



REVISIÓN

Herramientas para el análisis y la transformación de la educación y cultura médica para la promoción de la salud mental en estudiantes de Medicina



Ernesto Córdoba-Castro^{a,*} y Silvia Rivera-Largacha^{b,c,d,e}

^a Facultad de Medicina, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia

^b Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^c Máster (D.E.A) en Estudios Culturales, Universidad Paul Valery, Montpellier III, Montpellier, Francia

^d Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación, Universidad Católica de Lovaina, Lovaina La Nueva, Bélgica

^e Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia

PALABRAS CLAVE

Educación médica;
Currículo oculto;
Salud mental;
Factores de riesgo

KEYWORDS

Medical education;
Hidden curriculum;
Mental health;
Risk factors

Resumen Históricamente dentro de la enseñanza médica y en la constitución de las estructuras organizacionales y la cultura médica se ha puesto poco énfasis en la promoción y la enseñanza de habilidades interpersonales, esenciales para que el personal clínico ofrezca un trato humanizado a sus pacientes y a sus equipos de trabajo. Así mismo, han sido muy pocos los esfuerzos por entender las consecuencias que tienen las presiones típicas de la formación médica en las condiciones de vida y salud mental de los estudiantes. Por esto, la presente revisión narrativa de la literatura tiene como objetivo identificar los tipos de currículos existentes y establecer sus implicaciones, en particular los currículos ocultos, en la aparición de factores de riesgo para la salud mental en estudiantes de Medicina. Esta reflexión sirve de referencia cuando se están planteando en Latinoamérica reformas curriculares que buscan transformar la enseñanza de la Medicina y dar un giro a la profesión médica.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Tools for the analysis and transformation of medical education and culture for the promotion of mental health in medical students

Abstract Historically, within medical education and in the constitution of organizational structures and medical culture, little emphasis has been placed on the promotion and teaching of inter-personal skills, which is essential to offer a humanised treatment of clinical staff with their patients and their co-workers. Likewise, there have been very few efforts to understand the consequences of the typical pressures of medical training on the living conditions and mental health of students. Therefore, the present narrative review of the literature aims to identify

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ernesto.cordoba@urosario.edu.co (E. Córdoba-Castro).

the existing types of curricula and establish their implications, in particular the hidden curricula, and in the appearance of risk factors for mental health in medical students. This reflection serves as a reference when curriculum reforms are being considered in Latin America that aim to transform the teaching of medicine and transform the medical profession.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La educación médica es un proceso de construcción cultural en el que los docentes y las instituciones cumplen con funciones académicas, culturales y éticas¹. El proceso de estructuración de la actual educación médica se consolidó a partir del «Informe Flexner» de 1910, donde se estableció que era necesaria una división del currículo en ciencias básicas y clínicas, teniendo como eje la dimensión biológica de la enfermedad y la segmentación del conocimiento a través de especialidades médicas². Este modelo tiene como desventajas la desarticulación de los conocimientos y el entendimiento de la enfermedad sin considerar sus determinantes históricos, sociales ni individuales³. No obstante, desde la década de los 50 han surgido nuevos paradigmas que buscan la compenetración de conocimientos técnicos de diagnóstico y de tratamiento con una mirada biopsicosocial de la enfermedad. Sin embargo, en la actualidad los actuales currículos y las reformas curriculares hechas hasta ahora empiezan a desarrollar nuevas teorías frente a los planteamientos realizados hace más de un siglo³⁻⁵.

Al igual que en otras facultades de Medicina del mundo, en Latinoamérica, de modo paralelo a la formación proveniente de los currículos oficiales, los estudiantes son influidos por presiones de la estructura organizacional en los procesos de enseñanza de la Medicina, fenómeno que históricamente ha sido denominado «currículo oculto». Este término surgió en los años 60 dentro de la sociología de las profesiones, que describió los procesos socioculturales dados en la educación, donde el desarrollo de la personalidad del individuo y la difusión de la cultura profesional se relacionan constantemente¹. En la actualidad, el término se utiliza para abarcar los sobreentendidos y rituales que se dan dentro de las estructuras organizacionales y que repercuten en el proceso de socialización de las normas tácitas de la profesión médica^{6,7}.

Las particularidades de la enseñanza de la Medicina tienen una implicación importante en el proceso de formación profesional y personal, y en las condiciones de vida de los estudiantes. Con respecto a esto, es importante anotar que las prevalencias de las enfermedades mentales en estudiantes de Medicina son superiores a las del resto de la población⁸⁻¹⁰. Aunque se ha establecido que existen factores de riesgo asociados a la enseñanza de la profesión médica que repercuten en el desarrollo de enfermedades mentales en los estudiantes de Medicina¹¹, no existe literatura alrededor de esta temática en Latinoamérica. Por esta razón,

esta revisión narrativa de la literatura tiene como objetivos los siguientes: identificar los tipos de currículos y sus bases históricas y filosóficas, establecer las implicaciones del currículo oculto en la aparición de factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades de salud mental y establecer las consecuencias de estos factores de riesgo en el bienestar del estudiante.

Currículo oculto

Tipos de currículo

En investigaciones sobre educación médica se han descrito 3 tipos de currículos: el currículo formal, el currículo informal y el currículo oculto. El currículo formal reúne los saberes que pertenecen a un esquema planeado de construcción de conocimiento que se ofrecen y se pretenden explícitamente dentro de la educación médica. El currículo informal son las enseñanzas que se derivan de las relaciones interpersonales dadas dentro de la facultad entre el estudiante y sus docentes y los demás participantes del proceso de atención en salud. Al entender la educación como un proceso de construcción académica y cultural que surge de relaciones interpersonales, los docentes, que son considerados figuras de excelencia profesional, se convierten en modelos de roles para los estudiantes⁶.

Por su parte, el currículo oculto incluye los saberes y conocimientos que son mediados por factores estructurales, organizacionales y culturales inherentes a la formación médica. Estos factores externos a los modelos educativos planteados en el currículo formal establecen dinámicas culturales que terminan decretando definiciones institucionales de lo que es ser un «buen» o un «mal» médico⁶. Se han planteado 6 procesos de aprendizaje del estudiante relacionados con el currículo oculto dentro de la educación médica: a) la pérdida de idealismo, b) la adopción de rituales dentro de la identidad profesional, c) la neutralización emocional, d) la erosión de presupuestos éticos, e) la aceptación de jerarquías dentro de la profesión y f) el aprendizaje de lo que realmente es valorado como «ser un buen doctor»¹². Como resultado de esto, se termina afectando el trabajo en equipo, el cuidado del paciente, la actividad clínica y el rendimiento académico de los estudiantes, además de su salud mental, la calidad del sueño y el desarrollo de actividades fuera del contexto académico^{7,11}.

Bases filosóficas e históricas del currículo oculto

Los currículos ocultos son una serie de prácticas de relación y comunicación entre instituciones, docentes y estudiantes que pueden ser analizadas desde la categoría de disciplina planteada por Foucault¹³. Con la transición del feudalismo al capitalismo, el poder deja de ser ejercido sobre el territorio y comienza a ser desplegado directamente sobre la fuerza de trabajo, las personas y, en especial, sobre el cuerpo. La disciplina, entonces, se establece como un mecanismo de ejercicio del poder aplicable en varios contextos sociales, que busca la fabricación de individuos con ciertas características que son consideradas como normales dentro de un sistema. Para ello se utilizan tácticas de control y clasificación que tienen como fin corregir comportamientos que se desvían del concepto ideal de lo que es ejercer determinada función social¹³.

Particularmente en el caso de la Medicina, la medicalización del hospital en el siglo XVIII inicio a la implementación de la disciplina en el ámbito de la salud. Los hospitales implementan las teorías funcionalistas y la visión anatómico-clínica del cuerpo para convertirse en espacios de sanación. Adoptan una lógica militar para lograr una regulación de los tiempos y comportamientos del personal clínico y de los pacientes, imponiendo un modelo de disciplina en el que se establecen estrategias de control y clasificación de los enfermos. Así, se crea un modelo jerárquico de imposición de poder en la relación entre médicos y pacientes, y se configura al hospital como figura activa en el proceso de enseñanza de la Medicina. Este nuevo hospital medicalizado asegura mejores procesos de atención en salud; sin embargo, se desplaza el interés por la subjetividad de los docentes, estudiantes y pacientes como resultado de la jerarquización y las prácticas de disciplinamiento del cuerpo¹⁴.

Como consecuencia de la lógica militar implementada, la formación en Medicina se ha enfocado históricamente en el aprendizaje teórico y técnico de la profesión. Poco énfasis se ha hecho en enseñar habilidades interpersonales necesarias para un correcto desarrollo profesional, como el liderazgo, la inteligencia emocional, la autorregulación, entre otras^{15,16}. El resultado de esto ha sido un sistema pedagógico centrado en el proceso de salud-enfermedad, que desplaza al estudiante como objeto principal de la enseñanza. Sumado a esto, la lógica militar en la cultura médica ha generado el pensamiento de que los estudiantes deben ser sometidos a altas presiones del ambiente y de los docentes, a una mayor exigencia y a más horas de estudio¹⁷.

En cuanto al papel de los docentes, en la Medicina se ha observado que históricamente se ha perpetuado el modelo jerárquico de enseñanza a través del modelamiento de roles. La enseñanza se ha basado en la imitación y ha estado influida por elementos episódicos e inadvertidos que se dan dentro del proceso de formación^{18,19}. A lo anterior se suman las escasas herramientas pedagógicas y las pocas habilidades de comunicación de los docentes y la noción de considerarlos como expertos y portadores de la verdad. Dadas estas condiciones, en la enseñanza de la Medicina se ha generado una disminución progresiva de la posibilidad

de interacción efectiva entre el estudiante y su docente, que ha neutralizado la singularidad del estudiante y lo ha obligado a adoptar rituales durante su práctica clínica²⁰.

Nociones actuales acerca del currículo oculto

Actualmente, la mayoría de los artículos acerca del currículo oculto son revisiones de literatura y artículos críticos que se centran en definir el concepto, describir la manera en cómo este se hace evidente en el ambiente de enseñanza y exponer la importancia del profesionalismo en el proceso de formación de los estudiantes de Medicina. Las investigaciones de tipo cualitativo son menos frecuentes y están enfocadas en explorar la forma en cómo los estudiantes perciben e interiorizan el currículo oculto y, principalmente, son realizadas en países desarrollados. Dado el carácter cualitativo de las investigaciones, se condiciona la extrapolación de los resultados en otros contextos como el latinoamericano. Sin embargo, en estos artículos se abordan temáticas comunes como la deshumanización de la enseñanza médica y de la atención al paciente, la imposición de presiones culturales y jerarquías, y la distancia física, emocional y cognitiva existente entre docentes y estudiantes²¹⁻²⁴.

De forma paralela, dentro de la literatura se han descrito posibles factores de riesgo para enfermedades mentales relacionados directamente con el proceso de formación de los estudiantes de Medicina. Dentro de los factores de riesgo más importantes, muchos se encuentran dentro de los currículos ocultos: los ambientes de aprendizaje no estructurados, los abusos a los estudiantes, la imposición de una carga emocional y la alta exigencia académica y física²⁵. Dicho esto, la facultad, el hospital y los docentes juegan un papel determinante en la salud mental de los estudiantes. Las consecuencias más frecuentes a la exposición a estos factores de riesgo son el deterioro en el desempeño académico, la falta de autocuidado, el posible desarrollo de cinismo o síndrome de *burnout*, el abuso de sustancias e, incluso, el suicidio^{9,11}.

Salud mental

Panorama actual de las enfermedades mentales en estudiantes de Medicina

La salud mental de los estudiantes de Medicina es un tema que ha sido discutido durante los últimos 40 años en la literatura especializada. Estadísticamente, la literatura mundial se ha centrado en estudiar las prevalencias de depresión, ideación suicida y ansiedad como las enfermedades mentales más frecuentes. Las revisiones sistemáticas de la literatura a nivel mundial señalan que las prevalencias de enfermedades de salud mental no tienen una variación significativa entre regiones⁸. La depresión y la ideación suicida son las más estudiadas, con prevalencias estimadas del 28 y del 11%, respectivamente^{8,9}. En cuanto a la ansiedad, la literatura no es clara al determinar una prevalencia estimada: hay estudios acerca de esta manifestación clínica con un rango de prevalencia entre 7 y 65%¹⁰.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades mentales en los estudiantes de medicina son los siguientes:

Alteraciones del sueño

Los estudios han resaltado la importancia que tiene el sueño en el desempeño emocional y cognitivo, el aprendizaje, la memoria, la atención y la concentración de las personas²⁶. También se ha descrito que los estudiantes de Medicina tienen una mayor prevalencia de problemas del sueño en comparación con el resto de la población. Dentro de las causas de estas alteraciones están los malos estilos de vida, la alta carga académica, el uso excesivo del Internet, la preocupación por las calificaciones, el estrés y las rotaciones médicas altamente demandantes²⁷. La privación del sueño está asociada con somnolencia diurna, disminución de la memoria y la atención, alteración en el desempeño profesional, y desarrollo o exacerbación de enfermedades psiquiátricas como depresión y ansiedad^{26,28,29}.

Estigmatización de la enfermedad mental

A pesar de que los estudiantes de Medicina cursan obligatoriamente un módulo de Psiquiatría durante su formación profesional, existe una estigmatización de la enfermedad mental. La construcción de ideas relacionadas con ser invencible, la escasa formación en ciencias sociales y humanas, y el pensamiento de que los estudiantes con enfermedades mentales no podrán soportar las exigencias de la carrera son factores que determinan el poco reconocimiento de este tipo de enfermedades³⁰. Se asegura que aproximadamente solo el 15% de los estudiantes busca ayuda psicológica o psiquiátrica durante su proceso de formación^{8,9}. Además, existen otro tipo de barreras para el acceso a servicios de salud mental como la falta de tiempo, la percepción de que se verá afectado el historial académico, el costo de la intervención y las preocupaciones respecto a la confidencialidad²⁵.

Ambientes de aprendizaje no estructurados

Los ambientes de aprendizaje dentro de la enseñanza médica son muy variados y poseen múltiples diferencias entre ellos³¹. Se ha determinado que los ambientes de aprendizaje suelen estar permeados por particularidades negativas como la jerarquización de la enseñanza, el miedo a la insuficiencia personal y al error médico, la negación de la incertidumbre y la duda durante la práctica de la profesión, y el maltrato a los estudiantes³². Así pues, se plantea un dilema ético al estudiante que frecuentemente se ve obligado a elegir entre aceptar los comportamientos negativos que observa para encajar en sus ambientes de aprendizaje u oponerse a ellos y sufrir las consecuencias de contradecir las normas tácitas existentes. De ahí que la falta de estandarización de sus ambientes de aprendizaje y la presión que ejerce cada cultura organizacional, frecuentemente, obligan al estudiante a seguir como ejemplo los comportamientos observados³³.

Abusos a los estudiantes

El abuso a los estudiantes ha sido reconocido como una problemática común en el ambiente de aprendizaje, que

repercute en el bienestar y en la elección profesional del estudiante de Medicina^{32,34}. Las causas mayormente citadas de abuso son las calificaciones injustas, el trabajo excesivo, la asignación de tareas inapropiadas, el abuso físico y el acoso sexual²⁵. A pesar de ser ampliamente reconocido por los estudiantes, menos de un tercio reporta las situaciones de abuso por miedo a represalias o consecuencias negativas en sus calificaciones y en su desarrollo profesional²⁵. Las consecuencias del abuso a los estudiantes empiezan por una percepción de baja satisfacción con la profesión, la disminución de la autoestima y la disminución de las habilidades clínicas y la empatía. Por otro lado, esta problemática afecta la salud mental en los estudiantes y propicia el consumo de sustancias y el desarrollo de depresión, ideación suicida y síndrome de *burnout*^{34,35}.

Malos modelamientos de roles por parte de los docentes

Se ha descrito que el modelamiento de roles hecho por los docentes y la imitación de sus actitudes realizada por los estudiantes les permiten a estos últimos establecer mecanismos de defensa iniciales ante las exigencias del nuevo ambiente de educación¹⁹. Las características positivas de los modelos de rol más frecuentemente citadas son los conocimientos clínicos, la atención humanizada al paciente, la destreza para la enseñanza y la efectividad de sus habilidades interpersonales^{36,37}. No obstante, no todos los docentes poseen estas características, por lo cual una imitación sin fundamentación crítica puede hacer que el estudiante termine adoptando como propios comportamientos negativos y deje de lado sus condiciones éticas y humanísticas innatas^{19,32}. La evidencia indica que la incorporación de estos comportamientos puede desencadenar un síndrome de *burnout* en los estudiantes de Medicina y la reproducción de estas actitudes durante el ejercicio de la profesión³⁸.

Altos índices de competitividad entre estudiantes

Recientemente, se ha postulado la competitividad que se da dentro de las facultades de Medicina como un factor de riesgo para enfermedades de salud mental⁸. Es de anotar que el currículo formal de por sí representa un alto nivel de exigencia; sin embargo, para minimizar los efectos negativos del currículo oculto en su proceso académico, se genera una disputa tácita entre los estudiantes para conseguir el respeto de las figuras de autoridad. De esta manera, la competencia por adaptarse a la estructura organizacional y el deseo por satisfacer las exigencias académicas y relacionales de las figuras de autoridad se convierten en elementos generadores de estrés en el estudiante. Así mismo, lo anterior lleva al estudiante a descuidar su salud, su emocionalidad, sus relaciones interpersonales y, en general, su bienestar³⁹.

Discusión

En este artículo se han mencionado diferentes factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades de salud mental derivadas de los currículos encontrados en la enseñanza de la Medicina, particularmente del currículo oculto. La poca visualización del currículo oculto dentro de las facultades de Medicina ha favorecido el mantenimiento de estos factores

de riesgo en los ambientes académicos y hospitalarios. De ahí que el desarrollo de síntomas y enfermedades de salud mental en estudiantes de Medicina sea un problema latente en los actuales procesos de enseñanza, de los que los más comúnmente mencionados en la literatura son la depresión, la ansiedad y la ideación suicida. Además de estos, el síndrome de *burnout* se ha catalogado como una enfermedad importante tanto en estudiantes como en profesionales de la Medicina. Este síndrome reúne el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja satisfacción personal en relación con el trabajo⁴⁰. Sus causas más frecuentes son la mala estructura organizacional de los sitios de práctica, los abusos a los estudiantes, el contacto con profesionales o residentes cínicos y la percepción de falta de apoyo por parte de la facultad^{34,38}.

Por otro lado, la actual formación en Medicina genera en el estudiante una disminución progresiva de la apropiación sobre su propio cuerpo. A medida que se avanza en la carrera, el estudiante atraviesa un proceso de disociación frente al paciente con el que está en contacto. A pesar de tener las herramientas necesarias para identificar signos, síntomas y factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades, esta disociación termina disminuyendo la introspección y la capacidad de identificarse como un sujeto vulnerable³⁹. A su vez, la estructura organizacional de la enseñanza de la Medicina repercute en la aparición de comportamientos que disminuyen el autocuidado del estudiante, que propician la destrucción o abandono de sus lazos de apego, la disminución del acceso a espacios de esparcimiento y socialización afuera del contexto de la Medicina y una privación considerable de su autonomía.

Otra consecuencia importante sobre la salud mental que debe ser resaltada en los estudiantes de Medicina es el consumo de sustancias psicoactivas durante su proceso de formación. Se ha encontrado que la prevalencia de consumo de sustancias es mayor en los semestres en los que existe una mayor carga emocional y asistencial, con el internado como el pico más alto de prevalencia en el consumo⁴¹. Se suma a lo anterior la poca noción de autocuidado existente en los estudiantes y las características generales de consumo en poblaciones como la latinoamericana. De este modo, las prevalencias de consumo en los estudiantes de Medicina son del 24% para el alcohol, 17% para el tabaco, 12% para cannabis y 10% para hipnosedantes, con un predominio en el consumo en los varones sobre las mujeres⁴².

Por último, investigaciones han demostrado que el desarrollo de una enfermedad mental en los estudiantes de Medicina termina disminuyendo su empatía hacia los pacientes, su profesionalismo y sus competencias⁴³. Más aún, algunos de los factores de riesgo mencionados en el artículo se convierten en otras causas por las cuales se deteriora la empatía en los estudiantes. Dentro de estos se encuentran el haber sido víctima de una situación de abuso por parte de figuras de autoridad, la presencia de malos modelos de rol durante el proceso de formación y la alteración del sueño debido a la alta exigencia académica y asistencial del estudiante⁴⁴. Además, el poco contacto con sus familiares y la ausencia de apoyo por parte de sus compañeros y de la facultad, en el futuro se convierten en predictores negativos para el mantenimiento de conductas profesionales humanizadas durante el ejercicio de su práctica clínica^{44,45}.

Conclusión

La literatura ha demostrado que el currículo oculto y las dinámicas particulares de la enseñanza de la Medicina repercuten negativamente en la apropiación del cuerpo por parte de los estudiantes, en su autocuidado y propician el abandono de hábitos de vida saludables y el posible desarrollo o exacerbación de enfermedades de salud mental. Estas afectaciones de las condiciones de vida y de salud de los estudiantes tiene influencia en la forma en cómo en el futuro se desarrollarán como personas y profesionales, lo que afectará la satisfacción con el ejercicio de la profesión, la atención al paciente y la consolidación de una determinada identidad profesional. A pesar de que lo anteriormente mencionado sea una problemática frecuente, la cultura médica, las presiones ejercidas por las estructuras organizacionales y la falta de apoyo a los estudiantes por parte de las facultades dificultan realizar acciones de cambio ante esta situación.

Después de realizar esta revisión narrativa, surge como tema para analizar en un futuro si las actuales condiciones de los sistemas de salud latinoamericanos tienen repercusiones en el mantenimiento de determinadas cuestiones culturales en el ámbito de la Medicina. Es importante considerar que se constituye un problema en sí, la pérdida de la autonomía y vocación pedagógica de los docentes debido a la alta carga asistencial que soportan en el ambiente del hospital universitario. De esto surge la incógnita de determinar qué tanta participación tiene el modelo de salud y la realidad de la Medicina en la forma en la que actualmente se entienden conceptos como el de currículo oculto. Por esto, se recomienda investigar las repercusiones del modelo de salud en los actuales procesos de formación y sus implicaciones en la construcción de la identidad profesional y personal de los médicos en formación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Martimianakis M, Michalec B, Lam J, Cartmill C, Taylor J, Hafferty F. Humanism, the hidden curriculum, and educational reform. *Acad Med*. 2015;90:55–13.
2. Flexner A. *Medical education in the United States and Canada. A report to Carnegie Foundation for the advancement of teaching*. Boletín N.º 4. Facsimile edition Boston: DB Updike, The Merrimont Press; 1960.
3. Pinzón CE. Los grandes paradigmas de la educación médica en Latinoamérica. *Acta Med Colomb*. 2008;33:33–41.
4. Narro-Robles J. La herencia de Flexner. Las ciencias básicas, el hospital, el laboratorio, la comunidad. *Gac Méd Méx*. 2004;140:1–2.
5. Quintero GA. Perspectivas sobre la educación médica en América Latina. *Rev Chil Cir*. 2014;66:412–3.
6. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: Confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med*. 1998;73:403–7.
7. Fortoul van der Goes TI. Lo que decimos y lo que hacemos, la incongruencia en la enseñanza de los buenos hábitos: el currículo oculto. *Inv Ed Med*. 2013;2:119–21.

8. Rotenstein L, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2016;316:2214–36.
9. Puthran R, Zhang MW, Tam WW, Ho RC. Prevalence of depression amongst medical students: A meta-analysis. *Med Educ*. 2016;50:456–68.
10. Hope V, Henderson M. Medical student depression, anxiety and distress outside North America: A systematic review. *Med Educ*. 2014;48:963–79.
11. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety and other indicators of psychological distress among US and Canadian medical students. *Acad Med*. 2006;81:354–73.
12. Lempp H, Seale C. The hidden curriculum in undergraduate medical education: Qualitative study of medical students' perceptions of teaching. *BMJ*. 2004;329:770–3.
13. Foucault M. Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión. México: Siglo Veintiuno; 2009.
14. Foucault M. Incorporación del hospital en la tecnología moderna. *Educ Med Salud*. 1978;12:20–35.
15. Varkey P, Peloquin J, Reed D, Lindor K, Harris I. Leadership curriculum in undergraduate medical education: A study of student and faculty perspectives. *Med Teach*. 2009;31:244–50.
16. Laker D, Powell J. The differences between hard and soft skills and their relative impact on training transfer. *Hum Resour Dev Q*. 2011;22:111–22.
17. Slavin S. Medical student mental health. *JAMA*. 2016;316:2195–6.
18. Burgess A, Oates K, Goulston K. Role modelling in medical education: The importance of teaching skills. *Clin Teach*. 2016;13:134–7.
19. Benbassat J. Role modeling in medical education. *Acad Med*. 2014;89:550–4.
20. Haidet P, Stein H. The role of the student-teacher relationship in the formation of physicians. The hidden curriculum as process. *J Gen Intern Med*. 2006;21(S1):S16–20.
21. Scott K, Caldwell P, Barnes E, Barrett J. Teaching by humiliation' and mistreatment of medical students in clinical rotations: A pilot study. *Med J Austral*. 2015;203:185.
22. Gaufberg E, Batalden M, Sands R, Bell S. The hidden curriculum: What can we learn from third-year medical student narrative reflections? *Acad Med*. 2010;85:1709–16.
23. Ozolins I, Hall H, Peterson R. The student voice: Recognising the hidden and informal curriculum in medicine. *Med Teach*. 2008;30:606–11.
24. Michalec B. The pursuit of medical knowledge and the potential consequences of the hidden curriculum. *Health*. 2011;16:267–81.
25. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Medical students distress: Causes, consequences, and proposed solutions. *Mayo Clin Proc*. 2005;80:1613–22.
26. Pérez-Olmos I, Ibáñez-Pinilla M. Night shifts, sleep deprivation, and attention performance in medical students. *Int J Med Educ*. 2014;5:56–62.
27. Azad M, Fraser K, Rumana N, Abdullah A, Shahana N, Hanly P, et al. Sleep disturbances among medical students: A global perspective. *J Clin Sleep Med*. 2015;11:69–74.
28. Eddy R. Sleep deprivation among physicians. *BC Medical J*. 2005;47:176–80.
29. Machado-Duque M, Echeverri Chabur J, Machado-Alba J. Somnolencia diurna excesiva, mala calidad del sueño y bajo rendimiento académico en estudiantes de Medicina. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2015;44:137–42.
30. Hankir AK, Northall A, Zaman R. Stigma and mental health challenges in medical students. *BMJ Case Report*. 2014:1–5.
31. Schönrock-Adema J, Bouwkamp-Timmer T, van Hell E, Cohen-Schotanus J. Key elements in assessing the educational environment: Where is the theory? *Adv Health Sci Educ*. 2012;17:727–42.
32. Benbassat J. Undesirable features of the medical learning environment: A narrative review of the literature. *Adv Health Sci Educ*. 2012;18:527–36.
33. Treadway K, Chatterjee N. Into the water—the clinical clerkships. *N Engl J Med*. 2011;364:1190–3.
34. Cook AF. The prevalence of medical student mistreatment and its association with burnout. *Acad Med*. 2014;89:749–54.
35. Heru A, Gagne G, Strong D. Medical student mistreatment results in symptoms of posttraumatic stress. *Acad Psychiatry*. 2009;33:302–6.
36. Passi V, Johnson S, Peile E, Wright S, Hafferty F, Johnson N. Doctor role modelling in medical education: BEME Guide No. 27. *Med Teach*. 2013;35:e1422–36.
37. Paice E. How important are role models in making good doctors? *BMJ*. 2002;325:707–10.
38. Ishak W, Nikraves R, Lederer S, Perry R, Ogunyemi D, Bernstein C. Burnout in medical students: A systematic review. *Clin Teach*. 2013;10:242–5.
39. Keller E. Philosophy in medical education: A means of protecting mental health. *Acad Psychiatry*. 2014;38:409–13.
40. Fares J, Al Tabosh H, Saadeddin Z, El Mouhayyar C, Aridi H. Stress, burnout and coping strategies in preclinical medical students. *North Am J Med Sci*. 2016;8:75–81.
41. Da Silveira D, Rosa-Oliveira L, Di Pietro M, Niel M, Doering-Silveira E, Jorge M. Evolutional pattern of drug use by medical students. *Addict Behav*. 2008;33:490–5.
42. Roncero C, Egido A, Rodríguez-Cintas L, Pérez-Pazos J, Collazos F, Casas M. Consumo de drogas entre los estudiantes de medicina. Una revisión de la literatura 1988-2013. *Actas Esp Psiquiatr*. 2015;43:109–21.
43. Dyrbye L, Harper W, Moutier C, Durning S, Power D, Massie F, et al. A Multi-institutional study exploring the impact of positive mental health on medical students' professionalism in an era of high burnout. *Acad Med*. 2012;87:1024–31.
44. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer M, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: A systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med*. 2011;86:996–1009.
45. Park K, Kim D, Kim S, Yi Y, Jeong J, Chae J, et al. The relationships between empathy, stress and social support among medical students. *Int J Med Educ*. 2015;6:103–8.