



Horizonte sanitario

ISSN (en línea): 2007-7459

Narrativas sobre las Barreras de la Atención en Salud Mental de Estudiantes de Medicina

Narratives on Barriers to Mental Health Care for Medical Students

Artículo Original DOI: 10.19136/hs.a25.1.6006

Roberto Carlos Quiñones Robles ¹ 

Dellanira Ruiz de Chávez Ramírez ² 

Cristina Almeida Perales ³ 

Pascual Gerardo García Zamora ⁴ 

Correspondencia: Dellanira Ruiz de Chávez Ramírez. Dirección postal: Universidad Autónoma de Zacatecas. Dirección Edificio de Laboratorios, Campus Siglo XXI, Carretera Zacatecas – Guadalajara Kilómetro 6, Ejido la Escondida. C.P. 98160. Zacatecas. México.
Correo electrónico dellanira.ruiz@uaz.edu.mx.



Licencia CC-BY-NC-ND

¹ Estudiante de la Licenciatura de Médico General. Unidad Académica de Medicina Humana y Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma de Zacatecas. Zacatecas. México.

² Doctor en Ciencias de la Salud. Docente Investigador de la Licenciatura de Médico General y Maestría en Ciencias de la Salud. Unidad Académica de Medicina Humana. Universidad Autónoma de Zacatecas. Zacatecas. México.

³ Doctora en Estudios del Desarrollo. Docente Investigador de la Maestría en Ciencias de la Salud. Unidad Académica de Medicina Humana. Universidad Autónoma de Zacatecas. Zacatecas, México.

⁴ Doctor en Intervención Psicológica y Educativa. Docente Investigador de la Licenciatura de Médico General. Maestría en Ciencias de la Salud. Unidad Académica de Medicina Humana. Universidad Autónoma de Zacatecas. Zacatecas, México.



Resumen

Objetivo: Explorar los principales obstáculos que enfrentan los estudiantes de medicina, para la búsqueda de ayuda y uso de servicios para la atención de los problemas de salud mental.

Materiales y métodos: Estudio cualitativo a través de entrevistas semiestructuradas realizadas a estudiantes de medicina (N=17). La información fue analizada y codificada de acuerdo a la Teoría Fundamentada, se creó la categoría central, las subcategorías, sus propiedades y dimensiones, por medio del software ATLAS.ti 24.

Resultados: Se documentaron 23 barreras diferentes, clasificadas en tres grupos: nueve asociadas a los servicios de salud (GR= 75) que abordan cuestiones de calidad, organización, accesibilidad y difusión, otras nueve relacionadas a las percepciones y actitudes (GR= 66) donde se aborda la manera en que los estudiantes conceptualizan y comprenden la salud mental en su vida personal y, las de estigma (GR= 29) las cuales describen el sistema de ideas negativas dentro del gremio médico.

Conclusiones: Para atender la salud mental en futuros médicos es necesario integrar una educación socioemocional, promover una cultura de empatía y apoyo, y garantizar servicios de salud accesibles de calidad. Resaltando la necesidad de un enfoque integral que trascienda lo biomédico, incorporando dimensiones socioculturales, requiriendo intervenciones transversales y colaborativas entre estudiantes, instituciones y sociedad para superar las barreras que limitan la atención y el bienestar mental en la formación médica.

Palabras Claves: Estudiantes de medicina; Salud mental; Atención a la Salud Mental; Conducta de búsqueda de ayuda; Estigma Social.

Abstract

Objective: To explore the main barriers faced by medical students in seeking help and the use of addressing mental health services.

Materials and methods: Qualitative study conducted through semi-structured interviews with medical students (N = 17). The data were analyzed and coded in accordance with Grounded Theory methodology; a central category was constructed, along with subcategories, their properties, and dimensions, using ATLAS.ti version 24 software.

Results: A total of 23 distinct barriers were identified and categorized into three main groups: nine related to health services (GR = 75), addressing issues of quality, organization, accessibility, and dissemination; another nine linked to perceptions and attitudes (GR = 66), reflecting how students conceptualize and interpret mental health in themselves; and those associated with stigma (GR = 29), which describe the internalized system of negative beliefs prevalent within the medical profession.

Conclusions: To address mental health among future physicians, it is essential to integrate socio-emotional education, promote a culture of empathy and support, and ensure accessible high-quality health services. This underscores the need for a comprehensive approach that transcends the biomedical model by incorporating sociocultural dimensions and fostering cross-cutting, collaborative interventions among students, institutions, and society to overcome barriers that hinder mental health care and well-being in medical training.

Keywords: Medical Students; Mental Health; Mental Health Assistance; Help-Seeking Behavior; Social Stigma.

• Fecha de recibido: 21 de noviembre de 2025 • Fecha de aceptado: 29 de enero de 2026
• Fecha de publicación: 03 de febrero de 2026

Introducción

Los trastornos de salud mental representan un grave problema que afecta a estudiantes de medicina de cualquier parte del mundo. El impacto que puede tener va desde ideas suicidas, bajo rendimiento académico y el compromiso de su integridad; reportándose que hasta un tercio de los estudiantes con enfermedades psicológicas no se gradúan¹. El estrés conduce a una mala salud física, a la angustia mental, y baja autoestima, teniendo un efecto negativo en el funcionamiento cognitivo, por su parte la depresión es la principal razón de abandono escolar. Incluso, en ausencia de trastornos, los alumnos sufren problemas socioemocionales que deterioran su salud y rendimiento académico, que si bien, inicialmente no requieren tratamiento, puedan progresar y convertirse en trastornos mentales graves².

Se ha descrito que los médicos en formación no reciben atención profesional por diversas causas³, las principales son la falta de tiempo, la creencia de poder manejar los problemas solos, y preocupaciones sobre el costo; vergüenza y temores a ser visto como un médico débil. De igual forma, otros problemas recaen en las instituciones que brindan atención, como la insatisfacción, preocupaciones sobre la confidencialidad y el estigma profesional; falta de accesibilidad, largos tiempos de espera y, falta de consejeros⁴.

El Consejo Estudiantil de la Royal Society of Medicine, en 2020, identificó las principales barreras en el bienestar mental de sus estudiantes, mencionado la escasez de datos sobre el desarrollo y evaluación de estrategias de apoyo, el estigma que rodea a la salud mental, particularmente en la cultura médica y, la disparidad en accesibilidad, calidad y prestación de servicios de apoyo⁵. Además, se ha destacado la importancia de considerar el contexto sociocultural dado que, puede influir en los comportamientos de búsqueda de tratamiento, factor que se debe contemplar al momento de diseñar intervenciones de salud pública¹. Por ello, esta investigación tiene como objetivo, explorar los principales obstáculos en la búsqueda de ayuda para la atención de la salud mental en estudiantes de medicina de pregrado (segundo a décimo semestre) de una universidad pública del estado de Zacatecas, México, con el fin de proporcionar fundamentos sólidos al implementar intervenciones con mayor alcance y accesibilidad.

Materiales y Métodos

Se realizaron entrevistas semiestructuradas realizadas en una sola sesión de 30 a 90 minutos de forma presencial, a partir de una guía de 15 preguntas sobre: a) salud mental y su implicación durante el curso de la licenciatura, b) factores implicados en el deterioro de la salud en general, c) atención ofrecida por la institución a los estudiantes, d) áreas de oportunidades, en estudiantes de pregrado de medicina, de una universidad pública; los participantes seleccionados cursaban el semestre enero-junio 2024, quienes fueron seleccionados por ser participativos dentro de la comunidad estudiantil: jefes de



grupo, mentores, miembros del consejo escolar o sociedad de alumnos a través de una participación voluntaria, al inicio invitados por los investigadores (uno por semestre) y posteriormente se fueron agregando por muestreo en bola de nieve. El tamaño de la muestra fue de 17 participantes (N=17), se determinó de forma flexible, debido a la saturación teórica, ya que se buscó primordialmente profundizar en la problemática desde la perspectiva de los estudiantes capaces de representar al resto de sus compañeros.

Las entrevistas se realizaron de forma presencial y a través de Google Meet, con autorización previa de los participantes a través de un consentimiento informado. Se grabaron en audio y video, según correspondiera y, al concluirse se transcribieron en su totalidad. El análisis cualitativo se realizó en el programa ATLAS.ti versión 24, de acuerdo con la Teoría Fundamentada, la cual se enfoca en el análisis comparativo constante, que implica revisar continuamente las subcategorías emergentes, permitiendo así reconocer la complejidad y diversidad de los datos^{6,7}, donde cada entrevista fue codificada con base en los temas abordados por los estudiantes. Posteriormente, se buscaron relaciones y patrones en los datos, obteniendo la categoría central, las subcategorías, sus propiedades y dimensiones correspondientes. A partir de esta síntesis y organización de la información se crearon esquemas de análisis, tomando en cuenta el enraizamiento o grounded (GR) de los códigos.

Resultados

Se entrevistaron 17 estudiantes (N=17), 9 hombres y 8 mujeres, con edades entre 18 y 25 años, de segundo a décimo semestre (Tabla 1). En cuanto al análisis de la red de códigos de las barreras que dificultan la atención a la salud mental, se identificaron 23 obstáculos, categorizados en tres agrupaciones: barreras asociadas a los servicios, que presentaron mayor enraizamiento (GR= 75), las relacionadas con percepciones y actitudes (GR= 66) y, las inherentes al estigma (GR= 29), como se muestra en la Figura 1.

Tabla 1. Características de los participantes en las entrevistas

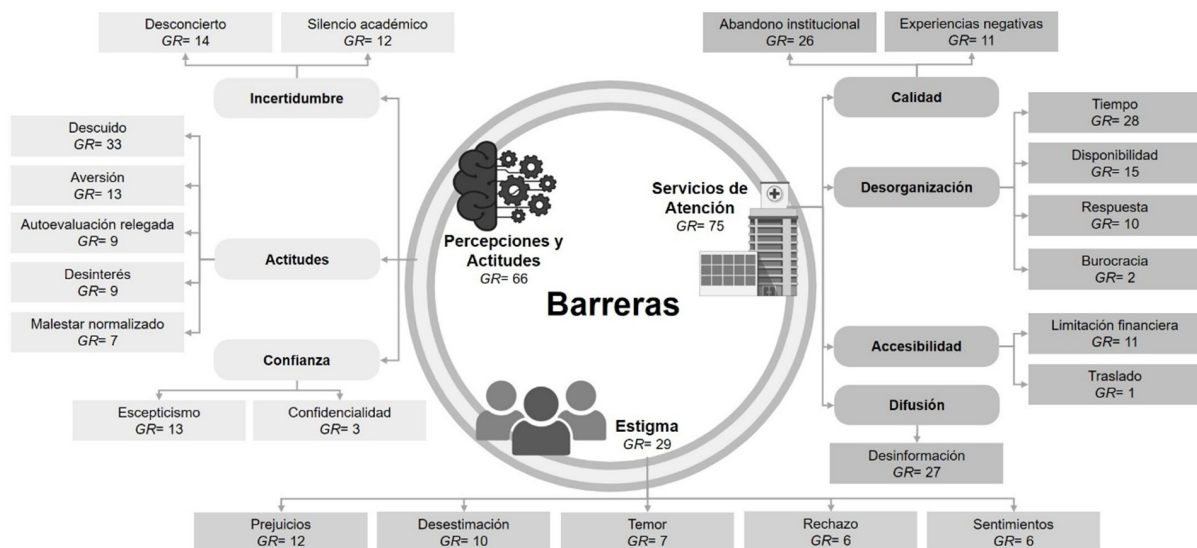
Número de participante	Sexo	Edad	Semestre
01	Hombre	19	4
02	Hombre	22	9
03	Mujer	20	4
04	Mujer	20	4
05	Hombre	24	10
06	Hombre	25	9
07	Mujer	22	9
08	Mujer	18	2
09	Hombre	18	2

Continuará...

10	Hombre	18	2
11	Mujer	21	8
12	Hombre	20	6
13	Hombre	24	10
14	Hombre	21	4
15	Mujer	19	4
16	Mujer	19	4
17	Mujer	22	8

Fuente: Elaboración propia.

Figura 1. Red de códigos de las barreras que dificultan la atención en salud mental en la formación médica



Fuente: Elaboración propia.

Desorganización de los servicios

1. Tiempo (GR= 28): referido que es debido a las demandas académicas que impiden dedicar tiempo a la atención de la salud mental, sumado a que las instituciones cuentan con horarios poco compatibles. “Yo antes de entrar a medicina iba al psicólogo, y nunca faltaba; ahora que entré, no tenía tiempo de ir”. P16
2. Disponibilidad (GR= 15): fue narrado como una dificultad debido a una larga espera para conseguir una cita. “Es difícil porque pareciera que hay pocos profesionales de salud mental, siempre está muy saturado y cuando hay una urgencia pues no está del todo bien definido, y agendas una cita y es hasta en dos semanas”. P13

3. Burocracia (GR= 2): lo mencionaron como una falta de claridad en el proceso y una gran cantidad de trámites o intermediarios. “Tienes que hacer trámites, o a veces acudes con una persona y te mandan con otra. Hubo varias compañeras que solicitaron ayuda en la universidad, pero no las recibieron, solo las pasaban a otro lado”. P15

4. Falta de respuesta (GR= 10): descrito como una nula respuesta cuando se solicita información o una cita a los servicios. “No siempre hay una respuesta por parte de los servicios”. P15

Mala difusión acerca de los servicios

5. Desinformación (GR= 27): refirieron que la información es confusa, referente a cómo contactarse y sobre los tipos de servicios ofertados. “La información es muy limitada, si hay carteles y nos han dado pláticas al respecto, pero no te explican que hacer con eso, no te explican a dónde ir, entonces es muy limitado, porque ya sabes que lo necesitas, pero no te indican claramente el espacio a donde ir”. P08

Calidad de los servicios.

6. Abandono institucional (GR= 26): relatado como indiferencia por parte de las instituciones en proporcionar seguimiento y continuidad. “Si dejo de asistir no les importa, al contrario pareciera que es mejor para ellos”. P02

7. Experiencias negativas (GR= 11): fue expresado como un fenómeno en el que múltiples individuos comparten vivencias negativas sobre la atención recibida. “... no fue lo que esperaba, no volvería a ir, pero también hay muchos compañeros con las mismas experiencias”. P11

Acceso.

8. Limitación financiera (GR= 11): descrito como una incapacidad económica para solventar la atención. “Difícilmente se consigue atención en la escuela y a veces cuando se busca fuera, esto llega a impedir que accedamos, dado que somos estudiantes”. P06

9. Traslado (GR= 1): fue expuesto como un problema para desplazarse a los sitios donde se brinda atención. “... yo tengo que administrar mi dinero y tengo que contemplar el gasto por el traslado”. P16

Barreras vinculadas a las percepciones y las actitudes.

Se reconocieron nueve barreras de este tipo, clasificadas en tres subgrupos: actitudes, problemas de confianza e incertidumbre.

Actitudes

1. Descuido (GR= 33): se refirieron a acciones donde ignoraron, postergaron o minimizaron el cuidado de aspectos emocionales y psicológicos. “Nos escudamos al decir no tenemos tiempo, no pensamos en nuestra salud mental como tal”. P03

2. Aversión (GR= 13): lo describieron como una resistencia a enfrentar situaciones difíciles, problemas emocionales o a la búsqueda de ayuda. "... como soy terco, cuando digo que algo está bien, está bien. Y yo voy a seguir, hasta que ya no puedo más". P10
3. Autoevaluación relegada (GR= 9): mencionado como dificultad para realizar una introspección que ayude a identificar problemas. "...no se ponen a pensar en sí mismos como personas, se les van los semestres mal sin detenerse a pensar en ellos". P12
4. Desinterés (GR= 9): se identificó como una apatía o desgano hacia la búsqueda de apoyo profesional. "...no tenemos la fortaleza de ir (a los servicios de atención), no lo vemos como algo prioritario". P03
5. Malestar normalizado (GR= 7): un fenómeno en el que asimilan como algo esperado el sentirse mal y se ignoran las manifestaciones. "... tal vez se sienten estresados o ansiosos, pero no saben que no es normal, pues a lo mejor lo normalizan como parte de la carrera". P12

Confianza

6. Escepticismo (GR= 13): referido como una actitud de desconfianza respecto a los tratamientos o terapias brindadas. "No me siento seguro de que esto me vaya ayudar del todo, de que esto vaya a solucionar mis problemas". P01
7. Confidencialidad (GR= 3): fue expresado como una percepción de inseguridad en la protección de la información personal o datos sensibles. "No siempre te sientes seguro de externar todo lo que sientes: algunos problemas con profesores o cosas así, por las represalias que puede haber en contra de nosotros". P15

Incertidumbre

8. Desconcierto (GR= 14): se explicó como la incapacidad de identificar las manifestaciones que indiquen la necesidad de buscar ayuda. "No tengo identificados los datos que me digan que debo de acudir (a servicios de atención)". P01
9. Silencio académico (GR= 12): expuesto como una dificultad para expresar la necesidad de apoyo en el entorno académico. "... no tener el valor de comentarle a alguien de la universidad que necesitas ayuda". P10

Barreras asociadas con el estigma

Estas barreras fueron integradas en cinco tipos:

1. Prejuicios (GR= 12): lo ilustraron como ideas que implican juicios negativos y percepciones desfavorables al cuidado de la salud mental. "Negamos las cosas aun sabiéndolo por evitar el juicio de los demás". P02
2. Desestimación de la salud mental (GR= 10): descrito como una falta de conciencia y sensibilidad por los docentes. "Un ataque de ansiedad no es motivo suficiente para que te ausentes". P02.



3. Temor (GR= 7): representado como un estado emocional por la percepción de amenazas reales o imaginarias. "... entonces te da un pavor, un miedo, y piensas que te van a juzgar". P17
4. Rechazo (GR= 6): fue narrado como acciones que implican exclusión y trato desigual de estudiantes, basadas en prejuicios o estereotipos. "Está mal visto el recibir atención psicológica, te empiezan a tratar de forma distinta..." P04
5. Sentimientos (GR= 6): manifestaron sentir pena, vergüenza o culpa, secundarios a la estigmatización. "Algunos compañeros que saben que necesitan ayuda por motivos de que les da pena el asistir pues no acuden y no se tratan". P12

Discusión

Existen diferentes clasificaciones para comprender y describir las barreras en la atención de médicos de pregrado, algunas a partir de las narrativas de los estudiantes^{4,8,9}, o en modelos teóricos como el de los dominios de Llewellyn-Thomas¹⁰. En el caso de este trabajo de investigación, la clasificación fue realizada con base en la Teoría Fundamentada logrando las tres categorías descritas: barreras en los servicios de atención, asociadas con actitudes y percepciones y, relacionadas al estigma.

Respecto a las barreras sobre percepciones y actitudes, emergen procesos cognitivos y emocionales que configuran un modelo interno de afrontamiento autosuficiente donde los estudiantes evitan la autoevaluación o introspección que les facilite el reconocer que presentan un malestar psicológico. Desde la Teoría Fundamentada, este patrón puede conceptualizarse como un constructo de autoanulación diagnóstica hallazgo común en este estudio, donde se reconoció la creencia de no tener más opción que ignorar dichas situaciones, entendidas como la incapacidad o negativa para que el estudiante se reconozca como un sujeto de cuidado, apareciendo la autoexigencia como un mecanismo de silenciamiento^{4,11}. Otra barrera relacionada fue la autoconfianza excesiva, no referida por la población estudiada, donde los participantes mostraron cierto orgullo que les impide recurrir con otros profesionales, creyendo que pueden lidiar con sus problemas, evitando la psicoterapia o consejería dando lugar a otro constructo de confianza defensiva, que explica como la autoconfianza excedida o el orgullo profesional funcionan como barreras simbólicas para la búsqueda de ayuda, como una estrategia de protección del "yo" profesional, reforzando la creencia de que el malestar puede resolverse de manera personal, funcionando como estrategias de adaptación a un entorno altamente demandante^{8,10,11,12}.

Por otro lado, la confianza que les inspiran los servicios, se destacó como un factor importante para buscar apoyo, donde la posibilidad de revelar tales problemas genera miedo a que pueda condicionar acciones disciplinarias e incluso la expulsión. Lo que lleva a muchos estudiantes a creer que los sistemas de apoyo funcionan como filtros^{3,8}. Aunque otros autores asocian esta barrera a los servicios y no a la percepción de los usuarios¹³.

En los participantes, despierta desconcierto el no percibir la gravedad de sus problemas, no identifican cuando ya no pueden afrontar afectaciones psicoemocionales, proceso reconocido como desdibujamiento del umbral de gravedad, en el cual los estudiantes tienen dificultades para reconocer cuando un malestar deja de ser una respuesta normal al estrés académico y se convierte en un problema que requiere atención médica. En estos casos, necesitan apoyo para reconocer cuándo es necesario buscar ayuda profesional^{10,13,14}. Frecuentemente, no logran interpretar los síntomas como señales de deterioro mental o inicio de un trastorno, especialmente durante la alta exigencia académica¹¹. Además, suelen creer que sus problemas no son lo suficientemente graves y que nadie los comprendería^{4,8}. Se suma a esto la incertidumbre sobre lo qué sucederá si deciden buscar apoyo¹³, todas estas barreras se reflejaron en la población aquí estudiada.

El descuido de la salud mental es secundario a que los estudiantes refieren no tener oportunidad de buscar ayuda porque la carga de trabajo demanda todo su tiempo, por lo cual postergan la búsqueda de atención al punto que sus necesidades empeoraron^{11,12}, muchas veces aun teniendo la intención de buscar tratamiento.⁴ Otro hallazgo destacable es cómo los médicos en formación perciben la utilidad y efectividad de un recurso de asistencia en salud mental^{18,10,15}; expresado como desinterés y falta de apertura hacia el asesoramiento, debido al trasfondo cultural como sucede en otros estudios¹⁰.

La negación en su caso va desde no admitir que se tiene un problema, hasta el rechazo de derivaciones y de tratamiento¹⁴, siendo en algunos casos conscientes, pero lo ignoran o niegan para continuar con sus estudios¹¹, externando que no necesitan apoyo lo cual no responde a una falta de conocimiento, sino a un conflicto de identidad ya que el aceptar un problema de salud mental implica una disonancia con el ideal del médico fuerte, competente y resiliente al estrés⁴. Esto puede llevarlos a normalizar las manifestaciones clínicas como una reacción habitual al estrés; creyendo que se están sobreidentificando con los trastornos que estudian en clases⁸. También asociado a la cultura médica descrita en las barreras de estigma, que refuerza el hábito de ocultar emociones y asistir regularmente a sus actividades, además, sienten que los problemas de otros son más importantes que los propios^{8,11}, lo que finalmente propicia el silencio académico descrito en este y otros estudios.

En cuanto a los servicios de atención, la literatura reporta diferentes barreras no descritas entre la población estudiada, tales como la falta o inexistencia de servicios³, la adecuada participación de los profesionales tratantes dentro de la educación⁹, el número limitado de sesiones de asesoramiento y la necesidad de pagar un seguro de gastos médicos¹⁰. Las barreras de accesibilidad surgen porque el apoyo es inadecuado o limitado, y no se ajusta a las necesidades de los usuarios¹⁴: la falta de accesibilidad o conveniencia se describe tanto en servicios escolares como fuera de la universidad⁴, por ejemplo, la ubicación geográfica, una barrera en la que los estudiantes presentan oportunidades limitadas debido al tiempo y distancias de traslado¹¹.

La falta de tiempo para la búsqueda de ayuda terapéutica no es solo una barrera logística, sino un determinante estructural de postergación. En este contexto la carga académica legitima el descuido de la salud mental^{4,8,12,13,14,15}, lo que da como resultado la inasistencia y cancelación de citas previamente



programadas, reconocido como una incongruencia estructural entre las demandas del currículo médico y las políticas de bienestar estudiantil^{4,10}. Problemas que persisten a pesar de disponer de servicios escolares de salud mental. A lo anterior se suma la incapacidad para pagar la atención tanto en contextos escolares, como en servicios privados^{3,9,10}. Otras barreras descritas entre los estudiantes, fueron las largas listas de espera en las agendas de citas¹⁰. Ante este escenario, se reconoce una baja capacidad de atención debido a la alta demanda de servicios, la falta de infraestructura, así como la falta de personal capacitado^{4,12}.

La estructura fragmentada de los servicios y la mala coordinación en la continuidad o transferencia de atención, surge en entornos donde existen demasiados servicios desarticulados, con escasa continuidad y comunicación deficiente entre ellos. La falta de una dirección clara condiciona frustración y agotamiento en los estudiantes^{12,13,14}. Otro problema observado fue el conocimiento que tienen los alumnos acerca de los servicios, el cual llega a ser limitado, no están al tanto de los recursos disponibles, ya sea por falta de comunicación o por el uso de canales inadecuados; lo que implica falta de familiaridad con los profesionales que otorgan la atención, con el proceso de asesoramiento y el desconocer como solicitar el apoyo^{4,8,10,12,14}. Resaltando la importancia de la comunicación adecuada con la comunidad estudiantil, particularmente en la promoción de servicios. La experiencia previa del estudiante o sus compañeros al utilizar un recurso juega un papel destacable^{13,15} exponiendo casos de estigmatización relacionados con el género o la etnia^{4,12}. Estas percepciones negativas surgen tanto en la respuesta a la solicitud^{11,12}, como de la atención y los enfoques de los proveedores⁴.

Algunos estudios refieren que el estigma no es un problema presente debido a intervenciones de educación en salud mental¹³; en algunos, se asocia con otros obstáculos, como preocupaciones de confidencialidad y actitudes negativas hacia el cuidado de la salud mental. Por su parte, la vergüenza se ha referido como un fuerte disuasor, ya que, pedir ayuda suele percibirse como signo de debilidad^{8,12}, situación que en la cultura médica condiciona temor a represalias o consecuencias debido a prejuicios^{4,10,14}. Las percepciones socioculturales negativas sobre la búsqueda de ayuda afectan al gremio, pero también a la sociedad en general¹⁰, reflejándose en las familias y amigos de los médicos en formación^{3,4,9}, hasta el punto en que ellos mismos se estigmatizan^{3,9,10,12}. El temor a las repercusiones les impide buscar ayuda^{4,8,11,13}. Esto sugiere que un recurso resulta ineficaz si la cultura universitaria retrata de manera negativa el cuidado de la salud mental¹⁵.

Una barrera no descrita por los estudiantes en esta investigación, son los síntomas de los trastornos mentales, como la pérdida de motivación, el bajo estado de ánimo y los pensamientos suicidas, también el estrés al hablar con un consejero y no saber qué esperar al buscar atención¹¹, pero también, las mismas manifestaciones clínicas se han referido como agentes motivadores para buscar tratamiento⁴.

Conclusiones

Los factores que contribuyen a la falta de atención de los problemas de salud mental entre los futuros médicos son claves para abordar la creciente crisis de salud mental. Las intervenciones deben considerar la educación socioemocional para que los estudiantes desarrollen habilidades que les permita identificar y comunicar las manifestaciones de sus problemas; asimismo, se debe promover una cultura de cuidado en la comunidad médica, fomentando valores como empatía, respeto y apoyo hacia quienes enfrentan estos padecimientos. Por su parte, los servicios deben ser rápidos, confiables, accesibles y de calidad, adecuados a las necesidades de su población. Estos factores, estrechamente interrelacionados, requieren ampliar el enfoque más allá del ámbito biomédico y asistencial, incorporando componentes socioculturales y actitudinales, ya que el propio estigma es un fenómeno que involucra aspectos sociales, personales y culturales, por tal motivo se requieren intervenciones transversales para enfrentar las barreras existentes, comprendiendo el papel de cada uno de los implicados integrado por los estudiantes, las instituciones educativas y la sociedad en general.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no hay ningún conflicto de interés económico, profesional o personal, que pueda generar sesgo en la publicación de este trabajo.

Consideraciones éticas

El protocolo fue autorizado por los directivos de la Unidad Académica de Medicina, y revisado por el Comité de Investigación (Registro. CI/UAO-UAZ-2022/00017) y el Comité de Ética en Investigación de la Unidad Académica de Odontología (Folio de recepción CEI-UAO-UAZ0001-R/2024) de la Universidad Autónoma de Zacatecas.

Uso de inteligencia artificial

Los autores declaran que no han utilizado ninguna aplicación, software, páginas web de inteligencia artificial generativa en la redacción del manuscrito, ni en el diseño de figuras. En el análisis en algunas ocasiones se utilizó la herramienta de IA brindada por el programa ATLAS.ti 24 en la codificación de los datos cuando no se lograba el consenso entre los autores o hubo dificultad para conceptualizar.



Contribución de los autores

Conceptualización: Q.R.R.C., R.C.R.D.; Curación de datos: Q.R.R.C., R.C.R.D.; Análisis formal: Q.R.R.C., R.C.R.D., A.P.C., G.Z.P.G.; Adquisición de fondos: Q.R.R.C.; Investigación: Q.R.R.C.; Metodología: Q.R.R.C., R.C.R.D., A.P.C., G.Z.P.G.; Administración de proyecto: Q.R.R.C.; Software: Q.R.R.C., R.C.R.D., A.P.C.; Supervisión: R.C.R.D.; Validación: R.C.R.D., A.P.C.; Visualización: Q.R.R.C., R.C.R.D.; Investigador Principal Q.R.R.C.; Redacción-borrador original Q.R.R.C., R.C.R.D. A.P.C.; Redacción- revisión y edición: Q.R.R.C., R.C.R.D., A.P.C.

Financiamiento

No se recibió ninguna fuente de financiamiento externo para la realización de este trabajo.

Agradecimientos

A cada uno de los estudiantes que participaron por la apertura y disponibilidad para compartir sus problemas.

Referencias

1. Aljuwaiser S, Brazzelli M, Arain I, Poobalan A. Common mental health problems in medical students and junior doctors – an overview of systematic reviews. *J Ment Health*. 2023;33(6):779–815. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/09638237.2023.2278095>
2. Sinval J, Oliveira P, Novais F, Almeida CM, Telles Correia D. Exploring the impact of depression, anxiety, stress, academic engagement, and dropout intention on medical students' academic performance: A prospective study. *J Affect Disord*. 2025;368:665–73. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.09.116>
3. Hyseni DZ, Davis H, Hamiti E. Mental health, study skills, social support, and barriers to seeking psychological help among university students: a call for mental health support in higher education. *Front Public Health*. 2023;11:1220614. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1220614>
4. Wang J, Fitzke RE, Tran DD, Grell J, Pedersen ER. Mental health treatment-seeking behaviors in medical students: A mixed methods approach. *J Med Access*. 2023;7:275508342211477. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/275508342211477>
5. Ruhomauly Z, Haffeez A, Karponis D. Addressing the mental health crisis in medical schools in England and the Republic of Ireland: a student collaborative. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):307–8. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30086-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30086-9)

6. Olvera, L. A. (2018). Aportaciones de la Teoría Fundamentada a la investigación en educación médica. *Investigación en Educación Médica*, 7(27), 82–88. <https://doi.org/10.22201/fac-med.20075057e.2018.27.1894>
7. Palacios Rodríguez OA. La teoría fundamentada: origen, supuestos y perspectivas. *Intersticios Sociales*. 2021 1;(22). Disponible en: <https://doi.org/10.55555/IS.22.332>
8. Brar SS, Maddipatla AS, Gupta S. Scoping review of barriers to mental health service utilization among medical students and residents. *Educ Health*. 2024;37(2):164–77. Disponible en: <https://doi.org/10.62694/efh.2024.16>
9. Berliant M, Rahman N, Mattice C, Bhatt C, Haykal KA. Barriers faced by medical students in seeking mental healthcare: A scoping review. *MedEdPublish*. 2022;12:70. Disponible en: <https://doi.org/10.12688/mep.19115.1>
10. Oláh B, Rádi BM, Kósa K. Barriers to seeking mental help and interventions to remove them in medical school during the COVID 19 pandemic: Perspectives of students. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(13):7662. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph19137662>
11. Rich A, Viney R, Silkens M, Griffin A, Medisaukaite A. The experiences of students with mental health difficulties at medical school: a qualitative interview study. *Med Educ Online*. 2024;29(1):2366557. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/10872981.2024.2366557>
12. Broglia E, Millings A, Barkham M. Student mental health profiles and barriers to help seeking: When and why students seek help for a mental health concern. *Couns Psychother Res*. 2021;21(4):816–26. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/capr.12462>
13. Ye WQW, Rietze BA, McQueen S, Zhang K, Quilty LC, Wickens CM. Barriers to accessing mental health support services in undergraduate medical training: A multicenter, qualitative study. *Acad Med*. 2023;98(4):491–6. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004966>
14. Sheldon E, Ezaydi N, Desoysa L, Young J, Simmonds-Buckley M, Hind PD, et al. Barriers to help-seeking, accessing and providing mental health support for medical students: a mixed methods study using the candidacy framework. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1):738. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11204-8>
15. Edwin J, Cornwall J, Du Plooy K. What medical students want from mental health self-help resources: A focus group study. *Ment Health Prev*. 2024;35:200353. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2024.200353>

