South American Publishing

SAP Multidisciplinary Open. 2026; 4:261
doi: 10.62486/mo2026261

ORIGINAL

Pedagogical Proposal for Patient-Centered Anamnesis in Medical English Teaching

Propuesta pedagógica para la anamnesis centrada en el paciente en la enseñanza del inglés médico

Yulio Freije Suarez[1], Cristhian Luis Arroyo Castellanos[1], Sadiel Ernesto Sayas Pérez[1], Hilda de la Caridad Abra Arce[1], Arelys Esther Gener Ramirez[1]

[1]Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Pinar del Río, Cuba.

Cite as
Freije Suarez Y, Arroyo Castellanos CL, Sayas Pérez SE, Abra Arce H de la C, Gener Ramirez AE. Pedagogical Proposal for Patient-Centered Anamnesis in Medical English Teaching. SAP Multidisciplinary Open. 2026; 4:261. https://doi.org/10.62486/mo2026261

Publication History
Submitted: 05-08-2025
Revised: 15-12-2025
Accepted: 09-03-2026
Published: 10-03-2026

ABSTRACT

Introduction: the teaching of medical English in Cuba has traditionally focused on technical vocabulary and decontextualized grammar, neglecting the communication skills essential for clinical practice. This gap between language training and the real demands of consultation—especially in primary care and international missions—has ethical and diagnostic implications.
Objective: to develop a pedagogical proposal for teaching patient-centered anamnesis in medical English, aimed at Cuban medical students.
Development: the proposal integrates three theoretical foundations: the patient-centered approach, the analysis of anamnesis as a discursive genre, and critical language pedagogy. Based on these, a six-session teaching sequence is designed that articulates the clinical use of verb tenses (present perfect, past simple), the formulation of open-ended questions, the ethical use of silence, and the critical adaptation of tools such as the SOCRATES mnemonic. The materials incorporate authentic expressions and metaphors from the Cuban context, ensuring their cultural relevance. The proposal includes an evaluation rubric that assesses both linguistic accuracy and the quality of interaction and empathy.
Conclusions: teaching anamnesis in English from a patient-centered approach is not just about training in a language; it is about training in the ethics of listening. The proposal enhances the humanistic strengths of Cuban medicine and prepares future professionals to project them in international contexts, demonstrating that it is possible to innovate pedagogically with existing resources.

Keywords: English for Specific Purposes; Patient-Centered Anamnesis; Clinical Communication; Critical Pedagogy; Medical Education; Cuba.

RESUMEN

Introducción: la enseñanza del inglés médico en Cuba ha privilegiado tradicionalmente el vocabulario técnico y la gramática descontextualizada, relegando las competencias comunicativas esenciales para la práctica clínica. Esta brecha entre la formación lingüística y las demandas reales de la consulta —especialmente en contextos de atención primaria y misiones internacionales— tiene implicaciones éticas y diagnósticas.
Objetivo: desarrollar una propuesta pedagógica para la enseñanza de la anamnesis centrada en el paciente en inglés médico, dirigida a estudiantes de medicina cubanos.
Desarrollo: La propuesta integra tres fundamentos teóricos: el enfoque centrado en el paciente, el análisis de la anamnesis como género discursivo y la pedagogía crítica del lenguaje. A partir de ellos, se diseña una secuencia didáctica de seis sesiones que articula el uso clínico de tiempos verbales (P*resent Perfect, Past Simple*), la formulación de preguntas abiertas, el manejo ético del silencio y la adaptación crítica de herramientas como el mnemónico SOCRATES. Los materiales incorporan expresiones y metáforas auténticas del contexto cubano, garantizando su pertinencia cultural. La propuesta incluye una rúbrica de evaluación que valora tanto la precisión lingüística como la calidad de la interacción y la empatía.
Conclusiones: enseñar anamnesis en inglés desde un enfoque centrado en el paciente no es solo formar en un idioma; es formar en una ética de la escucha. La propuesta potencia las fortalezas humanistas de la medicina cubana y prepara a los futuros profesionales para proyectarlas en contextos internacionales, demostrando que es posible innovar

© 2026; The Authors. This Open access article is distributed under the Creative Commons Attribution 4.0 license (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

pedagógicamente con los recursos existentes.

Palabras clave: Inglés con Fines Específicos; Anamnesis Centrada en el Paciente; Comunicación Clínica; Pedagogía Crítica; Formación Médica; Cuba.

INTRODUCCIÓN

En la formación médica cubana, el dominio del inglés ha sido históricamente concebido como una competencia instrumental: una llave técnica para acceder a bases de datos, publicaciones científicas y estándares internacionales de práctica clínica. Esta visión, profundamente arraigada en los planes de estudio de las universidades de ciencias médicas, ha privilegiado el aprendizaje de vocabulario especializado, estructuras gramaticales descontextualizadas y ejercicios de traducción literal, mientras relega a un segundo plano las dimensiones discursivas, relacionales y éticas del lenguaje en la interacción clínica.[1]

Cuba, con su reconocida vocación internacionalista, despliega médicos en contextos de habla inglesa, lo que exige una preparación lingüística de alto nivel. Sin embargo, esta preparación se enfrenta a una paradoja: en un entorno de atención primaria marcado por la limitación de recursos tecnológicos y de conectividad, el acto diagnóstico depende casi exclusivamente de la interacción verbal. Se estima que hasta el 80 % de los diagnósticos en atención primaria se basan en la información recogida durante la entrevista inicial.[2,3] Paradójicamente, la enseñanza del inglés médico en las universidades cubanas aún no ha priorizado el entrenamiento en las estructuras lingüísticas y comunicativas específicas que hacen posible una anamnesis precisa, empática y centrada en el paciente.

La consecuencia pedagógica es clara: los estudiantes pueden memorizar listas de síntomas en inglés o conjugaciones del *Present Perfect*, pero carecen de las herramientas para preguntar, por ejemplo, *¿"Can you describe the pain for me?"* de forma que invite a una descripción auténtica —como "*like bits of soil*"— en lugar de inducir una respuesta estereotipada —como "*like coffee grounds*"— que responde a las expectativas del médico, no a la experiencia del paciente.

Esta brecha no es meramente lingüística; es ética y diagnóstica. Una pregunta mal formulada no solo distorsiona la información, sino que puede erosionar la confianza, invisibilizar el sufrimiento subjetivo y, en última instancia, conducir a errores clínicos.

Si bien la literatura en Inglés para Fines Médicos ha abordado la enseñanza de la anamnesis desde perspectivas funcionales (por ejemplo, secuencias de preguntas y respuestas) y la comunicación intercultural, son escasos los modelos pedagógicos que integran explícitamente el enfoque centrado en el paciente (ECP) como eje del aprendizaje lingüístico. Esta integración es crucial porque, pues la estructura de la entrevista no es neutral; moldea activamente la información que se obtiene.[4]

Frente a esta problemática, este artículo propone un reposicionamiento epistémico en la enseñanza del inglés médico: dejar de concebirlo como una asignatura de 'inglés técnico' —un mero código— para transformarlo en un espacio de formación clínica crítica, donde el lenguaje se entienda como una práctica de cuidado. No se trata solo de enseñar a los estudiantes qué vocabulario usar en inglés, sino cómo estructurar el discurso para invitar al relato, cuándo hacer una pausa para facilitar la introspección y por qué el respeto por la narrativa del paciente es tan esencial como el conocimiento de la fisiopatología.

Por ello, el objetivo del presente artículo es desarrollar una propuesta pedagógica para la anamnesis centrada en el paciente en la enseñanza del inglés médico.

DESARROLLO

BASES TEÓRICAS DE LA PROPUESTA PEDAGÓGICA

El enfoque centrado en el paciente

El paradigma del enfoque centrado en el paciente (ECP) emergió como una respuesta a los excesos del modelo biomédico, que reducía al enfermo a un conjunto de órganos disfuncionales. Investigadores como Michael Balint (1957), en *The Doctor, His Patient and the Illness*,[5] ya advertían que la relación médico-paciente era en sí misma un "fármaco invisible" cuyo efecto terapéutico dependía de la calidad de la escucha. Posteriormente, Byrne et al.[6], en su análisis sistemático de grabaciones de consultas, demostraron que la estructura de la entrevista clínica —especialmente el equilibrio entre preguntas abiertas y cerradas— determinaba no solo la exhaustividad de la información, sino la satisfacción del paciente y la adherencia al tratamiento.

En las últimas décadas, el ECP se ha consolidado en marcos como el de Stewart[7], quien lo define mediante seis componentes interrelacionados: explorar tanto los aspectos biomédicos como los contextuales de la enfermedad; entender la experiencia subjetiva del paciente; fomentar una relación basada en la confianza; lograr un entendimiento compartido; y apoyar la autonomía del paciente. Makoul et al.[8] sintetizaron estas ideas en un modelo integrador que enfatiza la necesidad de elucidar las ideas, preocupaciones y expectativas (ICE, por sus siglas en inglés) del paciente, reconociendo que estas a menudo divergen de las hipótesis clínicas del profesional.

Sin embargo, este modelo ha sido criticado desde perspectivas postcoloniales y desde el Sur Global por su sesgo cultural. Tal como señala Kirmayer[9], el ECP presupone un "paciente autónomo, verbal y reflexivo" —una figura que responde a ideales individuales y expresivos propios de Occidente—, pero que puede no resonar en culturas donde el sufrimiento se expresa a través del cuerpo, el silencio o la red familiar. En Cuba, donde la medicina comunitaria y el rol del médico de familia están profundamente arraigados, el "centramiento en el paciente" no puede ignorar la interdependencia social, la historia colectiva del sufrimiento ni la desconfianza estructural hacia discursos médicos importados. Por ello, en este artículo proponemos una adaptación crítica del ECP, no como trasplante acrítico, sino como ética relacional contextualizada, en la que el médico no solo escucha al individuo, sino que se sitúa en su mundo.

La anamnesis como género discursivo

Desde la lingüística aplicada y el análisis conversacional, la anamnesis no es un mero intercambio de información, sino un género discursivo institucionalizado con reglas implícitas de participación, secuencia y autoridad.[10] Byrne et al.[6] propusieron identificaron una estructura típica de la consulta: (1) inicio, (2) motivo de consulta, (3) historia de la enfermedad actual, (4) historia personal y familiar, (5) examen físico, (6) diagnóstico y plan.

Dentro de esta secuencia, el uso de tiempos verbales no es accidental: el *Present Perfect Continuous ("How long have you been feeling this pain?")* invita al paciente a narrar una experiencia en curso, mientras que el *Past Simple ("When did it start?")* la fija en un punto cronológico, potencialmente desconectada de su presente vital.

Más aún, la elección entre preguntas abiertas *("Tell me about your pain"*) y cerradas *("Is the pain sharp or dull?"*) determina quién controla la narrativa. Las primeras permiten que el paciente defina el problema en sus propios términos —una condición esencial para la precisión diagnóstica—, mientras que las segundas imponen categorías predefinidas. Como ilustra el ejemplo clásico: si el médico pregunta "¿El vómito era negro, como granos de café?", el paciente dirá "sí", aun si lo que vio era "tierra" o "sangre coagulada". La pregunta sugestiva no recoge datos; los fabrica.

En este sentido, enseñar inglés médico no puede limitarse a la gramática aislada. Debe formar estudiantes capaces de navegar el discurso clínico como práctica simbólica, donde cada tiempo verbal, cada pausa, cada reformulación tiene consecuencias diagnósticas y éticas. La competencia lingüística, aquí, se vuelve competencia clínica.

Pedagogía crítica del lenguaje en contextos periféricos

Finalmente, esta propuesta se inscribe en una tradición de pedagogía crítica del lenguaje, inspirada en Freire[11] y desarrollada por autores como Canagarajah.[12] Freire denunció la "educación bancaria", en la que el estudiante es un depósito pasivo de información. En el caso del inglés médico, esto se traduce en la memorización acrítica de términos y estructuras diseñadas en contextos anglosajones, sin cuestionar su pertinencia local.

Canagarajah propone una práctica translingüe crítica, en la que los aprendices no solo adquieren una lengua extranjera, sino que la negocian, adaptan y re-significan desde sus propias realidades.

En Cuba, esto implica reconocer que el inglés es la lengua de la hegemonía biomédica global, pero también una herramienta potencial para la solidaridad internacional. El reto pedagógico no es 'anglicizar' al estudiante, sino formar un profesional bilingüe crítico: capaz de leer un artículo en inglés, sí, pero también de cuestionar sus supuestos epidemiológicos, sus sesgos diagnósticos y su desconexión de realidades como la cubana. En la práctica, esto significa, por ejemplo, diseñar simulaciones donde un 'paciente' (actuado por un compañero) responda usando modismos locales o metáforas rurales, y el 'médico' deba negociar ese significado en inglés, decidiendo cuándo reformular, cuándo pedir aclaraciones y cuándo aceptar la metáfora del paciente como dato clínico válido, aunque no se ajuste al léxico de un libro de texto occidental."

Estas tres bases teóricas operan de forma imbricada en nuestra propuesta. El Enfoque Centrado en el Paciente nos proporciona por qué ético de la enseñanza: formar médicos que prioricen la experiencia subjetiva. El análisis de la anamnesis como género discursivo nos revela el qué lingüístico: las estructuras verbales, los turnos de palabra y las secuencias que constituyen la entrevista clínica. Finalmente, la pedagogía crítica del lenguaje nos interpela sobre el cómo y el dónde: cómo enseñar estas estructuras en un contexto periférico sin caer en la imposición cultural, transformando el aula en un espacio de negociación de significados donde el inglés no es un fin en sí mismo, sino un medio para la justicia diagnóstica

PROPUESTA PEDAGÓGICA: FORMAR MÉDICOS QUE ESCUCHAN CON ÉTICA

Fundamentación

Esta propuesta se basa en tres principios pedagógicos fundamentales:

1. Aprendizaje auténtico: las tareas simulan interacciones reales de la práctica clínica, no ejercicios abstractos.
2. Integración de lo técnico y lo relacional: gramática, vocabulario y empatía se enseñan como dimensiones inseparables del juicio clínico.
3. Contextualización crítica: se reconoce que las herramientas internacionales (como SOCRATES) deben adaptarse, no imponerse, al entorno cubano de escasez, solidaridad comunitaria y medicina de terreno.

El objetivo no es lograr "fluidez nativa", sino competencia comunicativa crítica: la capacidad de usar el inglés para construir confianza, obtener información precisa y respetar la subjetividad del paciente, incluso cuando el lenguaje no es la lengua materna del profesional.

La propuesta está diseñada para implementarse en un módulo de 6 sesiones de 90 minutos, integrable en la asignatura de Inglés Médico del pregrado. No requiere internet en tiempo real ni plataformas costosas; todos los materiales pueden prepararse con antelación y utilizarse en aulas convencionales.

La selección de 6 sesiones de 90 minutos no es arbitraria. Responde a la necesidad de crear un módulo intensivo pero realista que pueda insertarse en el plan de estudios existente sin requerir una reestructuración curricular mayor, sino mediante cursos complementarios ya existentes a lo largo de la carrera. Este formato permite abordar la complejidad de la anamnesis de manera gradual, dedicando tiempo suficiente a la práctica deliberada de cada micro-habilidad, y culminando en una tarea integradora que simula las condiciones reales de la práctica clínica

Secuencia didáctica

La tabla 1 muestra la distribución de las sesiones de estudio, sus objetivos, actividades claves y los materiales requeridos en su desarrollo.

Tabla 1. Sesiones de estudio, sus objetivos, actividades claves y los materiales requeridos en su desarrollo

Sesión	Objetivo específico	Actividades clave	Materiales
1	Distinguir entre preguntas que abren y preguntas que cierran el relato del paciente.	Análisis de dos grabaciones simuladas. Discusión: ¿qué pregunta generó más información? Ejercicio de "eco".	Audios comparativos Guía de análisis.
2	Usar tiempos verbales clínicamente relevantes con intención comunicativa.	Transformación: *Past Simple → Present Perfect Continuous*. Role-play con síntomas crónicos.	Ficha de tiempos verbales. Tarjetas de síntomas.
3	Aplicar SOCRATES sin inducir respuestas.	Juego de roles con metáforas auténticas. Reflexión escrita.	Tarjetas con metáforas cubanas. Guía SOCRATES crítica.
4	Integrar comunicación verbal y no verbal.	Entrenamiento en *back-channelling*. Práctica de postura y contacto visual.	Lista de señales no verbales.
5	Reconocer cómo las preguntas sesgadas generan información falsa.	Análisis de casos reales anónimos. Reescritura colaborativa del diálogo.	Casos clínicos adaptados.
6	Aplicar todas las competencias en una entrevista clínica inicial.	Simulación completa. Retroalimentación con rúbrica.	Rúbrica integradora. Tarjetas de roles.

A continuación, y con el fin de ilustrar como desarrollar cada una de las actividades, se tomará como ejemplo la sesión 3.

Sesión 3
Objetivo: aplicar SOCRATES sin inducir respuestas

Procedimiento

En parejas, el "paciente" toma una tarjeta con una metáfora (en español) y debe comunicar su síntoma en inglés, usando sus propias palabras. El "médico" debe guiar la entrevista usando SOCRATES, pero reformulando las preguntas cerradas de la versión tradicional en preguntas abiertas. El objetivo es que el médico llegue a comprender la metáfora original sin haberla visto. Al final, el paciente revela la tarjeta y ambos discuten: ¿Logró el médico captar la esencia del síntoma? ¿Qué preguntas ayudaron más?

Tarjetas con metáforas cubanas auténticas

- Dolor: "Siento como si me estuvieran clavando un punzón."
- Opresión: "Tengo un peso en el pecho, como si tuviera una losa."
- Fatiga: "Me siento como si me hubiera caído de un cuero."

Ejemplo SOCRATES:

- Site: "Can you point to exactly where it hurts?"
- Onset: "Did it come on suddenly or gradually?"
- Character: "If you had to describe the feeling, what's it like?" (Evitando: "Is it sharp or dull?")
- Radiation: "Does the pain stay there or does it travel anywhere?"
- Associated symptoms: "What else do you notice when the pain is there?"
- Timing: "Is it there all the time or does it come and go?"
- Exacerbating factors: "Does anything make it better? Does anything make it worse?"
- Severity: "On a scale of 1 to 10, how bad is it?"

Se hace necesario establecer una nota con respecto a la sesión 5, respecto a cómo las preguntas sesgadas generan información falsa.

En esta sesión se busca realizar el análisis de casos donde el sesgo del médico (cultural, lingüístico o de género) conlleva a un error diagnóstico. Por ejemplo, un caso donde un médico angloparlante malinterpretó la expresión "susto" o "empacho" de un paciente latino como un síntoma físico sin explorar el componente cultural, o donde una pregunta cerrada ("¿El dolor es punzante?") indujo una respuesta afirmativa que enmascaraba un dolor de tipo opresivo. Para ello, los estudiantes, en grupos, reescriben el diálogo problemático. Primero, identifican la pregunta o intervención que introdujo el sesgo. Luego, la reformulan desde una perspectiva centrada en el paciente y culturalmente humilde. Finalmente, representan ambas versiones y discuten el impacto diferencial en la relación y en la precisión de la información obtenida.

Rúbrica de evaluación integradora

La tabla 2 muestra una propuesta de rúbrica de evaluación integral para la evaluación al final de la implementación de la propuesta pedagógica.

Tabla 2. Rúbrica de evaluación integral

Criterio	Peso	Excelente (4)	Satisfactorio (3)	En desarrollo (2)	Insuficiente (1)
Apertura al relato	30 %	Usa preguntas abiertas y silencios facilitadores.	Mayormente abierto; ocasional sugestión.	Predominan preguntas cerradas.	Impone categorías desde el inicio.
Precisión lingüística	25 %	Tiempos verbales clínicamente adecuados con naturalidad.	Uso correcto, aunque rígido.	Errores que distorsionan significado.	Confusión en cronología.
Empatía verbal / no verbal	25 %	Aplica KEPe Warm integralmente.	Empatía verbal; cuerpo rígido.	Empatía limitada.	Actitud distante.
Respeto por subjetividad	20 %	Valora metáforas sin corregirlas.	Escucha, pero "traduce" a términos médicos.	Ignora descripción del paciente.	Impone su interpretación.

Resulta invaluable establecer un proceso de retroalimentación al finalizar cada cohorte, con el fin del perfeccionamiento de la propuesta, mediante encuestas de satisfacción o la aplicación de consultas PNI (Positivo, Negativo, Interesante) anónimas.

DISCUSIÓN

La propuesta pedagógica aquí presentada emerge de una convicción fundamental: en la formación médica, la competencia lingüística y la competencia clínica son dimensiones inseparables. Lo que se propone no es un añadido superficial al currículo de Inglés Médico, sino una reconceptualización de su lugar en la formación del futuro profesional de la salud en Cuba.

El lenguaje como acto clínico

Tradicionalmente, la enseñanza del inglés en ciencias médicas ha tendido a separar lo "técnico" de lo "humano", como si el dominio del vocabulario fuese un requisito previo y la comunicación empática un aditamento posterior. Esta propuesta desafía esa dicotomía al demostrar que la gramática y la pragmática del inglés son, en sí mismas, herramientas diagnósticas. El *Present Perfect Continuous* no es un mero tiempo verbal; es un recurso lingüístico que permite al médico situar el síntoma en la biografía del paciente, comprenderlo como proceso y no como evento aislado. Del mismo modo, ¿la formulación de una pregunta abierta —"Can you tell me about the pain?"— no es una mera fórmula de cortesía, sino un acto de humildad epistémica que reconoce al paciente como poseedor de un saber indispensable para el diagnóstico. En este sentido, la competencia comunicativa no complementa la competencia clínica: la constituye.

Fomento de una anamnesis culturalmente sensible

La experiencia clínica en Cuba revela que los pacientes a menudo expresan su sufrimiento mediante un rico repertorio de metáforas y narrativas populares. Descripciones como "siento que me anda un bicho por el pecho" o "me duele como si me apretaran con una soga" contienen información clínica valiosa que una anamnesis meramente técnica, basada en categorías prefijadas, corre el riesgo de desestimar. Nuestra propuesta pedagógica entrena al futuro médico para reconocer, respetar y explorar esas expresiones, incluso cuando deba hacerlo en inglés. Se trata de enseñar a traducir no solo palabras, sino significados culturales, construyendo puentes entre el saber popular y el conocimiento médico académico. Esta sensibilidad cultural no solo enriquece la relación clínica, sino que contribuye a una mayor precisión diagnóstica y adherencia terapéutica.[13]

La dimensión ética de la enseñanza del inglés médico

En un contexto global donde la tecnología avanza hacia la automatización de la consulta —con historias clínicas electrónicas estandarizadas y sistemas de triaje basados en inteligencia artificial—, reivindicar la centralidad de la palabra y la escucha adquiere un valor estratégico. Ciertos aspectos de la relación clínica no pueden delegarse en algoritmos: la capacidad de interpretar un silencio, de percibir la emoción tras una palabra, de ajustar el ritmo de la entrevista a las necesidades del paciente. Formar a los estudiantes en estas competencias comunicativas, incluso —y especialmente— en un idioma extranjero, es prepararlos para un ejercicio profesional donde la tecnología sea una herramienta al servicio del vínculo humano, no un sustituto de este.

Pertinencia para el contexto cubano y su proyección internacional

Cuba posee una tradición consolidada en la formación de médicos con un fuerte sentido humanista y comunitario. El médico de familia cubano, inserto en el barrio y en la historia de sus pacientes, practica cotidianamente una medicina relacional que es, en esencia, un ejercicio de escucha atenta. La propuesta que presentamos no introduce un modelo foráneo, sino que potencia una fortaleza existente: dota al profesional cubano de las herramientas lingüísticas en inglés para proyectar esa misma calidad de escucha en contextos internacionales, particularmente en las misiones médicas solidarias que nuestro país desarrolla en países de habla inglesa. se trata de formar un profesional bilingüe capaz de llevar lo mejor de nuestra tradición médica —la proximidad, la confianza, el cuidado comunitario— a escenarios donde el inglés es la lengua de interacción.[14] El objetivo no es imitar al médico occidental, sino comunicar la medicina cubana al mundo, con su sello distintivo de humanismo y solidaridad.

Implicaciones para la formación médica en Cuba

La integración de esta propuesta en el currículo de Inglés Médico no requiere de grandes transformaciones estructurales ni de

costosos recursos tecnológicos. Se basa, por el contrario, en un aprovechamiento inteligente de los recursos existentes: la creatividad del profesorado, la riqueza del contexto sociocultural cubano, y la motivación de los estudiantes por formarse como profesional integral para Cuba y el mundo. Las simulaciones, los juegos de roles y el análisis de casos pueden realizarse en cualquier aula, con materiales impresos y la guía de un docente comprometido. Esta factibilidad es, quizás, uno de los mayores valores de la propuesta: demuestra que es posible innovar pedagógicamente incluso en contextos de recursos materiales limitados, apostando por el recurso más valioso de todos —la capacidad humana de escuchar y comprender.

CONCLUSIÓN

La enseñanza del inglés médico en Cuba enfrenta el reto de formar profesionales para un mundo donde la comunicación es tan crucial como el conocimiento técnico. Este artículo ha presentado una propuesta pedagógica que integra el enfoque centrado en el paciente, el análisis del discurso clínico y una perspectiva crítica del lenguaje, demostrando que es posible innovar con los recursos existentes. La secuencia didáctica de seis sesiones, los materiales contextualizados y la rúbrica de evaluación ofrecen herramientas concretas para transformar el aula de inglés en un espacio de formación clínica integral. Los estudiantes no solo aprenden vocabulario y gramática, sino que desarrollan la capacidad de preguntar con apertura, callar con respeto y traducir metáforas sin traicionar significados.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Yulio Freije Suarez, Cristhian Luis Arroyo Castellanos, Sadiel Ernesto Sayas Pérez, Hilda de la Caridad Abra Arce, Arelys Esther Gener Ramirez.

Curación de datos: Yulio Freije Suarez, Cristhian Luis Arroyo Castellanos, Sadiel Ernesto Sayas Pérez, Hilda de la Caridad Abra Arce, Arelys Esther Gener Ramirez.

Análisis formal: Yulio Freije Suarez, Cristhian Luis Arroyo Castellanos, Sadiel Ernesto Sayas Pérez, Hilda de la Caridad Abra Arce, Arelys Esther Gener Ramirez.

Investigación: Yulio Freije Suarez, Cristhian Luis Arroyo Castellanos, Sadiel Ernesto Sayas Pérez, Hilda de la Caridad Abra Arce, Arelys Esther Gener Ramirez.

Metodología: Yulio Freije Suarez, Cristhian Luis Arroyo Castellanos, Sadiel Ernesto Sayas Pérez, Hilda de la Caridad Abra Arce, Arelys Esther Gener Ramirez.

Administración del proyecto: Yulio Freije Suarez, Cristhian Luis Arroyo Castellanos, Sadiel Ernesto Sayas Pérez, Hilda de la Caridad Abra Arce, Arelys Esther Gener Ramirez.

Recursos: Yulio Freije Suarez, Cristhian Luis Arroyo Castellanos, Sadiel Ernesto Sayas Pérez, Hilda de la Caridad Abra Arce, Arelys Esther Gener Ramirez.

Software: Yulio Freije Suarez, Cristhian Luis Arroyo Castellanos, Sadiel Ernesto Sayas Pérez, Hilda de la Caridad Abra Arce, Arelys Esther Gener Ramirez.

Supervisión: Yulio Freije Suarez, Cristhian Luis Arroyo Castellanos, Sadiel Ernesto Sayas Pérez, Hilda de la Caridad Abra Arce, Arelys Esther Gener Ramirez.

Validación: Yulio Freije Suarez, Cristhian Luis Arroyo Castellanos, Sadiel Ernesto Sayas Pérez, Hilda de la Caridad Abra Arce, Arelys Esther Gener Ramirez.

Visualización: Yulio Freije Suarez, Cristhian Luis Arroyo Castellanos, Sadiel Ernesto Sayas Pérez, Hilda de la Caridad Abra Arce, Arelys Esther Gener Ramirez.

Redacción – borrador original: Yulio Freije Suarez, Cristhian Luis Arroyo Castellanos, Sadiel Ernesto Sayas Pérez, Hilda de la Caridad Abra Arce, Arelys Esther Gener Ramirez.

Redacción – revisión y edición: Yulio Freije Suarez, Cristhian Luis Arroyo Castellanos, Sadiel Ernesto Sayas Pérez, Hilda de la Caridad Abra Arce, Arelys Esther Gener Ramirez.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García Cormenzana AJ. Las ciencias médicas y el inglés con fines específicos en el contexto actual. Medimay. 2024;31:e2584. https://medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/2584

2. Keifenheim KE, Teufel M, Ip J, et al. Teaching history taking to medical students: a systematic review. BMC Med Educ. 2015;15:159. https://doi.org/10.1186/s12909-015-0443-x

3. Davis JL, Murray JF. History and physical examination. In: Murray and Nadel's textbook of respiratory medicine. 2016. p. 263–277.e2. doi:10.1016/B978-1-4557-3383-5.00016-6

4. Choperena A, Gavela-Ramos Y, Lizarbe-Chocarro M, Galán-Espinilla MJ, Errasti-Ibarrondo B, La Rosa-Salas V, Vázquez-Calatayud M, McCormack B, Carvajal-Valcárcel A. Translation and transcultural adaptation of the theoretical Person-Centred Practice Framework to the Spanish context. An Sist Sanit Navar. 2022;45(3):e1016. doi:10.23938/ASSN.1016

5. Balint M. The doctor, his patient, and the illness. Lancet. 1955;268(6866):683–8. doi:10.1016/s0140-6736(55)91061-8

6. Byrne PS, Long BEL, Great Britain. Department of Health and Social Security. Doctors talking to patients: a study of the verbal behaviour of general practitioners consulting in their surgeries. London: H.M.S.O; 1976. https://nla.gov.au/nla.cat-vn915014

7. Stewart M. Towards a global definition of patient-centred care. BMJ. 2001;322(7284):444–445. https://doi.org/10.1136/bmj.322.7284.444

8. Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making. Patient Educ Couns. 2006;60(3):301–312. https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.06.010

9. Kirmayer LJ. Cultural psychiatry in historical perspective. In: Kirmayer LJ, Minas IH, editors. Textbook of cultural psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press; 2007. p. 3–19.

10. Heritage J, Robinson JD. The structure of patients' presenting concerns: physicians' opening questions. Health Commun. 2006;19:89–102. doi:10.1207/s15327027hc1902_1

11. Freire P. Pedagogy of the oppressed. Herder & Herder; 1970.

12. Canagarajah AS. Translingual practice: global Englishes and cosmopolitan relations. Routledge; 2013. https://doi.org/10.4324/9780203073889

13. Candlin CN, Candlin S. Health care communication: a problematic site for applied linguistics research. Annu Rev Appl Linguist. 2003.

14. Pérez Aldana L. Estructuras didácticas contextualizadas para la enseñanza del inglés en la educación médica. Rev Holón. 2024;2(5):110–124.