

La construcción de saberes en Salud Comunitaria: los aportes desde la Musicoterapia

Building knowledge in Community Health: Contributions from Music Therapy

Cecilia Inés Isla

Palabras clave: musicoterapia, salud comunitaria, espiritualidad, desarrollo humano, conocimiento

Keywords: Music Therapy, Community Health, Art, Spirituality, Human Development, Knowledge

Resumen

La musicoterapia es una disciplina de la salud —de extenso y prolífico desarrollo desde 1950 en todo el mundo—, que trabaja con la música y el sonido como mediadores, facilitadores y organizadores de procesos saludables para las personas y comunidades. En Argentina, desde hace más de veinte años se desarrolla una perspectiva teórico técnica de la musicoterapia orientada en salud comunitaria (Colectivo85, 2018), a partir del diálogo y trabajo conjunto con el profesor Enrique Saforcada (1934-2023), psicólogo sanitario cuyo pensamiento generó un movimiento regional y multidisciplinario en salud que también impulsó desarrollos disciplinares musicoterapéuticos centrados en la salud positiva.

Este escrito propone algunas consideraciones respecto de la necesaria vinculación sinérgica y articulada de disciplinas y saberes en el campo de la salud. Recoge parte de la producción de conocimientos que desde la musicoterapia comunitaria tensionan, amplían y profundizan la construcción paradigmática de la salud comunitaria y gestión de salud positiva. Se proponen como ejes conceptuales: la importancia de la música (y el arte) en el desarrollo humano, la dimensión espiritual de la salud, las implicancias de la afectividad en la intervención y la experiencia expresiva como herramienta epistémica. Desde estas categorías se invita a pensar acerca de los saberes en salud: profesionales y no profesionales. Los saberes que se ponderan (y los que no), de qué modo se articulan, legitiman, jerarquizan y retroalimentan para dar respuesta a la complejidad y multidimensionalidad del campo en el desafío de generar conocimiento situado que (nos) transforme.

Abstract

Music Therapy is a health discipline - of extensive and prolific development since 1950 throughout the world - that works with music and sound as a mediator, facilitator and organizer of healthy processes for people and communities. In Argentina, a theoretical-technical perspective of Music

Therapy oriented towards Community Health has been developed for more than 20 years (Colectivo85, 2016), based on dialogue and joint work with Professor Enrique Saforcada (1934-2023), a health psychologist whose thinking generated a regional and multidisciplinary movement in Health that also promoted disciplinary music therapy developments focused on positive health. This paper proposes some considerations regarding the necessary synergistic and articulated linkage of disciplines and knowledge in health. It collects part of the production of knowledge that, from Community Music Therapy, tensions, expands and deepens the paradigmatic construction of Community Health and Positive Health Management. The following are proposed as conceptual axes: the importance of music (and art) in human development; the spiritual dimension of health; the implications of affectivity in the intervention; expressive experience as an epistemic tool. These categories invite you to think about health knowledge: professional and non-professional. The knowledge that is considered (and that which is not), how it is articulated, legitimized, prioritized and fed back to respond to the complexity and multidimensionality of the field in the challenge of generating situated knowledge that transforms (us).

Datos de la autora

Cecilia Inés Isla

Musicoterapeuta - UBA

Licenciada en Artes - Unsam

Facultad de Ciencias Humanas y de la Conducta - Universidad Favaloro

Facultad de Kinesiología y Fisioterapia - Universidad Juan Agustín Maza

Correo electrónico: ceciliaisla@gmail.com

Introducción

Este escrito propone algunas consideraciones respecto de la necesaria vinculación sinérgica y articulada de disciplinas y saberes en el campo de la salud, a partir de los desarrollos de Enrique Saforcada como generador e impulsor de un movimiento y una construcción paradigmática en salud comunitaria sursituada.

Frente a un escenario sanitario de desmembramiento, fragmentación y aislamiento científico y profesional, la perspectiva de salud comunitaria y gestión de salud positiva comprende la salud en su naturaleza ecosistémica, multidimensional y compleja (Saforcada, 2012). Caracterizando los problemas en salud desde esta mirada, se hace necesario visibilizar las respuestas construidas en esa articulación de saberes en función del factor humano, pero también ampliar, fortalecer y construir otros modos posibles en consonancia con la necesidad de profundización y enriquecimiento del paradigma. La propuesta es, entonces, pensar en clave de multidimensionalidad acerca de los saberes profesionales y no profesionales. Qué saberes se ponderan y cuáles no y de qué modo se articulan, legitiman, jerarquizan y retroalimentan. Cómo se complejizan las acciones construidas en la gestión de salud positiva a partir de y en diálogo con los desarrollos de la musicoterapia orientada en salud comunitaria (Colectivo85, 2016), una orientación disciplinar gestada en Argentina desde este paradigma en salud.

Musicoterapia orientada en salud comunitaria

La musicoterapia como disciplina de la salud trabaja con la música y el sonido como mediadores, facilitadores y organizadores de procesos saludables para las personas y comunidades (Ley Nacional de Ejercicio profesional de la Musicoterapia N.º 2713, Argentina). El desarrollo de la perspectiva comunitaria de la musicoterapia en la región indoafroiberoamericana —particularmente en Argentina, pero con influencia en otros países—, estuvo y está fuertemente influenciada por el pensamiento de Enrique Saforcada, ferviente colaborador, profundo defensor del valor de la música (y el arte) en la vida cotidiana y de su impacto en la salud de las personas, y promotor de la ampliación y profundización del campo disciplinar.

Desde los años dos mil en Argentina, y en respuesta a un contexto socioeconómico y político de profunda crisis, la musicoterapia enuncia, legitima y desarrolla intervenciones desde la orientación comunitaria, habiendo estado centrada hasta entonces principalmente en la atención clínica. La complejidad del campo permitió preguntarse acerca de los paradigmas en salud que sostenían las prácticas, desafiando los modelos consensuados y los conocimientos impartidos desde las casas de estudio, derribando barreras y prejuicios respecto de los modos de hacer y pensar en musicoterapia. Este viraje exigió el desarrollo de categorías analíticas que dieran respuesta a la complejidad del abordaje, estableciendo otras relaciones

entre la música, la salud, la comunidad y la intervención o de la o el musicoterapeuta, desde una mirada holística, integral e integradora del proceso de salud, cuya centralidad está dada por la participación comunitaria.

A la vez, esta producción de conocimientos desde la musicoterapia comunitaria tensionó, amplió y profundizó la construcción paradigmática de la salud comunitaria y gestión de salud positiva. Estos nodos conceptuales son los que se recuperan en este trabajo como invitación a la reflexión acerca de la construcción de saberes en salud: la importancia de la música (y el arte) en el desarrollo humano, la dimensión espiritual de la salud, las implicancias de la afectividad en la intervención y la experiencia expresiva como herramienta epistémica.

Complejidad en salud y gestión de salud positiva

Abordar la salud desde la complejidad implica reconocer los múltiples atravesamientos que se ponen en juego en el hacer: prácticas de poder, perspectivas teóricas, herramientas de intervención, campos de conocimiento, intereses económicos, intereses políticos. Preguntarse por la salud no solo es pensarla desde la realidad técnico-profesional, sino, sobre todo, comprender que la salud se construye en la intersección de las diferentes racionalidades que interactúan en este campo: profesional, burocrática, política y la de la población, entre lo social, lo cultural, lo profesional, la formación universitaria, lo económico, lo ambiental, lo generizado.

La salud pertenece al ámbito comunitario en su conjunto y desde la complejidad no debe admitirse su clausura en un «coto privado» de expertos [...] La organización, desde los enfoques dinámicos, vincula de infinitas formas lo que las dicotomías clásicas habían escindido y petrificado (el objeto, el cuerpo, la estructura) o evaporado (el sujeto, el significado, los vínculos no reglados). Los abordajes de la complejidad conjugan la estabilidad y el cambio, la unidad y la diversidad, la autonomía y el vínculo, la individuación y la configuración sistémica. (Najmanovich y Jabes, 2007, pp. 2-5)

En general, las respuestas que desarrolla el sistema sanitario, las universidades o colectivos profesionales y las políticas públicas, aún bajo la pretensión de identificarse como comunitarias, tienden a fortalecer un sistema que se activa en tanto respuesta a situaciones de daño, generando enfermedad pública (Saforcada y Moreira Alves, 2014), medicalizando la vida y profundizando las desigualdades que impiden el desarrollo pleno de las personas y las comunidades. Esto es porque la matriz desde la que se gestan estas acciones sigue siendo la enfermedad. Ejemplo de esta situación es aquello tan vigente en las formaciones de profesionales del primer nivel de atención respecto de las llamadas enfermedades crónicas como inevitables, sin poner en pregunta lo que estructuralmente las genera ni trabajar

sobre el potencial de salud, sino construyendo respuestas individuales —pero para todas las personas la misma respuesta, sin importar su contexto— en torno a la medicación (medicalización) y a la conducta definida en términos de estilo de vida saludable como único modo de convivir con la enfermedad.

Por otra parte, tal como afirman Saforcada y Morales Calatayud (2022), muchas disciplinas que en sus orígenes no estaban ligadas necesariamente a la enfermedad y que tienen amplias posibilidades para trabajar con enfoques de salud positiva, o bien no son incluidas o cuando se practican en los servicios en salud se las restringen a tareas con un sentido clínico de restauración de la salud más que de gestión de salud positiva en las comunidades.

La gestión de salud positiva, en cambio, implica pensar la salud desde la salud —no desde la enfermedad—, a partir del potencial de salud que todo ser humano y conglomerado social posee independientemente de su situación. Algo que claramente no sucede en los sistemas sanitarios ni en las políticas públicas en salud ni en los espacios formativos.

Gestionar salud significa lograr que las personas sanas permanezcan sanas, su finalidad secundaria será entonces ocuparse de atender eficazmente la enfermedad (Saforcada y Morales Calatayud, 2022); la centralidad está puesta en la protección y promoción de la salud. Según Morales Calatayud (2015), la gestión de salud positiva debe ser una construcción social afirmada en el ámbito de la cultura y los comportamientos, tanto a nivel global como en las comunidades, en las instituciones educativas y laborales, grupos, familias y personas. Debe estar presente en todos los servicios, sistemas, programas, instituciones y áreas de trabajo del campo de salud, generando indicadores positivos de salud y bienestar. La gestión entonces excederá a los servicios de salud, siendo central el trabajo territorial y articulado entre los diversos campos de saberes (comunitarios, disciplinares, profesionales, técnicos, políticos...), interpelando a personas, grupos, instituciones, comunidades y Estado en la producción de salud como bien común a partir de significados y prácticas compartidas.

Pensar la salud desde la salud nos exige, entonces, poner la lupa en sus dimensiones y ampliar la mirada hacia saberes disciplinares y no disciplinares que fortalecen este paradigma en salud. Si consideramos la salud en sus dimensiones física, psíquica, espiritual, social y ambiental no como categorías estancas, sino como aspectos entramados multidimensionalmente en los que podemos hacer foco, los saberes comunitarios y los aportes de disciplinas no hegemónicas o no tradicionales en el sistema sanitario generan significativos aportes para esta propuesta.

Enrique Saforcada, como promotor del movimiento de salud comunitaria, favoreció el desarrollo de saberes disciplinares (de la psicología, de la odontología, de la psicopedagogía, de la musicoterapia, entre otros) e interdisciplinares, retroalimentando el paradigma a la vez que modificando en las disciplinas sus propios desarrollos, promoviendo otras categorías teóricas y otras tecnologías para la intervención. Al respecto, este escrito aborda algunas nociones gestadas en el marco

de los desarrollos de la musicoterapia orientada en salud comunitaria en diálogo con los feminismos del sur y las perspectivas interculturales.

Aportes desde la musicoterapia

La musicoterapia orientada en salud comunitaria pone de relevancia algunos conceptos en el campo de la salud que desarrollaremos a continuación:

- la importancia de la música (y el arte) en el desarrollo humano,
- la dimensión espiritual de la salud,
- el modo de comprender la intervención en salud y las implicancias de la afectividad,
- algunas consideraciones respecto de la construcción de saberes.

Música y desarrollo humano

La música (el arte) es parte del proceso de la vida y sus expresiones acontecen en los territorios en los que viven las personas. No es solo un medio de intervención, sino que es una herramienta privilegiada que las personas hemos usado y seguimos utilizando para la interacción humana. Si entendemos que la salud sucede en la trama relacional recíprocamente transformadora entre las personas y sus ambientes, comprendemos la importancia de jerarquizar abordajes enmarcados desde la cultura y el arte. Las relaciones entre arte y salud se encuentran en todas las culturas; conocer esas construcciones que no forman parte del corpus teórico legitimado en la mirada occidental es vital para encontrar claves hacia la construcción de respuestas situadas a las necesidades de los territorios.

Es importante puntualizar que, en el mundo occidental, el arte en todas sus manifestaciones ha sufrido un proceso de separación entre las formas o producciones artísticas y la vida cotidiana. Propio de la modernidad, el arte quedó relegado a un bien de consumo hedónico en manos de «unos pocos talentosos» (en su mayoría hombres) para ser contemplado por especialistas que forman parte de una élite ilustrada o bien por una masa que consume un producto de mercado, con un supuesto menor valor artístico, según los cánones establecidos por esos pocos que detentan un saber/poder. En este campo se juegan cuestiones de lo masivo, lo popular, lo elitista, lo funcional, lo comercial, lo trascendente, lo eurocentrado, lo decolonial, desviando el foco del derecho humano a la cultura como principio universal que nos permite comprender su vinculación con el derecho humano a la salud. Comprender el arte como derecho implica no solo una cuestión de democratización del acceso, sino —y sobre todo— un posicionamiento que postula el arte como parte necesaria en la vida de todas las personas y de las comunidades por sus implicancias evolutivas y sociales.

Se reconocen desde esta perspectiva dos funciones de la música (y del arte en general) centrales para el abordaje en salud comunitaria: una función constitutiva en el desarrollo humano, potencialmente favorecedora en intervenciones en la primera infancia —pero también en todo el ciclo vital—, y una función social como generadora de cambio que promueve la participación comunitaria. Ambas funciones conforman una unidad y nos permiten focalizar en una u otra dimensión de acuerdo con el contexto de la acción (Isla, 2022).

La música entendida como constitutiva del ser humano es un instrumento privilegiado para trabajar desde la salud positiva puesto que en ella se condensan tres componentes claves para la protección y promoción de la salud (Isla, 2003):

- actúa sobre el sistema psiconeuroinmunoendocrino, es central en la interacción intersubjetiva temprana, incide en los procesos de regulación de la vida afectiva y en el desarrollo cognitivo;
- dinamiza los procesos comunitarios y de participación, promoviendo la horizontalidad y el diálogo, reconociendo y validando los saberes musicales que la comunidad posee. Los y las musicoterapeutas se convierten en facilitadoras de los procesos adecuando sus saberes técnicos a las necesidades de estos;
- es constructora y transformadora de cultura, por lo tanto, portadora de identidad, siendo potencialmente una puerta de entrada para el abordaje de la dimensión espiritual de la salud.

Espiritualidad y salud

En este marco, y desde la musicoterapia, aportamos a la dimensión espiritual de la salud entendida como la construcción colectiva de sentidos del mundo. El arte en general, y la música en particular, permite que nos aproximemos al sentido de trascendencia comunitaria a partir de la filiación colectiva que promueve y la recuperación de la ritualidad propia de los territorios, al hacer con otras personas en la música, como expresión colectiva, espacio de fortalecimiento, reconstrucción y renegociación de los vínculos comunitarios.

Acercarnos a la idea de la dimensión espiritual de la salud comunitaria, que debiera contemplar la emocionalidad y la expresividad como constitutivas del ser humano y como constructoras de sentido de communalidad. Así también, debiera incluir a la experiencia expresiva como aquella que, trascendiendo lo individual, permite que las personas encuentren un sentido a la vida a partir de un particular modo de hacer con otros y otras. (Isla, 2022, p. 47)

Construir sentidos del mundo en procesos comunitarios implica un fuerte trabajo hacia el reconocimiento identitario y la legitimación de voces diversas. Posicionarnos desde la dimensión espiritual nos exige ubicarnos en el marco epistemológico desde donde esa comunidad comprende el mundo como punto de

partida. Queda mucho por recuperar en estos hilos de la trama que conforman la salud comunitaria en este aspecto y es la intención seguir profundizando al respecto a través del trabajo en territorio.

Afectividad y salud

En la vida cotidiana transitamos de un camino explicativo al otro a través de nuestras emociones, en el curso de nuestro emocionear
Maturana, *Biología del conocer, biología del amor*

Se propone que la afectividad ingrese como categoría epistémica respecto de nuestro quehacer profesional, alojándola en los marcos institucionales desde una perspectiva del factor humano, como modos de entablar las relaciones vinculares y los modos de hacer con otras personas en salud. En la afectividad como simiente de transformación social, se inscriben los vínculos amorosos, respetuosos y afectivos que recuperan la empatía, la solidaridad, el compartir y la ayuda mutua que transcurre en la vida cotidiana de los territorios. El desafío es entonces cómo reformular los dispositivos de intervención en tanto la afectividad necesita de otros modos de circular.

En diálogo con los estudios de género, particularmente con los feminismos del sur, se inscriben estas conceptualizaciones para profundizar sobre la importancia de la construcción de relaciones entre pobladoras/es y equipos técnicos, en las que la afectación mutua sea no solo visibilizada sino promovida, vivenciada en toda su potencialidad.

Para la afectividad, las relaciones se piensan en la potencia del «entre», desde el poder-potencia que se fortalece contrahegemónicamente en la trama colectiva. Contrario a las relaciones jerárquicas de poder del modelo médico hegemónico y a la concepción del poder como algo externo a la propia trama (Isla et al., 2022). Estas consideraciones se enmarcan en el diálogo respecto de la formación ética de profesionales de la salud comunitaria que desarrolla Morales Calatayud (2015). Ética entendida como aquella que se desprende de los presupuestos teórico-prácticos del paradigma, expresando los valores cooperativos y solidarios y ponderando como valor principal el bienestar y la salud del pueblo.

Hacia la intervención corporeizada

La afectividad implica la presencia genuina en el encuentro con otras personas desde la afectación mutua. Urge entender la corporalidad en las intervenciones comunitarias y territoriales en términos de intervención encarnada.

No es posible pensar a las personas en relación por fuera del cuerpo. No existe tal escisión del cuerpo por fuera de la experiencia de ser, menos aún del

ser-en-relación. Tal como sostiene Najmanovich (2001) el cuerpo no es, entonces, «un lugar» o algo que «se posee»; es lo que somos, es nuestro ser. Existimos en relación corporal con otras personas, nos desarrollamos y nos constituimos en el intercambio afectivo con congéneres y con nuestras redes de socialización posterior, en experiencias vivas que suceden en ese espacio tiempo vivido con otras y otros, y que significan de acuerdo con nuestra historia sociocultural.

La intervención en salud comunitaria es necesariamente una intervención corporeizada, en la que la emocionalidad es un componente central. Frente a una representación del cuerpo como objeto, compartimentado y escindido en órganos, aparatos y sistemas, susceptible a ser disciplinado y controlado para aumentar su utilidad y productividad, se opone (y se propone) la comprensión del cuerpo que se hace carne con el mundo para percibirlo, comprenderlo, significarlo, sentirlo, y también resistirlo y transformarlo a través del movimiento, del hacer con otros y otras (Virasoro e Isla; 2021). Tal como sostienen los desarrollos de la Antropología Corporal: cuerpo campo de resonancias, cuerpos en vibración a partir del encuentro y la afectación.

Construcción de saberes en salud. La experiencia como herramienta epistémica

La perspectiva comunitaria en musicoterapia en indoafroiberoamérica se hizo lugar desde prolíficas experiencias territoriales, construyendo categorías epistémicas desde el hacer, ampliando la noción de experiencia como modo de construcción de saberes.

La música es acción por definición; el hacer musical considerado experiencia desde esta perspectiva pone de manifiesto la necesaria construcción de conocimiento sensible, emocional y racional que esta acción implica. El Hacer Musical Reflexivo (Colectivo 85, 2016) recupera la propuesta del lenguajear de Maturana (2000), como una distinción de la acción, un reconocerse, un poder [sentir]pensar y decir qué estoy[estamos] haciendo, cambiando la pregunta del ser por el hacer, que permite la reflexión sobre el vivir y el convivir (Maturana, 2000). La experiencia pone énfasis en la emocionalidad como fuente de conocimiento y en la afectación mutua en el hacer con otras y otros, que propicia que aquello que pasa *nos pase*. La noción de experiencia como herramienta epistémica y política pretende ser un aporte a la salud comunitaria. El saber desde este paradigma involucra a todos los actores sociales, no es privativo de profesionales, no es unidireccional, no se refiere a un grupo etario en particular, ni pretende universalizar un saber sino coconstruir en contexto. El saber que es saber-poder, saber-hacer y poder-potencia hay que trabajarla con la comunidad.

Saforcada instaba a las y los profesionales a formarse para generar procesos en los que las poblaciones asuman el poder de decisión sobre su salud, sin que este

proceso los deshabilite, sino que los conforme en un nuevo lugar del saber-poder en un rol de colaboración.

Devolver el poder de decisión a las poblaciones en materia de salud es aportar a la democratización real de nuestras sociedades y es también aportar significativamente a la finalización de toda clase de dependencia política que sojuzgue e impida el proceso de liberación de nuestros países. (Saforcada et al., 2010, p.57)

Poner en centralidad los saberes de la población hace necesario revisar los conocimientos eurocentrados u occidentales que se ponen en juego, relativizando su capacidad de enunciación en perspectiva situada. Tal como propone Ochy Curiel (2021), interpelar-nos desde la matriz de opresión de raza, género, sexualidad, clase y desde las lógicas de resistencia de la comunidad.

El objetivo es el de encontrar colectivamente respuestas que tiendan a la transformación de lo estructural a la vez que lo singular, de lo urgente a la vez que lo necesario, mejorando las condiciones de salud de las personas y comunidades y generando conocimientos que puedan ser replicados. Esta respuesta será la resultante del hacer en común: de la experiencia que nos sucede en la decisión conjunta de abordar una problemática en salud produciendo conocimiento desde explicaciones contextualizadas que considere el sistema-mundo global desde la posición de la comunidad como sujeto, como protagonista real.

Se hace evidente la necesidad de propiciar la participación de todas las voces, desde una perspectiva no adultocéntrica, con especial hincapié en la inclusión de voces de las infancias, adolescencias, vejeces, y de otros colectivos subalternizados como las diversidades, las mujeres o las personas racializadas. Alojar la pregunta por los modos de hacer y de leer ese hacer que tienen las poblaciones en su conformación diversa. Exceden los propósitos de este escrito, pero sería pertinente ampliar este punto, profundizando en las categorías de redistribución y reconocimiento de Nancy Fraser (2016) que permiten el verdadero diálogo, y en las consideraciones en torno a cómo opera la barrera psicosociocultural, espacio intersubjetivo que se da en el encuentro (o desencuentro) entre profesionales y pobladoras/es que desarrollaron Juárez y Saforcada (2013).

El arte en todas sus manifestaciones, y la música en particular, puede ser facilitador de procesos de diálogo e intercambios de saberes locales y sentidos del mundo que permitan ligazón y pertenencia hacia un mayor bien-estar de y en la comunidad. Este proceso de construcción de saberes situados en salud, en diálogos disciplinares y no disciplinares debe aportar al desarrollo del paradigma de salud comunitaria desde la potencia del diálogo entre experiencias, a partir de la sistematización de procesos territoriales que puedan ser comunicadas en las voces de sus protagonistas, para ser tomadas como puntos de partida de nuevos desarrollos en otros territorios.

A modo de cierre

Finaliza aquí este recorrido por diversas categorías conceptuales que surgen de experiencias de intervención, así como de instancias de sistematización que implicaron construir otros modos de establecer relaciones al interior de los saberes disciplinares e interdisciplinares. No pretende este escrito ser más que una invitación a una tarea que es nodal para el desarrollo del paradigma y del movimiento de salud comunitaria y gestión de salud positiva: la construcción de conocimiento situado. En palabras de los queridos maestros y compañeros de camino Enrique Saforcada y Francisco Morales Calatayud (2022): «Aprender mientras se produce salud y producir salud para aprender, mano a mano con quienes lo hacen espontánea y regularmente en las comunidades» (p. 82).

Referencias bibliográficas

- Colectivo85. Isla, C.; Demkura, M.; Alfonso, S. y Abramovici, G. (2016). El hacer musical reflexivo, una perspectiva en musicoterapia comunitaria y popular. En *Anais do VI Congreso Latinoamericano de Musicoterapia*, 168-172. CLAM.
- Curiel, O. (2021). Diálogos con Ochy Curiel: «El Poder hay que trabajarla en comunidad». Programa Regional Feminismos para América Latina. Fundación Rosa Luxemburgo.
<https://rosalux-ba.org/2021/11/19/dialogo-con-ochy-curiel-el-poder-hay-que-trabajarla-en-comunidad/>
- Fraser, N. (2016). ¿De la redistribución al reconocimiento? Dilemas de la justicia en la era «postsocialista». En J. Butler y N. Fraser. *¿Redistribución o reconocimiento?: un debate entre marxismo y feminismo* (pp. 23-66). Traficante de Sueños.
- Isla, C. (2003). *El hacer musical como acción promocional de la salud en la tercera edad. Una experiencia en musicopromoción de la salud con adultos mayores*. [Tesis de grado no publicada], Universidad de Buenos Aires.
- Isla, C. (2022). Arte y Salud Comunitaria. En C. Isla, y L. Muñoz Rodríguez. *Intervención en salud comunitaria. Relatoría de experiencias* (capítulo 1). Ediciones Nuevos Tiempos.
- Isla, C., Muñoz Rodriguez, M. y Quijano, M. (2022) Diálogos entre feminismos del sur y Salud Comunitaria. En C. Isla, y L. Muñoz Rodríguez. *Intervención en salud comunitaria. Relatoría de experiencias* (capítulo 6). Ediciones Nuevos Tiempos.
- Juárez, M. P. y Saforcada, E. (2013). El problema de la barrera psicosociocultural interpuesta entre los profesionales de la salud y consultantes de contextos pobres estructurales: reflexiones sobre una cuestión compleja. *Salud y Sociedad*. 4(3), 210-227. <http://hdl.handle.net/11336/24076>
- Ley Nacional de Ejercicio profesional de la Musicoterapia N.º 2713, República Argentina (2015).
<https://www.argentina.gob.ar/nORMATIVA/nACIONAL/ley-2713-248823>
- Maturana, H. (2000). *Biología del conocer, biología del amor*. Conferencia dictada en la apertura de las Jornadas del amor en la Terapia, Barcelona, España. https://des-juj.infd.edu.ar/sitio/educacion-emocional-2019/upload/Maturana_Romesin_H_Biologia_Del_Conocer_-_Conferencia.pdf
- Morales Calatayud, F. (2015). La perspectiva ética de la salud comunitaria y su relación con la formación universitaria de recursos humanos: una aproximación. En E. Saforcada, J. Castellá Sarriera y J. Alfaro. *Salud comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: la comunidad* (pp. 45-56). Ediciones Nuevos Tiempos.

- Najmanovich, D. (2001). Del «cuerpo máquina» al «cuerpo entramado». *Campo grupal*, 4 (30), 2-3.
- Najmanovich, D. y Jabes, E. (2007). Complejidad y salud. En 5.º Congreso Virtual de Cardiología, Federación Argentina de Cardiología.
- Saforcada, E., de Lellis, M. y Mozobancyk, S. (2010). *Psicología y salud pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Paidós.
- Saforcada, E. (2012). Salud comunitaria, gestión de salud positiva y determinantes sociales de la salud y la enfermedad. *Aletheia*, (37).
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942012000100002&lng=pt&tlang=es
- Saforcada, E. y Moreira Alves, M. (2014). La enfermedad pública. *Salud & Sociedad: Investigaciones en Psicología de la Salud y Psicología Social*, 5(1), 22-37. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-74752014000100002&lng=pt&tlang=es.
- Saforcada, E. y Morales Calatayud, F. (2022) La formación integral de profesionales para trabajar en Salud Comunitaria. En C. Isla, y L. Muñoz Rodríguez. *Intervención en salud comunitaria. Relatoría de experiencias* (capítulo 3). Ediciones Nuevos Tiempos.
- Virasoro, S. e Isla, C. (2021). Cuerpos en pandemia. La intervención social desde el abordaje de la corporalidad. *Ts. Territorios-Revista de trabajo social*, (5), 73-86.
<https://publicaciones.unpaz.edu.ar/OJS/index.php/ts/article/view/1037>