

# *Guía Visual de la Terapia Craneosacral*



**Javier de María Ortiz y Rafael Buisán**



MANDALALUZ

## GUÍA VISUAL DE LA TERAPIA CRANEOSACRAL: ÍNDICE DE CAPÍTULOS

Introducción	Pág: 14 - 15
Las Bases del Trabajo : Principios terapéuticos	Pág: 19 - 32
Las Bases del Trabajo : Posición Anatómica	Pág: 33 - 34
Las Bases del Trabajo : Consideraciones Generales	Pág: 35 - 35
Las Bases del Trabajo : Comenzando	Pág: 37 - 39
Escuchando el Ritmo de la Vida	Pág: 41 - 55
Sacro-Iliacas	Pág: 57 - 62
Induciendo Puntos de Quietud	Pág: 65 - 69
Posiciones de Escucha en la Cabeza	Pág: 71 - 111
Posiciones de Escucha en la Cara	Pág: 113 - 131
Técnica V - Spread	Pág: 133 - 135
Suturas	Pág: 137 - 141
Columna Vertebral	Pág: 143 - 147
Desanudamientos y Perinatal	Pág: 149 - 159
Desanudamientos en el Agua	Pág: 160 - 161
Tracciones	Pág: 163 - 165
Diafragmas Transversales	Pág: 167 - 175
Drenaje de los Senos Venosos	Pág: 177 - 183
Integrando Relaciones	Pág: 185 - 189
Trabajando en el Suelo	Pág: 191 - 193
Autotratamiento	Pág: 195 - 197
Visceral	Pág: 199 - 239
Concluyendo	Pág: 240 - 241
Glosario	Pág: 242 - 243

# GUÍA VISUAL DE LA TERAPIA CRANEOSACRAL: ÍNDICE

Prólogo de Rafael Buisán .....	10	<u>Posiciones de Escucha en la Cara:</u> .....	113
Prólogos por diversos profesores .....	11	<u>Posiciones de Escucha Global en la Cara:</u> .....	114
Introducción .....	14	<u>Escuchas en los Huesos de la Cara:</u> .....	116
<u>Las Bases del Trabajo:</u> .....	17	Maxilar superior: .....	117
Principios terapéuticos .....	19	Palatinos: .....	120
Posición anatómica .....	33	Vómer: .....	122
Consideraciones generales .....	35	Cigomático: .....	124
Comenzando .....	37	Maxilar inferior: .....	126
Escuchas para comenzar la sesión .....	39	Unguis: .....	129
<u>Escuchando el Ritmo de la Vida:</u> .....	41	A.T.M. .....	130
Desde los Pies .....	42	<u>Técnica V-Spread:</u> .....	133
Desde las Rodillas .....	44	<u>Suturas:</u> .....	137
Desde las Caderas. Iliacos .....	46	Técnica V-Spread en Suturas Craneales: ...	140
Desde Sacro en Decúbito Supino .....	48	<u>Columna Vertebral:</u> .....	143
Desde Sacro en Decúbito Prono .....	50	<u>Desanudamientos:</u> .....	149
Desde Sacro en Decúbito Lateral .....	51	Desanudamientos en extremidades inferiores: ...	153
Desde los Hombros .....	52	Desanudamientos en caderas: .....	154
Desde el Cuello .....	54	Desanudamientos en extremidades superiores: ...	155
<u>Posiciones de Escucha en Sacro-Iliacas:</u> .....	57	Desanudamientos en cuello: .....	156
Sacro / L-5 en Decúbito Supino y Prono ...	58	Perinatal: .....	158
Sacro-Iliacas .....	62	Desanudamientos en el agua: .....	160
<u>Induciendo Puntos de Quietud:</u> .....	65	<u>Tracciones:</u> .....	163
CV 4 .....	66	<u>Diafragmas Transversales:</u> .....	167
EV 4 .....	68	Diafragma Pélvico: .....	170
<u>Posiciones de Escucha en la Cabeza:</u> .....	71	Diafragma Toraco-Lumbar: .....	171
<u>Posiciones de Escucha Global en la Cabeza:</u> .....	72	Diafragma Cervico-Torácico: .....	172
Bóveda: .....	73	Diafragma Atlanto-Occipital: .....	173
Bóveda modificada: .....	74	Hioides: .....	174
Cuna: .....	75	<u>Drenaje de los Senos Venosos:</u> .....	177
Esfeno-Occipital: .....	76	<u>Integrando Relaciones:</u> .....	185
Fronto-Occipital: .....	77	<u>Trabajando en el Suelo:</u> .....	191
<u>Escuchas en los Huesos del Cráneo:</u> .....	79	<u>Auto-Tratamiento:</u> .....	195
Frontal: .....	80	<u>Visceral:</u> .....	199
Parietales: .....	82	Diagnóstico .....	200
Occipital: .....	84	Introducción .....	201
Temporales: .....	86	<u>Cavidad Torácica:</u> Corazón .....	204
Etmoides: .....	89	Pulmones .....	206
Esfenoides: .....	92	<u>Cavidad Abdominal:</u> Estómago .....	211
(S.E.B) Sincondrosis Esfeno Basilar: .....	96	Hígado .....	214
Flexión de la S.E.B: .....	97	Intestino delgado .....	218
Extensión de la S.E.B: .....	98	Colon .....	222
Latero-Flexión de la S.E.B: .....	99	Riñón .....	227
Torsión de la S.E.B: .....	100	Páncreas .....	230
Tensión Lateral de la S.E.B: .....	101	Bazo .....	232
Tensión Vertical de la S.E.B: .....	102	Vejiga .....	236
Compresión de la S.E.B: .....	103	.....	241
<u>Membranas Intracraneales:</u> .....	105	<u>Concluyendo:</u> .....	241
La Hoz: .....	106	<u>Glosario:</u> .....	244
La Tienda: .....	110		



**Descripción anatómica**

El cuello es el punto de encuentro y transición entre la cabeza y el tronco. Debido a ello, acumula tanto las tensiones propias como las de acomodación entre ambos con facilidad.

Presenta un límite superior formado por la línea que pasa por el maxilar inferior partiendo de la sínfisis mentoniana, rama ascendente del maxilar inferior, conducto auditivo externo, apófisis mastoides, línea curva occipital superior y protuberancia occipital externa. También presenta un límite inferior formado por una línea que pasa por el esternón, clavícula y la séptima vértebra cervical.

Contiene en su interior venas, arterias, ganglios linfáticos, la faringe, la laringe y la tráquea, la glándula tiroides y la médula espinal, protegida por la columna cervical, que se puede dividir para su estudio en dos porciones:

- El segmento cervical superior formado por el occipital C1 o atlas y C2 o axis, vértebras atípicas y
- La porción inferior formada por las vértebras de C3 a C7, vértebras todas del mismo tipo.

Las vértebras cervicales tienen un cuerpo pequeño y el tamaño del disco es, aproximadamente, de un tercio del de las vértebras del tronco.

Su movimiento principal es de flexión extensión para la articulación entre atlas y occipital. Entre el atlas y el axis se da el 50% de la rotación y en el resto de las cervicales un movimiento de flexión, extensión de 0 a 100°, inclinación de 45° para cada lado, en total 90° y rotación 80° a 90°.

La zona cervical es la de mayor movilidad de toda la CV.

*El cuello está formado por tres capas de fascias (superficial, media y profunda) y por tres zonas musculares:*

**-Lateral:**

Músculo esternocleidomastoideo, escalenos, cutáneo del cuello y recto lateral de la cabeza.

**-Anterior o hioidea:**

Que se divide en los músculos supra hioideos (digástrico, estilohioideo, milohioideo y genihioideo) y los infra hioideos (esternohioideo, omohioideo, esternotiroideo, tirohioideo)

**-Prevertebral:**

Recto anterior mayor y menor de la cabeza y el músculo largo del cuello.

**Descripción de la posición**

La escucha del cuello es, en mi opinión, una de las zonas corporales que antes comienzan a soltar tensión ante un contacto delicado y firme, que promueva estabilidad y que facilite, a la vez, la acomodación de las fuerzas contenidas en la zona, o que actúen sobre ella a distancia.

La foto (6) muestra la posición para relacionarse con la columna cervical. Los dedos deben dejarse ligeramente flexionados, para que se puedan amoldar a la curvatura propia de la zona y que no recaiga más peso sobre ninguno en particular. Desde esta escucha se puede tratar con cada vértebra de forma aislada, apreciando las relaciones con las demás, o con todas ellas de forma grupal.

Las posiciones (1,2 y 3) muestran cómo acoplarse de forma sencilla a la zona posterolateral del cuello, dejando la cabeza apoyada sobre las eminencias hipotenares de las manos y estabilizándola con la zona tenar de ambas manos. El pulgar puede permanecer cerca del índice para centrar la escucha en el plano posterior, o bien puede separarse de éste para abarcar el plano lateral.

En la foto (4) se puede apreciar otra variante, en la que se puede incluir en la escucha del cuello la relación con la ATM, que queda en contacto con la concavidad de la mano y en la superficie lateral del dedo pulgar.



**Posición del cliente:**

Tumbado en decúbito supino, no muy cerca del borde de la camilla.

**Posición del terapeuta:**

Sentado detrás de la cabeza, con los antebrazos sobre la camilla.

**Posición de las manos:**

Una mano parcialmente sobre la otra, para adaptarse a la morfología del cuello, y los pulgares pegados a los dedos índice (3), o bien separados de ellos para abarcar toda la musculatura lateral.(1-2)

**Variante:**

a) El pulgar sobre la rama ascendente de la mandíbula, o sobre la zona del masetero, el índice sobre la porción anterior del esternocleidomastoideo, el dedo medio sobre la porción posterior del mismo buscando el trapecio, el dedo anular bajo la musculatura suboccipital y el meñique en contacto con el occipital. (4)

b) Con el pulgar doblado dentro de la mano o bien extendido, el resto de los dedos semiflexionados se sitúan a ambos lados de las apófisis espinosas o bajo las transversas (6).

**Movimiento:**

La lordosis cervical se reduce durante la fase de inhalación.

**Relaciones:**

Zona de paso para la vascularización y drenaje del cráneo, la nutrición, la respiración y la expresión verbal.

Adapta la posición de los órganos de los sentidos.

Sistema hormonal con la tiroides.





Las diferentes posiciones de escucha en la cabeza, han sido diseñadas cuidadosamente para aportar información de una parte concreta de la anatomía o fisiología del sistema craneosacral y de sus relaciones con otras zonas. También desde estas escuchas se puede establecer una relación general con el cliente, ya sea como primera toma de contacto, desde la que asentarse y profundizar en aquello que quiera manifestarse sin expectativas previas, o ya sea como forma de terminar, lo que aporta una posibilidad de integración para todo lo sucedido durante la sesión.

Sutherland comienza estableciendo los fundamentos de su trabajo en los cinco apartados de lo que él llamo el Mecanismo Respiratorio Primario (MRP). Y desde la cabeza es desde donde, habitualmente, mejor se pueden apreciar los cuatro primeros, puesto que el quinto, la movilidad involuntaria del sacro entre los iliacos, debería apreciarse mejor desde la escucha del sacro.

**Los cinco aspectos del MRP son:**

- Movilidad inherente del Sistema Nervioso Central (SNC).
- Fluctuación del Líquido Céfalorraquídeo (LCR)
- Movilidad de los huesos del cráneo
- Movilidad de las membranas intracraneales e intraespinales.
- Movilidad involuntaria del sacro entre los iliacos.

Lo denomino **Mecanismo** por las relaciones específicas que presentan entre sí sus diferentes estructuras, formando entre todas un motor o mecanismo que posibilita el movimiento.

Lo denominó **Respiratorio** pues aunque no tiene relación directa con la respiración pulmonar, se expresa de manera similar con un ritmo de expansión y otro de retracción.

Y lo denominó **Primario**, pues este impulso rítmico ya se aprecia en la vida uterina alrededor del quinto mes, y por lo tanto antes que la respiración pulmonar, que para Sutherland pasó a llamarse secundaria. Este Mecanismo Respiratorio Primario se sigue apreciando aún, durante unos minutos, con electroencefalograma plano.

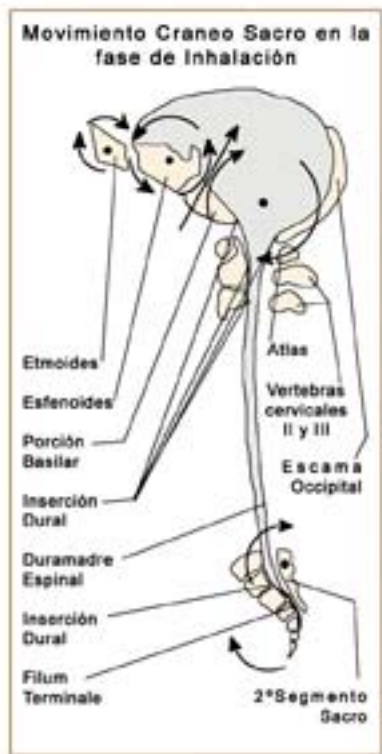
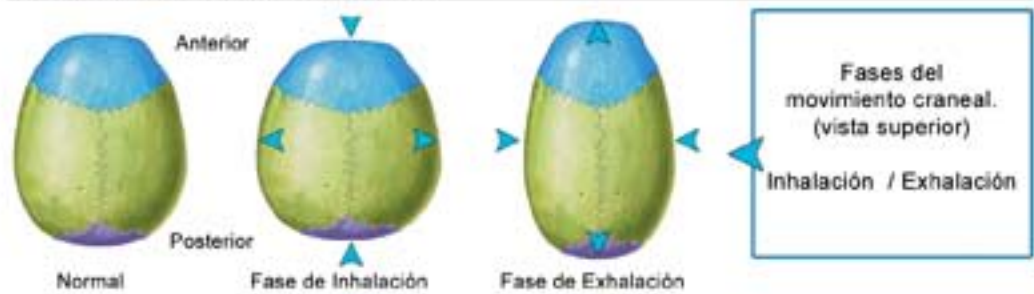
El movimiento natural de dicho mecanismo es relativamente estable, no modificándose con la misma facilidad que los ritmos cardiovascular o respiratorio. No obstante se pueden reconocer diferentes efectos que lo alteran.

<b>Lo aceleran:</b>	<b>Lo reducen o paralizan:</b>	
La fiebre.	El miedo.	Lesiones cerebrales.
El exceso de oxígeno.	La depresión crónica.	El insomnio.
La hiperactividad.	El dióxido de carbono.	El coma.
Es stress crónico.	Perturbaciones psíquicas.	

De forma global, la cabeza responde al Movimiento Respiratorio Primario (MRP) con dos ciclos constantes de expansión y retracción, y con una parada ocasional entre ambos. A esta parada fisiológica se la llama punto de quietud y a los dos ciclos se les denomina inhalación y exhalación, aunque no son correspondientes con los mismos ciclos pulmonares.

**El cráneo en inhalación:**  
 -Aumenta su diámetro transversal.  
 -Disminuye el diámetro anteroposterior.  
 -Desciende la sutura sagital.  
**En exhalación sucederá lo contrario.**

**Al mismo tiempo se produce:**  
 -Rotación externa de los huesos del cráneo.  
 -Flexión de la SEB.  
 -Flexión del sacro.



**Posición del cliente:**

Tumbado sobre la camilla en decúbito supino, situando la cabeza no muy cerca del borde la camilla.

**Posición del terapeuta:**

Sentado en una silla detrás de la cabeza del cliente, con espacio para poder apoyar los antebrazos o los codos sobre la camilla.

**Posición de las manos:**

Colocadas simétricamente a ambos lados de la cabeza, con los dedos apuntando hacia los pies.

Los dedos índices tocan las alas mayores del esfenoides (detrás del ángulo externo del ojo).

Los medios delante de las orejas sobre el temporal.

Los anulares detrás de las orejas sobre el temporal.

Los dedos meñiques tocan la escama del occipital.

Los pulgares descansan sobre el cráneo de manera natural, bien tocando el frontal, a ambos lados de la sutura sagital, o apoyándose el uno en el otro como punto fijo, lo cual amplifica la sensación del movimiento en los demás dedos.

**Variantes:**

Si la intención de esta posición es, centrarse en la relación esfenoides-occipital, debemos dejar en el aire o excluir de la escucha, los dedos medio, anular y los pulgares uno en contacto con el otro sin contacto craneal.

**Movimiento:**

En la fase de inhalación - flexión el cráneo se vuelve más ancho y plano, como si fuese un globo que se comprime entre las manos desde arriba hacia abajo.

Los dedos índices y meñiques se mueven hacia abajo y adelante.

En exhalación - extensión el cráneo se vuelve más estrecho y alto como un globo que se comprime lateralmente. Los índices y meñiques se mueven hacia arriba y atrás.

**Relaciones:**

Desde esta posición estamos en relación:

Con todos los huesos craneales.

Con las membranas de tensión recíproca, la hoz y la tienda.





## Huesos del Cráneo: Esfenoides

### Descripción anatómica

El esfenoides es un hueso impar situado en la línea central y anterior del cráneo, por detrás del etmoides y el frontal y por delante del occipital. Es considerado como la segunda vértebra craneal.

Participa en la formación del cráneo anterior, medio y posterior, de la fosa nasal y de la órbita ocular. Lo describimos como la llave maestra de los movimientos craneales.

#### Está formado por:

- Un cuerpo en el centro con forma de dado.
- Las alas mayores y menores en los laterales.
- Las apófisis pterigoideas en la porción inferior.

#### Se articula con:

- El occipital por detrás, formando la Sincondrosis EsfenoBasilar (SEB).
- Con el frontal y el etmoides por delante.
- Lateralmente con el temporal y un poco más anterior con el malar.
- Por arriba con el parietal.
- Por abajo con el vómer.
- En el plano antero-inferior con los palatinos.

#### Inserciones:

- Con la Tienda del cerebelo mediante las apófisis clinoides.
- Con el diafragma de la silla turca.

#### Inserciones Musculares:

Con el M. temporal, los pterigoideos lateral y medial, los músculos del ojo, el elevador del párpado, el tensor del velo del paladar, el constrictor de la faringe y el palatofaríngeo.

#### Inserciones Ligamentosas:

Con el ligamento esfenomandibular, esfenopetroso, pterigoespinoso, pterigomandibular, anterior del martillo y el ligamento de Hyrtl.

### Descripción de la posición

La escucha del esfenoides se puede valorar en solitario o bien en relación con los huesos que le rodean, sobre todo con el occipital en la SEB.

Para valorar la flexión-extensión, el cliente se tumba en supino y el facilitador adopta una de las diferentes posturas posibles. Por ejemplo desde la posición de *bóveda modificada*, se coloca el lateral de los pulgares en contacto con las alas mayores del esfenoides, que en flexión, se desplazan hacia delante, afuera y levemente hacia abajo, hacia el plano caudal.

En la extensión se percibirá cómo las alas mayores se desplazan hacia atrás, hacia adentro y levemente hacia arriba, hacia el plano craneal.

En caso de disfunción, se recomienda acompañar con delicadeza el movi-

miento facilitado hasta el máximo de su recorrido natural, promoviendo el punto de tensión equilibrada. Se espera hasta percibir las señales del cambio y se acompaña el movimiento de regreso con el fin de volver a valorarlo.

El levantamiento del esfenoides, es un excelente medio de percibir y tratar con las tensiones que se encuentren en la zona.

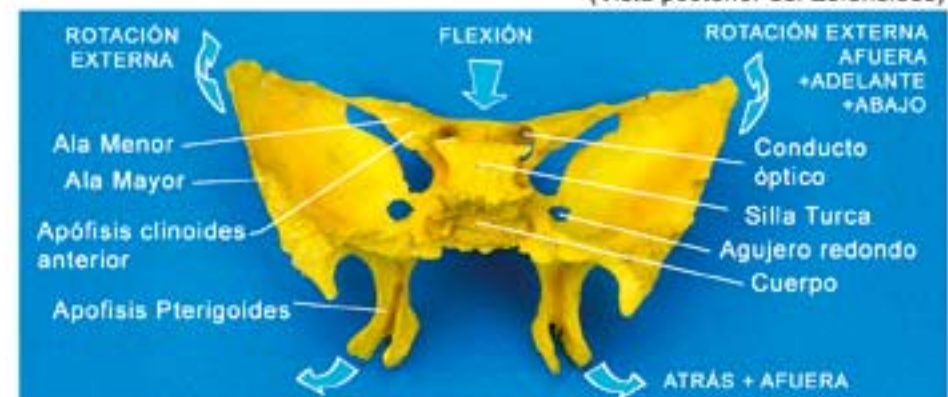
Desde la posición de bóveda modificada, se comprueba la posible compresión, sobre todo en el plano antero-posterior. De existir ésta se dejará sentir en el contacto de los pulgares, como una tensión bilateral o unilateral hacia atrás. Si la percepción no es clara se puede inducir con suavidad, para comprobar si existe la capacidad de desplazarse en esa dirección o ya está eliminada esa opción a causa de la compresión.

En caso de compresión, seguidla con la atención y/o con las manos de forma similar a la compresión-descompresión de L5-sacro.

Los movimientos que la tensión vaya mostrando se acompañan con los pulgares en dirección posterior, es decir hacia el suelo. Al final de la compresión es recomendable esperar para ofrecer la posibilidad de espacio, respetando el tiempo que el proceso requiera hasta encontrar el punto en el que las tensiones se equilibran. Es necesario permitir o facilitar, que la acción de las fuerzas autoregulatoras se manifiesten para seguir o inducir el movimiento de descompresión hacia el plano anterior, hacia el techo. Esto se irá manifestando conforme se reduzcan las tensiones moviéndose hacia un lado y otro, parándose y volviendo a ponerse en marcha hasta su total liberación.

Las disfunciones en la articulación con otros huesos ya se describen en el apartado de cada uno de ellos.

(Vista posterior del Esfenoides)





**Posición del cliente:**

Tumbado sobre la camilla en decúbito supino, no muy cerca del borde.

**Posición del facilitador:**

Sentado a la cabecera del cliente. Existen diferentes opciones para contactar con el esfenoides ya descritas anteriormente: bóveda (2), bóveda modificada (1) y escucha Esfeno-occipital (3).

**Movimiento:**

El esfenoides como hueso central e impar que es, realiza el movimiento de flexión / extensión.

Su movimiento se orienta en torno a un eje horizontal que pasa por delante de la silla turca.

Sus porciones pares, especialmente las alas mayores muestran rotación externa e interna.

En Flexión la parte anterior del esfenoides desciende mientras que la parte posterior asciende.

La silla turca se eleva.

Las alas mayores al formar parte de la periferia, realizan rotación externa y se mueven hacia fuera, hacia delante y hacia abajo.

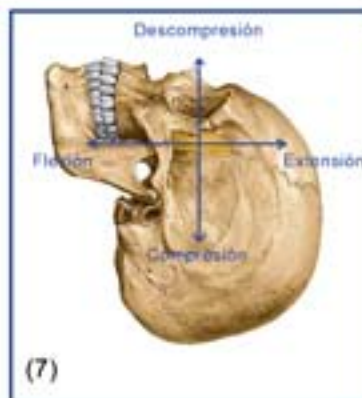
Las alas menores se desplazan hacia fuera, delante y abajo.

Las apófisis pterigoideas se mueven hacia atrás y hacia fuera.

**Relaciones:**

El hueso esfenoides influye sobre la SEB y los huesos anteriores: etmoides, vómer, maxilar superior, palatino, lagrimal y frontal. El hueso cigomático es influido tanto por el esfenoides como por el occipital por lo que cumple una función de amortiguador entre ambos.

Se relaciona con el sistema endocrino, mediante la hipófisis situada en la silla turca.





**Descripción anatómica**

El páncreas tiene forma de renacuajo con cabeza y una cola larga. Es un órgano impar de color sonrosado grisáceo, de unos 60-80 gr. de peso y cuyas dimensiones aproximadas son de 12 a 18 cm. de longitud, una anchura de unos 4 cm. y un grosor de 1,3 a 2,5 cm. Es una glándula exocrina y a la vez endocrina.

**-La función endocrina**

Es la encargada de regular la glucemia, a través de producir y segregar dos hormonas importantes, entre otras, la insulina y el glucagón a partir de unas estructuras llamadas islotes de Langerhans. En ellas, las células alfa producen glucagón, que eleva el nivel de glucosa en la sangre; las células beta producen insulina, que disminuye los niveles de glucosa sanguínea. Estas funciones corresponden con la zona de la cola y parte del cuerpo adyacente.

**-La función exocrina**

Consiste en la producción del jugo pancreático, que se vuelca a la segunda porción del duodeno a través de dos conductos excretores: uno principal llamado Conducto de Wirsung y otro accesorio llamado Conducto de Santorini que se desprende del principal. Además, regula el metabolismo de la grasas. Corresponde con la zona de la cabeza y parte del cuerpo adyacente.

El páncreas es muy difícil de palpar y tratar directamente. A su vez es una glándula frágil por lo que no se realizaran manipulaciones directas.

**El páncreas se divide en:**

La cabeza es la parte más grande y se encuentra situada dentro de la concavidad del duodeno, relacionándose con la primera, segunda y tercera parte del mismo. Una parte de la cabeza se extiende hacia la izquierda y está situada atrás de los vasos mesentéricos superiores. A esa porción se la denomina proceso uncinado.

El cuello es la porción más estrecha, esto debido a la presión en la parte superior por la primera parte del duodeno. Se encuentra\* al comienzo de la vena porta y el origen de la vena mesentérica superior.

El cuerpo se sitúa por delante del riñón izquierdo, se extiende hacia la izquierda y, en un corte transversal, se puede apreciar que tiene una forma triangular.

La cola se encuentra en contacto con el bazo y el riñón izquierdo, va delante del ligamento espleno renal y delante del hilio del bazo.

Presenta dos conductos excretores:

-El conducto de Wirsung, recorre todo el páncreas, se une al colédoco y se abre en el duodeno por la Ampolla de Water.

-El conducto de Santorini, comienza sobre el de Wirsung en el cuello del páncreas y termina en el duodeno por encima y por delante del conducto de Wirsung.

**Situación**

Está situado en una posición profunda en el abdomen, adosado a la pared vertebral a la altura de L1-L2, junto a las glándulas suprarrenales, con la cabeza a la derecha más baja que la cola en la izquierda. Ocupa el espacio entre la segunda porción del duodeno donde forma la C que envuelve la cabeza del páncreas. Su cuerpo se extiende horizontalmente en un ángulo de 30° ascendente hacia la izquierda por

detrás del estómago. Su cola llega hasta el bazo. Es un órgano retroperitoneal.

**Inervación**

Sistema nervioso simpático D5-9, ocasionalmente hasta D11. Plexo colíaco.

Sistema nervioso parasimpático, nervio vago.

**Dermatomas**

9º dermatoma izquierdo, punto simétrico a la zona de la vesícula biliar.

A nivel posterior: L3 a la altura de la apófisis transversa izquierda.

Contracturas y/o espasmos en D6-D9

**Medios de unión y sujeciones**

Presión de los órganos y turgencia.

La cabeza del páncreas está contenida por el duodeno, apoyándose sobre el cuerpo vertebral de L2-3 y entre ambos discurre la aorta, la vena cava inferior y la vena renal derecha. También está conectada con el hígado mediante su conducto excretor, el colédoco.

La cola está en contacto con el bazo mediante el epiplón pancreático-esplénico y tiene movilidad.

El páncreas está unido a la pared posterior del abdomen por el peritoneo, por el tejido retroperitoneal y el mesocolon transversal.

**Disfunciones**

Espasmos de origen nervioso o por el contrario falta de tono, perturbaciones en su función endocrina o exocrina, malas digestiones, molestias después de las comidas. Dolor en la zona lumbosacra, como una cinta por encima del ombligo, también en la articulación sacroiliaca izquierda, D9 y en la inserción del elevador de la escápula.

**Medicina Tradicional China**

El bazo-páncreas regula la transformación y el transporte de la Energía Vital. Además, controla el tejido muscular.

El bazo páncreas es la casa del Intelecto, donde reside el pensamiento lógico y la razón, la crítica constructiva, la reflexión y la memoria. No se le asocia ninguna emoción si no aspectos meramente intelectivos que tienen que ver con pensar y recordar. Si una persona piensa o se preocupa demasiado puede tener problemas digestivos.

**La escucha de la motilidad del páncreas**

Con el paciente tumbado en supino y las piernas ligeramente flexionadas, el facilitador se sitúa sentado en el lado derecho y coloca la mano derecha atravesada sobre el abdomen, de tal manera que la eminencia tenar se sitúa sobre la cabeza del páncreas, (a tres traveses de dedo sobre el ombligo, en la línea umbilico-medioclavicular) y las yemas de los dedos apuntando hacia la izquierda, en un ángulo ascendente de 30° para situarse sobre la cola.

La motilidad se siente en la mano como una onda que va desde la cabeza del páncreas hacia la cola en exhalación, y de la cola hacia la cabeza en inhalación (1, 2, 3).



**Posición del cliente:**

Tumbado en decúbito supino con las piernas ligeramente flexionadas.

**Posición del terapeuta:**

Sentado en el lateral derecho.

**Posición de las manos:**

Se coloca la mano derecha atravesada sobre el abdomen, de tal manera que la eminencia tenar se sitúa sobre la cabeza del páncreas, (a tres traveses de dedo sobre el ombligo, en la línea umbilico-medioclavicular) y las yemas de los dedos apuntan hacia la izquierda, en un ángulo ascendente de 30° para situarse sobre la cola (1).

**Variantes:**

Se puede escuchar el páncreas en su relación con el bazo, situando una mano como se ha descrito anteriormente sobre el páncreas y la otra en sentido postero lateral sobre el bazo (3).

**Movilidad**

Es muy difícil diferenciar la movilidad del páncreas de la de su entorno.

**Motilidad**

La motilidad se expresa como una rotación alrededor de un eje oblicuo hacia arriba y atrás, que atraviesa el páncreas desde la cabeza hacia la cola. Flexión-extensión

En la mano colocada sobre el páncreas se puede sentir también como un balanceo, que cuando se hunde la palma, se elevan las yemas de los dedos, como acercándose y alejándose del bazo (3).

**Aspectos Psicológicos:**

Colapso ante situaciones límite que no se pueden aceptar. Pérdida de las ganas de vivir.



Ubicación del páncreas

Dermalgias reflejas:

Reflejo del páncreas

Reflejo de la vesícula biliar



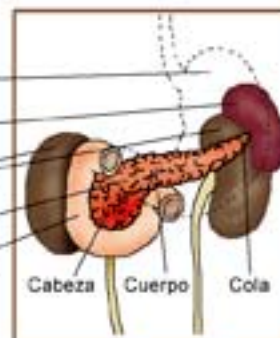
Estómago

Bazo

Riñones

Pancreas

Duodeno



Movilidad del páncreas



Escucha de la relación del páncreas con el bazo

Presentación del libro :  
*“Guía Visual de la Terapia Craneosacral”*  
por Javier de María Ortiz y Rafael Buisán

en el Congreso 2010 A.E.T.C.S. - Septiembre 2010

**Edita: Mandalaluz**

1ª Edición Limitada  
Tamaño: 21x 29,7 cm.  
Apaisado  
Encuadernación Rústica.  
248 Páginas en color.

**PVP 70 €**



*Un libro único, indispensable para terapeutas, profesionales de la salud, para la formación de estudiantes y todas aquellas personas interesadas en las terapias manuales, osteopatía, terapia de polaridad, fisioterapia y otras ..... y en realizar un trabajo de autoconocimiento y crecimiento personal desde una visión integrada del ser humano. Recoge de una forma gráfica y visual, el conocimiento desarrollado por los que nos han precedido en la Terapia Craneosacral. Conducido por Javier de María, experto profesor y terapeuta TCS y fotografiado por Rafael Buisán, terapeuta TCS.*

**información, reservas y pedidos:**

info@mandalaluz.com / buisan@rafaelbuisan.com / Tf. 965 28 28 08 - 677 50 79 97  
jamaort@teleline.es / Tf. 966 66 19 33



# Guía Visual de la Terapia Craneosacral

**"Un libro único, indispensable para terapeutas y para la formación de estudiantes. Recoge de una forma gráfica y visual, el conocimiento, desarrollado por los que nos han precedido en la Terapia Craneosacral, conducido por Javier de María, experto profesor y terapeuta e ilustrado por Rafael Buisán, fotógrafo artista y terapeuta TCS."**

Javier de María además de su contribución como profesor y presidente de la Asociación Española de Terapia Craneosacral, ha recopilado este excelente libro que será referencia para los estudiantes, tanto del pasado como del futuro. Estoy seguro que formará parte de vuestra biblioteca personal sobre esta terapia tan profunda y extremadamente efectiva.

**Robert Harris** (TCS, Profesor de TCS)

Un sentimiento de ternura infinita acompaña al autor, que parece literalmente coger de las manos a sus alumnos, discípulos y lectores, crear con ellos una atmósfera de intimidad, de tú a tú, y llevarles a explorar las aparentes complicaciones de la técnica, usando magistralmente las metáforas, enseñando cantidad de "trucos" que facilitan la práctica de un operador experimentado; el atrevimiento de quedarse ahí, desnudo en el aquí y ahora de la terapia, "respirando y sonriendo".

**Cristina Ratti** (TCS, Profesor de TCS)

En esta ocasión Javier ha escogido apuntalar la conciencia a nivel profundo, que sé que también imparte, con los tornillos y tuercas de las formas y lugares de contacto utilizados en la terapia craneosacral. El cómo y dónde se hacen estos contactos está bellamente ilustrado y descrito, junto a una explicación de en qué se basa cada contacto en particular. Sé que este trabajo es hermoso, y es estupendo ver un libro donde ésta belleza es visible a los ojos y espero que muchos alumnos y terapeutas se beneficien de este trabajo, tal y como lo haré yo.

**Mike Boxhall** (RCST, FCSTA)

Este libro muestra una gran comprensión de las necesidades de los terapeutas y clientes de esta profesión. De una manera clara, precisa, asequible y elegante, Javier de María ha creado un recurso de gran beneficio para sus lectores. Seguro que este libro será una obra de referencia para los que quieran comprender esta terapia con más profundidad.

**Jim Feil** (TCS, Profesor de TCS y Terapia de Polaridad)

Creo que no sólo el conocimiento y la sabiduría de Javier sino su presencia neutral, tranquila y sencilla impregnan estas páginas y espero haber podido acercároslo en las imágenes del libro, porque de verdad yo lo siento así, y así es como he intentado plasmarlo.

**Rafael Buisán** (TCS)

A mi entender, dentro del enfoque craneosacral, hay respuestas para todos, si no se polariza el trabajo más en un enfoque que en otro. Por ello, me resulta de especial interés, crear un espacio de desarrollo tanto personal como formativo lo más amplio posible. De esta manera, al conocer las diferentes opciones de la terapia cada uno puede optar por acercarse más a una que a otra. También se puede intentar aglutinarlas todas y ceder a que sea el Aliento de Vida quien decida por dónde debe enfocarse cada tratamiento. En estas hojas encontrarás una síntesis de los principios fundamentales y de las técnicas más habituales para podemos mover con facilidad entre un extremo y otro del enfoque.

**Javier de María** (TCS, Profesor de TCS, Pdte. de la AETCS)

