



Usos del Taburete Bioenergético (*stool*) en la Clínica Bioenergética

Luis Gonçalvez Boggio

Desde el momento en que Alexander Lowen comenzó a utilizar un banco de cocina o taburete con dos mantas tensamente enrolladas para ayudar a sus pacientes a respirar más profundamente, el trabajo en lo que ahora se conoce como taburete bioenergético (TB) o *stool* se ha ido desarrollando en los consultorios de todos los psicoterapeutas bioenergéticos y en los programas de entrenamiento del IIBA. Hay incluso psicoterapeutas bioenergéticos que raramente tienen una sesión en donde el TB no sea usado. El TB constituye así una de las herramientas técnicas importantes del movimiento que Al. Lowen ha denominado en llamar "*return to the basics*". Y si bien es muy utilizado como herramienta clínica, por el contrario, poco se ha escrito sobre sus posibilidades técnicas¹.

Como sabemos, ninguna escuela o corriente psicoterapéutica tiene una varita mágica, pero en términos de desacorazamiento el TB es lo más cercano a la varita mágica que podemos encontrar en el setting bioenergético loweniano. Los motivos de esta ficha es que para nosotros, en la formación del TEAB, es importante poder optimizar sus posibilidades de uso, disminuyendo sus posibles efectos iatrogénicos a través de un uso precavido, asegurando una aplicación segura de los distintos movimientos y posturas, aumentando su potencial a través de los nuevos diseños desarrollados en nuestro Colectivo y garantizando la eficacia de su inserción en distintos momentos del tratamiento. Desde aquellos momentos en que Lowen crea el TB, se ha avanzado en su diseño, así como en las diversas posibilidades de uso en la clínica bioenergética.

¹ Uno de los artículos más completos es el de Ellen Green (1995): "The bioenergetic stool: its use as an integral part of the process in bioenergetics", The Clinical Journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis, volume 6, number 1.

En esta primera figura, a la izquierda vemos dos taburetes antiguos. En el centro tenemos dos taburetes con dos diseños que se diferencian por el mayor



o menor soporte en la base. A la derecha tenemos un taburete diseñado con formas más redondas y con menor altura que puede ser utilizado en un setting bioenergético para el trabajo con niños. El último diseño de TB que se utiliza en los consultorios del TEAB fue

realizado por la Lic. en Psic. Nancy Pereyra y por el Arq. Livio Incatasciato para las I Jornadas de Intercambio en Psicoterapia Corporal (Montevideo, 7, 8 y 9 de setiembre del 2001). Para el desarrollo del mismo Nancy y Livio han investigado en el desarrollo de un TB con un diseño funcional y ergonómico. Este nuevo modelo, más compacto, ha reemplazado mediante un juego de barras móviles de madera, la silla que Lowen indicaba colocar detrás del paciente para dar apoyo a los brazos cuando los estiramos para profundizar la respiración. En este caso se colocan las barras en posición oblicua (ver figura 2). Colocando las barras horizontalmente (figura 3) permite, además de distintas formas de enraizar manos y pies, adaptarle un cabezal suplementario para apoyar la cabeza cuando trabajamos sobre la zona lumbar con estiramiento pélvico. De esta forma se reemplaza el diván y los almohadones que indica Lowen para el apoyo de la cabeza.

El modelo ha sido modificado para ofrecer suficiente estabilidad en las distintas posiciones de movimiento corporal.

- Consta de patas antideslizables.
- Se ha reemplazado la manta arrollada por un tapizado anatómico mullido.
- Se han incorporado dos barras adaptables para las distintas posturas requeridas.
- Se ha agregado un accesorio que cumple la función de cabezal o posapies según lo requiera el trabajo a realizar².

² Nancy Pereyra – Livio Incatasciato (2001), “Breve reseña histórica del taburete bioenergético”, I Jornadas de Intercambio en Psicoterapia Corporal, Montevideo-Uruguay.

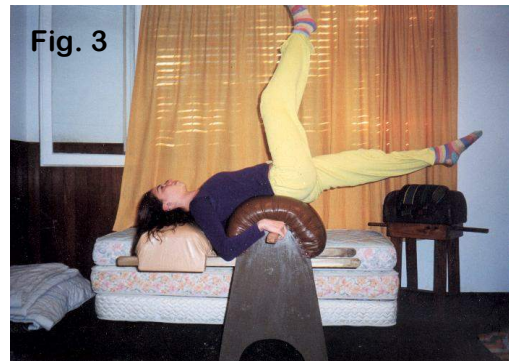
Al trabajar con el TB es importante que tengamos en cuenta que en la clínica bioenergética toda técnica que utilicemos va a estar condicionada por la persona específica con quien estamos trabajando. A la hora de trabajar en el TB el psicoterapeuta bioenergético tiene que tener un buen diagnóstico inicial, diferencial y estructural (DIDE) en el que, por ejemplo, no deben faltar elementos anatómico-fisiológicos del paciente. Es decir, el terapeuta debe estar seguro si las condiciones psicofísicas del paciente permiten realizar las posturas del TB, y cuales serían las que mejor lo podrían ayudar en el proceso de desacorazamiento o de construcción de límites.

Los movimientos realizados en el TB movilizan principalmente las zonas del tronco, involucrando sensiblemente además de los principales músculos anteriores y posteriores del tronco, a la columna vertebral, a los discos intervertebrales y a la médula espinal, por ejemplo.

El experimentado International Trainer del IIBA D.P. Heiner Steckel hace hincapié más que en contra-indicaciones o usos no recomendables del TB, en modulaciones en el mismo³. H. Steckel recomienda mayor prudencia en “estructuras blandas” (psicóticas o borders), regulando tanto el cómo así como también la cantidad (de tiempo y de energía) que se moviliza en el TB.

Los jóvenes terapeutas psicocorporales Aurelio Alfieri Netto y Juliana Navarro recomiendan una evaluación médica en casos de dolor en el TB, ya que argumentan que el mismo puede estar relacionado a inflamaciones musculares, microfracturas vertebrales, distensiones musculares, osteofitosis, lesiones articulares, lesiones en los ligamentos, protrusión nuclear de disco (hernia de disco), artritis, artrosis, escoliosis, lordosis, cifosis, bursitis, e incluso otras lesiones físicas, que sería bueno descartar antes del uso del TB⁴.

En mi experiencia personal (luego de haberlo usado, en mí diariamente, y en sesiones con casi todos los pacientes que he atendido en quince años de ejercicio clínico) el uso del TB casi siempre comienza con un leve dolor. Algunos pacientes, cuando lo ven por primera vez, hacen referencia al TB como el “instrumento de tortura”. Otros imaginan un plinto de gimnasia olímpica. Cuando uso el TB por primera vez suelo usualmente presentarlo de la



³ Heiner Steckel (2003), “El *stool*, mi diván bioenergético”, XVII Congreso Internacional de Análisis Bioenergético, Bahía-Brasil.

⁴ A. Alfieri Netto – J. Souza (2004), “Análisis biomecánico de los movimientos en el *stool*”, 1ra. Convención Brasil/Latino-Americana de Psicoterapias Corporales, Foz de Iguazú-Brasil.

siguiente manera: “el taburete ahora puede ser tu ‘enemigo’ pero, progresiva y gradualmente, se va a ir transformando en tu mejor amigo”. Si bien algún paciente puede odiarlo en sus primeros usos (especialmente aquellos pacientes con biotipos claramente rígidos), a lo largo del proceso psicoterapéutico se verá un progreso sostenido, hasta el punto en que los mismos pacientes pedirán frecuentemente para trabajar con el TB, aun antes que tuviésemos que sugerírselo.

En términos generales, después de un breve período de uso (el cual es variable en cada paciente) las personas que utilizan el TB comienzan a sentirse mejor. Incluso en las primeras 2 o 3 primeras sesiones en donde el trabajo comienza siendo doloroso, el mismo resulta relajante y estimulante, generando un grado de apertura sensible en la respiración, en los movimientos expresivos y vibratorios del cuerpo, en el flujo energético y en el *stretching* muscular. Tanto los dolores abdominales, torácicos o de la espalda, comienzan a desaparecer a medida que los músculos aprenden y comienzan a relajarse con la respiración profunda en el TB.

Como axioma clínico creo que es muy importante que el psicoterapeuta bioenergético experimente en su formación y en su propio proceso psicoterapéutico las técnicas que utilizará antes de emplearlas en el setting. Este entrenamiento le dará un plus de seguridad importante a la hora de experimentar las técnicas con cada paciente. Por el contrario, un psicoterapeuta inseguro puede transmitir esa inseguridad a los pacientes. El trabajo sobre-sí es uno de los principales cuidados que podemos desarrollar para trabajar con otros, y en este mismo sentido, todo cuidado es poco al trabajar en clínica bioenergética.

Al trabajar con el TB las posiciones y movimientos propuestos al paciente deben contar siempre con un breve período de caldeamiento y ser lentos y graduales.

Uno de los peligros que corremos al trabajar en el TB es que, en algunos pacientes (con poco trabajo biofísico, obesos, mayores, excesivamente rígidos, por ejemplo) se produzca o se agrave una miotonía, es decir un espasmo continuo de un grupo específico de músculos, aumentando su irritabilidad y su tendencia a la contracción, con la consiguiente pérdida de su facultad de relajarse. Cuando los pacientes van a utilizar el TB por primera vez es muy importante un caldeamiento que permita ir acomodando y adaptando al cuerpo a esta nueva exigencia física, energética y emocional (ver figuras 4 y 5, por ejemplo).

Los movimientos rápidos y bruscos (“tirarse” sobre el TB sin caldeamiento previo) pueden activar los usos neuromusculares, es decir, aquellos sensores localizados en los músculos que informan sobre las tensiones y las compresiones en las fibras musculares, cuando el estiramiento de las fibras es realizado en forma rápida y brusca. Estos movimientos bruscos pueden desencadenar un reflejo miotático, es decir, una contracción involuntaria de la musculatura, aumentando la tensión muscular.

El TB también puede ser utilizado como herramienta diagnóstica, combinándose con otras técnicas lowenianas con este mismo fin.

Las técnicas de arco bioenergético y de arco invertido (*bend over*) siempre nos dan una idea de lo que posteriormente puede suceder en el TB. Y así como el TB puede ser una muy buena herramienta de diagnóstico, el arco y el arco invertido también nos dan elementos diagnósticos diferenciales, útiles antes de sugerir al paciente una postura o un movimiento en el TB.

Por ejemplo, un cuerpo coordinado e integrado, puede asumir sencillamente la postura de arco bioenergético: las rodillas estarán fácilmente flexionadas; los pies estarán bien apoyados en el suelo; podremos trazar una línea del cuerpo partiendo desde los talones, pasando por la espalda y llegando a la cabeza, formando un arco perfecto; la cabeza y el tronco estarán alineados y centrados; la respiración será abdominal y relajada, y la persona se sentirá cómoda. Por el contrario, en un cuerpo excesivamente contraído y emocionalmente alterado, en la posición de arco veremos claramente signos que indican la naturaleza y la ubicación de las tensiones.

En un cuerpo rígido, la persona no podrá arquearse adecuadamente, ni flexionar del todo las rodillas. Al intentar flexionarlas, generalmente la pelvis se echará hacia atrás y la parte superior del cuerpo se inclinará hacia adelante, pudiendo encontrarse además severas tensiones en la espalda, al adoptar esta postura.

En un cuerpo carente de tono, se puede producir un quiebre exagerado de la espalda. Veremos una respiración abdominal restringida, con poca inhalación. Pudiendo encontrarse además (en cuerpos con tendencias esquizoides) tensiones desiguales a ambos lados del cuerpo, la cabeza inclinada hacia un costado y el tronco hacia otro, pérdidas de equilibrio, etc.

Por eso es conveniente antes de ir al TB poner al paciente en posición de arco y posteriormente de arco invertido. Y a continuación podemos aplicar un trabajo de caldeamiento en el mismo TB. Por ejemplo, podemos sugerir un movimiento de báscula de pelvis, inspirando atrás y espirando adelante (figura 4) y luego pasar a la postura intermedia que llamamos postura anti-estrés o de descanso (figura 5), en donde puede realizarse el mismo movimiento de pelvis con los pies bien apoyados o con los talones levantados.

En estas dos posturas el terapeuta puede hacer un diagnóstico del campo energético del paciente poniéndose a una distancia prudencial frente a frente (*facing*), dirigiendo sensiblemente la atención a percibir cuánta y qué tipo de energía percibe en el cuerpo del paciente (por ejemplo,



cuanta masculinidad o cuanta femineidad, qué tipo de transferencia y contratransferencia se genera entre ambos, etc).

Aquí, más que buscar un objetivo terapéutico, estaríamos fomentando el poder de observación con la mirada clínica bioenergética de lectura corporal como herramienta de diagnóstico.

Otro axioma clínico que podemos utilizar en el trabajo con TB es que mucho trabajo saludable puede ser hecho sin que se obtengan inmediatamente resultados físicos y emocionales “dramáticos”. El TB es esencialmente una herramienta acumulativa que puede incluso utilizarse periódicamente fuera del setting de consultorio. Cuanto más se la practique, progresiva y gradualmente, más beneficios traerá. Aunque este mensaje no es dado a los pacientes. Como regla general en el Análisis Bioenergético Reichiano los clínicos no prometemos sobre el futuro del trabajo, sino el camino que tenemos por delante puede estar lleno de desilusiones, y el paciente o el propio terapeuta pueden orientarse más a la búsqueda de resultados que a la dedicación, a la construcción y al desarrollo de un proceso. De esta manera, si no son obtenidos resultados maravillosos de una sola vez (como puede prometer un impulsivo practicante entusiasta), el paciente puede desilusionarse y sentir que la terapia es una pérdida, más que un proceso.



Fig. 6

Las principales posturas que utilizamos en el TB son:

a) Decúbito dorsal torácico: vientre para encima, apoyo en el TB en la región torácica, rodillas flexionadas y pies apoyados en el piso (figs. 2 y 5).

b) Decúbito dorsal lumbar: vientre para encima, apoyo en el TB en la región lumbar, rodillas flexionadas y pies apoyados en el piso (fig. 6).

c) Decúbito ventral torácico: el vientre para abajo apoyando la región torácica frontal en el TB, los brazos cuelgan hacia abajo y los pies apoyados en las bolas metatarsianas con los talones levantados (fig. 7).



Fig. 7

d) Decúbito dorsal glúteo: vientre para encima, apoyo en el TB en la región glútea con las manos sostenidas en las agarraderas del TB, los pies quedan suspendidos en el aire en la posición de enraizamiento aéreo -“sosteniendo la familia”-, en movimientos de flexión de rodillas y rotación de talones (figs. 8 y 9), de autoposición de piernas (figs. 3 y 10), de

descarga -kicking aéreo- (figs. 11 y 12), o de autoposición del segmento pélvico (figs. 13 y 14).



fig. 8



fig. 9



fig. 10



fig. 11



fig. 12



fig. 13



fig. 14

Esta técnica de decúbito dorsal glúteo puede ser muy potente para desbloquear el segmento pélvico. Particularmente la he utilizado con mucha eficacia en casos que van desde situaciones simples de dismenorrea o

eyaculación precoz, hasta abordajes postraumáticos de abuso sexual infantil o violación.

Siguiendo el principio reichiano de carga-tensión-sustentación-descarga-relajación, las posturas y movimientos descritos (figs. 8 a 14) pueden movilizar la negatividad bloqueada de años (culpa, vergüenza, bronca y miedos pélvicos, así como también placer inhibido en casos de represión sexual). Podemos jerarquizar la fase de carga y sustentación (figs. 3, 8, 9 y 10) o la fase de descarga (figs. 11 y 12) la que conviene complementar con actings de *kicking* (hacia abajo, hacia arriba, o hacia adelante) en la posición de decúbito supino en diván. En la fase de descarga el terapeuta puede además sostener una *gimnasticball* frente al paciente o dos colchones de buena densidad de 17 cms., con el objetivo de que la descarga sea con mayor contacto. En la postura de las figuras 13 y 14, luego de la auto-posesión del segmento pélvico, jerarquizamos la fase de relajación, pudiendo apoyar los pies sobre las dos barandas utilizadas como soportes, o de estar el paciente incómodo, el terapeuta puede pararse frente al TB y ofrecer su abdomen como soporte para que el paciente apoye sus pies, mientras respira profundamente.

Como técnica acumulativa el TB permite:

1. Reducir tensiones musculares crónicas y profundizar la respiración por medio de estiramientos musculares pasivos.

Ganando amplitud y espacio utilizando la fuerza gravitacional del peso del propio cuerpo, el paciente no tiene que hacer nada volitivamente para profundizar la respiración. Por ello esta técnica es ideal (en pacientes depresivos, por ejemplo) para desbloquear el 4to. y el 5to. segmento de la coraza muscular llenando el cuerpo de una mayor energía.

En la postura indicada en la figura 5 el paciente se encuentra recostado al nivel del extremo inferior de las paletillas, en el mismo nivel que el de una línea imaginaria que une ambos pezones. Este nivel se halla próximo al lugar en el que el bronquio principal (conducto de aire) se divide en dos ramas, cada una de las cuales va a un pulmón distinto, siendo un área de mucha tensión en la mayoría de las personas⁵.

2. Estirar los músculos del frente y de la espalda.

En la postura de decúbito dorsal podemos estirar los músculos anteriores del tronco: esternocleidomastoideo, pectorales, intercostales, recto abdominal, oblicuo abdominal, recto femoral, psoas ilíaco.

Esta postura es aconsejada para la cifosis (anormalidad en la curvatura de la columna vertebral con curvatura torácica exagerada, común en

⁵ Alexander y Leslie Lowen (1989). "Ejercicios de Bioenergética". Sirio: Barcelona.

pacientes con biotipo esquizo-oral o con mujeres mayores con osteoporosis, por ejemplo).

En la postura de decúbito ventral los principales músculos estirados son los músculos posteriores del tronco: erectores de la espina, paravertebrales, trapecio, gran dorsal y lumbares.

Esta postura es aconsejada para la lordosis (exageración en la curvatura lumbar, asociada a tensión en los erectores de la espina o a músculos abdominales debilitados, que es común en pacientes con biotipo histérico, por ejemplo)⁶.

3. Profundizar la respiración, el enraizamiento y estimular el flujo de energía en el cuerpo.

Generalmente como efecto inmediato vemos en el trabajo con TB una sensación de mayor espacio interno para los órganos, una sensación de expansión del campo energético y una sensación de unidad.

La profundización del enraizamiento y una mayor estimulación del flujo energético se da a partir del arraigo que genera estar anclado en los dos extremos del cuerpo (pies bien plantados y brazos extendidos hacia arriba y hacia atrás). A diferencia de las *gimnastic ball*, por ejemplo, que sí son recomendadas para el trabajo bioenergético con embarazadas, el propio TB se transforma en una herramienta de trabajo sólida que se percibe como extensión del suelo. El TB no tiene que ser sólido (duro) en exceso ya que sino puede presionar excesivamente las vértebras y los discos (su anillo fibroso y su núcleo pulposo).

El TB ayuda a respirar más profundamente sin hacer necesariamente un esfuerzo volitivo y conciente.

La profundización de la respiración se produce al estimular al paciente a respirar en forma suave y profunda, y a sonorizar un sonido abierto. Hay terapeutas bioenergéticos que incluso proponen a los pacientes cantar una canción en el TB⁷.

Si el paciente bloquea la respiración está impidiendo una libre sonorización, y viceversa. Cuando el paciente está en el TB se alienta a que su cuerpo haga los sonidos que quiera o que necesite hacer. Estos pueden ser de dolor, gruñidos de bronca (que a veces se manifiestan por una intensa tos), lamentos de frustración y de tristeza, gemidos de satisfacción y de placer.

Cuanto más desafiamos la estructura defensiva del paciente que está en el TB más podemos observar los bloqueos en zonas específicas de su cuerpo (en la boca, en la garganta, en el tórax, en el diafragma, en la pelvis, en las piernas, en la espalda, en el cuello). Por ejemplo, el trabajo en el TB va a ser un indicador del grado de apertura o de bloqueo de la

⁶ Blandine Calais Germain (1994). "Anatomía para el movimiento. Introducción al análisis de las técnicas corporales". Libros de la Liebre de Marzo. Barcelona.

⁷ Denis Royer (1996). "Making a place for the adolescent body in adult bioenergetic therapy", The Clinical Journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis, vol. 7, number 1. "Abriendo el corazón con músicas de la adolescencia en el *stool*", XVII Congreso Internacional de Análisis Bioenergético, Bahía-Brasil (2003).

garganta (3er. segmento). Una mandíbula y una garganta contraídas impiden una respiración profunda, impiden sentir tristeza y llorar. Una caja torácica bloqueada (4to. segmento) inhibe la expresión de sentimientos tiernos y amorosos.

Si bien en el TB ayudamos al paciente más a soltarse (*letting go*) que a sostenerse (*holding*), también puede ser utilizado como construcción de límites en pacientes con déficit de acorazamiento.

Una técnica que frecuentemente utilizo en la posición de decúbito dorsal torácico (figura 2) o de decúbito dorsal lumbar (figura 6), es colocarme detrás del TB y pedirle al paciente que presione la palma de sus manos contra las mías con sus brazos flexiblemente extendidos. Esta postura y este movimiento proporcionan al paciente un enraizamiento adicional en las manos del terapeuta. Hay pacientes que necesitan especialmente traer energía hacia la periferia y mover la agresividad para construir límites saludables, especialmente en sus muñecas y en sus manos. Este trabajo descubrí que es muy importante con pacientes con TEPT, especialmente aquellos que han recibido abusos en ecosistemas cargados de violencia y de destructividad, ya que retraen automáticamente la energía de la periferia de su cuerpo y tienen la tendencia de sentirse fácilmente invadidos, al “no estar ahí” en sus puntos de contacto.

Otra técnica de enraizamiento y relajación profunda consiste en sentarse en una silla detrás del TB y apoyar la cabeza del paciente sobre las rodillas del terapeuta, al mismo tiempo que el paciente extiende sus brazos hacia atrás y agarra los hombros del terapeuta. El terapeuta puede luego movilizar el cuello del paciente con sus manos buscando la relajación de los músculos profundos del segmento cervical, la mayoría de las veces fuertemente contraído.

En la posición de decúbito ventral podemos dar un masaje en los músculos de la espalda.

En la posición de decúbito dorsal podemos trabajar en los segmentos torácico (con la palma de la mano) y diafragmático (con el puño presionando suavemente hacia abajo) para profundizar tanto la fase rítmica inspiratoria como la fase rítmica espiratoria. En estos segmentos tenemos que trabajar con mucha empatía y comprensión ya que al movilizar la zona torácico-diafragmática por medio de la respiración profunda pueden aparecer sensaciones relacionadas con la emoción básica del miedo⁸.

⁸ Todo bloqueo profundo contiene rabia y miedo. Sería muy ingenuo de nuestra parte pensar que un desbloqueo puede suceder sin movilizar rabia y/o miedo. Si en el trabajo bioenergético de desbloqueo no aparece rabia y/o miedo deberíamos desconfiar del mismo, y pensar que probablemente se ha estado trabajando con una tensión muscular superficial.



**Fig. 15: Psic. Nancy Pereyra, Dra. Reolina Cardoso y Lic. Daniela Kanovich
luego de una sesión de TB en las I Jornadas de Intercambio en
Psicoterapia Corporal (TEAB, Montevideo-Uruguay, setiembre de 2001).**