

Entrevista a Fernando Pedro Maciel.
Psicólogo y psicoanalista

Fátima Pegenaute

Psicóloga del EIPI Barcelona.

Ex presidenta de la Associació Catalana d'Atenció Precoç.

Introducción

Conocí a Fernando Maciel allá por el año 1997 y a través de Nilda Vainstein que trabajó durante muchos años en Barcelona, sobre todo en lo que se refiere a la supervisión del trabajo interdisciplinar en diferentes equipos educativos y de atención precoz.

Fernando Maciel, psicoanalista en Buenos Aires, había venido a España, acompañado de otros profesionales, como Marila Terzaghi y Haydee Coriat, una de las hijas de Lydia Coriat, para asistir a un Congreso Mundial sobre el Síndrome de Down. Todos ellos trabajaban en aquel momento en el Equipo Interdisciplinario del Centro Dra. Lydia Coriat, dedicado a atender a bebés y niños pequeños con discapacidad. Por invitación de Nilda, concurrieron a Barcelona a una serie de encuentros de intercambio con profesionales dedicados a la atención de niños con problemas en el desarrollo y algunas presentaciones¹. Yo, en aquel momento, era presidenta de la Associació Catalana d'Atenció Precoç en Barcelona y les invité a todos ellos a participar en una mesa redonda en la que expusieron la organización y la filosofía de su propia experiencia en Buenos Aires.

Fue a partir de este trabajo, que nació entre ambas partes, el deseo de

1. Conferencia “ El tratamiento de niños con necesidades educativas especiales y sus familias desde una perspectiva multidisciplinar” en la Universidad Autónoma de Barcelona, en la Facultat de Ciències de l'Educació de la asignatura Bases psicopedagógicas de atención a la diversidad 29/10/1997.

Sesión Clínica en Escola de Clínica psicoanalítica Amb Nens i Adolescents, “Diálogos sobre Atención Temprana” 28/10/1997.

IPSI: Centre d'Atenció, docència i investigació en Salut Mental , sesión científica, “La Atención Temprana desde un equipo interdisciplinar” 30/10/1997

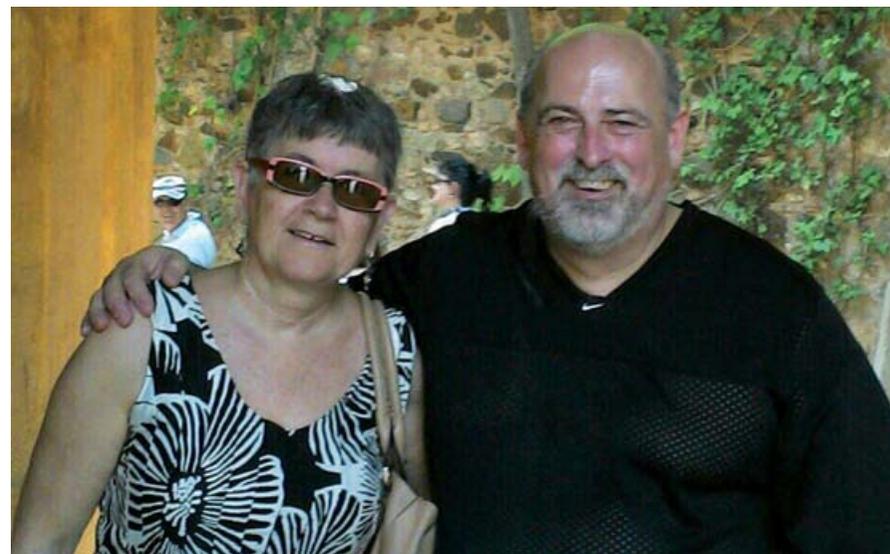


seguir conectados a nivel profesional aun a pesar de la gran distancia existente entre nuestros países. Las nuevas tecnologías facilitaron enormemente el intercambio personal y profesional.

En el transcurso de estos años, Fernando Maciel ha colaborado en nuestra revista con diferentes artículos. Participó en la ponencia inaugural de las I Jornadas Interdisciplinarias de Atención Temprana, realizadas en Zaragoza, en el año 2008, que organizaba la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de la Atención Temprana (GAT) y en un seminario en Barcelona en torno a la importancia del juego en el tratamiento de los niños. Durante este tiempo hemos seguido conectados y hemos ido intercambiando las informaciones relacionadas con la Atención Precoz a un lado y otro del océano. De hecho, el primer libro sobre la *Clasificación Diagnóstica de 0 a 3*, traducido al español en Argentina por la Editorial Paidós me llegó a mí, cuando aquí todavía no se encontraba en las librerías, a través de este buen amigo y profesional.

Fernando Maciel trabaja como psicoanalista y forma parte de equipos interdisciplinarios dedicados a la atención clínica de bebés y niños pequeños con problemas en el desarrollo. Durante 16 años formó parte del equipo de psicoanálisis del Centro Dra. Lydia Coriat, fue docente de su Instituto de Formación de Profesionales y de su escuela de Especialización en Estimulación Temprana. Durante 10 años formó parte del equipo de dirección que reunía esas instituciones en la Fundación para el Estudio de los Problemas de la Infancia y participó en la creación de la publicación científica *Escritos de la Infancia*, publicación de dicha Fundación. Actualmente es miembro fundador de “Lugar de Infancia”, equipo interdisciplinario dedicado a la atención clínica de bebés y niños con problemas en el desarrollo y a la formación y supervisión de profesionales dedicados a dicha problemática.

El modelo de atención y de intervención a los bebés y a los niños pequeños con trastornos en el desarrollo, utilizado en su trabajo clínico fuertemente ligado a las teorías de la psicología dinámica, creo que se sitúan muy cercanos a nuestra concepción de lo que tiene que ser una Atención Precoz centrada en el niño y en su familia. Esta es la razón de esta entrevista: compartir y aprender de su gran experiencia.



Lydia Coriat fue una médica neuropediatra que, a mediados de los años 60, se comprometió a valorar la dimensión psíquica de los niños que atendía y a dar importancia al entorno en donde estos se desarrollaban, dejando de lado el método organicista, más médico, utilizado hasta ese momento. También fue de las primeras profesionales que propuso contar con otras disciplinas para poder valorar mejor el desarrollo de los niños afectados por patologías congénitas o de temprana aparición y sentó las bases de lo que hoy denominamos la Atención Precoz o Temprana. ¿Cómo ha influido todo este pensamiento en la atención e intervención de los profesionales en Buenos Aires?

Lo original del trabajo de la Dra. Lydia Coriat tuvo que ver con introducir una pregunta sobre las diferencias que se producían en niños que portaban una misma patología o síndrome. Dicha pregunta por la diferencia desde el saber médico abrió el campo de investigación de los problemas en el desarrollo infantil a otras disciplinas que podían aportar su saber para intentar darle respuesta. En este sentido ella inauguró un campo de trabajo interdisciplinario para investigar y abordar clínicamente dichas problemáticas. Debemos reconocer que esta apertura daba origen a pensarlas en términos de complejidad y que, en aquellos años, esta pregunta a otras disciplinas, sólo podía ser formulada desde el saber médico para que tuvieran cierta eficacia.

En vuestro servicio contempláis, al igual que en nuestro modelo, la figura del médico neuropediatra en el equipo. Creo que realizáis una entrevista a los padres al inicio de la intervención en la cual están presentes dos profesionales, el médico y el psicoanalista. ¿Nos podrías explicar qué supone para la familia esta doble mirada, desde lo biológico y desde lo psicológico?

Si, es así. Desde la primera entrevista que mantenemos con los padres y el bebé o niño, a la cual nominamos *entrevista de admisión*, introducimos esta doble lectura, la del médico y la del psicoanalista. Ahora bien, dicho esto tengo que hablarte de cuál es la función de esta doble lectura. E introducir otras preguntas, como: ¿En qué consiste esta entrevista de admisión? ¿Por qué nominarla admisión? ¿Quién admite y a quien se admite? ¿Cuál es su función en el dispositivo terapéutico?

Como dije antes, esta entrevista es la primera que los padres y el niño (o el bebé) tienen con el equipo terapéutico y, en la mayoría de los casos, los padres suelen aportar un diagnóstico médico o, al menos, una presunción diagnóstica. En aquellos casos en que aún no lo hay, el proceso del diagnóstico médico comienza en esa primera entrevista.

Creo que estaremos de acuerdo en decir que la intervención en *Atención Precoz o temprana* es secundaria en relación a una *sospecha* sobre el desarrollo de un niño. Hablando del inicio, no podemos dejar de situar que esa consulta que se nos hace es el resultado de una derivación que nos ubica en esa demanda.

Continuando con los ejemplos, me gustaría partir de una pregunta hipotética de unos supuestos padres que preguntan: *Doctor ¿Cómo lo tratamos?* Alguien podría afirmar, sin equivocarse, que esa pregunta *¿Cómo lo tratamos?* hace referencia a cuál sería el tratamiento médico indicado para esa patología: “¿Cómo poner remedio?”, o “¿Cómo lo curamos?”. Sin embargo, podemos escuchar, en ese mismo enunciado, otro sentido que se desliza y que va más allá, que lo excede, y leer en él otra demanda. Y “*¿Cómo lo tratamos?*” resultaría una pregunta referida a la forma en que ellos lo deben tratar, denunciando de ese modo un punto de desconocimiento de cómo tratar a su hijo, como efecto de la presencia de cierto déficit en el desarrollo del bebé o niño, que introduce una vacilación en su *saber ser padres* de ese niño, que dista de aquel que ellos esperaban.

Creo que ahí se forja la manera de pensar este dispositivo terapéutico, en el punto en que se introduce la dimensión de una demanda, y que se introducen lecturas diferentes que constituyen una demanda. Y desde qué lugar se escucha lo que ahí se dice hará una diferencia en la pregunta de los padres

¿Cómo lo tratamos? Sabemos que toda respuesta remite necesariamente a cierta responsabilidad: lo médico tiene algunas respuestas para dar, necesarias para la salud del niño, es parte de esa respuesta que el médico desde sus conocimientos puede dar o seguir investigando. Pero hay otra dimensión que remite a la singularidad del tratamiento que los padres le deben dar a cada hijo, desde su saber ser padres. Un saber indispensable para constituir un tiempo de la infancia, que es el tiempo de constitución del sujeto de deseo. La importancia de este saber de los padres, la encontramos en conceptos fundamentales articulados por el psicoanálisis, tales como la *función materna* y la *función paterna*.

Es desde la entrevista de admisión que se establece como regla fundamental de este dispositivo terapéutico que *no hay* un tratamiento posible de su hijo “*sin ellos*”, con todas las resonancias que este “sin ellos” pudiera tener en relación al saber de los padres con respecto al hijo que desean. Es nuestro trabajo –me refiero al dispositivo terapéutico interdisciplinario– que todas nuestras intervenciones se orienten a lo singular, o sea lo subjetivo, y esto sólo es posible con los padres ejerciendo su función.

Dicho esto, ahora podemos hablar de ¿Quién admite y a quién se admite? En esta entrevista de admisión, y contesto categóricamente, los que admiten son los padres o quien ejerza dicha función. La admisión es el proceso en el cual los padres admiten una forma de tratamiento para su hijo en la cual “*ellos*” quedan implicados, con sus deseos, sus miedos, sus dudas, sus fantasías sobre el destino de su hijo, todos esos hilos que hacen a un hijo y que son inevitables para que surja un sujeto deseante. Y esta decisión es responsabilidad de los padres.

Estos puntos simbólicos que se introducen en ese momento de inicio, son puntos a los que se retorna a lo largo del tratamiento en las entrevistas de los padres con el psicoanalista.

Podemos decir que esta pregunta *¿Cómo lo tratamos?* retorna con sus múltiples significaciones, una y otra vez, no siempre igual, con sus diferencias

y muchas veces, a causa de nuevos desafíos que los padres avizoran para su hijo, que actualizan cierta falta de respuesta. Es función del analista sostener y trabajar con los padres en la elaboración de sus respuestas parciales.

Algo que siempre me ha llamado la atención es que en Argentina sigan utilizando el término “Estimulación Precoz” en vez de utilizar algún término que tenga que ver con una atención global al niño y la familia. La expresión “Estimulación” además de poderse entender de una forma tergiversada parece únicamente o exclusivamente centrarse en el niño como único sujeto de la intervención.

Vosotros separáis en vuestro lenguaje dos entidades: la clínica de los bebés y la clínica de los niños pequeños. ¿Cómo podemos entender esta división?

La denominación que se utiliza en Argentina es “Estimulación Temprana”, la que podemos considerar como equivalente a lo que ustedes llaman “Atención Precoz o Temprana”.

Partiendo de esta equivalencia supuesta entre ambas denominaciones, cabe preguntarse por los diferentes modos de pensar estas prácticas. Y, profundizando aún más, qué teorías sostienen esas intervenciones, qué idea de niño se tiene, cómo se piensa el lugar que ocupan los padres en la constitución como sujeto, cómo se considera el tiempo de la infancia.

Para mí, la pregunta ¿Qué es la Estimulación Temprana? nunca tuvo una respuesta única, en tanto acuerdo universal en una definición. En un mismo sentido sostengo que hoy tampoco encontraríamos una respuesta única a la pregunta ¿Qué es la Atención precoz? Se podrían acordar criterios en común, pero sabemos que existen formas de intervención, sostenidas por concepciones teóricas muy diferentes, sobre los bebés, los niños pequeños y sus padres.

La Estimulación Temprana –y supongo que la Atención Precoz no estuvo al margen de ella– instaló la discusión sobre si debía ser considerada como dependiente del ámbito de salud (entiéndase como del orden de lo terapéutico) o del ámbito de la educación (entendiéndola como pedagógica). Dentro de esa discusión –si es educativa o terapéutica– se plantearon todas las diferencias teóricas sobre las formas de intervención. Entonces creo que debemos aceptar que, bajo esa misma denominación, coexisten prácticas que podríamos considerar incompatibles entre sí. Como lo fue para la Estimulación Temprana en su

momento, hoy también lo es para la Atención Precoz: la imposibilidad de unificación teórico-conceptual sobre dicha práctica. Creo que esta afirmación de la falta de unidad, la podemos hacer extensible a otras disciplinas y prácticas, tales como la terapia ocupacional, la logopedia, la psicomotricidad, la psicopedagogía, la psicología, el psicoanálisis mismo o la psicología dinámica, en las que se plantean diferencias en las praxis. Por lo tanto, existieron y aún existen permanentes tensiones sobre la significación del nombre “Estimulación Temprana” o –aún– el de “Atención precoz” en la búsqueda por lograr que dicha denominación sólo responda al sentido o connotación que cada corriente le otorga.

Hay momentos en que esos debates se acallan, y se dejan de dar, en tanto surge una nueva denominación sostenida por cierto consenso, pero no se agotan las contradicciones. A poco de andar se comienza a debatir sobre lo que sí es y lo que no es, lo que entra dentro y lo que cae por fuera de dicha denominación. Como te darás cuenta, estoy hablando de los conceptos e ideas que sostienen unas y otras formas de intervención de los diferentes dispositivos terapéuticos o educativos que se reúnen bajo esas nominaciones de “Atención Precoz” o “Estimulación Temprana”.

Ahora bien, creo que en otros campos de acción, como el de las políticas en salud o educativas, hay que lograr ciertos criterios unificados que posibiliten organizar programas y servicios de atención. Ahí es necesario reunir bajo una misma denominación las prácticas competentes para abordar problemáticas específicas, pero ese es otro nivel diferente.

Retomando el punto en el que estábamos, quiero situar que nuestra forma de pensar teóricamente la intervención clínica que denominábamos “Estimulación Temprana” –para la cual uso intencionalmente el tiempo pasado– nunca fueron acciones directas sobre los bebés o los niños, en el sentido conductista de estímulo respuesta: nunca consideramos a dicha intervención como válida en nuestra praxis. Aclarado este punto, es importante decir que se sostuvo esa denominación “Estimulación Temprana” dando un debate teórico sobre cómo entendíamos esa praxis. Y señalar que los conceptos centrales que sostuvieron nuestra praxis bajo el nombre de Estimulación Temprana son los mismos que hoy lo hacen bajo la denominación “Clínica con bebés”. Ambas se sustentan en un dispositivo terapéutico en un trabajo interdisciplinario.

Conceptualizaciones centrales tales como, *el diagnóstico específico. El terapeuta único, el circuito transferencial, “el bebé” como objeto conceptual de trabajo, la posición del Terapeuta, el lugar de los padres, el pasaje y fin de tratamiento*, todas ellas pertenecen a lo específico de la clínica en Estimulación Temprana y a la que hoy nombramos como “Clínica de bebés con problemas en el desarrollo”. Conceptos que, si bien fueron producto de un trabajo interdisciplinario, es Haydée Coriat quien los acuñó y dio contenido y sustento con su experiencia clínica con más de 40 años de trabajo.

Creo que hasta acá te respondí porqué continuábamos sosteniendo ese nombre. Desde mi lectura, que no es ajena a tu pregunta, se fueron presentando con este término más dificultades que beneficios. La denominación Estimulación Temprana quedó casi absolutamente soldada al paradigma que sostiene la idea de una terapéutica conductista que sostiene intervenciones de estímulo-respuesta, repetición, premio recompensa, considerando en el mejor de los casos a los padres colaboradores secundarios o entrenadores de su propio hijo. Digo, se fue vaciando de los otros significados que tenía y sólo quedo éste. Creo que esto habrá tenido que ver con “Atención Precoz o Temprana” intentando con el cambio de nominación introducir la idea de una práctica que diera un lugar diferente a los padres, poniendo un gran acento en la importancia del vínculo entre la familia y el bebé. Entonces todo el debate que se venía dando sobre cómo entender la Estimulación Temprana concluyó. Y pareció que, bajo el nuevo nombre, se reunían las prácticas que consideraban la subjetividad, el vínculo madre hijo, las relaciones afectivas, dejando soldado el nombre “Estimulación Temprana” a las formas más conductuales y de estímulo-respuesta.

Digo “pareció” porque, como te dije antes, bajo el nombre Atención Temprana se incluyen prácticas que responden a criterios conductuales sin considerar los aspectos subjetivos que intervienen.

Me gustaría volver a la idea que antes introdujera respecto a que hace un tiempo ya, que en nuestro grupo de trabajo hablamos de *Clínica con bebés y Clínica con niños pequeños con problemas en el desarrollo, entendiéndolas como dos clínicas específicas en los problemas en el desarrollo infantil*.

Desde sus inicios tanto la Estimulación Temprana como la Atención Precoz, ubicaron sus tiempos de intervención en los que van desde los 0 a los 6

años. Esto es histórico. Este tiempo no variaba demasiado, más allá de la concepción teórica que se tuviera, sobre la idea estímulo, déficit, niño, familia, sujeto... todos coincidían con este criterio y así continúa actualmente. Tal vez, hoy situaríamos ese tiempo como el *de la “primera infancia”* diferenciándola de la infancia en general. **Tiempo de la primera infancia** por su carácter instituyente y constructivo, tanto en lo que respecta a lo orgánico, lo psíquico y lo cognitivo.

Desde hace más de 20 años y, como resultado del trabajo interdisciplinario, se fueron diferenciando dos formas de intervención clínica que determinaron dos praxis específicas bien diferenciadas en el campo de los *“problemas en el desarrollo infantil”* dentro de lo que consideramos los *“tiempos de la primera infancia”*. Tal vez en otro momento, podamos desarrollar de modo más extenso qué entendemos por *“problema en el desarrollo”*, que no es equivalente a la categoría de *trastorno*, ni al de *déficit*, sino que es un concepto *interdisciplinario* que determina una *pregunta a lo singular*, lo que se hace presente como *obstáculo* en el desarrollo infantil. El *trastorno, déficit* hablan de lo generalizable o categorial, el concepto de *problema* introduce la dimensión de aquello que aún no tiene un algoritmo resolutivo. Y digo esto y nada más, un problema matemático es aquello que aún no tiene una forma resolutiva sino que hay que encontrarla; cuando ello sucede pasa a ser un *ejercicio* que se puede reproducir encontrando siempre idéntico resultado. La explicación más precisa será para otro momento.

Sin detenernos demasiado ubicaré que –en la práctica clínica de la Estimulación Temprana– algo comenzó a hacer obstáculo en el trabajo terapéutico y como todo obstáculo insiste hasta que se hace algún trabajo con él.

En ese punto comienza a hacerse presente, desde diferentes situaciones, la pregunta por el final de los tiempos de bebé. De hecho, en toda cultura se produce más o menos en un momento determinado un final al tiempo de bebé y el comienzo de un nuevo lugar, fundado en la articulación de la demanda de los padres, sostenida en los tiempos que marcan las culturas. Sin ánimo de simplificarlo todo podemos tomar como ejemplo la demanda a los niños del control de sus esfínteres.

Y comienza entonces un trabajo de reflexión sobre las diferencias que se producen dentro de ese tiempo de la primera infancia. Como resultado de tal

trabajo, hoy hablamos de “Clínica de bebés” y de “Clínica con niños pequeños” en el marco de la “Atención temprana o precoz”, reconociendo que en ese marco se reúnen diferentes concepciones teóricas que pueden resultar irreconciliables.

Me preguntaste cómo entendemos esta división, que no me será fácil de explicar en unas pocas líneas. Te adelanto que, para profundizar este tema, estamos escribiendo un artículo con la Licenciada Patricia Enright, que es un referente en la conceptualización y el trabajo en la “*Clínica con niños pequeños con problemas en el desarrollo*”, para tratar de establecer la importancia de esta praxis específica en el marco de la Atención temprana hoy.

¿Cómo comenzó esta diferenciación? Comenzó por la pregunta por el final de los tiempos de bebés. Dicho final implica introducir un cambio en lo que ahí se articulaba como *demanda*. Los tiempos en la constitución de un sujeto de deseo se orientan en función de la demanda del Otro y es en este punto de la modificación de la demanda que podemos pensar un desarrollo en la infancia. Estos cambios en la demanda hacia el niño –si todo anda más o menos bien– los producen los padres sin necesidad de intervención. Podemos nombrar los cambios en la alimentación, por ejemplo, el fin de la mamadera, o el control de esfínteres como respuesta a un ritmo que marca la cultura (el Otro) con sus variaciones singulares soportables. Notamos que estos cambios en la demanda de los padres hacia los niños, cuando hay un problema en el desarrollo, no son todo lo fluidas que deberían ser. Estos cambios implican una toma de riesgo por parte de los padres, me refiero al hecho de que la respuesta no esté a la altura de lo que ellos esperan, o a que toda espera se torne angustiada por la sospecha de la dificultad. Del lado del niño, dicho cambio va a implicar ciertas pérdidas que no se producirán sin la debida resistencia, todo esto en el contexto de la duda que toma a sus padres sobre lo que podrá o no podrá lograr su hijo.

Es ahí donde se comenzó a pensar en la necesidad de una intervención que no dependiera de la variabilidad de las producciones del niño, sino que es estructural: introducir el final de los tiempos de bebé y la espera de un niño pequeño.

Este movimiento implica, desde el dispositivo, un *cambio de terapeuta*, y en *la relación transferencial* con el niño y sus padres. Podríamos usar una frase que se usa en derecho como metáfora para situar esta nueva intervención clínica:

“*ha lugar a la demanda*”. Quiero decir que se articula una demanda diferente y que se le hace lugar, que es válida, en tanto valor cultural y que si así no fuera, si no tomara ese valor, dejaría a ese sujeto infantil en un estado de excepción o de especial donde no debería haberlo ya.

Son los padres los que deben sostener la posibilidad de que su hijo tome un lugar más autónomo y facilitar su tránsito por nuevas experiencias infantiles. El tiempo de ser niño pequeño es el tiempo de ocupar un lugar de jugador y de aprendiz, de transformar el mundo a través de sus actos (acciones significativas) experiencias, acompañado de cierta ganancia de placer en este juego.

Estos tiempos del niño pequeño están signados por el encuentro con los pares y sus diferencias, la educación inicial, el encuentro con la consigna grupal, que implica la necesidad de incluirse como uno más, por su posibilidad de identificarse con sus pares y sostenerse en esa posición. El niño pequeño es el origen de toda posibilidad de autonomía y toda autonomía sólo es posible en la articulación de ciertas experiencias significativas, sin las cuales sería muy difícil poder orientarse en el mundo.

Es en función de este viraje en la demanda, como determinante para la constitución de un sujeto de deseo y un aprendiz, que sostenemos una intervención específica en el campo de los problemas en el desarrollo infantil, permitiéndole apropiarse de cierto saber sobre el objeto.

Para terminar, me gustaría que mencionaras cómo está en la Argentina, o bien exclusivamente en Buenos Aires, la Atención Precoz a nivel de servicio para la población en general. Y nos precisarás cómo está organizada o estructurada, de dónde depende, qué políticas existen en este tema y cómo se costea. ¿Son equipos privados únicamente o también hay circuitos públicos? ¿Y todos funcionan de la misma manera que vosotros? También, y si no es mucho pedir, que nos contaras un poco sobre la formación de los terapeutas: qué tipo de formación se requiere y dónde se forman.

En principio, debo decirte que no soy un experto en el tema y, entonces, voy a referir una información general que puede no ser muy precisa u omitir algunos datos. En Argentina, a partir de la Ley 24901 de fines de 1997, se instituye un “**sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad**”, que contempla acciones de prevención, asistencia, promoción y

protección, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos” (es textual). Bajo esta protección legal todas las personas con discapacidad tienen derecho a una cobertura asistencial a la que pueden elegir, tanto en el ámbito privado como en el público. Entonces cualquier bebé o niño al que se le otorga un certificado de discapacidad entra dentro de un régimen de cobertura especial que le permite acceder a sus tratamientos. Las personas con bajos recursos tienen la posibilidad de hacerlo dentro del sistema público de salud o a través de programas nacionales de salud. Todas las obras sociales sindicales y los seguros de salud prepagos están obligados a brindar las prestaciones que los padres soliciten. Hay que destacar que los padres pueden elegir con qué profesionales o equipos terapéuticos quieren que sea atendido su hijo, y dichos profesionales están regulados por un organismo del estado que los habilita como prestadores.

También existen servicios de Atención Temprana en el ámbito de educación que funcionan en las escuelas de educación especial.

Con respecto a los diferentes modos de funcionamiento de estos servicios, te propongo retomar el tema de las concepciones teóricas que sostienen las diferentes prácticas. Y, allí, nuestro panorama no debe ser muy distinto del que sucede en España o en otras partes del mundo: hay líneas teóricas ligadas a concepciones cognitivistas-conductistas con sus diferencias internas, otras que se caracterizan por un gran eclecticismo teórico que, en mi opinión, son las más complicadas y otras con una fuerte influencia del psicoanálisis de niños y sus aportes sobre la constitución del sujeto de deseo, que es a la que nosotros nos adscribimos. También debo aclarar que en cada una de estas corrientes vamos a encontrar diferencias en los abordajes terapéuticos.

Los espacios de formación son variados. Están aquellos que son formales y sistemáticos que dependen de alguna Institución o instituto de formación terciario o de alguna Universidad privada. Y hay otros modos de formación con una dinámica asistemática en sus recorridos y que se formalizan en grupos de estudios y de trabajo, sostenidos y coordinados por el equipo interdisciplinario, generando una urdimbre entre lo clínico y lo teórico que elabora una trama diferente de saber. A esta manera de transmisión y de formación es a la que adherimos en nuestro espacio “Lugar de infancia”. Licenciado en

Fernando Pedro Maciel

Psicología. Título otorgado por la Universidad de Buenos Aires. Psicoanalista. Supervisor y docente.

Miembro de FEPI Fundación para el Estudio de los Problemas de la Infancia (1992-2008).

Miembro del equipo de dirección del Centro Dra. Lydia Coriat (1999-2008)

Miembro fundador de “Lugar de Infancia” (1999), institución dedicada a la docencia, investigación y atención clínica de niños con problemas en el desarrollo. www.lugardeinfancia.com.ar

Coordinador General de la publicación *Escritos de la Infancia*. (1993-1999)

Publicaciones

Compilador y coautor de: *Una cita con Freud: Pottach, encuentro psicoanalítico*. Editorial JVE Psiqué, 1996.

Coautor de: *Criança: Sujeito na Equipe Interdisciplinar*. Ed. Núcleo de Estudos Psicoanalíticos e Editora Universitaria de UFPE. Recife-Pernambuco, Brazil, 2004.