Valoración de resultados del Método Psicoprofiláctico en Obstetricia

*Dr. Fernando Navas Uribe **

Clínica Los Angeles — Barranquilla

Para poder apreciar y valorar los resultados del Método Psicoprofiláctico en Obstetricia, es necesario, naturalmente, saber qué resultados se persiguen en dicha preparación.

Esta aparente perogrullada tiene perfecta cabida, pues basta enunciar los títulos, los métodos, las escuelas, para saber que no hay unidad al respecto. Antes bien, disparidad muy grande, con intención de perseguir el mismo fin. Sería motivo de trabajo aparte, analizar cada uno de los distintos métodos. Hay libros muy completos, como el de Chertok, sobre esto.

En este resumen, podemos anotar que los métodos básicos fueron: el de Read (1933) y el de Velvovski y su equipo (1949). Ambos métodos se basan en elementos didácticos, fisioterápicos y psicoterápicos.

Posteriormente a estos autores se han ideado muchas variaciones al mismo tema, más o menos inspiradas en las necesidades o condiciones locales en que se producen, y sobre todo, se ha tratado de armonizar estos dos conceptos o métodos que se complementan perfectamente. Por nuestra parte, también los hemos estudiado ampliamente, los practicamos, y nos servimos de las experiencias obtenidas por otros equipos, dentro y fuera del País, y, por nuestra pequeña experiencia local, modificamos leve o superficialmente dichos programas, en busca de los mejores resultados.

* Miembro de la Sociedad Colombiana de Obstetricia Sicosomática.

** Extracto del Trabajo presentado al II Simposio Colombiano de Psicoprofilaxia Obstétrica. - Medellín, 1960.

No concebimos fácilmente cómo puede haber hoy en día grupos de médicos que se aferran a una escuela pura y exclusivista, y desechan lo que se ha encontrado bueno en otra, en perjuicio del método en sí, y de sus propias pacientes. Qué quieren demostrar?Cuál es el resultado que les interesa?

Mucho se ha escrito sobre el método sicoprofiláctico y sin embargo todavía no está suficientemente clara su acción. Hay acuerdo unánime en que es muy útil, que da magníficos resultados y que es el avance más grande que la obstetricia ha obtenido en los últimos tiempos.

Pero cuáles son los resultados que se persiguen?

Para Read, el *parto sin temor*. Para Velvovski, el *parto con satisfacción*. Para todos los exageradamente optimistas, el *parto sin dolor*. Modestamente, para nosotros, el *parto tranquilo*.

El dolor es un signo subjetivo que no se puede medir; varía con la interpretación y valoración de cada cual. "Más que una percepción es una reacción". La educación, o cultura general, es importantísima en la manifestación del dolor: cada uno lo manifiesta de acuerdo a su personalidad. Un comportamiento calmado no significa ausencia de dolor, pero tampoco el dolor es proporcional al alborotamiento histeroide.

Read se basa en que la angustia es el temor a lo desconocido, y trata de eliminar el miedo por medio de la instrucción, demostrando que la contracción normal del útero, tan fisiológica como la de otras vísceras de semejante constitución y funcionamiento, no es dolorosa. Podríamos aplicar aquí la frase de Montaigne: "Quien teme sufrir, sufre ya de lo que teme". Velvovski atribuye todo al reflejo condicionado, a la tradición, y trata de descondicionar ese reflejo para formar otro reflejo condicionado favorable. Ambos tienen razón y ambos están equivocados. Ambos tienen las bases pero sus razonamientos por separado son incompletos y no son integralmente ciertos.

El método psicoprofiláctico enseña a percibir la sensación de las contracciones uterinas simplemente como tales, y no como dolores. Esto es perfectamente cierto, de diaria constatación, de extraordinaria importancia y de valor real. El parto completa-

mente indoloro, atribuible únicamente a la eficiencia de la preparación psicoprofiláctica, es raro.

El Método Psicoprofiláctico no elimina el dolor lumbar, el de la presión sobre el pubis y el sacro-cóxis. A este respecto recuerdo que una paciente se quejaba de dolor en estos puntos y yo le decía que no era dolor sino "presión", y ella insistía en que era "dolor"; al fin nos transamos en que era una "presión dolorosa".

Esta presión dolorosa no la puede evitar ningún método, ni ningún entrenamiento. Se modifica sí su intensidad, la manera de percibirla y de demostrarla, en las preparadas, quienes saben a qué atribuirla. Dejerine dice que "las excitaciones que provocan habitualmente el dolor en la esfera genital son: la presión, el estiramiento y el desplazamiento inhabituales de los músculos, los tejidos y los vasos".

El problema de los dolores lumbares es muy importante y Lorier dice "que constituyen el principal escollo del Método, contra los cuales éste es impotente". Si a estas pacientes se les ha dicho que el parto es indoloro, tienen la convicción de haber fracasado, aun cuando la contracción uterina haya sido indolora. La valoración de este resultado por las pautas conocidas, sería errónea e injusta.

El Método Psicoprofiláctico es la preparación intelectual obstétrica, el entrenamiento neuro-muscular, y el control emocional. Enseñar a la mujer qué está sucediendo en ella, qué va a pasar, qué sensaciones va a experimentar y cómo debe comportarse. No está sinceramente en lo cierto el médico que promete a su paciente que no va a sentir ningún dolor.

Ya tuvimos oportunidad de decirlo en el Primer Simposio reunido en Bogotá, y lo repetimos hoy, con mayor experiencia y estudios al respecto, que es criticable la expresión "Parto sin Dolor", porque nadie honestamente puede prometer parto sin dolor. Suena como la propaganda del vendedor de "específicos infalibles".

Si esta promesa es para crear un reflejo condicionado favorable, se está creando un reflejo falso, tan falso como el de parto-dolor, que se quería suprimir. El fracaso no es del método, sino de ese artificio, de no ser sinceros.

Además, suprimir el dolor del parto, tan variable y tan inconstante, no es el fin único del Método Psicoprofiláctico. El más importante es modificar la personalidad de la mujer para cumplir dignamente, en forma consciente y tranquila, sin sufrimiento, la máxima de sus funciones biológicas.

Así pues, ya sabemos qué da el Método Psicoprofiláctico, y sabemos que, con esas limitaciones, el Método es bueno. La valoración de los resultados debe hacerse en relación con el resultado obtenido en las pacientes, y no para el Método en sí. Es decir, para tal paciente, que hizo su curso completo, le sirvió, no le sirvió, o fué regular.

Se debe tener en cuenta, por lo tanto, dos aspectos diferentes: la calificación de los resultados en las pacientes, y el resultado de tal o cual modificación dentro de determinado sistema, o con otro sistema científicamente establecido. Sobre lo último trataremos más adelante.

Bajo el primer aspecto, no nos parece lógica clasificación tan compleja como la de Nikolaiev, que por querer ser tan exacta, es la que más se presta a ambigüedades. Como se trata de un estudio sobre valoración de resultados, debemos copiar aquí las principales, y comencemos con la antes nombrada.

En su libro sobre Parto sin Dolor da detalladamente las "instrucciones para la valoración compleja de los resultados de la aplicación del método o la psicoprofilaxis del dolor en el parto". Designa con "D. I." la dilatación inicial, es decir, hasta los 3 cms. "D. C." dilatación completa. "E" expulsión. Las cifras antepuestas expresan el tiempo en cada una de esas fases. "M" - marcha. "M. N." marcha normal. "M. C." marcha complicada. "C" conducta objetiva de la paciente. "Q" quejas por los dolores —con las letras "C y Q" se subindica el puntaje de apreciación hasta 5 y da detallada la pauta para dicha calificación.— "La valoración total se obtiene no solamente por el cómputo aritmético medio, sino que se deduce descontando los elementos señalados: cuando más prolongada ha sido la etapa con valoración más baja, tanto más baja será la valoración total (media-aritmética); cuanto más complicada la marcha del proceso del parto M, tanto más alta la valoración total. Ejemplos:

$$\begin{array}{lll}
 7 \text{ D. I. } \frac{\text{M. N.}}{\text{C5 Q5}} & 4\frac{1}{2} \text{ D. C. } \frac{\text{M. N.}}{\text{C2 Q2}} & 1\frac{1}{2} \text{ E. } \frac{\text{M. N.}}{\text{C4 Q3}} = 2,8 \\
 8 \text{ D. I. } \frac{\text{M. C.}}{\text{C4 Q4}} & 3 \text{ D. C. } \frac{\text{M. C.}}{\text{C3 Q3}} & 2 \text{ E. } \frac{\text{M. N.}}{\text{C4 Q4}} = 4
 \end{array}$$

“Este sistema de valuación, (continúa Nikolaiev), no está exento de subjetividad, sin embargo, la valuación según las etapas mueve al médico a comprender todos los elementos que determinan la marcha del proceso de parto en su correlación, el éxito de la anestesia; sin embargo hay que reconocer que su aplicación resulta muy complicada, voluminosa, y como la mayoría de las fórmulas en medicina, mecanizada”.

Las siguientes valuaciones son extractadas del libro de Chertok “Les Méthodes Psychosomatiques D'accouchement Sans Douleur”. Dice este autor que en el Congreso de Leningrado (1951) todos los asistentes se inclinaron al problema de fijar criterios objetivos para el dolor y la analgesia, pues se dispone actualmente de un método de medida. Subrayando las dificultades declaran que la evaluación de los resultados positivos del Método Psicoprofiláctico es exagerada, lo cual se explica por no poseer medios objetivos que permitan medir el dolor del parto. Las estimaciones basadas, de una parte sobre el comportamiento de la mujer, juzgada por el observador, de otra parte sobre las declaraciones de la mujer misma, no son objetivas.

En general, la evaluación propuesta comporta una escala de cinco grados:

- 5: representa la nota máxima: ningún dolor, la parturienta está consciente y activa durante todo el parto.
- 4: gemidos de corta duración. Dolores soportables.
- 3: fracaso, a pesar de una analgesia temporal. La nota 3 es considerada por algunos autores como un fracaso, y por otros como un éxito parcial.
- 2: fracaso completo.

Algunos autores califican separadamente el factor analgesia y el factor comportamiento. Beskrovnava califica de 5 a 2 por separado, el comportamiento y la analgesia, en primíparas y en múltiparas.

Jordania ha encontrado que el efecto analgésico es dos veces inferior al efecto sobre el comportamiento, calificándolo también por separado en "éxito completo" - "éxito parcial" - "fracaso". Presenta un ensayo para mejorar los criterios de analgesia con este esquema de la intensidad de los dolores del parto:

1 — Los dolores "fuertes" (fracasos) caracterizados por uno o varios de los signos siguientes: 1º gritos frecuentes durante las contracciones; 2º agitación motriz; 3º rechinamiento de los dientes; 4º lágrimas durante las contracciones;

2 — Los dolores "medianos": 1º gemidos durante el parto; 2º gritos débiles y espaciados; 3º aire o aspecto de sufrimiento; Hay dolor "fuerte" cuando uno de los signos de dolor "medio" está asociado a dos, por lo menos, de los síntomas siguientes: 1º Dilatación pupilar durante las contracciones; 2º Aceleración del pulso y de la respiración; 3º Oligo-anuria; 4º Hiperemia de la piel del abdomen; 5º Aumento de la tensión arterial superior a 10 mm. de Hg.

3 — Los dolores "débiles", cuando hay ausencia de todos los signos precedentes, y presencia de raros y ligeros gemidos.

Para otras calificaciones tiene en cuenta el Tipo Nervioso de la gestante, clasificado previamente, partiendo de los siguientes datos: 1º una anamnesis detallada; 2º observación del comportamiento durante la preparación y durante el parto; 3º estudio de la sugestibilidad, o sea, relación entre el primero y el segundo sistema de señalización, tomando la hipnotizabilidad como criterio de la determinación de los tipos nerviosos, utilizando el test de los párpados de Astakhov y el test del "balance postural" de Nikolaiev; 4º estudio de las relaciones de inhibición y de excitación en los test de palabras inducibles de Gakkel, donde se ensaya discriminar en las respuestas de latencia prolongada, lo que es debido a la inhibición y lo que es debido a la inercia en el sistema de activación; 5º estudio pletismográfico, o de modificaciones vasculares.

En las páginas 184 y 185 del citado libro se encuentra el esquema de la determinación Clínica de la orientación tipológica, presentado por Jordania al Congreso de Kiev, en el cual establece, por clínica, los cuatro grupos siguientes: “fuerte desequilibrado” (excitable); “fuerte equilibrado” (vivaz); “fuerte equilibrado” (inerte) “débil desequilibrado” (inhibido).

Levit y Rabinovitch han ensayado estudiar el Tipo Nervioso basándose sobre los datos anamnésicos y sobre la observación de la paciente en su comportamiento. Los resultados reseñan sobre el “fondo emocional” de la gestante, más que sobre sus particularidades tipológicas. Sobre 1.266 mujeres preparadas por el Método Psicoprofiláctico estos autores han encontrado:

Tipo Nervioso fuerte y equilibrado	526
Tipo Nervioso fuerte y desequilibrado	445
Tipo Nervioso fuerte, equilibrado, inerte	121
Tipo Nervioso débil, sugestionable, inestable	161

Lamaze clasifica en “excelente” - “muy bien” - “bien” - “bastante bien” - “pasable” y “fracaso”. Esto es hilar demasiado delgado.

Laird y Hogan, en Estados Unidos, clasifican en “Successful” - “reasonably successfull” - “fairly successfull” - “unsuscessfull”.

En el Canadá: excelente, muy buenos, buenos, aliviados, fracasos.

En España, el criterio de la apreciación para las estadísticas de la maternidad de Givon, del Dr. Accassat, es el siguiente:

Perfecto: dominio perfecto de cada fase del parto; ausencia completa de sensación dolorosa;

Bueno: corto período de agitación con sufrimiento, casi siempre al final de la dilatación;

Mediano: adiestramiento y adaptación mediocre; necesidad de una presencia constante; percepción de dolores atenuados;

Malo: fracaso, agitación, dolores, adaptación nula.

En Bogotá, el equipo EMESFAO, clasificaba en "excelente" "muy bueno" - "bueno" - "regular" y "malo".

A partir del Primer Simposio sobre Método Psicoprofiláctico y su aplicación en el País, reunido en Bogotá, en 1959, se aceptó para todos los grupos médicos del País, que practican la Psicoprofilaxis Obstétrica, con el fin importantísimo de unificar criterios para establecer comparaciones, la siguiente clasificación:

"Excelente": parto a plena conciencia y sin dolor.

"Bueno": dolor tolerable y lucidez perfecta durante todo el parto.

"Regular": percepción de dolor controlable, deseo de alguna analgesia, quejas, alguna inquietud, pero responde a las órdenes.

"Malo": fracaso: dolor intolerable; paciente inconsciente en el momento del parto.

Para la valoración de los resultados debe tenerse en cuenta tanto el concepto de la señora como el del médico".

Cuál es la mejor clasificación?

Aquella que reúna las condiciones básicas para el tratamiento estadístico de los resultados, la que sea más objetiva, la que se preste menos a caprichos o estados de ánimo del observador. Aquella en que intervengan menos criterios y razonamientos: donde se encuentra la evidencia no hay necesidad de razonamientos. Aquella que *califique*, en verdad, el resultado obtenido en cada paciente.

Cuando se trata de ser tan exactos como Nikolaiev, se cae en el extremo opuesto, como él mismo lo reconoce, al decir que "este sistema de valuación no está exento de subjetividad y que su aplicación resulta muy complicada y voluminosa".

La estadística se ha dicho, es una de las tantas maneras para decir mentiras. Con la estadística se puede demostrar lo que

cada cual quiera demostrar. Sin embargo, si se tiene en cuenta, principalmente, las condiciones esenciales para la recolección de Datos Primarios o Unidades, el resultado refleja en gran manera la realidad.

Los *datos primarios* deben ser obtenidos en las mismas condiciones y con igual criterio de selección. Deben ser objetivos, de fácil y correcta comparación. Los resultados deben ser representativos e indicativos. Así pues, entre más simples y precisos sean esos datos, menos fallas por interpretación efectiva se producen.

El criterio del Interno, que es Interno de obstetricia por accidente, no porque le guste o interese y piense dedicarse a la especialidad; el criterio de la Enfermera, que trabaja la mayor parte de las veces únicamente por asegurar su subsistencia y que abriga siempre la esperanza de encontrar algo mejor y de menos sacrificio, (me refiero a la "enfermera especial" o auxiliar, no a las enfermeras graduadas y verdaderamente profesionales, que aquí son muy escasas); el criterio del médico que atiende a la paciente a altas horas de la noche, después de una o varias trasnochadas, unas veces, o con la euforia posterior a un buen descanso; la simpatía hacia la paciente; etc., etc., son factores poderosos que hacen errar la apreciación del grado en que una paciente se quejó o no, de la cooperación o de la ejecución de determinado ejercicio psicoprofiláctico.

Botella Ilusiá dice en "Tocurgia": "Es un hecho de conocimiento casi vulgar el que las mujeres se comportan de muy distinto modo en el momento del parto, según su educación, sus principios y su psicología. Mujeres que desean vivamente tener un hijo y que no tienen miedo al parto, apenas sí se quejan. Mujeres que esperan con temor el momento de ser madres, no solamente por el miedo físico al parto, sino por el temor de asumir ante la vida la responsabilidad de ser madre, adoptan actitudes descompuestas. Se ha visto también que cuando las pacientes dan a luz solas y tranquilas, al cuidado de su matrona y de su médico, en una Clínica bien organizada, alborotan menos que cuando lo hacen en medio del ambiente familiar. Todo esto había hecho suponer ya, desde muy antiguo, a los obstetras experimentados, que en el dolor del parto, al lado de un dolor real y físico, existía un

dolor psíquico, en cuya causa intervenían factores muy diversos y que podía añadirse al primero en proporciones insospechadamente grande”.

Como ya dijimos al comenzar, se trata de saber si el método le sirvió o no a la paciente. Por eso nosotros proponemos, a continuación, la clasificación más simple que puede existir, basada en parte en la redactada en la Comisión de conclusiones del Primer Simposio, de la cual tuvimos gusto de ser parte:

“*Éxito completo*”: parto a plena conciencia, con la cooperación *tranquila* de la paciente; contracciones uterinas no dolorosas, o con dolor tolerable.

“*Éxito parcial*”: dolor controlable durante las contracciones, deseo y aplicación de *analgesia*; quejas, inquietud, pero responde a las órdenes. Parto en estado de lucidez.

“*Fracaso*”: dolor intolerable; Inconciencia por *anestesia* en el momento del parto.

“Analgesia en el parto: procedimientos que se emplean para mitigar los dolores del parto normal. Anestesia en el parto: conjunto de métodos de total anulación de la sensibilidad, que se emplean para la realización de las operaciones obstétricas”. (Botella Llusá).

Se debe recordar que, como lo aceptamos también en el primer Simposio, “El Método Psicoprofiláctico es considerado como una *analgesia de base*, que no excluye el uso de drogas necesarias, evitando el uso de drogas que en sí o por dosis inhiban la actividad nerviosa superior”. Así pues, las pacientes a quienes se administren “tranquilizadores” y “antiespasmódicos”, incluyendo el Demerol, a dosis inferior a 100 mlgrs. pueden quedar incluidas en el primer grupo.

También es necesario aclarar que nosotros consideramos que una señora ha hecho el curso psicoprofiláctico cuando ha concurrido por lo menos a 75% tanto de las clases teóricas como de las prácticas. Aquí tenemos 9 teóricas y 12 prácticas. En la comisión de conclusiones del Primer Simposio propusimos también que era indispensable, *para la unidad de estadística*, determinar

qué pacientes se consideraban preparadas por el método. No es lo mismo una señora que ha hecho el curso completo y otra que ha faltado a más de la mitad. Si ésta fracasa, la culpa no es del método, puesto que no lo hizo, sino de la paciente misma. Esto quedó aceptado como parte de las conclusiones, pero en la reunión general fue omitido por la Secretaría. En dicha reunión volvimos a plantear el caso y fue aprobado en Asamblea General, pero la Secretaría insistió, per-se, en omitirlo en las conclusiones definitivas. Hoy volvemos a insistir porque nosotros sí tenemos en cuenta, para valorar los resultados del Método, si la señora practicó el Método.

Que hay señoras que, sin haber hecho el curso o el 75%, les va bien en el parto, no indica nada, pues muchas que ni siquiera han oído del método también les va bien. Nada tiene que ver esto con la valoración de resultados del Método Psicoprofiláctico.

Esta misma razón nos induce a no considerar, ni siquiera como derivado del método psicoprofiláctico, a la preparación extemporánea en el parto. Ya cansa repetir que en la preparación psicoprofiláctica intervienen factores didácticos, fisioterápicos y psicoterápicos. Por el solo hecho de decirle a una mujer, en el momento del parto, que respire de tal o cual manera y que "afloje" los músculos, sin saber la paciente de qué le hablan y por qué, no es preparación psicoprofiláctica. No ha habido psicoprofilaxis por conocimientos ni por reflejos favorables.

Claro está que a muchas les va mejor que a aquellas que se dejan abandonadas a sus propios recursos y lamentaciones. Pero la asistencia comprensiva del médico y las enfermeras con estas pacientes, que ven que se interesan por ellas, que tienen alguien que las respalde y conforte, que distraen su mente en la manera, para ellas nueva, de respirar, que las alientan en la seguridad de que todo va bien, en una palabra, que las apoyan, todo esto, digo, indica que se atiende mejor a la mujer, inclusive a las no preparadas. Aquí sí influye manifiestamente la confianza en el médico, y especialmente la sugestión de que no les duele, sí se ha tenido en cuenta la "asepsia verbal" al respecto. En cambio, el tratamiento en el parto, que ya no sería extemporáneo, por el método hipnosugestivo, o sugestivo simple, sí pueden existir y existen.

Todo esto en relación a los resultados últimos, al beneficio obtenido en la paciente por el Método Psicoprofiláctico en gene-

ral. Para saber el resultado de tal o cual modificación en un programa; de tal sistema en comparación con tal otro, es necesario elaborar una Historia Clínica muy completa y seguir muy detalladamente la evolución del parto, por medio de historias y procedimientos unificados. De ahí también la extraordinaria importancia de la unificación de historias clínicas, trabajo que han elaborado los equipos pertenecientes a la SCOSS de Bogotá.

Para esto se escogería una fase, por ejemplo, Tiempo de dilatación del cuello en las primíparas; o duración total del parto en primíparas, por edades, y en múltiparas; acción buena, regular o nula de los antiespasmódicos; utilidad o no de la tríada de Nikolaïex; beneficios manifiestos o no de la aplicación de oxígeno, durante el trabajo, en la madre y en el niño; aumento o no de la lactancia materna. En fin, todo lo que cada cual quiera averiguar y comparar.

Hemos hablado nosotros de *PARTO TRANQUILO*. En efecto no nos convence el *Parto Sin Dolor*. *Parto Sin Temor* tampoco nos parece apropiado, y, por otra parte, ambas denominaciones son negativas. *Parto Natural*, estaría más de acuerdo con el fin buscado, pero se presta a interpretaciones diferentes. Además, no por el hecho de ser natural o fisiológico debe ser indoloro, pues también hay, en ocasiones, funciones naturales dolorosas.

Tranquilidad, según la Enciclopedia Espasa, es, en psicología, una situación efectiva, de carácter estático, caracterizada por la cesación de estímulos perturbadores, o por el equilibrio de las diferentes tendencias del espíritu". Esto es lo que se obtiene en la mayoría de los casos con la preparación psicoprofiláctica: un parto tranquilo, sosegado, pacífico, libre de sufrimientos, inquietudes y sobresaltos. Es mejor el placer positivo de dar a luz con tranquilidad.

Si la Angustia es el temor a lo desconocido, la Tranquilidad es la eliminación de la angustia. En esta época de las drogas tranquilizadoras, están bien los sistemas tranquilizadores, que, como aquéllos, no eliminan o adormecen la conciencia, sino que obran, más bien, como tónicos o energizantes psíquicos.

Para terminar, todos estamos de acuerdo en que esta concepción psicosomática de la Obstetricia, que relieves la importancia de los factores Afectivos en los fenómenos biológicos, marca

un progreso médico y psico-social considerable. En Colombia no veo por qué tantos nombres o sociedades diferentes, sin coordinación ninguna entre sí. Debería existir una Sociedad Colombiana de Obstetricia Psicosomática, que englobe a todos, en forma amplia, con sus diferentes equipos o sociedades, los cuales naturalmente deben seguir existiendo por separado pero asociados a ésta, para estar en intercomunicación frecuente, con mira a alcanzar los óptimos resultados, y como representante ante las corporaciones similares internacionales.

BIBLIOGRAFIA

- BOTELLA ILUSIA JOSE **Tocurgia**. Editorial Científico-Médico. Barcelona.
- CHERTOK L. **Les Methodes Psychosomatiques D'Accouchement Sans Douleur**. 2^{ème} edition L'expansion Scientifique Francaise. París.
- Enciclopedia Espasa - Tomo 63.
- GRAVRILOV K. **El psicoanálisis a la luz de la Reflexología**. Editorial Paidós Buenos Aires.
- ISCHLONOSKY **Cerebro y Conducta**. Editorial Paidés. Buenos Aires.
- KLOTZ H. P. y otros. **El aporte de Parlov al desarrollo de la Medicina**. Editorial Psique. Buenos Aires.
- KROGER WILLIAM S. **Psychosomatic Gynecology**. Sanders Company. Philadelphia.
- MARTIUS HENRICH **El dolor lumbar en la mujer**. Editorial Alfa. Buenos Aires.
- NAVAS URIBE FERNANDO. **Reacciones Psicomotoras y Educación Personal Técnica y Nuevo Sistema para el tratamiento Estadístico**. Tesis de Grado. Universidad Nacional. Bogotá, 1946.
- NIKOLAIEV ANATOLIO P. **El Parto Sin Dolor**. Editorial Cartago. Buenos Aires.
- PAVLOV L. P. **Los reflejos condicionados**. Ediciones Pavlov. México.
- QUIJADA HERNAN. **Consideraciones Psicoanalíticas sobre partos Distócicas**. Editorial Paz Montalvo. Madrid.
- READ GRANTLY DICK. **Parto sin dolor**. Editorial Central. Buenos Aires.
- SHULTZ J. H. **El entrenamiento autógeno**. Editorial Científico-Médica. Barcelona.
- STAJANO CARLOS. **La Fluxión Intersticial refleja en Patología General**. Editorial Ciencias. Montevideo.
- VERMOREL HENRI. **El Parto sin dolor**. Editorial Cartago. Buenos Aires.