

A este curso se puede acceder sin haber realizado el anterior.

¿Por qué proponer una extensión del tema “B.A-BA del sistema cráneo-sacro en RPG”? (capítulo ofrecido en educación superior “Manuales específicos sobre las arterias, nervios y meninges en RPG”)

La primera razón es que este planteamiento de 4 horas atrae a muchos estudiantes, quieren ir más allá después de este aperitivo... me lo señalaron y me pidieron esta formación. Podrían recurrir a la formación ofrecida por osteópatas. Algunos de estos cursos de formación son de muy buena calidad, pero

- no están abiertos a ellos, para los mejores,
- no se basan en nuestro modelo RPG.

El Rpgista corre entonces el riesgo de encontrarse operando según dos modelos, lo que resulta muy incómodo para él y su paciente. Por supuesto, podría hacer el esfuerzo de integrar estos dos puntos de vista. Eso fue lo que hice, porque no podía soportar sentarme entre dos sillas. Me tomó 20 años, es el fruto de este trabajo que propongo.

Puntos principales de la formación.

Veremos muchas técnicas que se ofrecen en la formación osteopática. Los integraremos en nuestro modelo y siempre será la mejora de la movilidad articular y el equilibrio de los tonos posturales, en la postura de estiramiento, lo que juzgará nuestras habilidades manuales. También hablaremos de ciertos síntomas como migraña, dolores de cabeza, mareos y neuralgias. Veremos la vinculación con RPG básica y otras formaciones superiores: articulaciones, patologías motor-oculares, patologías cervicales y viscerales en RPG.

No caeremos en el exceso de pensar que todo proviene del cráneo; al contrario, demostraremos que muchas disfunciones craneales provienen de desequilibrios posturales. Pero sabemos que las disfunciones secundarias se solucionan y es nuestra responsabilidad poder tratarlas y en particular **equilibrar las tensiones de las membranas de tensión recíproca.**

Estas membranas intracraneales (falsas y carpa, desdoblamiento de la duramadre) son verdaderas estructuras de enlace entre:

Las fuerzas anteriores,

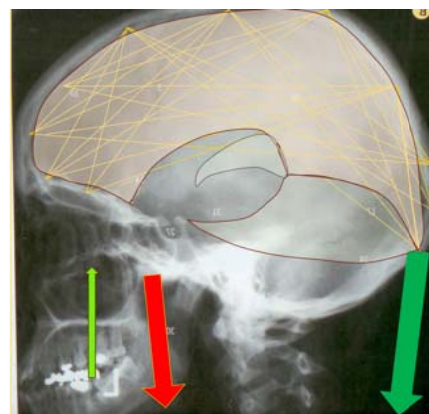
- Cadena de coordinación neuromotora anterior,
- arterial,
- viscerales.

y las fuerzas posteriores,

- Cadena de coordinación neuromotora posterior,
- Sistema neuomeníngeo.

Nuestro punto de vista se desviará de ciertas ideas osteopáticas:

- el hueso esfenoides es el motor del movimiento craneal,



- la variación de presión del líquido cefalorraquídeo que está en el origen de los movimientos intrínsecos del cráneo (MRP, Movimiento Respiratorio Primario).

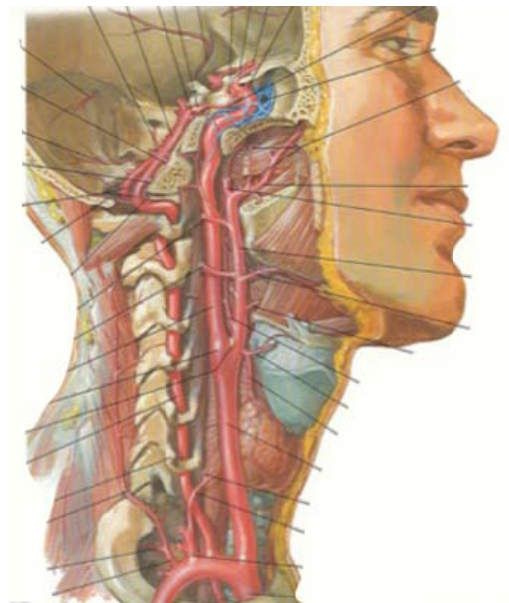
Nuestro discurso permanecerá en una actitud respetuosa con los pioneros de las teorías cráneo-sacras (en particular, W.G. Sutherland), que no disponían de todos los datos científicos actuales.

No descarto la idea de que ciertos movimientos de los tejidos existan fuera de las movilizaciones producidas por los músculos. Estos movimientos (motilidad) existen en todas partes del cuerpo (OVA, Onda Vascular Accesorio vinculada a la onda Traube Herring? y seguramente muchos otros). Hablaremos de estos movimientos intrínsecos de los tejidos, son muy importantes para el diagnóstico del análisis de las restricciones de movilidad (pérdida de elasticidad) del cráneo. El efecto de amplificación está muy atenuado en esta esfera porque tiene pocos músculos y articulaciones que sólo permiten amplitudes muy pequeñas.

Este análisis de los movimientos intrínsecos del cráneo nos permite diferenciar **dos situaciones**:

1. El cráneo se moviliza en relación con las estructuras inferiores: la causa debe buscarse fuera del cráneo (lo mismo ocurre con nuestro tensionado). En esta situación, el terapeuta tiene la sensación de que el cráneo se moviliza en relación con las estructuras inferiores.

2. Se deforma la esfera craneal (se modifica su adaptabilidad elástica): la causa está en el cráneo (duramadre, hoz, tienda, arterias, suturas, cerebro). En esta situación, el terapeuta tiene la impresión de sentir el cráneo retorciéndose entre sus manos.



En la situación 1

- Veremos cómo determinadas actitudes del porte de la cabeza están influenciadas por **las arterias** que unen el cráneo. Estas arterias participan en un vínculo mecánico con el corazón y los miembros superiores. Nuestras posturas ponen en tensión estos vínculos y están en el origen de muchas de nuestras reacciones posturales reflejas (“Sterno”, “Jesús”). Estas arterias se deslizan a través de estructuras protectoras que son, o los agujeros transversales de las arterias vertebrales, ellos mismos protegidos por reflejos tónicos de los escalenos y a lo largo del cuello, o el agujero magno y C1 por donde pasan la médula espinal y las arterias vertebrales, protegidos por múltiples músculos (esplenio de la cabeza, cuello largo, trapecio y SCOM y los músculos adaptativos suboccipitales), o las vainas carotídeas para las carótidas (+nervio yugular y X) protegidas por ECOM.

Cualquier disfunción o lesión en una de estas arterias (tono, estenosis, calcificaciones) o en sus estructuras protectoras (hipertonicidad, retracción conectiva, osteofitosis, etc.) dará lugar a modificaciones posturales (Sterno, Jesús, Camboya, etc.)

- Abordaremos con el mismo espíritu que para las arterias, todos los **nervios craneales** que van hacia el cuerpo y especialmente el IX, X, XI, en conexión (anastomosis) con el plexo cervical superior.
- Estas etiologías, nervios y arterias, por supuesto no son las únicas y todas las modificaciones posturales que tratamos serán consideradas en cuanto a sus repercusiones sobre las estructuras de la esfera craneal.

En la situación 2

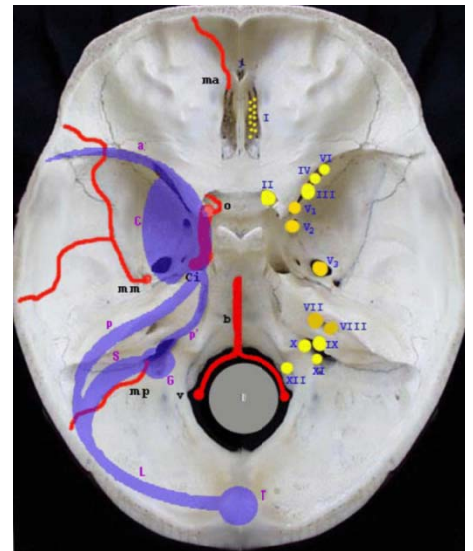
- Podemos encontrar como etiología todas aquellas situaciones que acabaron solucionándose.
- Las causas primarias también pueden ser el origen de la deformación o pérdida de adaptabilidad viscoelástica del cráneo. Los ligamentos y membranas de sutura pueden sufrir tensión directa en el momento

del nacimiento (parto) o durante un accidente con impactos en la cabeza. Está claro que estos trastornos se solucionan y que es en los niños pequeños donde seremos más eficaces. Estas etiologías intracraneales darán lugar a reacciones posturales generales (escoliosis, actitudes posteriores o anteriores, etc.).

- En esta situación se considerarán 2, nervios y arterias intracraneales. Las arterias meníngeas son la causa de muchos dolores de cabeza, discutiremos sus interfaces.

La libertad de los pares craneales superiores, que tienen sus órganos diana en la esfera craneal, también se considerará como etiología de la pérdida de viscoelasticidad del cráneo. Estos nervios también deben pasar a través de interfaces (duramadre, agujero óseo, agujero interóseo) hacia los órganos diana (piel, lengua, ojos, mucosas, etc.).

La función exteroceptiva de estos órganos diana los convierte en elementos muy hegemónicos en nuestra organización musculoesquelética. El ojo por supuesto tiene un lugar especial ya tenido en cuenta en la formación de Iñaki Pastor. Veremos cómo la libertad de los nervios intracraneales, II, III, IV, contribuye a las disfunciones de movilidad del ojo y todas sus repercusiones a nivel postural.



Complejidad, globalidad

Esta dicotomía, etiología intracraneal y exocraneal, es por supuesto una visión didáctica, porque nuestro funcionamiento (tono) y sus memorias tisulares (estructura) son la suma de todas las influencias que hemos experimentado.

Cualquiera que sea la disfunción, la tensión original (prefiero el origen a la primaria) o mejor dicho, cualesquiera que sean las disfunciones originales (¡la vida es larga y está hecha de adaptaciones!), acabarán fijándose y modificando la organización conectiva de las membranas de tensión recíproca (en equilibrio de tensiones).

Por tanto, estas tensiones originales pueden localizarse intracranealmente, en la cara, en las estructuras que penetrarán en el cráneo, en el sacro o en las cadenas de coordinación neuromuscular.

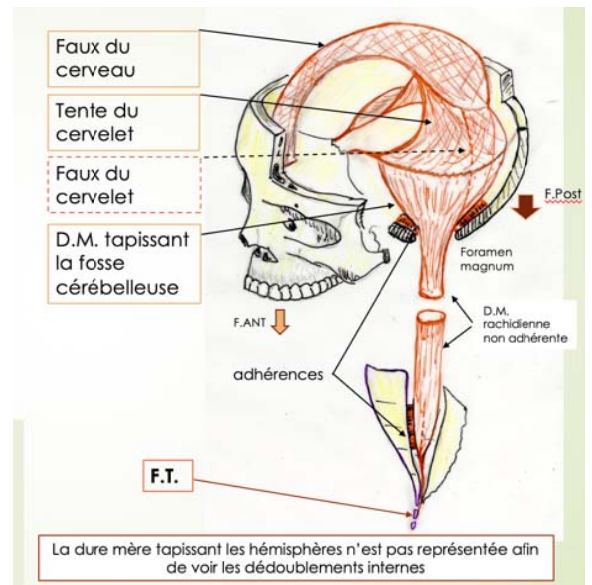
Por tanto, podemos ver las membranas de tensión recíproca (hoz del cerebro y tienda del cerebelo) como uno de los principales centros de adaptación (el fulcro de Sutherland o el diafragma intracraneal).

Tenga en cuenta que todos los diafragmas son centros de adaptación (compensación) y nuestro método es seguramente el que pone mayor énfasis en el diafragma torácico, el otro gran centro de adaptación.

En mi opinión, la intención de equilibrar las tensiones de estos diafragmas debería ser parte de las intenciones de muchos de nuestros tratamientos.

Estas estructuras cráneo-sacras altamente inervadas (duramadre, hoz y tienda) no son solo un "ligamento" que conecta nuestras fuerzas anterior y posterior.

Estas estructuras conectivas tienen la otra función de sostener el cerebro y amortiguar las tensiones neurogénicas durante nuestros movimientos (el trampolín del cerebro [Croibier y Barral]). Estarán, en caso de retracciones o más bien de información nociceptiva (que se origina en la duramadre), en el origen del aumento general del tono postural (++) extensión) para reducir la amplitud de nuestros movimientos y proteger nuestros nervios y nuestro SNC. Por lo tanto, liberar estas membranas es también el objetivo final de cualquier tratamiento neuromeníngeo.



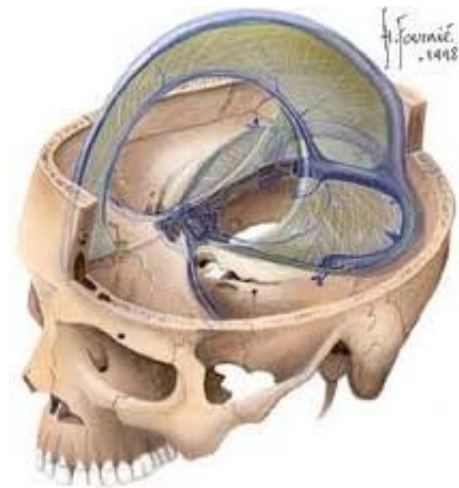
A nivel de líquidos, estas membranas de tensión recíproca y la duramadre están vinculadas al sistema venoso (seno venoso) y a la circulación del líquido cefalorraquídeo (que puede verse como el circuito linfático del SNC). La buena flexibilidad de estas estructuras y de sus movimientos permite favorecer la evacuación de metabolitos y desechos del SNC y por tanto participar en su homeostasis y ciertamente frenar la degeneración de este órgano.

Los vínculos de la duramadre y sus escisiones con la aracnoides, la piamadre y la estructura de células gliales que sostienen las neuronas, en última instancia conectan la estructura de nuestro cerebro con la estructura neuromusculofacial del cuerpo.

Por eso realizamos entrenamiento cráneo-sacro todos los días practicando RPG. Especificar nuestras intenciones y nuestras manualidades sobre las estructuras intracraneales o sobre un órgano diana debería permitirnos potenciar nuestros cuidados con BPR. Las estructuras abordadas son por ejemplo: una arteria, un hueso unido a la tienda del cerebelo [esfenoides], una sutura... Los órganos diana son por ejemplo: el ojo, la aparición de un nervio, la lengua, la piel, un músculo facial.

Estoy muy orgulloso de anunciarles que Phillippe Souchard decidió, después de leer este texto, introducirlo en la formación superior en RPG. Prueba de que nuestro método, basado en el análisis de la estática y la postura, está en movimiento.

Resumen: Esta formación introduce ciertos “handholds” sobre el cráneo (esfenoides, frontal) y ciertas habilidades manuales específicas sobre las arterias y nervios de la esfera craneal en nuestro RPG. Se practicarán en postura, dentro del marco teórico y los principios de nuestro método, RPG.



**CURSO MONOGRAFICO R.P.G.,
U.I.P.T.M. – Saint-Mont, Francia**



“Manualidades” específicas sobre arterias, nervios y meninges de la cabeza en el Tratamiento RPG

BILBAO, del 6 al 8 de Diciembre 2024

Impartido por: Daniel REIG –

El curso se impartirá en francés con traducción consecutiva.

A este curso se puede acceder sin haber realizado el anterior.