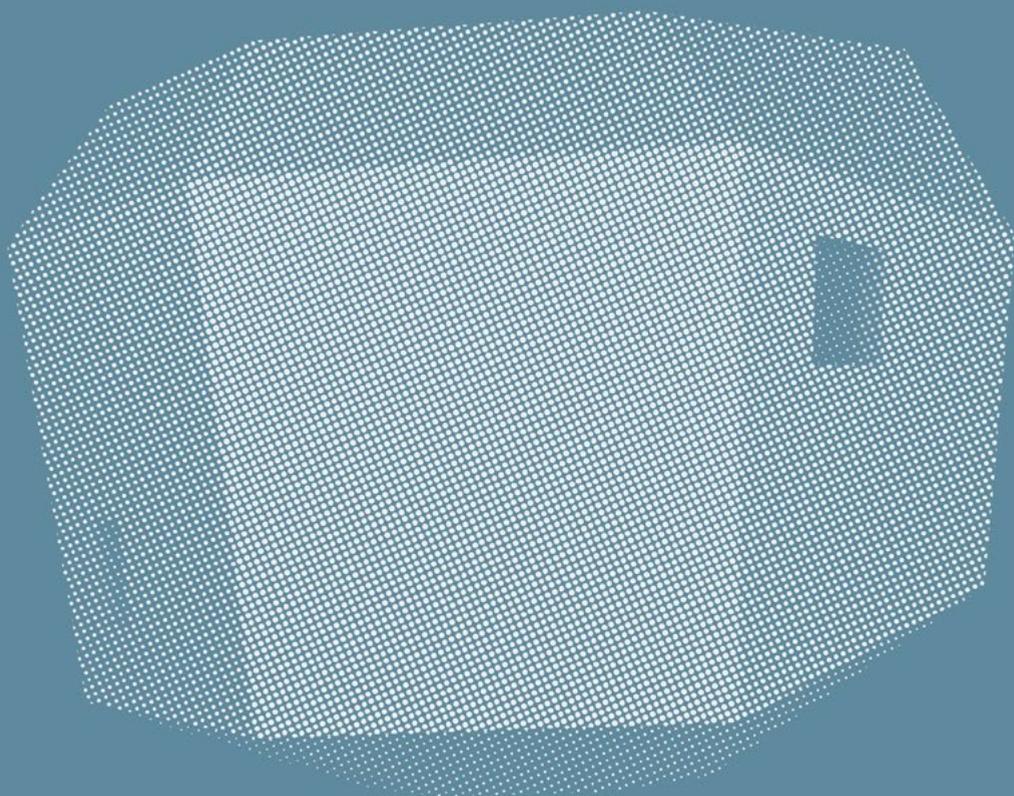
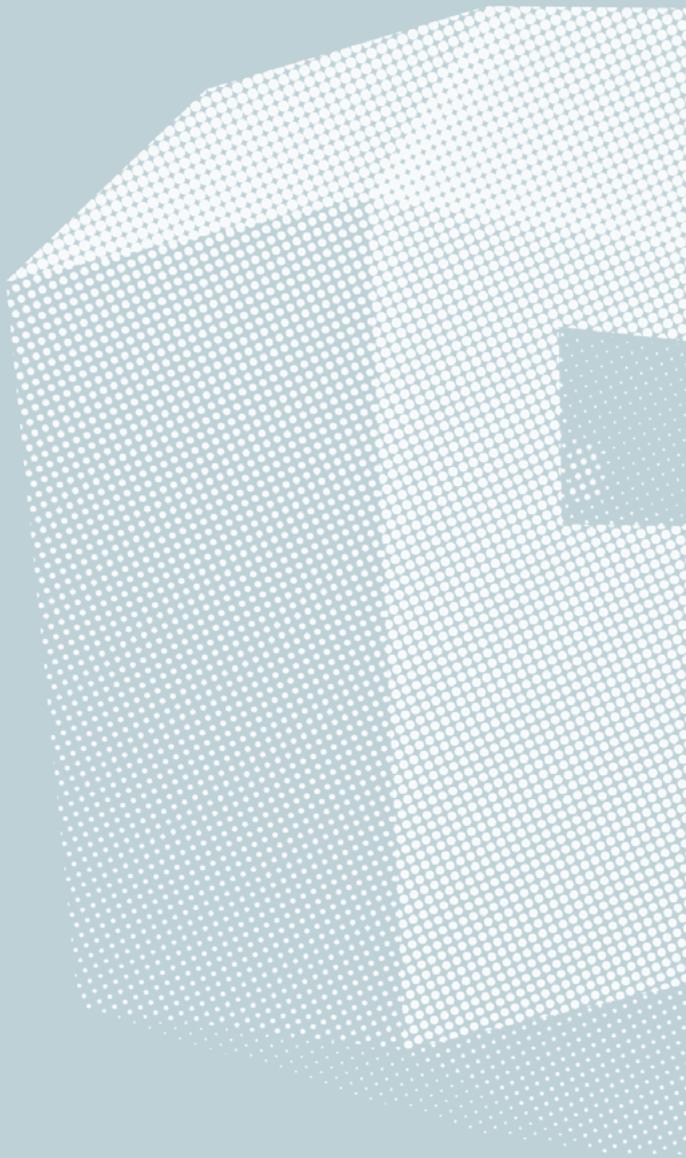


Museo, arte y cultura

como escenarios
y recursos para
el bienestar y la
participación

Experiencias de
recuperación en
salud mental





THYSSEN-
BORNEMISZA
MUSEO NACIONAL

EL
MUSEO
DE TODOS

educaTHYSSEN-



En colaboración con:



Dirección General de Atención
a Personas con Discapacidad
CONSEJERÍA DE FAMILIA,
JUVENTUD Y POLÍTICA SOCIAL



Índice

1	Prefacio	10
1.1	El museo como espacio de cuidado y salud	13
1.2	Sobre la imprescindible necesidad de construir puentes entre las ciencias de la salud y las humanidades	13
1.3	Acompañar para transformar	14
2	Prólogo	16
2.1	Arte prosalud: la revolución tranquila del siglo XXI. Contextos que lo propician	17
2.2	Y en esto llegó Latina	21
3	Introducción	24
3.1	Por qué el arte como escenario de socialización y bienestar	25
3.2	Salud mental y arte	30
3.3	Estructura y sentido de la publicación	33
4	Doce años de trabajo. Un proyecto, un laboratorio comunitario de transformación social y un proceso de investigación-acción encaminado a la participación	36
4.1	Introducción	37
4.2	Una colaboración entre recursos socio-comunitarios y culturales	38
4.3	Justificación / Marco Teórico	40
4.4	Doce años de colaboración abriendo nuevos caminos	42
4.5	Antecedentes y filosofía	46
4.6	¿Por qué el museo como escenario?	53
4.7	Objetivos	55
4.8	Metodología y tipologías de acción	56
4.9	Población beneficiaria	59

5	Un proceso de investigación en red museo, recursos comunitarios y universidad	60
5.1	Objetivos	63
5.2	Metodología	64
5.2.1	Tipo de estudio	64
5.2.2	Selección de participantes	64
5.2.3	Técnicas de recogida de datos	65
5.3	Resultados	66
5.3.1	Resultados de la metodología cuantitativa	66
5.3.2	Resultados de la metodología cualitativa	66
6	Conclusiones	68
6.1	Introducción	69
6.2	Conclusiones del laboratorio de participación	70
6.3	Conclusiones del proyecto de investigación (Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya)	73
6.4	Cruce de conclusiones y proceso de doble validación	76
7	Agradecimientos	84
8	Bibliografía	88

Museo, arte y cultura como escenarios y recursos para el bienestar y la participación

Experiencias de recuperación en salud mental

Autores

Abad Fernández, Ana. Terapeuta Ocupacional. Directora del Centro de Día y Soporte Social y Equipo de Apoyo Social Comunitario Latina. Consejería de Familia, Juventud y Política Social. Comunidad de Madrid, Gestión técnica Grupo 5, Acción y Gestión Social S.A.U. direccion.cdlatina@grupo5.net

Díez Ríos, Nerea. Terapeuta Ocupacional en activo. Doctoranda en la Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya. nereadiezrios@gmail.com

Ferreras Marcos, Rufino. Jefe del Área de Educación del Museo Nacional Thyssen-Bornemisza. rferreras@museothyssen.org

Gamoneda Marijuán, Alberto. Educador responsable de las líneas de Educación y Acción Social del Área de Educación del Museo Nacional Thyssen-Bornemisza. agamoneda@museothyssen.org

Hernández Monsalve, Mariano. Psiquiatra. Exjefe de servicios de salud mental comunitaria en Madrid. Profesor en el Máster de Psicoterapia, perspectiva integradora (Universidad Autónoma de Madrid) y en el Máster de Rehabilitación Psicosocial (Universidad Jaime I de Castellón). hergoico@gmail.com

Salazar García, María. Psicóloga. Directora del Centro de Rehabilitación Psicosocial Latina. Consejería de Familia, Juventud y Política Social. Comunidad de Madrid, Gestión técnica Grupo 5 Acción y Gestión Social, S.A.U. Profesora Asociada del Departamento de Psicología Social, Diferencial y del Trabajo, Facultad de Psicología (Universidad Complutense de Madrid). direccion.crpslatina@grupo5.net

Simó Algado, Salvador. Director Adjunto de la Cátedra de Salud Mental. Director del grupo de investigación Salud Mental e Innovación Social (GR SaMIS), Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya. salvador.simo@uvic.cat
www.salvadorsimo.org

1

Prefacio

1.1 El museo como espacio de cuidado y salud

La función tradicional de los museos ha sido salvaguardar el patrimonio que pertenece a todos. Es a lo que en los museos llamamos «su conservación». Esta función del museo, entre otras cosas, se dedica a cuidar lo musealizado y a restaurarlo cuando se daña o deteriora; es decir, a curarlo (de ahí que en el mundo iberoamericano esté más extendido el término «curador» que el de «conservador de museos»). Se trata de una función básica, imprescindible, sobre la que giran casi en exclusiva los museos más tradicionales. Pero el museo del siglo XXI debe no solo fundamentar su existencia en lo que encierra, sino también en cómo se abre a la sociedad: el museo de hoy no está completo sin quienes lo habitan, sin quienes acuden a él.

El carácter social de los museos ha ido ganando importancia, pero casi siempre esta sociabilidad se ha quedado en una apertura relativa de sus puertas a la sociedad, obviando su esencia de lugar público, sacralizando y relegando a la sociedad al papel de visitantes y no al de agentes que participan de él. Por otro lado, y aunque sea una contradicción, el museo como espacio de cuidado de lo atesorado, al entender a la sociedad como algo accesorio, no ha reparado en que estos cuidados también pueden extenderse de lo material a lo vivo, del patrimonio a las personas. El museo como espacio social debería ser un ámbito de cuidado de las sociedades que lo sostienen.

Cada vez son más las voces que, casi en un murmullo, hablan del museo como un espacio de cuidado y salud frente al modelo hegemónico de museo como espacio de consumo y de ocio. Pero aún queda mucho por hacer y bastante por reflexionar sobre esta idea de «museo social» que pone en el centro a las personas, en contraposición a los modelos que ponen a la persona en el centro del museo, en la medida que se comporta como consumidor, o al obsoleto modelo que vive dando la espalda a las personas. Por ello, desde el Área de Educación del Museo Nacional Thyssen-Bornemisza, damos una gran importancia a los procesos de reflexión e investigación, siempre desde la práctica de un modelo

de investigación-acción que queremos que se vea reflejado en este proyecto; un modelo de investigación que parte de la acción educativa, que en su devenir debe volver a ella y que por su carácter de investigación práctica pone su acento en los agentes que desde hace años nos acompañan en estos procesos que pretenden un museo más social, más humano y más pertinente en una sociedad como la nuestra, llena de desigualdades y barreras. Una investigación que nos configure como un lugar de verdad hospitalario y, cosas de la semántica, que sea un espacio de cuidados y de cura para todos nosotros.

Rufino Ferreras Marcos
Jefe del Área de Educación del
Museo Nacional Thyssen-Bornemisza



Imagen 1: grupo de visita-taller en el museo dentro del programa Hecho a Medida en una actividad coliderada por educadores y participantes

1.2 Sobre la imprescindible necesidad de construir puentes entre las ciencias de la salud y las humanidades

En 1959, Charles Percy Snow publicaba *The two cultures and the scientific revolution*, una obra que tendría una gran influencia en las décadas siguientes. Más citada que leída, denunciaba que la educación de las sociedades occidentales incidía con mayor frecuencia en los ámbitos humanísticos que en los científicos, por lo que la formación en los primeros era muy superior a la de los segundos, lo que provocaba un efecto pernicioso en la percepción social de la ciencia. En las décadas siguientes, la denuncia de Snow se empleó para describir una situación que se arrastraba desde la Ilustración, según la cual ambas disciplinas eran de alguna manera incompatibles y las humanísticas poco debían aprender de las científicas y viceversa. Naturalmente, en unas y otras siguieron existiendo personajes que practicaron ambas. Citaría como ejemplos al británico Bertrand Russell, matemático y filósofo, y a Anton Chekhov, médico y escritor, como algunos de los que navegaron en ambas aguas.

Cito, específicamente, a Chekhov como miembro de un grupo numeroso de médicos que son incluso más conocidos por su actividad literaria que por la médica. En España tenemos numerosos ejemplos como Diego de Torres Villarreal, Felipe Trigo, Pío Baroja o Jaime Salom, por citar algunos. Ellos muestran el interés de los profesionales de la salud por el mundo de las humanidades, algo que trasciende el tiempo desde uno de los primeros, el evangelista Lucas, que también lo era. Más recientemente se ha defendido cómo las humanidades pueden contribuir a la formación médica y en ciencias de la salud, ya que permiten una comprensión más profunda de la enfermedad y de la vivencia que el humano hace de ella. En esta dirección, el proyecto que prologo es una muestra empírica de la importancia de las humanidades, en este caso del arte, como un

instrumento para mejorar la salud y terapéutica coadyuvante de la enfermedad.

El escenario que muestra es estimulante. Los museos, antaño puros depósitos de obras de arte, se comprometen ahora en un nuevo rol que abandona una postura estática para devenir en instrumento dinámico de cambio personal y social. El presente proyecto es un magnífico ejemplo de esta intervención en el caso de las personas con problemas de salud mental. Muestra cómo las artes plásticas pueden contribuir a una aproximación multifacética del tratamiento de los trastornos de salud mediante una integración de los entornos culturales y los recursos comunitarios. Volviendo a la reflexión del principio, quizá el siglo XXI recuperará el concepto holístico de filosofía, que incluía inicialmente tanto al arte como a la ciencia.

Catedrático Josep Eladi Baños Díez
Rector de la Universitat de Vic -
Universitat Central de Catalunya (UVic-UCC).

1.3 Acompañar para transformar

En Grupo 5 tenemos una máxima constante que es mejorar la calidad de vida de las personas en situación de vulnerabilidad social. Esa misión es visible en el trabajo que desde hace doce años llevan desarrollando el Centro de Rehabilitación Psicosocial y el Centro de Día de Soporte Social Latina junto con el Área de Educación del Museo Nacional Thyssen-Bornemisza de Madrid y a los que se suma la Universitat de Vic.

La colaboración con el Museo Nacional Thyssen-Bornemisza y los recursos psicosociales de Latina ha evolucionado y crecido desde sus inicios, generando posibilidades y oportunidades para personas que pertenecen a estos recursos y a las que la sociedad, de una manera u otra, les ha ido cerrando las puertas.

Acompañar en la apertura de esas puertas donde lo comunitario se hace imprescindible es la labor diaria de nuestros equipos.

A lo largo de estos doce años hemos observado el cambio en personas como Raquel, Manuel, Pablo, Toni... donde, a través de la labor del Área de Educación del museo, sus voces se han podido oír sin miedos y sin juicios, donde sus emociones e impresiones han sido igual de válidas que las de cualquiera, donde han confluído con otras personas con el único fin de disfrutar del arte, de compartirlo, donde su autoestima ha aumentado e impulsado esa confianza en sí mismas hacia el resto de las esferas de su vida, donde el arte ha sido sinónimo de salud y el museo, un espacio de oportunidad, donde han vuelto a creer en lo que realmente son: ciudadanos y ciudadanas de pleno derecho.

Hemos observado que la convergencia de museos, universidades y entidades genera un espacio para la transformación social que evidencia el papel democratizador del arte como lenguaje, el del museo como lugar, el de la universidad como verificador y el de las entidades como facilitadoras.

Aprendimos y seguimos aprendiendo porque estamos convencidas de que el arte tiene la capacidad de crear entornos seguros, libres de estigmas y de ser uno de los ejes que lidere la generación de una sociedad inclusiva donde el respeto a la diversidad sea la base sobre la que caminar, sobre la que avanzar.

Ana Lozano Cámara
Directora de Comunicación y RSC. Grupo 5

2

Prólogo

2.1 Arte prosalud: la revolución tranquila del siglo XXI. Contextos que lo propician

La salud mental y la actividad creativa son necesariamente buenas compañeras de viaje, lo son hasta tal punto que se hace difícil pensar e imaginar la una sin la otra. Y si bien el mejor acomodo de la actividad creativa es, sin duda alguna, al mundo del arte, que se asienta sobre los escenarios donde las musas despliegan su ser y su vida; cada vez más estos escenarios del arte se comparten con los de la salud, en concreto con los de la salud mental.

Todo parece indicar que en las décadas finales del siglo XX se inició el reencuentro entre las artes y las ciencias, después del desafortunado divorcio acaecido unos siglos antes, que afectó de manera muy seria a los saberes y prácticas médicas, y a las opciones terapéuticas para recuperar la salud, que se confió casi en exclusiva al registro científico propio de las ciencias naturales, en detrimento de los saberes y sensibilidades propios de las humanidades —del registro de ciencias humanas—, donde se inscriben las artes y las actividades creativas más espontáneas.

En el campo de la salud mental, que siempre quedó en los límites de los saberes médicos proporcionados por las ciencias naturales, esta carencia de aportaciones de las artes nunca fue absoluta, de modo que se mantuvo un rescoldo, a veces muy vivo, que siguió dando fe de la relevancia de la creatividad artística en el terreno de la salud mental. Valgan como referencia la exuberante colección Prinzhorn (Prinzhorn, 2012) o la no menos relevante recopilación del arte de los manicomios españoles de la Pinacoteca Psiquiátrica Española (Hernández y Piqueras, 2009) y, por supuesto, el impacto del «arte de la locura» en el Art Brut o en el Surrealismo.

Pero, más allá de la relevancia de estos ejemplos en el mundo cultural y artístico, su impacto en el ámbito sanitario y, en

particular, en el de las terapias al servicio de la recuperación de los efectos del sufrimiento mental (a veces devastadores, pero siempre con opciones de revitalización), apenas sobrepasó lo meramente anecdótico. Hemos de llegar hasta la segunda mitad del siglo XX y, sobre todo, al siglo XXI, para que emerjan con fuerza las posibilidades del arte, de las artes, al servicio de la promoción y de la recuperación de la salud, y en particular de la salud mental. Y no deja de ser sorprendente y un tanto paradójico que este renacer de las artes en el mundo médico y de las llamadas «ciencias de la salud» y «profesiones sanitarias» coincida con momentos de máxima hegemonía de la dimensión científico natural (como, por ejemplo, el importante desarrollo de las neurociencias y de los psicofármacos) y de un cierto tecnopragmatismo que se desentiende de la dimensión narrativa y hermenéutica, del mundo del sentido y de los significados. Decimos que esa coincidencia resulta sorprendente y un tanto paradójica, aunque quizás sea precisamente esa hegemonía del tecnopragmatismo lo que ha alimentado la frustración y el dolor derivados de una progresiva deshumanización de los contextos de atención sanitaria, y por ese mismo motivo, se hayan avivado nuevas dimensiones de rehumanización con las artes y la creatividad a la cabeza.

En una visión muy sintética, divisamos tres ejes de fuerte identidad en el panorama-contexto sociocultural de este reencuentro entre las artes y la salud (mental), que nuclea la ¿revolución? tranquila del siglo XXI:

1. La evolución del sentido y significado del arte. Las últimas décadas fueron muy fértiles en cuanto a la transformación del arte, en lo que se refiere a su relación con los ciudadanos llamados a nutrirse, inspirarse y acaso guiarse o verse en espejo y conocerse a través de alguna de las expresiones artísticas a las que podemos acceder. El arte, las artes, se pusieron a disposición de la vida y del público más allá de los recintos selectos. En este generoso y magnífico despliegue, aún en curso y abierto a novedades, nos encontramos con el llamado «arte social» (Carnacea y Lozano, 2011); con la arteterapia (Nauberg, 1973; López, 2006; Marxen, 2011); con el arte como terapia, en el sentido de Alain de Botton y John

Armstrong, que identifican las siete fallas básicas del ser humano que el arte puede remediar (recuerdo, esperanza, tristeza, reequilibrio, autocomprensión, crecimiento y apreciación), (Botton y Armstrong, 2013); con las actuales terapias creativas (Rodríguez Pulido et al, 2018); o con el movimiento Art on Prescription (AoP), (Bungay, Clipt, et al 2010; Stickley T et al, 2013), donde el arte se pone al servicio de «la cura» de los problemas médicos y se alinea con los más tradicionales remedios terapéuticos y con los más novedosos. Y, por supuesto, con el llamado «giro social» de los museos, donde estos se aventuran a conectar con las minorías y también con aquellos que están en territorios marginales o en franca exclusión respecto a los circuitos socioculturales hegemónicos; aventura de la que el Museo Nacional Thyssen- Bornemisza y sus proyectos de las líneas sociales de su Área de Educación nos vienen dando cumplida cuenta en estos últimos años.

2. En la revolución que está significando el movimiento de «recuperación» —recuperación de las psicosis y, por ende, del sufrimiento mental y del impacto y daños del estigma y discriminación asociados— para los servicios de salud mental y para los de rehabilitación psicosocial (Davidson et al, 2015; Hernández, 2017; Maone, 2017), nos encontramos frente a la relevancia de la experiencia en primera persona: la experiencia de los protagonistas, de quienes han sufrido o sufren los problemas más graves de salud mental, llamada a ensamblarse con la experiencia del clínico y del académico para conducir la investigación y las prácticas —con fundamento tanto en la ética como en la ciencia— hacia modelos más democráticos, saludables y emancipadores. Aún embrionarias en España, encontramos, sin embargo, algunas manifestaciones de su vigor, sobre todo en las nuevas formas de ayuda mutua entre personas con experiencia en sufrimiento emocional y mental; y un pujante movimiento asociativo de usuarios de servicios de salud mental y de rehabilitación psicosocial que reclama su voz y sus derechos.

3. La Convención de Naciones Unidas por los Derechos de las Personas con Discapacidad (aprobada por la Asamblea de la ONU en diciembre de 2006 y ratificada por España en 2008) supone otra (r)evolución en la forma en que la sociedad y los distintos servicios proveedores de ayuda (sociales, sanitarios, educativos y culturales) deben asumir la relación con las personas con discapacidad/ capacidades diferentes. El impacto de la Convención puede ser el motor de arranque de un verdadero movimiento de liberación de las personas con discapacidad, como ya se está empezando a comprobar. Por ejemplo, en estos días se discuten en la Comisión de Justicia de nuestro Parlamento las modificaciones que han de llevarse a cabo en la legislación civil para adecuar nuestra realidad legislativa a las nuevas exigencias de mayor respeto a la autonomía y derechos de las personas con discapacidad, derivadas de la ratificación de la Convención. Entre todas las aportaciones —nuevas visiones, nuevas exigencias de la sociedad para con estos colectivos tradicionalmente en los márgenes o en franca exclusión social y nuevas oportunidades para los directamente implicados—, me parece imprescindible destacar una concepción alternativa de la discapacidad —concepción social de la discapacidad— que no la declara como un atributo del sujeto y, en vez de asentarla sobre el individuo, la concibe como la expresión y consecuencia de las barreras entre el individuo y su entorno. En lo que se refiere al colectivo de personas afectadas por problemas de salud mental, me parece importante señalar que el impacto de la Convención contribuye a modificar sustancialmente algunas de las formas de comprenderlas y de designarlas. Por ejemplo, parece mucho más pertinente reconocer que las personas que atendemos son, sobre todo, personas con determinadas formas de vulnerabilidad en la dimensión de la actividad mental y emocional, y no tanto portadoras de un diagnóstico de enfermedad mental; concepto este, el de «enfermedad mental», siempre sujeto a revisión y a menudo más generador de estigma que propiciador de claves para la ayuda y las terapias. La deriva de estas afirmaciones en lo que ahora nos concierne no puede estar más clara: si

de lo que se trata es de diluir barreras y repermeabilizar la conexión entre el sujeto y el entorno, nada mejor que la creatividad artística (ya sea en su modalidad activo-expresiva o en su modalidad receptivo-contemplativa), con toda su capacidad inclusiva puesta al servicio de la accesibilidad, para sortear barreras de comunicación.

2.2 Y en esto llegó Latina

Es bien conocida la trayectoria del Museo Nacional Thyssen-Bornemisza, que destaca entre los museos que han querido y sabido entender el giro social hacia el servicio a las necesidades de la población, en especial aquella que tradicionalmente ha tenido más barreras de acceso a esos templos de la belleza y de los valores de lo genuinamente humano. Sin que sea momento ni lugar de contabilizar su recorrido en esta dimensión, baste mencionar proyectos como Red de Públicos, que derivó en las líneas de trabajo del Laboratorio de Educación y acción social del Área de Educación del Museo Nacional Thyssen-Bornemisza; proyectos activados y liderados por un elenco de profesionales capaces, creativos y comprometidos. Y en esto llegó (al Thyssen) la gente de Latina, profesionales y usuarios que se ocupan de «lo mental» y de «lo social», de la rehabilitación y recuperación de quienes sufren, han sufrido y siguen sufriendo el impacto de la psicosis o de alguna otra modalidad de problema en la salud mental. Se acercan en feliz coincidencia al Thyssen en su búsqueda de luz, de lazo social, de acceso a lo mejor de nuestro reservorio cultural; en su deseo de ser y vivir queriendo hacer efectivo y actualizando el sentido y el significado de la vida, la individual de cada cual y la compartida para grupos de usuarios en proceso de recuperación de psicosis y de otros problemas importantes de salud mental que se están atendiendo en los dispositivos de rehabilitación psicosocial de ese distrito de Madrid.

Casualidades de la vida, el inicio del proyecto que hoy presentamos coincide con uno de los momentos cruciales de esta nueva época: comienza en 2008, el mismo año en que España se adhiere a la Convención de Naciones Unidas por los Derechos de la Personas con Discapacidad. A partir de aquí, las cosas no pueden seguir siendo iguales y no lo serán ni para los usuarios adscritos al proyecto ni para tantos otros a quienes alcancen a lo lejos los efectos de lo realizado, que sigue su curso.

Y se van sentando las bases de esta cooperación, que se está demostrando tan fértil y que implica que esta experiencia madrileña Thyssen-Latina (ahora ya enriquecida con otros equipos) suponga un hito histórico muy significativo en el escenario del maridaje entre arte y salud, a la altura de las mejores experiencias europeas e internacionales.

Dr. Mariano Hernández Monsalve. Psiquiatra



Imagen 2: grupo de visita en la entrada del museo.

3

Introducción

3.1 Por qué el arte como escenario de socialización y bienestar

¿Qué relación existe entre arte, cultura, museos y salud?, ¿son los entornos culturales espacios para la recuperación?, ¿qué nos aportan?, ¿cuáles son los referentes de los beneficios del uso del arte y la cultura en la salud y, más en concreto, en nuestra salud mental?, ¿qué experiencias conocemos a nivel internacional, nacional y local?

Cuando hablamos de intervención social comunitaria, debemos tener en cuenta al conjunto de la población o al grupo al que estemos haciendo referencia. Los profesionales relacionados con esta intervención comienzan a reclamar la incorporación de la expresión de las personas como un elemento de acción e intervención que va más allá de los dispositivos centrados en los sistemas de salud y bienestar. Así, el arte se concibe como un instrumento importante a la hora de trabajar la comunicación, la inclusión y el sentido de pertenencia a la comunidad. Esto no solo tiene que ver con modificar situaciones objetivas de exclusión, como pueden ser el acceso al empleo, a la vivienda, a la salud, a la educación, etcétera, sino también con generar oportunidades de acceso y participación en la sociedad (Castillo, Sostegno & López-Arostegi, 2012; Senent, 2016).

Son muchas las citas y reflexiones, experiencias e investigaciones que nos pueden orientar y dar validación empírica y teórica en este apartado; investigaciones y experiencias que provienen tanto del mundo del arte como de la educación, la cultura, la investigación científica, la política o la medicina.

El gobierno británico promovió en 2014 la creación de un Grupo Parlamentario de Artes, Salud y Bienestar (APPGAHW), cuyo objetivo es concienciar sobre los beneficios de las artes en relación a la salud y el bienestar, a partir de la publicación de investigaciones y de la redacción de informes de consulta como *Creative Health: The Arts for Health and Wellbeing*, donde son socios como la Alianza Nacional para las Artes, la Salud y el Bienestar, el King's College de Londres, la Royal

Society for Public Health, la Guy's & St Thomas Foundation, la Fundación Wellcome, la Fundación Paul Hamlyn o el Consejo de Investigación de Artes y Humanidades, los responsables de liderar la investigación. (All-Party Parliamentary Group on Arts, Health and Wellbeing, 2017). Todas estas investigaciones sobre los beneficios del arte y la cultura en la salud ofrecen recomendaciones e influyen en la elaboración de políticas que integran su uso como terapias alternativas no farmacológicas con un coste menor para los estados y las personas.

Un estudio realizado por investigadores de la Universidad de Drexel (Estados Unidos) ha establecido el impacto positivo que la música tiene sobre los efectos secundarios de los tratamientos para el cáncer (Bradt, Dileo, Magill y Teague, 2016). A su vez, Enzo Grossi, profesor de la Universidad de Bolonia, ha demostrado que el nivel de cortisol (la hormona vinculada al estrés) disminuye de manera significativa al contemplar de cerca obras artísticas (Grossi, 2017).

En el año 2013, la Alianza Estadounidense de Museos publicó un informe que detallaba el «rol significativo» que los museos han comenzado a desempeñar en la asistencia sanitaria, con iniciativas específicas que contribuyen a diez áreas de atención médica, una de las cuales es la salud mental, con grupos de personas con trastorno mental grave (Mangione, 2018).

El Museo de Bellas Artes de Montreal ha participado como laboratorio académico en diez proyectos para medir el impacto del arte en la salud en individuos con desórdenes alimenticios, con cáncer de mama, con epilepsia o con Alzheimer, entre otros, tras lo que ha decidido incluir de forma permanente en sus equipos educativos a un experto en arteterapia (Wintzerith, 2020). Los resultados han hecho que se sume al proyecto el colegio de Médicos Francófonos de Canadá cuyos miembros, en un paso más en esta dirección, recetan la visita al museo como forma de terapia no farmacológica. Estas medidas y sus resultados hacen que se esté estudiando ampliar su implantación a todo el estado de Quebec.

La oficina regional de la OMS para Europa ha analizado tres mil publicaciones científicas de todo el mundo y la principal conclusión es que la práctica y el ejercicio del arte y la cultura,

ya sea bailar, cantar o acudir a museos y conciertos, incide de manera significativa en la mejora de nuestra salud física y mental. Las novecientas investigaciones de este innovador informe de la OMS muestran las «maneras en que las artes pueden abordar problemas de salud insidiosos o complejos como la diabetes, la obesidad y la mala salud mental. Consideran la salud y el bienestar en un contexto social y comunitario más amplio, y ofrecen soluciones que hasta ahora la práctica médica común no ha podido abordar con eficacia» (Fancourt y Saoirse, 2019).

El arte, el diálogo, la educación, la cultura y el pensamiento son herramientas básicas en ese trabajo de promoción de la salud tanto social como individual que ante las nuevas realidades sociales se vuelve más necesario que nunca. (Grossi, Blessi y Sacco, 2019)

El diálogo, la contemplación y la reflexión ante el arte nos recuerdan y ejercitan en esa capacidad de reflexionar, analizar y hacer introspección tan necesaria para ejercer un saludable pensamiento crítico.

El arte, el diálogo, la educación, la cultura y el pensamiento son herramientas básicas en ese trabajo, en la salutogénesis tanto social como individual que ante las nuevas realidades sociales se vuelve más necesaria que nunca.

Una de las misiones como agentes de cambio social es facilitar que las personas en situación de vulnerabilidad y exclusión social se perciban y signifiquen como ciudadanos de pleno derecho; darles apoyo e impulsar su capacidad de saberse íntegras e identificadas en el Yo y en su relación con el medio. Promover, en definitiva, que las personas alcancen ese estado de pertenencia a una sociedad que limita de fondo lo diverso (Colina, 2014) y que, a su vez, puedan recuperar su papel como nuevos agentes de cambio social.

Según Hernández Monsalve, el proceso creativo arraiga en la subjetividad, en lo individual, pero puede ser también vehículo y expresión de la intersubjetividad, de modo que cabe considerar la creatividad como expresión colectiva, expresión de la concordancia y resonancia de múltiples subjetividades, y ser así también un armazón de la mejor versión del ser humano como ser social que

traduce experiencias colectivas y crea significados compartidos, máxima expresión de lo que podemos considerar como lo más genuinamente humano (Abad, Cubero y Hernández, 2014).

En palabras de Hernández Monsalve, el arte se constituye como vía de crecimiento para uno mismo y para su relación con los otros. El arte como medio de expresión interna de autoconocimiento y de vinculación y conocimiento del y para con el otro. El arte como medio de transformación social y cambio de mirada, de «altavoz» de los sin voz, de facilitador para la generación de una comunidad realmente inclusiva. El arte como medio de apertura y canal emocional para la recuperación de la esperanza, como medio de transformación hacia el empoderamiento y capacitación de las personas en situación de vulnerabilidad y en riesgo de exclusión, ya sea por su discapacidad funcional, social, etcétera.

En la actualidad, se están desarrollado diferentes iniciativas innovadoras en nuestro país tanto desde el ámbito social como desde el cultural, orientadas a promover la inclusión y la transformación social a través del arte y la cultura.

Castillo, Sostegno et al. entienden el arte como una importante herramienta de inclusión y transformación social que, además, constituye un espacio de expresión y desarrollo personal que permite a las personas traspasar barreras y solventar, entre otras, dificultades relacionales y comunicativas, sobre todo a aquellas que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad y exclusión social (Castillo et al., 2012).

Como sostiene Senent (2016), el arte es universal y puede actuar como una importante herramienta de inclusión social y de mejora del bienestar, la salud y la calidad de vida de las personas. La enfermedad mental no debería ser un obstáculo para permitir la entrada en la creación, recepción y expresión cultural y artística.

Tal y como afirma Jardón Giner (2016), la cultura y el arte deben contribuir a construir espacios de relación social accesibles a todas las personas. Asimismo, Bauman (2002) diferencia dos formas de comprender el arte y la cultura: una entendida como la actividad de un espíritu libre, capaz de resistirse a las normas

y sobresalir por encima de lo ordinario; y la otra, planteada como un instrumento de continuidad y de orden social, y como un sistema coherente de presiones apoyadas sobre sanciones y de valores y normas interiorizados que garantizan la preservación de la tradición y que pueden ser entendidos como instrumentos de control social o de emancipación (Simó, 2016).

Teniendo en cuenta esta última concepción, se están desarrollado diferentes iniciativas innovadoras tanto a nivel nacional como internacional, tanto desde el ámbito social como desde el cultural, orientadas a promover la inclusión y transformación social a través del arte y la cultura (Castillo et al., 2012).

Así, en los últimos años, los museos, como instituciones artísticas y culturales, han comenzado a experimentar un cambio en su concepción y objetivos —que se percibe, sobre todo, en sus propuestas sociales— para dejar de ser espacios reservados para unas culturas y clases sociales determinadas y generar experiencias para grupos sociales que el sistema ha situado en los márgenes como, por ejemplo, las personas con trastorno mental, utilizando el arte para poner en el centro a la persona y sus fortalezas. Este es el principio para avanzar hacia unas comunidades inclusivas e iniciar la transformación social y cultural, y propiciar el bienestar. Además, los museos han mostrado interés en hacer más accesibles sus espacios y colecciones para favorecer la participación de la diversidad poblacional y atender a la pluralidad y complejidad de la ciudadanía (Carnacea, 2016; Coca, 2016; Ministerio de Cultura, s.f.).

Ciertos estudios concluyen que cada vez es más relevante el papel que los museos centrados en las comunidades, en las organizaciones del tercer sector y en la atención preventiva desempeñan en las iniciativas de salud. Levent y Pascual-Leone (2014) también han destacado el potencial terapéutico de los museos en los visitantes y cómo eso influye en la atención a la salud mental y en que se promuevan cambios en el *statu quo* social.

Thomson J, Bridget L. et al. estudiaron los beneficios de estas prácticas basadas en la comunidad y comprobaron que la cantidad de citas, visitas ambulatorias e ingresos hospitalarios en personas con enfermedad mental era menor (Review, 2018).

Durante la última década, museos y galerías de todo el mundo han promovido de manera activa su valor social como agentes dinámicos en las prácticas basadas en la comunidad, de donde ha nacido el concepto «museos en salud». Tras estas praxis, en Reino Unido se han incluido los museos como agentes activos en la programación para la población vulnerable, lo que incluye a los usuarios de los servicios de salud mental. La investigación ha demostrado que los museos proporcionan oportunidades, interacción social, experiencias relajantes y aprendizaje, y facilitan la adquisición de nuevas habilidades, lo que implica una mejora en la autoestima, el bienestar, el sentido de pertenencia, la inspiración y las oportunidades, además de favorecer la inclusión social (Review, 2018).

Por tanto, es importante destacar la necesidad de diseñar programas dirigidos a las poblaciones más vulnerables y/o en riesgo de exclusión social (Coca, 2016).

«La belleza es vuestro patrimonio, pero vosotros preferís la pereza triste y rutinaria de una caja de cartón. Dejadme decir que ya es tiempo de amar, que ya es tiempo de creer en los prodigios y que algún día habrá flores en el jardín y viento en los árboles. Aquellos que han vivido muchos años lejos del pueblo serán llamados a retornar». (Marti i Pol, 1954).

3.2 Salud mental y arte

La Organización Mundial de la salud (OMS) definió la salud en 2013 como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo como la ausencia de afecciones o enfermedades, poniendo de relieve la dimensión positiva de la salud mental, entendida como un estado de bienestar donde el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad.

Esta dimensión positiva deriva en una concepción que va más allá de un enfoque basado en el déficit y que entiende la salud mental no solo como la ausencia de un trastorno mental, sino como un estado emocional positivo que manifiesta expectativas de futuro y habilidades para adaptarse a las dificultades del día a día. Además, supone disponer de recursos para poder afrontar las adversidades y desarrollarse como seres sociales en la comunidad (Vázquez y Hervás, 2008).

La OMS (2016) refiere que, en la actualidad, la prevalencia a nivel mundial de los trastornos mentales está en aumento, lo que afecta a la salud de las personas y repercute en la esfera social y económica, y en el ámbito de los derechos humanos. Se estima que el 25% de la población mundial padecerá algún trastorno mental a lo largo de su vida y que hay alrededor de 450 millones de personas que padecen una enfermedad mental que afecta a su desempeño ocupacional diario, siendo los trastornos mentales y los trastornos ligados al consumo de sustancias una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo (OMS, s.f.; OMS, 2016).

En Europa, más del 38% de la población, lo que equivale a más de 164 millones de personas, padece algún tipo de trastorno mental. En España, esta cifra se corresponde con el 9% de la población adulta, lo que representa la segunda causa de discapacidad después de la física (FEAFES, s.f.; Ministerio de Ciencia e Innovación, 2009).

La OMS y la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud recogieron en 2010 que las inequidades en materia de salud se deben a las condiciones de la sociedad en la que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece. Esas condiciones se conocen como «determinantes sociales de la salud». Para actuar sobre esos determinantes, tanto en el caso de grupos vulnerables como en el de toda la población, es esencial conseguir una sociedad integradora, equitativa, económicamente productiva y sana.

En concreto, la OMS (2013) destaca que los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incorporan no solo características individuales como la capacidad para

gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad.

Los condicionantes anteriormente mencionados moldean los trastornos mentales a lo largo de todo el ciclo vital de las personas. Uno de los principales factores de riesgo para padecer un trastorno mental radica en las desigualdades sociales (WHO, 2014).

Esto se recoge en diferentes textos internacionales como la Carta de Ottawa para la promoción de la salud del año 1986, la Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud del año 1997 o la Declaración de Helsinki del año 2005 (ilustración 1).

ONU (1948)	«Toda persona tiene derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad, a gozar de las artes y a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten»	>
Carta de Ottawa (1986)	«Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien a favor o en detrimento de la salud»	>
Declaración de Yakarta (1997)	«La paz, la vivienda, la educación, la seguridad social, las relaciones sociales, la alimentación, el ingreso, el empoderamiento de la mujer, un ecosistema estable, el uso sostenible de recursos, la justicia social, el respeto de los Derechos Humanos y la equidad»	>
Declaración de Helsinki (2005)	«La salud y el bienestar mental son fundamentales para tener una buena calidad de vida y productividad en los núcleos tanto familiares como en la comunidad; favoreciendo a las personas el experimentar la vida de forma significativa y poder ejercer sus derechos como ciudadanos»	>

Ilustración 1: textos internacionales.

En la Declaración de Helsinki (2005) se establece el compromiso a nivel europeo de transformar las políticas y servicios sobre salud mental para favorecer la inclusión social y la equidad, y luchar contra el estigma, la discriminación y la exclusión social de las personas con trastorno mental (World Health Organization European Ministerial Conference, 2005). Esta situación de discriminación dificulta su participación en la comunidad y el acceso a los recursos de la misma (OMS, 2013b).

La accesibilidad en salud se puede definir como la forma de encuentro o desencuentro entre los servicios de salud y la población; es decir, el modo en que los servicios de salud se acercan a la sociedad. Yamila et al. distinguieron las diferentes barreras que se interponen a este acercamiento: barreras geográficas, si se entiende que la imposibilidad de acercar los servicios a la población se debe a un problema geográfico; barreras económicas, que aluden a la imposibilidad de acceso por falta de recursos económicos; barreras administrativas, que expresan la dificultad que impone la organización misma de los servicios; y barreras culturales, si entendemos que las diferentes culturas entre el personal de los servicios y la población también podrían constituirse en una barrera de acceso. Esta se redefinió como «simbólica», al considerar que el imaginario social y las representaciones también pueden constituirse en barreras (Briglia, 2014). Dentro de estas barreras se puede enmarcar el campo de la salud mental, utilizando esta definición para incluir los encuentros de este sector de la población en los dispositivos culturales (Briglia, 2014).

3.3 Estructura y sentido de la publicación

En esta publicación se reúnen dos elementos diferenciados, cuyas conclusiones cualitativas y cuantitativas e indicadores de logro fundamentados en la evidencia, comparados y en diálogo, se apoyan entre sí en forma de validación cruzada o doble validación (infografía 1). Por un lado, se recoge de manera sucinta un largo

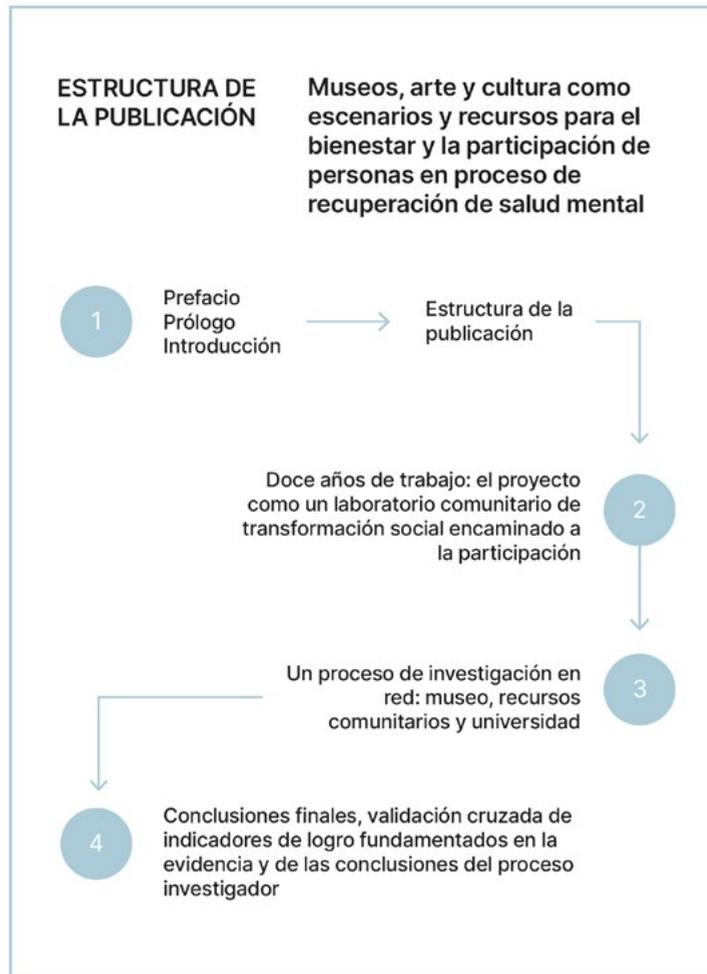
recorrido de trabajo en red de más de doce años de continuo proceso de diálogo, reflexión, evaluación y acción, con sus objetivos e indicadores de logro fundamentados en la evidencia y, por otro lado, un proceso de investigación generado en torno a un grupo de participantes habituales en el proyecto y a otros nuevos sin relación previa con él, y que también incluye a los profesionales del museo y a los recursos psicosociales implicados.

Con este grupo se generó un bloque de seis actividades que incluyó una capacitación previa inicial a los profesionales de Latina y del museo desde la Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya. En la investigación también se incorporaron diferentes *focus group*, entrevistas, observación-participantes, escalas NPT-ES, documentación audiovisual y una parte más técnica —donde fue fundamental la experiencia investigadora de Nerea Díez Ríos con el Análisis Atlas ti— relacionada con el resto de la información recogida y con el establecimiento de códigos y familias. Y, por último, de manera conjunta, la redacción de conclusiones y la elaboración de un texto final en el que participaron todos los agentes implicados.

Al final del proceso, como se decía al principio del epígrafe, se ha comprobado una casi plena coincidencia entre los indicadores de logro fundamentados en la evidencia adquirida a partir de la experiencia del proceso de trabajo en red entre los recursos de Latina y el Área de Educación del museo, y los resultados cuantitativos y cualitativos del proceso de investigación realizado en conjunto con la Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya.

Este proceso de validación cruzada permite concluir tanto desde la evidencia basada en la experiencia como desde la perspectiva investigadora, que las estrategias de trabajo en red, las herramientas desarrolladas en torno al arte y al museo, y las metodologías de participación y de adquisición progresiva de competencias y responsabilidades, producen en las personas que participan en el proyecto un fuerte impacto y representan un decisivo factor de apoyo en sus procesos de recuperación. Elementos y experiencias que también impactan en los profesionales y dan lugar a otros escenarios y modelos de relación enfocados en las capacidades y no en los problemas de los participantes, y que, en definitiva, transforman las

perspectivas de trabajo de los educadores del museo, que se hacen conscientes de la importancia de poner en el centro de las prácticas a las personas y sus necesidades frente al discurso de los contenidos. De esta manera, el museo se abre a una nueva dimensión como espacio de afecto, de cuidado, de comunidad y de lugar de transformación social.



Infografía 1: esquema de la estructura de la publicación

4

Doce años de trabajo

Un proyecto, un laboratorio
comunitario de transformación social
y un proceso de investigación-acción
encaminado a la participación

4.1 Introducción

Este capítulo despliega un mapa temporal y conceptual del proyecto que hemos generado a lo largo de estos doce últimos años con la colaboración del CRPS Latina (al que se sumará más adelante el CD Latina) y las líneas de Educación y Acción Social del Área de Educación del Museo Nacional Thyssen-Bornemisza.

Este mapa (ilustración 2) es la cartografía de múltiples conexiones y encuentros, un cruce entre profesionales de la educación en museos y el equipo transdisciplinario de profesionales de lo social y lo sanitario, una invitación constante al encuentro de las personas y al ejercicio de su derecho a la participación y a la cultura de una manera consciente y activa; procesos que toman forma a través de un acompañamiento y una reconstrucción del tejido de las redes socio-comunitarias que sostienen a todos los seres humanos



Ilustración 2: elementos necesarios en la construcción del trabajo en red con el museo.

Ese tejido, tan necesario, se intenta reconstruir a través de la escucha, el respeto, el diálogo, la planificación, la progresiva implicación, la participación y, también, a través de un proceso constante de reflexión sobre la acción para poder volver a comenzar de nuevo.

Toda esta suma es lo que hace entender este trabajo como un laboratorio comunitario de transformación social y como un proceso de investigación-acción que busca activar la voz y el liderazgo de los recursos, la de las personas implicadas, y que ha consolidado espacios de participación, de toma de conciencia, de empoderamiento, de lucha contra el estigma, de agencia, de posicionamiento y, también, una conciencia de formar parte de un marco que, de manera orgánica, lleva recorrida más de una década y basa su desarrollo en los cuidados, la atención a la persona, la confianza, la creencia en los marcos de posibilidad y transformación, y la búsqueda de una voz propia.

4.2 Una colaboración entre recursos socio-comunitarios y culturales

Esta colaboración se ha materializado en más de una década de trabajo coordinado y en la creación de proyectos que han surgido de manera orgánica del propio proceso de trabajo entre las entidades, el museo y los participantes, que se han convertido en un eje más de esa relación y en el centro de todo el proceso, asumiendo, cuando así lo han querido, roles de liderazgo.

Esta complicidad en el trabajo ha generado una sólida red de cooperación entre los educadores del museo y el equipo profesional de los recursos de rehabilitación psicosocial de Latina; una red que, como hemos dicho, ha generado durante algo más de una década líneas de trabajo grupales, individuales, familiares y de lucha contra el estigma, y ha propiciado proyectos de investigación que han derivado en metodologías, procesos de reflexión y diálogo compartido, y han facilitado el

empoderamiento, el liderazgo y el agenciamiento de las personas que han participado en el proyecto.

Esta misma red de trabajo ha impulsado la elaboración de materiales de apoyo a las narrativas orales basadas en las obras de las colecciones que, entre sus múltiples posibilidades, sirven de material de uso en los recursos. De esta década de experiencia y actividad también han surgido numerosos recorridos y talleres en el museo en torno a las más diversas temáticas elegidas siempre por los grupos participantes.

Uno de los hitos del programa ha sido la creación de recursos deslocalizados del museo como el Club Thyssen y el Tour Thyssen, cuyo nombre, manejo y liderazgo surgieron de los propios participantes, y que han servido para preparar las actividades en el museo, discutir los contenidos y explicar a otras entidades y recursos los procesos que se estaban llevando a cabo.

Los propios grupos de trabajo en el CRPS Latina agruparon toda esa actividad bajo el nombre de Proyecto de Capacitación y Empoderamiento a través del Arte (PCEA); proyecto que tuvo su proceso de desarrollo durante unos años y que ahora está en transformación debido a la incorporación de otros recursos de la Red de salud mental de la Comunidad de Madrid. El primero de ellos, por su conexión natural, fue el CD Latina, al que se sumó después el CRPS Fuencarral, en la actualidad desligado del proyecto común. Con estos recursos se creó un trabajo de colaboración, reflexión y diálogo al que después se fueron incorporado el CD Carabanchel, el CRPS Villaverde y el CD Arganzuela, y que aspira a ser una actividad de tipo inclusivo abierta a todos los públicos. A este nuevo espacio de trabajo en red se le denomina Proyecto Grupo SUR.

En la actualidad, la dinámica de colaboración está evolucionando hacia un espacio que une a diferentes recursos y entidades, y que, aunque mantiene el apoyo de los profesionales de cada centro, se deslocaliza del marco de cada recurso para centrarse en el espacio y la oportunidad de participación comunitaria que supone el museo y la colaboración con el Área de Educación.



Imagen 3: Grupo de visita taller en el museo con participante explicando una de las obras en un rol activo

4.3. Justificación / Marco Teórico

Toda la actividad en torno al museo que durante una década generó el proyecto PCEA y su deriva actual en Proyecto Grupo SUR, surgen de la certeza de que la experiencia en los museos y el diálogo en torno al arte pueden constituirse como grandes herramientas de intervención que promuevan procesos de recuperación en las personas participantes que, en este caso, son «personas usuarias de recursos de rehabilitación psicosocial», pero que podrían tener cualquier origen. Para que esto sea así, se deben entender estas experiencias en un sentido amplio, donde lo personal, lo colectivo, lo comunitario y lo participativo son los ejes fundamentales sobre los que se diseña una actividad y una experiencia —pensada como un proceso y no como un producto—, frente a otros sistemas tradicionales de actividad en los museos y de trabajo con el arte, que se plantean más como una acción de consumo de ocio cultural, donde la realidad de la persona y el colectivo al que pertenece están supeditados a los objetivos de la propia institución museística.

La rehabilitación psicosocial puede definirse como un proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial, con el objetivo de que puedan mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes posible (Rodríguez, 1994, pg.4).

Esta definición conduce a la idea de intervención con la persona en un lugar: la comunidad. Comunidad entendida no como espacio geográfico, sino como una red de vínculos en los que se construye y desarrolla el sujeto (AEN, 2012). Se trata, por tanto, de intervenir con la persona y con la comunidad. El foco de atención se traslada del individuo hacia la interacción que establece con su entorno y viceversa. Mejorar la calidad de esta relación implica centrarse en:

- El funcionamiento psicosocial de la persona con una problemática de salud mental en el entorno en el que se desenvuelve.
- Los contextos de oportunidad y las barreras de acceso y participación que el entorno ofrece a las personas.

Como indican González y Rullas (2012), la comunidad se constituye como el elemento central de los procesos de rehabilitación y recuperación. Es ahí, en la comunidad, donde la rehabilitación psicosocial va a operar con toda su potencia y sentido.

Dos elementos se constituyen como transversales en las acciones vinculadas a la rehabilitación psicosocial: capacitación y empoderamiento, ambos orientados a los dos ejes de intervención (ilustración 3).

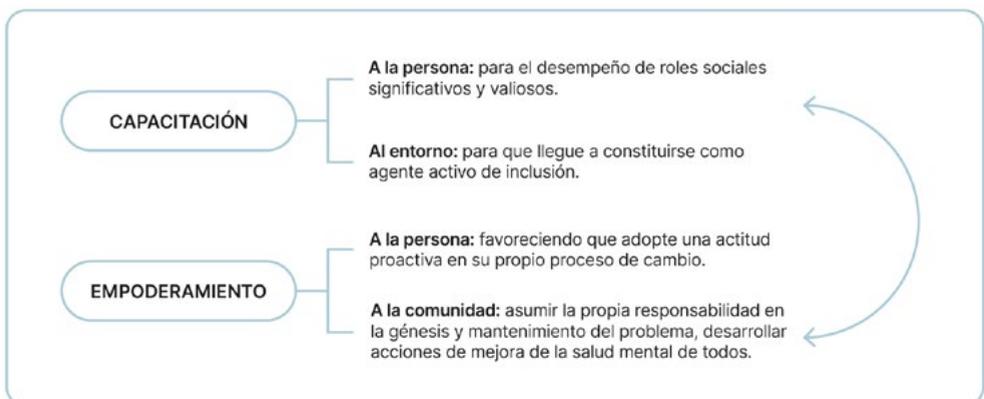


Ilustración 3: Elementos en las acciones vinculadas a la Rehabilitación Psicosocial

Se trata de un proceso mutuo de transformación cuya meta es la consecución de una ciudadanía plena: la persona participando de forma activa como miembro de pleno derecho en una comunidad inclusiva.

En suma, es deseable pensar este trabajo y su trayectoria como un proceso que, de manera orgánica, va impactando y transformando a todos los agentes implicados: a las personas que participan porque les descubre nuevas posibilidades y escenarios, a los profesionales porque les ofrece la posibilidad de adoptar nuevos roles de acompañamiento y de participación desde perspectivas más horizontales, a los recursos porque les permite abrirse a una dimensión comunitaria y al propio museo y a sus educadores porque los resignifica como escenario y puentes de encuentro para la transformación social.



Imagen 4: master class del proyecto del congreso internacional Aletheia.

4.4. Doce años de colaboración abriendo nuevos caminos

El museo y las posibilidades que genera a través de su colección fueron el escenario donde en 2008 se pusieron las bases del primer acercamiento entre el CRPS Latina y el Área de Educación del Museo Nacional Thyssen-Bornemisza a través de sus líneas de educación y acción social.

Desde un primer momento, la facilidad de diálogo y la coincidencia de objetivos entre los educadores del museo y los profesionales de los recursos de rehabilitación (de la acción centrada en la persona y sus necesidades), la plena disposición a experimentar las posibilidades a través de la vivencia periódica de las actividades en el museo y la metodología de diálogo y participación con la que ya se intervenía con otros públicos desde los programas educativos, facilitaron que las visitas y los talleres tuvieran una gran acogida por parte de los participantes. A su vez, tuvieron un gran impacto en los profesionales, que se descubrieron redefiniendo roles y experimentando relaciones con el grupo con el que de manera conjunta cocrearon la experiencia, tanto de los educadores del museo como de los profesionales de los recursos.

Imagen 5: reflejo de las participantes en una instalación en el proyecto inclusivo Nos+Otras en red.



Este primer acercamiento a las posibilidades del arte y su uso también fue la primera experiencia de trabajo para el CRPS Latina con este recurso que, avalado por los resultados obtenidos, derivó años después en el proyecto PCEA, centrado en la exploración con otras dimensiones del arte (pintura, danza, teatro, cine, literatura) y en la expansión a otros escenarios y acciones que, casi en su totalidad, se desarrollaron a través de las redes de trabajo establecidas en torno al museo, en el que muchas veces se llevarían a cabo.



Imagen 6: experiencia en el museo liderada por el propio grupo.

De este modo, se fue estableciendo, de manera natural, una especial alianza entre los recursos de rehabilitación de Latina y sus acciones, y el Museo Nacional Thyssen Bornemisza a través de las líneas de educación y acción social de su Área de educación.

Esta relación surgió del propósito de amplificar las posibilidades del museo como espacio de transformación social, como escenario y ámbito comunitario de participación, y como ejercicio del derecho a la cultura. A su vez, nació en la idea de aprovechar el potencial de los lenguajes artísticos como medio para el desarrollo de habilidades y destrezas y vehículo de capacitación y expresión de los participantes, término este último en el que también se incluyen los profesionales del recurso, que en el museo desempeñarían un papel híbrido entre apoyo, acompañamiento y aceptación del rol como un participante más.

El desempeño de este papel activo en una práctica como la del uso del arte y la presencia en un espacio como el del museo implican, por su normalización entre el público del museo, la transformación respecto a la visión social del colectivo de las personas con diagnóstico de enfermedad mental. Partiendo de este encuadre, se desarrollaron actividades significativas para facilitar la capacitación (*enabling*), la agencia y el empoderamiento como medios para desarrollar el bienestar emocional de las personas: su autoconcepto, su independencia, la práctica de comportamientos saludables y la autopercepción de utilidad, además del aumento de la percepción del bienestar y la autorrealización (Carleto, Castro y Tavares, 2010).

Partimos de una concepción del arte y de la experiencia en el museo como instrumentos y herramientas que favorecen la expresión de emociones y la elaboración de un lenguaje subjetivo, y permiten el desarrollo de potencialidades y el autoconocimiento de la persona, su proyección en el discurso sobre la obra y la apropiación y reelaboración de su propia narrativa vital. Este hecho también transforma la realidad del museo al romper el relato hegemónico en torno a la obra de arte, crear nuevas visiones y posibilitar diversas maneras de ver las obras y de estar en el museo.

Descubrimos así el museo como un escenario de participación y de desarrollo de nuevos roles que transforman la manera de estar de las personas en los espacios culturales, haciéndolas pasar de sujetos y consumidores pasivos a sujetos activos productores de recursos (ilustración 4). En este proceso, el relato de las personas que antes estaba instalado en los márgenes ocupa ahora una posición central, enriquece y humaniza la institución y la dota de una dimensión que permite transformar la visión social de las comunidades y de las personas.

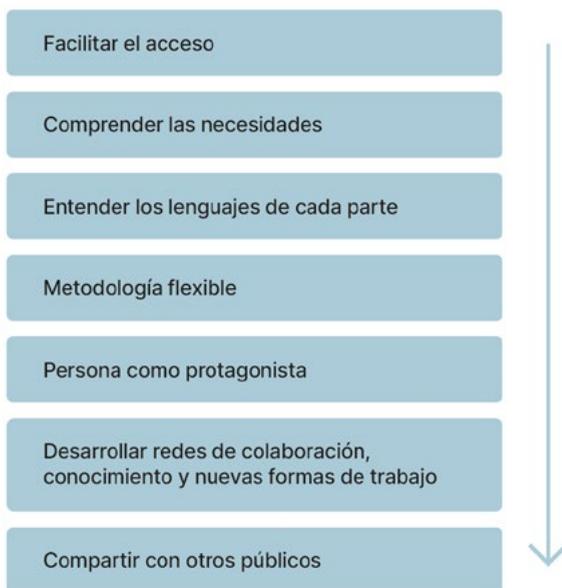


Ilustración 4: pasos a desarrollar desde el museo para el funcionamiento de la red.

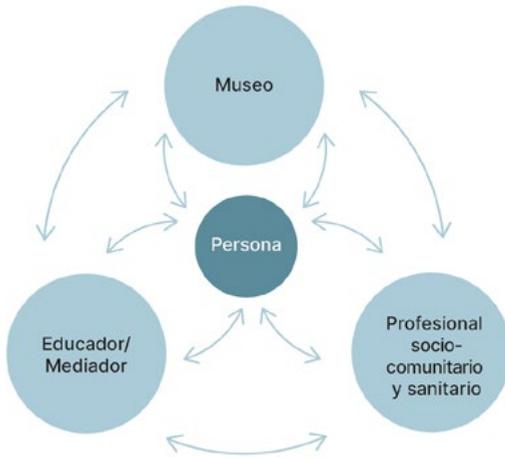
4.5. Antecedentes y filosofía

Desde el comienzo, todas las acciones vinculadas al museo se han desarrollado en comunidad, haciendo uso y trabajando de manera activa con ella. Por tanto, el trabajo en el eje comunitario se ha convertido en un factor fundamental para todo el proyecto. El propio proceso, la evolución de las experiencias y la reflexión sobre las mismas en común con todos los agentes han permitido comprobar que esta vía alcanza su verdadero potencial de transformación cuando son los agentes profesionalizados quienes la ponen en práctica: educadores, mediadores culturales, artistas... En comunidad y en coordinación estrecha con los agentes terapéuticos y con los propios participantes del proyecto. Esta vía funciona mejor cuanto más horizontal y cooperativo es el modelo; un modelo siempre en tránsito, en reflexión, crítico y con voluntad de evolución, donde el objetivo terapéutico se convierte en un telón de fondo que atraviesa toda la práctica y la dinámica, pero sin ser ya un objetivo de la misma sino algo inherente a ella que va a implicar un cambio y una evolución para todos los agentes implicados. Estos procesos constituyen espacios que se desarrollan a través de un modelo cooperativo desde donde se impulsa y desde el que se aspira a que todos acaben ejerciendo su rol de experto. Por tanto, si lo que se pretende es que el modelo alcance su verdadero potencial, habrá un momento en que las entidades y las instituciones serán un agente más de acompañamiento, pero no el motor del proceso. Esto, aunque es una realidad para otros proyectos, en este, por su larga duración, ha registrado variaciones según los tiempos y los procesos personales de los participantes, si bien siempre se presenta como una de las metas que se pretende alcanzar.

A continuación, presentamos un esquema de trabajo con la persona y sus necesidades como centro (ilustración 5).

Otro de los principios sería el trabajo colaborativo en red entre las entidades de la cultura y la salud y los participantes, donde las necesidades de la persona se convierten en el núcleo central de la red. Pretendemos, de manera progresiva, alcanzar la máxima horizontalidad de esas redes, respetando siempre el estado, las posibilidades y los tiempos de cada persona.

Ilustración 5: la persona y su necesidad como núcleo central de la red sociocomunitario.



Estas características contextuales proporcionan un factor necesario y consecuente con los fundamentos de todo el proceso: promoción de espacios normalizados, participación ciudadana directa, ejercicio del derecho a la cultura y agenciamiento y empoderamiento de la persona para el desarrollo de su proyecto vital. Es un espacio definido de colaboración y de beneficio para todas las partes.

Estos principios parten de la idea de ofrecer experiencias y procesos de calidad, con el objetivo de propiciar resultados alineados a la esencia del proyecto: dimensión de salud, apoyo en el proceso de recuperación de un proyecto vital y transformación de la imagen social de las personas a través del uso de las posibilidades que ofrece el espacio educativo del museo y su facilidad y predisposición a generar redes interdisciplinarias.

La calidad de esta propuesta, como objetivo, se basa en la búsqueda de un resultado donde los participantes, al formar parte de la misma, obtienen una resonancia social reflejo de sus capacidades personales, más allá de las creencias limitantes derivadas de la enfermedad y del entorno que les rodea. Dicho de otro modo: se trata de dotar y ceder a las personas espacios y escenarios donde puedan ejercer capacidades que muchas veces la etiqueta diagnóstica silencia e invisibiliza, promoviendo así la generación de una comunidad inclusiva como eje fundamental. Una comunidad donde las personas se puedan posicionar en

igualdad de condiciones más allá de la causa de su diversidad. De este modo, la diferenciación estará marcada por otro tipo de realidades y competencias y no por las derivadas del diagnóstico.



Imagen 7: experiencia en el museo liderada por el grupo.

Es habitual que las personas partan de un hacer que ha sido invalidado por prejuicios —percepciones autoestigmatizantes, visiones sesgadas y desdibujamiento para la ejecución de roles sociales— que hacen que se sitúen en el rol de sujeto enfermo, por lo que el acercamiento tanto al uso del arte como al del espacio comunitario se deberá hacer desde una experiencia próxima generadora de un marco de confianza y afecto, una experiencia que sea posible para la persona y respetuosa con sus tiempos. En este espacio se muestran herramientas básicas como la escucha activa y la mirada consciente hacia la persona, donde el resto de los agentes deben cumplir la función de marcos contenedores en los que la persona se sienta libre y segura, marcos que deberán ir desapareciendo a medida que la persona adquiera y recupere competencias.

Cuando eso sucede, tarde o temprano, llega el momento de abrir la puerta y apoyar la voluntad, si existe, de asumir nuevos retos y responsabilidades.



Imagen 8: imagen del proceso Photovoice durante las actividades del proceso de investigación.

La clave del uso del arte en esta experiencia radica en la propuesta directa al participante quien, apelando a su bienestar, va adquiriendo y/o recuperando aspectos que de manera subjetiva identifica como importantes y que le sirven para verse desempeñando la tarea.

Hemos comprobado a lo largo de estos doce años que la acción de la experiencia con el arte suscita en la persona el uso de espacios, antes posiblemente ausentes o silenciados, en una vivencia cercana con la que puede generar familiaridad y vínculo. Estas vivencias en contextos culturales y artísticos como el museo se plantean, para los profesionales de los recursos de rehabilitación, enmarcadas como una herramienta terapéutica desde un encuadre exploratorio, sin otra expectativa, en un principio, que la de que el participante se «permita poder estar».

Según el testimonio de los participantes, «el arte y la experiencia en el museo se constituyen como formas de disfrute, diversión, libertad, imaginación, responsabilidad, compromiso, descubrimiento de uno mismo, capacidad de sorpresa...». De esto se desprende una valoración de eficacia positiva en relación a su proceso de recuperación.

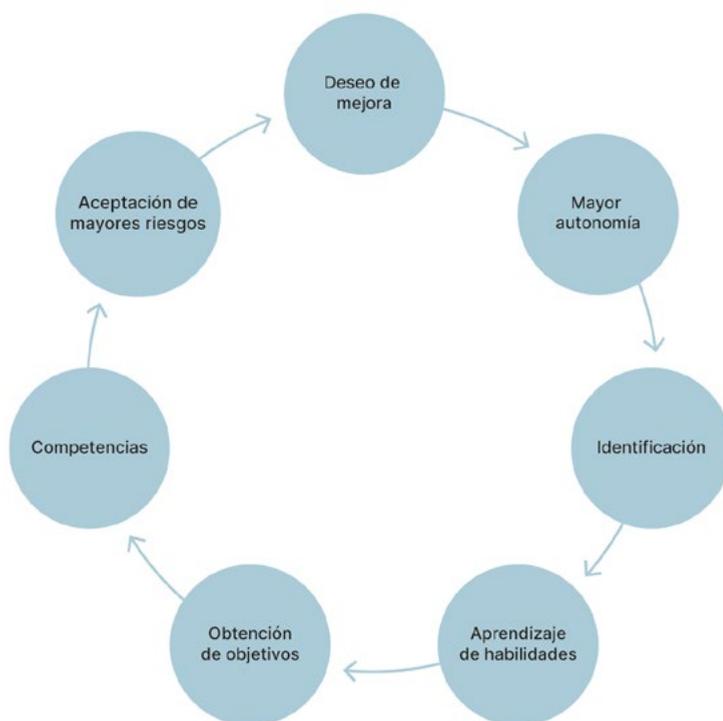
En cuanto a los profesionales de Latina implicados, se sitúan en la posición de agentes intermediarios entre la persona protagonista del proceso y los educadores o agentes artísticos, y, por tanto, en un rol de acompañamiento y facilitación de la participación del Otro, pero también en el de participante en pie de igualdad en el espacio comunitario. Ese rol de seguridad y contención es un papel que debe diluirse en función del agenciamiento de su propia identidad por parte de la persona que participa al verse empoderada. El agente terapéutico deberá modular su propia regulación emocional para preservar un estilo de relación basado en una visión de expertos con una relación de equivalencia en el espacio social y comunitario; un espacio de iguales donde, por tanto, no hay lugar para canales de comunicación paternalistas, autoritarios, etcétera; actitudes que cuando se dan por parte de los profesionales constituyen un bloqueo al desarrollo potencial del verdadero protagonista y, por tanto, de todo el proyecto.

Actividades como la experiencia con el museo y otras que se han generado desde su red, se llevan a cabo en espacios donde lo que hay en común son intereses culturales, sociales y artísticos ampliamente comprendidos en el contexto de lo que habitualmente entendemos como «saludable», y que tiene una connotación de prestigio social. Este aspecto en sí mismo genera escenas reparadoras y fomenta la disociación de mecanismos enrolados a la enfermedad y sus derivados. Asimismo, permite crear entornos más facilitadores e inclusivos; entornos que deben favorecer la creación de escucha social fuera de los marcos reconocidos como terapéuticos y donde se deben dar las condiciones de posibilidad para una relación dialógica, pues solo es en estos espacios donde ellos podrán adquirir una identidad social que no sea la de «enfermo» o «usuario», donde podrán (re)construir sus identidades sociales y sus vidas como sujetos sociales autónomos y donde podrán, en definitiva, imaginar otro futuro para sí mismos. (Martínez, 2005)

Las experiencias a través del museo se diseñan desde una perspectiva de promoción, defensa y protección de los derechos de las personas con diagnóstico de enfermedad mental. Todas sus acciones se sustentan en su ejercicio de la ciudadanía y en sus derechos, como el derecho a la participación social o los derechos a la salud, a la educación y a la cultura. Las personas pasan de ser

un sujeto pasivo que recibe lo que otros consideran apropiado a ser alentadas a su transformación como agente activo y generador de procesos y contenidos culturales y artísticos para toda la comunidad.

Las acciones en el museo y sus derivadas están dirigidas al trabajo en dos dimensiones —persona y/o entorno— y se estructuran en diferentes fases de un continuo: de mayor énfasis en los apoyos de los agentes (terapéutico y/o educador del museo) a mayor autonomía del participante en el diseño e implementación de las acciones. Así, surgen múltiples combinaciones posibles en función de los objetivos con los que se esté trabajando como, por ejemplo: visitas taller (énfasis en el proceso individual, mayor apoyo del educador del museo), acciones individuales, diseño de las actividades con los participantes o acciones de sensibilización (énfasis en la intervención en el entorno, trabajo autónomo de los participantes) (ilustración 6).



Círculo del empoderamiento según T. Wilson (2004)

Ilustración 6: la persona y su necesidad como núcleo central de la red.

Otra dimensión de la colaboración es la generación de redes de trabajo con el museo y su uso como herramienta terapéutica, como hemos referenciado con anterioridad. Esta es una dimensión que permite entender el museo y las redes que se generan en su entorno como agentes de cambio en una doble categoría: como espacio social y como herramienta fundamental en el proceso de recuperación de las personas participantes. Esta doble realidad permite rescatar la idea de la construcción de comunidad como una realidad inclusiva, donde el museo debe ser para todos y todas en el ejercicio de una ciudadanía de pleno derecho y donde la diversidad es un factor de riqueza y no de exclusión.

Este devenir proporciona, como ya hemos aludido con anterioridad, tres de los objetivos primordiales (ilustración 7) de cualquier proceso comunitario: promoción de espacios normalizados, participación ciudadana directa y empoderamiento de la persona para el desarrollo de su proyecto vital.



Ilustración 7: objetivos del proceso de trabajo comunitario.

4.6. ¿Por qué el museo como escenario?

El museo es en sí mismo un recurso normalizado integrado en un entorno comunitario. Es un contenedor de un acervo cultural y un tesoro patrimonial que lo invisten como espacio de prestigio social y cultural generador de experiencias vitales y fuente de conocimiento psicosocial. Constituye un lugar de encuentro con otras personas con intereses comunes. Podría decirse que se transforma en un ágora contemporánea llena de significación y significados para las comunidades que los alojan y donde funcionan como espacios identitarios.

A través del uso del museo como herramienta y agente de transformación valoramos y promovemos el concepto de «museo para todos», su accesibilidad y la materialización del derecho universal de participación ciudadana. Una vez fijada su acción sobre estos principios, el museo se constituye como una herramienta eficaz que facilita y promueve los procesos de cambio y recuperación de personas diagnosticadas con una enfermedad mental y los de cualquier persona que participe en este tipo de acciones.

El museo permite a cada individuo una vivencia de sí mismo alejada de un rol de enfermo, con las importantes implicaciones que esta distancia adquiere respecto a la construcción de su identidad personal y social. Su participación en este entorno comunitario de considerable reconocimiento social permite la emergencia de fortalezas, capacidades y potencialidades, así como la reducción de las barreras presentes en el contexto sociocultural actual.

El trabajo colaborativo facilita la exploración de nuevos ambientes ocupacionales, minimizando las anticipaciones negativas y los miedos iniciales. Más allá del impacto funcional y, situadas en el eje simbólico, experiencias como la del PCEA o la del Proyecto Grupo SUR ayudan a percibir el arte desde la vivencia cotidiana, a encontrar significados a situaciones de nuestra vida diaria a través del arte y a inaugurar nuevos canales de expresión emocional que

vinculen las experiencias traumáticas con elementos contenidos en las obras del museo, lo que permite abrir procesos para generar nuevas narrativas en torno a esas vivencias.

En definitiva, el museo permite entender el arte como un recurso, como una herramienta, como un campo abierto: un territorio desde donde y con el que trazar cartografías individuales y colectivas nuevas en un recorrido hacia lo que llamamos «comunidades inclusivas» (Carnacea y Lozano, 2013).

Durante los últimos doce años, la presencia de los recursos psicosociales de Latina en el museo ha ido en progresión a partir de acciones individuales y de visitas-taller grupales al museo interconectadas con grupos de trabajo en el CRPS Latina. A su vez, se han llevado a cabo intervenciones con grupos familiares y acciones mixtas, entre otras, con los participantes y sus familias, además de acciones de difusión de la experiencia con el museo a otros recursos. Espacios importantes fueron la creación de grupos como Tour Thyssen en Latina y la progresiva definición del proyecto PCEA, que fue evolucionando dentro de las actividades del museo hasta el actual proyecto Grupo SUR de trabajo Inter recursos, pensado como un grupo inclusivo con derivas hacia la inmersión sobre las obras y en espacios de talleres plásticos. Desde hace años, se ha establecido una presencia mensual de las acciones grupales que van en paralelo a otras familiares e individuales, así como de participación en aquellas basadas en la lucha contra el estigma y en las de investigación o difusión.

En el momento actual, después de realizar un trabajo de investigación en formatos que priorizan abordajes sensoriales y no verbales, dando sentido al concepto de «museo para todos», donde los lenguajes plásticos y expresivos ponen en pie de igualdad a las personas con posibilidades de comunicación efectiva con las que no la tienen, se abre una nueva etapa de trabajo Inter recursos que deslocaliza el trabajo de los centros y lo focaliza en el museo como entorno comunitario.

Esta participación se amplía a múltiples recursos de la zona sur de Madrid con la convocatoria abierta a quien quiera unirse, a fin de estar receptivos a la participación de cualquier persona. Se transforma, así, en una red amplia cuyo interés radica en el arte y en las posibilidades que este ofrece.

Así, de cara al futuro se plantean puntos como fomentar esa red de trabajo como escenario para el desarrollo del liderazgo de los participantes, de manera que aumenten los espacios de inclusión comunitaria. También se plantea formalizar la metodología de trabajo y potenciar los programas transversales no segregados por recursos de carácter inclusivo y comunitario.

4.7. Objetivos

Objetivos Generales del Proyecto (tabla 1):

1	Generar un espacio real de participación comunitaria.
2	Potenciar la idea de «museo para todos»: museo inclusivo donde todas las personas tengan cabida como ciudadanos de pleno derecho.
3	Facilitar el desarrollo, entrenamiento y puesta en práctica de habilidades necesarias para la mejora del funcionamiento psicosocial.
4	Instaurar o recuperar el desempeño funcional de roles socialmente significativos (voluntario/visitante/aficionado).
5	Aumentar en los participantes el sentimiento de autoeficacia, autoestima y empoderamiento.
6	Reducir el estigma social asociado con la condición de enfermedad mental.
7	Promover la exploración de nuevas estrategias terapéuticas en profesionales de la intervención psicosocial de personas con enfermedad mental.
8	Promover el trabajo en red.

Tabla 1: objetivos generales.

4.8. Metodología y tipologías de acción

Aunque la diversidad de tipologías de acción hace que la intervención funcione con diferentes registros y dimensiones, podemos indicar que, en las actuaciones centradas en la actividad en las salas y talleres del museo, la metodología empleada durante las visitas y talleres es de tipo participativo, horizontal, dialógico, de carácter andragógico y basada en los principios de participación, horizontalidad y flexibilidad.

Usamos el diálogo y la experiencia ante las imágenes artísticas como base para la reflexión y la creación de conocimiento en los participantes. A su vez, añadimos técnicas de expresión plástica y dinámica como detonante de los aprendizajes y vehículo de expresión de sus intereses y preocupaciones a través de su potencial creativo y simbólico. Todo el proceso se codiseña entre los agentes implicados: educadores, profesionales del recurso y, en la medida de lo posible, los participantes.

Cada acción va precedida de una sesión preparatoria, de la que resulta una ficha de actividad. Tras ella, se lleva a cabo una puesta en común, donde se evalúan las diferentes dimensiones de la vivencia y se replantean los pasos a seguir y las siguientes acciones (ilustración 8).



Ilustración 8: tipologías de las acciones con el museo

En la observación y el diálogo con respecto a las obras priman los contenidos de cultura visual frente al discurso histórico-artístico para potenciar el desarrollo de los relatos personales y la creación de otros lenguajes que apoyen los procesos y objetivos personales de los participantes y de los profesionales en su trabajo con el grupo.

Entendemos los talleres plásticos como experiencias que apoyan o detonan los contenidos. Así, pueden consistir en experiencias que complementen el relato creado por el grupo, ayudándolo a profundizar en los contenidos, o en creaciones libres de las que surja un discurso que ayude a crear el vínculo con el museo en relación a su propia producción.

A pesar de todo esto, los formatos de diálogo siempre quedan abiertos a expensas de pactar sus contenidos y forma con los participantes. Esta idea implica hacerlos responsables de la experiencia. La metodología de trabajo conlleva, por tanto, una evolución de la implicación y los roles activos de las personas que participan en las actividades.

Por tanto, podemos destacar que **hemos utilizado una metodología de carácter participativo de investigación-acción, de investigación basada en las artes y de carácter constructivista.**

Establecemos cuatro tipos principales diferenciados de acciones que dejan fuera otras de carácter más puntual.

Acciones Grupales:

En este tipo de acciones, aunque están sujetas a una gran variabilidad, el formato más común se establece a través de:

Fase inicial del proceso: se diseñan las visitas de manera transversal de octubre a junio.

- Selección del tema: constructos semánticos asociados a significados de ideas como las de prejuicio, identidad, afectividad, sexualidad, miedo, amor, soledad, participación, estigma o familia, entre otras; todos ellas, dimensiones psicosociales de la salud y que se intervienen desde los recursos con el fin de lograr reflexiones que sirvan como material de cara a las visitas. Este

proceso se considera un *continuum* que permite la evaluación, el ajuste y la intervención a lo largo del tiempo, destacando el carácter vivo que nace del diálogo horizontal entre las partes.

La elección de la temática derivará de las necesidades manifiestas y latentes de los participantes y se constituirá en el eje desde donde partirán tanto la elección de los cuadros como del taller manipulativo asociado a la visita, que se constituye como una forma de integración y de transición de lo simbólico a lo factible.

Acción Individual:

Aprovechamos la herramienta que posibilita el museo en sí para la intervención de carácter individual con personas en procesos específicos de recuperación. El museo como agente social posibilita que emerjan cuestiones que pueden ser abordadas en el contexto de la intervención en los recursos, de manera que se refuerce la acción terapéutica con una proyección de participación comunitaria, enfatizando el sentido del proceso de recuperación personal y promoviendo una implicación activa de la persona al dotar de significación social al esfuerzo personal. Se abren, así, posibilidades al desarrollo de competencias en personas que, hasta el momento, mostraban una mayor resistencia al cambio. Ejemplos de ello son las personas involucradas en el voluntariado en el museo, en la creación del material Círculo de Historias y del blog sobre la experiencia con las obras, o en la participación en jornadas, congresos, cursos, seminarios, etcétera.

Acción Familiar:

Dadas las posibilidades reales que proporciona el museo, se propuso su utilización con las familias, con el fin de que experimentasen los mismos procesos que sus familiares y fueran capaces de acercarse a ellos desde otro lugar alejado del rol de persona enferma, para transformarse hacia el encuentro y reconocimiento de sus capacidades. El objetivo último de esta propuesta era introducir modificaciones en la dinámica familiar, evitando el excesivo énfasis en los elementos limitantes de la enfermedad y crear espacios donde no tuviera sentido la alusión a dichos elementos. Se extendía así la promoción del cambio desde la persona al sistema familiar, mediante un enfoque interactivo

e integral donde todos asumen la necesidad de implementar cambios en su manera de ver y relacionarse con el otro.

Acciones comunitarias de lucha contra el estigma:

- Participación en eventos comunitarios y en jornadas técnicas:

Intentamos participar en todos los foros donde se promueva una imagen funcional y cotidiana de la salud mental. Apostamos por el cambio de roles, transformando los que hasta el momento se suponían receptores en agentes activos, como guías del museo. Más allá del desempeño de la propia actividad, el impacto subjetivo para la persona desde el sentido de empoderamiento y de la muestra de capacidades resulta motivador hacia la apertura de nuevas acciones y posibilidades.

4.9. Población beneficiaria:

Beneficiarios directos

Las ciento diez personas usuarias del CRPS y CD Latina que participaron en el proyecto, sus familias y su entorno social, así como el equipo de profesionales de los recursos.

Beneficiarios Indirectos

Las personas usuarias de los recursos, sus familiares y las personas con algún tipo de problema de salud mental que sufren de manera directa el estigma contra el colectivo.

La sociedad en general que, gracias a la apuesta por la creación de comunidades inclusivas y al compromiso por hacer efectivo el derecho universal a la participación social, tienen la oportunidad de participar en la deconstrucción de lógicas excluyentes de personas con diversidad funcional.

5

Un proceso de investigación en red:

museo, recursos comunitarios y
universidad

Tras estos años de colaboración desde los recursos y el museo, podemos concluir sobre el impacto positivo que el trabajo bidireccional entre agentes proporciona a los participantes, tanto en sus procesos de recuperación como en el cambio de mirada de la ciudadanía hacia la inclusión, lo que genera vías de transformación social. Con el fin de poder afianzar esta creencia como práctica basada en la evidencia, iniciamos un proceso de colaboración con la Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya (UVic-UCC).

El presente capítulo muestra el proceso de investigación desarrollado en colaboración con la UVic-UCC, en concreto desde el grupo de investigación Salud Mental e Innovación Social.

Gracias a la red establecida en torno a este proyecto surgen posibilidades y contactos que dan lugar a proyectos de investigación-acción coliderados por la UVic-UCC e instituciones de prestigio como el Centre de Cultura Contemporània de Barcelona - CCCB, (Simó, Garrido, Pérez, Geli, & Bugatell, 2017), el Auditori y la Orquesta Nacional de Catalunya; o la ciudad de Vic, donde todos los recursos de arte y cultura de la ciudad se han aliado para crear una verdadera *friendly art dementia city*. En todos ellos, el arte y la cultura sirven como poderosas estrategias para incrementar el bienestar y la participación social de personas con problemas relacionados con el Alzheimer o la salud mental (<https://www.salvadorsimo.org/investigacion/>) y que también dan lugar a parte de este proceso de investigación.

A continuación, la presente investigación se enmarca en la tesis doctoral de Nerea Díez Ríos, terapeuta ocupacional en la UVic-UCC. Este estudio se centra en el impacto del arte como agente de socialización, inclusión social y bienestar en personas con diagnóstico de trastorno mental grave; colectivo que, debido al contexto de crisis socioeconómica actual magnificado por la crisis sanitaria derivada de la COVID-19, se encuentra en una situación de mayor vulnerabilidad.

La propuesta de este estudio no entiende el arte como un objeto de entretenimiento, sino que aspira a lograr un avance sobre el posicionamiento de la persona en los planos de la autonomía e inclusión, empleando para esto el arte relacional, entendido como

el conjunto de prácticas artísticas que plantean como su medio y fin las relaciones sociales y la inclusión, en lugar de la creación de objetos en un espacio artístico privado. Este contexto interpreta a los participantes como protagonistas responsables del proceso: personas con poder de decisión en interdependencia con su entorno social, político y cultural (Briglia, 2014).

Todo esto desde el prisma de la terapia ocupacional, entendida —al integrar la filosofía humanista y holística con la excelencia científica y la investigación— como el arte y la ciencia de capacitar y empoderar a las personas (grupos y comunidades) para que puedan desarrollar un proyecto de vida pleno, a partir del desarrollo de ocupaciones significativas que potencien tanto su independencia como su interdependencia, y aporten sentido a sus vidas. Su finalidad última es crear comunidades saludables, inclusivas y sostenibles, donde toda persona pueda desarrollar plenamente su potencial humano, experimentando bienestar físico, psicológico y social; y participar como un ciudadano de pleno derecho desde el respeto a los derechos humanos (Simó, 2015).

Como recogen Whiteford et al, (1997), las personas con trastorno mental pueden experimentar restricciones en su participación en ocupaciones significativas y en la propia comunidad, así como en los derechos humanos, quedando condicionada su ciudadanía por factores que están fuera del control inmediato de la propia persona, lo que se entiende como «injusticia ocupacional». Este fenómeno está socialmente construido sobre las bases de los valores culturales que generan la exclusión (Wolf, Ripat, Davis, Becker & MacSwiggan, 2010).

Según diversos autores, es importante que los terapeutas ocupacionales enmarquen su práctica en un paradigma crítico, social y de justicia ocupacional basado en la dignidad humana y en la capacidad de mejorar la realidad presente. Ante esta situación es importante considerar el arte como una herramienta de inclusión y de sentimiento de pertenencia a la comunidad en la cocreación de una sociedad más justa e inclusiva basada en los derechos humanos y en la sostenibilidad (Simó, 2016; Simó, 2002; WFOT, 2009).

5.1. Objetivos

Esta investigación surge como una manera de validar los indicadores de logro basados en la evidencia del proceso de trabajo desarrollado durante doce años.

El objetivo general que plantea esta investigación es conocer el impacto del arte como agente de socialización, inclusión social y bienestar en personas con problemas de salud mental.

Para dar respuesta a este propósito, se plantearon los siguientes objetivos específicos:

- Conocer el grado de disfrute y participación de los participantes de las sesiones.
- Explorar las necesidades que presentan los participantes en relación a su bienestar e inclusión social.
- Dar voz a los significados que los participantes le atribuyen a su participación en ocupaciones significativas a través del arte.
- Explorar la percepción de los participantes sobre las vivencias, experiencias e impresiones relacionadas con su participación en el estudio.
- Ofrecer recursos para que las personas usuarias y los profesionales de centros de atención especializada disfruten del arte como una herramienta de conocimiento, expresión, crecimiento e inclusión.

5.2. Metodología

5.2.1. Tipo de estudio

Este trabajo de investigación se planteó desde una metodología mixta, que entiende que un mismo fenómeno de estudio puede comprender diferentes perspectivas y ser abordado a través de diversas vías metodológicas (Riveiro, 2015). Así, se recogen, analizan y vinculan datos donde se combinan métodos de investigación cuantitativos y cualitativos (Muñoz Poblete, 2013), lo que permite enriquecer la comprensión de la realidad y mejorar el conocimiento del fenómeno de estudio (Riveiro, 2015).

5.2.2 Selección de participantes

La selección de participantes se realizó a partir de un muestreo intencionado y razonado, que consistió en la selección, mediante métodos no aleatorios, de una muestra con características similares a las de la población objeto de estudio (Casal & Mateu, 2003).

Para ello, se determinaron diferentes criterios de inclusión y de exclusión (Tabla 2 y Tabla 3):

Criterio de inclusión	Motivo
Ser mayor de 18 años.	Es la mayoría de edad establecida en España.
Pertenecer a uno de los centros con los que entró en contacto.	Entidades que actúan de «portero» para el acceso a la población de estudio.

Tabla 2: Criterios de inclusión

Criterio de exclusión	Motivo
Encontrarse en un momento agudo, de crisis o en una recaída.	El equipo técnico de los centros indicó que no se encontraban en un momento adecuado para poder participar en el estudio.
Estar en situación de incapacidad legal.	Debido a que la investigación tenía un periodo de duración y esto supondría ralentizar el proceso.

Tabla 3: Criterios de exclusión

La muestra total del estudio está formada por veinte participantes, de los cuales, catorce son personas con trastorno mental grave y, de estas, dos son veteranas voluntarias del museo y doce, personas usuarias del CRPS y del Centro de Día La Latina. La mayoría de los participantes con trastorno mental son hombres, lo que representa un 64,29% del total de la muestra. Sin embargo, la mayoría de las profesionales participantes en el estudio son mujeres.

5.2.3. Técnicas de recogida de datos

La recogida de información se realizó a través de diferentes herramientas (ilustración 9).

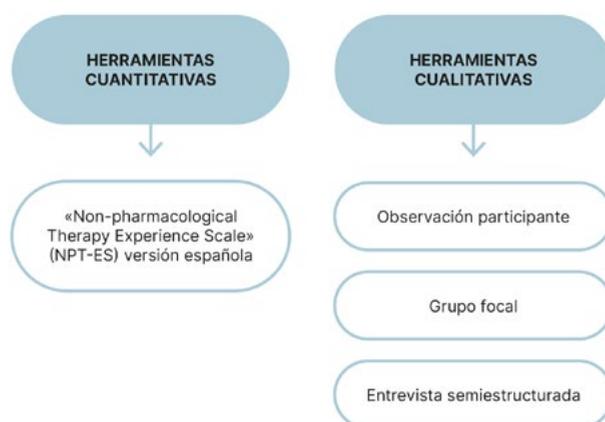


Ilustración 9: técnicas de recogida de información.

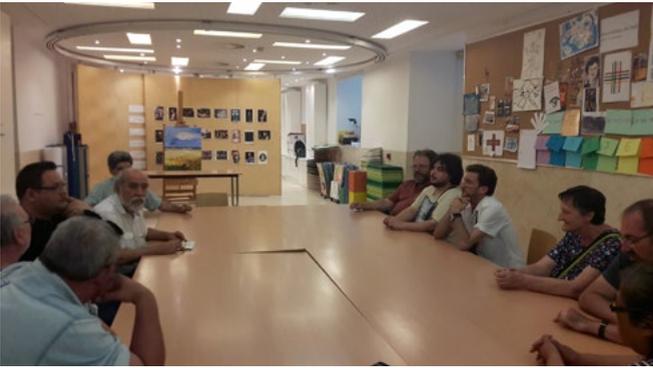


Imagen 9: proceso de uno de los Focus group con el equipo investigador-participante.

5.3 Resultados

5.3.1 Resultados de la metodología cuantitativa

Los resultados de la NPT-ES evidencian que la mayoría de las personas participantes refirieron interés y sintieron bienestar durante las sesiones, no mostraron indicios de rechazo y participaron de manera activa en las actividades que se desarrollaron durante las seis sesiones llevadas a cabo en el museo.

5.3.2 Resultados de la metodología cualitativa

Para explicar el fenómeno de estudio, analizamos los grupos de participantes por separado, y recogimos la información a través de herramientas cualitativas, lo que nos permitió extraer una serie de categorías y subcategorías y, posteriormente, analizarlas en conjunto.

Ambos grupos, que coincidieron en algunas de estas categorías poniéndolas en relación, indicaron también las fortalezas y debilidades del programa, planteando diferentes propuestas de mejora.

La categoría propuesta por el grupo de participantes con trastorno mental fue «el arte como agente de socialización y bienestar», y de esta se extrajeron diferentes subcategorías. En cuanto a las categorías propuestas por el grupo de profesionales fueron: «el arte como agente de socialización, bienestar y autonomía para

personas con trastorno mental» y «el arte como agente de bienestar y enriquecimiento profesional para los propios educadores».

Se puede apreciar una consonancia entre los resultados cualitativos obtenidos tanto del grupo de participantes con trastorno mental como del grupo de profesionales y las observaciones recogidas en el cuaderno de campo. (figura 1).

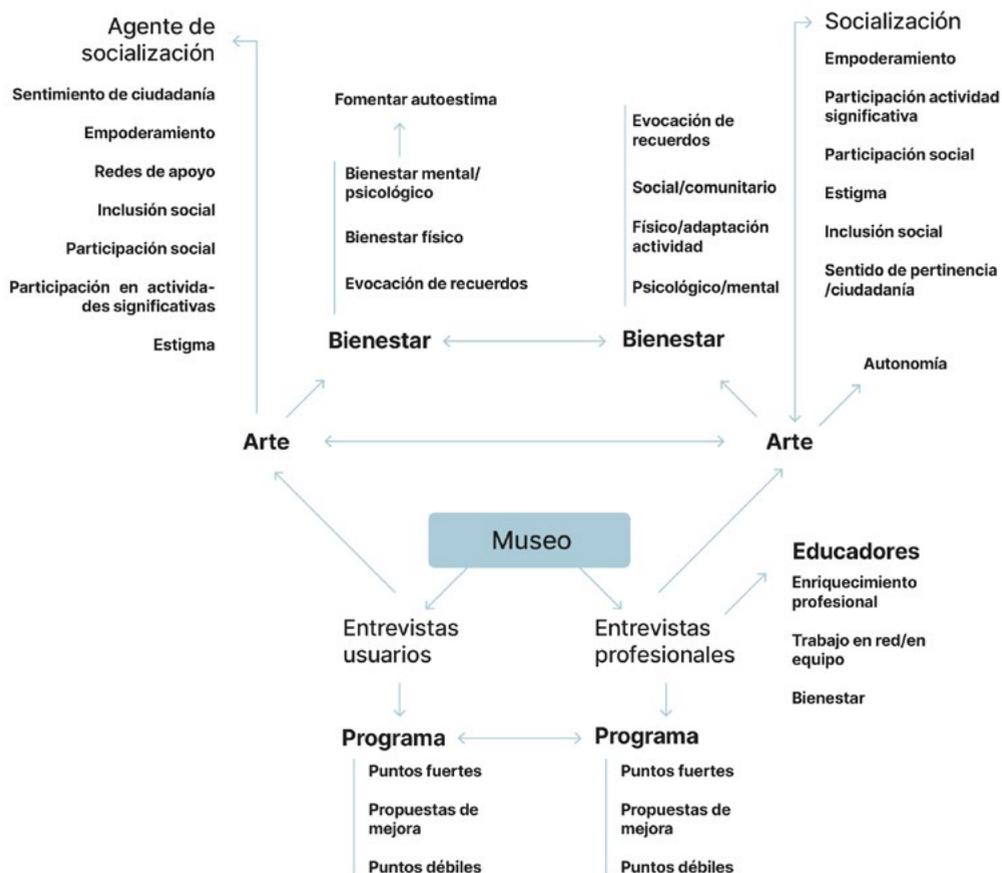


Figura 1: relación de categorías de los dos grupos poblacionales.

6

Conclusiones

6.1 Introducción

Este apartado traza una comparativa cruzada entre los indicadores de logro fundamentados en la evidencia del proceso de colaboración entre el Área de Educación del Museo Thyssen-Bornemisza y los recursos de rehabilitación psicosocial Latina, y los resultados obtenidos en la investigación realizada en conjunto por ambos recursos con la Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya. En este proceso de cruce de conclusiones se analizan los puntos de encuentro y desencuentro, y los motivos.

Finalmente, se articulan las limitaciones y fortalezas de la investigación y las futuras líneas de trabajo en este ámbito, tanto en el escenario nacional como en el internacional.

Los planteamientos y objetivos, y el proceso de evaluación y reflexión continua del proyecto de colaboración entre el museo y los recursos de Latina, así como la inclusión de los participantes en los procesos, sumados a las revisiones y apoyos del marco terapéutico de los recursos, han hecho que se genere un flujo de información continua que ha permitido construir los indicadores de logro en función de la evidencia. Muchos de estos indicadores se desprenden de la propia estructura y metodología de trabajo del proyecto y se reafirman por su duración en el tiempo, por la aceptación de los participantes y el propio crecimiento del programa.

Aun así, con todas esas evidencias de logro, la propia dinámica de evaluación y el cuestionamiento continuo del trabajo hicieron necesario un análisis desde una perspectiva investigadora que, con sus conclusiones cualitativas y cuantitativas, permitiera emprender un proceso de validación cruzada de las evidencias basadas en la experiencia y de las conclusiones del proceso investigador; una validación donde la experiencia, el relato, la narrativa y el análisis de los discursos construyeran un todo desde el que comprobar el ajuste o desajuste de ambos procesos y su apoyo mutuo, y que, por tanto, pusieran en evidencia aquellos aspectos derivados de los procesos de trabajo que es necesario cuestionar y reformular, y las metodologías de esa colaboración que han evolucionado hacia un modo de laboratorio de transformación social dentro un marco de acción, participación y reflexión.

6.2. Conclusiones del laboratorio de participación

A continuación, detallamos la experiencia de trabajo de los recursos de salud mental de Latina a lo largo de estos años de recorrido conjunto y que han ido evidenciando una serie de indicadores de logro que ponemos de manifiesto a continuación.

La primera meta fue conseguir que las personas implicadas en la experiencia tuvieran una oportunidad real de participar de manera comunitaria. Se desarrollaron actividades y acciones que supusieran una participación progresiva y tuvieran una presencia real y periódica en el museo. La propia pervivencia del programa y el crecimiento de la participación avalan el espacio de trabajo creado en el museo junto con el Área de Educación y los recursos de atención, como un ámbito de participación real en un entorno comunitario, y se ratifican tanto en el incremento en el número de participantes como en la incorporación de otros recursos de salud mental.

Un segundo eje muy relevante para el proyecto fue potenciar la idea de un museo para todos, un museo social e inclusivo donde todas las personas tengan cabida en el ejercicio de su ciudadanía de pleno derecho y puedan ejercer ese derecho en equidad con los otros. La actividad se desarrolló teniendo en cuenta su accesibilidad y adaptabilidad, tanto desde el punto de vista funcional como del emocional, permitiendo a su vez validar la experiencia del estar y acompañar cuando la persona no puede sostener aspectos de lo dialógico. Para lograrlo se requirió la coordinación entre agentes terapéuticos y profesionales del museo con el fin de asegurar una red de diálogo constante y afinar, de este modo, las necesidades manifiestas y latentes del colectivo, así como trazar la hoja de ruta específica que cada persona requiere con el fin de que la experiencia sea satisfactoria.

Un tercer eje fue que todos estos modelos de participación facilitasen el desarrollo, entrenamiento, práctica y generalización de las habilidades necesarias para la mejora del funcionamiento psicosocial de la persona. Habilidades funcionales y emocionales como la mejora del desempeño en/y

con la comunidad, la autonomía respecto al transporte público, la orientación, el compromiso, la responsabilidad, la puntualidad, la participación grupal, la exposición pública, la expresión y desarrollo de competencias de comunicación verbal y no verbal, la organización del discurso, el control emocional, la apertura de nuevos canales y posibilidades, y el manejo de la ansiedad y del estado afectivo positivo que la persona pone en práctica durante el desarrollo de la tarea.

En cuarto lugar, y en estrecha relación con el segundo objetivo, el proyecto de trabajo con el museo trató de instaurar o recuperar el desempeño funcional y emocional en roles socialmente significativos para la persona —sobre todo, el de ciudadano, voluntario, visitante o aficionado—, para generar un sentido de pertenencia a la comunidad. La invitación a participar en las actividades nació con la intención de facilitar la conexión entre el posible desempeño laboral, formativo y de intereses de la persona previo a su situación diagnóstica, y aquello que le une a lo que le gustaría llegar a ser y en lo que se está trabajando. Este proceso, siempre de carácter individual y personalizado, atiende a las necesidades y demandas específicas de cada persona.

En quinto lugar, el proyecto generó un abanico de posibilidades reales para amplificar el sentido de competencia interna y posibilitar un empoderamiento íntimamente vinculado a la sensación de autoeficacia y, por tanto, a la mejora del autoconcepto. El trabajo individual pormenorizado basado en las necesidades y demandas de la persona provoca un ajuste continuo en el desarrollo de competencias emocionales y funcionales que desempeña dicha persona, permitiéndole proyectar y percibirse en una autoimagen de eficacia interna y en la capacitación para el cumplimiento de tareas. El ambiente donde se desarrolla la tarea facilita la participación ocupacional de la persona, lo que da lugar a un escenario natural de reparación recíproca de las vivencias de cada participante. A su vez, el encuentro entre personas y su desarrollo, aumenta un sentido de pertenencia que genera una sensación de ser y formar parte de un mundo común.

En sexto lugar, la experiencia de colaboración entre el CRPS, el CD Latina y el Área de Educación del Museo Nacional Thyssen-Bornemisza puso especial énfasis en reducir el estigma social

asociado a la diagnosis de enfermedad mental, lo que se convirtió en uno de sus principales objetivos. El proyecto ha conseguido aumentar la presencia de personas con enfermedad mental en la actividad del museo en un rol normalizado, proactivo y socialmente valioso, proporcionando oportunidades de contacto e interacción con población general que ponen en cuestión los prejuicios sociales sobre el colectivo. Además, la pervivencia en el tiempo de la experiencia ha generado una sostenibilidad que permite avanzar de manera constante en la mejora de la imagen social. Algunos ejemplos de este contacto son: las actividades conjuntas con la asociación de vecinos de Lucero, la participación en la celebración del Día Internacional de los Museos, la inclusión con otros colectivos y la implicación en programas del museo con otras comunidades. La visibilización que el museo hace de todas las acciones a través de sus redes también es un factor de normalización de la diversidad psíquica dentro de la comunidad.

En séptimo lugar, al estar vinculado al museo, el proyecto generó el escenario propicio para que los profesionales sociosanitarios encontrasen vías de intervención alejadas de lo clínico, tanto por la proyección de las competencias funcionales y emocionales por parte del participante, como por el trato igualitario que se establece en cada visita basado en que todos los participantes desempeñen el mismo rol, profesionales incluidos o por la emergencia de nuevas formas de proporcionar apoyos por parte de los agentes sociosanitarios.

En octavo lugar, y en relación con el anterior, en los doce años de duración del proyecto se ha promovido una red de trabajo a diferentes niveles, intrínseca a la filosofía del propio proyecto, y que ha generado competencias y creado un tejido de conexión y trabajo conjunto entre dispositivos, entidades y organismos. Con la participación de todas las entidades se ha ido consolidando una red social natural de intereses conjuntos que se ha constituido como un lugar de encuentro para la reflexión y el análisis, así como un lugar de ayuda mutua, donde ha sido el interés por el arte y la cultura el nexo de unión de los participantes y no la pertenencia a un colectivo en situación de exclusión social o ampliamente estigmatizado. El proyecto construido mano a mano entre el museo, las entidades y los participantes parte de la búsqueda del

conocimiento de las personas y del trabajo en pro de los intereses personales para generar un espacio de creación y de colaboración en torno al arte que escape de una dimensión vinculada a la enfermedad y la exclusión.

La experiencia adquirida a lo largo de todos estos años ha convertido el museo en un escenario cotidiano lleno de referencias emocionales, en un contenedor de historias individuales y colectivas, y también en un cruce de caminos constante donde la diversidad de las personas, las tareas y los escenarios han hecho que se transforme en un espacio multidimensional y en un conector natural que posibilita el tejido de redes y la construcción de recorridos y circuitos humanos, educativos, sociales, terapéuticos, emocionales y cognitivos. En definitiva, un museo de las personas y los afectos. Un espacio donde el museo es el bastidor, los recursos como CRPS, el CD y el Área de educación, los tutoriales y los materiales que forman la urdimbre y la trama; y la persona, el tejedor de su propia historia, que entrena con los materiales a la espera de elaborar sus creaciones propias.

6.3. Conclusiones del proyecto de investigación (Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya)

Es relevante y significativo el impacto de este programa en la participación social de las personas usuarias al romper con la situación de exclusión en la que se encuentran y de la que son conscientes, y facilitar la interacción social, donde destacan las relaciones de ayuda entre ellas.

La participación en este proyecto como ocupación significativa es relevante en la mejoría del bienestar de los usuarios, quienes disfrutaban de la participación en las diferentes sesiones y expresan que se sienten mejor, que son felices y que el arte les ayuda a relacionarse.

Se estimula la creatividad y evocación de recuerdos que en todo momento compartieron con el grupo. **Es importante la relación del disfrute con el aprendizaje y la implicación en una actividad significativa que promueve su desarrollo personal.**

La participación social y la presencia habitual y cotidiana desde un rol activo en un espacio público como es el museo favorece que disminuya el estigma social asociado al diagnóstico de enfermedad mental.

El proyecto con el Área de Educación del museo propicia y desarrolla el rol de agente activo siempre conectado con los intereses motivacionales de la persona. Este papel de participante le permite desplegar y emplear sus propias capacidades, **lo que propicia su visión como ciudadano y no como sujeto enfermo.**

La valoración del programa es positiva tanto por parte de los profesionales como de los usuarios.

Los resultados cualitativos están en consonancia con los cuantitativos de la escala NPT-ES, en cuanto a la elevada participación de los usuarios, la expresión de disfrute, bienestar y placer durante las sesiones, el destacable nivel de comunicación y relación entre ellos, y el escaso displacer y rechazo.

La accesibilidad del museo como medio social e inclusivo donde todas las personas tienen cabida en el ejercicio de su ciudadanía de pleno derecho y donde pueden ejercer su derecho en equidad con los otros, **es un aspecto importante hacia la inclusión de las personas** con problemas de salud mental, a quienes se les facilita el desarrollo, entrenamiento y puesta en práctica de aquellas habilidades que necesitan para mejorar su funcionamiento psicosocial.

La participación en el proyecto genera posibilidades para amplificar el sentido de competencia interna, lo que **posibilita un empoderamiento íntimamente vinculado a la autoeficacia y, por tanto, a la mejora del autoconcepto y de la autoestima.**

Vinculado al museo, el proyecto genera un escenario propicio para que los profesionales sociosanitarios encuentren vías de intervención alternativas al ambiente clínico. Así, se evidencian nuevas formas de tratamiento y de trato con los participantes, basadas en la escucha activa y en el desarrollo de competencias, que dan lugar a objetivos reales para los participantes entendidos como seres sociales y ocupacionales. **A su vez, el escenario que supone el museo propicia la creación de alianzas y de sinergias compartidas, y traza puentes de conexión entre los agentes implicados tanto en el orden de lo terapéutico como en el de lo plástico, artístico y cultural.**

Esta investigación pone de manifiesto que la experiencia con el arte y la experiencia en los museos son instrumentos importantes para propiciar el bienestar y la participación social de las personas con trastorno mental. Es necesario, por tanto, fomentar la participación de las personas en los espacios de arte y cultura, tanto en la comunidad como en las propias instituciones en las que se encuentren, e intensificar la tendencia actual de creación de museos accesibles e inclusivos.

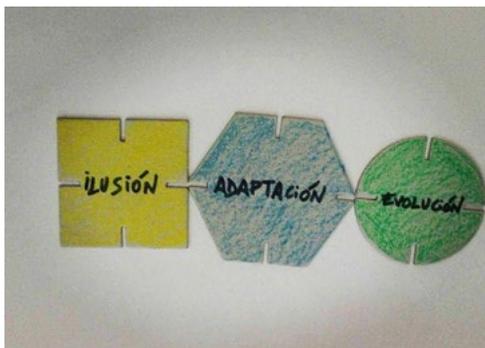


Imagen 10 y 11: cartografías emocionales y personales de grupo creadas por los participantes en los talleres plásticos del museo.

6.4 Cruce de conclusiones y proceso de doble validación

En este apartado se cruzan las conclusiones del proceso de investigación con los indicadores de logro fundamentados en la evidencia del proyecto (tabla 4).

DECÁLOGO DE CONCLUSIONES INVESTIGACIÓN LATINA+EDUCATHYSSEN+UCC-UVIC	CONCLUSIONES DE LA EXPERIENCIA EDUCATHYSSEN+LATINA
El programa ha tenido un impacto positivo en la conciencia de participación social de las personas.	Se ha conseguido que las personas tuvieran una oportunidad real de participación en un espacio cultural y comunitario como el del museo.
La participación en este proyecto se vive como una ocupación significativa que fomenta el bienestar de los participantes.	La actividad en y con el museo sirve como elemento de proyección y meta significativa .
La implicación en la actividad promueve el desarrollo personal y estimula la creatividad .	La experiencia favorece el sentido de competencia y logro .
La participación con un rol activo en el museo favorece la reducción del estigma social .	La experiencia de colaboración entre Latina y el museo pone especial énfasis en reducir el estigma social .
El proyecto propicia el rol de agente activo conectado con los intereses de la persona.	Se favorece la recuperación del desempeño funcional y emocional en roles socialmente significativos .
La valoración del programa es positiva tanto por parte de los profesionales como por parte de las participantes.	Los participantes afianzan su valoración positiva en cada experiencia en el museo.
La investigación mixta apoya la elevada participación y la expresión de disfrute , bienestar y placer por parte de los participantes.	Los participantes en el proyecto muestran un alto grado de satisfacción a lo largo de los doce años que ha durado la experiencia por distintas vías.
La accesibilidad del museo promueve el ejercicio de su ciudadanía .	El proyecto potencia la idea de un museo para todos, donde las personas puedan ejercer su derecho a la cultura y la ciudadanía .
La participación amplifica el sentido de competencia interna y empoderamiento , y mejora el autoconcepto y la autoestima .	El proyecto posibilita un empoderamiento íntimamente vinculado a la sensación de autoeficacia y a la mejora del autoconcepto .

Se genera un escenario propicio para que los profesionales sociosanitarios encuentren vías de intervención alternativas al ambiente clínico.	La proyección de competencias que el participante lleva a cabo y el trato igualitario de todos los agentes promueven un escenario de comunicación natural en un espacio comunitario.
	Se ha promovido una red de trabajo a diferentes niveles que ha creado un tejido de conexión y trabajo conjunto entre dispositivos, entidades y organismos.
	Se ha promovido la consolidación de las metas establecidas por los recursos de atención en todas sus áreas de competencia.

Tabla 4: tabla de conclusiones de ambos procesos

Una de las conclusiones de la investigación muestra la relevancia y el significado que el impacto de este proyecto ha tenido en la participación social de las personas usuarias, al romper con la situación de exclusión en la que se encuentran y de la que son conscientes, y facilitar su interacción social, destacando las relaciones de ayuda entre ellas. Este es también uno de los objetivos del proyecto, para el que se ha desarrollado una metodología participativa que implica una progresiva aceptación, en la medida de lo posible, de mayores responsabilidades y de nuevos roles activos en el museo, como la presentación de los contenidos de las actividades. Esta experiencia ha tenido un impacto importante en los procesos de recuperación de algunos participantes. Es, de hecho, uno de los elementos que destacan en sus narrativas —tanto en el seguimiento con los profesionales de Latina como en sus diálogos en el museo— y que constituye un indicador de logro basado en la evidencia, que se muestra en concordancia con las conclusiones de la investigación.

Otra de las conclusiones del proceso de investigación muestra que la participación en este proyecto como ocupación significativa resulta relevante para la mejoría del bienestar de los usuarios, quienes tras participar en las diferentes sesiones expresan que se sienten mejor, que son felices y que el arte les ayuda a relacionarse. La propia pervivencia del programa, su crecimiento en cuanto a número de participantes y la fidelidad de los mismos a través del tiempo son también indicadores de logro basado en la evidencia, que nos permiten constatar que

los participantes entienden las actividades desarrolladas por este proyecto dentro del museo como un espacio aceptado que sienten como propio y como parte de su red social.

Otro punto de convergencia entre las conclusiones y los indicadores de logro basados en la evidencia es la percepción —compartida en todo momento por los participantes con el grupo— acerca de cómo el proyecto estimula la creatividad y la evocación de recuerdos, y cómo resulta de importante la relación entre disfrute y aprendizaje, y la implicación en una actividad significativa que promueva su desarrollo personal. Por tanto, las conclusiones se validan y, a su vez, se refuerzan mediante el empleo de una metodología de trabajo que pone en el centro del proceso a la persona y a su necesidad frente al discurso de contenidos sobre los objetos. En esta manera de potenciar el relato, la descripción connotativa y la visión subjetiva en diálogo con el grupo permiten que las personas entiendan las obras y sus propias creaciones como objetos vehiculares para narrar y compartir. Son innumerables los materiales que han surgido de las actividades en los que el relato en torno al objeto desvela la vivencia y el recuerdo del participante.

La presencia en el museo de grupos vinculados a los recursos psicosociales es una realidad cotidiana. Las personas con diagnóstico y sin ella participan desde hace doce años con su presencia activa a través de las redes de trabajo establecidas, lo que supone una inclusión de colectivos e individuos a todos los niveles. Este indicador de logro fundamentado en la evidencia muestra una plena coincidencia con las conclusiones de la investigación que revelan que la participación social y la presencia habitual y normalizada desde un rol activo en un espacio público como es el museo favorecen la reducción del estigma social asociado al diagnóstico de una enfermedad mental.

Otro punto que establece una validación cruzada es la conclusión de que el proyecto con el Área de Educación del museo propicia y desarrolla el rol de agente activo, siempre conectado con los intereses motivacionales de la persona. Este papel de participante le permite al individuo desplegar y emplear las capacidades de las que dispone, propiciando su visión como ciudadano y no como sujeto enfermo. Este punto se conforma

como una evidencia, ya que es en sí uno de los objetivos y de los desarrollos metodológicos del programa y, a su vez, se establece como conclusión del proceso investigador.

Los procesos de evaluación constante y anual que se elaboran en relación al programa muestran una gran aceptación, con una valoración alta tanto en las escalas como en los comentarios. Este grado de satisfacción se traduce en un elevado índice de apoyo a la actividad a lo largo del tiempo. Estos indicadores de logro fundamentados en la evidencia se validan de nuevo con las conclusiones de la investigación que concluye que la valoración del programa es positiva tanto por parte de los profesionales como de los usuarios.

Los resultados cualitativos se muestran en consonancia con los cuantitativos de la escala NPT-ES con respecto a la elevada participación de los usuarios, la expresión de disfrute, bienestar y placer durante las sesiones, la destacable comunicación y relación entre ellos, y el escaso displacer y rechazo.

Otro punto de plena coincidencia entre las conclusiones y los indicadores de logro fundamentados en la evidencia es la accesibilidad del museo como medio social e inclusivo donde todas las personas tienen cabida en el ejercicio de su ciudadanía de pleno derecho y pueden ejercer en equidad con los otros; aspecto importante en relación a la inclusión de las personas

Desde los indicadores fundamentados en la evidencia en relación a los procesos de numerosos participantes para los que el museo ha sido un factor decisivo en su recuperación, el proyecto genera un abanico de posibilidades para amplificar el sentido de competencia interna, posibilitando un empoderamiento íntimamente vinculado a la sensación de autoeficacia y, por tanto, a la mejora del autoconcepto, punto que coincide con las conclusiones del proceso de investigación que dicen que «la participación en el proyecto genera posibilidades para amplificar el sentido de competencia interna, lo que posibilita un empoderamiento íntimamente vinculado con la autoeficacia y, por tanto, con la mejora del autoconcepto y la autoestima».

Por último, un nuevo punto de validación cruzada fundamentado en la evidencia nos indica que el proyecto vinculado al museo genera un escenario propicio para que los profesionales sociosanitarios encuentren vías de intervención alternativas al ambiente clínico. De este modo, se evidencian nuevas formas de tratamiento y de trato con los participantes, basadas en la escucha activa y en el desarrollo de competencias. A su vez, el escenario que supone el museo propicia la creación de alianzas y sinergias compartidas entre los agentes implicados, tanto en el orden de lo terapéutico como el de lo plástico, lo artístico y lo cultural.

Por tanto, mostrada la coincidencia desde la doble perspectiva de la evidencia basada en la experiencia y desde el punto de vista de la investigación, podemos concluir que las estrategias de trabajo en red, las herramientas desarrolladas en torno al arte y el museo, y las metodologías de participación y de adquisición progresiva de competencias y responsabilidades producen en los participantes un impacto positivo. Asimismo, también repercuten en los profesionales, a quienes les permiten acceder a otros escenarios y modelos de relación que ponen el foco en las capacidades y no en los problemas de las personas y que transforman las perspectivas de trabajo. Para los educadores del museo se ha evidenciado la importancia de poner en el centro de sus prácticas a las personas y sus necesidades frente al discurso de contenidos, lo que aporta una dimensión al museo de ámbito de afecto y cuidado dentro del espacio comunitario como agente de transformación social (infografía 2).

Museos, arte y cultura como escenarios y recursos para el bienestar y la participación de personas en proceso de recuperación de salud mental

Proceso de validación cruzada Conclusiones finales

1

PARTICIPACIÓN SOCIAL

Muestra la relevancia y el significado del impacto de este proyecto en la participación social de los usuarios, al romper con la situación de exclusión en la que se encuentran y de la que son conscientes, y facilitar la interacción social, donde destacan las relaciones de ayuda entre los mismos.

2

SENSACIÓN DE BIENESTAR

La participación en este proyecto como ocupación significativa es significativa de la mejoría del bienestar de los usuarios, quienes disfrutaban al participar en las diferentes sesiones y expresan que son felices y que el arte les ayuda a relacionarse. La propia pervivencia del programa, su crecimiento en número de participantes y la fidelidad de estos a través del tiempo son también indicadores de logro fundamentado en la evidencia.

3

CREATIVIDAD Y DISFRUTE

La percepción —compartida en todo momento por los participantes con el grupo— acerca de cómo el proyecto estimula la creatividad y la evocación de recuerdos, y cómo resulta de importante la relación entre disfrute y aprendizaje, y la implicación en una actividad significativa que promueva su desarrollo personal.

4

NORMALIZACIÓN DE LA PRESENCIA Y REDUCCIÓN DEL ESTIGMA

La participación social y presencia habitual y normalizada desde un rol activo en un espacio público como es el museo favorece la reducción del estigma social asociado al diagnóstico de una enfermedad mental.

5

ROL ACTIVO Y EJERCICIO DE LA CIUDADANÍA

El proyecto con el Área de Educación del museo propicia y desarrolla el rol de agente activo siempre conectado con los intereses motivacionales de la persona. Este papel de participante le permite desplegar y emplear las capacidades de las que dispone, propiciando su visión como ciudadano y no como sujeto enfermo.

6

ALTO GRADO DE SATISFACCIÓN

El grado de satisfacción se traduce en un elevado índice de apoyo a la actividad durante doce años. Estos indicadores de logro fundamentados en la evidencia se validan de nuevo con las conclusiones de la investigación que concluye que la valoración del programa es positiva tanto por parte de los profesionales como de los usuarios.

Para que el arte, los museos y los entornos culturales funcionen como verdaderos agentes de transformación social y como escenario y herramienta para los procesos de recuperación de las personas es necesario que se implementen determinadas líneas de trabajo. Es esencial tejer una red de conexiones en torno a la persona y los recursos que cumpla con los siguientes puntos (tabla 5):

Pensar en las necesidades reales de las personas
Diseñar con procesos de evaluación y participación
Generar redes multidisciplinares y de recursos para el trabajo
Escucha activa y mirada consciente
Metodologías participativas
Inclusión en los procesos de toma de decisiones
Empoderamiento
Trabajo a largo plazo con escucha constante y respeto a los tiempos
Trabajo en diferentes planos

Tabla 5: elementos necesarios para que el museo se transforme en un espacio de validación y transformación social.

Si se ponen en consideración todos esos procesos, los espacios de arte y cultura se convierten en escenarios de participación significativa con un gran impacto tanto en las personas involucradas en los procesos, ya sean los participantes de los recursos o los profesionales vinculados, como en sus prácticas.

7

Agradecimientos

A los participantes que han formado parte de este proyecto por su generosidad en la contribución a un beneficio común, verdaderos maestros y parte investigadora junto con el resto del equipo.

A las personas que han compartido con nosotros estos doce años de visitas, talleres, complicidad, afecto y cuidado. Esas personas que han hecho del museo un lugar de pertenencia y que le dan sentido a todo: maestros y maestras de vida. En particular, a Paco, que sigue en nuestros corazones, Raquel, Pablo, Ana María, María Jesús, Liduvina, Willy, Pedro, Ramón, Fátima, Inma, Marisa, Julia, Miguel, Bea, Fernando, Javier, Julio, Toni, Alfredo.

A los profesionales de los recursos de Latina que han formado y forman parte de este proceso de trabajo que dura ya doce años y sin cuyo apoyo, fe en las posibilidades del proyecto y creencia en las personas y en las posibilidades del arte y la cultura no podríamos haberlo hecho. A Gema, Inmaculada, Alberto, Raúl, Samantha, Javier. R., Javier. M, Ana, María, Rubén, Helena, Patricia.

A Nerea por su fe en el proyecto y su perseverancia en la demostración de la evidencia.

A Salva por sus múltiples saberes y por ponernos en marcha.

A Mariano Hernández por su conocimiento, su generosidad, su humanidad y su perenne creencia transmitida sobre las posibilidades del arte en la salud.

A la red que se ha ido tejiendo entorno al proyecto desde lo social y lo cultural; personas que suman y creen en otros mundos posibles trabajando desde este que tenemos, personas de las que siempre aprendemos y con las que nos gusta compartir. No hace falta que os nombremos porque vosotros sabéis quienes sois y que formáis parte.

Al Museo Nacional Thyssen-Bornemisza de Madrid y a su Área de Educación (Educathyssen) por su puerta siempre abierta a la sinergia y al tejido en red. Y, sobre todo, al equipo de educación que siempre apoya y cree en un museo que es, entre otras muchas cosas, un lugar de hospitalidad y cuidado para las

personas. Gracias Rufino, Ana, Salva, Eva, Begoña, María, M^a Ángeles, Luz, Ana, Alberto.

A la Red de Atención Social a personas con enfermedad mental de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social de la Comunidad de Madrid y a Grupo 5 y Gestión Social S.A.U. por facilitar este resultado. En especial, a los recursos del CRPS y CD Latina por involucrar a personas usuarias y al equipo de profesionales.

A la Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya por el apoyo recibido desde el Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS) y desde el propio Rectorado.

A la Fundación Iberdrola España por su apoyo.

A ti que nos lees, para que sientas la posibilidad y ojalá que esta lectura te impulse y ayude a formar parte de otros mundos posibles.



Imagen 12: imagen de las actividades tomada en el proceso de Photovoice de los participantes.

8

Bibliografía

- Abad, A. Cubero, A. Hernández, M. (2014). La mirada creativa del otro. *Revista de Terapia Ocupacional Galicia* (monográfico nº 6). Disponible en <http://www.revistatog.com/mono/num6/mirada.pdf>
- AEN: Grupo de Trabajo de la Sección de Rehabilitación (2012). Hacia una reformulación de la Rehabilitación Psicosocial. *Cuadernos Técnicos*, 16. Madrid: AEN.
- All-Party Parliamentary Group on Arts, Health and Wellbeing, (2017). Creative Health: The Arts for Health and Wellbeing - Second Edition. Disponible en: https://www.culturehealthandwellbeing.org.uk/appg-inquiry/Publications/Creative_Health_Inquiry_Report_2017_-_Second_Edition.pdf
- Bauman, Z. (2002). *La Cultura como Praxis*. (Paidós Studio, Ed.). Buenos Aires.
- Botton A de, Armstrong J. (2013). *El arte como terapia*. Phaidon Press Limited . New York
- Bradt J, Dileo C, Magill L, Teague A. (2016). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 8.
- Briglia, P. J. (2014). Dispositivos artístico-culturales en Salud Mental. Una mirada desde Terapia Ocupacional, 1-6.
- Carleto, G., Castro, H., Tavares, D. (2010). Promoção de Saúde, Desempenho Ocupacional e Vulnerabilidade Social: subsídios para a intervenção da Terapia Ocupacional com adolescentes. *Revista Terapia Ocupacional da US, São Paulo*, vol. 11, nº 1, pp. 89-97.
- Carmelo, V., & Hervás, G. (2008). Salud mental positiva: del síntoma al bienestar. En D. Brower (Ed.), *Psicología positiva aplicada* (pp. 17-39). Bilbao.
- Carnacea, A. (2016). Arte, participación y visibilidad. En Centre Cultural La Nau de València (Ed) Valencia.
- Carnacea, A. y Lozano, A. (coords) (2011). Arte, intervención y acción social. La creatividad transformadora. Grupo 5: Madrid.

- Carvalho, R. (s. f.). Explorando las fronteras entre la clínica y el arte : relato de una experiencia junto al Frente de Artistas del Borda Exploring the boundaries between clinic and art : account of an experience with the Borda Artist Front, 347-363.
- Casal, J., & Mateu, E. (2003). Tipos de muestreo. *Revista Epidemiología y Medicina Preventiva*, 1(1), 3-7. Recuperado a partir de http://servicios.unach.mx/blogs/vicente_castro/files/2012/08/Tipos_Muestreo.pdf
- Castillo, R., Sostegno, R., y López-Arostegi, R. (2012). *Arte para la inclusión y la transformación social*. (O. del T. Sector & D. Bizkaia, Eds.), *Equipo del Observatorio del Tercer sector de Bizkaia*. Bizkaia.
- Coca, P. (2016). Proyectos educativos de carácter inclusivo en museos de arte contemporáneo. En Centre Cultural La Nau de València (Ed.). Valencia.
- Colina, F. (2014). *Sobre la locura*. Madrid: Literaria.
- Cortina, A. (2000). *Ciudadanos del mundo. Hacia una teoría de la ciudadanía*. Madrid: Alianza Editorial.
- Davidson L, Rakfeldt J, Straus J. (2015). *Las raíces del movimiento de recuperación en psiquiatría. Fundación para la Investigación y Tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis*. Madrid.
- Fancourt D, Finn S (2019). What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 67).
- FEAFES. (s. f.). ¿Qué es la enfermedad mental? - Feafes Galicia. Recuperado el 24 de marzo de 2017 a partir de <http://feafesgalicia.org/ES/content/salud-mental>
- Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT). (2004). *Declaración de posicionamiento. Actividades de la vida diaria*, 1.
- Gamonedá, A. (2011) En Carnacea, A. y Lozano, A. (coords). *Educatyssen y Red de Públicos: en el país de los espejos. Personas, Arte y Museo*. En Carnacea, A., *Arte, Intervención y Acción Social*. Madrid: Ed. Grupo 5.

- Gamoneda, A. (2011). Thyssen: relaciones entre museo y salud. *Arte, Individuo Y Sociedad*, 23(Esp.), 245-255.
- González, J. y Rullas, M. (2012). Técnicas específicas de rehabilitación. En *Acciones de Salud Mental en la Comunidad*. Madrid: AEN.
- Grossi, E. (2017). *Evidenze cliniche dei rapporti tra cultura e salute Economia della cultura 2*: pp. 175-188
- Grossi E., Tavano Blessi G. y Sacco P.L. (2019). Magic Moments: Determinants of Stress Relief and Subjective Wellbeing from Visiting a Cultural Heritage Site. *CultMedPsychiatry* 43,4-24. <https://doi.org/10.1007/s11013-018-9593-8>
- Han, Byung-Chul (2016): *Psicopolítica. Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*. Barcelona, Herder Editorial,
- Hernández A, Piquera N. (2009). *Pinacoteca psiquiátrica en España 1917-1990*. Universidad de Valencia. Valencia.
- Hernández M. (2017). La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*; 37 (131): 171-187.
- Jardón Giner, P. (2016). Pràctiques artístiques i culturals per a la inclusió social. En *Centre Cultural La Nau de València*. (Ed.). Valencia.
- Levent, N., Pascual-Leone, A. (2014). The Multisensory Museum: Cross-Disciplinary Perspectives on Touch, Sound, Smell, Memory and Space. *Lanham, MD: Rowman & Littlefield*.
- López M. (2006). *Arteterapia. Conocimiento interior a través de la terapia*. Tutor. Madrid.
- Mangione, G. (2018). The art and nature of health: a study of therapeutic practice in museums. *Sociology of Health & Illness*, 40(2), 283-296. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12618>
- Maone A., D'Avanzo B (2015). *Recuperación. Recovery: nuevos paradigmas de salud mental*.

- Martínez, A. (2005). Quebrar estigmas, abrir espacios. Retos y Realidades de la Rehabilitación Psicosocial. En *La Salud Mental es cosa de todos*. IMSERSO. Madrid
- Marxen E. (2011). *Diálogos entre arte y terapia. Del «arte psicótico» al desarrollo de la arteterapia y sus aplicaciones*. Gedisa. Barcelona.
- Ministerio de Ciencia e Innovación. (2009). *Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave. Guías de práctica clínica en el SNS / Ministerio de Sanidad y Política Social ; 2007-05*. Recuperado a partir de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_453_TMG_ICS_resum.pdf
- Ministerio de Cultura y Deporte. (s. f.). Museo e inclusión social. *Revista del Comité Español de ICOM*.
- Muñoz Poblete, C. (2013). Métodos mixtos: una aproximación a sus ventajas y limitaciones en la investigación de sistemas y servicios de salud. *Rev Chil Salud Pública*, 17(3), 218-223.
- Naumberg M. (1973). *An Introduction to Art Therapy*. Teachers College. New York.
- Olaechea, C. y Engeli, G. (2011). Maneras de ver la realidad a través del prisma de la creatividad. En Carnacea, A. y Lozano, A. *Arte, Intervención y Acción Social*. Madrid: Ed. Grupo 5.
- Organización Mundial de la salud. (s. f.). OMS. 10 datos sobre la salud mental. Recuperado el 24 de marzo de 2017 a partir de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/en/
- Organización Mundial de la salud. (1997). Declaración de Yakarta sobre la promoción de la Salud en el Siglo XXI. *IV Conferencia Internacional sobre la promoción de la Salud*, 1-11. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Organización Mundial de la salud. (2013a). OMS | Salud mental: un estado de bienestar. Recuperado el 24 de marzo de 2017 a partir de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

- Organización Mundial de la salud. (2013b). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. *Organización mundial de la salud*, 54. https://doi.org/978_92_4_350602_9
- Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. *Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud*.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Trastornos mentales*. Recuperado el 24 de marzo de 2017, a partir de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
- Organización de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos, (3), 1-5.
- Prinzhorn H. (2012). *Expresiones de la locura. El arte de los enfermos mentales*. Cátedra. Madrid.
- Review, P. (2018). Effects of a museum-based social prescription intervention on quantitative measures of psychological wellbeing in older adults, *138*(1), 28-38. <https://doi.org/10.1177/1757913917737563>
- Riveiro, L. N. (2015). *Estudio sobre el impacto de un programa de envejecimiento activo a través de herramientas tecnológicas*. Universidade da Coruña.
- Romero D., Moruno, P. (2003) *Terapia Ocupacional. Teoría y técnicas*. (1ª ed.) Barcelona: Masson.
- Rodríguez, A. (1994). Sobre la Rehabilitación Psicosocial: reflexiones y perspectivas. En *Boletín Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial*, 0, pp. 4-9.
- Rodríguez Pulido F., Rodríguez García A., Caballero Estebaranz N. (2018). Arte, ciencia, salud y terapias creativas. En Rodríguez Pulido F. y Caballero Estebaranz N. *Salud mental y bienestar. Más allá del arte*: 201-226. Mercurio. Madrid.
- Senent, J. M. (2016). Intervenció Social Comunitària a través de les Arts i la Cultura. En Centre Cultural La Nau de València. (Ed.), *Jornades Cultura inclusiva : intervenció social des de les pràctiques artístiques*. Valencia.

- Simó, S. (2016). Terapia ocupacional, cultura y diversidad. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 24(1), 163-171. <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoRE0677>
- Simó, S. (2015). Una terapia ocupacional desde un paradigma crítico. *Revista TOG*, (7), 25-40.
- Simó, S., Garrido, J., Pérez, T., Geli, M., & Bugatell, A. (2017). La cultura como instrumento de bienestar e inclusión social: evaluación del impacto del programa Centro de Cultura Contemporánea de Barcelona – Alzheimer. *Revistas científicas complutenses*, 29, 57-75.
- Simó, S., Mehta, N. (2002). El retorno del hombre de maíz. *Revista informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales.*, 28, 30-35.
- Simó, S., Pollard N. (2007). Terapia Ocupacional sin fronteras. En Elsevier (Ed.) (1a, pp. 85-97). Reino Unido.
- Simó, S., Rodríguez, O. (2014). Salud mental, estigma y ocupación. Oscar Sánchez: una vida ocupándose de aprender para construir el bienestar. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, 11(20), 30.
- Whiteford, G. E. (1997). Occupational Deprivation and Incarceration. *Journal of Occupational Science: Australia*, 4(3), 126-130. <https://doi.org/10.1080/14427591.1997.9686429>
- Wintzerith, S. (2020). *Museum Education*. CECA, Committee for Education and Cultural Action (ICOM, International Council of Museums). <http://ceca.mini.icom.museum/wp-content/uploads/sites/5/2021/01/ICOMEducation29-compress%C3%A9-avec-compression.pdf>
- Wolf, L., Ripat, J., Davis, E., Becker, P., & MacSwiggan, J. (2010). Theory meets practice. Applying an occupational justice framework. *Occupational Therapy Now*, 12, 15-18. Recuperado a partir de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2010608390&site=ehost-live>

- World Federation of Occupational Therapist. (2009). Guiding principles on diversity and culture. Recuperado a partir de www.wfot.org
- World Federation of Occupational Therapist. (2012). Definition of Occupational Therapy. Recuperado 24 de marzo de 2017, a partir de <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>
- World Health Organization. (2011). *Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Todos por la equidad, 14, 8*. http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf
- World Health Organization. (2010). Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Recuperado a partir de http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index%0A.html
- World Health Organization. (2014). Social Determinants of Mental Health, 1-54. <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.928270>
- World Health Organization European Ministerial Conference. (2005). *Mental Health Declaration for Europe. Facing the challenges, building solutions*. (January), 6.

Créditos

Esta publicación forma parte del proyecto de investigación realizado por el Área de Educación del Museo Nacional Thyssen Bornemisza a través de sus líneas de Educación y Acción Social, Centro de Día y Soporte social de Latina y el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Latina, recursos pertenecientes a la Red pública de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad de Madrid, dependiente de la Consejería de Familia, Juventud y Política social de la Comunidad de Madrid con la gestión técnica de Grupo 5, Acción y Gestión Social y la Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya a través del grupo de Salud Mental e Innovación Social (SAMI) y La Cátedra de salud mental UVIC-UCC.

Esta publicación cuenta con el apoyo de la Fundación Iberdrola España



EDITA

Museo Nacional Thyssen-Bornemisza

COORDINACIÓN EDITORIAL

Área de Educación Museo Nacional Thyssen-Bornemisza
Alberto Gamoneda, Rufino Ferreras y Salvador Martín

DISEÑO GRÁFICO Y MAQUETACIÓN

Álvaro Sanchis y Melani Lleonart (Pedra)

EDICIÓN DE LOS TEXTOS

Pía Minchot

IMÁGENES / FOTOGRAFÍAS

Archivo fotográfico del Museo Nacional Thyssen-Bornemisza

© de la edición: Fundación Colección Thyssen-Bornemisza, Madrid, 2021

© de los textos: sus autores, 2021

© de las fotografías: Archivo fotográfico del Área de Educación Museo Nacional Thyssen- Bornemisza



THYSSEN-
BORNEMISZA
MUSEO NACIONAL

EL
MUSEO
DE TODOS

educa**THYSSEN-**