

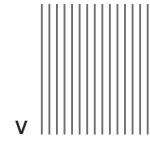
LAS CADENAS  
FISIOLÓGICAS  
Tratamiento del cráneo

Tomo V

*Léopold Busquet*

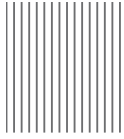
2ª edición  
ampliada y revisada



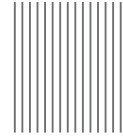


## Índice

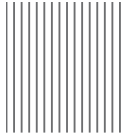
PREFACIO .....	1
INTRODUCCIÓN .....	3
<b>Estudio comparativo del cráneo .....</b>	<b>7</b>
I. La protección frente a los traumatismos.....	11
1a. La carrocería .....	11
1b. La carrocería del cráneo .....	13
2a. El chasis .....	14
2b. El chasis del cráneo.....	14
3a. La cabina .....	16
3b. La cabina del cráneo .....	17
4a. La parte anterior deformable .....	18
4b. La parte anterior deformable del cráneo .....	19
5a. El cinturón de seguridad.....	21
5b. El cinturón de seguridad del cráneo .....	21
6a. El <i>airbag</i> del automóvil: el cojín de aire .....	24
6b. El <i>airbag</i> del cráneo: el cojín líquido .....	25
II. La protección térmica .....	30
1. Aislamiento pasivo.....	30
2. Aislamiento activo: la climatización .....	33
<b>Tratamiento del cráneo por las cadenas fisiológicas: Método Busquet .....</b>	<b>71</b>
I. Tratamiento del cráneo a la altura de la cadena estática y de la cadena neuromeningea .....	85
1. Bombeo del sacro .....	89
2. Bombeo del occipucio.....	92



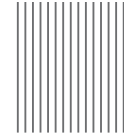
3. Compresión transversal de la escama del occipucio .....	95
4. Relajación arriba-abajo de la hoz.....	98
5. Postura arriba-abajo de la hoz.....	101
6. Relajación anteroposterior de la hoz .....	104
7. Postura anteroposterior de la hoz.....	108
8. Postura transversal de la tienda.....	111
9. Postura global de la tienda .....	115
METODOLOGÍA PARA EL TRABAJO DE LAS MEMBRANAS.....	118
II. Tratamiento del cráneo a la altura de las cadenas de extensión .....	119
10. Extensión de la escama del occipucio .....	120
11. Descompresión occipitomastoidea.....	123
12. Descompresión de la base del occipucio .....	126
METODOLOGÍA PARA EL CUADRANTE OCCIPITAL .....	129
LA APNEA DEL RECIÉN NACIDO, MUERTE ESPONTÁNEA.....	142
III. Tratamiento del cráneo a la altura de la cadena visceral y de las cadenas de flexión .....	149
13. Descompresión global de la cara.....	150
14. Descompresión anteroposterior: intrabucal .....	152
15. Descompresión anteroposterior: extrabucal .....	154
16. Descompresión transversal de los maxilares .....	156
17. Descompresión del malar (hueso cigomático) .....	158
18. Descompresión del paladar .....	161
19. Modelado del premaxilar .....	164
20. Descompresión de la fosa pterigopalatina .....	169
21. Descompresión de una hemicara .....	172
22. Descompresión de la órbita ósea .....	175
23. Postura de la órbita membranosa.....	179
24. Bombeo del globo ocular .....	187



25. Postura del conducto lagrimal .....	192
26. Bombeo de los senos .....	195
27. Descompresión del tabique nasal.....	204
METODOLOGÍA PARA EL CUADRANTE ESFENOIDAL.....	207
IV. Tratamiento del cráneo a la altura de las cadenas cruzadas .....	211
28. Postura de la base del temporal .....	212
29. Postura de la tienda del cerebelo .....	214
30. Postura de la pirámide petrosa.....	216
31. Postura del saco endolinfático.....	218
32. Postura del agujero yugular .....	220
33. Postura para la cadena osicular .....	223
34. Técnica de neumatización del tímpano y de la trompa de Eustaquio .....	226
35. Pruebas de movilidad de la articulación temporomandibular .....	229
36. Luxación posterior del menisco derecho .....	232
37. Luxación anterior del menisco derecho .....	235
38. Relajación del suelo bucal .....	238
39. Postura mandibular de las cadenas de flexión.....	242
40. Postura mandibular de las cadenas cruzadas anteriores .....	243
41. Postura mandibular de las cadenas cruzadas posteriores .....	246
42. Posturas específicas de las cadenas a nivel de la ATM.....	248
43. Postura de los temporales en rotación anterior.....	253
44. Postura de los temporales en rotación posterior.....	255
45. Postura de los temporales en torsión: RA + RP.....	258
46. Postura de los temporales en apertura.....	263
47. Postura de los temporales en cierre .....	265
48. Postura de los temporales en apertura + cierre: ½ A + ½ C.....	267
49. Postura de los temporales en rotaciones planas.....	271
50. Técnica de equilibración global del cráneo .....	275



METODOLOGÍA PARA LOS CUADRANTES TEMPORALES.....	277
V. Síntesis del tratamiento .....	289
51. Técnica de dinamización de la línea central .....	290
52. Técnica de dinamización de la periferia .....	293
53. Técnica de dinamización global.....	294
<b>Trabajos de investigación en Oftalmología y Ortodoncia.....</b>	<b>297</b>
I. Las cadenas fisiológicas y la visión .....	299
1. Hipermetropía.....	300
2. Miopía .....	303
3. Presbicia .....	305
4. Astigmatismo .....	305
5. Estrabismo .....	307
II. Las cadenas fisiológicas y la oclusión .....	311
1. Prognatismo .....	312
2. Retrognatismo.....	314
3. Oclusión cruzada.....	315
4. Apertura-cierre de las arcadas dentales .....	318
III. Las cadenas fisiológicas y la articulación temporomandibular .....	321
1. Apertura-cierre de la boca.....	322
2. Meniscos.....	324
3. Hueso hioides .....	326
4. Masticación y succión .....	331
IV. Conclusión.....	332
Bibliografía .....	333

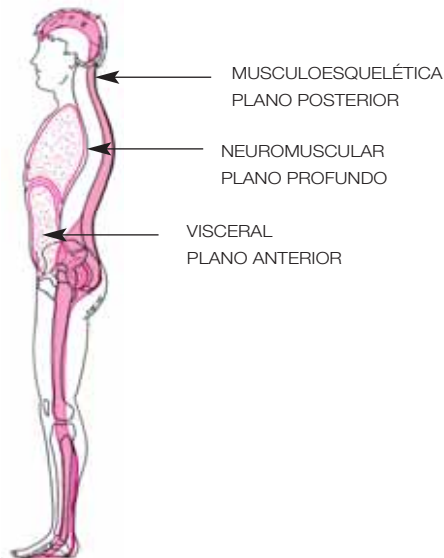


## Prefacio

Los años de práctica y de reflexión sobre la anatomía y la fisiología del cuerpo humano nos han llevado a describir lo que, en los numerosos estudios realizados sobre esta cuestión, hemos denominado “cadenas musculares”. Las cadenas musculares son estas cadenas dinámicas sobre las que, a nuestro modo de ver, se basa el funcionamiento de todo el cuerpo humano. Esta hipótesis ha resultado ser especialmente fecunda y nos ha permitido reestructurar completamente el método terapéutico, considerando el cuerpo humano en toda su globalidad.

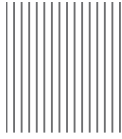
A medida que hemos avanzado en este camino, nos ha parecido necesario perfeccionar dicho método, o más bien completarlo. Efectivamente, la práctica ha puesto de relieve otras cadenas que desempeñan un papel decisivo para el metabolismo: cadenas que, en oposición a las cadenas musculares dinámicas, hemos denominado cadenas estáticas. Entre ellas diferenciaremos tres cadenas principales:

- la cadena estática visceral,
- la cadena estática neurovascular,
- la cadena estática musculoesquelética.



▼ **Figura 1**

*La cadena estática: 3 planos/3 cadenas*



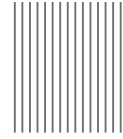
Podemos ver que, en este caso, no sólo hablamos de músculos, sino también de relaciones de contigüidad operativas entre los músculos y las vísceras, el sistema neurológico y el sistema sanguíneo, el sistema óseo y el sistema articular. De hecho, se trata de la consideración terapéutica de todos los tejidos, hasta llegar a su composición celular y molecular. Una verdadera consideración de la globalidad del cuerpo humano no puede ignorar estas conexiones fisiológicas entre la dinámica muscular y estas cadenas estáticas que garantizan de alguna forma la organización, la base fisiológica indispensable para el buen funcionamiento del conjunto, para la ejecución de la sinfonía del cuerpo en movimiento sin que desentone ninguna nota...

Dadas estas condiciones, será la misma práctica la que conduzca a perfeccionar la teoría: si las cadenas musculares solamente cubren un tipo de cadenas determinadas entre todas las que observaremos en el cuerpo humano durante la práctica, debemos bautizar de nuevo nuestro método en función de este principio. Ésta es la razón por la que el método de las cadenas musculares adoptará la denominación de método de cadenas fisiológicas, que está más de acuerdo con este enfoque global y profundo del cuerpo humano.



▼ **Figura 2**

*Las cadenas fisiológicas*



## Introducción

Tratar un cráneo, ¿una utopía?

¿Cómo tratar un cráneo? La densidad y compacidad de esta parte del cuerpo convierten este tipo de preguntas en algo muy delicado y problemático. Sin embargo, este libro sobre las cadenas fisiológicas se propone como objetivo responder a esta pregunta.

Hace varias décadas que mi trabajo se centra en la esfera craneana. Mis estudios, mi práctica y mis investigaciones me han conducido unas veces al escepticismo, y otras al entusiasmo, a la crítica y a la puesta en cuestión.

Al principio, seguí el modelo explicativo propuesto por la osteopatía craneana. Lo estudié con respeto, lo practiqué con rigor y determinación. Pero, en cuanto adquirí una experiencia profunda e íntegra, experimenté la necesidad de poner en cuestión dicho modelo.

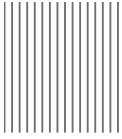
Durante varios años he enseñado a cientos de colegas. La enseñanza de la osteopatía craneana me ha obligado a profundizar, aclarar y poner en duda ciertas proposiciones defendidas por los doctores Sutherland y Maignon. Desde entonces, mis obras *L'Ostéopathie crânienne* y *Ophthalmologie et ostéopathie* han sido escritas según el siguiente razonamiento: sacar la enseñanza de la osteopatía craneana de la rutina de un estilo esotérico y cerrado para intentar proporcionar a mis colegas el máximo de información, a la vez que permitir que esta práctica se afirmara y liberara.

Las consecuencias de estos trabajos han sido muy positivas. En efecto, ahora parece evidente que esta teoría debe cuestionarse.

De no ser así, ¿cómo explicar que la osteopatía craneana que se enseña desde comienzos del siglo XX no haya obtenido un amplio reconocimiento en Estados Unidos? Planteemos la pregunta de forma más clara todavía: ¿por qué no es reconocida en el ámbito científico? La respuesta es sencilla: porque la teoría no está a la altura de la práctica.

Por mi parte, he constatado muchas veces que después de tratamientos craneanos con resultados muy interesantes, clínicamente objetivables, los médicos correspondientes me pedían que explicara cómo enfocaba mi tratamiento. En cuanto hablaba de “movilidad de los huesos del cráneo”, de “respiración del mecanismo respiratorio primario”, sentía que la autoridad que tenía ante mis colegas en lo que se refería a mis tratamientos se





transformaba en escepticismo cuando pasaba al plano teórico. Por el contrario, cuantas menos explicaciones daba, más mágicos parecían los resultados, lo que era igualmente inaceptable.

A la inversa, en los cursos a los que mis colegas hicieron el esfuerzo de venir y que estuvieron dispuestos a seguir, algunas veces algunos se mostraban más entusiastas y crédulos que críticos; sin que mi intención fuera ésa, se adherían a mis proposiciones sin examinarlas más a fondo. Sin embargo, hay que desconfiar de esos estados de ánimo, ya que favorecen un condicionamiento mental inconsciente que, de no tener cuidado, puede rayar en el sectarismo.

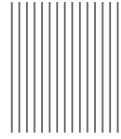
Por desgracia, en esas condiciones no es sorprendente que las sectas intenten utilizar estas formas de Medicina, en cuyo seno se valora algunas veces la creencia en detrimento del espíritu crítico.

Así pues, el método de cualquier tratamiento se ha de basar en el respeto absoluto por la anatomía y la fisiología. En ese marco es necesario favorecer la libertad de análisis e investigación y hacerse preguntas constantemente. Son éstos factores indispensables para avanzar en la búsqueda de la verdad. Quien se dedique a la docencia debe preparar a sus alumnos para que vayan más lejos que él. El hecho de cuestionar la propia enseñanza forma parte de lo que yo llamaría el “contrato de verdad” que exige cualquier investigación completa. Ahora bien, ese camino no es fácil, puesto que los colegas no nos perdonan que nos salgamos de su camino y de sus certezas.

Conforme a esta exigencia de crítica y libertad, he evolucionado de forma bastante independiente, y, de forma progresiva, esta evolución me ha obligado a volver a mis raíces, las cadenas musculares.

A primera vista, las cadenas musculares no parecen ser una vía para el análisis y el tratamiento del cráneo. Sin embargo, todas las cadenas musculares, visceral y neurovascular ascienden hasta el cráneo o parten de él. Realizar un tratamiento de las cadenas desde los pies hasta la base del cráneo no equivale a un tratamiento global. Este tratamiento continuará siendo un tratamiento “decapitado”.

Las cadenas musculares son circuitos anatómicos, autopistas por donde circulan las fuerzas organizadoras del cuerpo. La cuestión que se plantea a partir de ahí es la siguiente: ¿merece la pena seguir nuestro análisis, nuestro tratamiento de las cadenas en el cráneo? La respuesta a esta cuestión es afirmativa según este mismo razonamiento, puesto que *la influen-*



*cia de las cadenas musculares se continúa en la caja craneana por circuitos anatómicos. Veremos cómo la lectura anatómica confirma este principio.*

Pero, ¿qué será del método que yo propongo? Éste no se basa en la “movilidad”, sino sencillamente en posturas que permiten relajar las suturas, las tensiones intraóseas y las membranas. La exposición posterior de las diferentes maniobras prácticas permitirá ver con mayor claridad su originalidad y su especificidad.

Sea como sea, si por ahora no están convencidos de la pertinencia de este proyecto, ¿por qué no aceptan simplemente pensar en esta hipótesis como tal?, ¿es realmente utópica?

En el trabajo que sigue expondré todas mis reflexiones. Pido toda su atención: sus reflexiones, correcciones y críticas me permitirán corregir mis eventuales errores y contribuirán a que avancemos juntos. En efecto, si bien mi sinceridad es total, mis razonamientos no son infalibles... Siéntanse libres de reflexionar, de cuestionar mis ideas y teorías por radicales que sean sus preguntas, sin dejar nunca de profesar un profundo respeto por los hombres que nos han abierto el camino.