



CURSO FORMACIÓN EN TERAPIA CRANEOSACRAL BIODINÁMICA.

1º SEMINARIO

EJES Y PLANOS DEL CUERPO/ SABER ORIENTARNOS.

Para el estudio anatómico, es importante conocer los planos y ejes del cuerpo, para poder situarnos y comprender mejor las imágenes, desde que ángulo nos las están mostrando; y los términos anatómicos correspondientes.

TERMINOS DE ORIENTACIÓN ANATÓMICA.

SUPERIOR O CRÁNEAL: Hacia el extremo cefálico del cuerpo; hacia arriba.

INFERIOR O CAUDAL: Alejado de la cabeza, hacia la cola “referencia del cóccix”. Hacia abajo.

ANTERIOR O VENTRAL: Situado por delante. (Ejemplo: la rótula)

POSTERIOR O DORSAL: Detrás. (Ejemplo los omóplatos)

MEDIAL: Interno; hacia la línea media del cuerpo. (Ejemplo el dedo gordo del pie, está situado en el lado medial).

LATERAL: Externo, lejos de la línea media del cuerpo. (Ejemplo el 5º dedo del pie esta situado en el extremo lateral.)

PROXIMAL: En dirección o más cercano al tronco o al sitio de origen de una parte. (Ejemplo el codo esta situado en el extremo proximal del antebrazo).

DISTAL: Lejos o más alejado del tronco o del sitio de origen de una parte. (Ejemplo: la mano está situada en el extremo distal del antebrazo.)

PLANOS DEL CUERPO.

SAGITAL: Plano longitudinal anteroposterior, que divide al cuerpo en parte derecha e izquierda. Sagitario: signo de mitad caballo y mitad hombre. Por extensión se llama plano sagital a todo plano paralelo a este. El plano en el que se realizan los movimientos visibles de perfil.

FRONTAL O CORONAL: Plano longitudinal transversal, que divide al cuerpo en mitad anterior, mitad posterior. Coronal hace mención a la corona de laurel de griegos y romanos, “como una diadema o turbante”.

TRANSVERSAL U HORIZONTAL: Plano que divide al cuerpo, en mitad superior, mitad inferior.

EJES DEL CUERPO

EJE LONGITUDINAL: Eje que va de arriba a bajo a lo largo del cuerpo, que está situado en la línea media del cuerpo. En este eje se dan los movimientos de rotación derecha, rotación izquierda. Movimiento hacia craneal, movimiento hacia caudal.

EJE TRANSVERSAL: Eje que va de lado a lado del cuerpo, desde la parte derecha a la izquierda o viceversa. En este eje se dan los movimientos de flexión/extensión. Movimiento hacia el lado derecho, movimiento hacia el lado izquierdo.

EJE ANTEROPOSTERIOR: Eje que va de delante hacia atrás o viceversa. En este eje se dan los movimientos de inclinación lateral derecha, inclinación lateral izquierda. Movimiento hacia anterior, movimiento hacia posterior.

REGIONES ABDOMINALES

Para situarse, en anatomía se dividen en 9 regiones las partes anteriores del cuerpo. 3 por arriba, 3 en el medio, 3 debajo. Mirando a la persona de frente:

Hipocondrio derecho/Epigastrio/Hipocondrio izquierdo.

Flanco derecho/Mesogastrio o región umbilical/Flanco izquierdo.

Fosa iliaca derecha o espina iliaca antero superior/Hipogastrio/Fosa iliaca izquierda.

Por debajo tendríamos la sínfisis púbica.

POSICIÓN ANATÓMICA

La posición anatómica, es la posición erguida del cuerpo, con los brazos a los lados, con las palmas de las manos, mirando hacia adelante (supinación).

Decúbito: Actitud del cuerpo en estado de reposo, sobre un plano horizontal. Puede ser dorsal/ventral/lateral: según la región en contacto o descansando sobre el plano horizontal.

Decúbito lateral izquierdo: descansa sobre su lado izquierdo.

Decúbito dorsal ó supino: descansa sobre la espalda.

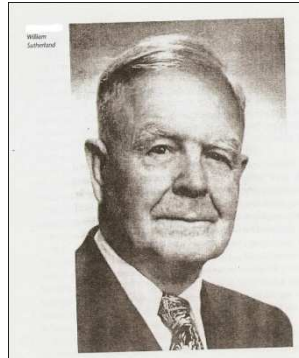
Decúbito ventral o prono: descansa sobre el vientre.

En la supinación, esta descansando sobre su espalda, nos está mostrando el vientre, por eso en la posición anatómica las manos están en supinación, porque nos muestran la parte de la palma o ventral.

LA TERAPIA CRANEOSACRAL BIODINÁMICA.

Es una terapia muy relajante, existe una pulsación rítmica sutil, que fluctúa desde el cráneo hasta el sacro y viceversa, que se percibe con las manos del terapeuta, en un ligero contacto; con la escucha, el proceso innato curativo del cuerpo, puede incrementar su vitalidad y potencia, dándose los procesos necesarios para liberar tensiones, traumas físicos ó emocionales; el cuerpo entonces se siente con más energía y equilibrio. Existe una sabiduría innata dentro de nosotros que siempre está induciendo al plan de tratamiento inherente, hacia un estado más óptimo de salud. El terapeuta sólo tiene que saber escuchar este proceso vital y tomar conciencia de ello, con gran respeto y compasión hacia la persona que está entre sus manos.

BREVE RESUMEN HISTÓRICO



El doctor William Garner Sutherland. (1872-1954).

El profesor del doctor Sutherland fue el doctor Still, fundador de la osteopatía. El doctor Still en sus enseñanzas explicaba que en toda vida existe el movimiento y donde no hay movimiento o está restringido, aparecía la enfermedad.

Siendo estudiante el doctor Sutherland examinando los huesos del cráneo desarticulados, le vino una inspiración al observar el hueso temporal, se preguntó, ¿porque este hueso esta biselado como las agallas de un pez? Él tenía un amigo ingeniero, le enseñó el cráneo, porque los huesos craneales tendrían estas uniones, su amigo le dijo que en los puentes se unen de la misma forma, porque siempre hay dilataciones, para permitir el movimiento. Él intuyó que los huesos del cráneo tenían movimiento. Él experimentó en su casa con un casco de rugby, fijando las partes de su cabeza, para que no tuviesen movimiento, apareciendo una serie de síntomas muy molestos, como mareos, vómitos, pesadez etc.

Él tomó conciencia de que la Inteligencia Universal Divina todo lo impregna, con una intención creativa, expresando movimiento.

A este movimiento lo llamó **La respiración primaria**, anterior a la respiración pulmonar, que se puede percibir con las manos como movimientos sutiles.

Y a la intención creativa la llamó **“EL ALIENTO DE VIDA”**.

Él consideraba que en el ser humano el Aliento de vida, impregnaba los fluidos, generando una potencia, a través del líquido más excelso (nítido, limpio), el líquido cefalorraquídeo.

Esta potencia se expresa en el líquido cefalorraquídeo, con un movimiento de fluctuación desde el cráneo hasta el sacro y viceversa.

Él a las partes anatómicas del cuerpo humano que se adhieren a la membrana dura madre y que contiene al líquido cefalorraquídeo lo llamo **EL MECANISMO DE RESPIRACIÓN PRIMARIA**.

Las enseñanzas en las conferencias del doctor Sutherland se recopilaron en el libro **“Enseñanzas de la ciencia de la osteopatía”**

Posteriormente los doctores John Upledger, Franklyn Sills que ha desarrollado el enfoque biodinámico. Incorporando las enseñanzas de los trabajos del Dr. Becker y Dr. Jealous.

Hoy en día hay mucha bibliografía de nuestra Terapia craneosacral biodinámica.

El libro de Michael Kern. Osteópata y naturópata. **Libro Completo de Terapia CRANEOSACRAL “La sabiduría del cuerpo y la salud esencial, en teoría y práctica”**. Editorial: Gaia.

EL MECANISMO RESPIRATORIO PRIMARIO SISTEMA RESPIRATORIO PRIMARIO

Grupo de partes y funciones anatómicas (tejidos, elementos fluidos), que expresan el movimiento respiratorio primario sutil.

Tiene 5 aspectos interrelacionados entre sí.

- 1. LA FLUCTUACIÓN INHERENTE DEL FLUIDO CEREBROESPINAL**
- 2. MOTILIDAD INHERENTE DEL CEREBRO Y MEDULA ESPINAL**
- 3. LA MOVILIDAD DE LAS MEMBRANAS DE TENSIÓN RECÍPROCA**
- 4. LA MOVILIDAD ARTICULAR DE LOS HUESOS CRANEALES**
- 5. LA MOVILIDAD INVOLUNTARIA DEL SACRO ENTRE LOS HUESOS ILÍACOS DE LA PELVIS.**

La intención creativa **EL ALIENTO DE VIDA**, que todo lo impregna, moviliza, organiza, en la dinámica de la vida. Se expresa en el sistema humano con un movimiento biodinámico, holístico como un todo interrelacionado “tejidos, fascias, líquidos, vísceras etc.” De ahí que al MECANISMO RESPIRATORIO PRIMARIO, lo podemos llamar también, SISTEMA RESPIRATORIO PRIMARIO.

El Aliento de la Vida, induce en el SISTEMA RESPIRATORIO PRIMARIO, un movimiento biodinámico, expresando una potencia sanadora hacia todo el cuerpo, que se puede percibir como un impulso rítmico, del cráneo hacia el sacro y viceversa. [El impulso rítmico craneal](#).

Este impulso rítmico se puede percibir en todo el cuerpo, como el MOVIMIENTO CRANEO SACRAL

El mecanismo respiratorio primario se divide en 5 componentes con fines didácticos pero son una unidad funcional y se dan todos al mismo tiempo.

1. LA FLUCTUACIÓN INHERENTE DEL FLUIDO CEREBROESPINAL.

El fluido cerebroespinal (líquido cefalorraquídeo), baña y nutre a todo el sistema nervioso central, es un fluido con unas características especiales, es el fluido más excelso del cuerpo “nítido, elevado, brillante, limpio”; actúa como amortiguador de golpes, cumple un papel linfático, equilibra bioquímicamente y bioeléctricamente al sistema nervioso central.

El aliento de Vida al impregnar al fluido cerebroespinal, generando el Impulso Rítmico Craneal, induce en el líquido una **fluctuación inherente** “dentro de sí mismo”. Un movimiento de marea (la marea del líquido), que al estar en el eje longitudinal craneal-caudal, se denomina **fluctuación longitudinal**.

Esta fluctuación longitudinal, (marea del líquido), fluye de arriba hacia abajo y viceversa, dentro de las meninges, a un ritmo entre 8 -12 ciclos por minuto.

Un ciclo tiene dos fases: fase de inhalación, fase de exhalación.

En la fase de inhalación el fluido cerebro espinal, asciende hacia el polo craneal, en la fase de exhalación desciende hacia el polo caudal.

En el polo craneal está la cisterna magna, en el polo caudal está la cisterna lumbosacra.

En su gran intuición el doctor Sutherland, observó que el cuerpo tiene similitud con la tierra, comparando la fluctuación rítmica del fluido cerebroespinal con la marea oceánica. Para él todo tiene el mismo principio ordenante superior, que organiza las mareas, movimiento de los planetas, fluctuación longitudinal, a un ritmo determinado y todo está interrelacionado.

2. MOTILIDAD INHERENTE DEL CEREBRO Y MÉDULA ESPINAL.

Cada parte del cuerpo expresa el movimiento respiratorio primario de dos modos, con movilidad y con motilidad.

La movilidad es el movimiento de una parte del cuerpo con relación a otra, entre un órgano y otro, entre un hueso y otro al articularse. Este movimiento depende del IRC (Impulso rítmico craneal).

La motilidad es la respiración interna de cada parte, el movimiento que surge inherentemente al impregnarse del **Aliento de Vida**, se expresa generalmente con un ensanchamiento lateral, seguido de un estrechamiento.

Se cree que la movilidad entre las partes, es consecuencia de la motilidad inherente de cada una de ellas

El cerebro y medula espinal, son el núcleo del cuerpo, son tejidos gelatinosos blandos impregnados de fluido. El cerebro expresa movimiento enroscándose, hacia adelante, desenroscándose hacia atrás, ensanchándose y estrechándose de lado a lado, rotando, está vibrantemente vivo.

El movimiento respiratorio primario le induce dos fases una de inhalación, otra de exhalación.

En la fase de inhalación, el cerebro se enrosca como el cuerno de un carnero, hacia adelante, estrechándose la distancia de delante hacia atrás y ensanchándose la distancia de lado a lado. Al mismo tiempo la médula espinal, se estira, se endereza y alarga; el líquido cerebro espinal asciende hacia la cabeza dentro de la membrana duramadre.

En la fase de exhalación, el cerebro se desenrosca, se alarga la distancia de delante hacia atrás, se estrecha de lado a lado. Al mismo tiempo la médula espinal pronuncia sus curvas, se acorta; el líquido cerebro espinal desciende hacia el sacro, dentro de la duramadre.

El eje o fulcro natural (eje embriológico), del sistema nervioso central “cerebro-médula espinal”, es la Lámina Terminal, parte anterior de la pared del 3º ventrículo. Enroscándose y desenroscándose alrededor de este eje natural, rítmicamente en sus fases de inhalación/exhalación.

3. LA MOVILIDAD DEL SISTEMA DE MEMBRANAS DE TENSIÓN RECÍPROCA

El sistema nervioso central esta dentro del tejido conjuntivo denominado las meninges 3 capas; la más interior se llama **piamadre**, fina capa que sigue todas las circunvoluciones del cerebro, la intermedia **aracnoides**, por su similitud a la tela de araña, es una capa fina y delicada, entre la piamadre y la aracnoides hay un espacio que se denomina el **espacio subaracnoideo**, por donde circula el líquido cefalorraquídeo, por todo el sistema nervioso central.

La capa externa de las meninges se llama la **dura madre**, es una membrana fuerte, formada por dos capas, es el saco o tubo dural, que envuelve al sistema nervioso central. La capa más externa periostio se adhiere a la superficie interna de los huesos craneales. La capa interna se aparta en ciertos sitios donde el cerebro se divide, formando pliegues fibrosos de tejido conjuntivo fuertes “la hoz del cerebro, la hoz del cerebelo sujeta al anillo fibroso del agujero magno, continuando con el tubo dural, la tienda del cerebelo. En los puntos donde se separan las capas de la dura madre se forman los senos venosos.

Este sistema de membranas de tensión recíproca son mantenidos en un estado de continua tensión al ser un tejido fibroso sobre todo la dura madre, durante las fases de inhalación y exhalación, cualquier movimiento que tenga lugar en una parte, se transmite a todo el sistema.

En la fase de inhalación, la hoz del cerebro, se mueve hacia adelante, hacia su anclaje frontal y en la crista galli del hueso etmoides, se enrosca formando un arco, acortándose en sentido anteroposterior, similar al enroscamiento del hueso del carnero. Al mismo tiempo la tienda del cerebelo se aplana y se ensancha de lado a lado, moviéndose hacia adelante en su anclaje al hueso esfenoideas. La hoz del cerebelo se acorta en sentido anteroposterior, se mueve hacia arriba, al igual que el saco dural y la columna sigue al movimiento y se alarga, disminuyendo las curvas.

En la fase de exhalación ocurre lo contrario, se desenrosca la hoz del cerebro se alarga en el eje anteroposterior, yendo hacia atrás. La tienda se estrecha de lado a lado, estando más elevada, recuperando la forma de tienda. La hoz del cerebelo se alarga en sentido anteroposterior, desciende hacia abajo, al igual que el saco dural y la columna siguen el movimiento y se acorta, mostrando más sus curvas.

El fulcro natural o eje del sistema de membranas de tensión recíproca, está situado en la parte anterior del seno recto. Se llama **EL FULCRO DE SUTHERLAND**.

En él confluyen la hoz de cerebro, la hoz del cerebelo y la tienda del cerebelo. En la fase de inhalación el seno recto asciende, hacia adelante “anterior”, en la fase de exhalación desciende, va hacia atrás “posterior”.

Las restricciones en el fulcro de Sutherland, afecta directamente al sistema de membranas de tensión recíproca.

4. LA MOVILLIDAD ARTICULAR DE LOS HUESOS CRANEALES.

El doctor SUTHERLAND, lo experimento es su propia piel, al ponerse el casco de rugby, fijando las articulaciones de los huesos del cráneo, derivó, con una serie de sintomatología desagradable.

Es lógico, al ver que la motilidad involuntaria del sistema nervioso central, también sabemos que la capa externa de la dura madre es el periostio, y su movilidad como un globo, se desprende que los huesos craneales que descansan sobre él tengan movimiento.

Sabemos que los huesos craneales en el bebé están compuestos principalmente por cartílago y membranas, muchas suturas no se desarrollan hasta los seis años de edad.

La forma de las suturas craneales indica su movilidad, biseladas (superficies anguladas), como el temporal. Suturas aserradas. Todo ello nos está indicando su movilidad y aún más su movilidad está determinando la forma de la articulación.

Los huesos del cráneo expresan el impulso rítmico craneal, con movimiento craneosacral, específico para cada uno de ellos en el eje medial del cuerpo, específico para los huesos pares fuera de la línea media.

El eje o fulcro natural del movimiento de los huesos del cráneo y de todo el cuerpo, es la articulación entre el esfenoideas y el occipital; la sincondrosis esfenobasilar.

En la fase de inhalación cuando el líquido asciende hacia el cráneo, la sincondrosis esfenobasilar entra en **flexión**, en la fase de exhalación, cuando

el líquido desciende hacia los pies, la sincondrosis esfenobasilar entra en **extensión**. De hecho todos los huesos mediales del cuerpo, rotan en flexión/extensión, alrededor del eje transversal del cuerpo/eje horizontal/eje de lado a lado.

En la fase de inhalación los huesos pares entran en rotación externa; en la fase de exhalación entran en rotación interna, en relación al eje longitudinal/vertical.

Así tenemos **inhalación/flexión/rotación externa**.

Exhalación/extensión/rotación interna.

En la fase de inhalación/flexión la sincondrosis esfenobasilar asciende, al mismo tiempo las alas mayores del esfenoides se mueven hacia abajo/pies; igualmente la parte posterior del occipital se mueve hacia abajo/pies.

En la fase de exhalación/extensión la sincondrosis esfenobasilar desciende, al mismo tiempo las alas mayores del esfenoides y la parte posterior del occipital, ascienden hacia arriba/craneal.

5. LA MOVILIDAD INVOLUNTARIA DEL SACRO ENTRE LOS HUESOS ILÍACOS DE LA PELVIS.

El sacro “sagrado”, hueso de forma triangular, fusión de 5 vértebras, articula con los huesos ilíacos en la articulación sacro ilíaca, también en la 5ª vértebra lumbar, articulación lumbosacra.

Para entender este movimiento involuntario del sacro sobre los huesos ilíacos, hay que observar el tubo dural; el tubo dural es la continuación de la dura madre que rodea al cerebro, tiene un anclaje firme en el anillo del agujero magno del occipital, y otros anclaje ligero a la altura de las cervicales C2/C3, continuando hacia abajo hasta un anclaje firme a la altura de S2; este anclaje en el segundo segmento sacro, es el eje de rotación del movimiento craneosacral del sacro.

El sacro es un hueso medial, el movimiento de flexión/extensión, lo realizará alrededor de su eje de rotación en S2.

Debido a esta conexión firme del tubo dural, entre el occipital y el sacro, el doctor Sutherland, la llamó **eslabón central**.

Implicándose directamente el movimiento craneosacral del occipital (cráneo), con el sacro entre los ilíacos de la pelvis.

Si imaginamos una polea en el agujero magno del occipital otra polea en el eje de rotación S2, comprenderemos mejor el movimiento de flexión/extensión.

En la fase de inhalación/flexión, la dura madre tira hacia arriba y adelante al anillo cartilaginoso del occipital, siguiendo al fulcro natural del seno recto, la parte anterior/frontal del tubo dural se eleva y la parte dorsal/posterior, baja hacia los pies. El tubo dural se estira, se alarga. Viendo las poleas en agujero magno y S2, lo podemos comprender. El ápice del sacro se desplaza hacia anterior

En la fase de exhalación/extensión, la dura madre, por la parte de anterior/ventral, no estira hacia arriba y las curvas de la médula se marcan

ESTADO NEUTRAL/PRESENCIA TERAPEUTICA.

Es importante el estado neutral del terapeuta, hay que dejar nuestros pensamientos a un lado, nuestras preocupaciones, ahora estamos ante el cliente, él necesita de nuestra atención. Para ello el terapeuta, puede empezar por tomar conciencia de su cuerpo, sentir su cuerpo “estoy sentado, siento mis pies apoyados en el suelo, siento mi espalda, mi cuello, mis brazos”; empezar a centrarse en su respiración, durante un espacio de tiempo necesario, para relajarse y acallar la mente. Después de ello estableceremos nuestros fulcros.

FULCROS DEL TERAPEUTA.

Los fulcros es una herramienta fundamental. Son líneas de anclaje, para darnos una seguridad, estas líneas, las imaginamos, pero existen realmente en el campo energético.

1. Línea de conexión a la madre tierra.

Imaginamos que desde la base de la espalda, sacro/cóccix, sentados en la silla sale una línea que conecta con la tierra, podemos imaginarlo como un haz de luz roja que conecta al interior de la tierra, dándonos seguridad.

2. Línea de conexión al padre cielo.

Imaginamos que desde el chakra corona, sale una línea que conecta al cielo, puede ser un haz de luz dorada. Ahora tenemos nuestra columna, que asciende la luz desde la base hasta la cabeza y viceversa con una luz de conexión entre el cielo y la tierra. Estamos conectados a la madre tierra y al padre cielo. En el eje vertical.

3. Línea estoy aquí y ahora.

Imaginamos que desde nuestra espalda, a la altura de los omóplatos, sale una línea con el viento de una tienda de campaña, en un ángulo de 45°, hacia tierra a varios metros detrás de nosotros. Para mí sería la seguridad de estar aquí en el presente, estoy aquí y ahora, espacio/tiempo. Para que el proceso del cliente no nos arrastre, hacia adelante y también para no estar excesivamente pendientes del cliente.

4. Línea desde nuestro interior.

Esta línea la establecemos desde un chakra en nuestra parte ventral, desde el pecho, el plexo solar o desde el entrecejo; cada persona encontrara, desde donde se siente más cómodo. Desde aquí conecto contigo. Para mí personalmente, desde mi corazón conecto con la persona.

Con estos 4 fulcros establecidos, nos encontramos enraizados, estables y seguros, para hacer contacto con el compañero.

Siempre antes del contacto con el compañero:

- A) ESTADO NEUTRAL/ESTAR PRESENTE**
- B) ESTABLECER LOS FULCROS DEL TERAPEUTA.**

CONTACTO TERAPÉUTICO/ACERCAMIENTO.

Ahora estamos preparados para establecer contacto, sabemos que el cuerpo físico, tiene un aura energética a su alrededor, tenemos que imaginársela, aproximándonos con mucho respeto. Este es un arte que se aprende con la práctica.

Primero en nuestra imaginación, creamos la intención de establecer contacto en una zona del cuerpo del compañero, escuchando en nuestro interior si es correcta esta zona. Luego comunicamos verbalmente al compañero donde vamos a establecer el contacto. Ahora acercamos nuestras manos lentamente hacia el área de contacto “ejemplo la cabeza”; visualizamos el campo energético, entrando en él sin tocar físicamente, poco a poco contactamos muy suavemente. Nos puede servir la imagen de una mariposa posándose sobre una flor. Preguntamos verbalmente al compañero que tal el contacto.

Esto se aprende con la práctica, hay personas que necesitan un contacto muy ligero, casi sin tocar, otras un contacto más firme, tienen que sentirlo, y dentro de las mismas personas, cambia según la zona del cuerpo donde estés, y del proceso que este viviendo en este momento la persona. O sea que tenemos que ser siempre flexibles a lo que se de. Aquí y ahora.

FRONTERAS DEL LA PERSONA/DISTANCIA

Este es un concepto que tenemos que sentir, y todos sentimos; es instintivo. Hay ocasiones en las que contactamos en la calle con personas que conocemos y van con personas que no conocemos, y automáticamente sentimos una empatía, o antipatía, no sabemos porque, pero es así. Si hay una antipatía mantenemos nuestras fronteras, no se pueden acercar mucho, porque nos sentimos mal. Si hay empatía, nos sentimos cómodos muy cerca de ellos.

A veces vamos por la calle y nos sentimos observados, nos volvemos y alguien está ahí detrás mirándonos.

A veces vamos por la calle, viene alguien de lejos, nos creemos que lo conocemos, él capta nuestra mirada, al cruzarnos se sonríe o nos mira de mala manera, dependiendo de la intención de nuestra mirada.

A veces al observar de mala manera a una persona, invadimos su espacio de seguridad, nuestra intención es muy poderosa.

Al observar a un niño pequeño y solamente al pensar que guapo y precioso es, el niño se sonríe.

En la T.C.S.B. el concepto de distancia es muy importante, en las prácticas, para aprender siempre lo expresamos verbalmente al

compañero/estudiante; ¡Que tal la distancia!, es decir como te sientes con mi atención, te sientes muy observado, o te sientes tranquilo, seguro y cómodo.

La cualidad de nuestra atención es muy importante, a veces nuestra intención o expectativa en encontrar algo es muy intensa, el cliente se puede sentir incómodo; es imprescindible el diálogo entre terapeuta/estudiante y compañero/estudiante.

Cuando el compañero se siente invadido y nuestra atención es intensa y nos lo comunica, podemos retirar la atención. El terapeuta, puede imaginar, que se aleja, hacia un espacio en el cual se siente en quietud, tranquilo. Ejemplo: En medio de un bosque, con pájaros cantando. Al lado de un arroyo, oyendo las agua. Encima de una montaña observando al cielo. También podemos volver a establecer nuestros fulcros y adoptar una actitud neutral/quietud.

Al cabo de un tiempo, volvemos la atención hacia el compañero, sin atención intensa “la atención intensa, siempre hace que el terapeuta se sienta con tensión, no relajado, esperando con mucha ansia”.

Aprehender este arte. **EL ARTE DEL NO HACER:** Estando presente, con la atención adecuada, respetando sus fronteras, sintiéndote seguro, cómodo y fulcrado, sin expectativas, estando abierto a lo que se de en cada momento.

ENFOQUE /CAMPO DE PERCEPCIÓN AMPLIO

El terapeuta, puede estar en un campo de escucha determinado, sintiendo el movimiento craneosacral. ENFOQUE en la cabeza del compañero, esté sería un campo de percepción concreto, siempre que estemos escuchando en una cualidad de quietud, podemos hacerlo profundamente, sin invadir las fronteras del compañero. Pero si estrechamos el enfoque con una atención intensa, con expectativas, ansia, automáticamente invadimos las fronteras de la persona.

A veces es de gran ayuda y funciona muy bien, ampliar nuestra percepción, mantenemos nuestra atención en la totalidad de la persona, en su aura, como un todo. Con la práctica podemos pasar del enfoque determinado, a un enfoque amplio, esto hace que el compañero se sienta seguro y pueda mostrarte información de su cuerpo físico, dándose los procesos necesarios, para el tratamiento craneosacral.

Es importante el diálogo entre terapeuta-estudiante y compañero-estudiante, compartiendo se aprehende más. A esto lo llamamos FEED BACK, retroalimentación. Sencillamente es diálogo: ¡Que tal como te encuentras!, ¡Que tal el contacto!, ¡Que tal la distaría, “como notas mi presencia”! ¡Me siento bien!, ¡Noto una sensación de nudo en el estómago! ¡Me siento triste!

Estos serían los 5 puntos que debemos recordar en la práctica de la T.C.S.B.

Estado neutral/Estar presente.
Establecer los 4 fulcros del terapeuta.
Acercamiento/Contacto terapéutico.
Establecer Distancia/Fronteras del cliente.

