



## ARTÍCULO ESPECIAL

# Cómo diseñar talleres para promover la salud en grupos comunitarios<sup>☆</sup>

Josefina Hernández-Díaz<sup>a</sup>, Joan J. Paredes-Carbonell<sup>b,c,d,\*</sup> y Rosa Marín Torrens<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Formación Continua, Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES), Valencia, España

<sup>b</sup> Secció de Promoció de la Salut, Centre de Salut Pública de València, Valencia, España

<sup>c</sup> Àrea de Desigualtats en Salut, Centre Superior d'Investigació en Salut Pública (CSISP-FISABIO), Valencia, España

<sup>d</sup> Departament d'Infermeria, Facultat d'Infermeria i Podologia, Universitat de València, Valencia, España

Recibido el 11 de abril de 2013; aceptado el 8 de julio de 2013

Disponible en Internet el 24 de noviembre de 2013

### PALABRAS CLAVE

Participación;  
Planificación;  
Promoción de salud;  
Educación en salud;  
Aprendizaje;  
Grupos de población

**Resumen** Una de las estrategias de promoción de la salud es el desarrollo de habilidades para la vida considerando a las propias personas como principal recurso para la salud. Un taller ha de conseguir que sus participantes se conviertan en «activos» para tomar decisiones y generar salud, centrándose en el desarrollo y adquisición de habilidades en grupo de una manera motivadora y con la finalidad de alcanzar unos objetivos. Los conceptos que fundamentan el diseño de un taller y que han de plantearse como etapa 0 son: planificación participativa, capacitar, aprendizaje significativo, aprender en grupo y técnicas participativas.

Las etapas que se deben seguir para diseñar un taller y facilitar su aplicación son: etapa 0 de fundamentación, etapa inicial, de acogida y de evaluación inicial; etapa central o de construcción del aprendizaje basado en la adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades, y etapa final o de evaluación.

© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### KEYWORDS

Participation;  
Planning;  
Health promotion;  
Health education;  
Learning;  
Population groups

### How to design workshops to promote health in community groups

**Abstract** One of the strategies of health promotion is to develop life skills people considering themselves as the main health resource. A workshop has to get its participants become «asset» to make decisions and create health, focusing on the development and acquisition of skills in a motivating group and in order to achieve health objectives. The concepts behind the design of a workshop are: participatory planning, training, meaningful learning, group learning and participatory techniques.

<sup>☆</sup> *Información relevante sobre el trabajo:* Este artículo se basa en la experiencia de las autoras y el autor en la planificación y desarrollo de talleres en el ámbito docente de la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES) y en la intervención en grupos comunitarios. Los autores son expertos en metodología participativa en promoción y educación para la salud, habiendo formado para la práctica a numerosos profesionales de salud, especialmente de atención primaria.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [paredes.joa@gva.es](mailto:paredes.joa@gva.es) (J.J. Paredes-Carbonell).

The steps to follow to design a workshop and facilitate their application are: Stage 0, founding; initial stage, host and initial evaluation; central or construction stage based learning in the acquisition of knowledge, attitudes and skills, and final stage or evaluation.

© 2013 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

Promover la salud es «capacitar» a las personas para que puedan mejorar la salud actuando sobre sus determinantes. Una de las estrategias de la promoción de la salud (PS) es el desarrollo de habilidades considerando a las propias personas como principal recurso para la salud<sup>1</sup>. Un taller diseñado desde el contexto de la PS ha de conseguir que sus participantes se sientan protagonistas, desarrollen habilidades, se conviertan en «activos»<sup>2</sup> para tomar decisiones y generen salud. Un taller ha de capacitar a las personas, las ha de «empoderar» dándoles más autonomía y «poder» para decidir; ha de centrarse, sobre todo, en el desarrollo y adquisición de estas habilidades, en el «aprender haciendo»<sup>3</sup> de una manera motivadora y divertida. Pero, ¿qué es un taller? Es un espacio de aprendizaje, de trabajo artesanal en el que «producimos» actividades grupales con un sello personal, uniendo teoría y práctica, y con la finalidad de alcanzar unos objetivos de salud. Las y los profesionales de la salud tenemos poca formación para crear contextos de aprendizajes efectivos a través de métodos y estrategias participativas<sup>3,4</sup>. Así pues, el objetivo de este artículo es describir las etapas que se deben seguir para diseñar un taller basado en la PS<sup>1</sup> y facilitar su aplicación, especialmente en el ámbito de atención primaria.

## Etapa 0 de fundamentación. Conceptos clave para diseñar un taller: planificación participativa, capacitar, aprendizaje significativo, aprender en grupo y técnicas participativas

### Planificación participativa

La planificación participativa de programas y actuaciones en salud consiste en incorporar la participación de la población en todas las fases del proceso de planificación: desde el estudio de necesidades hasta la evaluación, pasando por la determinación de objetivos, actividades y recursos<sup>3,5</sup>. Las decisiones sobre qué hacer y cómo, con qué recursos, cuándo, dónde y cómo se evaluará el programa o intervención deben ser tomadas teniendo en cuenta los intereses de los protagonistas (técnicos y población) de manera consensuada entre ellos, que estarán siempre presentes en este proceso como columna vertebral de la acción<sup>5</sup>.

El diseño del taller corresponde a la fase de la planificación relacionada con la definición de objetivos operativos y actividades<sup>6</sup>: acciones concretas para alcanzar los objetivos formulados en relación con unas necesidades que deben ser «compartidas» por profesionales y población implicada<sup>5,7</sup>.

La participación de la población en este diseño no debe ser algo aislado y puntual. Ha de formar parte de un proceso

de intervención más amplio y en una fase previa se debería incorporar a las propias personas para realizar, de manera conjunta, el análisis de la necesidad que se va a abordar. En la medida que opiniones, valores y creencias de la población se integren en esta fase; los objetivos, actividades, recursos y evaluación, es decir, el taller en su conjunto estará «impregnado» de la «cultura» de sus protagonistas y se incrementarán las posibilidades de éxito<sup>8</sup>. De igual manera puede ser conveniente realizar talleres piloto en varios grupos antes de su implementación.

### Capacitar

«Capacitar» en el sentido de «alfabetizar en salud» se refiere a «las habilidades cognitivas personales y sociales que determinan la capacidad individual de las personas para acceder, comprender y utilizar información con el fin de promocionar y mantener una buena salud»<sup>7</sup>. La participación activa en un grupo es el método más efectivo para «alfabetizar» en salud, descubrir nuevas capacidades, desarrollar las que se poseen y compartirlas entre otros iguales. Esta potenciación de capacidades, «capacitar para capacitar», supone un proceso gradual de «empoderamiento» a través del cual los individuos tienen un mayor control sobre las decisiones y las acciones que afectan a su salud. Este proceso que está estrechamente ligado al concepto de participación es requisito, método y objetivo de la PS<sup>4,9</sup>. Desde esta perspectiva, la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que si enfocamos la educación para la salud (EPS) desde un modelo participativo y adaptado a las necesidades, la población adquirirá responsabilidad en su aprendizaje y este no estará centrado en el «saber», sino también en el «saber hacer»<sup>3</sup>.

Así pues, la EPS, planteada desde un taller de PS, debe estar centrada en conceptos y acciones de empoderamiento, de transferencia de capacidades entre personas y profesionales; va más allá de transmitir información, ha de fomentar la motivación y las habilidades<sup>3</sup>. Se trata de crear contextos para desarrollar un proceso de enseñanza-aprendizaje participativo en donde se combine el «saber», el «querer» y el «poder»: las competencias que al finalizar dicho proceso las personas participantes deben haber adquirido<sup>10</sup>.

### Aprendizaje significativo

Solo podemos aprender a partir de aquello que ya conocemos y este conocimiento previo es, de forma aislada, la variable que más influye en el aprendizaje<sup>11</sup>: «porque las personas aprenden a partir de sus vivencias y modelos cognitivos previos, reorganizándolos y modificándolos ante nuevas informaciones o experiencias»<sup>12</sup>. En esta teoría se fundamenta el diseño de talleres. Para lograr este aprendizaje significativo es necesario que las actividades que

**Tabla 1** Criterios de selección de las técnicas participativas

Criterio de selección	Descripción del criterio
Características del grupo	Contexto del grupo, códigos y lenguaje; su grado de cohesión y conocimiento interpersonal previo; su disposición a aprender
Objetivos	Objetivos que se quieren lograr en ese momento del proceso de enseñanza-aprendizaje. Se formulan en relación con los temas a abordar y las preguntas que se quieren suscitar a través de la técnica
Condiciones	Condiciones de tiempo, espacio, tamaño del grupo, recursos disponibles, etc., influyen a la hora de elegir la técnica. Hay que conocerlas previamente
Competencia de la persona facilitadora	El entrenamiento de la persona facilitadora es importante. Se puede empezar por dominar técnicas más sencillas en su estructura y manejo y poco a poco utilizar las más complejas. Todo va a depender de la experiencia, pero la misma se adquiere trabajando con ellas poco a poco. Es muy importante que conozcan el tema que se está trabajando, para saber cuáles son las cuestiones fundamentales y orientar adecuadamente el proceso de reflexión colectiva
Relación entre técnica, contenidos y síntesis	Tras la aplicación de una técnica hay que concluir con una exposición corta, aportando las explicaciones y contenidos a modo de síntesis que resuma el aprendizaje obtenido
Secuenciación y combinación de técnicas	A menudo una técnica no servirá por sí sola para desarrollar completamente un tema o una etapa del proceso de aprendizaje grupal. Será necesario combinarla con otra/s técnica/s o recursos didácticos

Adaptada de Colomer et al.<sup>10</sup> y Vargas et al.<sup>19</sup>.

elaboremos (y su secuenciación) faciliten que las personas participantes construyan significados. Las actividades deben poseer «coherencia en su estructura interna» (*significatividad lógica*), deben estar relacionadas con lo que ya se conoce (*significatividad psicológica*) y la persona debe presentar una *predisposición para aprender*<sup>13</sup>. Si las personas no desean aprender no se plantearán ningún cambio<sup>14</sup>. Así pues es necesario utilizar estrategias que favorezcan la buena disposición a aprender ya que se ha evidenciado la relación entre motivación y resultados del aprendizaje<sup>15</sup>.

### Aprender en grupo

El trabajo en grupo y colaborativo es una estrategia de aprendizaje que favorece la motivación, la participación y facilita la construcción del aprendizaje significativo<sup>16,17</sup>. Para conseguirlo en un taller se requiere trabajar en grupos de entre 8 y 15 personas<sup>16</sup>. La investigación del aprendizaje grupal como práctica pedagógica ha demostrado sus ventajas, su efectividad en el aprendizaje y en la formación integral del alumnado<sup>16</sup>. También hay evidencia de sus mejores resultados para facilitar cambios de comportamientos frente al uso de estrategias individuales<sup>18</sup>.

El aprendizaje en grupos desarrolla sobre todo habilidades para la interacción social, de respeto y apoyo, interrelacionadas con los conocimientos y las actitudes a adquirir. Es decir, permite integrar las experiencias del alumnado en el aprendizaje y enriquecerse a la vez con las experiencias de los demás. Además favorece el diálogo, la participación activa y la crítica sobre el tema a abordar; desarrolla habilidades para la resolución de conflictos, el trabajo colaborativo y facilita la evaluación continua<sup>10</sup>.

### Técnicas participativas

Son instrumentos que indican de manera explícita los pasos que se deben seguir para desarrollar una actividad de

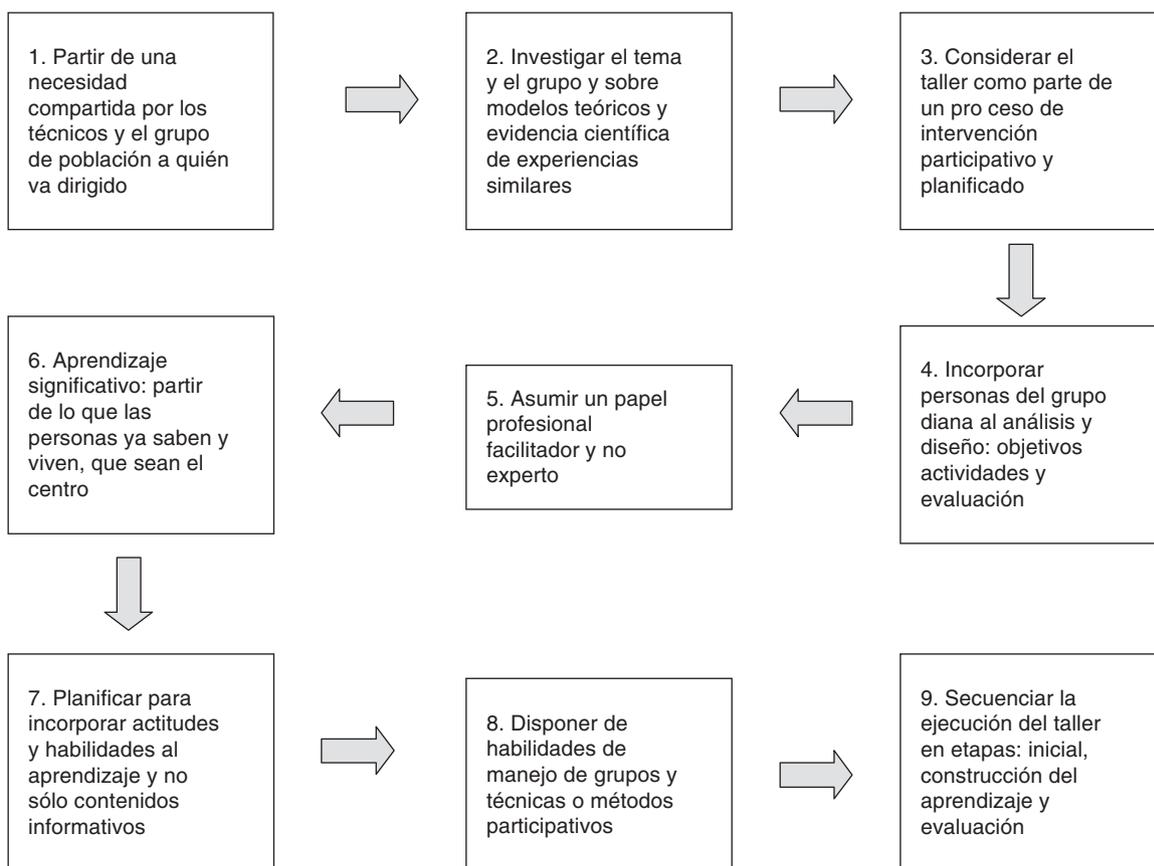
manera adecuada. Se seleccionan, entre otros criterios, según los objetivos y las características de los miembros del grupo<sup>10,19</sup> (tabla 1). Estas técnicas facilitan que este se implique, dialogue, comparta, analice, etc., partiendo de su propia realidad y experiencia, con sus propios códigos<sup>19</sup>, es decir, desde su percepción<sup>5,11</sup>. El aprendizaje vicario tiene un papel importante en la adquisición de comportamientos ya que la persona, al observar la conducta de los demás y las consecuencias de sus respuestas ante las circunstancias, puede aprender respuestas nuevas o modificar las previas, adaptándolas a su persona y contexto<sup>14</sup>. Estas técnicas incrementan la motivación y facilitan el aprendizaje significativo<sup>12,15,16,20</sup>. En la figura 1 se ofrece un esquema de los puntos clave vistos hasta ahora para facilitar el diseño de un taller de salud.

### Etapas en el diseño y/o ejecución de un taller

Se proponen 3 etapas que se basan en nuestra práctica profesional y siguen una adaptación del esquema de Metcafe et al.<sup>21</sup>.

#### Etapas iniciales. ¿Cómo empezar?

Esta etapa es de vital importancia y está orientada al logro de una acogida agradable y un clima cordial que genere confianza entre las personas participantes en el taller<sup>10</sup> (a partir de ahora PPT) y entre ellas con la persona que dinamiza el taller (a partir de ahora PDT). Es importante llegar al lugar de la sesión con el tiempo suficiente para preparar todos los detalles, cuidar el espacio y la disposición de sillas y mesas, los materiales, etc., y recibir a las personas que van llegando. La acogida no ha de improvisarse, es necesario que preparemos las palabras de recepción, cómo vamos a recibir a las PPT, cómo presentamos el taller (los contenidos en general que se van a abordar) y cómo nos presentamos nosotros. La posición que adopta la PDT



**Figura 1** Pasos clave en el diseño y ejecución de un taller de promoción de la salud.

respecto al grupo se percibe desde los primeros momentos. Es importante que sea «horizontal» y de «cercanía», que también nos situemos como «aprendices» y «artesanas» junto al resto del grupo. Esta proximidad habrá que continuar (de)mostrándola con nuestra «manera de hacer» durante el desarrollo de la sesión o sesiones. En esta etapa se pretende iniciar y trabajar la cohesión grupal definida como «deseo de permanecer en el grupo como resultado de las relaciones entre sus miembros»<sup>10</sup>. Para conseguir esta cohesión, la PDT debe crear un contexto favorable durante todas las actividades del taller.

Después de la fase de acogida introduciremos una dinámica grupal o técnica de presentación<sup>19</sup> para que las PPT se conozcan, aprendan sus nombres y compartan los motivos por los que acuden al taller y qué esperan conseguir. Como parte de la técnica de presentación (si no disponemos de tiempo suficiente), o bien planteando una segunda dinámica, se incorpora una actividad que permite que las PPT expresen qué es lo que saben y opinan sobre el tema de salud que va a abordarse: es lo que se conoce como actividad de evaluación inicial<sup>21</sup>.

El punto de partida son las propias personas del grupo. Ahora ya se conocen, nos conocen y son conscientes de por qué han acudido a la sesión y cuáles son sus expectativas. Esta evaluación inicial nos permitirá compartir con las PPT cómo viven y sienten el problema o tema, qué comprensión tienen del mismo; se trata de partir «de lo que saben, sienten y pueden hacer»; que se sitúen como verdaderas protagonistas del proceso y dispuestas a aprender a partir del

propio conocimiento. Y esta suma de experiencias, saberes y actitudes compartidas será la base para construir los aprendizajes. Finalizamos la etapa inicial con un breve momento de síntesis. La PDT formula preguntas a partir de lo aportado hasta ahora, las devuelve como eco al grupo a partir de lo que sus miembros han expresado que «ya saben» y lo que «desean aprender». La PDT relaciona estos centros de interés con la enunciación de los objetivos específicos y contenidos previstos e invita a que sean «objetivos y contenidos compartidos». Puede ser la ocasión de renunciar a plantear determinados objetivos o modularlos (e incluso modificarlos) según las capacidades, deseos y expectativas del grupo.

### **Etapa central. ¿Cómo construir los aprendizajes?**

Es la etapa más creativa desde el punto de vista del diseño del taller. Se trata de combinar actividades grupales, centradas en la vida real de las PPT, que permitan alcanzar los objetivos formulados. Un esquema sencillo para facilitar la elección de las dinámicas más adecuadas es seguir una secuencia lógica en el proceso de aprendizaje: primero deberá posibilitarse la adquisición de conocimientos, después profundizaremos en las actitudes y seguidamente se trabajarán las habilidades. En la realidad todo está más difuminado y ocurre al unísono: aunque una dinámica esté enfocada a la adquisición de información sobre el tema, estamos generando una actitud de interés hacia él y al mismo tiempo estamos desarrollando habilidades de comprensión y comunicación.

### Adquisición de información: «saber»<sup>20</sup>

Estos objetivos están relacionados con los conocimientos que debe adquirir el grupo. Son aprendizajes en la esfera cognitiva que se producen mediante procesos intelectuales<sup>10</sup>. A través de la dinámica o dinámicas propuestas, la PDT tiene que conseguir que el grupo adquiera información veraz, actual y fiable sobre el tema en cuestión y promover un proceso de asimilación personal de dicha información.

### Cambio de actitudes: «querer»<sup>20</sup>

Estos objetivos están relacionados con los sentimientos, se refieren a la disposición afectiva de las personas para actuar de una manera determinada ante una situación<sup>10</sup>. Son los objetivos más difíciles de alcanzar y a los que debemos dedicar más tiempo en su desarrollo. Las técnicas nos permitirán hacer un buen análisis con el grupo sobre todos los aspectos que se hayan identificado como influyentes en el tema e ir dando respuestas a cada uno de ellos. El énfasis debe ponerse en el planteamiento de cuestiones, la resolución de problemas y la toma de decisiones.

### Adquisición de habilidades: «poder»<sup>20</sup>

Las habilidades son las destrezas que las personas han de adquirir para ejecutar una tarea adecuadamente y se relacionan con el «saber hacer»<sup>10</sup>. Estas actividades son muy relevantes ya que forman parte del «aprender haciendo» que caracteriza al taller. Desde esta perspectiva, la negociación, la resolución de problemas y el juego de roles en el contexto real que viven las personas del grupo serán los más idóneos para trabajar este componente del aprendizaje.

En la [tabla 2](#) proponemos algunos ejemplos de técnicas participativas para familiarizarse en su aplicación en esta etapa central<sup>19,22,23</sup>.

### Etapas finales. ¿Cómo evaluar?

En la etapa final hemos de disponer de un tiempo y espacio para, a través de alguna dinámica grupal, revisar y evaluar el aprendizaje<sup>21</sup>. Es importante que las PPT reflexionen sobre lo aprendido en esta experiencia<sup>21</sup>: sobre sí mismas, sobre las otras participantes, sobre la salud y el tema que hemos tratado; sobre qué significa este aprendizaje para la propia persona; cómo va a afectar a sus actitudes y conductas, y qué acciones va a transferir a su día a día como resultado de este aprendizaje.

Otro elemento clave es el diseño de la evaluación del taller que debe ser planteado en términos de mejora de la acción (evaluación del proceso)<sup>22</sup> y de los resultados obtenidos: cambios conseguidos en los miembros del grupo atribuidos al taller (evaluación de los resultados)<sup>6</sup>.

El taller o cada sesión del mismo ha de finalizar con un cierre. La PDT resume «el camino» recorrido por el grupo, agradece la participación y motiva al compromiso de las PPT con acciones en la vida real. Una propuesta de cierre es invitar a todas las personas a situarse de pie y en círculo y a expresar con una palabra o frase cómo se sienten después de todo lo experimentado. La PDT acaba agradeciendo la participación y felicitando a las personas participantes. En la [tabla 3](#) se ofrece un resumen con las etapas, contenidos y duración aproximada de un taller tipo.

## Discusión

Aunque se va avanzando en la incorporación de las teorías del aprendizaje, la pedagogía activa y la relación de ayuda<sup>20</sup> en la práctica de la promoción y educación para la salud, en el sistema sanitario predominan las actuaciones grupales basadas solo en la transmisión de información («charlas»)<sup>24</sup> y no en el fomento de la motivación y habilidades<sup>3,20</sup>, situándose las o los profesionales como expertos y las personas participantes como receptoras pasivas<sup>24</sup>. Desde nuestra experiencia en formación de profesionales sanitarios pensamos que existen varias razones que explicarían esta distancia entre «lo que se ha demostrado efectivo» y «lo que se hace en la práctica». En primer lugar, un déficit en el conocimiento de los modelos teóricos y prácticos de la PS y en competencias para el diseño e implementación de metodología participativa<sup>3,4,24</sup>. En segundo lugar, una organización que prioriza enfoques individuales y asistenciales frente a enfoques grupales y de prevención o promoción. Y, finalmente, la falta de apoyo y valoración de la práctica de la PS y la EPS en el ámbito administrativo<sup>24</sup>. Ante esta realidad cabe plantearse estrategias de formación de grado, posgrado y formación continuada centradas en la práctica, que motiven y capaciten a los profesionales de la salud. También sería importante favorecer la evaluación cuantitativa y cualitativa de las experiencias grupales de PS<sup>4,24</sup> demostrando la evidencia y eficiencia de este tipo de actuaciones y difundiendo modelos de buena práctica. Un tercer paso sería incorporar este tipo de acciones en los contratos-programa e incentivar su puesta en marcha, otorgando idéntico valor al que se da a otro tipo de actuaciones sanitarias clínico-asistenciales. En la práctica se prioriza la tecnocracia y se están llevando a cabo políticas sanitarias obviando los enfoques poblacionales o de salud pública<sup>4</sup>.

Aunque este artículo está elaborado en el marco de la PS<sup>1</sup>, es interesante plantear también la capacitación de las personas afectadas por enfermedades crónicas a través del diseño de talleres participativos. Puede ser una estrategia que permita mantener a estas personas dentro de unos parámetros clínicos aceptables y promover autocuidados y ayuda mutua en su espacio vital, dotándolas de mayor autonomía y toma de decisiones relacionadas con su enfermedad. En este caso, hemos de incluir la «participación activa» del paciente en todas las etapas del diseño del taller y poder construir un aprendizaje significativo, es decir, partiendo del conocimiento y experiencia previa<sup>11</sup> que tiene sobre su problema de salud.

Las PDT, en lugar de planificar para «enseñar» y exponer unos contenidos, han de hacerlo para diseñar y provocar experiencias de aprendizaje mediante técnicas participativas; y facilitar, motivar y orientar para que el grupo construya un aprendizaje significativo<sup>10,15,20</sup>. Esta metodología participativa está basada en la escucha, el diálogo y la negociación<sup>4,9</sup> y exige un cambio de rol y actitud profesional<sup>4,10,20,21</sup>. Este no puede situarse ante el grupo como experto, sino como generador de experiencias. Su posición no ha de ser de asimetría o verticalidad (al poseer un mayor número de conocimientos) sino de horizontalidad<sup>9,16</sup>, de «persona a persona» afectada de «igual a igual» por los acontecimientos de la vida.

**Tabla 2** Ejemplos de técnicas participativas en la etapa central del diseño de talleres

Etapa	Ejemplos	Fuente
Saber	<p>1) Lenguaje común: trabajo grupal de definición de los conceptos clave previamente descritos con las propias palabras de las personas participantes. Tras un tiempo, la persona facilitadora propone definiciones de glosarios o expertos en el tema, para que incorporen el contenido a las definiciones iniciales</p> <p>2) Rediseñando material divulgativo: a partir de material divulgativo editado por instituciones sanitarias referentes (Ministerio, Consejería, etc.) que contenga la información sobre el tema del taller, el grupo genera un folleto o díptico propio que resuma el contenido</p> <p>3) Juego de preguntas y respuestas: se preparan preguntas y respuestas que contengan la información que se pretende que se adquiriera. Cada grupo debe relacionar preguntas con respuestas. Puede haber respuestas falsas o ambiguas para crear discusión. Este tipo de juego puede adaptarse a formatos populares como trivial, parchís, naipes, etc.</p>	<p>Guía de promoción de la salud mental en el medio penitenciario<sup>23</sup></p> <p>Material Curso de Diseño de Talleres de Promoción de Salud de la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES) Programa Lluna. Guía de intervención<sup>22</sup></p>
Querer	<p>1) Juego de contrarios. El grupo se divide en 2 partes y a cada una se le asigna una postura de defensa a favor o en contra del comportamiento o práctica que se pretende promover mediante el taller. Se da tiempo a que preparen el debate. Se hace la puesta en común. La actividad finaliza con un trabajo en parejas, formadas por una persona del grupo «a favor» y otra del grupo «en contra», que analizan lo que ha ocurrido y piensan individualmente con qué postura se identifican</p> <p>2) Estudio de caso. Se plantea un caso o situación lo más parecida posible a la realidad y que guarda una relación directa con el tema que aborda el taller. En esta situación, el grupo, en conjunto o en subgrupos, valora el papel que cada personaje tiene en el desenlace del caso. Puede añadirse una segunda parte en la que pensando en su experiencia y en lo que harían en la vida real, inventen un final distinto al caso planteado incorporando todo lo aprendido</p> <p>3) Costes y beneficios. Se plantea una lluvia de ideas en la pizarra o mural de papel con 2 columnas en la que se listan los costes y beneficios de adoptar un comportamiento para la salud. Seguidamente y distribuidos en subgrupos, se reflexiona pensando en la propia experiencia y en la vida real en cómo maximizar los beneficios y minimizar los costes. Se hace la puesta en común. La persona facilitadora tiene que tener preparado un argumentario de minimización de costes o de transformación de estos en oportunidad</p>	<p>Guía de promoción de la salud mental en el medio penitenciario<sup>23</sup></p> <p>Programa Lluna. Guía de intervención<sup>22</sup></p> <p>Programa Lluna. Guía de intervención<sup>22</sup></p>
Poder	<p>1) Diseñar en grupo los aspectos prácticos de organización de una sesión docente. Se pide a cada grupo de 4-5 personas que elija un tema para preparar una sesión docente. Seguidamente, han de preparar y presentar el guión de la sesión (objetivo, método, actividades, medios de apoyo, distribución del tiempo) al resto de grupos. Se discute en plenario realizando un análisis y recomendaciones para mejorarla</p> <p>2) Desarrollar habilidades para la utilización y selección de técnicas participativas. Formar grupos de 4-6 personas para que preparen una dinámica de presentación y otra de análisis. Seguidamente cada grupo pone en práctica las técnicas preparadas para exponerlo al resto de los grupos. Se comentan los aspectos destacables y los criterios de selección</p> <p>3) Juego de roles: es una técnica para mostrar las habilidades adquiridas basándonos en hechos o situaciones de la vida real. Se trata que las personas participantes representen algún hecho o situación lo más parecida posible a la realidad y que después las analicen y reflexionen si se han empleado las habilidades más adecuadas. Se puede realizar en parejas o grupos. La persona facilitadora otorga un papel a cada participante: entrega unas indicaciones que deben seguir en la interacción con la pareja o grupo. Tras unos minutos de preparación se desarrolla la representación que es observada por el resto de participantes. Finalmente, se realizan aportaciones y se pueden hacer sucesivas representaciones incorporando todo lo aprendido</p>	<p>Guía de Formación de Formadores<sup>10</sup></p> <p>Guía de Formación de Formadores<sup>10</sup></p> <p>Programa Lluna. Guía de intervención<sup>22</sup></p>

**Tabla 3** Etapas, contenidos y duración de un taller de promoción de la salud

	Contenidos	Duración mínima	Duración adecuada <sup>a</sup>
Etapa inicial. ¿Cómo empezar?	1) Acogida y presentar objetivos generales del taller 2) Dinámica de presentación 3) Negociar normas de funcionamiento 4) Actividad de motivación y evaluación inicial 5) Enunciar y compartir: objetivos y contenidos	40 min	50 min
Etapa central. ¿Cómo construir los aprendizajes?	6) Dinámica/s de adquisición de información 7) Dinámica/s de adopción de actitudes favorables al cambio o cambios en salud 8) Dinámica/s de adquisición de habilidades	60 min	2 o más sesiones de 50 a 100 min por sesión
Etapa final. ¿Cómo evaluar?	9) Dinámica/a de reflexión sobre lo aprendido 10) Acciones a realizar como resultado del aprendizaje 11) Evaluación del proceso 12) Evaluación de resultados	20 min	1 o 2 sesiones de 50 a 100 min por sesión
Tiempo total requerido		120 min	Entre 2 y 6 sesiones de 50 a 100 min por sesión

<sup>a</sup> Duración estimada para un número de 15 participantes. Esta duración puede variar en función del tema y las características del grupo.

Es cierto que un taller no puede responder a todos los determinantes sociales de la salud y que los factores contextuales y del entorno son los que más influyen en la salud de las personas. Pero, planteado desde la perspectiva de la PS e independientemente del tema que abordemos, el taller sienta las bases para que las personas participantes se capaciten en el control de su propia salud y de todos aquellos factores que la determinan.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Carta de Ottawa para la promoción de la salud. *Salud Pública Educ Salud* [revista en Internet] 2001. [consultado 24 Sep 2013]; 1(1). Disponible en: <http://webs.uvigo.es/mpsp/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>
- Hernán M, Morgan A, Mena AL. Formación en salutogénesis y activos para la salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública Serie Monografías EASP n° 51; 2013 [consultado 24 Sep 2013]. Disponible en: [http://www.easp.es/es/system/files/easp\\_formacion\\_en\\_salutogenesis\\_activos\\_1.pdf](http://www.easp.es/es/system/files/easp_formacion_en_salutogenesis_activos_1.pdf)
- OMS. *Nuevos métodos de educación sanitaria en atención primaria. Informe técnico de un comité de expertos*. Ginebra: OMS; 1983. Serie de Informes Técnicos 690.
- Restrepo HE. Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para Promover la Salud. En: Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Ciudad de México: OMS; 2000 [consultado 24 Sep 2013]. Disponible en: [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr\\_mexico\\_report\\_sp.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf)
- Hernández J, Colomer C. La participación comunitaria. En: Colomer C, Álvarez-Dardet C, editores. *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson; 2001. p. 89–98.
- Hawe P, Degeling D, Hall J. *Evaluación en promoción de salud*. Barcelona: Masson; 1993.
- Nutbeam D. Eficacia de la promoción de la salud, las preguntas que debemos responder. En: Comisión Europea e IUPHE, editor. *La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud (parte II)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000.
- Mukhopadhyay A, Shehjar K. *Promotion & Education*. 2007;14:76.
- Rodríguez Beltrán M. Empoderamiento y Promoción de la Salud. Red de Salud 14 Junio 2009 [consultado 24 Sep 2013]. Disponible en: [http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Documentos/docs/Ciudadano/SaludPublica/Promoci%C3%B3nSalud/RedAragProyectosPromoSalud/EMPODERAMIENTO\\_PS\\_MRODRIGUEZ.pdf](http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Documentos/docs/Ciudadano/SaludPublica/Promoci%C3%B3nSalud/RedAragProyectosPromoSalud/EMPODERAMIENTO_PS_MRODRIGUEZ.pdf)
- Colomer C, Hernández J, Colomer J, Paredes J, Talavera M. *Guía de Formación de Formadores. Quaderns 25 de salut pública i admimistració de serveis de salut*. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios de la Salud; 2004.
- Moreira MA. Aprendizaje significativo crítico. *Indivisa. Bol. Estud. Invest*. 2005. [consultado 24 Sep 2013]; 6. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77100606>
- Instituto Madrileño de Salud. *Guía de Promoción de la Salud para agentes de salud comunitaria*. Madrid: Instituto Madrileño de Salud Área 1 de Atención Primaria; 2010 [consultado 24 Sep 2013]. Disponible en: <http://egavilan.files.wordpress.com/2010/05/guia-de-promocion-de-salud.pdf>
- Ausubel D, Novak L, Hanesian H. *Psicología educativa: un punto de vista cognoscitivo*. México: Trillas; 1998.
- Bandura A, Walter M. *Teoría cognoscitiva del aprendizaje social*. En: Cloninger, Susan C, editores. *Teorías de la personalidad*. 3.ª ed. México: Pearson Educación; 2003. p. 345–78.

15. Cid S. El uso de estrategias de aprendizaje y su correlación con la motivación de logro en los estudiantes. REICE. 2008. [consultado 24 Sep 2013]; 6 (3). Disponible en: <http://www.rinace.net/arts/vol6num3/art4.pdf>
16. Isaza A. Clases magistrales versus actividades participativas en el pregrado de medicina: de la teoría a la evidencia. Revista de Estudios Sociales. 2005 [consultado 10 Mar 2013];20:83-92. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2348964>
17. Terán M, Pachano L. El trabajo cooperativo en la búsqueda de aprendizajes significativos en clase de matemáticas de la educación básica. Educere. 2009 [consultado 10 Mar 2013];13 (44):159-167. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S1316-49102009000100019&lng=es&nrm=iso>
18. Díez E, Juárez O, Villamarín F. Intervenciones de promoción de la salud basadas en modelos teóricos. Med Clin (Barc). 2005;125:193-7.
19. Vargas L, Bustillos G, Margan M. Técnicas participativas para la educación popular. 2.ª ed. Madrid: Popular; 1995.
20. Formación en Promoción y Educación para la Salud. Informe del Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud a la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003 [consultado 24 Sep 2013]. Disponible en: <http://www.famp.es/racs/ObsSalud/CajaHerr/formacionSalud.pdf>
21. Metcafe O, Weare K, Wijnsma P, Williams T, Williams M, Young I. La educación para la salud en el ámbito educativo: manual de formación para el profesorado y otros agentes educativos. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia-Ministerio de Sanidad y Consumo; 1995. p. 31-42.
22. Aviñó A, Bustamante R, González J, González FJ, Pitarch MC, Paredes-Carbonell JJ, et al. Programa Lluna. Talleres de sexo más seguro y consumo de drogas de menos riesgo en el medio penitenciario. Guía de intervención. 2.ª ed. Madrid: Dirección General de Instituciones Penitenciarias-Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000.
23. Equip Vincles Salut. Guía para la promoción de la salud mental en el medio penitenciario. Madrid: Ministerio del Interior. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias; 2011 [consultado 24 Sep 2013]. Disponible en: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Guia.Promocion.Salud.Mental.pdf>
24. Duro JC. El discurso de los profesionales de atención primaria de la Comunidad de Madrid acerca del trabajo con grupos: sobre técnicas y técnicos. Rev Esp Salud Pública. 2003 [consultado 27 Jun 2013];77(5):615-627. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S1135-57272003000500010&lng=es>.