

ENTREVISTA A VALENTÍN BARENBLIT

TdP



El Dr. Valentín Barenblit médico, psiquiatra y psicoanalista acumula trabajo y honores en su país natal Argentina, de donde se tuvo que exiliar en 1977 a causa de la dictadura militar, y también en Barcelona, España, donde reside desde entonces. Entre otras pertenencias institucionales es: Miembro Adherente de la Asociación Psicoanalítica Argentina (IPA), Miembro Honorario de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis (IPA) y

Miembro Honorario de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (IPA). Fue docente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, de la que es Profesor Honorario en la actualidad y Profesor Consulto de la Universidad Nacional de Lanús.

Además fue Profesor Asociado al Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la *Facultat de Medicina, de la Universitat de Barcelona*, Colaborador de la Facultad de Medicina, de la Universidad del País Vasco, *Euskal Herriko Unibertsitatea* y Coordinador y docente de cursos del *Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya*. Es Miembro Honorario de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal (España), patrono de la FCCSM y miembro de la FEAP.

En 1992 fundó junto con un grupo de colegas iPsi, *Centre d'atenció, docència i investigació en Salut Mental* y en el 2003, iPsi *Formació Psicoanalítica*, entidades de las que es presidente honorífico. Además de la práctica privada, ha tenido un destacado compromiso con la salud mental pública al realizar funciones de docencia, supervisión y asesoramiento a profesionales, equipos e instituciones y a la propia Administración. Ha sido también consultor y asesor internacional en salud mental de la OPS/OMS.

TdP.- Estos títulos intentan hacer justicia a su prolongada carrera profesional, pero podría contarnos ¿cómo llegó a ser psicoanalista y cómo fueron sus inicios profesionales en Argentina?

V. Barenblit.- Antes que nada quisiera agradecer muy especialmente el honor que me brindan con su invitación a realizar esta entrevista para la revista Temas de Psicoanálisis.

Es habitual, por algunos requisitos de nuestra práctica clínica, que cierta información acerca de nuestras historias personales se preserven para los espacios privados e íntimos. Pero en esta ocasión y como ya lo han hecho algunos colegas entrevistados, intentaré responder a sus preguntas con el máximo de información y amplitud posible. Nací en Buenos Aires en 1931. Fui el primer hijo de un matrimonio de jóvenes inmigrantes judíos llegados de Europa en la década de 1920. Mi única hermana, Fanny, nació cuando yo tenía casi ocho años. Mis padres, de modesta clase media, nos

estimularon a ambos al estudio y al desarrollo de la vida cultural. Acceder a un título universitario era el ideal familiar. Ambos logramos ser médicos.

Para responder con mayor precisión, les diré que después del nacimiento de mi hermana, mi madre comenzó a padecer asma bronquial. Sus intensas crisis con severas disneas y estados de *mal asmático* fueron un importante factor para estimular mi deseo de ser médico. Cuando yo tenía 18 años y cursaba el primer año de medicina, aprendí a poner inyecciones para poder asistirle de día y de noche con los diversos fármacos utilizados en esa época. Ninguno de los tratamientos que se aplicaron durante muchos años fueron eficaces. Yo decidí estudiar medicina con el propósito de poder ayudar a mi madre y a todos los que padecían esa enfermedad. Cuando supe que era considerada una enfermedad psicósomática se fue perfilando mi deseo de ser psiquiatra y psicoanalista.

En otro orden, siendo adolescente pude conocer un hospital psiquiátrico para mujeres, el Hospital Psiquiátrico de Vieytes, popularmente llamado así por la calle donde estaba ubicado (en la actualidad y desde hace años se llama Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano). El efecto emocional y los relatos de iatrogenia y maltrato que escuché, fueron tan intensos y desgarradores que me impactaron profundamente. Allí nació mi interés por cambiar y transformar la atención pública para los enfermos mentales.

Mi análisis personal fue sostenido y prolongado, con intensidad en el número de sesiones según las normas de aquella época. Mi formación como psicoanalista se desarrolló en la Asociación Psicoanalítica Argentina, institución perteneciente a la IPA y dentro de un riguroso y estricto proyecto de formación teórico-clínica, con las supervisiones y los correspondientes seminarios. Durante esos años, en paralelo a mi formación, trabajaba en el hospital, en la Universidad y en la práctica privada.



El Dr. Barenblit en la Iglesia de Montserrat
en su barrio natal en Buenos Aires

TdP.- La irrupción de la terrible dictadura en su país le obligó junto con muchos compatriotas al exilio en 1977. ¿De qué manera le ayudó el psicoanálisis a vivir esta experiencia, tanto el duelo migratorio y la pérdida de seres queridos como la adaptación a la sociedad que le acogía?

V. Barenblit.- El psicoanálisis propicia y promueve el desarrollo de algunas capacidades que nos permiten tolerar con mejores recursos psíquicos las situaciones adversas, incluso las más intensas, de la vida.

En mi caso tuve que superar los efectos traumáticos de una detención ilegal de varias semanas “desaparecido” y los agravios de la tortura, efectuada por miembros de las fuerzas armadas de la dictadura militar genocida. La experiencia fue muy severa. Yo

entendí de manera precoz qué era la represalia por mi posición profesional. Ya me habían cesado como jefe del Servicio del Policlínico de Lanús meses atrás. Durante mi cautiverio tuve que padecer interrogatorios con preguntas para los que no tenía respuesta. Al fin fui uno de los pocos “desaparecidos” liberados, con la condición de abandonar Argentina en veinticuatro horas. El país estaba azotado por una mortífera represión, los desaparecidos, de muchos de los cuales aún hoy nada se sabe, se contaban por decenas de miles. Millones de ciudadanos, el conjunto de la población argentina, estaban atrapados en el terrorismo de Estado. Con todo, logré el “acuerdo” de que mi familia podía quedarse unos meses para organizar la migración. Desde esa época permanece nuestra gratitud a los familiares, amigos, colegas e instituciones que tuvieron el valor de ayudarnos solidariamente durante ese período tan siniestro del país.

El duelo migratorio fue compensado por el hecho de salir del horror de la dictadura y llegar a España en 1977 durante la reconstrucción de la democracia. Habíamos abandonado un país sumido en el peor de los horrores. Llegar a otro que miraba el futuro con optimismo fue un estímulo para todos, pese a las dificultades lógicas en una migración. Es posible pensar que el sentimiento y el malestar mayor eran la preocupación casi culposa por lo bien que comenzábamos a estar nosotros en España, mientras en Argentina continuaba el terror de la dictadura militar.

Nuestra elección de Catalunya no fue casual. En Argentina, a lo largo de mi vida, ya había tenido contacto con la cultura catalana. En Buenos Aires, en el barrio de Montserrat transcurrieron mi infancia y mi adolescencia. Cercana a mi casa estaba la iglesia de Nuestra Señora de Montserrat, que da nombre al barrio, donde se encuentra una *senyera* y una réplica de la *Moreneta*. Además, durante mi juventud estuve muy vinculado y establecí sólidas relaciones de amistad con jóvenes hijos de exiliados catalanes que se radicaron en la población donde ya entonces vivíamos, a 30 kilómetros de la capital. Allí, en una fábrica textil de unos exiliados catalanes tuve mi primer trabajo como médico.

El duelo más difícil para toda la familia, fue la enfermedad y la muerte de mi hermana Fanny, que falleció cuando tenía cuarenta años por un cáncer de pulmón a los dos años de nuestra radicación en Catalunya. Ella era médica, como ya dije antes, y psicoanalista. Estaba logrando una muy buena integración personal y profesional en

Barcelona. Durante su penosa enfermedad y muerte contamos con la máxima solidaridad y los mejores afectos de profesionales médicos, colegas y amigos.

Tdp.- ¿Fue difícil establecerse en España como psicoanalista? ¿Cómo lo llevó a cabo?

V. Barenblit.- Lo cierto es que no fue difícil. En mi experiencia personal fui generosamente recibido tanto por los colegas e instituciones locales, como por los compatriotas inmigrantes. Conservo un sentimiento de gratitud a la confianza e invitaciones de trabajo en varias Comunidades Autónomas de España.

Muchos fuimos beneficiarios del prestigio del psicoanálisis en la Argentina, sobre todo aquellos que llegamos ya con un bagaje profesional. Fue mucho más complejo para colegas jóvenes. Excelentes personas y profesionales tuvieron que afrontar años difíciles para lograr alcanzar sus adecuados anhelos de inserción y trabajo profesional. Varios de ellos se analizaron, supervisaron o integraron en grupos de estudio conmigo u otros colegas veteranos. Otros se orientaron hacia distintos grupos profesionales y ámbitos institucionales. Tolerando la espera y sus avatares, consiguieron integrarse en Catalunya y la gran mayoría lograron excelentes niveles como psicoanalistas. Hay que tener en cuenta que ya han transcurrido casi cuatro décadas desde la llegada de numerosos profesionales exiliados de América del Sur. En la actualidad y desde hace muchos años la mayoría de los jóvenes profesionales de otrora son muy cualificados psicoanalistas.



Dr. Valentín Barenblit con el Dr. Pere Folch i Mateu

TdP.- ¿Qué diferencias destacarías entre la sociedad española que conoció entonces y la actual?

V. Barenblit.- La España de la Transición era un país que salía de la experiencia traumática del franquismo y que empezaba a confiar en sus instituciones. En ellas se habían depositado buena parte de las aspiraciones y anhelos colectivos. España, a diferencia de esa Europa en la que siempre se había mirado, nunca tuvo una modernidad: emergió desde una situación casi feudal a un mundo contemporáneo, complejo y globalizado. En todo caso, durante tres décadas el país vivió en un consenso balsámico que actuaba como base sólida para el desarrollo aparentemente eficaz de las instituciones democráticas. Sin embargo, a partir del cambio de siglo la emergencia de un neoliberalismo cruel al amparo del paradigma de “no hay alternativas”, ha minado una buena parte de los logros de estas décadas de predominio del estado de bienestar social.

A un período de rápido crecimiento económico, pero conformista y acrítico, le ha

seguido una seria crisis, que no es sino el reflejo de una profunda desorganización institucional. El resultado es devastador, con un incremento descomunal de las desigualdades que afecta, sin duda, a la salud mental comunitaria e incide en el sufrimiento psíquico de muchos ciudadanos.

La buena noticia es que una buena parte de la sociedad ha reaccionado y cuestiona esta situación de forma valiente. Creo no ser ingenuo si digo que estoy convencido de que estamos ante una reformulación de nuestra convivencia. Tan solo deseo que nos mantengamos alerta y no cometamos errores del pasado: el mero crecimiento económico no es la única respuesta si no va acompañada de una profundización en el bienestar y la justicia social. En los próximos años veremos el establecimiento de nuevas normas de juego democrático que recuperarán la ilusión con la que mi generación encaramos la voluntad de progreso y los cambios de los que fuimos partícipes.

TdP.- De la misma forma que la sociedad, la patología ha cambiado, no solo desde la época de Freud, sino ya en los últimos diez o quince años. ¿Cuáles serían para usted las características de este cambio?

V. Barenblit.- Las patologías y consultas tradicionales o históricas y las formas del sufrimiento humano que estamos habituados a observar e identificar persisten en la actualidad y tienen vigencia clínica y epidemiológica. No obstante si examinamos las formas de sufrimiento psíquico en los últimos años se pueden observar con frecuencia tanto el aumento de diversas formas de presentación y expresiones sintomáticas, como también de las demandas de los pacientes.

Las depresiones son uno de los síndromes más frecuentes y numerosos. Pacientes con depresiones que demandan soluciones rápidas por la pérdida de seguridades sobre su futuro, por las incertidumbres y riesgos laborales y por las alteraciones de identidad vinculables a la función identificatoria del trabajo. En otro orden podemos mencionar el aumento del alcoholismo, las drogodependencias, la anorexia y la obesidad, la violencia familiar y los suicidios.

Resumiendo, yo pienso que estamos viviendo, desde hace algunos lustros, una

época donde en las clases sociales más vulnerables los cambios se orientan a las patologías del desamparo, del desamor y de las disfunciones y patologías narcisistas.

Si enunciamos brevemente estos cambios epidemiológicos y sintomáticos vinculados a épocas y culturas, se hace evidente la necesidad de estudiar e investigar sus causalidades y singularidades para reformular adecuadamente las hipótesis y las nuevas estrategias de prevención y tratamiento que pueden aportar los postulados básicos del psicoanálisis.

TdP.- Su compromiso con la salud mental comunitaria le hizo participar en su país en la experiencia pionera en el Servicio de Psicopatología y Neurología del Policlínico de Lanús durante los años 60 y 70. ¿Podría contarnos en qué se basaba esta experiencia?

V. Barenblit.- Durante muchos años el Servicio fue un referente de excelencia en Argentina y todo el continente americano. Yo suelo decir que nuestro maestro el Prof. Dr. Mauricio Goldenberg fue para Latinoamérica lo que el Prof. Dr. Julián de Ajuriaguerra y el Prof. Dr. Henri Ey fueron para Europa. El nombre de Mauricio Goldenberg, maestro de maestros, estará siempre vinculado al desarrollo de la salud mental en América Latina a lo largo de la segunda mitad del siglo veinte.

Fue el servicio más importante en un hospital general. En su época fue un desafío a la hegemonía de los grandes hospitales psiquiátricos. Convocó a jóvenes profesionales para ocupar posiciones asistenciales y también de docencia e investigación, y se convirtió en un centro cada vez más calificado, en el cual llegaron a trabajar en un hospital de quinientas camas y consultorios externos de las distintas especialidades, casi doscientos profesionales. Cabe destacar que si bien su dedicación horaria, en muchos casos era parcial, aproximadamente solo un 20% de ellos percibían una modesta remuneración salarial.

Era un servicio hospitalario novedoso por sus definiciones éticas, ideológicas y teórico-técnicas. Una señal de identidad básica era 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, geronto-psiquiatría–; otros, según problemáticas –alcoholismo y drogodependencias–; otros, según modos específicos de trabajo –secciones transversales como psicoterapia de grupo, psicoterapia de pareja y familia, docencia e investigación–. Este Servicio fundó la primer Residencia Médica en Psiquiatría y era sin duda el servicio más deseado por los profesionales. 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 que 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 general para los profesionales a partir de cierto nivel de formación y capacidad de transmisión de conocimiento. La investigación: se realizó un trabajo de investigación diversificado y muy cualificado a nivel clínico y epidemiológico, innovador y progresista para aquella época en que no se concebía dentro de la tradicional asistencia psiquiátrica la importancia de articular los tres niveles indicados.

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 las psicoterapias psicoanalítica y sistémica.

Yo me incorporé al Servicio poco después de su fundación debido a mi gran interés, como otros muchos compañeros, por la propuesta de Mauricio Goldenberg. Compartíamos la vocación por el servicio público y también por la atención hospitalaria. Deseábamos construir un proyecto para ofrecer acceso a prestaciones de excelencia en el campo de la atención a la salud mental pública.

Mi trayectoria profesional, y también de pensamiento y acción, estaban marcadas por dos ejes de igual importancia. En primer lugar, como expliqué antes, mi formación como psicoanalista; en segundo lugar, mi participación en el Servicio.

Todo aquel que entraba a formar parte de aquel Servicio debía de ser responsable y era una de las condiciones más importantes. Yo fui sucesivamente coordinador de distintos departamentos, el primer encargo que se me hizo fue colaborar y entrenarme durante dos años en neurología con un excelente equipo.

Simultáneamente, se me encargó coordinar un equipo novedoso denominado Departamento de Interconsulta. Por aquella época no era frecuente la relación de los psiquiatras y psicoterapeutas 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. 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 profesionales jóvenes y al personal de enfermería y trabajo social. En muchas problemáticas para las que nos consultaban, teníamos como objetivo transmitirles conocimientos suficientes para lograr mayor autonomía operativa en la relación con los pacientes. Los problemas de mayor complejidad, requerían las aportaciones de nuestra especialización. Se nos empezó a llamar coloquialmente “patrulla” a semejanza de una popular serie televisiva de la época. Este nombre reemplazó al de departamento consultor y hoy en día sigue llamándose “patrulla” a los equipos que realizan esta tarea en algunos de los hospitales generales en Argentina.

Yo fui sucesivamente coordinador de distintos Departamentos hasta que en los comienzos de la década de 1970 Mauricio Goldenberg aceptó hacerse cargo del Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano y, propuesto por nuestro maestro, fui elegido jefe por todos los miembros del Servicio. El sillón me quedaba grande, pero continuamos la tarea de forma coherente con nuestra historia, hasta que en 1976 la dictadura militar desplegó su plan destructivo y mortífero para todas las instituciones democráticas del país.



Mauricio Goldenberg y Valentín Barenblit



Compañeros del Policlínico de Lanús



Entrada al Consultorio Externo del Servicio
de Psicopatología y Neurología de Lanús

TdP.- A pesar de verse truncada por la dictadura, ¿cree que la experiencia de Lanús incidió y perduró en los servicios de salud mental comunitaria de América Latina?

V. Barenblit.- Yo pienso que sí, aunque no en todos los países por igual. Los desarrollos en el campo de la salud y la salud mental son asimétricos y dependen mucho de las ideologías, los poderes políticos y de complejos intereses corporativos. Esto no solo acontece en Latinoamérica. Si tomamos como ejemplo los programas de atención a la salud mental en España, tampoco hay desarrollos idénticos en las diecisiete Comunidades Autónomas. En este aspecto la OPS/OMS desarrolla desde hace años en América Latina, actividades de asesoramiento y ofrece recursos diversos para promover y sostener modernos programas en este campo de la atención a la salud mental.

Pero la experiencia de Lanús y otras desarrolladas en la región marcan referencias destacables. También hay que señalar los programas inspirados en las experiencias italianas que lideró el Dr. Franco Basaglia, quien fundó el movimiento de Psiquiatría Democrática y que continúa dirigiendo en Italia el Dr. Franco Rotelli con un numeroso grupo de colaboradores.

En este sentido debemos recordar que estamos hablando de Lanús cómo de una experiencia pionera, que fue y es un modelo histórico en los programas de atención a la salud mental pública. También lo fue para la validación de las prácticas de terapias dinámicas y psicoanalíticas en el sector público. Para ello contamos con la colaboración docente de muy prestigiosos psicoanalistas de la IPA y otras instituciones psicoanalíticas.

TdP.- A los pocos años de exiliarse a España, se inició en nuestro país un importante cambio de modelo en la salud mental en el que usted –al igual que muchos de sus compatriotas– tuvo la oportunidad de participar. ¿Cómo vivió y cuál fue su participación en aquella experiencia?

V. Barenblit.- Yo viví esta época con gran entusiasmo y colaboré ampliamente con los grupos de jóvenes profesionales que participaron durante años en esas transformaciones.

Colaboré también con la *Diputació de Barcelona*, que lideró esas transformaciones construyendo poco a poco y no sin complejas dificultades la *Xarxa de Salut Mental de Barcelona*. Años después, entre 1990 y 1992 sus competencias fueron transferidas a la *Generalitat de Catalunya* que amplió sus competencias a las provincias de Girona, Lleida y Tarragona.

Lamentablemente en los últimos tiempos observamos una importante involución de los programas y recursos para continuar con los logros conseguidos. Las posibilidades de atención cualificada y de psicoterapias a la población han disminuido de manera evidente, afectando tanto a los pacientes como también a los propios profesionales en distintas Comunidades de España que habían logrado muy buenos niveles en la atención a la salud mental y las drogodependencias.

TdP.- ¿Cuáles han sido sus referentes teórico-técnicos en su práctica como psicoanalista?

V. Barenblit.- Mis referentes teóricos en aquella época de Buenos Aires fueron las obras de Freud y Klein. En esos años en Argentina las concepciones kleinianas dominaron apasionadamente y a veces tiranizaron los ámbitos psicoanalíticos. Con frecuencia sus fundamentos conceptuales fueron impuestos como verdades irrefutables. Lo mismo aconteció después con la llegada de las teorías de Lacan. Pero mi elección me aproximó con mayor fortaleza a los referentes teórico-técnicos de Freud con los que continuó el diálogo desde hace varios decenios. Sin embargo, debo reconocer que diversos autores de la escuela post-freudiana, de la escuela inglesa y francesa, así como los excelentes maestros de la escuela argentina fortalecieron mi pensamiento psicoanalítico de diversas maneras. Yo supervisé mi trabajo clínico durante años con Ricardo Avenburg, Marie Langer, David Liberman y León Grinberg. Además, estudié y estuve vinculado con Enrique Pichón Riviere, José Bleger y Fernando Ulloa a quienes aprecio como referentes valiosos para diversas prácticas clínicas, en especial para el trabajo clínico con grupos, familias e instituciones. Ya residiendo en Barcelona continué mi formación participando en distintos grupos de trabajo teórico-clínico, con colegas locales e invitados extranjeros.

En realidad yo pienso que sin dogmatismos tutelares es posible mantener un

referente teórico-técnico y construir un modelo propio de cada psicoanalista, que con la experiencia y la elaboración personal pueden estar influenciados y enriquecidos por distintas escuelas o autores.

TdP.- Es conocida su vasta experiencia como supervisor en diversas instituciones públicas de la red de salud mental, en la doble vertiente de supervisor institucional de los equipos y supervisor de la asistencia. Nos gustaría que nos hablara de su método y de las premisas de las que parte en ambas tareas.

V. Barenblit.- La denominación de supervisión institucional tan incorporada en la clínica psicoanalítica comienza a generar inconvenientes. Ya hace años que yo prefiero hablar de “análisis institucional”. A mi entender la tarea consiste, en el marco de reuniones regulares y continuadas con cada equipo, en examinar con el grupo de profesionales las fuentes y causas de malestar, como también identificar los conflictos que habitualmente suelen aparecer con las tareas entre los profesionales o con los encargos institucionales.

Durante estos años he tenido intervenciones por otras causas como por ejemplo, duelos de muy diversos perfiles. Mi función se despliega con una atenta escucha y con intervenciones dirigidas al grupo o bien a algunos de sus integrantes. Debo agregar que cuando lo considero pertinente y operativo puedo hacer sugerencias o propuestas y las someto a consideración de los integrantes del grupo. Además he trabajado con otros grupos que no son profesionales de la Salud Mental y he podido comprobar la amplitud y eficacia de estas prácticas.

TdP.- ¿Qué tipo de crisis puede conducir a un determinado equipo a pedir una supervisión institucional? ¿Cree usted que pueden existir otras circunstancias más allá de las crisis?

V. Barenblit.- En este contexto solemos denominar crisis a una serie de factores que promueven una situación compleja y difícil para el cumplimiento de una función o en las actividades que deben ser realizadas en una organización específica. Así, puede ocurrir que

antes de una crisis se desarrollen, por diversas razones, condiciones de malestar en los equipos, que no se perciben o no tienen la suficiente intensidad para ser detectadas. También pueden existir resistencias grupales o en miembros jerárquicos de los equipos que dificultan o demoran la demanda.

TdP.- Creemos que en la asistencia pública a la salud mental los clínicos de orientación psicoanalítica han de situarse en un territorio fronterizo que va desde la adaptación a los recursos de que dispone y a la tarea encomendada –aspecto básico para evitar sufrimiento profesional– hasta la no renuncia a la comprensión profunda del sufrimiento del paciente. Esto implica elaborar duelos respecto a los niveles de intervención. ¿Piensa usted que al supervisor le sucede algo parecido?

V. Barenblit.- En realidad, no es solo elaborar duelos. Yo creo que la tarea consiste en asumir las realidades y reformular las técnicas psicoanalíticas para lograr los mejores efectos posibles en los procesos terapéuticos. Por supuesto también depende de la mayor o menor severidad de los trastornos mentales de los pacientes y de sus recursos psíquicos, familiares y sociales.

Ya hace muchos años que se implementan las llamadas *psicoterapias breves* o *focales*, a las que yo prefiero llamar *psicoterapias de objetivos y tiempo limitado*, que se llevan a cabo en las instituciones públicas e incluso en las prácticas privadas y en el marco de las organizaciones de seguros de salud. En cuanto al supervisor clínico, es obvio que para cumplir con eficacia su labor, requiere una sólida formación profesional y una adecuada información y comprensión de los ámbitos institucionales y socio-comunitarios y los recursos disponibles donde se desarrollan dichas actividades.

Con todo, no será la única alternativa. Los psicoanalistas tenemos recursos suficientes para reformular nuestras teorías y técnicas con nuevas propuestas y con un fértil intercambio e integración con disciplinas como la antropología, la filosofía, la sociología, la educación social, las neurociencias y otras afines.

TdP.- Dr. Barenblit, por su relación con analistas de ambos lados del Atlántico ¿cómo

cree que el psicoanálisis ha evolucionado en estos años y cómo anda de salud?

V. Barenblit.- Sin estar exentas de debates y conflictos, la producción teórico-técnica y la investigación en psicoanálisis en general está evolucionando satisfactoriamente. Los principios rectores de las instituciones y sus miembros logran en muchos casos transformaciones positivas y realistas. Muchos psicoanalistas se interesan por las realidades sociales y sus efectos patógenos en las poblaciones que las padecen.

Otros grupos de instituciones y profesionales, después de muchos años de aislamiento, han comenzado a superar sus enclaustramientos defensivos y narcisistas y están más dispuestos a intercambios, que a mi criterio mantendrán un buen “estado de salud” para el futuro. Al mismo tiempo hay colegas que alientan con vigor el trabajo interdisciplinario. Tratan de alzar la voz para convocar la investigación, el intercambio y recreación de teorías y técnicas. Si las épocas cambian las culturas y al mismo tiempo impactan la subjetividad, el psicoanálisis deberá avanzar, superando las dificultades de los duelos que esto conlleva.

TdP. - ¿Cuáles cree que son los principales retos a los que se enfrenta hoy día la salud mental?

V. Barenblit.- La crisis de los recientes años ha aumentado el riesgo de padecimiento psíquico de una buena parte de la sociedad española. El crecimiento de las desigualdades ha impactado en las capas más vulnerables de la sociedad, que han visto como no podía atender las necesidades básicas de vivienda, alimentación y educación de sus hijos y las suyas propias.

Al margen de estas realidades, la salud mental se enfrenta a los mismos retos que el resto de las prácticas de prevención y asistencia primaria. Nos hallamos ante una situación dominada por recortes generalizados en los presupuestos dedicados a la salud pública, la implementación de modelos economicistas que optan por soluciones rápidas que obvian ir a la raíz de las alteraciones psíquicas, los excesos en la utilización de terapias farmacológicas que intentan suprimir los síntomas y niegan la subjetividad como aspecto

central en los abordajes preventivos y terapéuticos.

TdP.- En la actualidad la cura clásica psicoanalítica parece estar en crisis y sin embargo, las psicoterapias inspiradas por el modelo psicoanalítico se han desarrollado y su aplicación en la población es reconocida y extensa. En su opinión, ¿cómo deberían diferenciarse e integrarse psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica?

V. Barenblit.- El vocablo psicoanálisis es polisémico. Alude a la denominación de nuestra disciplina como método de investigación y a la aplicación del método en la clínica. También es utilizado para la investigación e interpretación de muy diversas producciones humanas y de la cultura. El propio Freud utiliza indistintamente ambos términos: psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica. No obstante deteniéndonos en el primer sentido dice Freud en “*Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica*” (1919): “Hemos llamado Psicoanálisis al trabajo por cuyo intermedio llevamos a la conciencia del enfermo lo anímico reprimidas, esas nociones inconscientes que subsisten en él”. Más adelante, en el mismo texto, agrega los criterios básicos que podrían diferenciar el psicoanálisis de las psicoterapias psicoanalíticas.

Me parece muy interesante señalar como en ese mismo trabajo, Freud anticipa la importancia de que “el Estado sienta como obligatorios estos deberes”. Refiriéndose a estas predicciones es cuando acuña su histórica frase: “Y también es muy probable que en la aplicación de nuestra terapia a las masas nos veamos precisados a alear el oro puro del psicoanálisis con el cobre de la sugestión directa...”.

TdP.- En relación a la pregunta anterior, ¿cómo cree que deberían enfocarse los modelos de formación de psicoanalistas y psicoterapeutas psicoanalíticos?

V. Barenblit.- No hay un único camino. Con el paso del tiempo, han ido emergiendo diversos recorridos que hacen que no exista una fórmula invariable para la formación de los candidatos.

Debo incidir especialmente en la importancia de una sólida formación académica de

grado. Debemos recordar la relevancia de defender la calidad de la educación inicial de cualquier profesional que aspire a una formación en psicoanálisis. La metodología y los saberes humanísticos amplios son el fundamento que habilita para la aplicación de nuestra disciplina. Un debate aún abierto es cuáles son las titulaciones de grado que posibilitan el posterior entrenamiento en psicoanálisis. Si para algunos, el ejercicio del psicoanálisis debe estar restringido a médicos y psicólogos, otros creen que, actuando con cautela, debe investigarse la incorporación de licenciados de otras disciplinas. Hay numerosos antecedentes de prestigiosos psicoanalistas que han seguido este camino.

La formación clásica de psicoanalistas siempre ha transitado por tres ejes fundamentales: el análisis personal, las supervisiones clínicas y los seminarios teóricos. En mi opinión, es importante que los candidatos conozcan los postulados de las diferentes escuelas psicoanalíticas y además desarrollen instrumentos que les permitan su aplicación en campos muy diversos, más allá de la concepción convencional de la práctica privada.

TdP.- Decía Borges que "para los hombres, los tiempos nunca fueron buenos", pero no podemos obviar que nos enfrentamos a un cambio global que amenaza las sociedades tal y como las hemos concebido a un nivel que resulta incluso difícil de pensar. Una persona como usted que ha visto y vivido los horrores de una dictadura, ¿cómo analiza las causas de esta situación actual? ¿Cuáles cree que son los principales problemas?

V. Barenblit.- En mi opinión, la situación actual española, nace de una cierta relajación de los valores colectivos. En el período de expansión económica se abrazaron valores neoliberales que marcaron que el único criterio de progreso fuera cuantitativo. Cuando ese modelo entró en crisis, emergió el verdadero problema, la degradación de los valores democráticos que ahora estamos volviendo a recuperar.

Con el tiempo también está cambiando la capacidad crítica de la sociedad, que va despertando de su alteración perceptual. Desde la relativa comodidad europea, somos conscientes de los dramas que se viven en Medio Oriente, en África y en tantos otros lugares del mundo en los que las guerras alimentadas a partes iguales por el fanatismo y la codicia sesgan vidas, destruyen comunidades y minan la ilusión en el futuro. Ahora lo

deseable es que seamos capaces de que nuestra indignación tenga un efecto y pueda presionar a los gobiernos europeos, a los organismos supranacionales y, en general, a la comunidad internacional a que colaboren para detener estas barbaries.

TdP.- Usted se ha manifestado a menudo con un compromiso político respecto a los problemas sociales y económicos del mundo actual: ¿De qué modo cree que los psicoanalistas deberían implicarse en los conflictos sociales y políticos?

V. Barenblit.- Las instituciones psicoanalíticas y los psicoanalistas como profesionales de la Salud Mental pueden hacerlo de diversas maneras. Una es mediante la promoción de la integración de la diversidad de nuestras teorías y prácticas clínicas en los programas de estudio de las instituciones educativas, en especial en las universitarias. Ya en 1919 *en ¿Debe enseñarse el psicoanálisis en la universidad?*, Freud trata meticulosamente esta cuestión en un artículo traducido al húngaro.

Es igualmente importante la colaboración en la formación y especialización de otros grupos profesionales de las medicina y de las así llamadas ciencias humanas. Es fundamental asimismo que los psicoanalistas asuman la función de estimular y producir conocimiento, intercambio e investigaciones con profesionales de otras disciplinas que estudian la cultura y los fenómenos sociales.

Los psicoanalistas, además, deben instar a los diversos estamentos y estructuras políticas públicas, para incluir de forma adecuada y suficiente los recursos que puede aportar el psicoanálisis para el desarrollo de programas para el fomento, la protección y la prevención en salud y salud mental.

Por encima de todo, los psicoanalistas somos ciudadanos y esta identidad nos permite implicarnos de muy diversas maneras en los conflictos sociales y políticos de nuestro mundo.