

SALUD MENTAL Y PROFESIONALISMO EN LA EDUCACIÓN MÉDICA: HACIA ECOSISTEMAS DE APRENDIZAJE SOSTENIBLES

AUTOR: ANA PAOLA BADÍA DE LA PEÑA

ASISTENTE ACADEMICO ESCUELA DE MEDICINA, DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD,
UNIVERSIDAD ANÁHUAC QUERÉTARO.

RESUMEN

La educación médica ha estado basada en una cultura de perfeccionismo, exigencias, estrés, jerarquías y disciplina poco sostenible (3). Lo que se asocia con un deterioro de la salud mental de los estudiantes de medicina, en comparación a la población general (6). La evidencia demuestra que esta situación no es un fenómeno aislado, sino una consecuencia estructural del ecosistema de aprendizaje en el que se forman los futuros médicos. Sumado a esta situación, el perfil común del estudiante de medicina desde edades tempranas ha sido parte de un grupo destacado académicamente, con trayectorias marcadas por el éxito y el reconocimiento. Esta experiencia puede dificultar la tolerancia al fracaso, favoreciendo a que ellos se expongan a una autoexigencia y perfeccionismo(1). Cuando estos rasgos individuales interactúan con un entorno competitivo, se intensifican los niveles de estrés, afectando la estabilidad emocional y aumentando la vulnerabilidad psicológica (6).

Ahora bien, el problema no puede ser únicamente por características personales. El estar en un ecosistema educativo que no prioriza la salud mental genera una normalización del sufrimiento del proceso formativo. Además, existe un estigma que se asocia a la salud mental que actúa como una limitación para poder buscar ayuda, debido a que los estudiantes no quieren ser percibidos como débiles. El estar en una cultura de silencio solo refuerza el ciclo de desgaste que compromete el bienestar mental y la educación médica (7).

Las consecuencias alcanzan a la práctica médica y el profesionalismo. La formación médica no se limita a solo obtener conocimientos técnicos, sino que implica el desarrollo de la empatía, responsabilidad y compromiso ético. Sin embargo, el agotamiento emocional puede generar disminución de los valores y pérdida del sentido vocacional. De esta forma, se puede presentar una desconexión entre los ideales de la profesión y la experiencia de todos los días del estudiante, impactando en la construcción de su identidad profesional y, eventualmente, la calidad de la práctica médica (3).

Conforme a esta perspectiva, la literatura propone que las soluciones deben ser estructurales. Entre las estrategias que se sugieren está la revisión de los sistemas de evaluación hacia modelos que fomenten menor competitividad, reducción de la sobrecarga curricular y establecer políticas que se enfoquen en el bienestar de los estudiantes. Se debe agregar que ya se han hecho intervenciones como programas centrados en mindfulness, de resiliencia y aprendizaje entre pares, los cuales han demostrado tener resultados positivos en donde se ha disminuido el estrés (6). Aunque, sigue siendo necesario hacer una transformación cultural que priorice la salud mental como parte de la educación médica.

Por lo tanto, es importante replantear el modelo actual desde una perspectiva que esté basada en dimensiones estructurales, éticas y profesionales (3). Se debe promover el bienestar mental como una necesidad para formar médicos competentes, empáticos y éticamente comprometidos.

Mejorar la salud mental estudiantil genera beneficios al individuo, al profesionalismo y a la práctica futura.

Ideas centrales del ensayo: *ecosistema de la educación médica como estructura que reproduce dinámicas de perfeccionismo, estigma y jerarquía; impacto del currículo oculto y del contexto neoliberal en la salud mental del estudiantado; relación bidireccional entre bienestar mental y profesionalismo médico; evidencia de intervenciones curriculares y pedagógicas que favorecen la salud mental; propuesta de un ecosistema formativo éticamente sostenible.*

Palabras clave: *Ecosistemas de aprendizaje y prácticas del futuro; Educación médica; Salud Mental; Profesionalismo médico; Estudiantes de medicina.*

INTRODUCCIÓN

Durante la formación del futuro médico se vive exigencia académica, perfeccionismo y competitividad (1). Esto se debe a que la mayoría de la educación médica sigue anclada a la tradición y cultura (3). Se siguen normas y costumbres no expresadas y asumidas, capaces de dar lecciones sobre lo que es importante, aceptable o grato en la medicina (9). Se perpetúan conductas prejuiciosas, y jerarquías clínicas y académicas que no pueden ser cuestionadas (5). Hay un “adoctrinamiento cultural”, donde al estudiante se le moldea para que acepte las conductas y reglas anteriormente mencionadas (5). También, se les enseña a tener “piel gruesa” para sobrevivir al acoso o intimidación. (5). Por otra parte, la educación médica es precedida por tendencias educativas (secundaria, preparatoria) y sociales, que actualmente se basan en los principios del neoliberalismo (finales del siglo XX).

Donde se fomenta la evaluación, competencia y comparaciones irreales con otros. El sistema educativo valora a la persona por el rendimiento académico, y la sociedad, promueve expectativas críticas e inalcanzables (3). Igualmente, se añaden los propios atributos de los estudiantes de querer alcanzar estándares de logro (3). Teniendo en cuenta lo anterior, si la sociedad y sistema educativo vulneran la salud mental del estudiante antes de entrar a la carrera de medicina, entonces es preocupante que ellos entren a un ecosistema formativo en educación médica que exacerbe o cause problemas de salud mental (3).

La Organización Mundial de la Salud, refiere que la salud es “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o afección” (8). A pesar de que la educación médica conoce esta definición, el progreso para mejorar la salud mental de los estudiantes de medicina sigue siendo lento y no es una prioridad (3). Es un problema de preocupación global (3). Se ha demostrado que uno de cada tres alumnos en medicina a nivel mundial tiene ansiedad con una prevalencia del 33.8% (3). Se ha llegado a reportar que aproximadamente la mitad de ellos sufren de burnout y 1 de cada 9 tienen ideación suicida (6). Estas prevalencias provienen principalmente de revisiones sistemáticas y metaanálisis, con alta heterogeneidad entre estudios debido a diferencias en definiciones clínicas, escalas utilizadas y contextos socioculturales. En general, se ha informado que los médicos en formación presentan un bienestar psicosocial empeorado en contraste con sus iguales en edad; también hay una prevalencia mayor de depresión y otros problemas que comprometen a la salud mental que la población general, lo que ha sido causado por la cultura médica (1).

Además, existe un prejuicio dentro del entorno que influye en que los alumnos no busquen ayuda por miedo al estigma asociado a estas condiciones porque podría llegar a afectar su prestigio y carrera profesional (7). Por ejemplo, el Burnout Académico (ABO) es un problema que está constituido por agotamiento mental y físico severo, cinismo y sensación de inadecuación (4). En estudiantes suele operacionalizarse como burnout académico (ABO), distinto del burnout laboral. Y durante las etapas iniciales de la carrera, puede generar efectos peligrosos como depresión, llevando a problemas de concentración y apatía, alterando su capacidad de estudio y en un futuro lleva a conductas no profesionales (8). En relación con el profesionalismo médico, un constructo que se define como "altruismo, responsabilidad, devoción a la excelencia, deber y dedicación al servicio, honor y respeto por los demás" (8), al presentarse el bienestar mental comprometido, se da una desconexión entre el "deber ser" de la profesión médica y la realidad del día a día (8). Se llega a alterar la empatía y altruismo (6), características y principios profesionales fundamentales (8).

Según lo planteado, el presente ensayo tiene como propósito hacer un análisis sobre el ecosistema de aprendizaje médico y fundamentar, a partir de la literatura reciente, propuestas orientadas a priorizar la salud mental del estudiante de medicina y fomentar cambios estructurales en la cultura de formación.

DESARROLLO

Avanzando en nuestro razonamiento, si se llega a una salud mental positiva podría disminuir resultados adversos del burnout, depresión y ansiedad y sobre todo aquellos que se relacionan con el profesionalismo (8).

Pero para entender por qué esto no ha sucedido, hay que ver más allá de los síntomas individuales y aceptar que el ecosistema de la educación médica no es un entorno neutro donde simplemente se transmiten conocimientos. En realidad, funciona como un estructura que sigue dinámicas que enferman a quienes forma. La formación médica se desarrolla dentro de un entorno con mucho estrés, más para aquellas personas con antecedentes de enfermedad mental (7). Este entorno se ha mantenido sobre lo que se conoce como el currículo oculto, que son esas reglas, costumbres y valores que todos aprenden indirectamente (9). A través de este currículo oculto, los estudiantes aprenden sobre normas culturales de perfeccionismo e invulnerabilidad que, lejos de ayudarlos, los condicionan a no expresar su sufrimiento (7). Lo que sucede es que el estudiante debe aceptar las jerarquías, compita por experiencias clínicas y aprenda a tener "piel gruesa" para sobrevivir al acoso e intimidación (5). Este modelo está muy lejos de marcos como el CanMEDS, que promueve colaboración, trabajo en equipo y relaciones profesionales más horizontales (5).

El problema se hace más grave cuando se considera que estas dinámicas no son exclusivas de la educación médica. Como se mencionó en la introducción, los estudiantes llegan a la carrera de medicina con un contexto social basado en los principios del neoliberalismo, donde la evaluación constante, la competencia y la vinculación del rendimiento académico representan el valor personal, afectando su salud mental (3). Entonces, el ecosistema educativo médico no solo genera malestar por sí mismo, sino que actúa empeorando vulnerabilidades que ya existían. Las instituciones, en vez de responder a esto, han mostrado un desinterés preocupante: dado que la competencia por el ingreso a la carrera de medicina sigue siendo alta a nivel global, muchas escuelas o facultades pueden no priorizarlo lo suficiente sin sufrir consecuencias inmediatas en matrícula/reputación (3).

Esto es, en sí mismo, una contradicción ética fundamental: se forma a quienes van a cuidar la salud de otros en un sistema que descuida la suya.

Ahora bien, uno de los hallazgos más importantes que arroja la literatura reciente es la relación que existe entre la salud mental del estudiante de medicina y el desarrollo del profesionalismo médico, y esta relación va en ambas direcciones. El profesionalismo, entendido como el conjunto de acciones que promueven relaciones de confianza entre el médico, los pacientes y la sociedad (9), siendo una habilidad que se va adquiriendo y perfeccionando con el tiempo (8). El problema es que cuando la salud mental se vulnera, el profesionalismo también (8). Se ha confirmado que la depresión impacta de manera negativa la capacidad empática tanto en médicos como en estudiantes (8), y que el ABO mientras sea mayor, la empatía, el altruismo y el profesionalismo en general, son menores (8). Además, los estudiantes que experimentan ABO en etapas tempranas tienen predisposición a comportarse con poca ética (6).

No es solo que el malestar mental afecte el desempeño profesional, sino que en un entorno formativo sin enfoque relacional también hay deterioro de la salud emocional del estudiante. Hay que tener en cuenta que adquirir competencias en habilidades relacionales con pacientes y colegas requiere de más esfuerzo y complejidad que aprender procedimientos técnicos o datos concretos (9), y esa complejidad requiere un acompañamiento sostenido que el sistema actual casi no ofrece. La docencia médica no solo debe dar conocimientos y habilidades técnicas, sino también debe enseñar recursos que impulsen el autoconocimiento, que lleven a reflexionar sobre la calidad de las relaciones y que promuevan hábitos que hacen mejorar al estudiante como persona y como futuro médico (2).

Cuando esto no pasa, la educación termina produciendo profesionales técnicamente competentes pero emocionalmente vulnerables, que no logran ser empáticos y mantener el compromiso ético que la profesión demanda. Sumado a esto, los maestros se encuentran frustrados y cansados, siendo un reflejo negativo de la medicina como entidad (3), lo que perpetúa un ciclo donde el malestar se transmite de generación en generación dentro de la cultura médica.

Frente a todo esto, hay que reconocer que diversas instituciones ya han implementado intervenciones en busca del bienestar mental de sus estudiantes que muestran evidencia prometedora. En la Universidad de Saint Louis, se han hecho cambios sencillos en la estructura curricular, como la adopción de un sistema de evaluación aprobatorio/reprobatorio en la fase preclínica, que dieron como resultado reducciones importantes reportadas en los niveles de depresión y ansiedad, además de un aumento en el desempeño académico (3). También se ha encontrado que el currículo basado en aprendizaje por problemas o casos (PBL, problem-based learning), en pequeños grupos con un facilitador o tutor, puede disminuir los niveles de estrés comparado con el modelo tradicional de clases magistrales (LBL, lecture-based learning) (6), lo que sugiere que la propia estructura pedagógica es una variable que se puede cambiar y que tiene impacto directo en la salud mental. En cuanto al desarrollo profesional, existen programas de acompañamiento que tienen como objetivo emparejar a estudiantes con pacientes hospitalizados, y esto ha desarrollado mejores habilidades de comunicación y empatía con el paciente (5). Por otro lado, se han implementado también estaciones de Examen Clínico Objetivo Estructurado centradas en profesionalismo, donde los estudiantes analizan el significado práctico de este concepto (5).

Hay que mencionar, además, que existen prácticas basadas en *mindfulness*, por su parte, han generado resultados positivos como aumento en empatía, autocompasión y concentración, así como disminución del estrés, ansiedad y síntomas depresivos (9). Y el aprendizaje informal entre pares (IPAL) ha impactado en la reducción del ABO, sobre todo en las dimensiones de cinismo e inadecuación, al originarse por medio de grupos de estudio y redes sociales, para ofrecerles a los alumnos otras formas de aprendizaje en equipo para intercambiar conocimientos sin tener que estar siendo vigilados directamente por maestros (5). Igualmente, la formación en “observador activo” ha buscado darle a los estudiantes herramientas para desafiar conductas prejuiciosas dentro de los entornos clínicos y académicos (5).

Sin embargo, hay que señalar una contradicción importante: algunas iniciativas de apoyo diseñadas para disminuir el estrés estudiantil pueden, paradójicamente, aumentar el malestar mental cuando se deben de cumplir con sesiones adicionales o tareas extra como escritos reflexivos impuestos (5). Esto deja claro que las intervenciones deben diseñarse desde la lógica del cuidado y no con el objetivo de aumentar la carga curricular. No se busca agregar más trabajo al estudiante con el pretexto de “ayudarlo”.

A partir de todo lo analizado, es posible plantear algo que vaya más allá de las intervenciones aisladas y pensar en una transformación estructural del ecosistema educativo médico. Lo que se necesita es lo que aquí se propone como una educación médica éticamente sostenible: un entorno de aprendizaje que integre de manera intencional tres dimensiones que están interconectadas.

La primera es la protección activa de la salud mental, que implica que las instituciones sean responsables de examinar cada cambio curricular desde la perspectiva del bienestar estudiantil (3), adoptar evaluaciones menos correctivas y reducir la sobrecarga de contenido (3), pero también quitar el estigma hacia la enfermedad mental dentro de la cultura médica, estableciendo espacios donde la autorrevelación sea posible y segura, respaldada por políticas inclusivas y transparentes (7). La segunda es el cultivo del profesionalismo relacional, que parte de la idea de que el profesionalismo no solo puede enseñarse en el salón ni se evalúa con exámenes, sino que se aprende en la relación con otros. La educación médica es una actividad privilegiada porque se trata de ayudar y guiar a los estudiantes en un proceso formativo extenso, siendo testigos directos de su desarrollo profesional (2). Para eso se necesitan educadores que demuestren vulnerabilidad, comprensión empática y ausencia de juicio (7), rompiendo con la tradición de que el ser fuerte es un valor formativo. Y la tercera dimensión, que probablemente sea la más difícil, es la coherencia ética institucional. Las instituciones no pueden seguir sosteniendo dobles estándares (7). No es coherente enseñar empatía en el aula mientras se toleran dinámicas de acoso en los espacios clínicos. No es ético exigir profesionalismo a los estudiantes cuando los propios docentes sufren de *burnout* sin recibir apoyo (3).

Se necesita lo que llaman una “evolución gestionada”: cambios deliberados en prácticas y creencias de larga data (3). Las universidades, facultades y hospitales deben basarse en el bienestar del estudiante desde el inicio de la carrera hasta la especialización (3).

Solo cuando estas tres dimensiones funcionen en unión, el ecosistema de aprendizaje va a dejar de ser un factor de riesgo para convertirse en un espacio de educación médica que realmente humanice la práctica futura y sea capaz de producir médicos que cuiden de otros porque primero se les cuidó a ellos.

CONCLUSIÓN

El análisis presentado en este ensayo permite afirmar que los ecosistemas educativos en la formación médica no son entornos neutros, sino estructuras que reproducen dinámicas de perfeccionismo, estigma, jerarquía y silenciamiento del sufrimiento, con consecuencias medibles tanto en la salud mental del estudiante de medicina como en el desarrollo de las competencias profesionales que la medicina de hoy exige. La evidencia revisada demuestra que el malestar psicológico no es un fenómeno individual, sino un producto sistémico de cómo se ha construido históricamente la cultura de formación médica. Cuando uno de cada tres estudiantes presenta ansiedad, la mitad experimenta burnout y uno de cada nueve reporta ideación suicida, el problema deja de ser una cuestión de resiliencia individual y se convierte en la obligación moral innegociable de una institución de actuar con ética en todas sus acciones.

La relación entre salud mental y profesionalismo es un hallazgo central de este análisis.

Si el ABO afecta la empatía, si la depresión compromete el altruismo y si el entorno formativo enseña a los estudiantes que su vulnerabilidad es una debilidad y no una dimensión humana legítima, entonces la propia institución contradice sus propios principios al debilitar el profesionalismo que promueve.

Este ciclo tiene que romperse; el nuevo modelo formativo no busca soluciones inmediatas, sino una transformación de fondo que integre los tres pilares: la salud mental, un profesionalismo basado en las relaciones y la coherencia ética institucional.

La evidencia también demuestra que la transformación es posible. Cambios curriculares como la evaluación aprobatoria/reprobatoria, el aprendizaje basado en problemas, las prácticas de mindfulness, el aprendizaje entre pares y la formación en observador activo ofrecen resultados concretos y replicables. Pero estas intervenciones solo alcanzan su verdadero potencial cuando se incluyen en un sistema que es capaz de cuestionarse las creencias arraigadas sobre lo que significa formar a un médico. La educación médica del futuro tiene que asumir que cuidar la salud mental de quienes se forman no es un lujo ni un privilegio, sino una condición necesaria para producir profesionales éticamente comprometidos, empáticos y sostenibles. Formar médicos, al final, significa también formar personas, y ningún sistema que enferma a quienes forma puede aspirar legítimamente a sanar.

REFERENCIAS

1. Akrouh Ettaghadouini D, Gallego-Fuentes P, Chica-Villa A, Fontalba-Navas A, Pérez-Costillas L, Gutiérrez-Bedmar M, et al. Estudio sobre salud mental y motivación en estudiantes del grado de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Málaga. *Educ Med.* 2025;26(3). doi:10.1016/j.edumed.2024.101011.
2. Díaz González JA. Del saber al ser: formar médicos, desarrollar el carácter, forjar la identidad. *Educ Med.* 2025;26(4). doi:10.1016/j.edumed.2025.101090.
3. Eley DS, Slavin JS. La salud mental del estudiante de medicina: el dilema global intransigente, contribuyentes y posibles soluciones. *Med Teach.* 2024;46(2):156-161. doi:10.1080/0142159X.2023.2279909.
4. Gómez IC, Jiménez NM, Moreira A, Rojas LV. Peer learning and academic burnout mitigation in medical students: a mediation analysis. *BMC Med Educ.* 2024;24(1). doi:10.1186/s12909-024-06356-4.
5. Goodwin AM, Oliver SW, McInnes I, Millar KF, Collins K, Paton C. Professionalism in medical education: the state of the art. *Int J Med Educ.* 2024;15:44-47. doi:10.5116/ijme.6626.583a.
6. Jestin M, Sharma S, Jhaveri D, Mitchell B, Micciche D, Venkataraman V, et al. Mental health differences in medical students based on curriculum and gender. *BMC Med Educ.* 2023;23(1). doi:10.1186/s12909-023-04946-2.
7. Kassam A, Antepim B, Sukhera J. A mixed methods study of perceptions of mental illness and self-disclosure of mental illness among medical learners. *Perspect Med Educ.* 2024;13(1):336-348. doi:10.5334/pme.1152.
8. Sattar K, Yusoff MSB, Arifin WN, Mohd Yasin MA, Mat Nor MZ. A scoping review on the relationship between mental well-being and medical professionalism. *Med Educ Online.* 2023;28(1). doi:10.1080/10872981.2023.2165892.
9. Vidal EIO, Ribeiro LFA, Carvalho-Filho MA, Fukushima FB. Mindfulness training in medical education as a means to improve resilience, empathy, and mental health in the medical profession. *World J Psychiatry.* 2024;14(4):489-493. doi:10.5498/wjpv.14.4.489.