Guía práctica para hacer bien una comunicación oral y la defensa ante la mesa del tribunal

Con el asesoramiento de la
Dra. Gloria Ortega
Jefa de Cirugía de Mama
MD Anderson Cancer Center Madrid-Hospiten)



Documento publicado en octubre de 2026

Que un trabajo sea seleccionado para presentarlo oralmente en un congreso es una buena noticia. Después llega el reto: explicar meses de investigación en apenas unos minutos, ante compañeros que conocen bien la especialidad y que probablemente tendrán preguntas. No se trata de contarlo todo, sino de saber elegir lo importante, presentar los resultados con claridad y conseguir que el mensaje llegue. Estas son algunas recomendaciones para preparar la intervención, evitar los errores más habituales y desenvolverse con soltura ante el auditorio.

La aceptación de un *abstract* como comunicación oral en atril representa un reconocimiento de primer orden, pero sitúa al ponente bajo el escrutinio directo de los líderes de la especialidad. Disertar ante una sala repleta de cirujanos, oncólogos, radiólogos y patólogos exige dominar el tiempo, desterrar las diapositivas sobrecargadas y articular un discurso convincente.

2.1. Gestión estricta del tiempo: la regla del minuto y el colchón de seguridad

El tiempo concedido en una mesa de comunicaciones es inflexible. Los moderadores tienen la orden estricta de interrumpir el micrófono en cuanto se alcanza el límite prefijado. Tenga en cuenta las siguientes pautas:

- **Separación de tiempos:** Diferencie claramente el tiempo asignado a la exposición del turno reservado a las preguntas y discusión con la mesa y el público.
- **La regla de 1 diapositiva por minuto:** Si dispone de 7 minutos de exposición reglamentaria, diseñe entre 7 y 8 diapositivas de contenido sustantivo como máximo.

Sobrecargar la presentación con 20 diapositivas garantiza un ritmo acelerado, atropellado y carente de claridad.
- **El colchón de 30 segundos:** Ensaye minuciosamente para finalizar la charla medio minuto antes de que suene la alarma de tiempo. Si se retrasa, lo primero que se corta es precisamente la conclusión final, dejando la exposición inconclusa y perjudicando gravemente la evaluación de la mesa.

2.2. Arquitectura narrativa: una única frase memorable

Antes de abrir el programa de presentaciones, siéntese con una hoja en blanco y defina en una sola frase el mensaje nuclear que desea que el asistente retenga al salir de la sala. Toda la estructura de la charla debe converger hacia esa afirmación clave:

- **Diapositiva 1 (El problema y la pregunta):** Justifique de inmediato la relevancia del problema oncológico y formule con precisión la pregunta que motivó la investigación.
- **Diapositivas 2 y 3 (Metodología rigurosa):** Resuma con claridad qué hizo: diseño metodológico, criterios de inclusión de pacientes, variable principal y periodo de seguimiento oncológico.
- **Diapositivas 4 a 6 (Resultados clave):** Dedique una diapositiva individual a cada hallazgo cardinal. No aglutine múltiples desenlaces en un único plano visual.
- **Diapositiva final (Impacto clínico y limitaciones):** Enuncie qué significan sus hallazgos, cuáles son sus limitaciones metodológicas reconocidas y qué cambia exactamente a partir de ahora en la práctica clínica diaria.

Alineación multidisciplinar: Enfoque multidisciplinar obligado: Al dirigirse a un auditorio mixto, explicite siempre con meridiana claridad la mediana de seguimiento temporal y la traslación práctica de los hallazgos al manejo del paciente en el comité multidisciplinar de tumores.

2.3. Diseño visual: títulos concluyentes y gráficos legibles

Las diapositivas no son un guion de lectura para el ponente, sino un refuerzo cognitivo para el auditorio. Diseñe bajo las siguientes directrices:

- **Títulos asertivos como conclusiones:** Sustituya títulos inertes como 'Resultados' o 'Supervivencia' por afirmaciones concluyentes que orienten al lector de inmediato (por ejemplo: 'Localizamos el ganglio marcado en casi la totalidad de las pacientes'). Coloque una única cifra o gráfico de gran tamaño que demuestre esa afirmación.
- **Gráficos limpios en sustitución de tablas densas:** Copiar y pegar la tabla estadística del artículo original con veinte filas y columnas es el método más rápido para perder la atención de la sala; nadie puede leerla desde la quinta fila. Sintetice la comparación crítica en un gráfico de barras sencillo con etiquetas de tamaño generoso (por ejemplo: 'Respuesta axilar completa: 68% en subtipos no luminales frente a 31% en luminales').
- **Diapositivas de reserva (‘back-up’ slides):** Guarde las tablas pormenorizadas, los análisis univariantes/multivariantes completos o los análisis de subgrupos en diapositivas ocultas al final de la presentación, tras la diapositiva de cierre, para proyectarlas de forma solvente durante el turno de preguntas.
- **Curvas de supervivencia oncológicas completas:** Toda curva de Kaplan-Meier debe incorporar de forma inexcusable la tabla inferior con el número de pacientes en

riesgo en cada intervalo temporal y el seguimiento mediano. Mostrar curvas sin pacientes en riesgo destruye la credibilidad metodológica de la presentación.

2.4. Ensayo sistemático y defensa multidisciplinar ante el tribunal

El aplomo en el atril se forja en el entrenamiento previo. Aplique una rutina estricta de preparación:

- **Ensayo cronometrado de pie:** Ensaye en voz alta, de pie y con un cronómetro a la vista al menos tres veces consecutivas. La lectura mental y en silencio frente a la pantalla no computa como ensayo real.
- **Simulación ante el comité de tumores:** Presente la comunicación previamente ante los miembros del comité de tumores de su hospital. Pida activamente al oncólogo médico y al patólogo que le formulen las preguntas más difíciles e incómodas posibles: calidad y márgenes de resección quirúrgica, tiempo real de seguimiento, sesgos de selección de la cohorte y toxicidad o morbilidad asociada.
- **Técnica de respuesta ante la mesa:** Durante el turno de discusión, escuche la pregunta sin interrumpir, agradezca cortésmente la intervención del evaluador y ofrezca respuestas breves, serenas y concisas. Si el diseño metodológico de su estudio no permite dar respuesta a una cuestión planteada, admítalo con total naturalidad y rigor; inventar datos en el atril arruina la reputación de un investigador.

> ⚠️ **PREVENCIÓN DEL DESASTRE TÉCNICO EN SALA**
> Los fallos informáticos en congresos son frecuentes. Acuda a la sala de entrega de comunicaciones o al ordenador del atril con suficiente antelación para comprobar que la presentación avanza correctamente, las fuentes tipográficas se mantienen y los clips de vídeo se reproducen sin tirones. Lleve siempre consigo en una memoria USB una copia de respaldo en formato PDF estándar; si el *software* de presentaciones falla, el PDF garantizará que la sesión transcurra sin contratiempos.

2.5. Los 5 errores más frecuentes en la comunicación oral

- **1. Desbordar el tiempo:** Exceder los minutos asignados y acelerar de manera caótica al final, omitiendo las conclusiones.
- **2. Lectura de espaldas:** Girar el cuerpo hacia la pantalla y leer textualmente las diapositivas dando la espalda al auditorio.
- **3. Curvas de supervivencia mutiladas:** Proyectar gráficas de Kaplan-Meier sin la tabla de pacientes en riesgo o sin explicitar el seguimiento mediano.
- **4. Tipografía microscópica y animaciones banales:** Utilizar tamaños de letra ilegibles a distancia, fondos oscuros de bajo contraste o transiciones animadas innecesarias.
- **5. Negligencia técnica:** No comprobar el archivo previamente en el equipo técnico del congreso y carecer de copia de respaldo.

> 📋 **'Checklist' antes de subir al atril**
>
> ☐ El mensaje nuclear está condensado en una única frase clara y memorable.

- ☐ Existe una sola idea por diapositiva con títulos que afirman conclusiones.
- ☐ Los gráficos son limpios y las curvas de supervivencia incluyen tabla de pacientes en riesgo y mediana de seguimiento.
- ☐ La presentación ha sido cronometrada de pie en voz alta, finalizando con 30 segundos de margen.
- ☐ Se han anticipado preguntas difíciles con el comité de tumores y se dispone de diapositivas de reserva.
- ☐ El archivo ha sido comprobado en la sala del congreso y se cuenta con un archivo PDF de seguridad.

SEOQ
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA

Somos los cirujanos del cáncer

Los cirujanos participamos en el 95% de todos los tratamientos del cáncer

SEOQ es la sociedad que nos reúne en España

www.seoq.org