

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

“La vida en un hilo”. Cognición y emociones en el personal médico durante la pandemia de COVID 19 en Chihuahua, México

“Hanging on by a thread.” Cognition and emotions in Medical Personnel during the COVID 19 Pandemic in Chihuahua, Mexico

Rosa Icela Ojeda Martínez. Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías y Escuela de Antropología e Historia del Norte de México, México. Correo-e: riojeda@conahcyt.mx, <https://orcid.org/0000-0002-4897-7369>

Manuel David Pérez Ruíz. Universidad Autónoma de Chihuahua y Hospital del Estado de Chihuahua, México. Correo-e: manuelperez_r@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-2729-1579>

Diana Iraní Beltrán Martínez. Pasante de la Licenciatura de Antropología Física, Escuela de Antropología e Historia del Norte de México, México. Correo-e: beltranmairani@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0005-3457-3020>

Rogelio Rosales Márquez. Pasante de la Licenciatura de Antropología Social, Escuela de Antropología e Historia del Norte de México, México. Correo-e: rogelio_rosales@inah.gob.mx, <https://orcid.org/0009-0003-2723-8393>

Luis Bernardo Enríquez Sánchez. Universidad Autónoma de Chihuahua y Hospital del Estado de Chihuahua, México. Correo-e: lbes0204@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-9143-3626>

Recibido: 27 de febrero de 2024.

Aceptado: 21 de junio de 2024.

Conflicto de intereses: ninguno.

Resumen

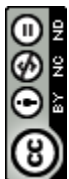
Se analizan las vivencias del personal médico del Hospital Central Universitario de Chihuahua, México, durante la pandemia de SARS-COV2. Con el objetivo de entender la relación antropológica entre cognición y emociones. Se utilizó una metodología cualitativa, basada en la conducción e interpretación de entrevistas semiestructuradas. Se analizaron los testimonios verbales de las y los médicos, sobre las formas en que solucionaron problemas de diversa naturaleza dentro del hospital, demostrando la emergencia de procesos de aprendizaje social y colaborativo. Con relación a su experiencia emocional, se determinó que las emociones afectan su desempeño, pero, al mismo tiempo, la inteligencia emocional, les permitió comprender la pandemia como una oportunidad de aprendizaje de habilidades no técnicas, por ejemplo, en términos humanitarios y de organización colaborativa. Se concluyó que las y los médicos, basados en sus capacidades sociocognitivas y emocionales, lograron aprender a desenvolverse bajo pautas sociales, acordes en congruencia con la meta de enfrentar la pandemia y resolver los problemas del día a día en su práctica médica, demostrando alta resiliencia física y emocional.

Palabras clave: pandemia, cognición, emociones.

Abstract

The experiences of the medical personnel of the central university hospital of Chihuahua during the Sars-COV2 pandemic are analyzed. To understand the anthropological relationship between cognition and emotions, a qualitative methodology was used, based on the conduction and interpretation of semi-structured interviews. The verbal testimonies of the physicians were analyzed for the ways in which they solved problems of different natures within the hospital, demonstrating the emergence of social and collaborative learning processes. In relation to their emotional experience, it was determined that emotions affect their performance, but, at the same time, emotional intelligence allowed them to understand the pandemic as an opportunity to learn non-technical skills, for example, thinking in humanitarian terms and using collaborative organization. It was concluded that the physicians, based on their socio-cognitive and emotional capacities, were able to learn to perform under social guidelines, in accordance with the goal of facing the pandemic and solving day-to-day problems in their medical practice, demonstrating high physical and emotional resilience.

Keywords: Pandemic, cognition, emotions.



Introducción

Durante la pandemia de SARS-COV2; COVID-19, se experimentó una crisis de salud pública en todo el mundo, en la que los hospitales y el personal de salud tuvieron un rol fundamental. La atención médica requirió estrategias logísticas para atender a la población de forma eficiente y rápida. Las y los médicos actuaron rápidamente con el fin de salvar el mayor número de vidas. Para muchas y muchos, así como para las y los enfermeros, la pandemia representó el reto profesional más importante de su carrera.

En la mayoría de los países se contrató personal de salud joven con poca experiencia a nivel de medicina intensiva, pero necesarios para atender la demanda.¹ En México, se creó un programa denominado Héroes de la Salud, en el que contrataron a miles de médicas y médico que apoyaron a especialistas en enfermedades respiratorias e internistas.

El gobierno mexicano dispuso la reconversión hospitalaria en todo el país. Esto significó crear hospitales exclusivos para atender a los pacientes de COVID-19, utilizando las instalaciones de hospitales que ya existían.² Lo cual implicó reorganizarse logísticamente y aprender conocimientos nuevos con rapidez. Al igual que en el resto del mundo, las y los médicos se tuvieron que adaptar con velocidad a los cambios constantes en la información que iba surgiendo sobre los manejos terapéuticos y tratamientos.³

Este es un trabajo interdisciplinario, conformado por dos médicos, dos antropólogas y un antropólogo. Nuestra perspectiva de estudio se basa en la integración teórica de la antropología cognitiva y la neurociencia de las emociones. Particularmente, analizamos las estrategias de aprendizaje de las y los médicos durante la pandemia y el papel que jugaron las emociones en este proceso. Retomamos el concepto de aprendizaje cultural y social, es decir, procesos socialmente mediados que permiten aprender colectivamente, a través de la observación directa, la imitación, la enseñanza dirigida y la colaboración.⁴⁻⁶

Entendemos los procesos cognitivos como un sistema conformado por factores neuronales, sociales y corporales.⁷⁻¹⁰ Concebimos a las emociones como la integración de procesos corporales cognitivos y sociales que varían de acuerdo con la experiencia de los sujetos.⁸ Por otro lado, la inteligencia emocional, se refiere a la capacidad de identificar nuestras emociones y las de las y los otros, con el fin de regular nuestro entendimiento de las mismas y adaptarnos a los cambios subyacentes de la vida social.^{11,12}

Antecedentes

Los estudios sobre emociones y cognición en los hospitales indican que la pandemia generó un nicho de aprendizaje acelerado.^{13,14} Esta exigencia cognitiva tuvo un coste emocional y psicológico nombrado síndrome de estrés por COVID.^{15,16} Las y los médicos experimentaron ese estrés, incidiendo en su salud física y emocional.¹⁷ No obstante, lograron resiliencia emocional y cognitiva, permitiéndoles desarrollar su trabajo de la mejor forma posible. Dicha resiliencia se refiere a la cualidad de algunas personas de superar las adversidades de manera positiva.

Warren *et al.*¹⁸ en un estudio sobre las experiencias y percepciones de las y los médicos pasantes, encontraron que los sujetos, a pesar de la fatiga y el desgaste emocional, percibieron la pandemia como una experiencia de aprendizaje de habilidades no técnicas, por ejemplo, liderazgo y trabajo en equipo. Coughla *et al.*¹ también detalló cómo las unidades de cuidados intensivos constituyeron un ambiente rico para el aprendizaje y el trabajo en equipo de personal con diferentes grados de experiencia. Por ejemplo, una o un pasante es un estudiante de medicina que ha concluido su formación teórica, pero que continúa su formación práctica en un hospital bajo supervisión de médicos experimentados.

Farahat *et al.*¹⁹ describieron el deterioro cognitivo sufrido por personal de salud durante la pandemia, los procesos más afectados fueron: concentración, memoria y velocidad de procesamiento; asociados a la presencia de miedo, depresión y ansiedad. La carga excesiva

de trabajo afectó la cognición y las emociones. También se habla sobre el incremento de carga cognitiva, debido al riesgo de contagio.²⁰

Múltiples estudios demuestran la relación del desgaste emocional con el rendimiento en el trabajo. Ruiz,²¹ documentó las afectaciones emocionales de las y los médicos y enfermeros. La autora señaló la presencia de *burnout*, debido a la intensa exposición al sufrimiento humano y a la carga laboral extenuante. El síndrome del *burnout* se relaciona con el estrés crónico y el agobio causado por el acceso de carga laboral y ocupacional. Generalmente, afecta a profesiones que envuelven el trato cercano de atención a otras personas.²²

La intersección cognición, emociones y cultura

Los seres humanos nos desenvolvemos en un mundo cognitivo-emocional. Nuestras emociones afectan nuestra interpretación del mundo y cómo aprendemos. Al mismo tiempo, el conocimiento y la cognición nos permiten solventar las adversidades y encontrar soluciones prácticas.⁸ Es posible reestructurar nuestras emociones y cognición cuando cambiamos la forma de interpretar las situaciones adversas, por ejemplo, en lugar de interpretarlas totalmente negativas, poseemos la capacidad de aprender de las experiencias difíciles de manera que sean beneficiosas.

Ahora bien, “los procesos emocionales y cognitivos se encuentran inmersos en sistemas culturales”.²³ Las personas interpretamos nuestras vivencias a partir del contexto social. Pues, nuestra interpretación del mundo no depende sólo de procesos internos en el cerebro.

La cognición se extiende más allá del individuo, generando redes de conocimientos entre personas, expandiéndose, incluso a la tecnología y otros artefactos culturales.²⁴ Desde esta perspectiva, la cognición puede ser definida como un proceso emergente, resultado de la interacción de los recursos internos de los individuos, el mundo social y la tecnología. (p. 4).²⁵ La tecnología ayuda a resolver problemas y es crucial para la ciencia.²⁶ El conocimiento

médico se produce y se socializa a través de la tecnología de la información. Cuando surge conocimiento se socializan principalmente de forma escrita, en *Journals* digitales, aunque también mediante la interacción social directa.²⁷

La socialización del conocimiento científico durante la pandemia dependió de la tecnología, la Internet, las redes sociales, las revistas electrónicas, los celulares y las computadoras. Sin embargo, el conocimiento también se difundió a través de la interacción cara a cara entre colegas de trabajo.

En el pasado se creía que las emociones eran una respuesta automática a las señales percibidas en el medio ambiente físico y social. Se pensaba que todos las experimentábamos de la misma manera. Sin embargo, la neurocientífica Lisa Feldman demostró que no las experimentamos igual; su identificación no es homogénea. A esto, se le conoce como granularidad emocional.⁸ Pues no envuelven únicamente procesos neuronales, también se conjugan procesos subjetivos.⁷⁻⁹

Metodología

Empleamos una metodología cualitativa basada en la conducción de entrevistas semiestructuradas a seis mujeres y seis hombres médicos, dos de los médicos entrevistados también formaron parte del equipo de investigación. Las y los entrevistados laboran en diversas áreas del Hospital Central Universitario de la Ciudad de Chihuahua, el cual, fungió como hospital COVID durante la pandemia (abril 2020-2022). Las entrevistas se grabaron con un teléfono celular *iPhone SE/MMX93E*, se transcribieron usando *Word Office 2019*. La información se ordenó por preguntas y temáticas utilizando una para elaborar la base de datos *Excel 2019*. La información se analizó cualitativamente a la luz de teorías sobre el aprendizaje social y cultural,^{28,4,5} junto con la perspectiva de las teorías socio-somáticas de las emociones.^{11,7-9.}

Las entrevistas se llevaron a cabo del 19 de enero al 12 de noviembre del 2021, en las instalaciones de la Facultad de Medicina de la

Universidad Autónoma de Chihuahua, cuando la pandemia aún continuaba. Las y los médicos investigadores dieron dos recorridos dentro del hospital a las antropólogas y al antropólogo, no visitaron el área COVID. Sin embargo, se accedió a imágenes del área física, nunca de los pacientes. Los investigadores médicos aportaron información sobre los protocolos del hospital. Siguiendo lineamientos éticos nos referimos a los sujetos mediante seudónimos.

Resultados.

En relación con lo cognitivo, encontramos aceleración del aprendizaje, ya sea en la interacción cara a cara, o a través de las redes sociales. Dentro de los procesos de aprendizaje social, ^{4,5} resaltó el trabajo en equipo. Hubo médicas y médicos que pudieron resolver mejor los retos profesionales impuestos por la pandemia, gracias a su inteligencia emocional. El estudio constante de artículos científicos representó una estrategia de aprendizaje individual, pero también se volvió colectiva al ser discutida para evaluar su aplicación dentro del hospital.

[...] Nosotros obtenemos la información precisamente de plataformas digitales, de revistas científicas. Tenemos criterios de evaluación [...], los cuales se basan en el factor de impacto, en la indexación, en la capacidad o prestigio de los autores [...] y la validez externa de la información, o sea, si realmente era algo ejecutable en nuestro medio. (Entrevista realizada al médico Eduardo Liceaga el 14 de agosto de 2021).

Otro modo de aprendizaje se relaciona con la forma más antigua de aprender socialmente, esto es, a través de la conversación. El intercambio de experiencias y la retroalimentación a través de la oralidad fue muy importante para solucionar problemas. Al mismo tiempo, la observación directa y la imitación dio paso a la socialización de experiencias, fomentando la colaboración. Como dice Tomasello,⁵ cuando los individuos trabajan juntos en colaboración en una estructura horizontal, donde las jerarquías de poder se diluyen, podemos hablar de aprendizaje colaborativo, es decir, aprendemos junto con el otro de manera coordinada, para lograr una meta

Desde el primer día que entré el área supe que tenía que estudiar, que no por ser médico ya sabes todo, y, obviamente, compartiendo, platicando con interinternistas, intensivistas, que son especialistas. Prácticamente estar en el mismo nivel de ignorancia del virus es impactante, el llegar día a día, tratar de complementarnos, nos fomentó el actualizarnos. (Entrevista realizada al médico José María Vértiz y Delgado el 18 de febrero de 2021).

Las y los médicos reportaron que el trabajo se realizó principalmente en equipo, liderado por un comité COVID, conformado por las y los de más experiencia clínica. La estructura jerárquica del hospital se hizo más horizontal, todas y todos aportaban ideas, propuestas, conocimientos y experiencias personales de atención a las y los pacientes. Aunque se crearon protocolos, lo fundamental fue la colaboración, logrando que el hospital atendiera un número elevado de pacientes.

Hicimos el comité COVID, lo arrancamos, lo armamos, adelantamos, planes, proyectos factibles o no factibles [...] Hasta que llegábamos a un acuerdo y girábamos las instrucciones pertinentes [...] y las cosas se hacían así en conjunto, nunca hubo una decisión directa del director. Todas las decisiones son avaladas, apoyadas y enriquecidas por las ideas del equipo. (Entrevista realizada al médico Emil Behring el 27 de septiembre de 2021).

En el testimonio se aprecia la importancia del trabajo colaborativo, rompiendo la estructura vertical del hospital, dando paso al consenso en la toma de decisiones. La colaboración posibilita una respuesta eficaz, pues lo cognitivo se extiende más allá del individuo, aquí vemos que las soluciones no son resultado exclusivo de procesos neuronales, en palabras de Bartra,²³ la cultura, la sociedad y la tecnología actúan como un exocerebro que interactúa con los procesos cognitivos neuronales, lo que vemos es cómo la socialización provoca la circulación del conocimiento.

Los recursos cognitivos relacionados con la adquisición de conocimientos nuevos, traer a la

memoria lo aprendido y ponerlo en práctica, no se limitó a estudiar y leer. Requirió también de una estrategia social apoyada en la experiencia de las y los colegas dentro y fuera del hospital. Es decir, la red de conocimientos se extendió de forma local e interhospitalaria. La guía y enseñanza de las y los médicos con más experiencia, sobre los recién contratados, fue fundamental. Pues las y los médicos más jóvenes, aunque, poseían los conocimientos obtenidos durante su formación universitaria, requirieron acompañamiento por parte de las y los de mayor experiencia.

Me anduve con él una o dos semanas, entendiendo el movimiento interno del hospital. [...] Ya después estuve más capacitada para atender la primera línea [...] ya de ahí fue que los especialistas nos fueron guiando, [...] empecé a hacer unos apuntes de artículos, eran igual temas que uno los había aprendido en la carrera, teóricamente, y de las convivencias con amigos que no están aquí en este hospital, por ejemplo, amigos del militar que también atendieron, en su tiempo, COVID, del ISSSTE, con mis demás amigos que trabajaban haciendo las pruebas PCR o de antígenos. (Entrevista realizada a la médica Matilda Montoya Lafragua el 10 de febrero del 2021).

Podemos observar la importancia del flujo de información a través de las amistades y la guía de las y los más experimentados. El conocimiento teórico no era suficiente, hacían falta las interacciones entre individuos conocedores y los aprendices. Lave,²⁹ habla de una comunidad de práctica, un grupo de sujetos que se entrelazan en una red cognitiva de conocimientos compartidos, donde los más experimentados ayudan a los nuevos integrantes de la comunidad a aprender nuevos conocimientos y prácticas.

Con relación a las emociones

Las y los médicos ante el reto de aprender y tomar decisiones rápidas, la exigencia física, el riesgo de contagio y el aislamiento social, se vieron en la necesidad de autorregular sus emociones, en especial, el miedo y la tristeza, además de presentar cuadros de ansiedad y depresión. En las emociones positivas

encontramos que la capacidad de mantener la calma, el buen ánimo y la motivación jugó un papel importante al realizar el trabajo en condiciones extremas. Un factor crucial que puso a prueba la artillería emocional de las y los médicos fue el uso del Equipo de Protección personal (EPP). Durante las primeras fases de la pandemia, se usaban tres pares de guantes, doble cubre bocas, careta, *googles*, overol y bata. Por lo tanto, el equipo de protección ocasionó ansiedad, incomodidad y dificultades para ver, escuchar y concentrarse.

¡Sí, las primeras veces, ah! bastante incómodo, te genera ansiedad, sientes que no vas a poder aguantar las seis horas, porque si hay que salir te vas a volver a quitar todo [...] el equipo, es muy caluroso, entonces, pues viene un cuadro de sensación de deshidratación, dolor de cabeza [...] estamos con un paciente crítico, no podemos manejarlo, no podemos escucharnos con los respiradores. A veces el equipo no es el mejor, están rayados los googles, y a veces, no podemos ver bien, [...] incluso emocionalmente, la cuestión de la ansiedad de que no voy a poder salir y tengo que estar tranquilo las seis horas. (Entrevista realizada a la médica Marie Curie, 25 de febrero de 2021).

Observamos en el testimonio que el control de las emociones fue crucial, pues las personas no tomamos decisiones, ni resolvemos problemas únicamente utilizando razonamiento, la emocionalidad interactúa constantemente con la racionalidad, manteniendo al individuo alerta y evaluando las posibles soluciones. Como señala Damasio (p. 16),⁷ “las emociones también ayudan en el proceso de tener en mente los múltiples factores que se deben considerar para llegar a una decisión”.

Algunos de las y los médicos nos dijeron que en su práctica clínica tratan de “mantener distancia” emocional y “evitan involucrarse demasiado para actuar objetivamente”.²⁷ Dicha forma de actuar puede ser interpretada como una deshumanización funcional en la relación médico-paciente, representando una estrategia con miras a obtener mayor eficiencia a costa de una atención deshumanizada.³⁰

No obstante, durante la pandemia fue difícil “tomar distancia”, la crisis fue tan fuerte que constantemente rebasaba el control emocional del personal de salud.

En el hospital se debían tomar decisiones rápidas y decisivas para la vida de las y los pacientes, al mismo tiempo, el personal tenía que cuidar de no contagiarse. En el hospital no existieron casos de médico/as fallecidos, pero sí hubo contagios. La noticia de personal médico fallecidos en otros hospitales sumó preocupación y experimentaron miedo y preocupación. Estaban conscientes de los riesgos de su trabajo, como se observa en el siguiente fragmento:

El hecho de saber que la vida está así, en un hilito, es una confrontación directa a la muerte temprana y con todo lo que se decía en las noticias. Las muertes fueron llegando, lo único que en mi mente pasaba era sobrevivir a esto. (Entrevista realizada a la médica Francoise Barré el 12 de noviembre de 2021).

No obstante, la capacidad de automotivarse, el optimismo, la empatía, los comportamientos prosociales, el autodominio y la persistencia, es decir, la inteligencia emocional, representaron el motor en la primera línea de defensa.^{11, 31, 12} Atender a las y los pacientes, implicó administrarles tratamientos por diferentes dispositivos invasivos y no invasivos, monitorear su evolución, entre otros procedimientos; al mismo tiempo, debían actualizarse en los conocimientos que se iban publicando en las revistas científicas, adecuarlos al contexto local y ponerlos en práctica, de manera que la atención requirió aprendieran a adaptarse en lo emocional y lo cognitivo.

La inteligencia emocional y el aprendizaje social emergieron ante la necesidad de la resolución de problemas. El conocimiento dejó de ser puramente científico, transformándose en un proceso de comprensión personal, situado en el contexto social de la pandemia. Dado que las y los enfermos no podían tener contacto con nadie, fallecían sin despedirse de su familia; solamente eran acompañados por personal de salud. Ellas y ellos facilitaron la comunicación entre pacientes y familiares a través de cartas, llamadas y video

llamadas. Ese comportamiento empático y solidario del personal representó un respiro emocional positivo.

Yo, a veces los veía afuera tan desesperados de que “es que no me dicen nada”, no me dicen cómo está mi papá, que yo le contestaba: “pásame tu número y te hago una videollamada con él allá adentro”, porque, pues, si no puedo hacer nada más y no tiene tratamiento y no se sabe para cuándo acabarse, hay que hacer la espera más ligera. (Entrevista realizada a la médica Elizabeth Blackwell el 10 de febrero del 2021).

Eran tantos los enfermos que hubo momentos especialmente difíciles para las y los médicos, quienes a veces no sabían cómo enfrentar la situación. Algunos recurrieron a la atención psicológica y, en algunos casos, a la medicación para reestablecer y reestructurarse emocionalmente.

Un médico, un día llegó y me dijo: Doctora es que necesito ayuda, ayer murió una paciente, no teníamos ya ventiladores y yo lo único que hice fue agarrarle la mano, me siento muy mal, [...] estoy desbordado. Entonces, yo, en ese momento, por supuesto, lo mandé a psicología, lo monitorizamos y le dieron unos días. (Entrevista realizada a la médica Francoise Barré el 12 de noviembre de 2021).

Discusión

Se puede someter a discusión en qué sentido las ciencias antropológicas pueden aportar elementos novedosos sobre la forma de aprender y solucionar problemas en momentos críticos. Las reconfiguraciones sociales y subjetivas sufridas durante la pandemia han sido patentes en la información obtenida a lo largo de nuestro estudio.

Las ciencias sociales y humanísticas deberían ser capaces de explicar cómo desarrollar habilidades no técnicas, es decir, habilidades emocionales, cognitivas y sociales en el personal de salud y en la población, en general. Una de las claves estriba en la capacidad del trabajo colaborativo y el aprendizaje social. Del mismo modo, en las formas de aprendizaje surgidas en los hospitales

vimos que los profesionales de la medicina formaron equipos de trabajo, con el fin de hacer más eficientes sus respuestas, eso concuerda con lo señalado por Coughlan, *et al.*¹

Otro aspecto para discutir es la colaboración entre los profesionales de la medicina de distintos niveles jerárquicos, desde estudiantes hasta especialistas y directivos. Cabe preguntarse: ¿En realidad existió una horizontalidad en las interacciones en el interior de los hospitales o, más bien, la necesidad de acciones rápidas propició momentáneamente un reajuste en las dinámicas sociales?

Al igual que Warren *et al.*,¹⁸ una constante en las y los médicos fue reconocer en la pandemia una oportunidad para aprender habilidades no técnicas, y mejorar sus habilidades prosociales; pocas veces contempladas en su formación profesional. Sin embargo, a pesar de la experiencia de aprendizaje, de acuerdo con lo encontrado en nuestro estudio, el estrés, el miedo, la incertidumbre, la ansiedad y la depresión, afectaron el desempeño cognitivo de las y los médicos, sobre todo, en la capacidad de concentración. Este hallazgo es semejante a lo indicado por Farahat *et al.*¹⁹

En nuestra investigación, vimos, igual que Díaz *et al.*²⁰ que el uso del EPP incrementó la carga cognitiva, desencadenando procesos emocionales negativos, por ejemplo, la desesperación. Sin embargo, esas mismas condiciones propiciaron aprender un mayor sostenimiento de la calma y la paciencia. También describimos, cómo lo hace Ruiz,²¹ que la alta exposición de las y los médicos al sufrimiento de sus propios familiares, incluso de sí mismos y de sus colegas, aunado a la preocupación constante y a la carga laboral excesiva, desembocó en agotamiento emocional y físico.

Desde la antropología, esto se puede interpretar como evidencia de la relación entre contexto cultural, cognición y emociones. Podemos analizar ese vínculo como un sistema de retroalimentación autopoietica, es decir, un sistema que se autosostiene a través de la interacción de los subsistemas que lo conforman, emergiendo un estado totalmente nuevo, pero, a la vez, producto de esa interacción.³²

Dicha perspectiva abona a la discusión de la Antropología Cognitiva, la cual, tradicionalmente, ha situado la cultura como un fenómeno descorporizado y desvinculado de la emocionalidad. Frente a esta visión, Hutchins,²⁴ ha propuesto pensarla como un proceso emergente, resultado de una cognición distribuida, esto significa ir más allá del individuo e incorporar el trabajo en equipo para la solución de problemas y generación de conocimiento. Incluyendo en esta distribución cognitiva, la tecnología, el medio ambiente y los agentes biológicos.

Al mismo tiempo, Lave,²⁹ ilumina la discusión con su propuesta sobre la cognición situada, planteando que el conocimiento y el aprendizaje se sitúan en lugares, contextos sociales y momentos históricos específicos. Comprender el comportamiento, las prácticas de las personas, desde el marco antropológico, requiere tomar en cuenta esos aspectos y no desvincular la cognición humana del contexto social. En conformidad con Feldman,⁸ las emociones afectan los pensamientos y el aprendizaje, pero, al mismo tiempo, las emociones nos ayudan a superar las adversidades.

Sin embargo, no basta con el control de las emociones, el conocimiento científico fue fundamental, otorgó una base cognitiva a las emociones positivas, significando la gran fortaleza de la práctica médica durante la pandemia. Cabe preguntarse, si únicamente las emociones positivas contribuyeron, y cuál fue el papel exacto de las emociones negativas en este proceso. La combinación de la inteligencia emocional y el aprendizaje colaborativo observado en el hospital contradice las visiones puristas sobre la ciencia, donde se concibe la práctica científica como un fenómeno separado de las emociones y la interacción social cotidiana.⁵

Conclusiones

Se ha evidenciado la experiencia emocional y cognitiva que supuso la pandemia para las y los médicos, poniendo de manifiesto las principales preocupaciones y retos encarados por ellas y ellos. Hemos hecho visible la relación entre

emocionalidad y cognición, binomio inseparable y posibilitador de respuestas adaptativas para la resolución de problemas en momentos críticos. A lo largo del artículo se ha expuesto la interacción de una red de conocimientos científicos y emocionales. Inteligencias en apariencia separadas, pero que la pandemia demostró ser constitutivas y forzosamente necesarias para la sobrevivencia.

Observamos, aparentemente, que las emociones y los sentimientos positivos representaron la clave del éxito de las y los profesionales de la medicina, el percibir en la adversidad el motor de impulso para aprender. El sentir satisfacción al reconocer la capacidad de empatía y de solidaridad mostrada con los pacientes, familiares y entre colegas fue una certeza en medio de la incertidumbre. Se puso de manifiesto el valor de la colaboración y el aprendizaje social, la importancia de las relaciones sociales, las amistades y los colegas, así como la preponderancia del estudio y la lectura del conocimiento científico generado a nivel mundial. El papel trascendental de la tecnología, la Internet y los teléfonos celulares para la socialización de información, tampoco pueden ser soslayados.

Vimos que, al parecer, los procesos cognitivos relacionados con el aprendizaje no se componían únicamente de conocimientos científicos, se trataba también de sentirse capacitado emocionalmente y de revalorar el lado humano del conocimiento. Se observó que el estrés, el miedo o la incertidumbre, aparentemente, no permiten aprender de forma adecuada, muy probablemente, se requiere una especie de homeostasis emocional-cognitiva. Se necesita entender que el cuerpo y la mente representan un sistema global, en lugar de dominios separados. Una de las debilidades de la investigación fue la falta de un análisis por género y sobre la variable relacionada con diferentes puestos y cargos que las y los profesionales de la medicina tenían en la estructura del hospital, en el futuro sería necesario conducir investigaciones considerando estas variables.

Finalmente, debemos reconocer la necesidad de colaboraciones futuras entre las y los científicos sociales y médicos. Es imperioso conducir estudios transdisciplinarios para enfrentar futuras pandemias. Reaprender las formas de organizar la atención médica, ocasionando el menor impacto posible en la salud física y emocional del personal de salud.

Referencias

1. Coughlan C, Nafde C, Khodatars S, Jeanes AL, Habib S, Donaldson E, et al. COVID-19: lessons for junior doctors redeployed to critical care. *Postgrad Med J* [Internet]. 2021;97(1145):188–91. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/postgradmedj-2020-138100>
2. Mendoza-Popoca CÚ, Suárez-Morales M. Reversión hospitalaria ante la pandemia de COVID-19. *Revista Mexicana de Anestesiología* [Internet]. 2020;43(2):77–82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35366/92875>
3. Sacristán JA, Millán J. El médico frente a la COVID-19: lecciones de una pandemia. *Educ médica* [Internet]. 2020;21(4):265–71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2020.06.002>
4. Tomasello M, Kruger AC, Ratner HH. Cultural learning. *Behav Brain Sci* [Internet]. 1993;16(3):495–511. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/s0140525x0003123x>
5. Tomasello M. Cultural learning redux. *Child Dev* [Internet]. 2016;87(3):643–53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/cdev.12499>
6. Ojeda R. Imitación y obediencia en preescolares. Construyendo hipótesis sobre la evolución de la cognición social en los humanos. Universidad Nacional Autónoma de México; 2012.
7. Damasio A. *El error de Descartes: la emoción, la razón y el cerebro humano*. http://www.librosmaravillosos.com/elerrordedescartes/pdf/El_error_de_Descartes_-_Antonio_Damasio.pdf
8. Feldman, L. *La vida secreta del cerebro: cómo se construyen las emociones*. PAIDÓS; 2018.
9. Shonstrom, Erik. *The wisdom of the body: What Embodied Cognition Can Teach Us about Learning, Human Development, and Ourselves*. Human Development, and ourselves. Lanham, MD, Estados Unidos de América: Rowman & Littlefield; 2020.
10. Maturana H, Varela FG. *De máquinas y seres vivos*. Lumen Books/SitesBooks; 2004.
11. Goleman D. *La inteligencia emocional*. KAIRÓS; 2010.

12. Brannick MT, Wahi MM, Arce M, Johnson H-A, Nazian S, Goldin SB. Comparison of trait and ability measures of emotional intelligence in medical students. *MedEduc* [Internet]. 2009;43(11):1062–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03430.x>
13. Lozano-Vargas A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *RevNeuropsiquiatr* [Internet]. 2020;83(1):51–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
14. Ballon R. Inteligencia emocional en la calidad de atención en pacientes en el contexto Covid-19, Centro de salud Tahuantinsuyo alto, 2021 [Internet]. Universidad Cesar Vallejo; 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/84050>
15. Taylor S, Landry CA, Paluszek MM, Rachor GS, Asmundson GJG. Worry, avoidance, and coping during the COVID-19 pandemic: A comprehensive network analysis. *J AnxietyDisord* [Internet]. 2020;76(102327):102327. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102327>
16. Chigwedere OC, Sadath A, Kabir Z, Arensman E. The impact of epidemics and pandemics on the mental health of healthcare workers: A systematic review. *Int J Environ Res PublicHealth* [Internet]. 2021;18(13):6695. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18136695>
17. De Kock JH, Latham HA, Leslie SJ, Grindle M, Munoz S-A, Ellis L, et al. A rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers: implications for supporting psychological well-being. *BMC Public Health* [Internet]. 2021;21(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-020-10070-3>
18. Maturana H, Varela FG. De máquinas y seres vivos. Lumen Books/Sites Books; 2004.
19. Farahat SA, Amin OR, Hamdy HS, Fouad MM. The impact of work-related stress on the cognition domain of executive functioning of health care workers during the COVID-19 pandemic. *Int Arch Occup Environ Health* [Internet]. 2022;95(5):1079–90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00420-021-01814-8>
20. Díaz-Guio DA, Ricardo-Zapata A, Ospina-Velez J, Gómez-Candamil G, Mora-Martinez S, Rodriguez-Morales AJ. Cognitive load and performance of health care professionals in donning and doffing PPE before and after a simulation-based educational intervention and its implications during the COVID-19 pandemic for biosafety. *InfezMed*. 2020;28(suppl 1):111–7.
21. Ruiz Sastre P. Desgaste emocional en los profesionales sanitarios en tiempos de COVID-19. *Análisis y Modificación de Conducta* [Internet]. 2021;47(176):35–49. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33776/amc.v47i176.504>
22. Da Silva MA, Braga Marques M, Da Silva Bruno CT. Evaluación de la presencia del síndrome de burnout en cuidadores de ancianos. *EnfermGlob* [Internet]. 2009;(16). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/s1695-61412009000200002>
23. Bartra, R. *Antropología del cerebro: conciencia, cultura y libre albedrío*. Fondo de Cultura Económica, S.A. de C.V; 2014.
24. Hutchins E. *Cognition in the Wild*. Bradford Book; 1996.
25. Hutchins E. The cultural ecosystem of human cognition. *PhilosPsychol* [Internet]. 2013;27(1):34–49. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/09515089.2013.830548>
26. Pfaffenberger B. “Symbols do not create meanings activities do: or why symbolic anthropology needs the anthropology of technology”. En: Schiffer B, editor. *Anthropological perspectives on technology*. University of New Mexico Press; 2001.
27. Hay M. *Memory and Medicine*. En: *The Encultured Brain*. The MIT Press; 2012. p. 141–68.
28. Bandura A. *Social Learning Theory*. Old Tappan, NJ, Estados Unidos de América: Prentice Hall; 1977.
31. Goleman D. *An EI-based theory of performance*. John Wiley&Sons; 2001.
32. Varela, T. Thompson E. Rosch, E. *De cuerpo presente: Las ciencias cognitivas y la experiencia humana*. Editorial Gedisa; 1997



Social Medicine

Health For All

ISSN: 1557-7112