de la población, limitada en sus hospitales psiquiátricos manicomiales y con historias que para cualquier personas ilustrada o con deseos de ilustrarse, es fácil revisar lo que eran los hospitales psiquiátricos, no solo en España, sino en muchos países del mundo. La OPS y la OMS hace años que vienen recomendando insistentemente, con estudios epidemiológicos, con distintas experiencias locales en distintos países y en diversos continentes, a partir de la declaración de Alma-Ata (1978) y después de la declaración de Caracas (1990) por la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina convocada por la (OPS/OMS), en la que tuve el honor de participar. En dicha declaración se expresa la imprescindible necesidad que llegó a llamarse de desmanicomialización y a poner realmente en el campo de la salud pública dispositivos próximos a la comunidad, de fácil accesibilidad, que realicen trabajos comunitarios, que puedan aceptar las aportaciones de las asociaciones de familiares, las asociaciones sindicales, de las asociaciones civiles y que realmente puedan llegar a promover y desarrollar las practicas psicoterapéuticas adecuadas.

Yo pienso que es importante que las prescripciones e indicaciones de la Organización Mundial de la Salud y de sus distintas delegaciones en todos los continentes, sean escuchadas por las autoridades y por instituciones civiles y se intensifique los procesos de transformación que aproximen la atención a la salud, a través de las redes de atención primaria, con distintos dispositivos.

Con dispositivos de Atención a la Salud Mental, para brindar unas prestaciones en atención primaria, pero eso requiere básicamente: decisión política de los países de los estados miembros, planificación adecuada y un seguimiento donde la atención en sus tres dimensiones, que antes planteaba, se acompañe de buenos programas de docencia para los miembros de las instituciones y de investigación, que es aun una asignatura pendiente que tenemos todavía en el campo de la psicoterapia.

Hay que reconocer que tiene desarrollos, algunos en España muy importantes, y también en otros países, pero todavía tienen por delante bastante camino que recorrer.

Begoña Olabarria: En este sentido, si te entiendo bien, no sería tanto en el ámbito de la salud pública una apuesta por generar nuevos discursos. Es algo que conoces muy bien desde dentro por tu trabajo como colaborador y asesor de la OPS. No es tanto que falte el discurso ni las posiciones, lo que falta es ponerlos en práctica, punto número uno. Y punto número dos, creo que señalas un par de cosas que me parecen estratégicamente muy significativas. En primer lugar el tema de la formación.

En España, como en la mayor parte de los países de nuestro entorno, la psicoterapia carece de regulación legal, tanto su formación como su ejercicio.

La formación de psicoterapeutas se realiza en el ámbito privado y sin garantías oficialmente establecidas. Se trata de algo en lo que FEAP busca con sus trabajos establecer garantías de calidad.

Por otra parte en lo que se refiere a la sanidad pública, si atendemos a que en nuestro país la formación continuada de los profesionales sanitarios está regulada de manera obligada por el propio Sistema Nacional de Salud, este está legalmente obligado a arbitrar los cursos de formación para la actualización permanente de sus profesionales. Pero nos encontramos que la industria farmacéutica es la que financia esa formación continuada de los profesionales, y ello supone que, o bien los gestores públicos, haciendo una apuesta importante están atentos para que exista formación en psicoterapia con un carácter reglado, continuado, coherente, consistente, suficiente, etc., o, si no, la formación continuada de los profesionales sanitarios en el SNS, y esto es generalizado, está en manos de la industria y vinculada a los productos de ésta. Esto está generando un sesgo que está pasando colectivamente desapercibido para los profesionales, aunque lo sepamos. Y por otra parte nos encontramos la carencia de investigación. Creo que también podría estar influyendo – no sé tu opinión a este respecto- que en el ámbito académico la presencia de la psicoterapia es muy limitada y por lo tanto también la presencia de la investigación, tantas veces ligada al ámbito académico (aunque no tendría que ser así, pero en la práctica ocurre). Los psicoterapeutas, fuera del ámbito académico, hacemos poca investigación, aunque sea de calidad alguna de la que se hace, y en el ámbito académico la psicoterapia está muy limitada.

Valentín Barenblit:

Estoy totalmente de acuerdo. Con todo es importante, en homenaje y respetuosamente, mencionar que fuera del ámbito académico las instituciones profesionales, con grandes esfuerzos realizan exploraciones en el campo de la asistencia la docencia y la investigación en psicoterapia pero están muy por debajo de las que serían recomendables. Considero oportuno mencionar en este lugar dos proyectos institucionales que me conciernen directamente. En el año 1992 con un grupo cualificado de colegas médic@s y psicólog@s fundamos una asociación sin ánimo de lucro que se denomina iPsi, Centre d'atenció, docència i investigació en Salut Mental. En la construcción de ese proyecto participamos 8 profesionales que compartimos nuestro deseo como otras instituciones fundacionales de España y se ofrece la posibilidad de acceder a procesos psicoterapéuticos con honorarios reducidos y desarrollar actividades de docencia e investigación.

Desde entonces, esta institución ha crecido en sus actividades y cuenta en la actualidad con 20 profesionales. Se desarrollan allí distintos programas de atención en psicoterapia, de niños, adolescentes, adultos, parejas y familias. Sus objetivos principales son proteger, conservar, restablecer y rehabilitar la Salud Mental de personas, familias, grupos e instituciones. Además, realiza programas de docencia y servicio a la comunidad. Paralelamente se desarrollan actividades internas de formación y supervisión en el campo de la clínica y de las psicoterapias.

En el año 2003 consideramos conveniente la creación de iPsi, Formació Psicoanalítica. También una asociación sin ánimo de lucro, cuyos objetivos son el estudio del psicoanálisis, formar psicoterapeutas psicoanalíticos y cuidar el reconocimiento y la calidad del trabajo de sus asociados.

Es miembro de la Sección Psicoanalítica de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP) y tiene el reconocimiento de interés sanitario de la Generalitat de Catalunya.

iPsi, Formació Psicoanalítica ofrece un programa de formación riguroso, plural, independiente y eminentemente clínico dirigido a médicos y psicólogos que quieran especializarse como psicoterapeutas psicoanalíticos, así como cursos y seminarios de formación continuada para profesionales del campo de la salud mental.

Además cuenta con un Servicio de atención subvencionada (SAS). Es un servicio de atención psicoterapéutica dirigido a personas con trastornos emocionales y dificultades económicas. Ofrecemos un programa de psicoterapia psicoanalítica de dos años de duración y dos sesiones semanales. Los tratamientos psicoterapéuticos los realizan los médicos y psicólogos que hacen el segundo grado de la formación psicoanalítica en la institución y que supervisan de forma individual y semanalmente su trabajo clínico con los docentes del programa.

Los psicoanalistas encargados de la formación de los alumnos tienen una larga experiencia clínica y docente. El programa de formación de psicoterapeutas contempla las vertientes teórica, clínica y práctica y se estructura en dos ciclos, independientes y complementarios, de dos cursos cada uno. Al final del primer ciclo se obtiene el diploma del Máster en Psicoanálisis. Bases teóricas y clínicas, expedido por la institución.

Finalizado el segundo ciclo, se obtiene el diploma de Máster en Terapia psicoanalítica y la aceptación curricular para ser acreditado por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP), acreditación que comporta, asimismo, el reconocimiento como psicoterapeuta por la Generalitat de Catalunya (Pla Director de Salut Mental i Addiccions).

Tengo la impresión de que tú y yo coincidimos mucho en la necesidad de una redefinición y reestructuración del ámbito académico en este sentido, pero también de los organismos planificadores de la atención a la salud mental. Desde este punto de vista la psicoterapia, es cierto que tiene algunas dificultades importantes que superar para desarrollar el campo de la investigación.

Pero si bien tienen dificultades, son abordables. Claro que es más fácil demostrar que un fármaco genera un efecto sintomático a corto plazo, pero pienso que hay intereses empresariales importantes que hay que tener en cuenta. Lamentablemente sectores de nuestro colectivo se adhieren demasiado, pero puede decirse que una peculiar modalidad de sumisión a las demandas y las retribuciones del sector farmacéutico, que como tu bien sabes está ubicada entre unos de los sectores más importantes de producción de dinero del mundo.

Entonces como principales objetivos para avanzar en el desarrollo de la psicoterapia en Europa y en España, creo que la FEAP es un modelo muy interesante, no el único. Hay otras instituciones con la que se pueden establecer lazos o estructuras

de cooperación y de colaboración, cuando dices cuales son en tu perspectiva, los principales riesgos y obstáculos que tiene el desarrollo de la psicoterapia de calidad en nuestro país, de alguna manera estamos hablando de eso. Los riesgos y obstáculos es que no se ofrezca a los pacientes, desde el sector público, más allá de los decretos, como el sistema nacional de salud, además hay que incrementarlos, desarrollarlos, supervisarlos y evaluarlos periódicamente para realmente tener ideas que constaten que la letra no sea de agua en los decretos que lo regulan. Los riesgos y obstáculos que tiene la psicoterapia de calidad en nuestro país son justamente de lo que estamos hablando. Habría que superar los obstáculos, creo que ya se está haciendo a partir de un requerimiento obvio imprescindible que es la plena vigencia de dos cuestiones: la democracia y los derechos humanos. Un país que no cuente con esas dos cuestiones, no tiene posibilidades de desarrollar buenos proyectos de psicoterapia para sus ciudadan@s.

La OMS insiste mucho en las consideraciones de la ciudadanía vinculada realmente a los proyectos humanos y a la democracia y eso facilita también los legítimos derechos de los profesionales: Los que tenemos los profesionales para desarrollar nuestras prácticas, de que los estados propicien y fomenten nuestros programas y proyectos siempre que tengamos instrumentos para demostrar la eficacia de las practicas que realizamos.

Especialmente aunque no exclusivamente a mi me ha interesado la atención pública y creo que en este campo debemos poner nuestro esfuerzo, aun que pienso que no hay cambios milagrosos a corto plazo. Creo que tenemos que ir dejando a las próximas generaciones legados para los jóvenes profesionales y que esa es la mejor aportación que se puede hacer, siempre que seamos realistas y consideremos que la transformación del tejido social, del contexto cultural y de las decisiones políticas, requieren su tiempo y que no son homogéneos en todos los países ni en todas las comunidades que integran el estado español.

Begoña Olabarria: Para ir acabando hay una cosa que no quiero dejarme en el tintero y que me surge ahora al escucharte. Si atendemos a una visión más macroscópica y atendemos en los valores existentes en las sociedades más avanzadas, hay una cuestión relativa al tiempo, que creo que se ha modificado mucho. La inmediatez, la rapidez, la obtención rápida y sin esfuerzo de ciertos objetivos como un elemento que marca la modernidad, desde luego tiene que ver con los avances tecnológicos. Pero creo que los avances tecnológicos no tendrían por qué haber marcado este cambio cultural, en valores, que creo que está impregnando nuestras sociedades y me pregunto y si esto no puede jugar un efecto de riesgo sobre la psicoterapia en el sentido de que la psicoterapia apuesta, aún cuando se trabaje con psicoterapias de las llamadas breves, de tiempos pautados o de objetivo limitado, con procesos donde el tiempo no es inmediato. En cualquier caso, la valoración del tiempo en los procesos que lo requieren, como por ejemplo en lo que has señalado para la implementación de la psicoterapia en la salud pública, en la formación de psicoterapeutas y también en ciertos procesos de los sujetos, de los ciudadanos. Necesitamos tiempo para ciertas intervenciones que requieran cambios internos y de relación.

Entonces me preocupa esta impregnación, que me parece se está produciendo, de hipervaloración de la inmediatez, de la rapidez y la

minusvaloración de todo aquello que requiera de la idea de proceso y de tiempo fluyendo.

¿Qué opinas a este respecto?

Valentín Barenblit:

Opino lo mismo que tú, tengo la impresión de que se nos ha quedado una pregunta. Cuando tú me preguntabas si estigmatizan y señalan aún hoy por acudir a una consulta de psicoterapia para un ciudadano medio. En muchos casos, creo que sí, que aún hoy estigmatiza, aunque hay que tener en cuenta el sector cultural donde se analiza y se investiga esta cuestión.

Pero dentro de ese estigma está el que tú planteas, que los tratamientos suelen ser largos. Y creo que ese fenómeno de la posmodernidad del "cúreme bien y rápido" en nuestro campo pero que la tecnología en su desarrollo ha convertido e introducido en el tejido social, en las culturas y nos afecta. Eso es importante porque requiere definiciones claras y precisas en las prestaciones públicas y también en las privadas que pueden ser eficaces, pero no tan rápido como nuestra comunidad, nuestros ciudadanos y nosotros mismos deseáramos. Porque requieren esfuerzo, trabajo, tiempo, continuidad. Creo que eso tiene que ser una emisión de mensajes que surjan de los distintos sectores. Porque si el sector farmacéutico plantea la droga de la felicidad o el fármaco que cura en poco tiempo, etc. la gente desesperada por su sufrimiento, apela a esos recursos.

Pienso que nosotros tenemos que plantear eso que es válido para todas las prácticas psicoterapéuticas. En algunas escuelas o tendencias más o en otros menos pero por ejemplo en algunos que dicen: "analizarse son años..." Bueno según que, según como y también las distintas escuelas han percibido esto desde hace tiempo y probablemente bajan un poco las expectativas ideales y se ofrecen prestaciones efectivas de recuperación de la autonomía de la salud mental en plazos menores.

Nos tiene que hacer pensar que podemos hacer como instituciones y como profesionales, debiéramos asumir que los procesos psicoterapéuticos requieren tiempo, pero tampoco son los psicofarmacológicos o la magia que ofrecen algunos sectores, incluso entre nuestros profesionales que proponen, propician y garantizan curar en poco tiempo cualquier enfermedad mental.

Creo, para ir terminando, que es importante la tarea de la educación para la salud, la tarea de prevención primaria y que se comprometan, realmente, los organismos que rigen la salud pública y la salud mental en especial, no solo a crear documentos escritos, propiciar este tipo de mensajes, para que la comunidad empiece a escuchar otras voces desde los propios organismos oficiales. Esto implica que los organismos oficiales estén dispuestos a ocuparse, no solamente, de forma a veces precaria a veces no, aunque reconociendo los avances de nuestra disciplina y en especial de las psicoterapias. Pero creo que es importante salir de la ambivalencia porque es verdad que los programas de atención en salud pública, son para las patologías más severas, es correcto, las patologías más severas tienen que tener preferencia, probablemente, por el grado de afectación al individuo, a sus familias y a la sociedad. Pero hay una gran parte de la población con padecimientos psíquicos que tú, yo y muchos colegas conocemos que no están previstos, incluso, en el de

cartera de servicios, y eso es un trabajo entre político, técnico, institucional, gremial y que hace a nuestro compromiso, más allá de nuestras prestaciones como clínicos y profesionales.

Begoña Olabarria: Muchísimas gracias al Dr. Barenblit, ha sido un honor tener la posibilidad de hacer esta entrevista, que en realidad se ha convertido en un encuentro. Agradecer todo su sabio conocimiento y sus aportaciones a la psicoterapia y desde luego a este número del Anuario FEAP de Publicaciones de Psicoterapia. Muchas gracias Dr. Barenblit.

Valentín Barenblit:

Begoña Olabarria, yo te agradezco en tu carácter de colega, que para mi ser colega es ser compañeros, de presidenta de la FEAP, de tan larga y rica trayectoria, casi diría militante, en el campo de nuestra profesión, porque eso tiene un matiz de militancia en nuestro trabajo institucional y en momentos clave en las instituciones de profesionales, te agradezco que me hayas dado una insólita, inesperada y gratificante ocasión de poder participar en este Anuario con este encuentro, donde algunos temas quedan más o menos desarrollados y otros merecen seguir conversando acerca de ellos, en cualquier sitio, institución o lugar del estado español y del extranjero. Muchísimas gracias Begoña Olabarria y que sigas adelante con tu prolífica tarea de presidenta de la FEAP, que todos te agradecemos igual que a los compañer@s que integran contigo el equipo de la Junta de la FEAP.