




Comprensi6n Fenomenol6gica de la Enseanza del Dolor y las Emociones en la Praxis de la Fisioterapia.

Phenomenological Understanding of the Teaching of Pain and Emotions in Physiotherapy Practice.

Glenda Vargas ¹ 

Glendavargas76@gmail.com.

Instituto Fundaci6n Cultura Sin Fronteras (CSF)
Caracas, Venezuela

Marta Oliveira ² 

moliveira@unimet.edu.ve.

Universidad Metropolitana (UNIMET)
Caracas, Venezuela

Recepci6n: 05-01-2026

Aceptaci6n: 10-02-2026

Publicaci6n: 30-03-2026

Como citar este articulo: Vargas, G. Oliveira, M. (2026). *Comprensi6n Fenomenol6gica de la Enseanza del Dolor y las Emociones en la Praxis de la Fisioterapia*. Metr6polis. Revista de Estudios Globales Universitarios, 7 (1), pp. 3424-3443.

¹ Doctor in Educational Sciences. Latin American and Caribbean University (ULAC).

² Licenciada en Educaci6n menci6n Preescolar. Universidad Metropolitana (UNIMET); Especialista en Tecnologa, Aprendizaje y Conocimiento. (UNIMET); Especialista en Gerencia de Instituciones Educativas (UNIMET) Doctora en Ciencias de la Educaci6n. Universidad Latinoamericana y del Caribe (ULAC).





Resumen

El estudio problematiza el método biopsicosocial mecanicista en el abordaje del dolor y las emociones, contrastándolo con la praxis transcompleja de la experiencia intersubjetiva en fisioterapia. El modelo mecanicista interpreta el dolor exclusivamente desde la naturaleza neurofisiológica tisular y la teoría objetiva del síntoma, reduciendo las emociones a una correlación fisiopatológica mórbida y solo inteligible. En contraposición, la praxis intersubjetiva (Mundo Sensible) profundiza en la relación discursiva y enunciativa entre fisioterapeuta y paciente-participante, reconociendo el pluriverso íntimo en la experiencia dolor-emoción-sanación. Este giro epistémico se alinea directamente con la agenda global de desarrollo sostenible: contribuye al ODS 3 (Salud y Bienestar) al promover la salud integral y al ODS 4 (Educación de Calidad) al exigir una formación profesional sistémica e interdisciplinaria. De forma indirecta, la validación de la subjetividad del paciente y su experiencia sensible apoya la Reducción de las Desigualdades (ODS 10), mientras que la naturaleza transcompleja del enfoque impulsa la Innovación (ODS 9) y fomenta las Alianzas (ODS 17) en la investigación y la práctica sanitaria. **Palabras Claves:** Método biopsicosocial mecanicista, praxis transcompleja, experiencia intersubjetiva, pluriverso  ntimo, ODS 3, ODS 4.

Abstract

The study problematizes the mechanistic biopsychosocial method in the approach to pain and emotions, contrasting it with the transcomplex praxis of intersubjective experience in physiotherapy. The mechanistic model interprets pain exclusively from its tissue neurophysiological nature and the objective theory of the symptom, reducing emotions to a morbid and merely intelligible physiopathological correlation. In contrast, the intersubjective praxis (Sensible World) delves into the discursive and enunciative relationship between the physiotherapist and the patient-participant, recognizing the intimate pluriverse in the pain-emotion-healing experience. This epistemic shift aligns directly with the global sustainable development agenda: it contributes to SDG 3 (Good Health and Well-being) by promoting comprehensive health and to SDG 4 (Quality Education) by demanding systemic and interdisciplinary professional training. Indirectly, validating the patient's subjectivity and sensible experience supports the Reduction of Inequalities (SDG 10), while the transcomplex nature of the approach drives Innovation (SDG 9) and fosters Partnerships (SDG 17) in health research and practice. **Keywords:** Mechanistic biopsychosocial method, transcomplex praxis, intersubjective experience, intimate pluriverse, SDG 3, SDG 4.





Introducci6n.

Genealogia y Arqueologia del M6todo Monista en la Praxis de la Fisioterapia

En el devenir de la disciplinarizaci6n de los saberes en la historia cl6sica occidental de la medicina entre los siglos II A.C hasta el XXI actual se observa una tensi6n constante entre la teorfa y la pr6ctica. Es a partir del siglo XVII que comienzan los estudios sistem6ticos en las ciencias de la salud, lo cual di6 linealidad a contenidos y campos de estudio que permitieron el nacimiento de la fisioterapia como disciplina auxiliar de la medicina encaminada a la devoluci6n de la capacidad mec6nica m6sculo esquel6tico. Asf pues, en este transitar, se implant6 una racionalidad mec6nica de concepciones, enfoques conceptuales, definiciones y categorizaciones entorno al tratamiento del cuerpo como una unidad vital de buenas pr6cticas de la fisioterapia o cinestesia, en cuyo centro regia y a6n rige el principio cl6sico de la salud en la ausencia del dolor para una salud corporal (Foucault, 1968; Gallego, 2007) De modo tal que las relaciones con la salud y el movimiento han caracterizado dos elementos fundantes en el desarrollo de esta disciplina: el dolor y las emociones en la recuperaci6n corporal.

Puesto que la sistem6tica de las ciencias en la historia de la humanidad delimit6 su impronta en las interpretaciones y manifestaciones de las artes y las ciencias, la distinci6n del dolor y las emociones se ha explicado racional e irracionalmente. Sin embargo, estas emociones tambi6n provocaron otras reflexiones en la producci6n del sentido fntimo. Esta reflexi6n pronto gener6 otra episteme para la comprensi6n y la expresi6n





corporal desde la subjetividad atada a la voluntad discursiva del sujeto sintiente, no solo pensante (Bourdieu, 1999).

Desde sendas posturas anteriores y cosmo visiones de la filosofía y las ciencias fácticas, la experiencia emocional y el dolor continúan aportando nuevas controversias y acercamientos teóricos (Febvre, 1992; Bain, 1989). Esto supone que muchos debates se centran en el análisis y la explicación de las cosmovisiones, evidencias científicas y las emociones imbricadas al dolor. Por un lado, se coloca como centro la naturaleza humana neurofisiológica tisular y, por el otro, la conexión biopsicosocial trasvasada a la transcomplejidad con el entorno cultural (Lewes, 1979; Stearns y Stearns, 1985)

La racionalidad histórica, influenciada por pensadores como Kant (2000), promovió la idea de que existe una relación directa e inmutable entre lo que sentimos y cómo lo nombramos. Según esta visión, el lenguaje debía ser unívoco: el miedo es simplemente miedo, el amor es amor, y la ira es ira. Sin embargo, la semántica al interesarse por la carga de las emociones individuales en el lenguaje ha reconocido que el contenido material de las palabras sigue alcanzando matices claros y oscuros tendientes a resignificar y resemantizar las emociones condicionadas al dolor; al margen de que existan clasificaciones, criterios o normas de interpretación de la génesis, morfología e intensidad del dolor (Frevert, 2011; Jaeger, 1999).

En cuanto a la experiencia del dolor, el diagnóstico basado en la teoría objetiva del síntoma recurre al universal biológico mecanicista. Es decir, se basa en que el cuerpo se desvía de las constantes fisiológicas que definen la salud.





Desde una perspectiva bayesiana, que se basa en cómo el cerebro hace predicciones y ajusta creencias, la experiencia del dolor dependerá del estado general de salud en su condición corporal. La salud se entiende como el rango de normalidad determinado por la evolución y desarrollo personal (Van den Bergh et Al, 2017).

La teoría monista destaca que, mientras las variaciones se mantengan dentro de los límites predichos por la hipótesis de la condición corporal saludable, el cerebro interpreta como ruido y no se percibe ningún síntoma. En otras palabras, el cerebro las filtra y, por lo tanto, no percibimos ningún síntoma de dolor o enfermedad. Solo cuando la señal supera lo que el cerebro espera, se dispara la alarma del síntoma.

Bajo la lógica mecanicista, cuando hay una perturbación (como una lesión o una enfermedad) el cerebro no puede ignorar las variaciones. En términos sencillos, la alarma se enciende y el cerebro deja de decir que todo está bien y comienza a buscar la causa del dolor, lo que se traduce en el síntoma del dolor.

Según la mencionada teoría, hay síntomas que denotan el dolor, cuando la hipótesis con el error de predicción al éxito más bajo representa un evento somático anormal. No obstante, en este encuadre limitante solo se muestra que la respuesta del monismo metodológico de la fisiopatología, está débilmente acoplado con los síntomas-percepción inferenciales de la hipótesis sobre las causas de las entradas. Esto ocurre porque el modelo trata el cuerpo-paciente de manera objetiva; es decir, como un objeto que ocupa un espacio y se correlaciona con síntomas y dolor tisular. Lo anterior lleva a ignorar la dimensión emocional y subjetiva de la experiencia, en lugar de reconocer su complejidad y variabilidad. ya que están





determinadas objetualmente, pues en este caso, el cuerpo-paciente es tratado como objeto que ocupa un espacio en correlación a los síntomas y el dolor tisular desde una hipótesis, otorgando de esta manera, idéntica medición estadística de las emociones.

Para este monismo mecanicista, si un paciente se encuentra inesperadamente con cierto dolor estímulo por vez primera, la hipótesis en curso de que el sistema es vulnerable se revisa rápidamente para cumplir con los requisitos sensoriales inequívocos, acumulando pruebas. En el supuesto que el sistema no haya tenido exposición anterior al estímulo, las señales sensoriales darán una mayor precisión relativa a las hipótesis previas, y, por lo tanto, un mayor impacto en la percepción del diagnóstico experto. Es por esto que, en casos de localización, disfunción y dolor agudo, se concluye una alta correlación entre fisiopatología y percepción de los síntomas objetivamente, u objetual.

Tal como se muestra en los acápites anteriores, el monismo metodológico mecanicista, no admite la existencia de un sujeto-paciente enunciante sintiente-pensante, epifenómeno en relación al dolor y sus emociones fuera de la inferencia estadística.

Inexorablemente, al reducir el síntoma a una subjetividad de objeto implicada a la sensibilización central tipificada como, somatización, nociceptivo aberrante amplificado, o de información ambigua, frecuentemente cambiante. Esto confirma desde tal enfoque mecanicista que, la percepción de los síntomas se acciona bajo la mediación objetiva del experto observando al paciente, y al surgir sus emociones queda manifiesta una experiencia mórbida, sometido a la dirección de las hipótesis generadas por el cerebro, explicando para si los objetivos de la





fisiopatología y experiencia subjetiva desde el cuerpo colocado espacialmente dispuesto a un proceso de recuperación (Colloca, 2009). Por esta razón la perspectiva bayesiana del método monista, al despropósito de atender y atender las emociones del paciente como apropiación epifenómeno en el proceso de sanación solo reduce a síntomas de evidencia sensorial con variaciones leves e inofensivas por inferencia al dolor tipificando delimitadamente las emociones de: la ansiedad, miedo, percepción de amenaza y catastrofismo, como estados emocionales trastornados o experiencia mórbida que tienen el efecto de empeoramiento de los síntomas en el dolor.

La sistemática del pensamiento científico ha dejado su impronta en las interpretaciones del arte y la ciencia a lo largo de la historia, llevando a que el dolor y las emociones se expliquen de manera racional o irracional. Sin embargo, estas experiencias también impulsaron una reflexión sobre la producción del sentido íntimo. Esta reflexión inauguró una nueva episteme para la comprensión y la expresión corporal, anclado en la subjetividad y la voluntad discursiva del sujeto sintiente, no solo pensante (Bourdieu, 1999).

El dolor y las emociones siguen siendo temas centrales en la filosofía y las ciencias, generando continuos debates y nuevos enfoques teóricos (Febvre, 1992; Bain, 1989). Las discusiones se mueven en dos direcciones principales: el enfoque biológico y tangible (centrado en la naturaleza neurofisiológica y tisular del cuerpo) y el enfoque contextual y complejo (que aborda la conexión biopsicosocial influenciada por el entorno cultural y la experiencia personal) (Lewes, 1979; Stearns y Stearns, 1985).

Al abordar al paciente-participante de manera intersubjetiva (reconociendo que la experiencia se construye entre ambos), la voluntad





de la recuperación cinética corporal (la recuperación del movimiento) frente al dolor se ve inevitablemente moldeada por sus emocionalidades. Cuando el paciente se enfrenta al dolor (ya sea localizado, focalizado o irradiado), son sus sentimientos los que acuden, moldean, expresan, representan y comunican su experiencia. Esta carga emocional abarca un amplio espectro de significaciones cotidianas, asignadas discursivamente, como la: ira, lástima, tristeza; esperanza o desesperanza; culpa, deseo, alegría, placer. En última instancia, estas emociones configuran las semejanzas o diferencias en la forma en que el paciente siente y piensa su dolor (senti-pensar), siendo un factor determinante en el proceso de sanación (Cairns 2016; Konstan 2001; 2006).

Al colocar el acento en las emociones intervinientes del dolor en el proceso de sanación y recuperación cinética, emerge un componente dialógico del telos -función, finalidad y fin- relacional del paciente con el sanador-fisioterapeuta y su entorno significativo. El punto central no es la emoción per se manifestada y representada limitadamente en el soma-discurso, sino más bien, la emocionalidad inserta en el epifenómeno del dolor biocodificado como intensidad experiencial con armonía o desarmonía en su pluriverso íntimo de significaciones. Y la plenitud de este proceso epifenómeno es el paciente sanador de sí mismo con la mediación del fisioterapeuta.

Como afirma Merleau-Ponty (1996), "no puede pertenecer el cuerpo exclusivamente al mundo de la conciencia ya que la co-participación de los sentidos es el saber preciso que el cuerpo tiene de sí mismo. El cuerpo, siente al desbordarse en la multisensorialidad del dolor, lo invisible en visible" (247). Quiere decir que, en la experiencia fenomenológica apropiada





del dolor corporal de la paciente expresada en el lugar sanador fisisoterap utico, su corporalidad particular tiene la oportunidad y necesita enunciarse resignificativamente su emocionalidad, más que nombrar su dolencia en el espacio objetual del experto; pues enunciando su emociones desde el dolor, alcanza el epifenómeno comprendido y reconocido en el en si mismo y para el otro paciente-fisioterapeuta.

De este modo, la mirada transcompleja del fisioterapeuta al momento de la palpación del abordaje del cuerpo del paciente-participante, se transforma en una mirada comprensiva en su forma y contenido, gracias a la acción comunicativa convertida en lenguaje que visibiliza lo invisible de la emoción y el dolor. Sucede pues, un proceso de donación del pluriverso intimo en virtud de la cual el pequeño mundo particular de cada paciente-participante está, no yuxtapuesto ante el fisioterapeuta, sino rodeado por él, sacado de él y todos juntos constituyen un sintiente esencial frente a un sensible en general (Merleau-Ponty, 1970).

Desarrollo.

Giro Transcomplejo del Dolor y las Emociones en la Praxis de la Fisioterapia

Una emergencia epistémica y praxeol gica del abordaje fisisoterap utico en el lugar sanación-consultorio asoma infinitas posibilidades y desafíos al proceso epifenómeno de la recuperación frente al dolor y las emociones. Son tiempos prolepticos (Morin, 1998) que inauguran nuevas miradas inquietantes y remarcan a las ciencias experimentales la tarea de comprender, no de interpretar el dolor atado al objeto-paciente, sino reconocer la mismísima subjetividad atada al discurso emocional del





sintiente como expresión y representación de su propio mundo-experiencia-recuperación.

La praxis de la fisioterapia devenida de las ciencias de la salud en la línea del tiempo abandonó el sentido de la corporalidad por el sentido de la corporeidad debido a la disciplinarización de los conocimientos. Y con esto, perdió el sentido del afecto y la compasión situada en el mundo sensible de la experiencia cuerpo-corporal, por la interpretación del cuerpo-corpóreo desde el mundo inteligible. Por esto, la tarea de las ciencias de la salud, y en este particular la fisioterapia, es la de volver sus propios pasos, y recuperar el sentido íntimo alrededor de las emociones resignificadas y el dolor en el proceso epifenómeno de lo corporal.

El debate entre el sentido de la corporeidad en la búsqueda del sentido de la corporalidad tiene implicaciones profundas, lo cual sugiere discrepancias en los modos como pensamos la vida no solo como acontecer individual sino en armonía con nuestro entorno cultural (Ahmed, 2004). No podemos simplemente analizar, explicar e interpretar las experiencias emocionales en relación al dolor como algo intrínsecamente mórbido en el conjunto de funciones cerebrales y la respuesta cinética del cuerpo-objeto, sin internalizar en su profundidad la bioculturalidad que reside en las emociones de la experiencia humana y el entorno familiar y social en toda su extensión (Bourke, 2016; Burman, 2012; McGrath 2016; Smail, 2008). Aunque por muy simplista que parezca, aún hoy en día los expertos de la tradición monista de las ciencias de la salud evaden en sus explicaciones y conjunciones diagnósticas las emociones que están fuera de su marco taxonómico, que sin embargo, están presentes en el mundo sensible sujetado en los sujetos, testimoniando: el amor, la ira, los celos, la envidia,





la codicia. Entonces, cuando acude un paciente al espacio consultorio en su experiencia del dolor localizado o irradiado, comunica que se siente estar enamorado, enojado, o celoso; u otro caso, comunica sus temores, ansiedades o expectativas. Entonces, ¿Qué suele ocurrir en esta experiencia? Que el diagnóstico y tratamiento del experto es objetivo, es decir, es corpóreamente abordado como objeto-paciente, guiado por las claves inmutables del repositorio teórico de las neurociencias inteligibles que demuestran empíricamente la relación neurológica y funcional del dolor (Boddice, 2016, 2017, 2018; MacDonald y Jensen-Campbell, 2011).

Por el contrario, cuando un paciente acude a un lugar sanación-consultorio en tanto lugar de experiencia de intersubjetividad. ¿Qué acontece en el sistema-mundo-experiencia del participante-paciente? El paciente comunica desde su propia experiencia sensible su relación del dolor y sus emociones, e igualmente sus emociones en relación con el dolor. Por esto, el fisioterapeuta no está conminado a interpretar a modo experto la simple relación neurológica y funcional entre estímulo, proceso corporal y experiencia desde lo inteligible. Sino que puede insertarse comprendiendo en el plano sensible del paciente-participante de su experiencia dolencia-sanación. (Bourke, 2016; Burman, 2012; McGrath, 2016; Smail, 2008). En este experiencial existencial de sanación-abordaje no se desconoce el basamento neurológico y funcional musculoesquelético que soporta los fundamentos teóricos que asisten al profesional fisioterapeuta, pero puede renunciar a la prevalencia de una reducción eidética (Husserl, 1986) por una intersubjetividad dialógica mientras acontece el proceso palpatorio. De forma tal que, en el fondo, se trata de un giro transcomplejo de la salud mediada por el sentido de la





corporalidad; aqu4 se trata de abandonar el sentido corp6reo del cuerpo de la interpretaci6n experta que solo nombra a una unidad se1alada por la cantidad de signos indicadores. El Fisioterapeuta en voluntad intersubjetiva tiene la posibilidad de apropiarse de la cualidad del sujeto que se enuncia en sus atributos a partir de sus emociones- dolor o dolor-emociones en el fondo de su discurso transcomplejo, constituyendo as4 la recuperaci6n de su salud-mundo-experiencia en una nueva praxis.

Mientras que en la generalidad los fisioterapeutas son formados en la pr6ctica inteligible del monismo metodol6gico corp6reo que preconiza sus fortalezas en nuevos hallazgos emp4ricos valiosos de las mediaciones cient4ficas de las ciencias de la salud, tambi6n es alentador saber que no son pocos los que est6n colocando un giro de la neurociencia inteligible a la neurociencia del cuidado de si y del otro sensible direccionada a una praxis del sentido corporal, es decir en la b6squeda del pluriverso intimo.

Pluriverso Intimo del Mundo Sensible en la Experiencia Dolor-Emoci6n-Dolor

Al invocar las significaciones que se le asignan al pluriverso 4ntimo, es menester vaciar la subjetividad del sujeto de las cortapisas, tendencias e improntas de la reflexi6n intr4nica predominante en el psicoan6lisis y las corrientes constructivistas que rigen las ciencias de la salud y las ciencias sociales. Vale subrayar que el pluriverso intimo no es experiencia intr4nica cognitiva de desarrollo sin6ptico, que circula como un cableado conectando el sistema l4mbico, la am4gdala y los procesos neurol6gicos asombrosos que permite el equilibrio de las emociones con las operaciones





de la mente en la simple aprehensión, el juicio y el raciocinio (Feldman, 2006; Gendron y Feldman, 2009).

La razón de ser del pluriverso íntimo en el mundo sensible es no-racionalista, y con esto no niega el principio de la razón suficiente de la técnica y la tecnología en la fisioterapia al tratamiento del dolor. Pero como se ha insistido en este devenir, el cuerpo continuamente es tratado desde afuera, adaptado a las formas lógicas del observador experto. Es observado, pero no es mirado, escuchado, tocado, y comprendido desde las enunciaciones sensibles de las emociones y el dolor, solo es mediado por los fundamentos de las ciencias.

Según lo iterado anteriormente, múltiples paradigmas y matrices teórico-conceptuales atraviesan sus entramados analíticos para interpretar de diversas maneras la concepción del cuerpo. A todo esto, la pregunta insistente es la del sentido del ser en la historia. ¿A qué remite el ser en la historia si no nos preguntamos por el cuerpo? ¿Cómo habitarlo, cómo tratarlo, comprenderlo y reconocerlo? De aquí que las diversas respuestas a las preocupaciones sobre la salud prometen soluciones desde las tecnologías para el cuerpo, no desde el cuerpo. Lo que supone el debate de las buenas prácticas o de la praxis de la fisioterapia.

En esta encrucijada que remite al cuerpo desde las buenas practicas para el cuerpo o de la praxis desde el cuerpo el mundo de las ciencias y la filosofía de las ciencias nos devuelve a la percepción inteligible o la percepción sensible. Lo corporal, el cuerpo es seña, un signo, un gesto: el sentido del cuerpo en su gesto se amalgama con el mundo mutable de la vida (Nancy, 2003). Pero no se trata de una afirmación intelectual, es una afirmación existencial, vida sensible, es movimiento porque el cuerpo es





movimiento en su función y finalidad. Los humanos en conciencia de nuestra libertad, queremos y necesitamos ejercer plenamente el fin cenest sico de la vida, que es ser y estar en el mundo que nos rodea, pues no podemos permanecer atados los pensamientos.

Para Heidegger (1990), las emociones presentes en el gesto de placer o displacer dan cuenta del movimiento ilimitado de nuestro sentido íntimo expresado en el cuerpo. Esta referencia está definiendo un modo de ser en el mundo -como cuerpo, el mío- y una forma de corporar -estar, habitar participar- propiamente humana. En otras palabras, el cuerpo es solamente cuerpo en tanto que corpora como presencia presente apropiado en los lugares del mundo. En la acción de corporar, el cuerpo es solamente cuerpo en tanto que corpora, es decir, haciendo visible a otros y al mundo lo que está invisible, en la medida que lo hace sensible, y deja de ser inteligible. Y aquí radica la grandeza del pluriverso íntimo de la sanación, pues nuestras emociones se enuncian a través del dolor-movimiento corporal, gestualizando el displacer, y si se está dispuesto a procesar el dolor, entonces volver  al fondo de las emociones para reconciliar con la ayuda de la praxis de la fisioterapia la sanación interior y exterior.

Finalmente, nuestra condición humana nos recuerda que nuestro cuerpo sujeto a la subjetividad tiene sus modos de subjetivación en el pensamiento y la voluntad, diferencia e identidad, potencia de ser y existencia. Dialécticamente, es afirmación y negación; sin embargo, queremos ser visibles y reconocidos configurando los imaginarios simbólicos de la palabra encarnada en el cuerpo. En todo esto, el cuerpo es pulsiones, impulsos, emociones y afectos marcado por las huellas de la experiencia de





la salud y la enfermedad. Por todo esto, el cuerpo es mundo sensible que muta con la historia de vida, y mientras ocurra este movimiento a decir de Arendt “El hecho es que la capacidad humana en los procesos de la vida, su vitalidad y viveza sólo pueden conservarse en la medida en que el hombre está dispuesto a tomar sobre sí la carga, la fatiga y molestia de la vida” (2009: 188).

Conclusiones

Esta nota investigativa ha abordado la enseñanza de la fisioterapia desde un enfoque transcomplejo, que exige superar el reduccionismo monista clásico que por largo tiempo ha marcado el tratamiento del dolor y la recuperación corporal desde un paradigma estrictamente biomédico. Este giro epistémico, lejos de abandonar la rigurosidad del método científico sistémico, propone su ampliación hacia la comprensión del paciente, y su proceso de sanación y exige del estudiante de fisioterapia atender otras mediaciones poliédricas como, la filosofía, la psicología, la sociología y la neurofisiología. Este aprendizaje sistémico permite visibilizar las capas profundas del dolor y la emocionalidad del paciente desde una aproximación intersubjetiva que reconoce el cuerpo no como objeto, sino como un lugar pluriverso donde confluyen emociones, lenguaje, significaciones y experiencias sensibles.

En esta perspectiva, el estudiante fisioterapeuta ya no es un mero ejecutor de técnicas, sino un mediador sensible que se inserta en la experiencia íntima del paciente-participante. El contacto físico en la praxis clínica, particularmente en la palpación, se convierte en una forma de lenguaje no verbal que comunica, acoge y resignifica el dolor. Así, lo que antes era interpretado como una manifestación exclusivamente somática, adquiere





ahora un carácter epifenom nico en donde el dolor expresa también estados afectivos como la tristeza, la culpa, el deseo, el miedo o la esperanza. La corporalidad, en este sentido, es comprendida como una construcción biocultural en constante interacción con el entorno social y emocional del individuo, desdibujando la clásica separación entre soma y psique.

El sentido del abordaje fisisoterap utico desde la transcomplejidad implica también una transformación del concepto mismo de salud. Esta ya no es simplemente la ausencia de dolor o disfunción física, sino un estado de armonía sensible entre el sujeto y su entorno, una experiencia de resignificación que permite al paciente sanar desde su propio “pluriverso íntimo”. En este contexto, la voluntad del paciente de nombrar, significar y compartir su dolor desde su mundo emocional se convierte en un acto de agencia terapéutica, en el cual el fisisioterapeuta es convocado a escuchar, interpretar y acompañar desde una  tica del cuidado sensible.

Merleau-Ponty (1970), desde la fenomenología, nos permite entender que el cuerpo no solo pertenece a la conciencia, sino que sabe de s  a través de la co-participación sensorial con el mundo-experiencia-sentir. Esta idea fundamenta la posibilidad de una enseñanza de la fisisioterapia que se aleja del modelo objetivante del cuerpo-corpóreo para revalorar el cuerpo-corporal como expresión sensible de un sujeto que siente, sufre, desea y espera. Por ello, la fisisioterapia transcompleja representa no una negación de los avances de la neurociencia y la biomecánica, sino su necesaria integración con la dimensión sensible, emocional y discursiva del ser humano.





En suma, la recuperación del sentido de la corporalidad desde una praxis dialógica, afectiva y transcompleja, permite a la fisioterapia constituirse no solo como una disciplina científica, sino también como un acto humanizante de co-participación en el proceso de sanación. Consecuentemente, la nueva enseñanza de la fisioterapia del futuro será aquella que, reconociendo la pluralidad de sentidos del dolor y la emoción, acompañe al paciente en la donación de su mundo íntimo, facilitando así la emergencia de un sujeto que se sana a sí mismo con la mediación  tica, técnica y afectiva del fisioterapeuta.

Referencias

- Ahmed, S. (2004) Collective Feelings: Or, the Impressions Left by Others. *Theory, Culture and Society* 21 (2): 25-42. <https://doi.org/10.1177/0263276404042133>
- Bain, A. (1989). *Emociones y voluntad*. Londres: Parker and Son.
- Bourdieu, P. (1999). * Qu  significa hablar?* Barcelona. Akal
- Colloca, C. et Benedetti, P (2009) Analgesia induced by social observational learning of pain
- Boddice, R. (2016). *The Science of Sympathy: Morality, Evolution and Victorian Civilization*. Urbana-Champaign: University of Illinois Press.
- Boddice, R. (2017). *Pain: A Very Short Introduction*. Oxford: Oxford University Press.
- Boddice, R. (2018) Words and Concepts. In *The History of Emotions*, Chapter 2. Manchester: Manchester University Press.





Boddice, R. (2018). Experience, Senses and the Brain. In *The History of Emotions*, Chapter 6. Manchester: Manchester University Press.

Boddice, R., Daniel, F (2018). Neurohistory.” In *Debating New Approaches in History*, edited by Peter Burke and Marek Tamm. London: Bloomsbury.

Bourke, J. (2016) An Experiment in Neurohistory: Reading Emotions in Aelred’s *De Institutione Inclusarum* (Rule for a Recluse).” *The Journal of Medieval Religious Cultures* 42 (1): 124-142. <https://doi.org/10.5325/jmedirelicult.42.1.0124>

Burman, J. (2012) History from Within? Contextualizing the New neurohistory and Seeking Its Methods. *History of Psychology* 15 (1): 84-99. <https://doi.org/10.1037/a0023500>

Cairns, D. (2016) Metaphors for Hope in Archaic and Classical Greek Poetry.” In *Hope, Joy, & Affect in the Classical World*, edited by Ruth R. Caston and Robert A. Kaster, 13-44. Oxford: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780190278298.003.0002>

Dixon, Th. (2006). *From Passions to Emotions: The Creation of a Secular psychological Category*. Cambridge: Cambridge University Press.

Febvre, L. (1992) *Una vision de conjunto: Historia y Psicologia*. Paris: Edic Armand Colin.

Feldman, L. (2006). Solving the emotion paradox: Categorization and the experience of emotion. *Personality and Social Psychology Review* 10 (1): 20-46. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1001_2_22.





Frevert, U. (2011). *Emotions in History: Lost and Found*. Budapest: Central European University Press.

Foucault, M. (1968). *El Nacimiento de la Clínica. Una Arqueología a la mirada médica*. México DF: FCE

Gallego, I. (2007). *Bases teóricas y fundamentos de la fisioterapia*. Panamericana

Gendron, M., Feldman, L. (2009) *Reconstructing the Past: A Century of Ideas about Emotion in Psychology*. *Emotion Review* 1 (4): <https://doi.org/316-339>. 10.1177/1754073909338877

Heidegger, M. (1990) *Identidad y Diferencia*. Barcelona: Antropos

Husserl, E. (1986). *Ideas Relativas a una Fenomenología Pura y una Filosofía Fenomenológica*. México: FCE.

Jaeger, C. (1999). *Ennobling Love: In Search of a Lost Sensibility*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Kant, I. (2000) *Crítica de la Razón Práctica*. Madrid: Alianza Editorial

Konstan, D. (2001). *Pity Transformed*. London: Duckworth.

Konstan, D. (2006). *The Emotions of the Ancient Greeks: Studies in Aristotle and Classical Literature*. Toronto: University of Toronto Press.

Lewes, G. (1979) *Problemas de la vida y de la mente*. London: Trübner & Co.

MacDonald, G., and Jensen-Campbell, L. (2011). *Social Pain: Neuropsychological and Health Implications of Loss and Exclusion*. Washington: American Psychological Association.





McGrath, L. (2016) *Historiography, Affect, and the Neurosciences.* *History of Psychology* 20 (2): 129- 147. <https://doi.org/10.1037/hop0000047>
32. Melzack, Ronald. 2005. "Evolution of the Neuromatrix Theory of Pain. The Prithvi Raj Lecture: Presented at the Third World Congress of the World Institute

Merleau-Ponty, M. (1970). *Lo visible y lo invisible.* Barcelona: Seix Barral.

Merleau Ponty, M. (1996). *Fenomenología de la percepción.* Barcelona: Península.

Morin, E. (1998). *Introducción al pensamiento complejo.* Editorial Gedisa.

Nancy, J-L. (2003). *Corpus.* Madrid: Arena Libros.

Stearns, P., Stearns, C. (1985). *Emocionología: Clarificando la Historia de las Emociones y los Estándares Emocionales.* *American Historical Review* 90 (4): 813-836. <https://doi.org/10.1086/ahr/90.4.813>

Smail, D. (2008) *On Deep History and the Brain.* Los Angeles: University of California Press.

Van den Bergh, O., Petersen, S., Brown, RJ. (2017) *Symptoms and the body: taking the inferential leap.* *Neurosci Biobehav Rev*

Wassmann, C. (2017). *Forgotten Origins Occluded Meanings: Translation of Emotion Terms.* *Emotion Review* 9 (2): 163-171. <https://doi.org/10.1177/1754073916632879>

Wierzbicka, A. (1999). *Emotions across Languages and Cultures: Diversity and Universals.* Cambridge: Cambridge University Press.

