

# *“Te estamos atendiendo”: negociación del marco de interpretación en las entrevistas de admisión de salud mental*

BONNIN, Juan Eduardo / CONICET - [juaneduardobonnin@yahoo.com.ar](mailto:juaneduardobonnin@yahoo.com.ar)

VILAR, Milagros / CONICET - [milagrosvilar@gmail.com](mailto:milagrosvilar@gmail.com)

---

*Eje: Sociolingüística*

*Tipo de trabajo: ponencia*

---

» *Palabras clave: interacción médico-paciente – salud mental – interacción*

## » **Resumen**

Este trabajo es parte de una investigación acerca de los procesos discursivos e interaccionales de la comunicación en el ámbito hospitalario que afectan el acceso y la adherencia de los pacientes al tratamiento en el campo de la salud mental. Nuestro objetivo específico es comprender los diferentes marcos de interpretación (entendidos como procedimientos de interpretación públicos y anónimos de la acción que determinan el involucramiento subjetivo en ella) que orientan a los participantes en el desarrollo de la primera entrevista en los consultorios de salud mental de un hospital público de Buenos Aires, que nos permiten comprender las expectativas de profesionales y pacientes con respecto a esta actividad.

En este contexto, nos preguntamos: ¿De qué manera designan, profesionales y pacientes, la actividad de la que están participando? ¿Qué estrategias se emplean en la negociación secuencial de la actividad? ¿Qué géneros o actividades son evocados pragmáticamente en la orientación de la actividad? Para responder estas preguntas, analizaremos un corpus de 83 entrevistas audiograbadas, combinando estrategias del análisis de la conversación y el análisis del discurso. Los resultados nos permitirán observar los límites que, desde una posición autorizada, proponen los profesionales con respecto a los pacientes y su impacto en el abandono o desinterés por el tratamiento de los segundos.

## » **1. Introducción: una actividad estructuralmente confusa**

La situación de los consultorios externos de salud mental de un hospital público es estructuralmente confusa y muestra una peculiaridad de la Argentina con respecto a otros países: debido a la alta institucionalización del psicoanálisis en el campo de la salud pública, se trata de la corriente dominante (Lakoff 2008). En consecuencia, un discurso que batalla explícitamente, en muchos casos, contra el saber biomédico, lo hace desde el dispositivo biopolítico moderno por excelencia, el hospital público.

En vistas al análisis que presentaremos aquí, y sin ánimo de exhaustividad, podemos diferenciar tres componentes estructurales de la situación de interacción psicoterapéutica que contribuyen a esta confusión. Por una parte, el contexto se corresponde a un *dispositivo institucional médico*, desde la denominación del lugar (“hospital”, “consultorio”) hasta las regulaciones (horarias, reglamentarias y presupuestarias). Por otra parte, los pacientes concurren, en particular aquellos que consultan por primera vez, con *expectativas médicas*, tanto en la organización secuencial de la interacción como en cuanto al resultado de la misma (diagnóstico, tratamiento, cura). Por último, los profesionales psicólogos tienen, en su mayoría, una activa *militancia anti-biomédica*, incluso en casos extremos como el del jefe de servicio, que es un psiquiatra-psicoanalista.

Este triple desencuentro entre profesionales, pacientes e institución, sin embargo, no imposibilita el funcionamiento del servicio. Por el contrario, se encuentra colmado de pacientes que son atendidos del mejor modo posible por los profesionales que allí desempeñan sus tareas, tanto de manera rentada como, tal es el caso de la mayoría, de manera gratuita. ¿Qué es lo que les permite este funcionamiento? Negociar el marco de la actividad.

Podemos observar algunos aspectos de esta negociación en actividades menores que indexicalizan, de manera más o menos explícita, los tres componentes que describiéramos anteriormente. En primer lugar, el marco institucional involucra no sólo el entorno físico, sino también la conformación de una comunidad: la comunidad de expertos. Esta comunidad se reconoce por signos exteriores, como los guardapolvos y su codificación cromática, que encarnan a veces una tecnología comunicativa. En nuestro caso, nos detendremos en dos aspectos centrales: los modos de definición metapragmática de la actividad que se está llevando a cabo y el rol cumplido por el *recetario* y las *notas*, su constitución y sus funciones comunicativas.

En segundo lugar, las expectativas y la militancia —o lo que podemos describir como un conjunto de expectativas encontradas— pueden observarse en dos aspectos de la interacción. En primer lugar, en el establecimiento y eventual conflicto (o negociación) de identidades de rol (o *role-identities*; cfr. Sarangi y Roberts 1999), en especial con respecto a los profesionales. Esto lo observaremos en la alternancia de *fórmulas de tratamiento/títulos* (“doctora”/ “licenciada”). En segundo lugar, analizaremos este (des)encuentro en las

concepciones encontradas en torno a las *recomendaciones de tratamiento*, es decir, el resultado esperado de la interacción en entornos médicos, que oscilará entre una definición resignadamente descriptiva y la prescripción de medicación.

## › 2. *Negociación de la actividad*

Las expectativas de los pacientes acerca de lo que van a encontrar en la primera entrevista son diversas pero, como dijimos, aquellos que acuden por primera vez al servicio lo hacen con *expectativas médicas* (cfr. Bonnin 2014a). Esto se observa, por ejemplo, en la organización secuencial de la interacción, donde la mayoría de los pacientes sabe que, en algún momento, deberá decir (o le preguntarán) cuál es el motivo por el que consulta.

### **Ejemplo 1**

E1 buen día señora cómo le va

P1 bien gracias

E1 bueno (.5) le conta:mos son cole:gas esta es una: primera entrevista de orientación

P1 sí

E1 yo primero le voy a hacer unas preguntas: que son para la- para el hospita:l=

P1 =sí

E1 y después usted nos va a cont- a decir por qué (1) el motivo por [el que

P1 [por qué vine

E1 exActamente (1) bueno (.) dígame::: su edad

P1 eh: ((dice su edad))

Vemos en el ejemplo cómo la paciente conoce y anticipa la secuencia *preguntas para el hospital – motivo de consulta* y completa las palabras de la psicóloga cuando se dispone a explicarlo. Justamente, el motivo de consulta es un aspecto que la entrevista comparte con otras actividades que los pacientes están habituados a realizar en el hospital.

Sin embargo, el motivo de la consulta es sólo una instancia en la entrevista, que en la mayoría de los casos comienza con un pedido de datos estadísticos para el hospital y termina con la orientación hacia un eventual tratamiento. Es en esta última instancia donde se manifiesta en mayor grado aquel desajuste entre profesionales, pacientes e institución y, por lo tanto, donde encontramos más secuencias de negociación entre los participantes.

Desde el punto de vista del equipo de salud mental, esta primera entrevista no es entendida como una instancia analítica sino como una (*primera*) *consulta o entrevista de orientación*. Esto supone un límite a la hora de escuchar el motivo de consulta, ya que, una vez que este es ubicado, el énfasis se coloca —y de allí la designación de “orientación”— en la realización de un tratamiento y en lograr el compromiso del paciente para sostenerlo en

el tiempo. Sin embargo, como veremos a continuación, esta concepción de consulta u orientación es inestable y alterna con la de *entrevista de admisión*, especialmente al ubicarse en el entorno del dispositivo institucional médico.

### 2.1. Definición metapragmática de la actividad

Al tratarse de una institución médica, un hospital general, algunos condicionamientos se imponen incluso en la denominación de la actividad que se está realizando. Generalmente se prefiere la designación “(primera) consulta” o “entrevista de orientación” para evitar el viejo término “entrevista de admisión”.

#### Ejemplo 2

E2 Bueno. (.) esta es una pequeña: entrevista para: (.) de orientación para: para: (2.0) ver dónde (.) dónde la derivamos y primero le voy a hacer unas preguntas (.) si? Bueno (1.5) Su número de documento?

P2 ((empieza a decir un número y se interrumpe)) (1.5) Pasaporte o DNI?

#### Ejemplo 3

E3 Pero a ver (.) está bien. Habrá sido una excepción por una situación muy puntual en ese momento (.) pero ahora estás en otra situación (.) Yo lo que digo es (.) si vos necesitás medicación podés recurrir- podés ir a la guardia y decir <que viniste a la consulta> (.) sí? (.) <que vas a tener en quince días este:: u:n (.) una evaluación (.) que te van a hacer una evaluación> sí? o que vuelvas a ((nombre de un hospital))

P3 [Ah] bueno!

En la primera cita, que forma parte del inicio rutinario de la entrevista, el término “entrevista de orientación” funciona como designación fija, cristalizada, al punto que se auto-repara, en el segundo pasaje, para completar el término: “entrevista para: (.) de orientación para:”. En la cita siguiente aparece el término “consulta”, acompañado del verbo “venir” para denotar, deícticamente, que “consulta” designa metapragmáticamente la actividad que se está realizando (al igual que, en el ejemplo anterior, el pronombre demostrativo “esta”).

Asimismo, en los casos en que se designa explícitamente la actividad por medio de una acción, aparecen otros términos, como “atender” o “escuchar”:

#### Ejemplo 4

P4 Ahora mismo no me- no me (apure)=

E4 Te estamos atendien[do]=

P4 [No]

E4 =Esta es una atención <Esta es una atención porque [te estamos]>=

P4 [>Bueno bueno<]

E4 =Ya te escuché y te estamos- < toda la secuencia de lo que viene sucediéndote> y te tomamos el teléfono y en quince días y vas- vas a tener un tri- primera entrevista=

P4 =Bueno=

E4 =de evaluación (.) Vos estás con una medicación (.) sí? Porque (.) a ver- (.) La medicación no es así (.) no se repite una medicación (.) A veces está bien (.) lo hacen las guardias eso (.) si? (.) Nosotros (.) es un (.) servicio ambulatorio sí? de tratamiento (.) consultorios externos de tratamiento ((silabeo)) (.) psiquiátrico y psicológico. (.) Sí? (.) Sí? (.) Está? (.) Bueno (.) entonces te vamos a estar llamando en quince días para que empieces el tratamiento

P4°Bueno°

Consulta, entrevista y orientación designan tres actividades que, junto con el término “admisión”, en el que nos detendremos enseguida, ponen de manifiesto una tensión estructural acerca de qué entienden los participantes que están haciendo en la interacción.

El término “admisión”, propio del entorno institucional médico que se busca evitar, emerge muchas veces en el desarrollo de la interacción por parte de los pacientes u otros profesionales del hospital. En estos casos, “la admisión” remite, más bien, a un trámite que el paciente debe realizar en el hospital para conseguir un tratamiento. Esta denominación muestra la tensión entre la autodesignación de la actividad y cómo esta es designada por otros actores involucrados en el contexto hospitalario.

Sin embargo, por parte de los profesionales psicólogos, esta palabra también aparece para designar a ese grupo que sólo recientemente (en el pase de septiembre de 2014) se denominó “equipo de primera consulta” y no, como hasta entonces, “equipo de admisión”.

### **Ejemplo 5**

E5 escúcheme (.) me- escúcheme (.) ((nombre de la paciente)) (2) me: espera afuera? sí? puede esperar una hora más o menos? sí? que nosotros ahora nos vamos a reunir con el resto del equipo

P5 tiene que ser en el hall (.) acá? porque=

E5 =sí (.) donde estaba

P5 porque ahí: bueno voy a ver si consigo dónde ponerme a escribir

E5 si no ba- bueno (.) si no baje un poco abajo (.) después suba (.) eh: ahora nos vamos a juntar con las personas- con el equipo de: (.) sí? de admisión (.) para ver a ver cómo- qué respuesta le podemos dar

En otros casos, este término aparece vinculado a las tecnologías comunicativas del hospital público: la nota y el formulario (la “hoja de admisión”). En suma, se trata de una tensión que los atraviesa, tanto desde fuera (la actividad que desarrolla es nombrada como

“admisión”) como desde dentro (se denominan a sí mismos como “equipo de admisión”, al menos hasta fecha reciente).

## *2.2. Las tecnologías comunicativas del dispositivo institucional*

El marco institucional en el que la primera consulta se realiza incluye ciertas tecnologías comunicativas que los psicólogos y psiquiatras del servicio, miembros de la comunidad de expertos, conocen y utilizan. Nos detendremos aquí en el rol cumplido por las comúnmente llamadas “notas” que se escriben en los recetarios, que suelen ser blocs promocionales de diversos laboratorios a los que se imprime un sello del hospital. Este instrumento, generalmente utilizado en las consultas médicas para prescribir medicamentos o dar indicaciones a los pacientes, asume otras funciones y se llena de otros contenidos cuando es empleado por los psicólogos en el contexto del hospital.

Como vemos en el ejemplo que sigue, los psicólogos se sirven de esta práctica generalizada en el contexto institucional y la utilizan en las entrevistas de orientación como estrategia para negociar su rol y responder, de cierto modo, a las expectativas médicas de los pacientes.

### **Ejemplo 6**

E6 Bueno, vamos a hacer una cosa para no hacer la entrevista más larga porque vos estás en tratamiento (.)  
Nosotros- acá hay una pequeña espera para (.) para derivar a médico (.) porque hay muy pocos turnos (2)  
Eh:::m: (.) nosotros te vamos a derivar a psiquiatría (.) Te van a estar llamando apenas (puedan) (.) Y  
mientras tanto le podés pedir a la psicóloga que te haga como un (.) te haga un pequeño informe (2) de tu  
tratamiento para que cuando la psiquiatra te reciba (1) tenga un poco de idea (,) cómo te (vio) la psicóloga (.)  
qué pasó en este tiempo  
P6 (1) Qué? entonces tengo que esperar a que me llamen?  
E6 (2) Sí=  
P6 =Y ustedes qué son?  
E6 Psicólogas  
P6 Y yo no estoy para psicólogo (.) Yo ya estoy en la psicóloga  
E6 La entrevista (.) la primera  
P6 Ah es [con la psicóloga?]  
E6 [(la hacemos los)] sí (.) somos todos psicólogos (.) salvo el jefe que es psiquiatra (.) Pero en una primera  
entrevista (.) así como hoy (.) no podemos derivar a psiquiatría porque ellos tienen su agenda (.) Tampoco a  
psicología (.) O sea como que no- que suponete que no está la psicóloga (.) no podemos salir y a ver quién  
tiene turno=  
P6 =Pero me van a llamar o me van a dejar colgada?  
E6 =No no (.) Te vamos a llamar  
P6 Si no busco por otro lado  
E6 No no te vamos a llamar (.) ahí en el centro no hay psiquiatras=  
P6 =no [hay no por eso] me mandaron acá=  
E6 [(inaudible)]

P6 =si no me hubiese quedado ahí  
E6 No no no (.) Está bien (.) Yo te voy a hacer (.) eh:: (.) dos notas (.) Una  
P6 (1) Ah (.) me puede hacer la constancia que vine=  
E6 =sí (.) Una es esa  
P6 y hasta mientras tanto sigo como estoy?  
E6 Sí sí (.) tenés que ir a la psicóloga (.) eso sí=  
(...)  
E6 Tomá (.) este es para el centro de salud y este es para:: tu trabajo (.) Y esto es tuyo y [dame el celular de tu mamá]  
P6 [Y para m- para] mi psicóloga no me va a dar nada,  
E6 (2.3) querés?  
P6 Sí (.) para que ella vea que yo me (preocupé)  
E6 (2) otra más<sup>o</sup>  
P6 (1.2) sí (.) porque viste? a veces (.) [no me creen]  
E6 [Eh::]=  
P6 No (.) no sé [si me creen] pero  
E6 <sup>o</sup>Buenos Aires<sup>o</sup>  
P6 para que ella sepa de que ((suena un celular))  
E6 pero la ves hoy (.) presentale este que dice que estuviste acá  
P6 Ah (.) bueno (.) ya está no gaste más (.) ni hoja ni tinta ni nada

Las notas aparecen aquí luego de que se le ha comentado a la paciente que se la derivará a psiquiatría. Esto es recibido con desconfianza por ella, como se puede observar en sus preguntas (“¿Pero me van a llamar o me van a dejar colgada?”). En este punto, la psicóloga propone elaborar dos notas que, para la paciente, otorgan credibilidad a lo pautado durante la entrevista (que va a empezar un tratamiento psiquiátrico) y funcionan, además, como pruebas de que ella efectivamente estuvo allí (para su psicóloga y para su trabajo).

Ahora bien, esta misma desconfianza hace que la paciente pregunte directamente con quién está hablando: “¿Y ustedes *qué* son?”. Esta pregunta apunta al rol de los participantes más que a su identidad (la pregunta sería “¿*quiénes* son?”) y, por lo tanto, deriva en una respuesta en donde se explica qué es lo que *no* pueden hacer: “en una primera entrevista (.) así como hoy (.) no podemos derivar a psiquiatría porque ellos tienen su agenda (.) Tampoco a psicología”. Ante esta imposibilidad, la psicóloga recurre a un documento escrito, propio de la consulta médica, para aproximarse a las expectativas de la paciente, pero que vehiculiza un contenido no médico sino meramente informativo (“dice que estuviste acá”).

### 2.3. *Las fórmulas y títulos de tratamiento: definiendo la identidad de rol*

Como se ha señalado en otro lado (Bonnin 2014b), los pacientes atribuyen a su

interlocutor una identidad fuertemente anclada en su rol en la interacción: como burócratas y médicos. Esta tensión puede manifestarse, entre otras dimensiones, en el título empleado para designarse entre sí y para ser designados.

Por otra parte, los pacientes valoran enormemente la titulación universitaria de sus interlocutores, de allí que, sobre todo, “doctor” sea un título muy empleado referencialmente:

### Ejemplo 7

P7 =pero dice si yo no vengo al psicó::logo: no me [dan el:  
E7 [pero usted: qué cre- qué cree que le pasa a usted=  
P7 =no SÉ doctora: se ve que yo estaba nervio:sa ese día  
E7 no: quédese tranquila [que ((inaudible))  
P7 [no SÉ:: por eso=  
E7 =cuándo fue eh:::  
P7 bueno yo fui en febrero se me venció (.) no cierto  
E7 sí  
P7 cuando fui di el exa:men (1) lo di mal (.) me volvie:ron a tomar el exa:men  
E7 sí  
P7 y lo- bueno: el otro señor me dijo que estaba mal=  
E7 =está bien pero por unas rayitas qué quiere decir unas rayitas a [ver:  
P7 [yo digo- son para:: si usted está bien o está mal  
E7 ah:: en el test  
P7 cla:ro  
E7 en el test psicológico  
P7 exa:cto (.) ahí fue

En este ejemplo, vemos que la paciente identifica la práctica de “ir al psicólogo” con la interacción que está llevando a cabo (utiliza el deíctico “venir”), pero, a su vez, designa a su interlocutora con el título de “doctora”, en lugar de “licenciada”. Es decir que, por un lado, cree que la interacción de la que está participando es una psicoterapia (y no una primera consulta o entrevista de orientación) y, por el otro, cree que esa psicoterapia es alguna variante de la medicina, ya que trata con una “doctora”. Luego se refiere a quien le ha realizado el test psicológico para el examen de manejo como “el otro señor”, sin reconocerlo como psicólogo. En este caso, como en muchos otros, la psicóloga designada como “doctora” responde a esta identidad de rol y no recurre a una autodesignación explícita. Como veremos en el próximo ejemplo, los psicólogos del servicio están atravesados por esa ambigüedad, que incluso los lleva a designarse erróneamente, como en el caso que sigue, donde enseguida auto-repara “la doctora (.) licenciada”:



### Ejemplo 8

E8 <En un momento (.) es este momento que estuviste con mucha angustia (mostraste cómo te sentías) y hablando te calmaste>

P8 Sí

E8 Hay algo de eso (.) de la palabra que me parece que va por esta vía (.) por lo que estás diciendo

P8. Sí a mí también (.) o sea (.) yo jamás había tomado pastillas=

E8 =(inaudible)=

F8 =No (.) la verdad que no podemos (.) Vamos a hacerle una nota (.) Quién te la::: recomendó a la doctora (.) licenciada X?

P8 Ehm:: una amiga

La autodesignación explícita de los psicólogos tiene lugar cuando se ponen en juego los derechos y deberes que el establecimiento de determinada identidad de rol implica. En esos casos, opera principalmente la diferenciación de los psiquiatras, designados referencialmente como “médicos”, “doctores” o “psiquiatras”.

### Ejemplo 9

E9 bueno (3.5) mirá vamos a hacer lo siguiente ((nombre)) a ver qué te parece

P9 (2) <sup>o</sup>sí<sup>o</sup> (3) ((ruido de silla que se corre))

E9 <sup>o</sup>permiso<sup>o</sup> (2) nosotras somos psicólogas viste no podemos hacerte receta de la medicación porque no somos doctoras no somos médicas psiquiatras

P9 sí

E9 entonces vamos a ver si podemos conseguir que hoy te lleves esta medicación para que la puedas seguir tomando y si te parece (.) vamos a armar otra cita para que puedas venir vos (.) sería bueno que vinieras acompañado de tu papá=

P9 =si

En este caso, el conflicto aparece en la medida en que el paciente pide una receta médica para continuar su tratamiento psicofarmacológico. Este pedido implica una identificación de sus interlocutoras en el rol de médicas/psiquiatras, que la psicóloga cuestiona, haciendo explícita la autodesignación por la afirmativa “somos psicólogas” y por la negativa “no somos doctoras no somos médicas psiquiatras”.

## 2.4. Las concepciones del tratamiento

El resultado esperado de la interacción en estas entrevistas de admisión también resulta, muchas veces, motivo de conflicto y negociación. Ante la pregunta por las expectativas de los pacientes, o qué es lo que esperan de un tratamiento psicoterapéutico y si tienen ganas de hacerlo, las respuestas varían entre el desconocimiento total y la búsqueda de un espacio para descargarse, asesorarse o recibir consejos.

### Ejemplo 10

E10 Bueno (.) ↑Bueno (.) usted está afín de hacer un tratamiento terapéutico?

P10 Sí

E10 Sabe de qué se trata?

P10 No (.) nunca lo hice

E10 Bueno (.) en realidad es esto (.) es como esto con más tiempo de que usted pueda conversar con un profesional=

P10 =Sí=

E10 =un terapeuta un psicólogo o una psicóloga (.) acerca de (.) bueno (.) las cosas que le pasan en su vida

P10 Sí

E10 Sí? Por[que]=

P10 [Sí]

E10 =si en principio el neurólogo ya ubicó que no hay nada orgánico

P10 Sí

E10 Esto (.) es más un tema emocional=

P10 =Sí

En esta cita, el paciente es orientado a realizar un tratamiento psicoterapéutico sin saber de qué se trata. La manera de describir el tratamiento resulta poco clara: mediante el demostrativo “esto” se señala a la situación de interacción que están llevando a cabo —que, como vimos, no es fácil de definir—, y la designación generalizada “profesional” es especificada luego con las referencias “un terapeuta un psicólogo o una psicóloga”. Se lo describe como un espacio similar al de la entrevista, un espacio para conversar, pero “con más tiempo”.

En la instancia de orientación o recomendación de un tratamiento también se pone de manifiesto la tensión, que hemos ido observando, entre la medicación y la psicoterapia, la psiquiatría y la psicología. Como mencionamos anteriormente, los profesionales del (mal llamado) equipo de admisiones tienen, en su mayoría, una activa militancia anti-biomédica que sale a la luz, sobre todo, cuando advierten que el resultado esperado de la interacción es para los pacientes la prescripción de medicación.

### Ejemplo 11

E11 Lo escucho que usted dice que está muy nostálgico (.) y muy melancólico

P11 Sí sí sí

E11 Eso (.) esto es lo que usted dijo

P11 Sí sí

E11 Y lo escucho así

P11 (inaudible)

E11 Está bien (.) El tema es que para eso (.) es necesario- Vio que con pastillita lo que tiene es que (.)

es una conducta bastante sencilla uno podría decir (.) Si uno está (así) y (.) hace así (.) toma la pastilla y algún efecto la droga le produjo

P11 Sí

E11 E:h (.) con la psicoterapia hay un::: esfuerzo mayor (.) Usted tiene que venir y tiene que empezar a hablar ↑ Pero (.) eso tiene una eficacia (.) no es mágica como usted dice pero=

P11 =Sí yo este:: (.) yo estuve: (.) con dos psicólogos

E11 Ahá

P11 Y no me convencieron (.) directamente (.) Capaz que hemos tenido poco tiempo o sea me lo cortaron y::=

E11 =no le convencieron

En este fragmento se observa, por una parte, que esta militancia se asienta sobre una concepción del tratamiento psiquiátrico como un mero control sintomático: “Si uno está (así) y (.) hace así (.) toma la pastilla y algún efecto la droga le produjo”. En este caso, es el atributo de *mágico* el que se utiliza para describir al tratamiento psiquiátrico, mientras que la psicoterapia es entendida, en contraposición, como *eficaz*, en otras palabras, como la verdadera cura.

## > *Conclusión*

En este trabajo hemos señalado algunos de los aspectos que conforman, desde el punto de vista contextual, una situación estructuralmente ambigua y que, desde una perspectiva interaccional, indexicalizan estos aspectos del contexto en orden a negociar la definición de la actividad de la cual los participantes forman parte.

Queda, sin dudas, un debate acerca de los condicionamientos discursivos del acceso a la salud mental en el sistema público que habrá de ser dado aunque, por motivos de espacio, se trate de una discusión que excede los exiguos caracteres de los que esta ponencia dispone. Será, en consecuencia, explorada en futuros trabajos. Referencias bibliográficas

## > *Referencias bibliográficas*

Bonnin, J. E. (2014a). Expectativas en conflicto en el acceso a la salud mental. Una mirada interaccional sobre la relación diagnóstico-tratamiento. En: Arnoux y Roca (Eds.). Del español y del portugués: Lenguas, discurso, enseñanza (pp. 143-168). João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba.

\_\_\_\_\_ (2014b). To speak with the other's voice: reducing asymmetry and social distance in professional-client communication. *Journal of Multicultural Discourses*, 9(2), 149-171.

Lakoff, A. (2008). Pharmaceutical Reason: Knowledge and Value in Global Psychiatry.

Cambridge: Cambridge University Press.

Sarangi, S. y C. Roberts (1999). *Talk, work and institutional order: Discourse in medical, mediation, and management settings*. Berlin: Mouton de Gruyter.