



AULA DE EDUCACIÓN MÉDICA

Propuesta de un modelo integrado de identidad médica



Javier de la Maza Guzmán^{a,b,c,*} y Pedro Eliseo Esteves^d

^a Facultad de Ciencias Sociales, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

^b Servicio de Urgencia Pediátrica, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile

^c Fundación Ars Medica, Baltimore, Estados Unidos

^d Universidad Nacional de Cuyo, Facultad de Ciencias Médicas, Mendoza, Argentina

Recibido el 17 de julio de 2025; aceptado el 23 de julio de 2025

Disponible en Internet el 10 de octubre de 2025

PALABRAS CLAVE

Educación médica;
 Profesionalismo;
 Identidad profesional;
 Humanidades médicas;
 Comunidades de
 práctica;
 Cultura médica;
 Bienestar del médico

Resumen Este artículo propone un modelo integrado de identidad médica que concibe al médico como un ser humano multidimensional, en constante desarrollo. La identidad médica orienta su actuar profesional y se construye a partir de 3 dimensiones interrelacionadas: la personal, la profesional y la experiencia de vulnerabilidad del médico como paciente. El modelo también reconoce la influencia de las comunidades de práctica y la cultura médica en este proceso formativo. Incorporar el desarrollo de la identidad médica de manera explícita en el currículo promueve la reflexión y el diálogo en torno a los valores del médico, contribuyendo a formar profesionales más empáticos, resilientes y capaces de ejercer una práctica clínica más humana.

© 2025 El Autor/Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

KEYWORDS

Medical education;
 Professionalism;
 Professional identity;
 Medical humanities;
 Communities of
 practice;
 Medical culture;
 Physician well-being

Proposal for an integrated model of medical identity

Abstract This article proposes an integrated model of medical identity that envisions the physician as a multidimensional human being in constant development. Medical identity guides professional behavior and is constructed through the integration of three interrelated dimensions: personal, professional, and the experience of vulnerability of the physician as a patient. The model also acknowledges the influence of communities of practice and medical culture in this formative process. Explicitly incorporating the development of medical identity into the curriculum fosters reflection and dialog around physicians' values, contributing to the training of more empathetic, resilient professionals capable of delivering more human-centered care.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javier.delamaza@uc.cl (J. de la Maza Guzmán).

Introducción

En las últimas décadas, se ha cuestionado críticamente la enseñanza tradicional de la medicina, fuertemente centrada en el modelo biomédico, científico y tecnológico¹. Esto ha impulsado la búsqueda de nuevos enfoques pedagógicos que promuevan una educación y una práctica médica más reflexiva y orientada a los valores humanos². Uno de los enfoques que ha cobrado relevancia en el ámbito académico es la formación de la identidad profesional³⁻⁵.

Para la psicología del desarrollo, la identidad de una persona se refiere al sentido de sí mismo que se construye a lo largo del tiempo y que se compone de la comprensión que tiene sobre quién es, sus valores, creencias, aspiraciones y su relación con el entorno⁶. La identidad proporciona un marco conceptual para entender cómo las personas otorgan sentido a sus experiencias de vida, lo cual es esencial para el autoconocimiento y el sentido de pertenencia⁶. A través de un proceso de construcción, la persona interpreta y resignifica sus características personales y vivencias, integrándolas en su biografía⁶.

En el ámbito de la educación médica, la formación de la identidad profesional ha sido definida como un proceso transformador mediante el cual se integran los conocimientos, habilidades, valores y conductas propios de la profesión médica con la identidad personal y los valores del individuo⁷.

La identidad médica se desarrolla continuamente en etapas a lo largo de la vida profesional, en un proceso que ocurre de forma simultánea en 2 niveles: a nivel individual, donde se integra el desarrollo personal del médico, y a nivel colectivo, que implica la socialización en roles y formas de participación en los distintos ámbitos de la práctica clínica^{5,8}.

Entre los factores que influyen en su desarrollo se incluyen las relaciones interpersonales con pares, modelos a seguir, pacientes y otros integrantes del equipo de salud; las experiencias que fomentan actitudes, buenas prácticas y ética profesional; así como la narrativa personal del individuo y la reflexión sobre su proceso formativo^{3,4}.

El desarrollo de la identidad profesional es uno de los principales objetivos de la educación médica⁹. Según Merton, la tarea de una facultad de medicina es modelar al estudiante para convertirlo en una persona efectiva al practicar la medicina y proveerlo de una identidad profesional que lo lleve a pensar, sentir y actuar como un médico¹⁰.

El objetivo de este artículo es proponer un modelo integrado de identidad médica. Asimismo, se describen los factores que influyen en su desarrollo, como las comunidades de práctica y la cultura médica. Fomentar la reflexión y generar conciencia sobre la identidad médica resulta relevante, ya que orienta el actuar cotidiano del médico y otorga sentido al ejercicio de su profesión¹¹. Al mismo tiempo, influye en la calidad del cuidado que entrega a sus pacientes y fomenta la resiliencia necesaria para protegerlo frente al riesgo de *burnout*¹¹⁻¹³.

La intención al presentar este modelo es, por una parte, promover la reflexión de estudiantes de Medicina y médicos

en formación en torno a la construcción de su identidad médica; y, por otra, orientar y motivar a los educadores en el diseño de intervenciones que faciliten dicho proceso. Se espera que este modelo constituya una herramienta práctica y versátil, que fomente el diálogo y la toma de conciencia sobre los valores que subyacen a la práctica médica.

Modelo integrado de identidad médica

A continuación, se presenta un modelo conceptual que sitúa la identidad médica en el centro y plantea que esta se constituye por la integración de 3 áreas de desarrollo: la dimensión del médico como persona, la dimensión del médico como profesional y la dimensión vinculada a la experiencia del médico como paciente, vulnerable y susceptible frente a la enfermedad (fig. 1).

La identidad médica se concibe como el núcleo desde el cual se originan las actitudes, decisiones y conductas del profesional. Cabe destacar que no existe una delimitación precisa entre estas 3 dimensiones, ya que se complementan e influyen mutuamente.

Esta propuesta busca ampliar los aportes de enfoques existentes como el *Profesionalismo* y la *Medicina centrada en el paciente*, a través de una visión multidimensional del médico como ser humano en constante desarrollo^{14,15}. El modelo propuesto se organiza desde una perspectiva socioecológica que considera la influencia de factores individuales, relacionales, comunitarios y culturales en el proceso de desarrollo identitario.

El desarrollo de la identidad personal

La identidad médica se construye sobre los cimientos de la dimensión personal, la cual se conforma a partir de factores individuales y sociales¹⁶. La identidad personal hace que cada individuo sea absolutamente original e irrepetible y, por ende, portador de dignidad. Esta identidad se configura a lo largo del tiempo a partir de la biografía, los roles desempeñados, el amor recibido y el respeto vivenciado por parte de figuras de apego, o, por el contrario, a partir de experiencias de ser ignorado, rechazado, estigmatizado o incluso abusado¹⁶.

Diego Gracia plantea que la verdadera identidad se construye de manera autónoma a través de las acciones, en interacción con la cultura, entendida como el depósito de valores internalizados durante etapas clave de la vida¹⁷. El autor sostiene que los valores contribuyen activamente al desarrollo de la identidad¹⁷. En consecuencia, actuar éticamente no solo refleja la identidad personal, sino que también la construye y la fortalece.

La adolescencia se reconoce como una etapa crucial en el desarrollo de la identidad. Durante este periodo, se adquiere la capacidad de pensar y decidir por sí mismo. El depósito de valores recibidos se somete a revisión y puede ser rechazado o modificado. Este proceso da lugar a la

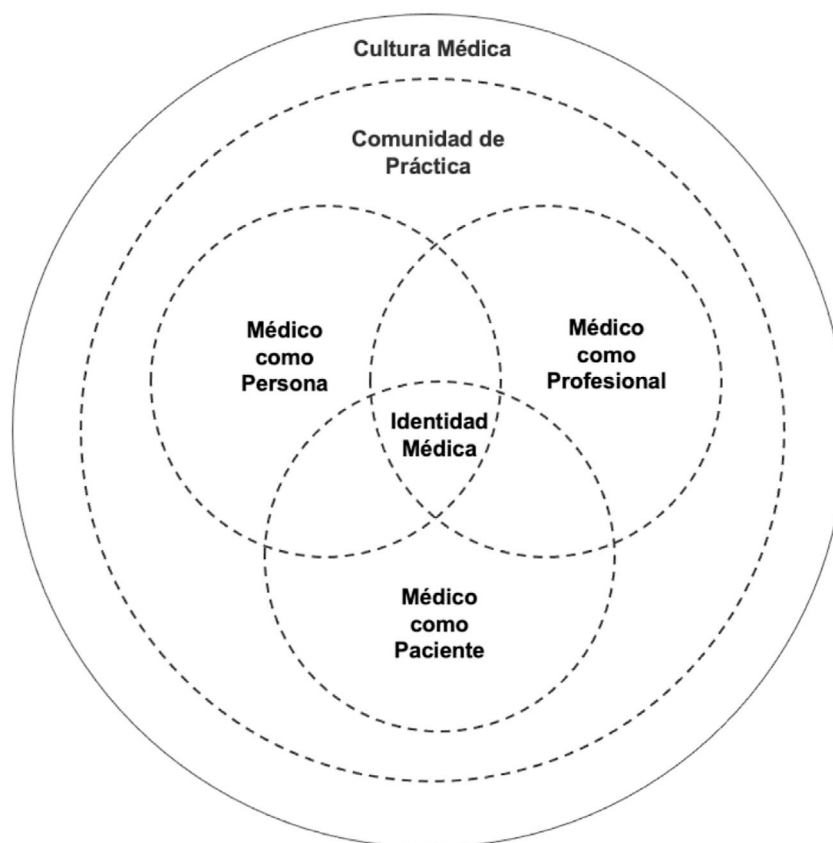


Figura 1 Modelo integrado de identidad médica.

conformación de una escala propia de valores, que orienta las decisiones, promueve la coherencia entre el pensamiento y la acción, y genera un sentido de responsabilidad frente a las consecuencias de dichos actos¹⁶.

La mayoría de los estudiantes de Medicina se encuentran entre la etapa final de la adolescencia y la adultez temprana, momento en que se consolida la disposición a reflexionar y actuar de manera autónoma. Sin embargo, la identidad personal es un fenómeno psicológico que no se limita a una fase específica del ciclo vital. Su desarrollo ocurre de forma evolutiva a lo largo de la vida, en un proceso de construcción continua que se recrea permanentemente^{6,16}.

El camino profesional: de estudiante a médico

La vocación es un hito fundacional en la construcción de la identidad médica. El proceso de formación se desarrolla en medio de múltiples aprendizajes, expectativas y sacrificios: desde la cantidad abrumadora de contenidos biomédicos y las exigentes evaluaciones, hasta los primeros contactos con pacientes reales y la convivencia en grupos de pares¹⁸. Todo ello ocurre en el contexto de una cultura médica y una sociedad que valoran la celeridad y la competencia excesiva, sin espacio para la reflexión^{14,18,19}.

Las escuelas de medicina desempeñan un papel clave en la formación de la identidad médica desde los primeros momentos de socialización^{9,20}. En pocos años, una persona joven se transforma en un adulto responsable y capacitado para ejercer como profesional de la salud. Los estudiantes

deben adquirir una serie de competencias técnicas y habilidades sociales⁸. Sin embargo, los enfoques basados en competencias corren el riesgo de reducir la formación médica a procesos evaluativos, dejando de lado el desarrollo de la identidad profesional⁸.

El currículo formal, compuesto por contenidos estandarizados y evaluaciones, contrasta con el currículo oculto, que también influye en las actitudes, creencias y conductas del médico²¹. Un ejemplo de este aprendizaje implícito es la idea de que solo los pacientes con un nivel socioeconómico alto o con diagnósticos complejos y tratables merecen mayor tiempo y esfuerzo por parte del profesional²². Asimismo, las jerarquías y las presiones por la eficiencia del sistema refuerzan estas normas implícitas sobre quién merece un mejor cuidado²².

La literatura sugiere diversas soluciones: una mayor coherencia entre el currículo formal y el oculto²¹, y la importancia de conocer a los pacientes, su biografía y su realidad psicosocial como elementos clave para lograr diagnósticos más certeros y estrategias terapéuticas más efectivas^{14,23}. Recibir retroalimentación sobre su actuar, tanto de docentes como de sus pares^{24,25}, también contribuye a construir la identidad médica.

Incorporar habilidades como la escucha profunda y la curiosidad en la anamnesis permite al estudiante y al médico en formación desarrollar la capacidad de reconocer el sufrimiento y el impacto emocional que genera la enfermedad en sus pacientes²³. Asimismo, encontrar el espacio para conectarse con su propia emocionalidad

favorece la toma de conciencia sobre sus valores y cómo estos se manifiestan en su actuar profesional¹⁷.

El médico como paciente

Ser paciente es una experiencia universal. Sin embargo, la formación médica ha tendido históricamente a omitir o tratar de forma superficial la vivencia de ser, al mismo tiempo, médico y paciente, a pesar de su relevancia en la construcción de la identidad médica.

Según Epstein, las personas tendemos a dividir el mundo de forma tribal, entre quienes consideramos semejantes y quienes percibimos como diferentes²³. Los médicos también actuamos de esta manera, lo que refuerza nuestra identidad profesional y el sentido de pertenencia. Sin embargo, percibir a los pacientes como miembros de una «tribu» distinta puede perpetuar sesgos cognitivos y afectar negativamente nuestras decisiones clínicas²³.

Los médicos podemos tomar decisiones diferentes sobre nuestra propia salud en comparación con lo que aconsejaríamos a pacientes y familiares²⁶. Existe una tendencia a recomendar tratamientos más agresivos para otros, mientras que, en el caso personal, se prioriza la comodidad y la dignidad, evitando intervenciones invasivas para prolongar la vida²⁶.

Estamos psicológicamente mal preparados para asumir el rol de pacientes²⁷. Por un lado, contamos con el conocimiento científico y con el vínculo con colegas que pueden orientarnos cuando estamos enfermos; pero, por otro, este mismo privilegio y ciertos rasgos de personalidad pueden dificultar el asumir plenamente nuestra vulnerabilidad^{27,28}. Esto puede hacernos sentir como extraños para nosotros mismos, al no poder integrar esta dimensión vulnerable en nuestra propia identidad médica²⁸.

Esta actitud se relaciona en parte con la educación recibida y una pérdida en la capacidad de escuchar al propio cuerpo. Kalanithi narra su experiencia al ser diagnosticado con cáncer pulmonar durante su último año de residencia en neurocirugía. En su relato describe cómo la carga de trabajo y las exigencias de la profesión le impidieron atender sus síntomas²⁹. Esta falta de empatía con uno mismo, particularmente en médicos agotados, refleja hasta qué punto la formación y la práctica médica pueden deteriorar la conexión con la propia persona.

Por otro lado, existen numerosos testimonios de médicos que han enriquecido su práctica clínica tras vivir la experiencia de ser pacientes. Klitzman analizó 70 entrevistas realizadas a médicos que atravesaron diversas enfermedades y destaca cómo muchos de ellos adoptaron cambios en su conducta, realizando gestos de empatía como sentarse junto a la cama del paciente para conversar o pedir disculpas por las demoras en la atención²⁸.

Aceptar su propia vulnerabilidad permite al médico reconocer sus límites y su falibilidad como ser humano. Esta actitud se asocia con una mayor tolerancia hacia los pacientes, los colegas y uno mismo, promovida por la autocompasión, la cual, a su vez, contribuye a un mayor bienestar profesional^{23,30}.

En 2017, la Declaración de Ginebra incorporó por primera vez en la historia de la medicina el concepto de bienestar del médico, afirmando que factores como el estrés y la sobrecarga laboral impactan negativamente en su salud³¹.

Esto representa un cambio de paradigma para la profesión médica, al reconocer la vulnerabilidad del profesional y su susceptibilidad a enfermar. La nueva versión también prioriza el autocuidado del médico, al reconocer que su bienestar influye directamente en la calidad de la atención que brinda a sus pacientes.

Las comunidades de práctica y su aporte a la identidad médica

En los últimos años, la teoría de las comunidades de práctica ha cobrado relevancia en el ámbito de la educación médica, ya que ofrece un marco conceptual para comprender los procesos de aprendizaje que ocurren en este contexto. Este enfoque plantea que el aprendizaje es un proceso social que se desarrolla en el seno de comunidades y que está profundamente influido por la cultura³².

Una comunidad de práctica se define como un grupo de personas que comparten una preocupación, un conjunto de problemas o una pasión por un tema, y que profundizan su conocimiento y experiencia en esa área mediante una interacción continua³³. Es relevante destacar que cada miembro, conscientemente o no, contribuye a «crear comunidad», al compartir valores, saberes y modos de actuar.

Cruess conceptualiza la medicina como una comunidad de práctica, ya que esta teoría permite abordar la combinación de conocimientos tácitos y explícitos necesarios para la práctica clínica. El autor también sostiene que la identidad profesional se construye dentro del espacio colectivo e intersubjetivo que ofrece una comunidad³⁴.

Los médicos forman parte de múltiples comunidades de práctica. Todos pertenecen a la comunidad médica global, pero también se vinculan con agrupaciones locales, como sociedades científicas o asociaciones gremiales, que constituyen espacios relevantes de pertenencia e intercambio. Los programas de especialización también conforman comunidades de práctica específicas que pueden ejercer una influencia significativa en la identidad de sus miembros.

Las comunidades de práctica se articulan en torno a 3 elementos: un dominio de conocimiento compartido, una comunidad de personas interesadas en él y una práctica común que mejora la efectividad en esa área³³. El dominio establece un propósito común y un sentido de identidad compartida; la comunidad crea un entorno de confianza que favorece el aprendizaje colectivo; y la práctica reúne los conocimientos, herramientas y prácticas desarrolladas colectivamente que guían la acción y permiten mejorar la efectividad en esa área³³. Estos 3 componentes pueden identificarse en el ámbito de la medicina, reafirmando que las comunidades de práctica constituyen una estructura especialmente adecuada para gestionar el conocimiento médico y favorecer el desarrollo de la identidad del profesional³⁴.

El conocimiento médico no se limita a lo explícito y codificable en libros o revistas, sino que incluye un componente tácito, entendido como una «experiencia encarnada» que permite responder de forma contextualizada a situaciones clínicas³³. Un buen cirujano no solo aplica conocimientos teóricos, sino que integra la historia del paciente, los signos vitales y ajusta su intervención en función de la situación particular. Este saber se adquiere con la práctica y el intercambio con colegas, y se transmite en espacios colectivos como cursos,

congresos y actividades de educación médica continua, a través de relatos, mentoría y aprendizaje situado.

La identidad profesional se construye sobre normas determinadas por la comunidad de práctica y la cultura médica imperante, mediante un proceso continuo de negociación social³⁴. Su desarrollo implica asumir valores, normas y estructuras organizativas del entorno profesional. Asimismo, el diálogo entre generaciones permite visibilizar aquellos valores de la medicina que han sido, son y seguirán siendo relevantes.

Finalmente, es en las comunidades de práctica donde pueden contenerse y amortiguarse las frecuentes vivencias de angustia, tristeza, impotencia o fracaso del médico, al ofrecer un espacio compartido en donde superar el aislamiento en el que viven muchos profesionales.

Relación entre cultura e identidad médica

La cultura ha sido definida como un sistema de valores, creencias y prácticas socialmente aceptadas que proporciona identidad, orden, sentido y estabilidad a un grupo¹⁹. Se trata de un fenómeno expansivo y profundamente arraigado en una organización o profesión que, aunque intangible, influye de manera significativa en las decisiones y conductas de las personas¹⁹.

Gracia conceptualiza la cultura como un depósito de valores que se objetivan a través de los actos¹⁷. Esta perspectiva enfatiza la relación recíproca entre identidad y cultura, destacando la trascendencia de cada acción. El autor sostiene que, al actuar, los valores emergen de la persona, adquieren vida propia y se integran en la cultura¹⁷. Del mismo modo, el depósito de valores presente en la cultura a la que pertenece una persona influye en su conducta.

La cultura médica y sus valores se transmiten desde el inicio de la formación, tanto por el currículo formal como por el currículo oculto, configurando los marcos éticos y conductuales que orientan la práctica médica^{18,21}. Moldea la manera en que los médicos se perciben a sí mismos, se relacionan entre colegas, valoran su trabajo, y desarrollan la relación con sus pacientes. Esta influencia se manifiesta directamente en las decisiones y conductas de los profesionales médicos, tanto en el ámbito personal como en su práctica clínica¹⁹.

La cultura médica está fuertemente condicionada por factores estructurales del sistema de salud que, si no se abordan, pueden afectar el actuar del médico y obstaculizar el desarrollo integral de su identidad profesional¹⁹. Elementos como las remuneraciones, los incentivos por desempeño, la burocracia, las exigencias administrativas y la falta de tiempo para dar una atención adecuada deterioran las condiciones de trabajo. A esto se suma una creciente judicialización de la medicina que ha impulsado la adopción de prácticas defensivas, motivadas por el temor a litigios, que no solo afectan la calidad asistencial, sino que limitan la autonomía y deterioran el bienestar del médico³⁵.

Aunque la cultura médica promueve altos estándares éticos, suele haber una brecha entre los valores de la profesión y la práctica real. Un ejemplo es la figura del médico heroico, que antepone su trabajo incluso a costa de su propio bienestar^{19,36}. Esta expectativa implícita refuerza la idea de que priorizar el descanso o el autocuidado refleja falta de compromiso o profesionalismo. También persiste la creencia de que el médico debe ser perfecto y no puede

equivocarse, asociando el error al fracaso y la culpa¹⁹. Sin embargo, muchos errores asociados a la atención sanitaria responden a fallas sistémicas más que a falencias individuales. En este contexto, mostrar vulnerabilidad sigue siendo mal visto, y la falta de seguridad psicológica impide reconocer y aprender de los propios errores, dificultando el desarrollo de una identidad médica más compasiva y consciente de sus límites.

Estos factores culturales han contribuido al agotamiento emocional, desencanto e incluso al abandono de la profesión por parte de muchos médicos³⁷. Las altas tasas de depresión, ansiedad, consumo de sustancias y suicidio asociadas al *burnout* en médicos supera los niveles observados en otras profesiones³⁸, lo cual refleja el impacto de una cultura que, lejos de proteger, expone a sus miembros a condiciones laborales insostenibles¹⁹. Esta realidad evidencia la necesidad de impulsar transformaciones culturales profundas.

Para generar estos cambios es clave mantener una actitud crítica frente a los antivalores presentes en la cultura médica imperante, con el objetivo de visibilizarlos, discutirlos y transformarlos. Al mismo tiempo, es fundamental jerarquizar y fortalecer aquellos actos que encarnan los valores que se desean promover, tanto a nivel individual como colectivo, para que estos pasen a formar parte activa del depósito cultural que configura la identidad.

Relevancia del modelo para la educación médica

El desarrollo de la identidad médica es un proceso complejo y dinámico que influye directamente en el actuar y el sentir de los profesionales de la salud³⁻⁵. Esta identidad emerge de la interacción entre experiencias personales y profesionales, incluyendo la vivencia de ser paciente, la participación en comunidades de práctica y la fuerte influencia ejercida por la cultura médica.

Considerando los valiosos aportes del *Profesionalismo* y la *Medicina centrada en el paciente*^{14,15}, el *Modelo integrado de identidad médica* busca ir un paso más allá, al poner énfasis en la persona del médico como un ser humano multidimensional, en constante desarrollo. Esta propuesta sintetiza la literatura existente sobre la formación de la identidad profesional y presenta un modelo innovador para guiar el desarrollo integral de estudiantes de Medicina y médicos, en armonía con sus propios valores.

El modelo busca generar conciencia sobre la identidad médica, ofreciendo un lenguaje común y un marco conceptual que ayuden a estudiantes y médicos a internalizar este fenómeno central para su formación profesional y comprender los factores que influyen en su desarrollo. Asimismo, reconocer el rol que cumple la identidad en su actuar contribuye a que puedan tomar decisiones coherentes con sus propios valores, alejándose de un sentido distorsionado del «deber ser» que muchas veces impone la cultura médica. Esto favorece una práctica clínica más reflexiva, autónoma y tolerante a la incertidumbre, abriendo camino hacia una vida más plena.

Como aporte clave, esta propuesta de modelo de identidad médica considera al médico también como paciente o como persona susceptible de enfermar, reconociéndolo como un ser limitado y falible. Integrar la propia vulnerabilidad como parte constitutiva de la identidad profesional es fundamental,

pues puede influir positivamente en la capacidad del médico para comprender y empatizar con sus pacientes desde la autocompasión³⁰.

La participación en comunidades de práctica constituye otro aspecto fundamental del modelo propuesto. Estas comunidades ofrecen una matriz social propicia para compartir experiencias, modelar conductas y construir un sentido de pertenencia dentro de la profesión médica³⁴. Su relevancia no solo radica en el rol que desempeñan en la construcción de la identidad individual, sino también en la conciencia de que cada integrante puede contribuir activamente al desarrollo identitario de otros.

Aunque la cultura médica suele resistirse al cambio, son las acciones cotidianas las que permiten transformarla. Actuar desde una identidad médica autónoma e íntegra enriquece el depósito de valores que conforman la cultura¹⁷. Esto se ve reflejado en acciones concretas como enseñar y compartir el conocimiento, mantener relaciones constructivas entre colegas y atender a los pacientes de manera competente y compasiva. La cultura no es un ente fijo, sino un sistema dinámico moldeado por las decisiones de quienes conforman la comunidad médica¹⁹.

Este artículo propone un modelo que puede integrarse al currículo formal de las escuelas de medicina mediante espacios de reflexión y diálogo, apoyando de manera explícita el desarrollo de la identidad médica como un objetivo educativo²⁰. Esto implica incluir contenidos sobre identidad en actividades existentes como cursos de comunicación, bioética y humanidades médicas. También puede ser un valioso aporte en el contexto de intervenciones pedagógicas que fomentan el autoconocimiento, la resiliencia y la reflexión sobre los valores de médicos y pacientes¹³. Estrategias como talleres de literatura y medicina, escritura creativa, mentorías, *mindfulness* y el análisis crítico de obras artísticas han mostrado ser útiles en este proceso^{13,39,40}. Por último, se recomienda capacitar a los docentes, crear entornos acogedores e involucrar a los estudiantes en su propio desarrollo identitario²⁰.

Reconocer la propia identidad médica es clave para la resiliencia y el bienestar profesional¹¹⁻¹³. Actuar en coherencia con los propios valores no solo incrementa la satisfacción laboral, sino que también protege frente al *burnout* y el daño moral que ocurre cuando el profesional se ve obligado a actuar en contra de estos valores^{37,38}. En este sentido, la identidad médica actuaría como un factor protector, permitiendo adaptarse y responder a los desafíos de un entorno médico cambiante, promoviendo el equilibrio y la integración entre la vida profesional y personal.

Es posible avanzar hacia una medicina más atenta a los valores humanos, promoviendo la humanidad de quienes la ejercen. La despersonalización del médico suele ir acompañada de la despersonalización del paciente, percibido únicamente como un conjunto de problemas que deben «arreglarse», en lugar de un ser humano íntegro y digno de cuidado. Reconocer y respetar al paciente en su dimensión personal no solo favorece una atención en salud más efectiva, sino que también puede aportar una mayor gratificación en la vida profesional del médico.

Entre las limitaciones de este artículo se encuentra el hecho de no tratarse de una revisión sistemática. Otra limitación de la propuesta es la dificultad para incorporar el modelo integrado de identidad médica en programas de formación centrados exclusivamente en lo biomédico, que no

consideran explícitamente el desarrollo identitario como un objetivo educativo. Por último, cabe señalar que actuar desde la identidad médica involucra la propia subjetividad y los valores personales en el ejercicio de la profesión, lo cual puede representar un esfuerzo emocional mayor en comparación con un enfoque más tradicional y distante del paciente.

Conclusiones

La construcción de la identidad médica es un proceso continuo y dinámico, fundamental para la formación y el ejercicio profesional. El modelo propuesto en este artículo concibe al médico como un ser humano multidimensional, en constante desarrollo, cuya identidad orienta su manera de actuar.

Promover la conciencia de la identidad médica y la reflexión sobre los valores del médico como un objetivo educativo explícito del currículo contribuye a formar profesionales más atentos y capaces de ejercer una práctica clínica coherente con dichos valores.

Integrar como parte de la identidad médica la dimensión del médico como ser vulnerable y susceptible de enfermar, permitiría formar profesionales más empáticos, resilientes y comprometidos con su propio bienestar.

Destacar el rol de las escuelas de medicina en el fortalecimiento de las comunidades de práctica, promoviendo espacios colaborativos entre docentes, estudiantes y colegas que favorezcan el desarrollo identitario mediante el modelamiento de conductas positivas, el intercambio de experiencias y la construcción de un sentido de pertenencia.

Reconocer el valor transformador de una identidad profesional íntegra y autónoma como motor de cambio hacia una cultura médica más humana. Esta perspectiva resalta que la cultura e identidad médica se construyen e influyen mutuamente a través de las acciones cotidianas, otorgando a los formadores un rol activo en su transformación.

Desarrollar enfoques innovadores para incorporar el *Modelo integrado de identidad médica* en cursos de comunicación, bioética, humanidades médicas o instancias clínicas supervisadas puede favorecer el diálogo y la reflexión en torno a esta temática.

Avanzar en la capacitación docente en herramientas pedagógicas para acompañar el desarrollo de la identidad médica y crear ambientes educativos acogedores es clave para apoyar a los estudiantes en este proceso formativo.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido ninguna financiación para realizar este trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Expresamos nuestro sincero agradecimiento a la Dra. Mariana Dittborn y al Dr. Andrés Sciolla por sus valiosos aportes durante el proceso de edición. Su generosa y lúcida

retroalimentación enriqueció significativamente este artículo.

Bibliografía

- Borell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med*. 2004;2:576–82.
- Goldberg JL. Humanism or professionalism? The white coat ceremony and medical education. *Acad Med*. 2008;83(8):715–22.
- Holden M, Buck E, Clark M, Szauter K, Trumble J. Professional identity formation in medical education: the convergence of multiple domains. *HEC Forum*. 2012;24(4):245–55.
- Rabow MW, Remen RN, Parmelee DX, Inui TS. Professional formation: extending medicine's lineage of service into the next century. *Acad Med*. 2010;85(2):310–7.
- Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Steinert Y. Reframing medical education to support professional identity formation. *Acad Med*. 2014;89(11):1446–51.
- Schwartz SJ, Luyckx K, Vignoles VL. *Handbook of identity theory and research*. New York, NY: Springer New York; 2011.
- Holden MD, Buck E, Luk J, Ambriz F, Boisubain EV, Clark MA. Professional identity formation. *Acad Med*. 2015;90(6):761–7.
- Jarvis-Selinger S, Pratt DD, Regehr G. Competency is not enough: integrating identity formation into the medical education discourse. *Acad Med*. 2012;87(9):1185–90.
- Cooke M, Irby DM, O'Brien BC. *Educating physicians: a call for reform of medical school and residency*. San Francisco: Jossey-Bass; 2010.
- Merton RK. Some preliminaries to a sociology of medical education. En: Merton RK, editor. *The student-physician*. Harvard University Press; 1957. p. 3–80.
- Anandarajah G, Sleeth G, Mennillo M, Srinivasan A. Transforming narratives of physician identity formation and healing: a longitudinal qualitative study of physicians' stories about spirituality and medicine, from residency to practice. *BMC Med Educ*. 2025;25(1):319.
- Mavor KI, Mcneill KG, Anderson K, Kerr A, O'Reilly E, Platow MJ. Beyond prevalence to process: the role of self and identity in medical student well-being. *Med Educ*. 2014;48(4):351–60.
- Wald HS. Professional identity (trans)formation in medical education: reflection, relationship, resilience. *Acad Med*. 2015;90(6):701–6.
- Borrell-Carrió F. *Práctica clínica centrada en el paciente*. Madrid: Triacastela; 2019. 318pp.
- Borrell-Carrió F, Epstein RM, Alentà HP. *Profesionalidad y professionalism: fundamentos, contenidos, praxis y docencia*. *Med Clin*. 2006;127:337–42.
- Crocetti E, Albarello F, Meeus W, Rubini M. Identities: a developmental social-psychological perspective. *Eur Rev Soc Psychol*. 2023;34(1):161–201.
- Gracia D. *En busca de la identidad perdida*. Madrid: Triacastela; 2020. 288 pp.
- Beckman H. The role of medical culture in the journey to resilience. *Acad Med*. 2015;90:710–2.
- Shanafelt TD, Schein E, Minor LB, Trockel M, Schein P, Kirsh D. Healing the professional culture of medicine. *Mayo clinic proceedings*, 94. Elsevier Ltd; 2019. p. 1556–66.
- Cruess SR, Cruess RL, Steinert Y. Supporting the development of a professional identity: general principles. *Med Teach*. 2019;41(6):641–9.
- Martimianakis MA, Michalec B, Lam J, Cartmill C, Taylor JS, Hafferty FW. Humanism, the hidden curriculum, and educational reform: a scoping review and thematic analysis. *Acad Med*. 2015;90:55–13.
- Higashi RT, Tillack A, Steinman MA, Bree Johnston C, Michael Harper G. The worthy patient: rethinking the hidden curriculum in medical education. *Anthropol Med*. 2013;20(1):13–23.
- Epstein R. *Estar presente: mindfulness, medicina y calidad humana*. España: Kairós; 2020.
- ten Cate OTJ. Why receiving feedback collides with self determination. *Adv Health Sci Educ*. 2013;18(4):845–9.
- Esteves P, Torres I, Mampel A, Fernández I, Marianetti M. Un modelo para educar y evaluar habilidades de comunicación en estudiantes de medicina. *Method Investig Aplic Cienc Biol*. 2020;5(1):24–9.
- Periyakoil VS, Neri E, Fong A, Kraemer H. Do unto others: doctors' personal end-of-life resuscitation preferences and their attitudes toward advance directives. *PLoS One*. 2014;9(5):e98246.
- Vaillant GE, Sobowale NC, McArthur C. Some psychologic vulnerabilities of physicians. *N Engl J Med*. 1972;287(8):372–5.
- Klitzman R. *When doctors become patients*. New York: Oxford University Press; 2007.
- Kalanithi P. *When breath becomes air*. New York: Random House Publishing Group; 2016.
- Babenko O, Mosewich AD, Lee A, Koppula S. Association of physicians' self-compassion with work engagement, exhaustion, and professional life satisfaction. *Med Sci (Basel)*. 2019;7(2):29.
- Parsa-Parsi RW. The revised declaration of Geneva. *JAMA*. 2017;318(20):1971.
- Wenger E. *Communities of practice and social learning systems: the career of a concept*. Social learning systems and communities of practice. London: Springer London; 2010. p. 179–98.
- Wenger E, McDermott R, Snyder W. *Cultivating communities of practice: a guide to managing knowledge*. Boston: Harvard Business School Press; 2002.
- Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. Medicine as a community of practice: implications for medical education. *Acad Med*. 2018;93:185–91.
- Vizcaíno-Rakosnik M, Martín-Fumadó C, Arimany-Manso J, Gómez-Durán EL. The impact of malpractice claims on physicians' well-being and practice. *J Patient Saf*. 2022;18(1):46–51.
- Fins JJ. Distinguishing professionalism and heroism when disaster strikes: reflections on 9/11, Ebola, and other emergencies. *Camb Q Healthc Ethics*. 2015;24(4):373–84.
- Chênevert D, Kilroy S, Johnson K, Fournier PL. The determinants of burnout and professional turnover intentions among Canadian physicians: application of the job demands-resources model. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):993.
- Tawfik DS, Scheid A, Profit J, Shanafelt T, Trockel M, Adair KC, et al. Evidence relating health care provider burnout and quality of care. *Ann Intern Med*. 2019;171(8):555–67.
- Howley L, Gaufberg E, King B. *The fundamental role of the arts and humanities in medical education*. Washington, DC: Association of American Medical Colleges; 2020.
- Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman MB, Mooney CJ, et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA*. 2009;302(12):1284–93.