



Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

ISSN: 2340-2733

redaccion@RevistaAEN.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría

España

Desviat, Manuel

De la psiquiatría del fármaco a la salud mental colectiva. Subjetividad, emancipación y clínica participada

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría,
vol. 45, núm. 148, 2025, Julio-Diciembre, pp. 307-316

Asociación Española de Neuropsiquiatría
Madrid, España

DOI: <https://doi.org/10.4321/S0211-57352025000200017>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265083401012>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de revistas científicas de Acceso Abierto diamante

Infraestructura abierta no comercial propiedad de la academia

De la psiquiatría del fármaco a la salud mental colectiva. Subjetividad, emancipación y clínica participada

From Drug Psychiatry to Collective Mental Health: Subjectivity, Emancipation and A Collaborative Approach

MANUEL DESVIAT

Psiquiatra.

Correspondencia: desviatm@gmail.com

Recibido: 17/02/2025; aceptado con modificaciones: 09/09/2025

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC SA 4.0 (Atribución-No Comercial-Compartir igual).



Resumen: Años de trabajo comunitario en salud mental nos han enseñado que la alternativa real a las insuficiencias de los procesos de reforma no está solo en el cierre de los hospitales psiquiátricos ni en el mejor uso de los fármacos o la psicoterapia. Si vemos la clínica como una construcción de posibilidades, los dispositivos de atención a la salud mental deberían constituirse como una multiplicidad de espacios/oportunidades en perpetua evolución; espacios de vida y no “no-lugares” que incluyan al sufridor psíquico en el proceso terapéutico y la experticia en primera persona en el equipo terapéutico. Nos ha enseñado la necesidad de otra clínica que dé cuenta de la subjetividad, el contexto social, pero también de la determinación social de la salud y el contexto político.

Palabras clave: Salud mental comunitaria, salud mental colectiva, sufrimiento psíquico, experticia en primera persona.

Abstract: Years of community work in the field of mental health have taught us that the real alternative to the inadequacies of reform processes does not lie in the closure of psychiatric hospitals, nor in the better use of drugs or psychotherapy. If we see the clinic as a construction of possibilities, then mental health facilities should be constituted as a multiplicity of spaces/opportunities in constant evolution; spaces of life and not 'non-places' that include the psychic sufferer in the therapeutic process and the first-person expertise in the therapeutic team. It has taught us the need for another clinical practice that accounts for subjectivity, the social context, but also the social determination of health and the political context.

Key words: Community mental health, collective mental health, mental suffering, first-person expertise.

EL PRINCIPAL DESAFÍO PARA LA SALUD MENTAL COLECTIVA está en la privatización de la sanidad y el consecuente predominio de las empresas farmacéuticas y del complejo industrial hospitalario que ha convertido la salud en una fuente de ganancia. Es un desafío político, pero también técnico, pues supone enfrentar el reduccionismo de la psiquiatría biológica y la consecuente medicalización de la sociedad, hegemónica en buena parte del mundo a pesar de que no se haya demostrado el daño orgánico como causa de los trastornos psíquicos (1,2). Además, su principal herramienta clínica, la teoría del desequilibrio químico de los neurotransmisores, está hoy ampliamente cuestionada (3,4). Su predominio no se encuentra en ninguna verdad científica, sino en ser un factor muy relevante en la acumulación del capital. Pero tampoco podemos olvidar el agotamiento del modelo comunitario, acosado por una política económica y social adversa que ha destruido lo público. Una política que ha integrado muchos de los logros de la reforma psiquiátrica en la sanidad de los mercados, desnaturalizándolos. El neoliberalismo adapta cualquier cosa a sus intereses, o lo elimina si no le es útil. El horizonte del estado del bienestar, en el que se originó y cimentó la salud mental comunitaria, acabó hace décadas. Se necesita una nueva estrategia, nuevas herramientas conceptuales y prácticas, y, sobre todo, nuevas alianzas, dando un paso más adelante hacia la salud mental comunitaria en el ámbito de la salud pública colectiva. Una atención comunitaria donde la determinación social se conjugue con la subjetividad crítica y la emancipación sustituya a la adaptación. Un relato que desmonte la ideología centrada en el fármaco y en la lesión-disfunción cerebral en los foros profesionales y en la ciudadanía.

Joanna Moncrieff (3) ha allanado el camino al cuestionar la supuesta cientificidad de la llamada “psiquiatría biológica”: los psicofármacos no corrigen un daño o déficit en el cerebro, sino que lo intoxican, como el alcohol u otras drogas. Por lo que el modelo centrado en el fármaco sugiere que tomar medicamentos psiquiátricos sirve simplemente para sustituir el estado original del problema mental por el estado mental inducido por el fármaco: euforizando o sedando. Aunque si la perturbación es muy severa, el estado anormal inducido por el fármaco puede ser considerado preferible por el paciente o por las personas que están intentando ayudarlo (3, pp. 40-41). Según Steven Hyman, antiguo director del National Institute of Mental Health (NIMH), la investigación científica acaba con la narrativa tradicional sobre la “revolución psicofarmacológica”, no hay fármacos que traten una enfermedad determinada ni etiologías psiquiátricas que pudieran identificarse biológicamente (5). La revista *Science* habla de “burbuja genómica” y critica la inflación de promesas poco realistas en la literatura científica en lo relativo a determinantes genéticos de las enfermedades (6).

A su vez, Robert Whitaker, en su rigurosa investigación publicada en *Anatomía de una epidemia* (7), desvela las trampas de la empresa farmacéutica en la elaboración de estas drogas, tanto en el proceso de fabricación como en la implicación dolosa de las instituciones sanitarias, publicaciones profesionales, asociaciones de familiares, usuarios y médicos prescriptores. Una implicación dolosa que ha ayudado a vender socialmente el relato del fármaco, convirtiéndolo en el tratamiento psiquiátrico dominante, cuando no el único, a partir de finales de los años ochenta, cuando se produce la entrada en el mercado de los nuevos psicótrpos mucho más caros (lo que hace muy rentable el sufrimiento psíquico). No es casual que coincida la irrupción de estos nuevos psicótrpos antidepresivos y antipsicóticos con la publicación de la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-III), que convierte esta clasificación en un catalogo universal facilitador de las prescripciones farmacéuticas, ni que sea en unos años de consolidación del neoliberalismo (8). Tampoco es casual que la droga psíquica se incorpore a la mochila del sujeto neoliberal junto con la obligada competitividad, la precariedad y la deuda. Se trata de un remedio *prêt-à-porter*, listo para llevar y consumir sin necesidad de hurgar en las razones subjetivas y/o sociales del malestar.

Es por estos años cuando Lynn Payer (9), una periodista médica, inventa el término *disease mongering* (propagación de enfermedades) al observar cómo el marketing de la industria farmacéutica crea enfermedades donde no las hay, volviendo enfermas a personas sanas y, en el ámbito de la salud mental, patologizando ocurrencias inusuales, malestares o reacciones normales ante situaciones anormales: el miedo, la ansiedad, el desamparo, el desánimo, la incertidumbre, el duelo. Hacer medicamentos para personas sanas era un viejo deseo de los laboratorios farmacéuti-

cos, ahora van más allá fabricando enfermedades. La cosa es simple: se busca o crea un malestar, le otorgamos un diagnóstico y comercializamos un medicamento o una nueva indicación de un medicamento ya en uso (un antidepresivo para la timidez o un ansiolítico para circunstancias adversas o una anfetamina para la inquietud del niño o el adolescente), amén de costosas pruebas de alta tecnología muchas veces innecesarias.

El problema es que los síntomas que diagnostican las clasificaciones internacionales (DSM, CIE) se elaboraron con un consenso profesional de unos pocos y no tienen, como en las enfermedades físicas, un correlato orgánico (10). En pocas palabras, la depresión, la ansiedad, las ideas delirantes y el sufrimiento psíquico existen, pero la enunciación diagnóstica de las clasificaciones al uso es un constructo poco fiable. Y, peor aún, convertido el sufrimiento psíquico en una cuestión meramente organicista, la psiquiatría se reduce a una semiología y la psicología a una cuestión de adaptación de la conducta; se reducen a un dopaje del conflicto subjetivo, yendo más lejos de los atributos de la competencia profesional al pretender establecer qué es normal y qué no lo es en la convivencia humana.

La medicina se impone al individuo, enfermo o no, como acto de autoridad. Esta medicalización o psiquiatrización de la vida se combina con el mantra del “usted puede”, “sea positivo”, “sea feliz”. La psicología positiva pasa del trabajo conductual a prescribir felicidad, inmersa en la fantasía del *American Dream*, del sueño americano que promueve un sujeto empresario de sí mismo, autosuficiente, competitivo, *positivo*. Un sujeto meritario, capaz de alcanzar las metas que el mercado le exige: en salud, en acceso a bienes y servicios y, por supuesto, en felicidad. La psicología positiva va a añadir una nueva obligación al sujeto neoliberal, pues hace del placer un deber (11). Barbara Ehrenreich nos desvela, en *Sonríe o muere* (12), la trampa de la psicología positiva: ser positivo no es un estado de ánimo, es una construcción ideológica que lleva a la responsabilidad individual el éxito o el fracaso en la experiencia de vida, en el trabajo, en las relaciones sociales, en la amistad, en la salud. Una creencia en la que todo depende de ti, en la que tu buen ánimo puede cambiar las cosas. Consideraciones o creencias estas que, como advierte Anna Adell, sitúan a la psicología positiva al borde de “la delgada línea que separa la resiliencia de la estupidez” (13).

El caso es que, sea a través de la normatividad disciplinaria que estudia Foucault (14), sea por la manipulación psíquica y el dominio de las tecnologías del yo que predica Byung-Chul Han (15), la persona queda atrapada, sometida a una alienación social y subjetiva que el capitalismo erige en ley natural. Este malestar social se transmuta en físico o psíquico y ya no se traduce, o no solo, en las patologías de lo reprimido que describiera Freud, predominantes durante el pasado siglo. Ahora, en el sujeto neoliberal, sin más ideología que la competencia y el consumo, se impone el

paso al acto, el *simplemente hazlo*. Un paso al acto acompañado por la exigencia del rendimiento continuo, que suele terminar por hacer a la persona más vulnerable: ya sea por la fatiga de la lucha constante por ser alguien o ser más, por la insatisfacción y la culpa de no lograrlo o incluso por la patologización del fracaso de vida en el cuerpo o la mente.

LA SALUD COLECTIVA: LA DEFENSA DE LA VIDA

En este escenario neoliberal, el modelo salubrista que se está imponiendo se centra en la promoción de la salud individual, primando el estilo de vida y la atención hospitalaria, ignorando las condiciones de vida que imposibilitan a la mayoría de la población mundial, incluidos amplios sectores del Norte global, acceder a una vida saludable. Lo que obliga a replantearse la estrategia a seguir si queremos una salud mental pública que haga frente a las necesidades reales de la ciudadanía. La psiquiatría preventiva, basada en los niveles de atención, en la detección de grupos de riesgo y en la crisis que definió Gerald Caplan (16), que ha sido el principal referente del modelo comunitario, contiene aún herramientas conceptuales y técnicas necesarias, pero que tienen que ser resignificadas desde una acción terapéutica más amplia, basada en la emancipación y no en la adaptación. Es a partir de la medicina social latinoamericana cuando surge la salud mental colectiva, una forma de entender el proceso salud-enfermedad-cuidado que adopta una perspectiva crítica al modelo médico positivista y a las limitaciones de la salud pública de promoción de la salud (17), rescatando la subjetividad en lo colectivo (18). Son varias las corrientes salubristas de la salud colectiva, entre ellas destaca A Defesa da Vida (19), propuesta al final de la década de 1980 por un grupo de investigadores de la Universidad Estatal de Campinas (São Paulo, Brasil) y de trabajadores de la Secretaría de Salud de esta ciudad, como Emerson Elias Merhy o Gastao Wagner de Sousa Campos, que rompen la brecha tradicional entre la Universidad-los laboratorios de investigación y la clínica y la gestión asistencial. A Defesa da Vida trabaja con un modelo de determinación del proceso salud-enfermedad que enfatiza los aspectos ideológicos, culturales y psicológicos de la vida en sociedad. Este enfoque permite valorar temas como la agencia humana, la producción del sujeto y la emancipación social. Se entiende que la dolencia es un fenómeno social que refleja las múltiples relaciones entre individuos, grupos, clases sociales, servicios de salud, el sistema productivo y de consumo, así como el saber médico-sanitario sobre la dolencia y la salud. Incluso la dimensión individual del sufrimiento es siempre el resultado de la historia de un sujeto determinado por su contexto y tiempo histórico (19,20).

La historia del sujeto/usuario de las intervenciones sanitarias cobra gran importancia, pues debe redefinirse como un individuo capaz de vivir con libertad y

creatividad, en lugar de desde la conformidad y la resignación que el adjetivo “paciente” insinúa (21), estableciendo la relación entre las estructuras, las esferas micro/macosociales y el sujeto que son centrales para la salud colectiva. Pues si, por un lado, las cosas, o las estructuras, determinan la vida de las personas, por otro, son estas mismas personas las que construyen las cosas, las normas, los valores y las estructuras (21).

Es por ello que para la salud colectiva es una estrategia clave en la producción de salud la consideración de las estructuras de alienación social, que producen enfermedades e impiden la equidad en la distribución de bienes y servicios sanitarios, y las respuestas que se dan o se pueden dar desde el ámbito ciudadano y sanitario. La antropología médica confluye con la salud mental colectiva al retomar la “enfermedad” —sufrimiento psíquico— como un “hecho social total” en el que se condensa la complejidad de lo que somos y nos muestra resocializando y rehistoricizando el sufrimiento humano, la desigualdad social que subyace a los procesos de salud, enfermedad y atención (22)¹.

En el ámbito de la salud mental se plantea la necesidad de reformular tanto la clínica como la psicopatología, integrando en su análisis las determinaciones propias del sujeto y aquellas que provienen de la sociedad en la que vive. Este replanteamiento supone ir más allá de la psiquiatría biológica y del psicologismo que elude lo social, así como de las determinaciones políticas que orientan las respuestas hacia las necesidades de la clase hegemónica y del mercado. Se trata, por tanto, de un proceso de reflexión permanente que interroga la producción de salud-enfermedad desde distintas disciplinas, abierto al devenir del conocimiento y al trajín del existir cotidiano. Dicho enfoque reconoce al individuo en su singularidad y subjetividad, siempre en relación con los otros y con el mundo, configurando un quehacer dialógico y flexible, en constante apertura a las transformaciones que las formas de vida imponen, de manera individual y colectiva, al conocimiento y a la práctica en salud mental.

Desde esta perspectiva, la atención en salud mental no puede reducirse a la mera ordenación de servicios, a la gestión de crisis o al control de personas y grupos vulnerables. La atención comunitaria requiere abordar las condiciones que posibilitan la vulnerabilización, es decir, las estructuras de daño social, marginación, alienación y explotación. El tratamiento individual y terapéutico del sufrimiento no puede desvincularse del hecho social en su totalidad. En consecuencia, se hace necesaria una clínica capaz de comprender al sufridor psíquico en su contexto y de

¹ Hay una amplia bibliografía sobre salud colectiva, entre muchos otros, señalo los libros *Repensar la salud colectiva, diálogos, saberes y encrucijadas* (23) y el *Tratado de Saúde Coletiva* (24); las revistas *Salud Colectiva* (Argentina) y *Ciencia & Saúde coletiva* (Brasil); y autores como Paim, Testa, Granda, Fagundes, Amarante, Pitta, Nunes, Vasconcelos, Labosque, Lanceti, Milton Santos..., aparte de los citados en este texto.

interpretar los síntomas como formas de defensa, como reformulación de la crisis o como intentos de reconstrucción de un sujeto fracturado.

En el marco de la reforma psiquiátrica brasileña, la salud mental colectiva ha impulsado transformaciones profundas en la teoría y en la práctica, consolidando una clínica abierta a las diversas corrientes terapéuticas desde una perspectiva pública. Este proceso ha fortalecido la conciencia de lo colectivo y la participación activa en la acción comunitaria, tanto de las personas con sufrimiento psíquico como de la ciudadanía en general. En este sentido, la acción terapéutica y comunitaria se sustenta en el diálogo con los saberes que nos constituyen —la filosofía, la antropología, el urbanismo, la literatura, el arte—, así como con los saberes profanos y con el imaginario cultural y social (25,26).

Hace falta un mirar abierto, dialéctico, dialogador, ajeno a la falsa evidencia del datismo, supeditado a la necesidad de la interpretación del hecho; atento a la pluralidad de la persona, a la diversidad de su deseo. Esta elaboración teórica y práctica se constituye en el quehacer diario de los trabajadores de los centros de atención psicosocial, de las residencias, de la emergencia y, sobre todo, en el decir y la escucha de esos miles de militantes y activistas que acompañan a la reforma psiquiátrica en Brasil.

En suma, cuando hablamos de salud mental colectiva nos referimos a una corriente de la salud mental comunitaria que va un paso más allá, resignificando estrategias y herramientas conceptuales y técnicas desde una posición social y política, crítica con la sociedad que produce o favorece el sufrimiento psíquico.

UNA CLÍNICA OTRA, LA CLÍNICA (TRATO) PARTICIPADA

Es desde estos presupuestos salubristas, junto con al aprovechamiento de experiencias comunitarias previas, desde donde se hace posible plantearse otra clínica, otro modo de acogimiento y acompañamiento en salud mental. Una clínica de la escucha y el diálogo donde el saber profesional se nutra dialógicamente de la psicopatología crítica y de la experticia en primera persona, donde la “curación” no lo sea a cualquier precio y donde lo normal sea la diversidad. Es necesaria una clínica que no sea patrimonio de psiquiatras y psicólogos y que se realice no solo en el despacho sino en la casa, en el barrio, en el medio donde se habita, permitiendo de primera mano las condiciones de vida del sujeto atendido. El hacer terapéutico ha de ser respetuoso con la diversidad étnica, cultural y de género: se pueden establecer límites, pero no imponer normas de vida; la estabilización de la crisis no implica la *normalización*. Una clínica, en suma, en continua construcción, que fomente la responsabilidad y el compromiso social frente a la pasividad y el victimismo, que despierte el deseo en la persona y en la comunidad como síntoma de estar vivo.

Para Laura Martín y Fernando Colina, estudiosos de la subjetividad crítica y de un nuevo trato a la locura, el tratamiento “consiste fundamentalmente en no estorbar, asistir a las defensas del sujeto y ayudarle a reconocer las partes de sí mismo que debe calibrar para regular su angustia” (27). Se trata, por tanto, lejos de la tan manida *conciencia de enfermedad*, de trabajar para favorecer la concienciación del sufridor psíquico de sí mismo, no para que asuma un estatus de enfermo identitario.

Joseph Gabel, psiquiatra estudioso de las formas de la alienación, plantea que la reificación capitalista despersonaliza a la gente solo en la medida en que sus leyes son aceptadas como si se tratase de leyes naturales, pues al desvelar la falsa conciencia, al hacerse consciente de la situación que causa la alienación, cabe la acción política. A partir de esa toma de conciencia “la reificación deja de ser un factor de alienación para convertirse, al contrario, en instrumento de desalienación y de personalización colectiva” (28). Trasladado el planteamiento de Gabel a la acción terapéutica, se trataría de un trabajo clínico que ayude a reconocer cómo se ha llegado al malestar y de qué forma se ha contribuido a su desarrollo, desde la pasividad o la acción. La terapia, entonces, dejaría de ser el monólogo de la psiquiatría o la psicología ante un sujeto o un colectivo pasivo para convertirse en el apoyo terapéutico al trabajo del sujeto, la familia o el grupo en su responsabilidad frente a lo que les sucede. Será la toma de conciencia de la situación que origina o rodea el conflicto la que dotará de sentido al sufrimiento psíquico y, por tanto, a la ayuda, la terapia o el trato. Lo que llevará a procurar trocar la recuperación por la emancipación, y la dependencia por la autonomía.

Pero esta salud mental colectiva, esta clínica participada, exige redefinir la comunidad y reescribir conceptos como autonomía, dependencia, empoderamiento, recuperación, conciencia de enfermedad o normalidad, pues no se trata de empoderar a un hombre o una mujer que transita la diversidad para que pueda adaptarse a la supuesta normalidad que definen los mercados; no se trata de que el diverso deje de serlo, sino de cambiar las reglas de juego para que la diversidad pueda cohabitar con los mismos derechos en los mismos espacios, en la misma vida, que aquellos que se considera “normales” y “sanos”. Esta forma de entender la salud mental colectiva requiere una aproximación crítica a la subjetividad que no se puede descoser de la alienación social. Que necesita del nosotros, de una política de lo común (29).

Aquí no es posible el subterfugio ni el autoengaño. Al fin y al cabo, tras la aparente neutralidad de la que hacen gala algunos defensores de la psiquiatría biológica y las técnicas psicológicas de la adaptación, está la acción política neoliberal que representa a los detentadores del capital. La cuestión es que los oficios de la salud mental no están ausentes de la lucha de clases. Pues si hablar del proceso salud-enfermedad y del sistema de cuidados presupone una toma de partido, lo es más aún en salud mental. Psicólogos, trabajadores sociales, educadores y el resto de oficios de la

sanidad se reivindican a menudo como profesionales de un saber técnico del campo sociosanitario políticamente neutro, pero olvidan que ese campo es, sobre todo, un campo de lucha política, escribe Jordi Solé Blanch (30). Pretenden ignorar que sus discursos y prácticas actúan en campos en los que se enfrentan diferentes relaciones de poder y forman parte de las tecnologías políticas y las estrategias de gobernabilidad. La salud, las prestaciones sociales, la educación, la acción comunitaria exigen, tanto a los ciudadanos como a los profesionales, tomar partido. O se está con unos servicios públicos universales y de calidad o se está con las aseguradoras privadas, concertadas o no con el Estado. En el caso de los profesionales, la cuestión va más allá de la ideología, pues la opción privatizadora coarta su práctica, imponiendo el modelo de atención que garantice el mayor beneficio para la empresa y un disciplinario servilismo en su cumplimiento, con independencia de la eficacia de los métodos empleados.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Domont de Serpa Júnior O. *Mal-Estar na Natureza*. Río de Janeiro: Te Corá, 1998.
- (2) Engel GL. The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Gen Hosp Psychiatry*. 1979; 1(2): 156–65.
- (3) Moncrieff J. *Hablando claro*. Barcelona: Herder; 2013.
- (4) Gotzsche PC. *Psicofármacos que matan y denegación organizada*. Barcelona: Los libros del lince, 2016.
- (5) Hyman SE, Nestler EJ. Initiation and adaptation: A paradigm for understanding psychotropic drug action. *Am J Psychiatry*. 1996; 153(2): 151-162.
- (6) Evans JP, Meslin EM, Marteau TM, Caulfield T. Deflating the genomic bubble. *Science* 2011; 331(6019): 861–2.
- (7) Whitaker R. *Anatomía de una epidemia*. Madrid: Capitán Swing, 2015.
- (8) Davies J. *Sedados*. Madrid: Capitán Swing, 2022.
- (9) Payer L. *Disease-mongers: How doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick*. Hoboken, NJ: Wiley and Sons, 1992.
- (10) Elúa A. La ciencia ficción de las clasificaciones diagnósticas. En: Rodríguez R (ed.). *Contrapsicología*. Madrid: Dado, 2016; pp. 167–93.
- (11) Desviat M. La felicidad como imperativo en la sociedad neoliberal. En: García Gómez T, Martín González S (coords.). *Los agujeros negros de la felicidad*. Gijón: Ed. Trea, 2023; 161-169.
- (12) Ehrenreich B. *Sonríe o muere*. Madrid: Turner, 2011.
- (13) Adell A. *Atrapados por Saturno. Imaginarios recientes de la melancolía*. Madrid: Casimiro, 2020.
- (14) Foucault M. *Nacimiento de la biopolítica. Curso del Collège de France (1978-1979)*. Madrid: Akal, 2009.
- (15) Han B-C. *Psicopolítica*. Barcelona: Herder, 2014.
- (16) Caplan G. *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós, 1966.

- (17) Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa, ON: Minister of Supply and Services Canada, 1974.
- (18) Onocko Campos R. Psicoanálise & saúde coletiva. Sao Paulo: Hucitec, 2013.
- (19) Campos GW. Saúde Pública e defesa da vida. Sao Paulo: Hucitec, 1991.
- (20) Campos GW. Saúde Paidéia. Sao Paulo: Hucitec, 2007.
- (21) Resende Carvalho S. Saúde coletiva e promoção da saúde. Sao Paulo: Hucitec, 2007.
- (22) Martínez-Hernández A, Correa-Urquiza M. Un saber menos dado: nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva. En: Madariaga C, Oyarce AM, Martínez A, Menéndez EL (eds.). Repensar la salud colectiva. Diálogos, saberes, encrucijadas. Santiago de Chile: Contrakorriente, 2021; pp. 229-252.
- (23) Madariaga C, Oyarce AM, Martínez A, Menéndez EL (eds.). Repensar la salud colectiva. Diálogos, saberes, encrucijadas. Santiago de Chile: Contrakorriente, 2021.
- (24) de Souza Minayo MC, de Alcantara Bonfim JR, Akerman M, de Sousa Campos GW, de Carvalho YM, Drumond M. Tratado de Saúde Coletiva. Sao Paulo: Hucitec, 2017.
- (25) Desviat M. Clínica, reforma psiquiátrica y salud colectiva. Tramas., subjetividad y procesos sociales. 2014; 42: 13-26.
- (26) Desviat M. La salud mental colectiva: una alternativa sociosanitaria en tiempos neoliberales (Prólogo). En: Madariaga C, Oyarce AM, Martínez A, Menéndez EL (eds.). Repensar la salud colectiva. Diálogos, saberes, encrucijadas. Santiago de Chile: Contrakorriente, 2021; pp. 11-13.
- (27) Martín L, Colina F. Manual de psicopatología. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2018.
- (28) Gabel J. Sociología de la alienación. Buenos Aires: Amorrortu, 1973.
- (29) Desviat M. Cohabitar la diferencia. Salud mental en lo común. Madrid: Síntesis, 2020.
- (30) Solé Blanch J. El malestar social bajo la nueva razón liberal. En: Solé Blanch J; Pié Balaguer A (eds.) Políticas del sufrimiento y la vulnerabilidad. Barcelona: Icaria, 2018; pp. 109-37.