



Sesión clínica eficaz

Eva Peguero Rodríguez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
EAP Castelldefels-1. El Castell. Barcelona.
Miembro del Grupo Programa Comunicación y Salud de la semFYC.

Rosa Duro Robles

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro de Salud Coll d'en Rabassa, Unidad Básica El Molinar. Mallorca
Miembro del Grupo Programa Comunicación y Salud de la semFYC.
Vocal de Docencia de la Ibamfic (Societat Balear de Medicina Familiar i Comunitària).

Elena Muñoz Seco

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Unidad Sanitaria de Es Castell. Menorca.
Miembro del Grupo Programa Comunicación y Salud de la semFYC.
GdT de Educación para la Salud PAPPS-SEMFYC.

Puntos clave

Una sesión clínica efectiva es aquella en que:

- El docente tiene conocimientos y ha planificado mediante una guía de sesión, preparado y ensayado la sesión, muestra ganas de transmitir los mensajes y está atento a la audiencia.
- La sesión es sintética y amena.
- La sesión tiene en cuenta la realidad en la que trabaja el equipo de Atención Primaria (EAP) y sus necesidades formativas.
- Los asistentes llegan puntuales y la sesión acaba a tiempo.
- Los asistentes practican y participan (aprendizaje participativo).
- Al final de la sesión quedan claros dos o tres mensajes concretos.
- El docente pone a disposición un material sintético de ayuda para la consulta del tema del que ha tratado la sesión.
- La sesión se evalúa.
- La sesión está acreditada e incentivada para la carrera profesional.

Para conseguirlo, se propone:

- Planificación: la guía de sesión.
- Metodología: aprendizaje participativo.
- Comunicación visual: diapositivas eficaces y material para el asistente.

- Comunicación verbal: lenguaje, bidireccionalidad, manejo efectivo del grupo.
- Evaluación de la sesión con la ayuda de una guía de observación.

Introducción

Las sesiones clínicas en los equipos de Atención Primaria (EAP) son muy valoradas por los profesionales¹, y también mejorables. Múltiples factores afectan su eficacia: asistentes que llegan tarde, temas que no interesan a la Atención Primaria (AP), ponentes «expertos» que no conocen el EAP, etc. En el contexto actual, con dificultades organizativas y económicas crecientes para acceder a actividades formativas en otros niveles, las sesiones clínicas en los EAP pueden constituir la mayor fuente de formación continuada (FC) para los profesionales. Optimizarlas y hacerlas más útiles es un reto aún más pertinente y necesario.

El modelo clásico de presentación de sesiones no ha demostrado ser eficaz para mejorar las habilidades clínicas, las actitudes o el pronóstico de los pacientes, aunque sí los conocimientos. La evidencia indica² que la mayoría de sesiones pueden contener información excesiva, irrelevante o inadecuada para el entorno de AP. En cuanto a mejorar los conocimientos de los profesionales, los cursos tradicionales y las clases tienen una baja capacidad para fijar conocimientos (un 5 y un 10%, respectivamente).

En cambio, hacer/practicar algo por uno mismo y enseñar ese conocimiento a otro aumenta la retención un 75 y un

80%, respectivamente. Es decir, las sesiones clínicas benefician fundamentalmente al que elabora la sesión, y pueden beneficiar también al EAP si se plantean de forma adecuada y práctica.

¿Qué podemos hacer para mejorar la calidad, la utilidad y la asistencia a las sesiones clínicas³?

Deben planificarse dentro de un programa de FC acorde con los déficits formativos de los profesionales (previamente detectados) y las necesidades y problemas de salud más relevantes en el entorno, y alineadas con los objetivos de la institución (contrato programa, etc.). Es deseable que todos los estamentos participen en la elaboración de este programa de FC, que debería ser pactado, convenientemente publicitado, acreditada la asistencia, y evaluada la calidad metodológica y la satisfacción de los asistentes.

Los programas de FC que se han mostrado más eficaces⁴:

- Tienen mayor vinculación con la práctica diaria de los profesionales diana.
- Están dirigidos a mejorar la actuación del profesional (más que los que abordan solo conocimientos o habilidades).
- Forman conjuntamente a profesionales que trabajan juntos.

Para aumentar el impacto formativo de las sesiones clínicas sobre la competencia de los profesionales, proponemos una metodología docente basada en el aprendizaje participativo, enfocando las sesiones en la adquisición de habilidades además de conocimientos.

El docente debe ayudar al grupo, de forma interactiva, a la resolución de situaciones propias de la realidad en la que trabaja el EAP, aportando elementos propios de la AP que añadan valor y diferenciación a estas sesiones clínicas.

Qué hace una sesión docente efectiva y cómo conseguirlo

La mayoría de nosotros hemos aprendido que preparar una sesión clínica es estudiar mucho sobre un tema para después transmitirlo a la audiencia. Pretender eso es desafortunado y poco generoso. Para preparar una sesión clínica efectiva es preciso un paso más, que consiste en el esfuerzo de síntesis de los dos o tres mensajes principales del tema que serán útiles para la audiencia.

Debemos ser capaces de destilar dos o tres mensajes esenciales de la sesión. Después de haber estudiado el tema en profundidad y de haber escogido los mensajes principales, el docente prepara cómo presentarlos a la audiencia; y lo hace con una presentación que se convierte

en un «presente», un regalo adaptado a la audiencia consiguiendo además que sean los asistentes quienes descubran esos dos o tres mensajes principales de manera participativa, ese presente. «Podemos comparar el trabajo de quien prepara la sesión a un embudo: por un lado, entra mucha información, pero acaba saliendo, por el otro extremo, estrecho, solo la imprescindible y relevante para quienes participan en la sesión.»

Después de identificar los dos o tres mensajes, se estructurará la sesión con una guía de sesión y se elaborará mediante aprendizaje participativo. Una audiencia que llega a tiempo y dispuesta serán los ingredientes necesarios para que sea efectiva.

En la [tabla 1](#) se describe cómo debe ser una sesión clínica para que sea efectiva.

TABLA 1

Cómo debe ser una sesión clínica

- El docente muestra conocimiento del tema, ganas de transmitir los mensajes y está atento a la audiencia
- La sesión es sintética y amena
- La sesión tiene en cuenta la realidad en la que trabaja el Equipo de Atención Primaria y sus necesidades formativas
- Los asistentes llegan puntuales y la sesión acaba a tiempo
- Los asistentes practican y participan (Aprendizaje participativo)
- Al final de la sesión quedan claros 2-3 mensajes concretos
- El docente pone a disposición un material sintético de ayuda para la consulta del tema del que ha tratado la sesión
- La sesión se evalúa
- La sesión está acreditada e incentivada para la carrera profesional

Cómo conseguir una sesión docente efectiva:

Ahora que ya hemos identificado cómo es una sesión clínica efectiva, en la [tabla 2](#) esponemos nuestra propuesta sobre cómo conseguirlo, que desarrollaremos en este artículo.

TABLA 2

Cómo conseguirlo

- Planificación: la guía de sesión
- Metodología: aprendizaje participativo
- Comunicación docente efectiva
- Evaluación de la sesión

Planificación. La guía de sesión

Para que la sesión sea efectiva y esté enfocada a la adquisición de habilidades además de conocimientos, necesitamos que la sesión esté estructurada y preparada con una guía de sesión que facilitará su planificación. A continuación (tabla 3) expondremos una de las posibles guías de sesión, que es la que utilizamos las autoras de este artículo, explicando cada uno de los apartados⁵. Una planificación exhaustiva de la mano de una guía ayuda a conseguir una sesión que cumple las características expuestas anteriormente en la tabla 1.

Título

El título será nuestra «tarjeta de presentación», esforcémonos en que sea atractivo, breve y ajustado al contenido que queremos comunicar. Es decir, que defina con el menor número de palabras el contenido de nuestra sesión, y la haga apetecible.

Véase la diferencia entre «Infecciones urinarias» (tema amplio en el que corremos el riesgo de que la audiencia piense que vamos a hablar sobre la prevalencia, fisiopatología, etc., cosa que puede ser interesante para estudiantes de medicina y probablemente menos para médicos en ejercicio), «Actualización del tratamiento antibiótico de la infección urinaria» o «Manejo de la ITU recurrente en AP» o «Abordaje de la infección de orina recurrente en la menopausia».

Audiencia

«Cuando vayas a pescar, no pongas en el anzuelo lo que te gusta a ti, sino lo que le guste al pez.»

Para poder realizar una presentación oral con éxito, debemos valorar las necesidades formativas, los valores y las expectativas sobre el tema que van a tener los asistentes. Conocemos a nuestro EAP, así que podemos identificar lo mejor posible los valores de la audiencia a la que destinamos la sesión: sabremos si serán participativos o inhibidos, expertos o noveles, si valorarán una exposición simple o compleja, etc. Recomendamos adaptar el contenido según sea para médicos, enfermeros, residentes, conjunta, o para otros profesionales.

En general, las audiencias son heterogéneas. Pensemos en un oyente «promedio» (en cuanto a conocimientos e interés por el tema) cuando preparemos nuestra presentación.

Objetivos

Clarificar los objetivos de la sesión nos ayudará a escoger la estrategia más adecuada para aumentar la rentabilidad formativa⁶.

Cuando planificamos nuestra sesión hemos de plantearnos qué competencias del profesional queremos cubrir (conocimientos, habilidades, actitudes). A partir de ello detectamos unas necesidades formativas. Y los objetivos tendrán que responder a estas necesidades.

TABLA 3

Guía de sesión

1. Título (tema de la sesión)
2. Audiencia (a quién está dirigida)
3. Objetivos (tus objetivos)
4. Mensajes fundamentales (información esencial que se quiere transmitir)
5. Estructura, desarrollo, material y accesorios didácticos:

Etapa	Metodología	Material docente y del alumno	Duración

6. Equipos y arreglos logísticos
7. Bibliografía propuesta
8. Material a entregar

Estos marcarán el contenido y la metodología de la sesión y nos permitirán evaluar el aprendizaje.

Por ejemplo, si nuestro objetivo es «informar sobre las novedades en el tratamiento de la diabetes mellitus», nuestra sesión será expositiva. Habremos de usar otra metodología si nuestro objetivo es «mejorar la adherencia del tratamiento para la diabetes mellitus».

Los objetivos didácticos marcan, pues, qué queremos que se aprenda, pretenden formular una conducta, externa y observable, indicadora de que una competencia, conocimiento o habilidad han sido adquiridos por el alumno. Los formulamos en infinitivo, y permiten evaluar el aprendizaje del alumno. Deben ser breves, claros y concretos, definir una acción observable y medible y responder a la cuestión «ser capaz de». Por ejemplo, un objetivo como «identificar un dolor torácico de origen coronario» no sería observable, mejora al plantearnos «derivar adecuadamente un dolor torácico a un servicio de urgencias hospitalarias» que sí podríamos objetivar.

Los objetivos son nuestra brújula (el docente y el discente saben dónde ir), nuestro metro (permiten una evaluación objetiva del aprendizaje) y nuestras tijeras (acotan el contenido).

Mensajes principales

Hemos de escoger los mensajes principales, porque serán la información esencial que queremos transmitir. Es la información que el alumno ha de llevarse de la sesión, y recordar.

Escoger los mensajes principales es la parte más relevante de la planificación de una sesión⁷. Después de agrupar todos los conocimientos, el docente debe discriminar, teniendo en cuenta la audiencia, cuáles son aquellos mensajes principales sin los cuales la sesión no tendría sentido. Aquellas dos o tres frases que podrían resumir lo más importante de lo que se quiere transmitir y que el docente quisiera que los asistentes recordasen al finalizar la sesión y siempre. Habrá otro nivel de información deseable que el docente identifica como interesante para el tema escogido, pero no tan importante. Y un tercer nivel, que sería la información que es posible transmitir teniendo en cuenta el tiempo y la audiencia.

Lo más importante y difícil a la hora de redactar los mensajes es que deben ser frases con sujeto, verbo y predicado, no palabras sueltas, frases que, incluso fuera del contexto en el que se dicen, tendrán sentido.

Algunos ejemplos de mensajes principales:

- Los arándanos no han demostrado prevenir la infección urinaria recurrente en la mujer menopáusica.

- En ancianos con filtrado glomerular entre 40 y 60 se deben evitar los antiinflamatorios no esteroideos.
- Debemos asegurarnos de que no existe fractura de cabeza de húmero antes de reducir una luxación de hombro.

Estructura, desarrollo, material y accesorios

A partir de los puntos anteriores, estructuramos la sesión. La metodología que proponemos es el aprendizaje participativo, por lo tanto, en la estructura planificaremos ejercicios.

Básicamente, habrá una introducción (decir lo que vamos a decir), un desarrollo/contenido (decirlo) y unas conclusiones (decir lo que hemos dicho).

Hay que cuidar especialmente el principio y el final. El inicio marcará la metodología, y las conclusiones son lo que el alumno se llevará.

Incluimos el cronograma, hemos de ser realistas con el tiempo que tenemos, seleccionar los contenidos interesantes, útiles, coherentes y no saturar al asistente. Tener en cuenta que debemos dejar espacio para la reflexión y la participación. Y vigilar con los ejercicios porque pueden durar más tiempo del que prevemos.

Equipo y arreglos logísticos

Es importante prever qué necesitamos, porque su ausencia o deficiencia puede estropear todo nuestro trabajo. Por ejemplo, llevar un vídeo y que no funcione el audio.

Bibliografía propuesta

Debemos exponer a la audiencia la bibliografía en la que hemos basado la preparación de la sesión, de manera que los mensajes transmitidos tengan validez externa.

Material que se entrega

Creemos que entregar la presentación de diapositivas es una alternativa «floja», porque puede dar una información escasa fuera del contexto de la sesión.

Es deseable que el docente prepare con la información más importante un díptico, esquema o resumen y lo ponga a disposición de los asistentes para que sea una herramienta de ayuda en el futuro. O cualquier otra información que consideremos necesario entregar. Según las características del equipo, colgaremos la información en un bloc electrónico, o en cualquier otro soporte digital.

En la [tabla 4](#) puede verse un ejemplo de guía de sesión.

Aprendizaje participativo

Cuando hablamos de aprendizaje participativo, proponemos un cambio para mejorar la rentabilidad formativa «del enseñar diciendo al aprender haciendo». En el aprendizaje de adultos, el reto o desafío es un buen motor: los profesionales aprenden resolviendo situaciones.

En el PBL (*problem based learning* o aprendizaje basado en problemas) se proporcionan unos retos o problemas que resolver, se facilita un marco y un grupo de trabajo, que soluciona el reto. En la puesta en común se deducen conocimientos que pueden ser aprovechados por todo el grupo. Es de la escuela canadiense, más indicado en la enseñanza de adultos, consume más tiempo, exige más participación y activación.

El SBL (*subject based learning* o aprendizaje basado en temas) es el clásico, el aprendizaje es más individual, primero se adquieren unas habilidades que luego deben aplicarse a un problema (primero teoría y luego práctica).

En realidad, son dos estrategias que pueden concatenarse ([figura 1](#)), de manera que en un primer tiempo damos algunas herramientas y/o conocimientos con los que los discentes se enfrentan a un problema sencillo de resolver, pero al hacerlo, descubren o aplican habilidades nuevas y deducen nuevos conocimientos.

Según los objetivos docentes que tenemos para nuestra sesión, recomendamos incluir ejercicios para facilitar el aprendizaje participativo, y practicar PBL. El docente ha de confiar en el grupo y en su gran capacidad de resolver retos y aprender entre todos.

Para que los ejercicios de participación funcionen, es necesario que estén muy claros los objetivos de aprendizaje, la mecánica de funcionamiento, y los resultados esperados, tanto para el docente como para el discente.

También es imprescindible tener un cronograma realista: la participación necesita tiempo. Cuanto más complejo sea el ejercicio y más se trabaje en grupos, más se aprenderá y más tiempo se empleará. Es muy recomendable probar antes los ejercicios y medir el tiempo que precisan para resolverlos.

TABLA 4

Ejemplo de guía de sesión

1. **Título**
Interpretación de los marcadores serológicos virales en la hepatitis B
2. **Audiencia**
Médicos del equipo (adjuntos, MIR, etc.)
3. **Objetivos**
Practicar la interpretación rápida de los marcadores de la hepatitis B
4. **Mensajes fundamentales**
 - Primero: mirar el resultado del HBsAg: si es positivo, indica infección de hepatitis B.
 - Segundo: mirar el resultado del anti-HBc (IgM indica infección de hepatitis B aguda, IgG positiva indica infección por hepatitis B crónica)
 - Tercero: mirar el resultado del HBeAg: si es positivo, indica actividad del virus de hepatitis B
5. **Estructura, desarrollo, material y accesorios didácticos:**

Etapa	Metodología	Material docente y del alumno	Duración (minutos)
Introducción	Presentación sesión y objetivos	Diapositiva	2-3
Ejercicio	Practicar en grupos	Marcadores en cartulinas	15
	Puesta en común	Tabla a rellenar entre todos	15
Conclusiones	Dudas y despedida		5-10

6. Equipos y arreglos logísticos

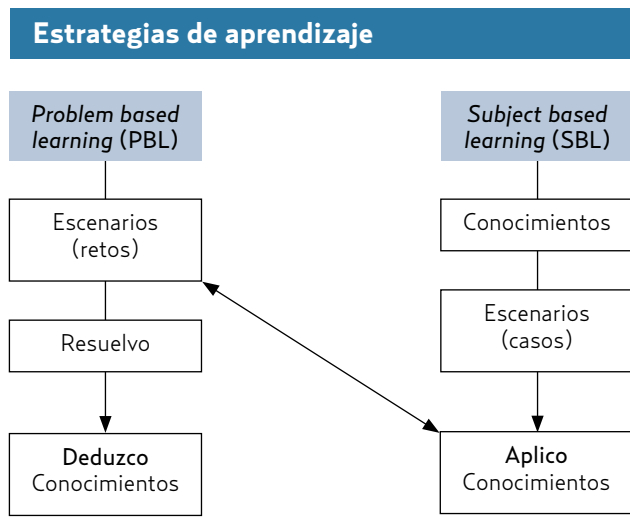
- Ordenador y proyector
- Cartulinas
- Bolígrafos
- Folios

7. Bibliografía propuesta

8. Material a entregar

HBeAg: antígeno e del virus de la hepatitis B; HBsAg: antígeno de superficie de la hepatitis B.

FIGURA 1



Ejercicios de aprendizaje

Recomendamos entrar en la página [web www.formacion-deformadores.com](http://web.wwww.formacion-deformadores.com) y ver los recursos materiales que pone a nuestra disposición.

Os proponemos algunos ejercicios:

Ejercicio de apertura

Los ejercicios de apertura nos sirven para activar y crear sentido de unidad de grupo, desde el principio el discente ve que vamos a pedir su participación. Ejemplos: una rueda de opinión, una lluvia de ideas sobre el tema. Además, así se centra el interés del tema y se da a conocer el nivel de conocimientos.

Plantear la resolución de un problema, un reto o un caso sirve también para conocer el nivel de la audiencia y se empieza trabajando. Ejemplos: ¿Qué características ha de tener un paciente con cefalea para ser derivado a urgencias?, ¿Cuándo pautaría metformina y cuándo no lo haría en un diabético tipo II?

Ejercicios de contenido

Este tipo de ejercicios sirven para practicar una técnica aprendida, comprender mejor un concepto, etc.

Los casos propuestos han de ser lo más interactivos y sencillos posible (ejemplos: cómo resolver un electrocardiograma, poner una radiografía). También podemos dar un caso y hacer que trabajen por equipos.

Interactivos: «microescenas», qué haría en esta situación concreta (pregunta general, a todo el grupo).

Escenas de vídeos que analizamos casi siempre para temas de comunicación, también sirven para otras habilidades. El vídeo ha de ser corto y tener claro con qué finalidad lo usamos y qué le pedimos al discente que observe o trabaje.

Ejercicios de 3 x 3. Dividimos al grupo grande en grupos de tres personas, y a cada uno le damos un rol (un paciente, un profesional y un observador). Damos a cada uno un papel explicando qué ha de hacer y al observador una lista de lo que ha de analizar, focalizamos un punto de atención, y todos trabajan y todos aprenden. Ejemplo 3 x 3 con inhaladores: uno hace de paciente, otro de profesional que enseña el uso del inhalador, y el observador tiene un listado de comprobación para evaluar.

Después de los trabajos en grupo hacemos una puesta en común. Es enriquecedor porque hay variabilidad entre los grupos, y se trabajan diferentes soluciones que, al ser expuestas, son aprovechadas por todos.

Ejercicios de despedida

Para sacar conclusiones: puesta en común del trabajo individual o en equipos con un portavoz, rellenar un papel con respuestas a las frases: «Me ha sorprendido...», «Me ha gustado... He aprendido... He entendido...», y comentarlo entre todos.

Para generar compromiso de cambio: por ejemplo, escribir en una tarjeta cuáles son los conceptos/habilidades aprendidos más importantes y de qué forma eso va a cambiar su trabajo a partir de ahora.

Reglas para los ejercicios

Es importante crear un clima lúdico desde el principio⁸, evitando en todo momento que los participantes se sientan juzgados o examinados, explicando que se trata de aprender entre todos. Tengamos en cuenta que a la mayoría nos activan los desafíos, y que un buen clima lúdico facilita el aprendizaje.

Tener muy claro para qué hacemos el ejercicio, y qué pretendemos obtener con él: socializar, saber el nivel, aprender conocimientos, practicar habilidades.

Explicuemos muy bien del ejercicio:

- los objetivos,
- las reglas,
- el procedimiento.

Hasta el detalle, a ser posible lo explicamos de forma oral, lo mostramos en una diapositiva, y entregamos las normas por escrito.

Probémoslo previamente a la sesión para ver la duración y si obtenemos el rendimiento que esperamos.

Es fundamental proteger al que se expone, especialmente al primero que sale. En todo momento haremos críticas constructivas.

Es importante en el trabajo en grupos distribuirlos correctamente (de forma heterogénea y equilibrada), que haya supervisión por el docente y disponibilidad de ayuda en todo momento. Todos los grupos han de poder exponer. Al final deberían salir las conclusiones del grupo, si el docente cree que algo importante no ha salido, debe añadirlo él. Este es el resultado que los alumnos se llevan, la puesta en común.

Comunicación docente

El impacto formativo de una sesión clínica depende, en gran medida, de su preparación y estrategia, pero sobre todo de una buena comunicación entre el ponente y el EAP⁹.

Atención y participación. Importancia del principio y el final

La atención de los asistentes a una sesión clínica es variable en función del tema, del ponente, de la hora del día y del nivel de cansancio, concentración y conocimientos previos de cada persona, pero en general la capacidad de entender y retener conceptos es limitada. Apliquemos, pues, la regla de las 3 S: *seleccionando* únicamente aquella información/formación relevante y necesaria para nuestra sesión clínica, *sintetizándola* y *simplificándola* al máximo.

La atención del que asiste a una sesión clínica es máxima al principio y al final: al comienzo por las expectativas y por hacerse una idea del tema y de cómo va a ser abordado, y al final porque espera unas recomendaciones o conclusiones claras que pueda aplicar en su trabajo.

Quien presenta una sesión clínica debe preparar e incluso ensayar muy cuidadosamente cómo piensa empezar: al inicio puede estar nervioso y en ocasiones parece que le cuesta entrar en materia. También el principio marca el «tono» de la sesión, y los que asisten se hacen una idea de si será amena, participativa, unidireccional, aburrida, etc.

Entre el comienzo y el fin, durante la sesión clínica, podemos incrementar la atención de los asistentes, especialmente interaccionando con ellos, dejando espacios para la participación, preguntando, etc.

El final marca el recuerdo que los asistentes se llevan de la sesión clínica a la que han asistido. Debe ser productivo,

es decir, que queden claras unas conclusiones o recomendaciones aplicables. También debemos cuidar el clima docente final: evitar exceder el tiempo asignado (los asistentes se ponen nerviosos o incluso se van), y sobre todo, no acabar con prisas o precipitaciones.

Comunicación visual: diapositivas eficaces y material para el asistente

La atención de los asistentes debe estar centrada en el docente, no en las diapositivas. Evitaremos diapositivas llenas de texto y datos porque nos roban la atención del EAP.

Las diapositivas eficaces¹⁰ no son documentos, sino ayudas visuales que apoyan nuestras palabras sin repetirlas, y hacen que nuestro mensaje «entre por los ojos»: algo breve y conciso, lo más visual posible. Algunos autores dicen que si la diapositiva necesita más de 5 segundos para ser leída y comprendida no es válida y hay que modificarla.

Debemos resumir la idea o concepto en pocas frases cortas y simples, casi telegráficas, con un tipo de letra grande (40 o más en el título y 26 o más en el cuerpo).

Recordemos las reglas clásicas de 6 x 6 (no más de 6 frases con no más de 6 palabras cada una), la regla KISS (*keep it short and simple*) y la regla KILL (*keep it large and legible*), que nos recuerdan que intentemos hacer las frases cortas y simples, con letra ancha y legible.

Podemos tener la tentación de incluir más texto en las diapositivas para que nos sirva de «chuleta» a la hora de la sesión. Pensemos que la audiencia puede leer unas tres veces más rápido (aproximadamente 500 palabras/minuto) de lo que deberíamos hablar (120-140 palabras/minuto), y que las pantallas son «imanes» para la atención de los asistentes, mucho más que la voz, con lo cual ellos habrán acabado de leer todo el texto y entender todo el concepto mucho antes de que nosotros lleguemos a la mitad de la explicación.

Todos aquellos datos que el docente puede explicar, con informaciones adicionales, incluso citas o bibliografía, enlaces web, etc., pueden colocarse en el espacio de notas debajo de las diapositivas. Estas notas son muy útiles si se imprimen junto a la diapositiva porque así tenemos toda la información de nuestra sesión, podemos repasarla previamente y utilizarla como material si por algún motivo fallara la tecnología (ordenador, cañón, etc.).

Con la información de las diapositivas + notas + bibliografía o algún otro dato importante, podemos elaborar el material para entregar a los asistentes, en papel al final de la sesión, o en soporte electrónico en el repositorio que

tenga el EAP (intranet, blog, u otros). Es recomendable, generoso y útil hacer un resumen o guía de las estrategias que luego pueden ser utilizadas en la consulta: algo muy breve (mejor si es una sola hoja, puede ser por las dos caras) que contenga las informaciones prácticas y aplicables para el profesional.

Comunicación verbal: lenguaje, bidireccionalidad, manejo del grupo

El lenguaje de una sesión clínica debe ser:

- **Audible:** un poco más alto al principio y al final.
- **Variable en tono e intensidad:** con inflexiones que lo hagan más atractivo, acordes a los diferentes contenidos o metodologías utilizados, evitando la monotonía.
- **Didáctico:** debemos hablar «como si explicáramos», no «como si leyésemos», y de forma bidireccional, es decir, pendientes de si se comprende y se asimila lo que estamos explicando, dejando pausas, preguntando si es necesario.
- **Sencillo:** con frases cortas, evitando utilizar tecnicismos (no son sinónimos de conocimiento) que puedan no ser comprendidos por los asistentes, y sobre todo, sin parrafadas largas y unidireccionales.

La bidireccionalidad debe estar marcada por un clima de participación desde prácticamente el principio. Si el ponente empieza con una exposición unidireccional durante 10-15 minutos, los oyentes se instalan en ese «clima» pasivo, de recepción, tras lo cual va a resultar mucho más difícil para el docente pedirles que respondan a una pregunta o que realicen un ejercicio en grupo, por ejemplo. No se deben «reprimir» las interrupciones: el que pregunta o quiere aportar algo ha estado atento y lo escuchado le ha generado una reflexión, una duda, etc.

Para favorecer la participación¹¹: si queremos que los asistentes practiquen una habilidad, resuelvan un ejercicio, hagan un *role-playing*, etc., usemos «el motor de tres tiempos»: primero explicamos lo que hay que hacer, después lo hace el docente (tal vez con la complicidad de un compañero preparado) y después pedimos al EAP que practique con nosotros. Cuando solicitamos opinión o aportaciones a los asistentes, debemos recogerlas después y ponerlas en común; el trabajo debe ser valorado.

Si acabamos la sesión un poco antes de la hora prevista y nos sobran 5 minutos, los asistentes lo agradecen, se relajan y es mucho más probable que surjan preguntas o comentarios muy valiosos. El docente debe estar también muy atento a estas aportaciones finales, respondiendo dudas si puede, o comprometiéndose a buscar la respuesta si no la sabe en ese momento.

Comunicación no verbal: la actitud docente

Las características no verbales de la voz (paralenguaje) y el lenguaje corporal representan un porcentaje más importante que la propia palabra en el proceso comunicativo. Más del 80% del mensaje que reciben quienes nos están escuchando es comunicación no verbal.

La emoción que transmite el ponente al inicio crea un clima que se «contagia» a los asistentes: es muy importante estar tranquilo y disfrutar de lo que estamos haciendo. No debemos preocuparnos por si estamos algo nerviosos al principio, porque los asistentes no lo notan o no le dan importancia. Para comunicar efectivamente son mucho más importantes y necesarios las ganas de comunicar, el entusiasmo o incluso la pasión del docente.

No es adecuado dar una sesión clínica mirando a la pantalla, al ordenador o al vacío, de lado o de espaldas a los asistentes, tampoco sentado. El ponente debe tener una postura frontal mirando a los asistentes, transmitiendo en todo momento que son el verdadero centro de atención para él.

Miraremos a todos, a los ojos, alternativa y equitativamente, eso les implica y les hace estar atentos, además nos da información sobre si nos escuchan, si están de acuerdo, si se aburren. También es aconsejable sonreír, sobre todo al principio porque eso relaja al docente y también al grupo.

Los movimientos deben ser fluidos y debemos intentar acercarnos a todos, ya que ello favorece la atención y participación. Evitar cuidadosamente los adaptadores (transmiten nerviosismo), como el pie en movimiento, el balanceo alternativo sobre los pies, el *clic-clic* con el bolígrafo, y tantos otros gestos inconscientes para el docente, pero que acaparan la atención del asistente y lo desistan del tema central.

Preparación, prevención de errores

Con frecuencia, cuando presentamos una sesión, ocurren problemas inesperados, aunque no por ello son inevitables. Para prevenir o tener previstas diversas incidencias, es necesario:

- **Ensayo y preparación:** debemos tener todo el material sabido, repasado y ensayado. El ensayar varias veces la charla, los ejercicios, las diapositivas, etc., nos dará seguridad, confianza y pasión por el tema, que es lo que hace un comunicador exitoso. Para obtener valoración sobre nuestra comunicación docente, podemos ensayar con cualquier persona que nos conozca bien. Para pre-

parar los ejercicios o recibir críticas sobre los contenidos o las diapositivas, es mejor ensayar con un colega, pidiéndole que nos comente aspectos concretos (tal vez sea útil pasarle un listado evaluativo) y evitar juicios globales (muy bien, muy amena...) que no ayudan a mejorar.

- **Contenido de la sesión:** llevaremos al menos una copia en papel (mejor impresión de página de notas + la guía didáctica) y otra copia accesible en internet (nuestro correo, disco duro virtual, *slideshare* u otros). Comprobemos que el material necesario para los ejercicios o para entregar a los asistentes está impreso y hay copias suficientes. Si durante la sesión perdemos el hilo, o nos quedamos en blanco, volvemos a la guía didáctica, y seguimos como si tal cosa.
- **Puntualidad:** llegar con tiempo suficiente para comprobar que todo funciona: las luces, la temperatura de la sala, el ordenador, el cañón, la pantalla, los altavoces, la pizarra o rotafolios, los rotuladores, nuestra presentación cargada, el ratón inalámbrico o mando para pasar las diapositivas. Si queremos que los demás compañeros sean también puntuales, puede ayudarnos el envío de un correo pocas horas antes recordándoles la sesión y pidiéndoles cariñosamente que intenten estar a la hora convenida. Como el tiempo disponible para la sesión es generalmente de 1 hora, daremos 5 o 10 minutos de cortesía y empezaremos con la sesión, aunque solo estén presentes dos asistentes.
- **Interrupciones:** ¿algunas personas entran cuando la sesión ya ha empezado?, ¿alguien se levanta y sale?, ¿suena el teléfono o viene alguien a avisar al profesional de guardia? Debemos observar el impacto que esta interrupción tiene en los participantes. Si siguen atentos al desarrollo de la sesión clínica, y la distracción es mínima, es mejor no prestar atención al que interrumpe y seguir como si no hubiera pasado nada. Si, en cambio, la interrupción roba la atención de los asistentes, debemos parar y esperar a que se resuelva. Para evitar que sea el teléfono móvil el que interrumpa, apagamos el nuestro o dejémoslo en silencio. Si lo hacemos ostensiblemente, antes de empezar la sesión, tal vez los demás sigan nuestro ejemplo.
- **Incidencias técnicas:** antes de empezar, conseguir la manera de averiguar si el técnico está disponible. Si durante la sesión falla alguna tecnología, intentaremos arreglarlo nosotros y pediremos ayuda a los asistentes. Mientras se arregla, continuemos con la sesión si es posible, apoyándonos en el soporte papel que hemos llevado impreso.
- **Falta de tiempo:** es un error intentar comprimir todos los contenidos en un tiempo inferior, transmite prisa y nerviosismo a los asistentes y crea un clima que dificulta el aprendizaje. Es preferible reducir los contenidos (es mejor cortar que pensar) y abordar los aspectos más esenciales de nuestra sesión con tranquilidad, de forma que los asistentes trabajen solo algunos de los contenidos esenciales, pero con el ritmo adecuado.

Mejorando la sesión: guía de observación

Después de la sesión, es fundamental la autoevaluación y la heteroevaluación, como estrategia para mejorar próximas sesiones.

Estamos acostumbrados a los comentarios informales al final de la sesión, y menos habituados a dar una valoración estructurada. Os recomendamos practicar esta herramienta de mejora, dar un listado pre-elaborado a uno de los asistentes para evaluar la sesión.

Recomendamos apuntar en nuestra guía de sesión lo que pensamos que nos ha funcionado, y lo que podemos mejorar. Y pedir a los discentes una evaluación. También es recomendable grabar las sesiones para el análisis posterior.

En general, cuando somos los que valoramos, es importante generar la propia reflexión del observado, señalar lo que se hace bien, remarcar lo mejorable y ser constructivos, dando alternativas.

Se recomienda ser concretos, y utilizar un lenguaje descriptivo, y no evaluativo. No se trata de decir que se ha hecho «bien» o «mal», sino lo que hemos observado que ha pasado: «ha sonreído», «ha sido bidireccional», etc.

En la [tabla 5](#) os proponemos un listado, que podemos modificar y adaptar a nuestras necesidades.

TABLA 5

Listado de comprobación para evaluar una sesión clínica

- ¿Ha sabido captar la atención inicialmente?
- ¿Ha enunciado el tema?
- ¿Sabe moverse y sonríe?
- ¿Buen ritmo, densidad de contenidos?
- ¿Ha sido bidireccional?
- ¿Ha preparado y dicho conclusiones?
- ¿Buen manejo de medios técnicos/PowerPoint?
- ¿Se ha despedido?

Respecto del contenido de la sesión:

- Enumera los mensajes principales
- ¿Ha sido el aprendizaje participativo?
- ¿Por qué?
- ¿Ha comprobado qué se había aprendido?
- ¿Ha entregado material o bibliografía o direcciones de apoyo?
- Sugerencias de mejora

Resumen

Proponemos sesiones eminentemente prácticas en las que aplicamos una metodología docente basada en el aprendizaje participativo, enfocando las sesiones en la adquisición de habilidades y de conocimientos. El docente debe ayudar al grupo a la resolución de situaciones propias de la realidad en la que trabaja el EAP.

Para conseguir sesiones efectivas serán importantes tres pilares: los conocimientos del docente, la estrategia de preparación y planificación que trabajamos con una guía de sesión, y la confianza en uno mismo y en la audiencia, que mejoramos con las habilidades de comunicación oral y de manejo de grupos. Finalmente, la evaluación de las sesiones impartidas, por el propio docente y/o los asistentes, es otra forma de mejorarlas.

Lecturas recomendadas

ABC of learning and teaching in medicine: Teaching small groups. BMJ. [Internet]. 2003;326(7387):492. Disponible en: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/326/7387/492>

Aunque está orientado inicialmente a la enseñanza de estudiantes en grupos pequeños, ofrece consideraciones previas y estrategias docentes muy útiles y aplicables a una sesión docente, preparación de contenidos, dinámicas de participación, clima docente, comunicación, etc.

Aprender a enseñar: una visión práctica de la formación de formadores. Oriol Amat. Barcelona: Ediciones Gestión 2000; 2002.

Libro de bolsillo, ameno, que aborda muchos y diversos aspectos de la docencia y el aprendizaje en general. Ejemplos de ejercicios, métodos de evaluación, métodos de aprendizaje, medios técnicos, etc.

Serés E, Rosich L, Bosch F. Presentaciones orales en biomedicina. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, núm 20 [Internet]. Barcelona: Fundació Dr. Antoni Esteve; 2010. Disponible en: <http://www.esteve.org/presentaciones-orales/>

Diversos capítulos que abordan aspectos que tener en cuenta para mejorar la comunicación en el entorno científico. Contiene informa-

ción sobre la estrategia de comunicación, la guía de la sesión, la puesta en escena, el manejo de algunas situaciones difíciles, etc.

Bibliografía

1. Cabrera Vélez R, Garrido Elustondo S, Miquel Calvo I, Sanz Sanz M, Arrojo Arias E, Cervera Barba EJ. Sesiones docentes en Atención Primaria. Experiencia en los centros de un Área de Madrid. *Aten Primaria*. 2011;43(5): 263-8.
2. Marinopoulos, SS, Dorman T, Ratanawongsa N, Wilson LM, Ashar BH, Magaziner JL, et al. Effectiveness of continuing medical education. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* [Internet]. 2007 Jan; (149):1-69. (Consultado en mayo de 2014). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK38259/>.
3. Ruiz de Adana E. La formación continuada en el Equipo de Atención Primaria: La sesión clínica. Blog de Ricardo Ruiz de Adana [Internet]; 2011. Disponible en: <http://ricardoruizdeadana.blogspot.com.es/2011/01/la-formacion-continuada-en-el-equipo-de.html>
4. Pardell Alenta H. ¿Qué podemos esperar de la formación médica continuada?: mitos y realidades. *Med Clín*. 2000;114(11):419-30.
5. Muñoz E. Cómo planificar una presentación oral. En: Serés E, Rosich L, Bosch F. Presentaciones orales en biomedicina [Internet]. Barcelona: Fundació Dr. Antoni Esteve; 2010. pp. 17-24. Disponible en: www.esteve.org
6. Padilla C, Costa AM. Alicia no sabe dónde ir: Reflexiones sobre los objetivos didácticos. *Tribuna Docente On Line*. 2006;8(3):1-9.
7. Muñoz E. Estructuración de los contenidos. En: Serés E, Rosich L, Bosch F. Presentaciones orales en biomedicina [Internet]. Barcelona: Fundació Dr. Antoni Esteve; 2010. pp. 25-34. Disponible en: www.esteve.org
8. Amat O. Aprender a enseñar: una visión práctica de la formación de formadores. Barcelona: Ediciones Gestión 2000; 2002.
9. Muñoz E. Los principios de la comunicación oral. En: Serés E, Rosich L, Bosch F. Presentaciones orales en biomedicina [Internet]. Barcelona: Fundació Dr. Antoni Esteve; 2010. pp. 9-16. Disponible en: www.esteve.org
10. Muñoz E. El PowerPoint y sus principales aplicaciones. En: Serés E, Rosich L, Bosch F. Presentaciones orales en biomedicina [Internet]. Barcelona: Fundació Dr. Antoni Esteve; 2010. pp. 57-64. Disponible en: www.esteve.org
11. ABC of learning and teaching in medicine: Teaching small groups BMJ. 2003;326(7387):492.