

ENSAYO

La lógica cultural-cognitiva-emocional-existencial en la formación y la asistencia en Otorrinolaringología**The cultural-cognitive-emotional-existential logic in training and care in Otorhinolaryngology**Marlenis Claudina Hidalgo-Ramos¹, Ana iris Ojeda-Avila²¹Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de La Serna". Universidad de Ciencias Médicas Las Tunas. Filial Puerto Padre. Las Tunas, Cuba.

Recibido: 8 de septiembre de 2026

Aprobado: 14 de septiembre de 2026

**RESUMEN**

Este ensayo es resultado de los cursos internacionales "Pensar lo que nos piensa", concebido para aprender a diagnosticar y pensar críticamente las lógicas culturales, cognitivas, emocionales y existenciales que operan en la práctica profesional y personal. Aplica las categorías centrales del programa —razón patógena cultural-cognitiva-emocional-existencial, ceguera cognitiva-emocional-existencial, escasez cognitiva-emocional-existencial y la bioética como territorio de reproducción de lógicas patógenas— al análisis de la práctica docente-asistencial en Otorrinolaringología, a partir de la experiencia de las autoras. Se identifican manifestaciones de estas lógicas en residentes y especialistas. Se profundiza en la teoría de la escasez cognitiva y se la vincula con la escasez estructural y sostenida del contexto cubano, que genera sufrimiento, agotamiento y estrechamiento crónico, extendiendo el análisis a las dimensiones emocional y existencial. Se contextualiza el predominio histórico del paternalismo médico y del principalismo biomédico tradicional, frente a la escasa explicitación de la bioética crítica latinoamericana y cubana. Se concluye que la razón patógena cultural-cognitiva-emocional-existencial opera silenciosamente en la formación y la asistencia otorrinolaringológicas, produciendo una ceguera que impide ver sus efectos; que la escasez sostenida reduce el ancho de banda cognitivo, emocional y existencial de residentes y profesionales. La bioética puede reproducir estas lógicas si no se ejerce críticamente. Pensar lo que nos piensa permite develarlas y fundamentar transformaciones.

Palabras clave: RAZÓN PATÓGENA; CEGUERA COGNITIVA-EMOCIONAL; ESCASEZ; OTORRINOLARINGOLOGÍA; AGOTAMIENTO PROFESIONAL; BIOÉTICA.

Descriptores: OTORRINOLARINGOLOGÍA; CIENCIA COGNITIVA; AGOTAMIENTO PROFESIONAL; BIOÉTICA.

SUMMARY

This essay is the result of the courses system "Think what thinks us" designed to learn how to critically diagnose and think about the cultural, cognitive, emotional, and existential logics that operate in professional and personal practice. It applies the core categories of the program - pathogenic cultural-cognitive-emotional-existential reason, cognitive-emotional-existential blindness, cognitive-emotional-existential scarcity, and bioethics as a breeding ground for pathogenic logics - to the analysis of ENT teaching practice and care, based experience by the authors. Manifestations of these logics are identified in residents and specialists. It delves into the theory of cognitive scarcity -the tunnel and bandwidth- and links it with the structural and sustained scarcity of the Cuban context, which generates suffering, exhaustion and chronic narrowing, extending the analysis to the emotional and existential dimensions. The historical predominance of medical paternalism and traditional biomedical fundamentalism is contextualized, in contrast to the scant explicitation of critical bioethics in Latin America and Cuba. It is concluded that the pathogenic cultural-cognitive-emotional-existential reason operates silently in ENT training and care, producing a blindness that prevents seeing its effects; that sustained scarcity reduces cognitive bandwidth, emotional and existential of residents and professionals. That bioethics can reproduce these logics if not critically exercised. Think what thinks us allows us to unfold them and substantiate the transformations.

Keywords: PATHOGENIC REASON; COGNITIVE-EMOTIONAL BLINDNESS; SCARCITY; OTORHINOLARYNGOLOGY; PROFESSIONAL EXHAUSTION; BIOETHICS.

Descriptors: OTOLARYNGOLOGY; COGNITIVE SCIENCE; BURNOUT, PROFESSIONAL; BIOETHICS.

Translated into English by:

Julio César Salazar Ramirez



Citar como: Hidalgo-Ramos MC, Ojeda-Avila AI. La lógica cultural-cognitiva-emocional-existencial en la formación y la asistencia en Otorrinolaringología. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2026; 51(Esp), e4055. Disponible en: <https://revzoiilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/4055>.



Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas
Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas
Ave. de la Juventud s/n. CP 75100, Las Tunas, Cuba

INTRODUCCIÓN

Este ensayo es resultado de los cursos internacionales “Pensar lo que nos piensa”. El programa está concebido como un ejercicio para aprender a diagnosticar y pensar críticamente las lógicas culturales, cognitivas, emocionales y existenciales que operan silenciosamente en nuestra práctica profesional y en nuestra vida personal. Su premisa central es que no somos sujetos del todo transparentes a nosotros mismos: hay una lógica cultural que «nos piensa» antes de que nosotros pensemos, y al hacerla consciente es que podemos empezar a transformarla. ⁽¹⁾

Los cursos han permitido el acceso a un conjunto de categorías teóricas que han actuado como herramientas de develamiento. Cuatro han sido especialmente iluminadoras para comprender la práctica de 36 años en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Provincial Docente de Las Tunas: la razón patógena cultural-cognitiva-emocional-existencial; ⁽¹⁾ la ceguera cognitiva-emocional-existencial; la escasez cognitiva-emocional-existencial; y la bioética como territorio donde se reproducen estas lógicas. Cada categoría se explica al introducirla, siempre anclada en ejemplos concretos la experiencia cotidiana con residentes y especialistas del servicio.

DESARROLLO

1. La razón patógena: develar la lógica cultural que produce sufrimiento

1.1 Qué entendemos por esta categoría

La razón patógena cultural-cognitiva-emocional-existencial ⁽¹⁾ designa una forma de racionalidad cultural e institucional que, bajo apariencias de normalidad, eficiencia o tradición, produce sufrimiento evitable, limita la conciencia crítica y naturaliza condiciones de malestar. No se trata de una intención malévola de las personas, sino de una lógica objetivada en estructuras, horarios, evaluaciones, discursos y rituales que acaban operando contra el bienestar de quienes los habitan. Es cultural porque se transmite y reproduce en el tejido social e institucional; cognitiva porque afecta la forma de percibir, atender, recordar y razonar; emocional porque impacta en la capacidad de sentir, regular afectos y conectar con otros; existencial porque erosiona el sentido de propósito; y patógena porque, en su funcionamiento cotidiano, produce sufrimiento evitable.

1.2 Manifestaciones en Otorrinolaringología

En el servicio se identifican esta lógica en expresiones cotidianas que durante décadas se consideraron normales. La sobrecarga asistencial institucionalizada: jornadas que superan las 60 a 70 horas semanales, guardias mal distribuidas y acumulación de responsabilidades; nadie lo decide maliciosamente, es «como se ha hecho siempre». Las frases que naturalizan el agotamiento —«así es la residencia», «quien no se quema no trabaja», «yo también lo sufrí y aquí estoy»— no son inocentes: son el vehículo discursivo de la razón patógena, que

convierte el sufrimiento evitable en un requisito formativo. ^(2,3) Y la ausencia de espacios de reflexión crítica: no hay en el horario ordinario un momento dedicado a preguntarse cómo estamos, qué condiciones nos dañan y qué podríamos cambiar.

La razón patógena prospera en la falta de interrogación colectiva.

1.3. El contexto cubano: la escasez estructural como razón patógena

La razón patógena no se agota en el nivel microinstitucional. En el caso cubano es necesario situarla en un contexto más amplio: el bloqueo económico, comercial y financiero, que constituyen una razón patógena estructural, generadora de escasez sostenida de medicamentos, equipos, insumos, recursos humanos y, fundamentalmente, de tiempo y energía para la reflexión, el cuidado y la formación integral. No es una excusa, sino una condición material que atraviesa cada hora de trabajo en un hospital cubano y que, como se verá, produce efectos profundos sobre los procesos cognitivos, emocionales y existenciales de residentes y especialistas.

2. La ceguera cognitiva-emocional-existencial: el mecanismo que impide ver

2.1 Qué entendemos por ceguera

La ceguera cognitiva-emocional-existencial ⁽¹⁾ designa un mecanismo de invisibilización mediante el cual individuos e instituciones dejan de reconocer las consecuencias patógenas de sus propias prácticas. No es una falta de información, sino una incapacidad aprendida culturalmente para ver lo que está delante, porque verlo implicaría cuestionar estructuras, compromisos e identidades construidas. Tiene tres dimensiones inseparables: cognitiva (no vemos las causas estructurales del sufrimiento), emocional (no queremos ver, porque ver duele e implica hacerse cargo) y existencial (ver nos obligaría a interrogar el sentido de lo que hacemos y, quizá, a cambiar).

2.2 Manifestaciones en el servicio

Durante décadas se ha atribuido el agotamiento de los residentes a su «falta de organización» o «debilidad personal». Teniendo en cuenta este tipo de pensamiento filosófico la autora considera esta afirmación como un mecanismo de ceguera: reconocer que el sistema sobrecarga de manera sistemática implica cuestionar la propia práctica directiva. A ello se suma la ceguera institucional: el hospital no mide el agotamiento profesional, ^(2,4) la calidad del descanso ni la carga emocional; lo que no se mide no existe, y esa ausencia de indicadores es una forma institucionalizada de no ver. ⁽³⁾

Por último, la ceguera del discurso bioético tradicional: la adhesión acrítica al principialismo biomédico ha funcionado como una ceguera respecto de las dimensiones estructurales y culturales de los problemas éticos.

3. La escasez cognitiva-emocional-existencial: el túnel, el ancho de banda y el caso cubano

Esta es, quizá, la categoría que más ayuda a comprender lo que ocurre a diario en el servicio, detallándose en:

3.1 La teoría de la escasez cognitiva: el túnel y el ancho de banda

Mullainathan y Shafir, ⁽⁵⁾ mostraron que, cuando una persona percibe de manera persistente que le falta algo —tiempo, dinero, recursos, apoyo—, su mente no funciona igual. Se producen dos fenómenos interrelacionados. El túnel: la escasez captura la atención de forma automática e involuntaria; la persona se concentra en lo que le falta y en resolver la urgencia inmediata, y todo lo demás queda fuera de su campo atencional. Y la reducción del ancho de banda: la capacidad cognitiva disponible para planificar, razonar de forma abstracta, resolver problemas complejos, controlar impulsos y decidir de manera deliberada disminuye, no porque la persona sea menos inteligente, sino porque su mente está ocupada gestionando la carencia. Las consecuencias son: peor toma de decisiones, menor aprendizaje, más errores evitables, más impulsividad y menos creatividad.

3.2 Extensión hacia lo emocional y lo existencial

Esta teoría se extiende a las dimensiones emocional y existencial. La escasez emocional: la falta persistente de descanso, apoyo, reconocimiento o seguridad genera agotamiento afectivo, dificultad para la empatía, irritabilidad y apatía; no es un déficit de «inteligencia emocional», sino el resultado previsible de un entorno que no repone los recursos afectivos. Y la escasez existencial, la más profunda: cuando la escasez se sostiene en el tiempo, erosiona la capacidad de sostener un sentido de propósito; la persona deja de preguntarse ¿para qué hago esto? porque la pregunta duele, y se instala un vacío. En los profesionales de la salud esto puede manifestarse como pérdida de la vocación, ejercicio mecánico de la medicina o incluso abandono de la profesión.

3.3 El caso cubano: una escasez estructural y sostenida

Existe una conexión crucial y explícita que rara vez se explica: el bloqueo económico, comercial y financiero al que Cuba está sometida genera una escasez que no es aguda ni transitoria, sino crónica, estructural y multigeneracional. Produce los efectos descritos por Mullainathan y Shafir ⁽⁵⁾, pero magnificados y extendidos a toda la sociedad. El túnel se vuelve cotidiano: lo urgente —conseguir un medicamento que falta, resolver una avería con recursos limitados, cubrir una guardia con personal insuficiente— consume casi toda la atención, y lo importante —la reflexión, el cuidado de sí, la formación profunda, la innovación— queda postergado de manera indefinida. El ancho de banda se reduce de forma crónica: no es que los profesionales cubanos sean menos capaces —su profesionalidad está demostrada—, sino que, con su ancho de banda ocupado durante años en gestionar la escasez, funcionan por debajo de su potencial real, con los costos que ello implica para la calidad

de la atención y para su propio bienestar. Y lo más peligroso es la naturalización: «siempre ha faltado algo», «esto es Cuba», «hay que arreglárselas como se pueda»; frases que, aun conteniendo una verdad, operan también como mecanismo de ceguera.

3.4 Manifestaciones en Otorrinolaringología

En el servicio de Otorrinolaringología se devisa el túnel y la reducción del ancho de banda a diario. Un residente con fatiga acumulada evalúa a un paciente con vértigo; su atención está en el túnel de la urgencia, porque hay más pacientes esperando; omite diagnósticos diferenciales y sigue un protocolo automático: no siempre es mala formación, es escasez cognitiva en el momento crítico. Una especialista con veinte años de experiencia muestra irritabilidad y dificultad para la empatía: no es que sea «mala persona», es escasez emocional acumulada. Un residente brillante que entró ilusionado a la especialidad muestra, dos años después, apatía y deseo de abandonar: no es falta de vocación, es escasez existencial, la pérdida del sentido ante la imposibilidad de hacer las cosas bien con los recursos disponibles.

3.5 Una escasez socioeconómica, filosófica y política

Una contribución central de pensar lo que nos piensa: ⁽¹⁾ es permitir ubicar la escasez en su dimensión estructural. No es un problema de «mentalidad de escasez» individual, como a veces lo reduce la psicología popular. Es socioeconómico (la escasez material es real), filosófico (una sociedad que la normaliza genera cierta lógica cultural) y político (su distribución no es neutra: hay quienes la sufren más y quienes la gestionan desde posiciones de poder). En un hospital cubano la escasez no es un escenario ocasional, sino el horizonte cotidiano; mientras no la nombremos como tal, seguiremos atribuyendo a fallos individuales lo que son efectos predecibles de una escasez sostenida.

4. La bioética como territorio de reproducción de lógicas patógenas

4.1 Qué significa esta afirmación

Un planteamiento central ⁽¹⁾ es que la bioética no es por sí misma liberadora: puede convertirse en un territorio donde se reproducen las mismas lógicas patógenas que pretende criticar si se ejerce de manera acrítica, descontextualizada o meramente procedimental. Ocurre cuando se reduce a un checklist —consentimientos, comités, protocolos— sin analizar las condiciones estructurales del sufrimiento; cuando no nombra las relaciones de poder que organizan la formación y la asistencia; y cuando individualiza los problemas —remitir al residente agotado al psicólogo— en lugar de interrogar las condiciones institucionales que producen agotamiento sistemático.

4.2 El contexto de nuestro hospital: paternalismo y principalismo

En el Hospital Provincial Docente de Las Tunas, y específicamente en el servicio de otorrino, se identifica el predominio histórico de dos concepciones. El paternalismo médico tradicional:

durante décadas, las decisiones sobre horarios, rotaciones, guardias y evaluaciones se tomaron de forma unilateral, sin espacios de diálogo ni participación, y el sufrimiento del residente se interpretaba como «falta de carácter». Y el principalismo biomédico tradicional ⁽⁶⁾: se incorporó un discurso de principios —beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia—, pero de manera abstracta y descontextualizada; se hablaba de autonomía del paciente, pero no del residente; de justicia distributiva para los recursos, pero no de justicia formativa.

Entretanto, los enfoques de la bioética crítica latinoamericana ⁽⁷⁾ —con su énfasis en la liberación, la colonialidad del poder ⁽⁸⁾ y la justicia estructural— y de la bioética cubana ⁽⁹⁾ —con su tradición de pensamiento en salud pública, equidad y responsabilidad social— permanecieron escasamente explicitados en la práctica institucional.

4.3 La bioética crítica situada como antídoto

Para que la bioética deje de ser un territorio de reproducción de la razón patógena y se convierta en herramienta de transformación, propongo, a partir de lo aprendido, adoptar una bioética crítica situada ⁽⁷⁾ que nombre la escasez estructural como condición que produce sufrimiento evitable; que analice las relaciones de poder en la formación y la asistencia; que colectivice los problemas en lugar de individualizarlos —el agotamiento no es de este residente, es de todo el servicio— y que exija transformaciones institucionales, no solo adaptaciones individuales.

5. Síntesis: diagnosticar las lógicas culturales para transformarlas

El sistema de cursos Pensar lo que nos piensa¹: nos brinda un método que consiste en detenerse a observar la propia práctica; identificar las lógicas culturales, cognitivas, emocionales y existenciales que operan en silencio; nombrarlas con las categorías adecuadas; preguntarse cómo nos afectan en lo profesional y en lo personal; y diseñar estrategias de transformación, primero a pequeña

escala, en el ámbito de lo que podemos cambiar. Después de 36 años en el servicio, este ejercicio permitió a las autoras, por primera vez, ver lo que antes no veían, una lógica que producía sufrimiento evitable y de la cual formabamos parte. Pero también se visualiza la posibilidad de cambio que antes no existían.

Consideraciones finales

La razón patógena cultural-cognitiva-emocional-existencial opera silenciosamente en la formación y la asistencia de Otorrinolaringología a través de la sobrecarga institucionalizada, la naturalización del agotamiento y la ausencia de espacios de reflexión crítica.

La ceguera cognitiva-emocional-existencial no es un defecto individual, sino un mecanismo cultural aprendido que impide ver el daño que el propio sistema produce; afecta tanto a residentes como a profesionales con décadas de experiencia y se expresa en atribuir el malestar a causas personales en lugar de estructurales.

En el caso cubano, la escasez cognitiva-emocional-existencial no puede entenderse al margen de la escasez estructural sostenida del contexto. Esta genera el túnel —atención capturada por lo urgente — y la reducción del ancho de banda —menor capacidad para la reflexión, la empatía y el sentido— de manera crónica. ⁽⁵⁾

La bioética, si no se ejerce críticamente, puede reproducir las mismas lógicas patógenas. El predominio histórico del paternalismo y del principalismo biomédico, junto con la escasa explicitación de la bioética crítica latinoamericana y cubana, ha contribuido a esa reproducción.

El sistema de cursos Pensar lo que nos piensa proporciona herramientas para develar estas lógicas y fundamentar estrategias de transformación. Pensar lo que nos piensa es un método para diagnosticar críticamente la cultura institucional y recuperar agencia sobre las condiciones que producen sufrimiento evitable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. de Prada Justel ME. Pensar lo que nos piensa: la razón patógena cultural-cognitiva-emocional-existencial como horizonte crítico. Rev. Electrón. Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [revista en internet]. 2026 [citado 10 de septiembre 2026]; 51(Esp.): e4043. Disponible en: <https://revzoilomarinellosld.sld.cu/index.php/zmv/issue/view/4043>.
2. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. Acad. Med. [revista en internet]. 2006 [citado 10 de septiembre 2026]; 81(4): 354-73. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00001888-200604000-00009>.
3. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. Acad Med. [revista en internet]. 1998 [citado 10 de septiembre 2026]; 73(4): 403-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00001888-199804000-00013>.
4. Shanafelt TD, Dyrbye LN, West CP. Addressing physician burnout: the way forward. JAMA. [revista en internet]. 2017 [citado 10 de septiembre 2026]; 317(9): 901-2. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2017.0076>.
5. Mullainathan S, Shafir E. Scarcity: why having too little means so much. New York: Times Books; 2013.
6. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.

7. Garrafa V, Porto D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics* [revista en internet]. 1998 [citado 10 de septiembre 2026]; 17(5-6): 399-416. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1467-8519.00356>.
8. Quijano A. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En: Lander E, comp. La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas. Buenos Aires: CLACSO; 2000. p. 201-46.
9. Acosta Sarriego JR, editor. Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Centro Félix Varela; 1997.

Contribución de los autores

Marlenis Claudina Hidalgo-Ramos |  <https://orcid.org/0009-0007-8972-9373>. Participó en: conceptualización e ideas; investigación; análisis formal; redacción borrador original; supervisión; revisión y edición final.

Ana Iris Ojeda-Ávila |  <https://orcid.org/0000-0003-2465-2575>. Participó en: conceptualización e ideas; análisis formal; redacción del borrador original; revisión y edición.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran que no existen conflictos de intereses.

Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores.