



UGR Universidad
del Gran Rosario

TESINA

**Presentación para acceder al título de grado de la carrera de
LICENCIATURA EN KINESIOLOGIA Y FISIATRIA**

Título:

**“Relación entre las características de la fascia y la postura corporal en
adultos jóvenes”**

Autor:

Racca, Antonela

Director:

Lic. Prof. Villordo, Federico.

Lugar y fecha de presentación:

Rosario, 20/05/2026

Firma:

AGRADECIMIENTOS

A mi papá y mamá por darme la posibilidad de estudiar esta profesión,

A Federico Villordo por acompañarme en este trabajo y por brindar su tiempo.

RESUMEN

Introducción: La postura corporal es un fenómeno complejo que trasciende la alineación musculoesquelética, integrando aferencias neurofisiológicas, visuales y vestibulares. Esta estabilidad es modulada por la dimensión psicoemocional, manifestándose en el tono muscular y el tejido fascial. La fascia, una red tridimensional de tejido conectivo, no solo provee soporte y transmite fuerzas, sino que actúa como un órgano sensorial propioceptivo. Ante la alta incidencia de alteraciones posturales en adultos jóvenes, surge la necesidad de investigar la postura no como un simple juego de palancas óseas, sino como una expresión tisular influenciada por las emociones.

Objetivos: Determinar, mediante una revisión bibliográfica, de qué manera las emociones condicionan las características del tejido fascial y cómo esta interacción impacta en la alineación de adultos jóvenes. Para ello, se propone identificar las propiedades estructurales de la fascia, describir los factores de riesgo y los patrones posturales más frecuentes en adultos jóvenes y clasificar las emociones más prevalentes.

Métodos: Se lleva a cabo una revisión bibliográfica de artículos científicos sobre fascia, postura y emociones en adultos jóvenes, publicados entre los años 2015 y 2025, en las bases de datos PubMed, Biblioteca Virtual en Salud, OMS y Biblioteca en minCyT, aplicando criterios de inclusión y exclusión.

Resultados: Los hallazgos demuestran que la fascia es una red plástica donde el estrés activa la conversión de fibroblastos en miofibroblastos, generando una contracción autónoma. Ante cargas sostenidas o estrés crónico, el ácido hialurónico se polimeriza, provocando densificación y rigidez tisular. Esta alteración mecánica interrumpe los planos de deslizamiento, distorsiona la propiocepción y perpetúa estados afectivos alterados a través de un bucle biopsicoemocional.

Conclusión: La fascia actuaría como un eje donde convergerían lo estructural y lo emocional bajo el paradigma de la tensegridad. La intervención kinésica debería enfocarse en revertir la densificación mediante terapia manual y movimiento, a fin de calibrar la unidad biopsicoemocional del paciente. Futuras investigaciones deberían indagar el impacto de este abordaje en la salud mental y qué emociones específicas condicionarían el tejido.

Palabras claves: Fascia - Postura - Emociones -Tensegridad - Adulto Joven

ÍNDICE

I) INTRODUCCIÓN	5
II) OBJETIVOS	8
II.A Objetivo general	8
II.B Objetivos específicos	8
III) MARCO TEÓRICO	9
III.A. Postura corporal	9
III.A.1. Alteraciones del tren superior	9
III.A.2. Alteraciones del tren inferior	11
III.A.3. Evaluación postural	12
III.B. Sistema Fascial	14
III.B.1. Histología y composición	15
III.B.2. Propiedades biomecánicas del sistema fascial	15
III.B.3. Disfunción fascial y adaptación postural	16
III.C. Función de las emociones	18
III.C.1 Patrones posturales de adaptación emocional	19
III.D. Tratamiento kinésico	19
IV) JUSTIFICACIÓN	22
V) MATERIALES Y MÉTODOS	23
VA. Estrategia de búsqueda	23
VB. Combinaciones de palabras clave	24
VC. Criterios de selección	25
VD. Criterios de exclusión	25
VI) RESULTADOS	27
VI.A. Cuadro comparativo	28
VI.B. Análisis de resultados	34
VII) DISCUSIÓN	39
VII.A. Limitaciones	40
VIII) CONCLUSIÓN	41
IX) REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43

I) INTRODUCCIÓN

El concepto de postura corporal se define como la relación dinámica de los segmentos del cuerpo, preferentemente al sistema musculoesquelético, que sufre adaptaciones en base a las necesidades de cada individuo. La descripción de la alineación del cuerpo, así como su orientación en el espacio, también se engloba dentro de esta definición. Consecuentemente, una postura adecuada es muy importante para evitar desequilibrios musculares y así disminuir el riesgo de desarrollar posibles lesiones o alteraciones estructurales permanentes. (1)

Si tuviéramos que describir una postura ideal, decimos que es el producto de la relación de fuerzas externas (gravedad, reacción del suelo, inercia) e internas (músculos, tensión de las cápsulas articulares, ligamentos, sistema fascial, tendones) que inciden y se generan como respuesta en el cuerpo humano para proporcionar estabilidad postural y una buena alineación. (1) (2)

De este modo, los segmentos corporales permanecen alineados tanto horizontal como verticalmente, con una carga mínima y con reducido estrés mecánico, dando como resultado una baja actividad muscular y, por ende, a un bajo consumo energético necesario para conservar la postura. (1)

Habitualmente, se ha considerado que la línea de gravedad en bipedestación, en una vista lateral, pasa a través del conducto auditivo externo, el acromion, aproximadamente por la parte central de la caja torácica y los cuerpos vertebrales lumbares, trocánter mayor, ligeramente por delante del eje de la rodilla y cae por delante del tobillo, a dos centímetros del borde anterior del maleolo peroneo. (1) (2)

Las consecuencias que puede sufrir una postura, es aquella que genere una alteración del alineamiento de los segmentos corporales y las articulaciones que, por tal motivo, incrementa la concentración de estrés de manera asimétrica en las superficies de sostén, y la misma se podría definir como una postura defectuosa. Estos tipos de desalineamientos posturales que se mantienen y perduran en el tiempo pueden causar deficiencias en los sistemas corporales, principalmente en el sistema musculoesquelético, los cuales tienden a agudizar el problema postural, provocando en un círculo vicioso que, si no se trata de manera temprana, puede conducir a deformidades estructurales permanentes. (2)

El sistema de fascias es un sistema de tejido conectivo que forma una red tridimensional ininterrumpida desde cefálica hacia caudal, envolviendo y penetrando todas las estructuras corporales, conectando tanto la cadena anterior con la cadena posterior, generando una conexión en la totalidad del cuerpo. (3)

En términos anatómicos, este sistema se organiza en tres capas. La primera, una capa superficial situada debajo de la dermis, compuesta por un tejido laxo, rico en adipocitos, vasos sanguíneos y nervios, que permite el deslizamiento de la piel sobre los músculos. La segunda, es una capa profunda, densa y fibrosa que envuelve músculos, nervios y huesos, forma tabiques intermusculares agrupando aquellos con funciones similares, y se engrosa en las articulaciones para formar los retináculos. Por último, la capa visceral que es la encargada de cubrir y proteger a los órganos internos, -como el corazón, los pulmones-, brindándole estabilidad y permitiendo su movimiento funcional. (3)

En cuanto a la estructura de la fascia es una matriz viscoelástica compuesta por células, fibras de colágeno y elastina y sustancia fundamental. Esta estructura le permite desarrollar su función de soporte y sostén tanto de los músculos como de las articulaciones, para definir una postura corporal que se adapte a las necesidades de cada individuo. Asimismo, participa en la transmisión de fuerzas que distribuyen las tensiones generadas por la estructura antes mencionada, facilitando el movimiento y la función corporal. Otra característica relevante que cumple la fascia, en términos generales, es la propiocepción, es decir, actúa como un órgano sensorial que informa al cerebro sobre la posición y el movimiento del cuerpo, mediante mecanorreceptores. (3)

La postura corporal constituye un fenómeno multimodal complejo, derivado de la convergencia de aferencias propioceptivas, visuales y vestibulares. Esta integración sensorial no es meramente mecánica, podría ser modulada por la dimensión psicoemocional del individuo, la cuál se podría manifestar a través del tono muscular y las características del tejido fascial. (1) (5) (6)

Dado lo antedicho, se propone un estudio de la postura corporal que trascienda lo puramente neurofisiológico para contemplar la influencia de lo emocional en la arquitectura del tejido, explorando cómo la fascia traduce dichas emociones en patrones de tensión específicos. (1) (5) (6)

Al abordar las emociones, es posible identificar múltiples definiciones. Una de las más extendidas es las concibe como manifestaciones intrínsecas del individuo, caracterizadas

por su subjetividad y su vinculación con el entorno. Estas emociones están estrechamente ligadas a fenómenos que influyen en la estructura, el comportamiento y la percepción del propio sujeto, impactando en diversos aspectos de la vida cotidiana. Desde una mirada teórica, las emociones son reacciones a estímulos que requieren conciencia y pensamiento, lo que implica que su respuesta tiene una duración breve en el organismo a diferencia de un sentimiento que tienden a prolongarse en el tiempo, ya sea de forma consciente o inconsciente. (4) (5) (6)

En este escenario, surge la necesidad de revisar de qué manera, pese a la evolución en Kinesiología y Fisiatría, las alteraciones posturales mantienen una incidencia tan elevada en adultos jóvenes. El foco de esta investigación es comprender a la fascia como el tejido donde lo estructural y lo emocional convergen, es decir, destacando las características de la fascia como puente de comunicación postural-emocional. Se busca entender cómo la postura no es solo un equilibrio de palancas óseas, sino una posible expresión del tejido fascial dado por las emociones. Consecuentemente, se propone la siguiente pregunta de investigación: ¿De qué manera las emociones condicionan las características del tejido fascial y cómo esta interacción se manifiesta en la postura corporal de adultos jóvenes?.

II) OBJETIVOS

II.A Objetivo general

Analizar a través de una revisión bibliográfica, de qué manera las emociones condicionan las características del tejido fascial y cómo esta interacción se manifiesta en la postura corporal de adultos jóvenes.

II.B Objetivos específicos

1. Identificar las propiedades estructurales de la fascia, descritas en la literatura, para comprender su rol en el sistema de tensegridad en adultos jóvenes.
2. Describir los factores de riesgo y los patrones posturales más frecuentes en adultos jóvenes.
3. Clasificar las emociones más prevalentes y su asociación con los desequilibrios posturales en adultos jóvenes.

III) MARCO TEÓRICO

III.A. Postura corporal

La postura no debe entenderse como un estado estático, sino como una actividad funcional definida por la interacción de dos relaciones puntuales: la base de sustentación y la disposición en el espacio de los segmentos corporales. Las posturas como la bipedestación, el sedentarismo o el decúbito, no son meras posiciones, sino estados activos que demandan un control neuromuscular preciso para contrarrestar la gravedad. (7)

Tradicionalmente, se ha sostenido que el movimiento fisiológico consiste simplemente en una sucesión de posturas. Sin embargo, es necesario diferenciar entre el movimiento voluntario y el movimiento postural. Mientras que el primero es premeditado y busca un objetivo motor específico, el segundo es de naturaleza automática y refleja. Estos ajustes posturales, aunque se manifiestan físicamente como desplazamientos de los miembros o la cabeza con respecto a la base de sustentación, tienen una finalidad puramente estabilizadora, su función es proteger la integridad del equilibrio ante las fuerzas mecánicas, operando generalmente por debajo del umbral de la conciencia. (7)

En última instancia, la postura se establece como la función más elemental del sistema motor. Posee una autonomía biológica tal que es capaz de mantenerse activa incluso en ausencia de movimiento voluntario. Dependiendo de en un entorno gravitatorio, cualquier ejecución motora voluntaria requiere del soporte y la estabilidad que solo la actividad postural puede proveer. (7)

III.A.1. Alteraciones del tren superior

La transición evolutiva de la cuadrupedia a la bipedestación no solo generó reajustes estructurales en el cuadrante inferior, sino que determinó una profunda reorganización anatómica en el cuadrante superior. Al liberarse de la función de carga y locomoción, los miembros superiores desarrollaron una especialización funcional predominantemente prensil, caracterizada por la suspensión de la cintura escapular. Esta nueva condición biológica estableció una interdependencia funcional evidente, donde la estabilidad proximal de la región escapulotorácica se convierte en el requisito indispensable para la movilidad distal y la precisión manual. (8)

El desequilibrio funcional observado en la actualidad en la mitad superior del cuerpo responde a una interacción compleja entre determinantes genéticos y adaptaciones plásticas al entorno sociolaboral. Las actividades de la vida diaria contemporáneas imponen

un patrón de organización anteriorizado, desplazando habitualmente las extremidades superiores y el centro de masa cefálico por delante del eje vertical del tronco. Esta asimetría postural, aunque se percibe como funcionalmente cómoda a corto plazo, se consolida mediante la repetición crónica como un comportamiento motor natural, lo cual deriva inevitablemente en la pérdida de las sinergias fisiológicas necesarias para el funcionamiento correcto de toda la unidad superior. (8)

A medida que la convexidad dorsal se acentúa, la cabeza se proyecta hacia anterior e inferior, reduciendo considerablemente el campo visual del individuo. Para restituir la horizontalidad de la mirada, el sistema motor ejecuta un mecanismo compensatorio automático de elevación cefálica que, si bien es eficaz para ampliar el rango de visión, resulta erróneo desde una perspectiva correctiva al consolidar la posición de "cabeza protruida". (8)

Desde el punto de vista biomecánico, esta protrusión cefálica implica la coexistencia de dos movimientos opuestos en el raquis: una flexión mantenida en el segmento cervical inferior (C3-T1) y una hiperextensión del raquis cervical superior (C0-C3). Esta alteración arquitectónica modifica gradualmente la lordosis fisiológica, pudiendo evolucionar hacia una rectificación o incluso una inversión de la curvatura normal. Dicha particularidad posicional desencadena una cascada patomecánica que incluye la compresión de las articulaciones interapofisarias cervicales y una ruptura sistemática del sinergismo muscular. (8)

Este cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por el acortamiento y la hipertonía de los músculos esternocleidomastoideo, elevador de la escápula y fibras superiores del trapecio, lo cual genera una inhibición recíproca de la musculatura antagonista flexora del cuello, como ilustra la Figura 1. Estos desequilibrios no se limitan a los planos superficiales, sino que afectan también a la estructura profunda, donde el acortamiento de los músculos paravertebrales inhibe de manera persistente a la musculatura prevertebral, cronificando la disfunción y limitando la capacidad de autorregulación postural del adulto joven. (8)

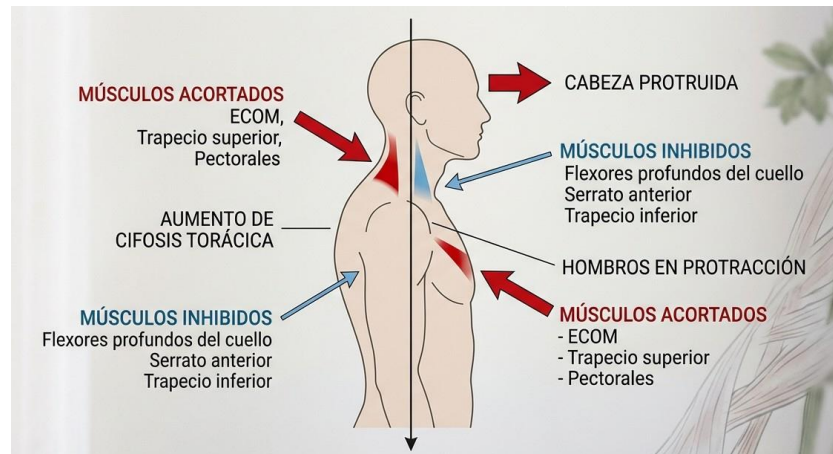


Figura 1. *Síndrome cruzado superior.*

III.A.2. Alteraciones del tren inferior

El equilibrio de la pelvis en relación con los segmentos femorales constituye el eje de simetría de la región lumbopélvica, por lo que cualquier pérdida de la neutralidad en este complejo genera modificaciones angulares significativas, especialmente en la morfología de la lordosis lumbar. Al analizar la pelvis en el plano sagital bajo condiciones de cadena cinética cerrada, con apoyo plantar, se identifican dos movimientos primordiales: la anteversión, definida como un desplazamiento en sentido anterior, y la retroversión, orientada en sentido posterior. Debido a la amplia libertad de movimiento que caracteriza a la articulación coxofemoral, estas variaciones posicionales actúan como el principal determinante, tanto, del aumento como de la disminución de la curva lumbar, dado que la postura como estado del cuerpo se define intrínsecamente por la relación de sus partes entre sí. (9)

Para garantizar la estabilidad y el equilibrio pélvico, el sistema neuromuscular debe mantener una relación sinérgica armoniosa entre los diversos grupos musculares. La ruptura de este equilibrio conduce a situaciones posturales disfuncionales. Los ajustes, que se manifiestan físicamente como cambios de posición, son a menudo provocados por mecanismos reflejos automáticos cuya función primordial es proteger la estabilidad del cuerpo ante las fuerzas físicas. (9)

De manera simultánea, la musculatura antagonista entra en una situación de desventaja mecánica y debilidad funcional. Este componente involucra a la musculatura abdominal profunda en la región anterior y se extiende hacia la cara dorsal inferior, afectando la eficacia contráctil del glúteo mayor, glúteo medio y los músculos isquiotibiales. La persistencia de estos patrones de tensión y debilidad no solo altera la estática corporal, sino

que genera disfunciones articulares crónicas en el complejo coxofemoral y sacroilíaco, impactando directamente sobre los segmentos vertebrales L4-L5 y L5-S1 como se observa en la Figura 2. En última instancia, estos desequilibrios actúan sobre la actividad postural, la cual es una función fundamental e inconsciente que se ocupa de las fuerzas mecánicas y se mantiene activa incluso en ausencia de movimiento voluntario. (9)

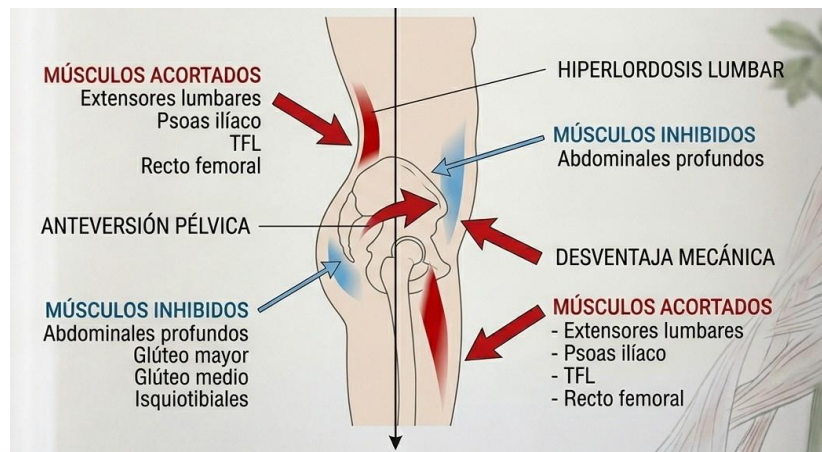


Figura 2. Síndrome cruzado inferior.

III.A.3. Evaluación postural

La evaluación postural es un pilar fundamental en la toma de decisiones clínicas; su propósito trasciende la sola observación física para intentar comprender al individuo desde una dimensión funcional, estructural y emocional. Si bien la literatura ofrece múltiples perspectivas y métodos de tratamiento, esta falta de consenso ha derivado en una enorme diversidad de estrategias terapéuticas. (10)

Históricamente, el foco se centró en la corrección de la postura estática. Sin embargo, la evidencia actual sugiere que la postura estática, no garantiza resultados óptimos, a pesar de los avances en ergonomía, las estadísticas de dolor lumbar y cervical en la población general siguen siendo alarmantes. Esto nos obliga a replantear la postura no como una foto fija, sino como un comportamiento dinámico que requiere una visión más amplia en su evaluación y mantenimiento. (10)

Aunque en Kinesiología y Fisiatría persiste una fuerte tradición de evaluación analítica basada en la fisiología articular y muscular, las investigaciones contemporáneas indican que estas estructuras no son siempre las protagonistas del dolor. Que una estructura parezca estar en buen funcionamiento u ordenada, no asegura que el sistema la integre correctamente. En última instancia, la funcionalidad no depende solo de la anatomía, sino de cómo el sistema nervioso opera y gestiona la parte emocional del individuo con cada

estructura del cuerpo. Es decir, describir las alteraciones del control motor que condicionan la movilidad. (10)

El proceso de razonamiento clínico comienza con una etapa fundamental, es la evaluación subjetiva. Esta fase debe realizarse de manera ordenada y exhaustiva, ya que la rigurosa recolección de los datos aportados por el paciente es lo que nos permite diseñar un plan de trabajo verdaderamente racional y personalizado. (10)

Posteriormente, avanzamos hacia la evaluación objetiva a través del examen estructural. Para obtener la mayor calidad y precisión a la hora de recolectar la información, hay factores que hacen a un mejor tratamiento, dado por una completa evaluación previa. La exploración se realiza desde diferentes planos, frontal (vista anterior y posterior) y sagital (vista lateral). Al estandarizar ciertos parámetros comunes para todos los pacientes, logramos una base sólida que nos permite cruzar datos y arribar a conclusiones terapéuticas precisas. (10)

Esta exploración objetiva se divide en dos grandes etapas:

Exploración estática: Centrada principalmente en la observación visual para identificar rasgos estructurales. Como herramienta de precisión, utilizaremos la línea de la plomada para analizar en distintos planos, lo que nos permite detectar asimetrías y evaluar la relación espacial entre los diferentes segmentos corporales. (10)

Exploración dinámica: Donde observamos cómo se comporta esa estructura en movimiento, es decir el individuo en sus actividades de la vida diaria, como caminar hacia el consultorio, como se mueve y cómo es su expresión corporal. Dada la posibilidad de contar con otras herramientas de evaluación como plataformas estabilométricas que enriquecen nuestro proceso de razonamiento clínico lo que nos hace más específicos en nuestro diagnóstico y por ende con más posibilidades de eficacia terapéutica. (10)

Si bien las pruebas de evaluación estática son ampliamente utilizadas y aportan información básica sobre el aparato locomotor, resultan insuficientes para garantizar el correcto funcionamiento del sistema miofascial. Una disfunción en este sistema no solo altera la estabilidad postural, sino que genera procesos compensatorios que modifican la dinámica muscular, lo cual puede inducir a errores en la interpretación clínica. Por esta razón, es imperativo integrar pruebas funcionales que repliquen la diversidad de actividades de la vida diaria. (10)

Una prueba puede ser, la distancia de los dedos al suelo como lo muestra la Figura 3. En este test, el paciente se posiciona en bipedestación con los pies juntos y las rodillas en extensión, inclinándose hacia adelante para alcanzar el suelo con los dedos. El objetivo trasciende la simple medición, es decir busca la movilidad global de la columna en flexión, integrando simultáneamente la amplitud coxofemoral y la flexibilidad de la cadena posterior. La medición de la distancia entre los dedos y el suelo nos ofrece, así, un indicador directo de la capacidad de gestión del movimiento del sistema. (10)

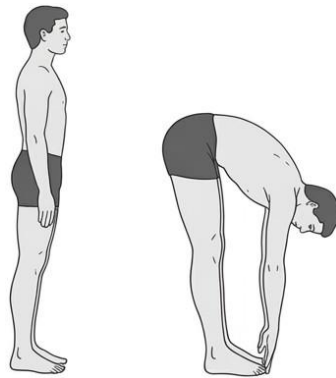


Figura 3. *Test dedos al suelo.*

III.B. Sistema Fascial

De acuerdo con el Comité de Nomenclatura de la Fascia (FNC), la fascia se define como una estructura de tejido conectivo que conecta, envuelve y compartimenta el sistema muscular y los órganos internos. Más allá de una visión segmentada, el sistema fascial debe comprenderse como un continuo tridimensional de tejido conectivo, compuesto primordialmente por colágeno, que integra la totalidad del organismo. Esta red ininterrumpida abarca desde el tejido adiposo y las vainas neurovasculares hasta las aponeurosis, cápsulas articulares, ligamentos, tendones y la fascia visceral, incluyendo todos los componentes conectivos intra e intermusculares. (11)

De manera genérica, el sistema musculoesquelético demuestra que este no opera de forma aislada, sino que su sostén y funcionamiento dependen de una interacción recíproca con otros sistemas corporales, una relación que se establece en la etapa embrionaria y se mantiene durante todo el ciclo vital. El sistema fascial actúa como el eje de unificación estructural y funcional del cuerpo, cuya continuidad no solo vincula huesos, músculos y articulaciones, sino que se extiende a las cavidades torácica, abdominal y pélvica,

proporcionando soporte visceral y conformando una arquitectura de protección y conexión para los sistemas vascular, nervioso y linfático. (11) (12)

III.B.1. Histología y composición

Desde una perspectiva histológica y fisiológica, el sistema fascial presenta una rica vascularización y una compleja inervación, derivada generalmente de las ramificaciones que nutren a la musculatura adyacente. Su salud debería ser un requisito indispensable para la homeostasis corporal; un sistema fascial saludable debe presentar un equilibrio funcional que garantice la movilidad, la elasticidad y una óptima capacidad de deslizamiento entre sus láminas. Por el contrario, la presencia de restricciones, ya sea por una tensión excesiva o por una distensión anómala, genera interferencias que comprometen el desenvolvimiento funcional de todos los sistemas corporales, afectando la eficiencia motora y la integridad postural del individuo. (11) (12)

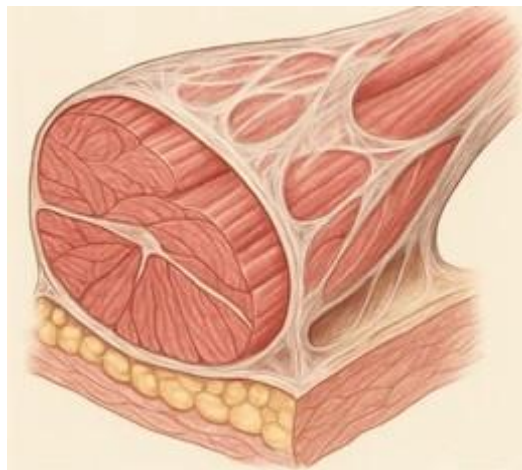


Figura 4. *Tejido miofascial.*

III.B.2. Propiedades biomecánicas del sistema fascial

El sistema fascial opera bajo el modelo biomecánico de tensegridad, un principio donde la estabilidad de la estructura no depende de la gravedad o del contacto directo entre elementos rígidos, sino de un equilibrio dinámico entre fuerzas de compresión discontinua y tensión continua. Bajo este concepto, cualquier estímulo mecánico aplicado en un punto localizado del tejido conectivo desencadena una respuesta de adaptación sistémica. Debido a la continuidad ininterrumpida de la red fascial, el incremento de la tensión en un vector específico se transmite centrifugamente a través de las cadenas miofasciales, pudiendo comprometer la funcionalidad de regiones anatómicamente distales o incluso en el hemicuerpo contralateral. (11) (12)

En cuanto a la dinámica del estrés mecánico y rigidez estructural, se sostiene que ante un estímulo mecánico persistente o un aumento del estrés físico, los componentes de la matriz extracelular, principalmente las fibras de colágeno, tienden a reorientarse en la dirección de la carga aplicada. Este fenómeno de remodelación tisular busca optimizar la resistencia de la estructura, resultando en un incremento de la rigidez lineal. Sin embargo, esta adaptación puede ser contraproducente, si la carga supera el límite elástico o el umbral de tolerancia biológica, la red de tensegridad puede sufrir un fallo estructural. Es frecuente que dicho colapso o manifestación sintomática no ocurra en el sitio de la lesión primaria, sino en zonas con vulnerabilidades biomecánicas preexistentes o puntos de menor resiliencia tisular.(11)
(12)

A nivel celular, desde una perspectiva contemporánea en kinesiología y fisioterapia, es de gran importancia reconocer que la fascia no es solo un tejido de sostén, sino un órgano de comunicación. La mecanobiología explica cómo las células, especialmente los fibroblastos, perciben estas variaciones de tensión a través de la mecanotransducción. Este proceso bioquímico convierte los estímulos físicos en señales intracelulares que regulan la expresión genética y la síntesis de matriz. (12)

Consecuentemente, una distribución anormal de las fuerzas mecánicas, ya sea por posturas sostenidas, traumatismos o cicatrices, puede inducir respuestas celulares patológicas. Esto altera la homeostasis del tejido, promoviendo estados de fibrosis, densificación de la sustancia fundamental o procesos inflamatorios crónicos que perpetúan la disfunción motriz.
(12)

III.B.3. Disfunción fascial y adaptación postural

El cuerpo humano posee una capacidad de respuesta inmediata ante la injuria, regida por el instinto de preservar la función. Cuando sufrimos una lesión, el sistema nervioso central prioriza el cumplimiento de objetivos vitales, como la locomoción, por encima de la economía del movimiento. Esta respuesta se manifiesta en una compensación postural automática: el cuerpo se reorganiza, se acorta o se desvía para protegerse del dolor o la amenaza. (12)

Tómese como ejemplo de una lesión en la planta del pie que obliga a desplazar el peso hacia el arco externo. En la fase aguda, esta cojera es una estrategia inteligente de supervivencia. Sin embargo, si este patrón se mantiene, el sistema nervioso lo automatiza y el tejido fascial lo materializa. (12)

Debido a la continuidad miofascial, una tensión que nace en el músculo viaja por las cadenas cinéticas, alterando la posición del cuerpo y, finalmente, la postura corporal. La postura deja de ser un alineamiento neutro para convertirse en una "armadura" de compensación. En este proceso, la fascia pierde su capacidad de deslizamiento, se densifica y se acorta en las zonas de desuso, fijando una postura que, con el tiempo, el paciente percibirá como su normalidad, aunque sea patológica. (12)

La relación con las emociones es bidireccional. Así como un dolor físico altera la postura, un estado emocional sostenido, como la ansiedad o el miedo, se traduce en patrones de tensión fascial específicos, como por ejemplo, el cierre de la cadena anterior o el ascenso de los hombros. (12)

La fascia posee una rica inervación sensorial y está íntimamente ligada al sistema nervioso autónomo. Cuando una compensación se cronifica y se convierte en un hábito postural, no solo estamos ante una estructura rígida, sino ante una memoria tisular que podría perpetuar un estado emocional de alerta o defensa. El tejido fascial asume este comportamiento y lo convierte en propio a través de la remodelación de su matriz extracelular. (12)

Finalmente, cuando estas sobrecargas se mantienen durante largo tiempo, el cuerpo agota su reserva de adaptación. Ya no es posible una corrección interna espontánea; la fascia se ha moldeado físicamente en torno a la disfunción. En este punto, la postura alterada acelera procesos degenerativos y consolidan patologías, ya que las articulaciones operan bajo vectores de fuerza anómalos. Lo que comenzó como un gesto de protección se ha transformado en una estructura rígida que limita tanto el movimiento físico como la expresión emocional del individuo. El sistema fascial puede estar afectado por el estrés de origen funcional o estructural incluso si la persona es considerada relativamente sana como lo ilustra la Figura 5. (12)

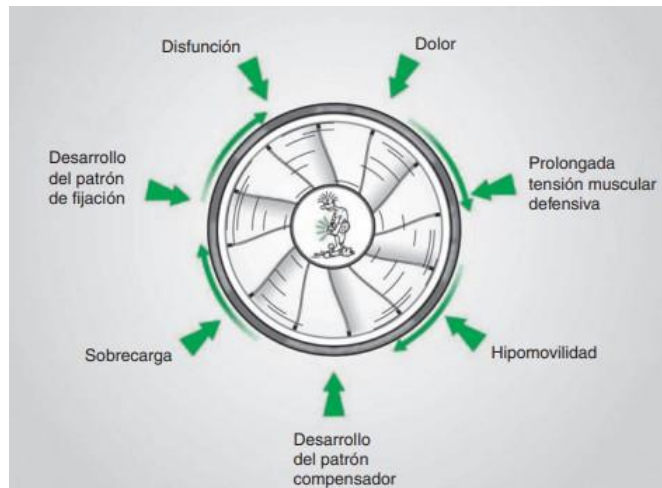


Figura 5. *Representación gráfica del estrés al que es sometido el individuo.*

El cuerpo sometido a estrés mecánico o emocional prolongado crea su propio sistema de escape a través de diversos tipos de compensación. Sin embargo, estas soluciones solo dan un resultado positivo de forma temporal, creando al mismo tiempo otras compensaciones. Con el tiempo, las posibilidades de nuevas compensaciones se agotan y el cuerpo se encuentra sin salida, entrando en un círculo vicioso de defensa, inflamación, dolor y una progresiva e irreversible disfunción. (12)

III.C. Función de las emociones

Desde una perspectiva evolutiva, las emociones constituyen sistemas que orientan al cuerpo hacia estímulos agradables o lo alejan de aquellos percibidos como desagradables. Este mecanismo no es una construcción puramente intelectual, sino que garantiza la supervivencia mediante respuestas automáticas. Estas reacciones han sido perfeccionadas no solo a lo largo de la historia del individuo, sino a través de nuestros ancestros, integrando patrones de respuesta que compartimos con especies remotas. (13)

Cuando el ser humano enfrenta dificultades o no cuenta con la información para decidir qué hacer, la lógica no es suficiente. En esos momentos, las emociones toman el mando. Ellas funcionan como una guía rápida, que organiza cómo pensar y hacia dónde dirigir la atención. (13)

Sin embargo, esto tiene un riesgo: si no se toma consciencia de qué siente o qué creencias están detrás de esa emoción, deja de ser consciente. Sin saberlo, las decisiones, ya sea en la vida diaria o al evaluar a un paciente en la clínica, terminan siendo manejadas por impulsos inconscientes. En lugar de pensar con claridad, simplemente reacciona a lo que la emoción dicta. (13)

Las emociones no son solo sentimientos, son instrucciones de movimiento que, si no se hacen conscientes, terminan moldeando la postura corporal y modificando el tejido fascial de forma permanente. Es aquí donde la Kinesiología y Fisiatría encuentra su punto de unión con la psicología evolutiva, toda emoción tiene un correlato somático. Si la función de la emoción es "moverse" hacia o desde algo, ese movimiento requiere de una activación tensional en el sistema miofascial. (13)

III.C.1 Patrones posturales de adaptación emocional

El patrón postural como respuesta emocional a un estado de miedo o defensa persistente activa una respuesta de flexión, es decir un cierre de la cadena anterior, mientras que un estado de seguridad promueve la apertura y la extensión. (12) (13)

Entonces, la fascia podría ser un registro de la emoción cuando estas respuestas se vuelven crónicas o no son procesadas conscientemente, la tensión muscular sostenida es transferida en la fascia. Debido a su capacidad de remodelación, el tejido conectivo se densifica y se acorta para sostener esa postura de defensa. (12) (13)

Una vez que la fascia ha fijado una postura determinada, esta estructura envía señales constantes al sistema nervioso a través de la mecanotransducción, reforzando el estado emocional que originó la postura en primer lugar. Por lo tanto, si no hay consciencia de las emociones, el cuerpo asume el control a través de patrones motores automáticos. La postura corporal no es entonces un alineamiento estático de las estructuras, sino el resultado dinámico de nuestra historia emocional grabada en la plasticidad del tejido fascial. Para el kinesiólogo, abordar una retracción fascial implica no solo tratar una restricción física, sino intervenir en un patrón de supervivencia que el cuerpo ha mantenido activo durante años. (12) (13)

III.D. Tratamiento kinésico

El tratamiento kinésico en el contexto de la relación entre la fascia, la postura y la carga emocional del individuo debería trascender el enfoque meramente sintomático. Partiendo de la premisa de que la fascia es un órgano sensorial y dinámico, la intervención terapéutica se orienta hacia la restauración del equilibrio del sistema conectivo, buscando no solo la realineación de los segmentos corporales, sino también la modulación del tono muscular a través de la regulación del sistema nervioso autónomo y la integración sensoriomotora. (12)

Una de ellas es la terapia manual, específicamente es decir, la liberación miofascial orientada a restaurar la viscoelasticidad del tejido. Este abordaje busca liberar las

restricciones físicas que el tejido conectivo ha desarrollado como respuesta a patrones de tensión sostenidos, ya sean emocionales o posturales. Mediante técnicas de presión sostenida, deslizamiento y tracción, se busca restablecer el deslizamiento interfascial para disminuir la densidad excesiva y mejorar la hidratación de la matriz extracelular, y permitir que las capas fasciales recuperen su movilidad. (12) (13)

También, la modulación de los mecanorreceptores, al normalizar la tensión del tejido, se envían señales aferentes al sistema nervioso central, favoreciendo una reducción en la hiperactividad muscular refleja que suele acompañar a las posturas viciosas. (12) (13)

Otra técnica es la liberación de los puntos gatillos miofasciales, sobre las zonas de mayor concentración de estrés mecánico, las cuales, según la literatura, son puntos donde la carga emocional suele reflejarse físicamente. (12) (13)

Dado que la postura es el resultado de una convergencia multimodal, visual, vestibular y propioceptiva, el tratamiento debe incluir ejercicios de reeducación que permitan al paciente modificar sus patrones habituales. (12) (13)

En este sentido, el abordaje kinésico puede estructurarse en torno a:

- La propiocepción guiada con ejercicios que incrementen la capacidad del individuo para reconocer su posición en el espacio, integrando el feedback sensorial para corregir asimetrías de manera consciente. (13)
- Enfocar el tratamiento a las cadenas miofasciales con ejercicios dinámicos que promuevan la integridad de las cadenas cruzadas tanto anterior como posterior, evitando el trabajo muscular aislado y fomentando la funcionalidad global del cuerpo como red tridimensional. (13) (14)
- La incorporación de movimientos lentos y conscientes que le permitan al individuo modificar los patrones de tensión inconscientes, facilitando la consciencia corporal. (13) (14)

Asimismo la regulación del sistema nervioso autónomo junto al componente respiratorio, constituye otro aspecto fundamental del abordaje. Dado que la fascia visceral y la respiración son ejes centrales en la manifestación emocional, el tratamiento debe incluir técnicas de regulación autonómica. En esta línea, el diafragma cumple un rol clave, ya que al tener conexión, con la fascia toracolumbar y visceral, lo convierte en un regulador clave del estrés. (14) (15)

Se propone, por tanto, la incorporación de ejercicios respiratorios orientados a disminuir el tono simpático y fomentar una respuesta de relajación, con impacto directo en la arquitectura de la tensión fascial. (14) (15)

La intervención kinésica actúa como un facilitador que crea un entorno seguro para que el paciente identifique y libere tensiones, transformando el tratamiento en un proceso psicoemocional, donde el tejido fascial actúa como testigo y liberador de la experiencia emocional. (15)

IV) JUSTIFICACIÓN

Actualmente, muchos tratamientos para alteraciones posturales fracasan o presentan recidivas porque su enfoque se encuentra exclusivamente en la corrección mecánica o muscular, ignorando las emociones acumuladas en el sistema fascial.

Al analizar, mediante la revisión bibliográfica realizada, la relación entre las características de la fascia y la postura corporal en adultos jóvenes, este estudio pretende proporcionar a kinesiólogos/as y especialistas en el movimiento, una guía o un camino posible para su mejor tratamiento. Los profesionales podrán identificar que una retracción miofascial no constituye únicamente una falla estructural, sino también una respuesta adaptativa ante las emociones de cada individuo.

Esto permitirá el desarrollo de estrategias terapéuticas integrativas que combinen la liberación manual con el acompañamiento emocional, optimizando los tiempos de recuperación y reduciendo la cronicidad de las patologías posturales. En última instancia, la utilidad práctica del presente estudio, reside en ofrecer al paciente una solución que no solo alivie el síntoma físico, sino que promueva un bienestar corporal y emocional sostenible en el tiempo.

Asimismo, el alcance práctico de este estudio trasciende la rehabilitación, posicionándose como una herramienta clave en el ámbito de la kinesiología y el bienestar integral. Al visibilizar la relación entre la postura corporal, la fascia y las emociones, se sientan las bases para que programas de salud incorporen este concepto, en sus intervenciones, previniendo que las tensiones cotidianas deriven en alteraciones posturales permanentes. De este modo, los resultados no solo beneficiarán al profesional en su práctica diaria, sino que también, pondrá su mirada sobre los pacientes mediante una mayor educación corporal, permitiéndoles reconocer y liberar patrones de tensión antes de que estos evolucionen en patologías musculoesqueléticas severas.

V) MATERIALES Y MÉTODOS

A fin de relevar el material bibliográfico necesario para dar respuesta a los objetivos formulados, se consultaron las siguientes bases de datos: PubMed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>), Biblioteca Virtual en Salud (BVS) (<https://argentina.bvsalud.org/>) , Organización Mundial de la Salud (OMS) (<https://www.who.int/es>) , Biblioteca Electrónica de Ciencias y Tecnología del MinCyT (<https://biblioteca.sicyt.gob.ar/>) .

Se estableció un período de búsqueda comprendido entre los años 2015 y 2025, priorizando publicaciones que abordarán como temática principal las características del tejido fascial y su interacción en la postura corporal en adultos jóvenes.

Los artículos fueron seleccionados en idioma español e inglés, en texto completo correspondientes a revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, serie de casos o reportes de casos clínicos, etcétera.

A continuación, se detallan las palabras clave y sus combinaciones utilizadas para la búsqueda bibliográfica.

VA. Estrategia de búsqueda

Palabras clave	Término Decs	Término Mesh	Término libre
Fascia	Fascia	Fáscia	Tejido fascial, sistema miofascial, tejido conectivo.
Emoción	Expresión emocional	Emotion	Memoria emocional, inteligencia emocional, carga emocional, estado emocional, estrés emocional.
Postura corporal	Postura	Posture	Body posture, lenguaje corporal, alineamiento postural, postura corporal, desequilibrio postural .
Adulto joven	Adulto joven	Young Adult	Jóvenes adultos, población joven, adultos de 18 a 35 a.

V.B. Combinaciones de palabras clave

- Fascia AND Emociones OR expression emotional
- Emotions AND posture
- Fascia AND (Emotions OR Stress) AND Posture
- Young Adult AND Posture AND Fascia
- Fascia AND Emociones OR expresión emocional
- Postura AND fascia
- Fascia AND Adulto joven
- Fascia AND Postura AND Adulto joven

Como estrategia de búsqueda y con el propósito de encontrar la información correcta, las palabras clave se utilizaron con las combinaciones mencionadas anteriormente y arrojaron los siguientes resultados:

Estrategia de búsqueda	Resultados
Fascia AND Emociones OR expression emotional	43
Emotions AND posture	28
Fascia AND (Emotions OR Stress) AND Posture	1
Young Adult AND Posture AND Fascia	7
Fascia AND Emociones OR expresión emocional	18
Postura AND fascia	23
Fascia AND Adulto joven	7
Fascia AND Postura AND Adulto joven	33

V.C. Criterios de selección

La búsqueda se realizó con artículos publicados entre los años 2015 y 2025, que abordaran como temática principal las características del tejido fascial y su interacción con la postura corporal en adultos jóvenes. La selección de artículos científicos se realizó a partir de los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Año de publicación (2015-2025).
- Idioma de publicación (español e inglés).
- Tipo de estudio (revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, etc.).
- Población (adultos jóvenes).
- Temática principal (fascia, postura, emociones).
- Texto completo disponible.

Se incluyeron artículos disponibles en texto completo, en idioma español e inglés, correspondientes a revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, series de casos o reportes de casos clínicos, etc.

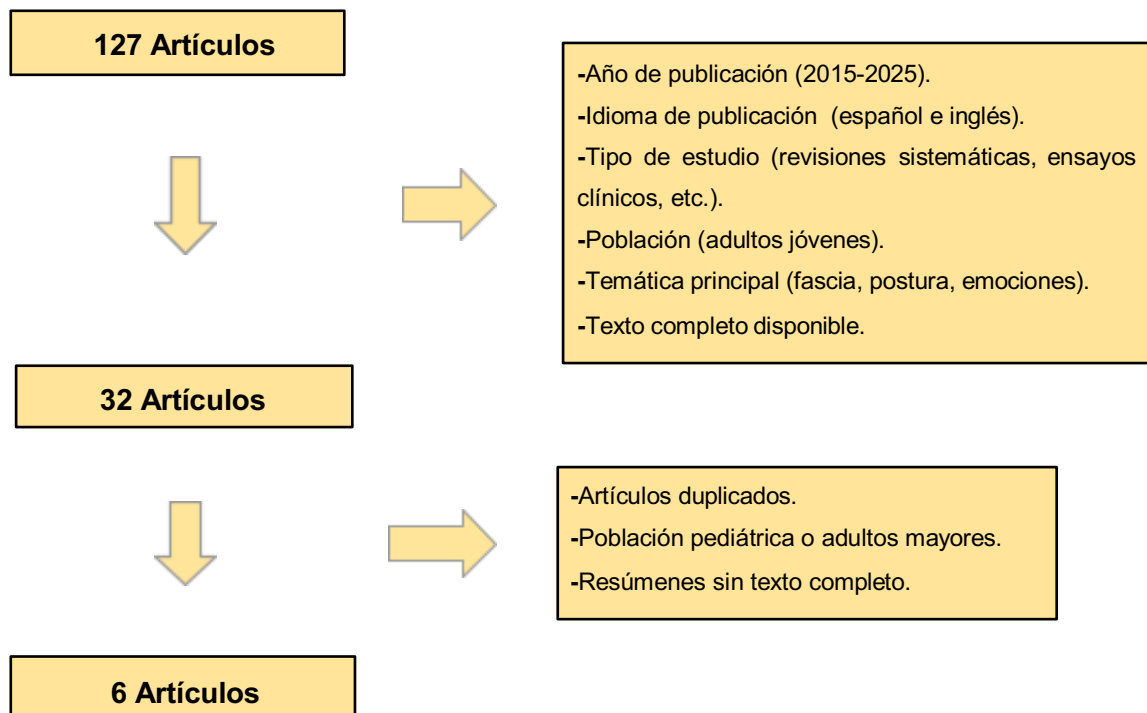
V.D. Criterios de exclusión

- Artículos duplicados.
- Población pediátrica o adultos mayores.
- Resúmenes sin texto completo.

La búsqueda realizada a partir de las combinaciones detalladas produjo un total de 127 artículos. Estos fueron analizados, para luego aplicar los criterios de inclusión y exclusión, dando como resultado una selección final de 6 artículos.

V.E. Diagrama de flujo

A continuación, se exponen los resultados finales de la búsqueda a partir del siguiente diagrama de flujo:



VI) RESULTADOS

El análisis de resultados se realizó a partir de 6 artículos seleccionados mediante la búsqueda en las bases de datos científicas anteriormente nombradas, que cumplieron con los mencionados criterios de inclusión y exclusión.

Se ordenaron los estudios de forma cronológica de elaboración, primero los más antiguos y luego los más recientes. Se organizó la información en tablas a modo de resumen de cada uno de ellos con el objetivo de que sea más sencilla y organizada su comprensión.

En cada tabla se detalla: Título, autor, año de publicación, diseño, objetivo, muestra, intervención, resultado y conclusión de los estudios analizados.

VI.A. Cuadro comparativo

A continuación se describen los apartados relevantes de cada uno de los artículos seleccionados.

Título	Papel de la conectividad fascial en las disfunciones musculoesqueleticas: una revisión narrativa.			
Autor/er	Ms Ajimsha, Pramod D. Shenoy, Neeraj Gampawar. (16)			
Año	2020.			
Tipo de estudio	Revisión narrativa.			
Objetivo	Muestra	Intervenciones	Resultados	Conclusión
Investigar cómo diversos investigadores estudiaron este concepto para identificar y justificar la conectividad fascial, su funcionamiento y su eficacia clínica, elementos que pueden servir de base para la práctica clínica y la investigación futura.	Se tomaron 35 estudios que abarcan investigaciones en cadáveres, modelos animales y seres humanos.	Análisis de diversos enfoques terapéuticos basados en la conectividad, tales como la terapia manual global, el ejercicio terapéutico basado en cadenas cinéticas y la liberación miofascial.	Se confirma que una restricción en un punto de la red fascial puede generar síntomas en zonas distantes debido a la transmisión de tensiones a través de la red de tensegridad. Se destaca que muchas disfunciones "locales" son, en realidad, manifestaciones de un desequilibrio en la continuidad del tejido conectivo.	Si bien estas revisiones y ensayos aportan evidencia positiva de la existencia objetiva de conectividad y continuidad fascial, varios aspectos requieren mayor exploración y análisis en profundidad, lo cual no pudo ser evidenciado completamente en esta revisión.

Título	Impacto del estrés, la inmunidad y las señales del sistema endocrino y nervioso sobre la fascia.			
Autor/er	Nicola Barsotti, Marco Chiera, Diego Lanaro, Massimo Fioranelli. (17)			
Año	2021.			
Tipo de estudio	Revisión bibliográfica.			
Objetivo	Muestra	Intervenciones	Resultados	Conclusión
Analizar cómo el estrés psicológico y fisiológico impacta en la estructura y función de la fascia a través de los sistemas nervioso, endocrino e inmunitario.	Los autores analizaron y sintetizaron un total de 293 referencias bibliográficas indexadas.	Análisis de mediadores químicos y mecánicos.	Se demuestra que la fascia responde al estrés crónico mediante la transformación de fibroblastos en miofibroblastos, lo que causa una contracción del tejido independiente de la estimulación muscular. El estrés aumenta la rigidez fascial mediante la inflamación de bajo grado.	La fascia es un órgano de comunicación sistémica. La salud del tejido conectivo depende del equilibrio neuroendocrino, y el estrés crónico altera su arquitectura, afectando la movilidad y la salud integral.

Título	Movilidad de la fascia, propiocepción y dolor miofascial.			
Autor/er	Helene M. Lagevin. (18)			
Año	2021.			
Tipo de estudio	Revisión bibliográfica.			
Objetivo	Muestra	Intervenciones	Resultados	Conclusión
Investigar la relación funcional entre la capacidad de deslizamiento de las capas fasciales, la calidad de la información propioceptiva que recibe el sistema nervioso y la génesis del síndrome de dolor miofascial.	Revisión de estudios biomecánicos y neurofisiológicos que analizan la densidad de receptores en el tejido conectivo y mediciones de deslizamiento fascial mediante ecografía dinámica.	Evaluación de técnicas de movilización tisular, ejercicios de control motor y terapias de inducción miofascial orientadas a restaurar el plano de deslizamiento entre las fascias superficiales y profundas.	Se halló que la pérdida de movilidad, densificación de la fascia altera los mecanorreceptores, lo que genera una distorsión al cerebro. Esta distorsión propioceptiva disminuye el umbral del dolor y facilita la aparición de puntos gatillo.	La fascia es el órgano sensorial más importante para la propiocepción. Restaurar su movilidad no solo libera la tensión mecánica, sino que recalibra el sistema sensorial, siendo una estrategia clave para el tratamiento del dolor crónico.

Título	Tejido miofascial y depresión.			
Autor/er	Johannes Michalak, Lanre Aranmolate, Antonia Bonn, Karen Grandin, Robert Schleip. (19)			
Año	2021.			
Tipo de estudio	Revisión bibliográfica.			
Objetivo	Muestra	Intervenciones	Resultados	Conclusión
Estudiar las características del tejido miofascial en pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM) y examinar si el estado del tejido miofascial influye casualmente en los procesos patopsicológicos del TDM.	Pacientes hospitalizados con TDM y participantes sin antecedentes de depresión para el grupo control.	Los pacientes con trastorno depresivo mayor fueron asignados aleatorizados para una intervención miofascial autoadministrada (SMRI) o una intervención placebo.	Mostraron que los pacientes con TDM presentaban mayor rigidez y menor elasticidad del tejido miofascial y que los pacientes del grupo SMRI mostraron un sesgo de memoria negativo reducido y un afecto positivo en comparación con los pacientes del grupo placebo.	Los resultados preliminares del estudio indican que el tejido miofascial podría formar parte de una dinámica disfuncional cuerpo-mente que mantiene el trastorno depresivo mayor.

Título	La fascia como sistema regulador en la salud y la enfermedad.			
Autor/er	Alison M.Slater, S. Jade Barclay, Rouha M. S. Granfar y Rebecca L Pratt. (20)			
Año	2024.			
Tipo de estudio	Revisión bibliográfica.			
Objetivo	Muestra	Intervenciones	Resultados	Conclusión
Explorar y sustentar la función de la fascia como un sistema regulador global que mantiene la homeostasis y coordina las respuestas biológicas ante estímulos internos y externos.	Las autoras seleccionaron, analizaron y discutieron un total de 105 referencias bibliográficas científicas.	Los autores no realizan un experimento clínico, sino que evalúan el impacto de diversas terapias manuales y de movimiento, así como los efectos de la carga mecánica sobre la salud del sistema fascial.	Se establece que la fascia funciona como un cerebro periférico que regula la inflamación, el flujo de fluidos y la tensión mecánica. Se observa que cuando este sistema pierde su capacidad reguladora, se favorece el desarrollo de patologías crónicas y estados de dolor sistémico.	La salud de la fascia es esencial para la salud general. Debe cambiar su mirada como un tejido de soporte para entenderse como un sistema regulador activo que interconecta todas las funciones corporales, siendo un objetivo terapéutico clave para prevenir la enfermedad.

Título	Influencia de la postura, el nivel espinal, el género y la activación muscular en las propiedades biomecánicas de los músculos erectores lumbares de la columna en personas sanas. Adultos jóvenes.			
Autor/er	Yueh-Ling Hsieh, Heng-Yi Lin, Andy Chien. (21)			
Año	2025.			
Tipo de estudio	Estudio experimental.			
Objetivo	Muestra	Intervenciones	Resultados	Conclusión
Indagar cómo estos factores influyen en el tono, la rigidez y la amortiguación de los erectores lumbares de la columna mediante un dispositivo de miotonometría.	Treinta adultos jóvenes sanos.	Uso de miotonometría (un dispositivo llamado MyotonPRO) para medir la rigidez del tejido en diferentes condiciones: bipedestación (parado), sedestación (sentado), flexión de tronco y durante la activación muscular voluntaria.	Se encontró que la postura influye significativamente en la rigidez: la flexión del tronco aumenta la tensión fascial lumbar. También se observaron diferencias por género (generalmente los hombres presentan mayor rigidez basal) y que la activación muscular altera inmediatamente las propiedades elásticas del tejido conectivo circundante.	Las propiedades biomecánicas de la zona lumbar son dinámicas y dependen directamente de la postura y el género. Estos hallazgos son cruciales para entender cómo la carga postural diaria puede alterar la salud del tejido miofascial en adultos jóvenes.

VI.B. Análisis de resultados

Ajimsha et al. observaron cómo la evidencia actual soporta el modelo de tensegridad, donde la disfunción musculoesquelética no se limita al sitio del dolor, sino que se distribuye a través de una red conectiva. Donde las restricciones en una zona alteran la transmisión de fuerzas mecanobiológicas, generando compensaciones distantes. Es de importancia para las disfunciones musculares y posturales crónicas que no deben tratarse de forma aislada, sino evaluando toda la cadena fascial.

A continuación, se realizó un esquema con el fin de sistematizar la información:

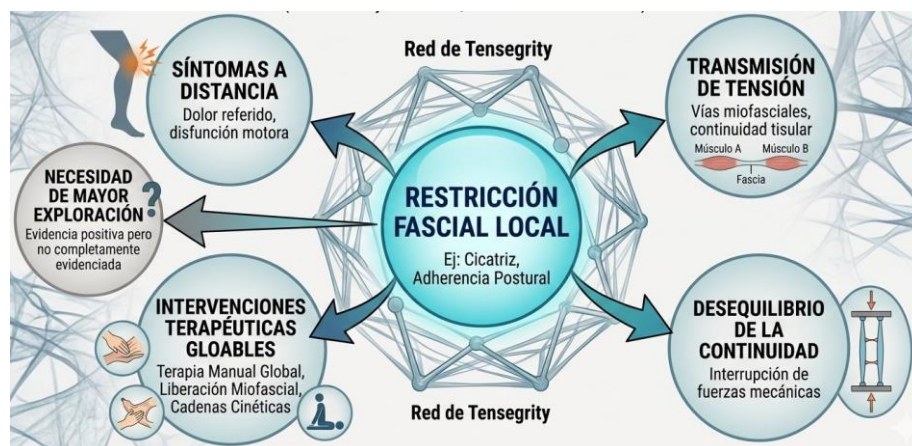


Figura 6: Representación del modelo de continuidad funcional.

Barsotti et al. demostraron que el estrés crónico altera la estructura fascial de forma sostenida. Mediante el eje psiconeuroinmunoendocrino, el sistema nervioso y las hormonas, como el cortisol, estimulan a los miofibroblastos, provocando una hipertonía y rigidez del tejido conectivo sin comando motor aparente. Esto altera la postura, perpetuando un estado latente de tensión interna global. Luego, un esquema con la información desarrollada:



Figura 7: *Mecanismo de respuesta fascial al estrés sistémico.*

Lagevin, evidenció que la pérdida de movilidad de la fascia disminuye la propiocepción y perpetúa el dolor miofascial. La falta de deslizamiento del tejido conectivo altera los mecanorreceptores locales, enviando señales erróneas al sistema nervioso sobre la posición corporal. Esto modifica el control neuromuscular y la postura, consolidando un patrón de tensión crónica estructural. Posteriormente, un esquema:



Figura 8: *Mecanismo de interacción entre la movilidad fascial, la propiocepción y el dolor miofascial.*

Michalak et al. demostraron que existe una relación bidireccional entre el tejido miofascial y la depresión. Un estado emocional deprimido se somatiza en la fascia, aumentando su rigidez y alterando la postura, típicamente colapsada. A su vez, esta alteración estructural envía señales propioceptivas al cerebro que perpetúan el estado de ánimo, consolidando un bucle de tensión corporal. A continuación, un esquema:

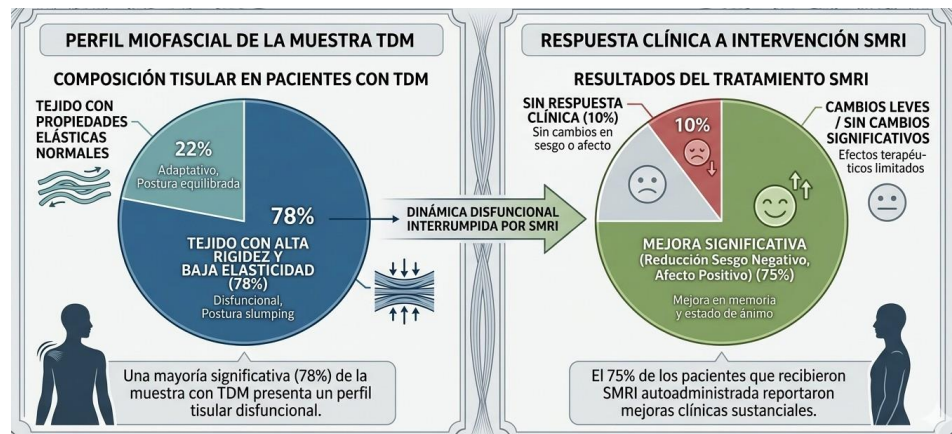


Figura 9: *Análisis comparativo de las características miofasciales y el impacto de la intervención de liberación automiofascial en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor.*

Slater et al. comprobaron que la fascia actúa como un sistema regulador del individuo, clave para la homeostasis. A través de la mecanotransducción, las células fasciales convierten los estímulos físicos en señales químicas, regulando la arquitectura tisular. Su disfunción altera la propiocepción y la comunicación intersistémica, cronificando desequilibrios posturales y viscerales. Se realizó un esquema con esta información:

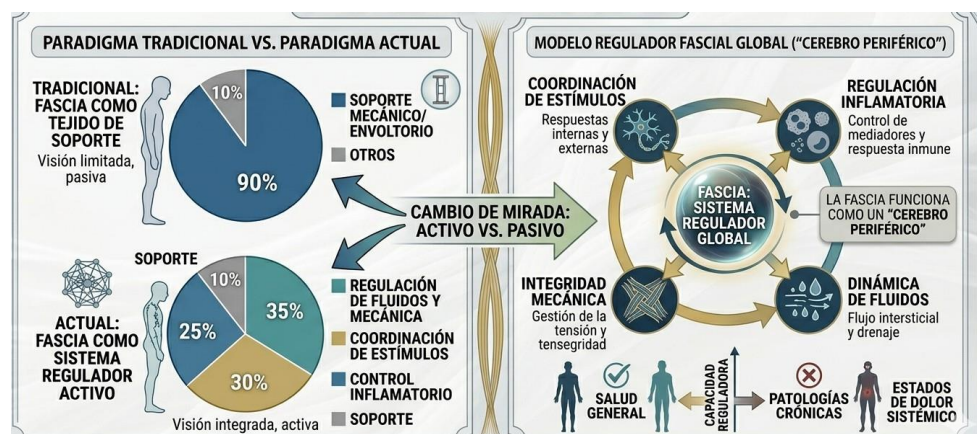


Figura 10: *Modelo de la fascia como sistema regulador activo y coordinador de la homeostasis.*

Hsieh et al. evaluaron el tono, la rigidez y la amortiguación tisular medidas mediante miotonometría (MyotonPRO). Se observó que la postura y la activación muscular modifican directamente las propiedades biomecánicas de los erectores espinales lumbares. Mediante un diseño experimental, comprobaron que los cambios de posición alteran la tensión intrínseca y la rigidez miofascial según el nivel espinal. Esto evidencia cómo la alineación altera el comportamiento mecánico basal del tejido. Luego, un esquema con la información anterior:



Figura 11: Análisis biomecánico de los erectores lumbares y su respuesta a factores posturales y de género.

Se desarrollaron los siguientes gráficos, que no aporta a la resolución del problema de investigación, sino que dan cuenta de los resultados de la búsqueda bibliográfica con las variables analizadas en los artículos científicos seleccionados:

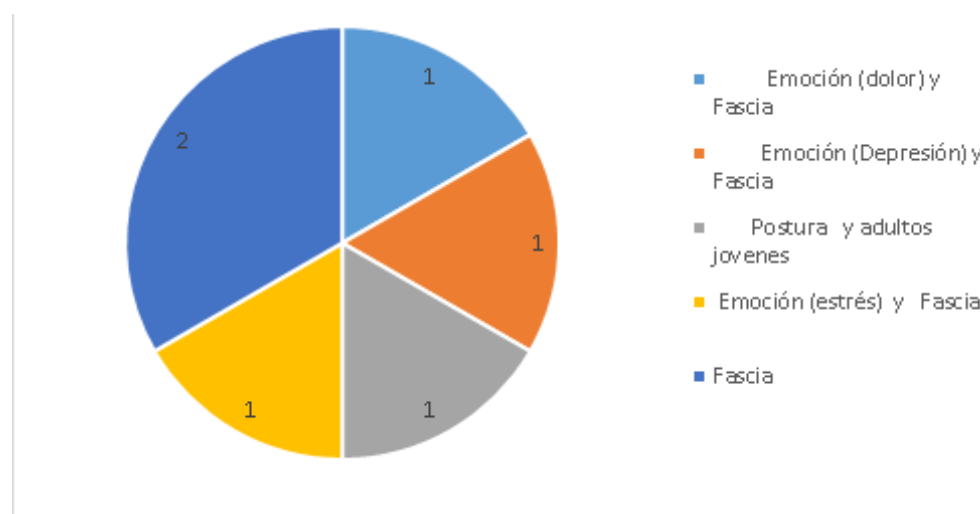


Figura 12 : Variables mencionadas por artículo analizado.

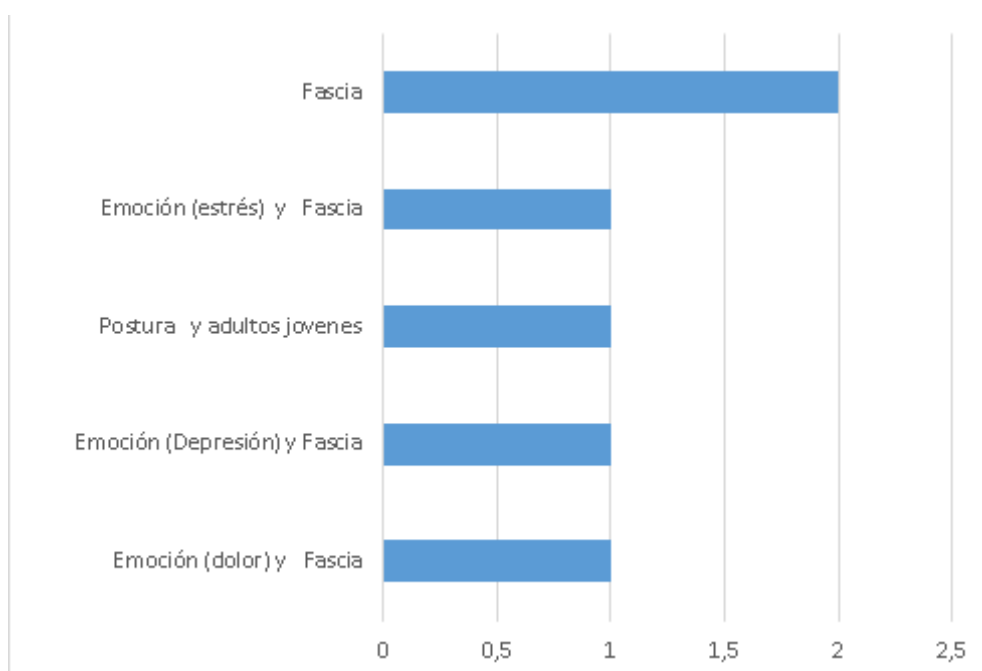


Figura 13: *Gráfico en barra de las variables analizadas.*

VII) DISCUSIÓN

La integración de la evidencia analizada para este estudio permite ir desde una visión anatómica clásica hacia un paradigma donde lo biopsicoemocional del individuo forma parte de la tenseguridad funcional de los tejidos.

Los hallazgos de Ajimsha (2021) establecen la base mecánica, es decir, el autor señala que la fascia constituye una gran red tridimensional donde se distribuyen las distintas cargas, cuya continuidad forma parte de la integridad estructural. Destaca asimismo que esta red es profundamente plástica y consecuentemente, adaptable a cualquier circunstancia. La investigación de Barsotti (2021) revela que el estrés, entendido como una emoción, activa la transformación de fibroblastos en miofibroblastos, generando una contracción fascial autónoma, sin especificar en qué lugar del cuerpo humano ni en qué momento concreto del transcurso de la emoción. Este fenómeno es el precursor de la densificación, es decir, ante la carga postural sostenida o el estrés crónico, la fascia responde alterando la viscosidad de su matriz extracelular. El ácido hialurónico, que normalmente actúa como lubricante, se polimeriza y se vuelve denso, formando puntos gatillos que restringen el deslizamiento entre capas.

Tal como demuestra Hsieh (2025) mediante miotonometría, la postura influye instantáneamente en la rigidez. Cuando se adopta una postura de flexión o desplome, propia de la sedestación prolongada, la fascia lumbar se ve sometida a una tensión mecánica constante. Esta carga mantenida induce un proceso de remodelación en el que las fibras de colágeno se reorganizan de forma desorganizada y de manera densa para sostener esa posición, reduciendo el gasto energético muscular pero sacrificando la elasticidad. Esta rigidez patológica interrumpe los planos de deslizamiento descritos por Langevin (2021), lo que no solo limita el rango de movimiento, sino que distorsiona la información propioceptiva y mecanonociceptiva, es decir, se altera la capacidad de detectar estímulos dolorosos de tipo mecánico.

Dado que la fascia es un órgano sensorial, esta densificación genera una alteración a nivel sensorial que distorsiona la percepción del esquema corporal, facilitando la cronicidad del dolor y manteniendo estados afectivos alterados. De acuerdo con Michalak (2021), existe un bucle donde la postura densificada mantiene estados de depresión mayor. En síntesis, la fascia actúa como un cerebro periférico (Slater, 2024) cuya salud depende del movimiento y el flujo de fluidos. La intervención kinésica debería, por tanto, enfocarse en revertir la densificación mediante la carga mecánica controlada y la terapia manual, recalibrando la unidad biopsicoemocional del paciente. Estos hallazgos resultan relevantes tanto para el

diseño de futuras investigaciones como para la elección del tratamiento y la dosificación adecuada en esta población. A partir de lo expuesto, surgen los siguientes interrogantes que podrían ser abordados en trabajos posteriores:

¿Puede el tratamiento de la fascia mejorar directamente la salud mental a largo plazo?

¿Qué emociones densifican a mayor escala la fascia en adultos jóvenes?

VII.A. Limitaciones

A continuación, se destacan las principales limitaciones identificadas durante la revisión bibliográfica, en función del objetivo general formulado. La más relevante fue la limitada disponibilidad de artículos que abordaran simultáneamente las tres dimensiones centrales de la investigación: la fascia, la postura corporal y la población de adultos jóvenes. No obstante, el trabajo pudo sustentarse mediante el análisis de estudios que correlacionan dos de las dimensiones propuestas.

Por otro lado, la mayoría de la bibliografía disponible consiste en revisiones teóricas, con escasa disponibilidad de datos empíricos y estadísticos. Lo anterior pone de manifiesto que se trata de un área de la Kinesiología y Fisiatría, en fase de expansión, donde la transición hacia estudios de corte cuantitativo resulta esencial para consolidar la validez científica de las teorías vigentes y establecer parámetros de intervención basados en la evidencia.

VIII) CONCLUSIÓN

Luego de indagar en la bibliografía seleccionada la manera en que las emociones podrían condicionar las características del tejido fascial y cómo esta interacción se podría manifestarse en la postura corporal de adultos jóvenes, la presente revisión bibliográfica concluye que podría existir una interdependencia intrínseca y bidireccional entre la dimensión afectiva, las propiedades biomecánicas del tejido fascial y la configuración postural en dicha población.

Parecerían indicar que la fascia no actuaría como un solo tejido de sostén pasivo, sino como un sistema de tensegridad dinámico cuya arquitectura estructural, regulada por la actividad mecanosensible de fibroblastos y miofibroblastos, podría garantizar la continuidad funcional y la distribución de cargas. Esta red, al trabajar como un sistema de comunicación químico-mecánica, funcionaría como un “cerebro periférico” que integraría señales bioquímicas para preservar la homeostasis sistémica y la propiocepción.

Los factores de riesgo, propios del contexto sociocultural actual, como el estrés crónico y el mantenimiento prolongado de posturas viciosas, parecerían desencadenar un proceso de densificación fascial. Este fenómeno se explicaría por la polimerización del ácido hialurónico y la contracción autónoma del tejido mediada por el sistema nervioso autónomo, consolidando patrones posturales ineficientes que se retroalimentarían con estados afectivos negativos, tales como la depresión y el estrés crónico. A través de la miotonometría, parecería confirmarse que estas alteraciones no serían meramente subjetivas, sino cambios biomecánicos medibles en términos de rigidez y disminución de la elasticidad, mostrando una vulnerabilidad crítica en el complejo lumbo-pélvico del adulto joven ante la carga postural repetitiva.

En última instancia, se destaca que las emociones con mayor prevalencia, como la depresión y el estrés crónico, no solo podrían encontrar una vía de expresión en la postura, sino que condicionarían la biología profunda del tejido conectivo, alterando su viscoelasticidad y su capacidad de deslizamiento miofascial. La postura en el adulto joven podría definirse, por tanto, como una posible manifestación somática de una red miofascial que habría adaptado su tono basal para reflejar y sostener un estado emocional predominante.

Para la Kinesiología y la Fisiatría actual, este descubrimiento innovador, podría sentar las bases para futuras líneas de investigación, hacia un abordaje terapéutico que complemente los tratamientos actuales, ya que los mismos rigen un paradigma segmentario.

Comprender la fascia como un puente biológico en el que podrían converger la salud mental y la integridad postural. Así como, el trabajo en la reorganización del tejido conectivo y la liberación de restricciones miofasciales no solo recuperan la función motora, sino que podría posicionarse como una vía de intervención hacia el equilibrio biopsicoemocional del individuo.

IX) REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gagey PM, Werber B. Posturología: regulación y alteraciones de la bipedestación. 1a ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2001.
2. Fernández de las Peñas C, Melián Ortiz A. Cinesiterapia: bases fisiológicas y aplicación práctica. 1a ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
3. Anker S. [Fascial Distortion Model in Clinical Practice](#). Berlin: Springer Berlin Heidelberg; 2026. doi: 10.1007/978-3-662-72081-3.
4. Foucault M. Enfermedad mental y personalidad. 3a ed. Buenos Aires: Paidós; 2014.
5. Damunt X. El entrenamiento sistémico basado en las emociones: propuestas para la optimización. 1a ed. Madrid: FDL; 2021.
6. Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM. Principios de neurociencia. 4a ed. Madrid: Interamericana de España; 2001.
7. Martin JP. [A short essay on posture and movement](#). J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1977;40(1):25-29. doi: 10.1136/jnnp.40.1.25.
8. Pilat A. Terapias miofasciales: Inducción miofascial [Internet]. 1a ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España; 2003 [citado 19 May 2026]. Disponible en: medilibros.com
9. Morris CE, Greenman PE, Bullock MI, Basmajian JV, Kobesova A. [Vladimir Janda, MD, DSc: tribute to a master of rehabilitation](#). Spine. 2006;31(9):1060-1064. doi: 10.1097/01.brs.0000214879.93102.4e.
10. Navarrete Aedo R. Guía de evaluación postural. Santiago de Chile: Duoc UC, Universidad Católica de Chile; 2017.
11. Sánchez-Vera MA, Serrano Diaz DF, Canty Casallas JK, Bonilla Rodríguez PA, Schleip R, Alfonso-Mora ML. Effect of crossed-hands myofascial induction on thoracolumbar fascia stiffness, thickness, and alignment. J Bodyw Mov Ther. 2025;34:15-22. doi: 10.1016/j.jbmt.2025.05.017.
12. Myers TW. Anatomy Trains: Myofascial Meridians for Manual and Movement Therapists. 4a ed. Edinburgh: Elsevier; 2020.
13. Schleip R, Findley TW, Chaitow L, Huijing PA, editores. [Fascia: The Tensional Network of the Human Body](#). 2a ed. Edinburgh: Elsevier; 2021.
14. Goleman D. El cerebro y la inteligencia emocional: nuevos descubrimientos. Barcelona: Ediciones B; 2015.
15. Evans J. Lo esencial en el sistema musculoesquelético. 1a ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999.

16. Ajimsha MS, Shenoy PD, Gampawar N. Papel de la conectividad fascial en las disfunciones musculoesqueléticas: una revisión narrativa. *J Bodyw Mov Ther.* 2020;24(4):423-431. doi: 10.1016/j.jbmt.2020.07.020.
17. Barsotti N, Chiera M, Lanaro D, Fioranelli M. Impacto del estrés, la inmunidad y las señales del sistema endocrino y nervioso sobre la fascia. *Front Biosci (Elite Ed).* 2021;13(1):1-23. doi: 10.2741/870.
18. Langevin HM. Movilidad de la fascia, propiocepción y dolor miofascial. *Life (Basel).* 2021;11(7):668. doi: 10.3390/life11070668.
19. Michalak J, Aranmolate L, Bonn A, Teismann T. [Tejido miofascial y depresión](#). *Front Psychiatry.* 2021;12:790100. doi: 10.3389/fpsy.2021.790100.
20. Slater H, Schleip R, Pounder A, Smith AD. La fascia como sistema regulador en la salud y la enfermedad. *J Anat.* 2024;245(2):189-204. doi: 10.1111/joa.14045.
21. Hsieh YL, Lin HY, Chien A. Influencia de la postura, el nivel espinal, el género y la activación muscular en las propiedades biomecánicas de los músculos erectores lumbares de la columna en personas sanas. Adultos jóvenes. *Medicina (Kaunas).* 2025;62(1):159. doi: 10.3390/medicina62010159.