

EL EMPLEO DE LA HIPNOSIS EN EL MANEJO Y ALIVIO DEL DOLOR DURANTE EL PARTO: REVISIÓN DE LA LITERATURA

THE USE OF HYPNOSIS IN LABOR PAIN MANAGEMENT: A REVIEW OF THE LITERATURE

Luís Lorenzo Ruíz

Psicólogo en práctica privada, Émora Psicología

Héctor González Ordi

Dpto. Psicología Básica (Procesos Cognitivos)
Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid

Resumen: Este artículo revisa la eficacia y eficiencia del empleo de la hipnosis en el manejo del dolor durante el parto. Se escogieron 17 estudios empíricos publicados hasta diciembre de 2013, de los cuales 13 obtuvieron diferentes resultados a favor de la hipnosis como técnica para manejar el dolor durante el parto, mientras que los cuatro restantes estudios no obtuvieron ningún resultado positivo. Las limitaciones metodológicas de todos los estudios seleccionados indican la necesidad de realizar más estudios bien diseñados y controlados para confirmar los efectos de la hipnosis en el parto.

Palabras clave: Hipnosis, Sugestión, Dolor, Dolor en el Parto, Estudios Clínicos

Abstract: The aim of this paper is to review the evidence on the use of hypnosis, and its effectiveness, in pain management during labor. 17 empirical studies were selected until December of 2013. Of these 17 studies, 13 obtained a variety of positive results for hypnosis as technique to manage pain during labor, while the other four remaining studies did not obtain any positive result. The methodological limitations of the selected studies indicate the need for the improvement of well-designed and controlled studies to confirm the effects of hypnosis in labor pain management.

Key words: Hypnosis, Suggestion, Pain, Labor Pain, Clinical Studies

INTRODUCCIÓN

Unos de los problemas más generalizados y universales es el miedo al dolor durante el parto (Cyna, Andrew y McAuliffe, 2006), ya que muchas mujeres describe el dolor del parto como uno de los más intensos que pueden experimentarse (Melzack, 1984; Lowe, 2002).

Por ello, se han utilizado una gran diversidad de métodos y técnicas para aliviar el dolor asociado al parto: farmacológicos, invasivos, naturales, acupuntura, hipnosis, relajación, aromaterapia, audioanalgesia, masaje (Smith, Collins, Cyna y Crowther, 2006), TENS, inmersión en agua, *water blocks* (Porter, 2004), todos ellos con diferentes resultados.

La analgesia epidural es una técnica muy popular y extendida en nuestro país en la actualidad (Fernández-Guisasola, 2004). Ha demostrado ser efectiva en la reducción del dolor y del uso de métodos adicionales para el alivio de éste durante el parto (Anim-Somuah, Smyth y Jones 2011; Jones et al., 2012). Menos conocidos son los efectos adversos de la analgesia epidural, ya que está asociada con mayor riesgo de: parto vaginal instrumental (fórceps, espátulas y ventosas) e intervenido (uso de oxitocina y/o medicación, rotura artificial de la bolsa de líquido amniótico, etc.), hipotensión materna, bloqueo motor, fiebre materna, retención de orina, segundo estadio del parto más largo, mayor administración de oxitocina (lo que produce un incremento el dolor), y cesárea por sufrimiento fetal (Anim-Somuah et al., 2011; Jones et al., 2012).

Así, han aparecido críticas recientemente a la sobre-utilización de los métodos farmacológicos en detrimento de procedimientos más naturales (Bosch, 1998; Johanson, Newburn y Macfarlane, 2002; Ketterhagen, VandeVusse y Berner, 2002) y especialmente, ante la posibilidad de causar daños potenciales a la madre o al futuro neonato (Lowe, 2002). En la misma línea de pensamiento, la Organización Mundial de la Salud (1996), la Federación de Asociaciones de Matronas de España (2007), el Ministerio de Sanidad y Consumo (2007) y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2008) se han posicionado al respecto defendiendo un parto menos “medicalizado”.

El dolor es una experiencia sensorial y emocional muy compleja (Mezlack et al., 1968; Lowe, 2002) y displacentera asociada a una lesión hística, real o potencial, o descrita en términos de la misma (I.A.S.P., 1979). Como ya acertadamente señaló uno de los autores pioneros en este ámbito, Dick-Read (1942), el miedo influye en el dolor durante el parto. El miedo y la ansiedad provocan tensión y ésta, a su vez, dolor, como bien señalan los modelos contemporáneos del miedo-evitación al dolor (Vlaeyen y Linton, 2000). De modo que para evitar experimentar un dolor intenso durante el parto habría que eliminar el miedo y la ansiedad asociados a éste, para no provocar tensión y ésta no facilitar la percepción de dolor. En este sentido, existe evidencia empírica reciente que indica que las técnicas

de sugestión e hipnosis pueden resultar muy útiles en el manejo del dolor agudo, y particularmente, en el del parto (Crawford, Knebel, Vendamia, Horton y Lamas, 1999; Patterson y Jensen, 2003; Mendoza y Capafons, 2009; Jensen, 2009; Stoelb, Molton, Jensen, Patterson, 2009; Castel, Salvat, Rull y Sala, 2009; Lioffi, Jensen y Santacangelo, 2009, entre otros).

Según la Asociación Americana de Psicología (APA, 2005) la hipnosis es un procedimiento que incluye procesos cognitivos, como la imaginación, mediante el cual un terapeuta sugiere (sugestiona) a una persona o paciente que experimente una serie de cambios en sensaciones, percepciones, pensamientos, sentimientos y comportamientos con el objetivo de que los cambios puedan producirse de una manera rápida y efectiva. En la medida en que estos comportamientos se ajustan mejor a las sugestiones administradas, se dice que el sujeto es más hipnotizable, y viceversa. Esta técnica genera una situación que favorece la aparición de cambios en las características de los individuos que los hacen más receptivos a las sugestiones, favoreciendo múltiples variables terapéuticas (González Ordi, 2005, 2006 y 2013). Incluso, varios son los autores que abogan por la inclusión de la hipnosis en el sistema nacional de salud (público) para el tratamiento de diversas patologías como el dolor (Moix, 2002; Sala Payá, 2003).

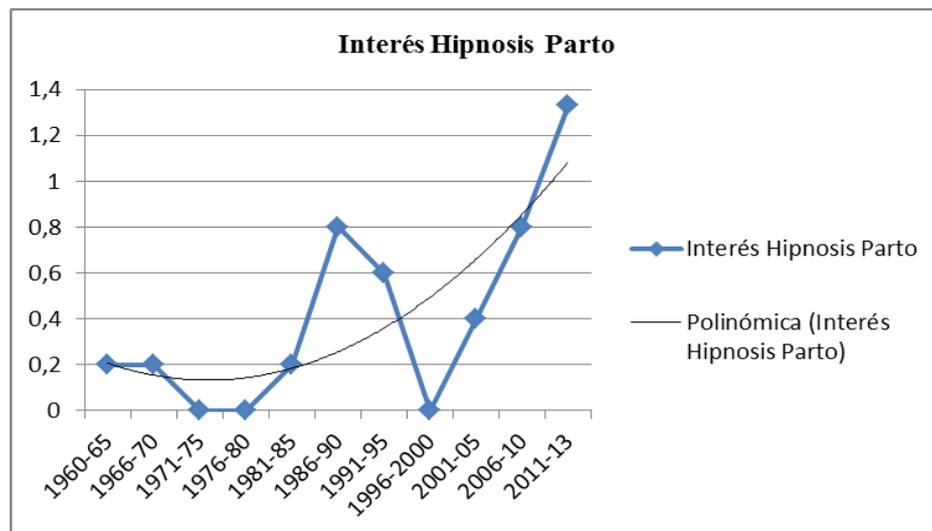


Figura 1. Promedio estudios empíricos por año.

En relación con el manejo del dolor en el parto, en la *Figura 1* puede observarse la evolución cronológica de los estudios empíricos publicados. A partir del año 1980 se produce un repunte del interés en este campo, seguido de una caída en la segunda mitad de la década de 1990. Interpretamos este comportamiento debido al desplazamiento del interés para el alivio del dolor desde la hipnosis a técnicas farmacológicas como la analgesia epidural (Fernández-Guisasola, 2004; Olza, 2010). En los siguientes diez años se reactiva el estudio de la aplicación de la hipnosis en el manejo de dolor durante parto.

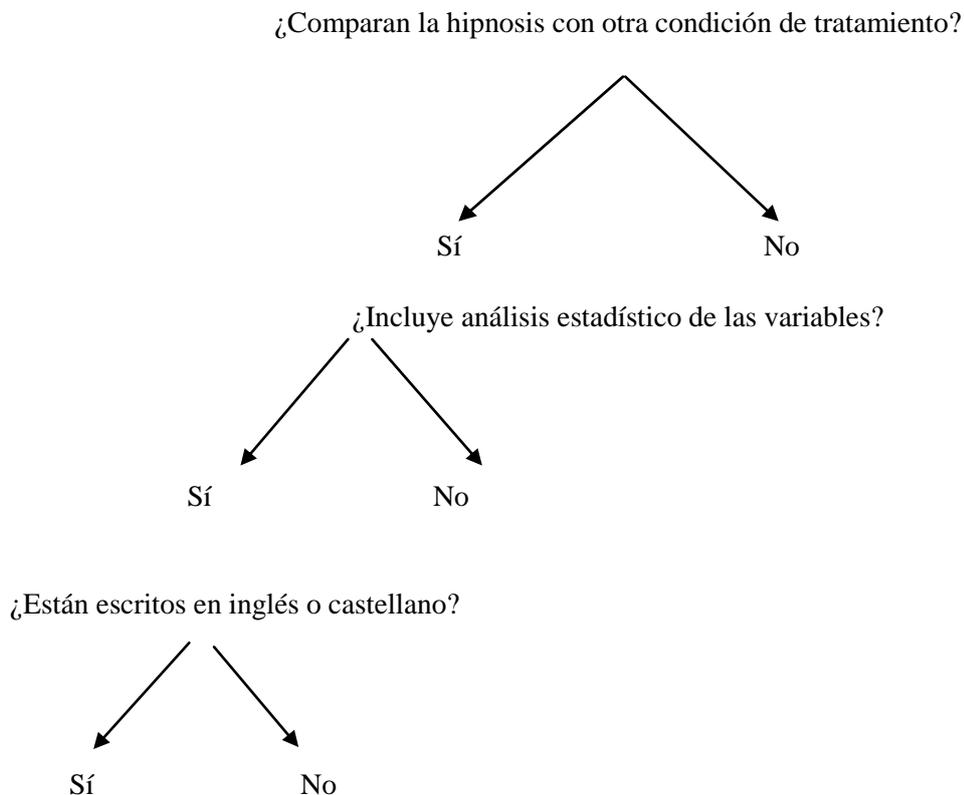
Esto puede deberse a la comprobación y experimentación de los efectos adversos de las técnicas farmacológicas, en general, y de la anestesia epidural, en particular, obteniendo como resultado el descontento de madres con el uso de dichas técnicas y la búsqueda por parte de éstas y otros profesionales de alternativas que eviten los efectos citados.

El presente artículo pretende realizar una revisión exhaustiva de los estudios empíricos existentes sobre la eficacia de la hipnosis en el manejo del dolor en el parto. Para ello, se tuvieron en cuenta aquellos estudios publicados que cumplieran los siguientes criterios (Gráfica 1):

- comparar los efectos de una intervención hipnótica con al menos una intervención alternativa (placebo, clases de educación maternal, apoyo continuado, control, etc.).
- incluir un análisis estadístico de las distintas variables.

Se realizó una búsqueda en las bases de datos PsycInfo, PubMed y ScienceDirect de los estudios publicados hasta diciembre de 2013.

Gráfica 1. Proceso de selección de artículos



Los estudios encontrados comparan la intervención con hipnosis con cinco tipos diferentes de intervención: atención médica estándar, educación maternal, asesoramiento de apoyo (supportive counseling), método de Lamaze y relajación.

La atención médica estándar (AME) se refería al proceso de control y supervisión de la evolución fisiológica del embarazo. La educación maternal (EdM) es un protocolo donde las embarazadas reciben información sobre el embarazo, el concepto y proceso del parto, les enseñan habilidades de afrontamiento en posibles situaciones de estrés (entre ellas el parto), incluso pueden aprender técnicas de respiración y relajación, como incluye el protocolo de educación maternal de la Comunidad Autónoma de Cataluña (Jané, Prats y Plasència, 2009). El asesoramiento de apoyo (SC) incluye discusiones acerca del embarazo y parto entre las participantes, establecer relaciones interpersonales con personas en situaciones similares a la suya y apoyo social. El método de Lamaze (L) es una forma de preparación al parto con el objetivo de incrementar la confianza de las mujeres en su capacidad para dar a luz. Se centra en dotar de información a las futuras madres sobre el proceso anatómico del parto, ejercicios de respiración y relajación muscular (Rivera y Leñero, en red). Finalmente, la intervención etiquetada como relajación (Rel) es una intervención compuesta de técnicas de relajación, conciencia corporal y mindfulness.

Respecto a la hipnosis, la mayoría de los estudios revisados se centran en dos grandes estrategias: hetero-hipnosis (HH) y auto-hipnosis (AH). La **Tabla 2**, incluida en el anexo, muestra una síntesis de los resultados obtenidos en cada artículo.

El proceso de parto se compone de tres estadios: dilatación, periodo expulsivo y alumbramiento. El estadio I es el que más interés recibe en este tipo de intervenciones y se subdivide en tres fases: fase latente, parto activo y fase de desaceleración o transición. La *fase activa* es más breve e intensa que la anterior, el cérvix se dilata desde los tres hasta los siete centímetros y las contracciones son más dolorosas. Este suele ser el momento en el que las mujeres demandan analgesia. Para profundizar en la fisiología del parto consultar Lowe (2002) y Schmid (2010).

Hipnosis versus atención médica estándar.

Encontramos un total de cinco estudios que incluyen esta comparación. Uno de ellos utiliza hetero-hipnosis (Rock, Shipley y Campbell, 1969), otro una conjunción entre auto-hipnosis y hetero-hipnosis aplicada por los maridos de las participantes (Guthrie, Taylor y Defriend, 1984), y tres más comparan entrenamiento en auto-hipnosis con la atención médica estándar (Jenkins y Pritchard, 1993; Cyna et al., 2006; VandeVusse, Irland, Berner, Fuller y Adams, 2007).

Estos estudios encuentran que, respecto a la atención médica estándar: el uso de HH produce menor sensación de dolor percibido durante el parto, menor uso de medicación (epidural y otras analgesias) (Rock et al., 1969); el uso de AH + HH produce menor sensación de dolor, sin embargo, no se encuentran diferencias en el grado de satisfacción con el parto (Guthrie et al., 1984); que el uso de AH produce una reducción de la duración del estadio 2 en primíparas y del estadio 1 en primíparas y multíparas, una reducción del uso de analgésicos en primíparas y multíparas (Jenkins y Pritchard, 1993), menor tasa de uso de epidural en primíparas, menor necesidad de aceleración del parto mediante oxitocina, no así en multíparas (Cyna et al., 2006), menor uso de sedantes y analgésicos y epidural, mayores puntuaciones Apgar a un minuto después del nacimiento, menor duración del estadio 1, aunque esta diferencia no llega a ser significativa (VandeVusse et al., 2007).

Todos los estudios (cinco) que comparan el uso de la hipnosis en el manejo de dolor en el parto con la AME han obtenido algún resultado que muestra a la primera es más efectiva que la segunda en dicha variable.

Hipnosis versus Educación Maternal

Cinco estudios comparan el tratamiento en AH con la EM, dos de ellos realizan una comparación directa entre las dos condiciones (Davidson, 1962; Freeman, Macaulay, Eve y Chamberlain, 1986) y los otros tres evalúan el efecto de la AH como adyuvante de la EM (Harmon, Hynan y Tyre, 1990; Mairs, 1995; Cyna et al., 2013), uno de ellos compara la auto-hipnosis añadiendo al tratamiento cuatro CDs guiados sobre hipnosis, una intervención consistente en los cuatros CDs sin entrenamiento en auto-hipnosis y la atención médica estándar (Cyna et al., 2013).

Los primeros estudios hayan que, respecto a EM, la AH muestra: una disminución significativa en la duración del estadio 1 del parto, menor uso de medicación analgésica, una mayor satisfacción del proceso de parto, una disminución no significativa en la tasa de episiotomías y desgarros ($P=0,10-0,20$), igual tasa de pérdida de sangre (Davidson, 1962); una mayor incidencia de partos vaginales espontáneos entre las mujeres que utilizaron la analgesia epidural que en aquellas que no lo hicieron, una menor aplicación de analgesia epidural en mujeres con alta sugestionabilidad, aunque no hubo diferencias entre los grupos de AH y EM (Freeman et al., 1986).

Comparando los efectos de la AH como adyuvante sobre la EM encuentran que la AH: consigue un estadio 1 de parto más breve, no así en el estadio 2, menor uso de medicación, mayor número de partos vaginales espontáneos, unas puntuaciones Apgar más altas a los minutos 1 y 5 después del nacimiento, interacciona directa e inversamente con la sugestionabilidad aunque esta sí lo hace con puntuaciones de la escala MMPI, haciendo menos probable que las mujeres con alta sugestionabilidad tratadas en el grupo de hipnosis tuvieran menor probabilidad de entrar en el

“*maternity blues*” (Harmon et al., 1990), menor dolor y ansiedad durante el parto, pese a que no observan diferencias en el uso de medicación (Mairs, 1995). El estudio más reciente no obtiene diferencias en ninguna variable (uso de medicación analgésica, duración del parto, etc.) entre las tres condiciones de intervención, pese a que sí encontraron un menor uso de medicación analgésica en aquellas participantes que recibieron entrenamiento en auto-hipnosis y, además, practicaban yoga, que en aquellas participantes que practicaban yoga y pertenecían a los dos grupos de intervención alternativos (Cyna et al., 2013), lo que podría sugerir, debido a características similares con el yoga (atención, imaginación, auto-control, etc.), una excesiva brevedad en la intervención con hipnosis y que incrementando el entrenamiento en auto-hipnosis podrían obtenerse mejores resultados (Cyna et al., 2013).

Tres de estos estudios obtienen resultados positivos acerca de la AH respecto a la EM, mientras que un artículo sólo arroja resultados positivos si se atiende a participantes altamente sugestionables, y otro sólo si se relaciona con la práctica, de manera paralela, de yoga.

Hipnosis versus Asesoramiento de Apoyo

Aparecen tres estudios que utilizan la comparación de estas condiciones. En ellos la AH ofrece:

- Embarazos más largos, produciendo así bebés más pesados con una ocurrencia menor de la triada epidural-fórceps-episiotomía, menor uso de analgesia epidural, menor duración del estadio 2 del parto (Letts, Baker, Ruderman y Kennedy, 1993).
- Misma satisfacción con el parto y misma tasa de partos vaginales espontáneos (Letts, Baker, Ruderman y Kennedy, 1993).
- Una reducción de la estancia de la madre en el hospital y de la probabilidad de sufrir una intervención quirúrgica y experimentar complicaciones durante el parto, además de una tendencia a reducir el uso de anestesia y medicación postparto no significativa (Martin, Schauble, Rai y Curry, 2001)
- Menos complicaciones durante el parto (cesáreas, aplicación de oxitocina, anestesia epidural, uso de otros analgésicos), mejorías en resultados obstétricos y menor probabilidad de sufrir complicaciones durante el parto en presencia de variables de riesgo (Mehl-Madrona, 2004).

Sólo uno de los tres estudios no obtiene resultados a favor de la AH sobre el SC (Martin et al., 2001) como herramienta eficaz para la reducción del dolor durante el parto, sin embargo, sí muestra a la AH como una herramienta que otorga más seguridad a la madre durante el parto.

Hipnosis versus Lamaze

El estudio de Venn (1987) es el único que evaluó si la combinación de hipnosis y Lamaze reduce el dolor y mejora la satisfacción más que por separado.

No se encontró diferencias entre las tres condiciones en percepción de dolor auto-informado ni informado por enfermeras, satisfacción con el parto, duración del parto, ni con el uso de analgésicos. Tampoco hubo una alta correlación entre la sugestionabilidad y las variables dependientes, por lo que Venn sugiere que hay una similitud funcional entre la hipnosis y el método Lamaze.

Hipnosis versus Relajación

Tres estudios del mismo equipo de investigación abordan la comparación entre AH y relajación (Werner, Uldbjerg, Zachariae, Rosen y Nohr, 2013; Werner, Uldbjerg, Zachariae y Nohr, 2013; Werner, Uldbjerg, Zachariae, Sen Wu y Nohr, 2013), comparando un grupo cuya intervención es en AH, otro con relajación y otro sin intervención (AME).

No encontraron diferencias significativas entre los tres grupos ni en el uso de analgesia epidural ni en el dolor durante el parto (auto-informado) (Werner et al., 2013^a). Sin embargo, sí encuentran la hipnosis eficaz a la hora de mejorar la experiencia del nacimiento respecto a las otras dos condiciones (Werner et al., 2013c) utilizando como instrumento la escala W-DEQ (Wijma, Wijma y Zar, 1998) y reducir la tasa de cesáreas de emergencia (Werner et al., 2013b).

DISCUSIÓN

Tras nuestra revisión de la literatura científica a través de los 17 estudios seleccionados se puede apreciar que la hipnosis es una técnica prometedora como intervención en el manejo del dolor durante el parto y el nacimiento (ver tabla 2). Es difícil establecer conclusiones definitivas debido a la alta pluralidad de variables dependientes utilizadas en los diferentes estudios y a las limitaciones metodológicas de los mismos que más adelante desarrollamos.

Al margen de la eficacia de la hipnosis como tratamiento para el manejo del dolor durante el parto, sí parece claro que la hipnosis como técnica tiene un gran componente de seguridad en su uso. En este sentido, tan sólo vemos dos resultado en el que el uso de la hipnosis sea contraproducente: partos más largos en el tiempo según Freeman et al. (1986), pero no especifican qué estadío(s) ni brindan más información; y mayor tasa de partos inducidos y mayor administración de prostaglandina (Cyna et al. 2013). Son interesantes estos datos ya que, en el caso del primero, contradice las evidencias restantes en las que el parto resulta más breve con la aplicación de la hipnosis que en las otras condiciones (Davidson, 1962; Harmon et al., 1990; Jenkins y Pitchard, 1993; Letts et al., 1993),

mientras que en el segundo caso, es el primer estudio que arroja este tipo de resultados, resultados que podrían enmascarar diferencias en el uso de medicación analgésica entre los tres grupos debido a que las prostaglandinas incrementan el dolor al provocar contracciones uterinas (Cyna et al., 2013). En síntesis, no queda registrado que hubiera ninguna consecuencia negativa ni para la madre ni para los recién nacidos.

No obstante, los estudios publicados hasta la fecha presentan diversas limitaciones metodológicas que merece la pena señalar y que pueden facilitar la inclusión de sesgos en los resultados finales.

Algunas de estas variables son la asignación aleatoria de la muestra, la especificación de la muestra, la explicitación del manual de intervención seguido (en todas las condiciones, no sólo en hipnosis), el uso activo de la hipnosis durante el parto, realización del tratamiento en hipnosis en un contexto hipnótico (¿las mujeres saben que están haciendo hipnosis?), evaluación de la sugestionabilidad como variable independiente, los partos previos de las participantes, uso de uno o de más hospitales, utilización de otros tratamientos ajenos a la investigación, ceguera de los técnicos, necesidad de un grupo control (AME) y momento de inicio del tratamiento. En la **Tabla 3** del Anexo pueden verse los estudios revisados y las limitaciones que incluyen.

CONCLUSIONES

El uso de la hipnosis para el manejo del dolor asociado al parto y al nacimiento parece que está volviendo a cobrar interés desde el campo práctico e investigador debido a la evidencia de los efectos adversos en las madres y bebés derivados de las técnicas farmacológicas orientadas a satisfacer el mismo fin (Anim-Somuah et al., 2011; Jones et al., 2012), al reciente auge de las evidencias que están ayudando a esclarecer la efectividad y aplicabilidad de la analgesia hipnótica gracias a los avances tecnológicos en técnicas de neuroimagen (Crawford et al., 1999; Jensen, 2009), y a las manifestaciones internacionales (Organización Mundial de la Salud, 1996) y nacionales (Federación de Asociaciones de Matronas de España, 2007; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2008) que abogan por una menor intervención en la atención del parto normal .

En función de los estudios revisados y asumiendo los criterios APA sobre eficacia empíricamente validada (Chambless *et al.*, 1998), consideramos que el uso de la hipnosis en el manejo del dolor durante el parto se encontraría en estos momentos en el estadio de tratamiento probablemente eficaz al satisfacer el criterio I de dicho estadio: al menos dos experimentos que muestren el

tratamiento significativamente superior al grupo control. Los estudios revisados en su mayoría reflejan que el uso de la hipnosis en el parto:

(a) Reduce significativamente:

- el dolor percibido
- la ansiedad percibida
- la necesidad de incrementar la medicación analgésica
- el uso de medicación analgésica
- el uso de medicación intravenosa
- el uso de analgesia epidural
- el uso de oxitocina para acelerar el parto en primíparas
- la duración de los estadios I y II
- la duración de la estancia de la madre en el hospital
- la probabilidad de sufrir una intervención quirúrgica de la madre
- la probabilidad de padecer complicaciones durante el parto, incluso en presencia de factores de riesgo
- la probabilidad de sufrir *maternity blues* durante el postparto si poseen una alta sugestionabilidad

(b) Aumenta significativamente:

- la tasa de partos vaginales espontáneos
- la satisfacción de la madre con el parto y mejora la experiencia del mismo
- las puntuaciones Apgar un minuto después del nacimiento
- las puntuaciones Apgar cinco minutos después del nacimiento
- la duración del periodo de gestación
- el peso de los hijos

La investigación en este campo es prometedora pero no ha de seguir incurriendo en las limitaciones metodológicas anteriormente expuestas, para poder obtener resultados de validez que doten a la hipnosis de evidencia suficiente para extender y generalizar su aplicación práctica y clínica.

En futuros estudios debería ser valorable ofrecer al menos (a) información relativa a la formación y experiencia en hipnosis de los técnicos encargados de impartir el tratamiento y (b) estudios o análisis del impacto económico (como también proponen Madden, Middleton, Cyna, Matthewson y Jones, 2012), que pueda suponer la generalización y aplicación de la hipnosis en las instituciones sanitarias responsables de la obstetricia (hospitales, centros de salud, servicios nacionales de salud, etc.).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anim-Somuah, M., Smyth, R. M. D., y Jones, L. (2011). Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12. Art. No.:* CD000331. doi: 10.1002/14651858.CD000331.pub3.
- American Psychological Association, Division 30: Society of Psychological Hypnosis (2005). *New definition: Hypnosis. The division 30 definition and description of hypnosis*. En red: http://www.apa.org/divisions/div30/define_hypnosis.html
- Bosch, X. (1998). Spanish doctors criticized for high tech births. *British Medical Journal*, 317, 1406.
- Castel, A., Salvat, M., Sala, J., y Rull, M. (2009). Cognitive-Behavioural group treatment with hypnosis: A randomized pilot trial in Fibromialgia. *Contemporary Hypnosis*, 26 (1), 48-59.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., ... Woody, S. R. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The clinical psychologist*, 51 (1), 3-16.
- Crawford, H. J., Knebel, T., Vendamia, J. M. C., Horton, J. E., & Lamas, J. R. (1999). La naturaleza de la analgesia hipnótica: Bases y evidencias neurofisiológicas. *Anales de Psicología*, 15 (1), 133-146.
- Cyna, A. M., Andrew, M. I., & McAuliffe, G. L. (2006). Antenatal self-hypnosis for labour and childbirth: a pilot study. *Anaesth Intensive Care*. 34 (4), 464-469.
- Cyna, A., Crowther, C., Robinson, J., Andrew, M., Antoniou, G., Baghurst P. (2013). Hypnosis Antenatal Training for Childbirth: A randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 120, 1248–1259. doi: 10.1111/1471-0528.12320
- Davidson, J. A. (1962). An assessment of the value of hypnosis in pregnancy and labour. *British Medical Journal*, 2, 951–953.
- Dick-Read, G. (1942). *Childbirth without fear*. London: William Heinemann.
- Federación de Asociaciones de Matronas de España (2005). *Iniciativa parto normal. Un documento de consenso*. Observatorio de salud de la mujer. Obtenido de: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal>
- Fernández-Guisasola Mascías, J. (2004). *Analgesia epidural obstétrica: organización y aspectos clínicos en un hospital general* (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones). Obtenido de <http://biblioteca.ucm.es/tesis/med/ucm-t26610.pdf>
- Freeman, R. M., MacCauley, A. J., Eve, L., & Chamberlain, G. V. P. (1986). Randomized trial of self-hypnosis for analgesia in labour. *British Medical Journal*, 292, 657-658.
- González Ordi, H. (2005). El empleo de las técnicas de sugestión e hipnosis en el control y reducción del dolor: implicaciones para la Psicooncología. *Psicooncología*, 2 (1), 117-130.
- González Ordi, H. (2006). Hipnosis Clínica: Aplicaciones de las Técnicas de Sugestión en Psicología Clínica y de la Salud. *Psicología Conductual*, vol. 14, 3, 467-490.

- González Ordi, H. (2013). *Hipnosis en el siglo XXI*. Madrid: Editorial Grupo 5.
- Guthrie, K., Taylor, D.J., & Defriend, D. (1984). Maternal hypnosis induced by husbands. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 5, 93-96.
- Harmon, T., Hynan, M., & Tyre, T. (1990). Improved obstetric outcomes using hypnotic analgesia and skill mastery combined with childbirth education. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 525-530.
- I.A.S.P. (1979). Subcommittee on Taxonomy. Pain terms: A list with definitions and notes on usage. *Pain*, 6, 249-252.
- Jané, M., Prats, R., & Plasència, A. (2009). *Educación maternal: preparación para el nacimiento*. Barcelona: Direcció General de Salut Pública.
- Jenkins, M. W., & Pritchard, M. H. (1993). Hypnosis: Practical applications and theoretical considerations in normal labour. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 100, 221-226.
- Jensen, M. P. (2009). Hypnosis for chronic pain management: A new hope. *Pain*, 146, 235-237.
- Johanson, R., Newburn, M., & Macfarlane, A. (2002). Has the medicalization of childbirth gone too far? *British Medical Journal*, 324, 892-895.
- Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., Jordan, S., Lavender, T., & Neilson, J. P. (2012). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. DOI: 10.1002/14651858.CD009234.pub2.
- Ketterhagen, D., VandeVusse, L., & Berner, M. A. (2002). Self-hypnosis: Alternative anesthesia in labor. *MCN: American Journal of Maternal/Child Nursing*, 27 (6), 335-340.
- Landolt, A. S., & Milling, L. S. (2011). The efficacy of hypnosis as an intervention for labor and delivery pain: A comprehensive methodological review. *Clinical Psychological Review*, 31, 1022-1031.
- Letts, P. J., Baker, P. R. A., Ruderman, J., & Kennedy, K. (1993). The Use of Hypnosis in Labor and Delivery: A Preliminary Study. *Journal of Women's Health*, 2 (4), 335-341.
- Lioffi, C., Santacangelo, E. L., & Jensen, M. P. (2009). Bursting the Hypnotic bubble: Does hypnotic analgesia work and if yes how? *Contemporary Hypnosis*, 26 (1), 1-3.
- Lowe, N. K. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186 (1), 16-24.
- Madden, K., Middleton, P., Cyna, A. M., Natthewson, M., & Jones, L. (2012). Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, Art. No.: CD009356. DOI: 10.1002/14651858.CD009356.pub2.
- Mairs, D. (1995). Hypnosis and Pain in Childbirth. *Contemporary Hypnosis*, 12 (2), 111-118.

- Martin, A., Schauble, P., Rai, S., & Curry, R. (2001). The effects of hypnosis on the labor processes and birth outcomes of pregnant adolescents. *Journal of Family Practice*, 50, 441–443.
- Mehl-Madrona, L. (2004). Hypnosis to Facilitate Uncomplicated Birth. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46 (4), 299-312.
- Melzack, R., & Casey, K. L. (1968). Sensory, motivational, and central control determinants of pain: A new conceptual model. En: Kenshalo, D., editor. *The skin senses*. Springfield, I. L.: Charles C. Thomas, p. 423-39.
- Melzack, R. (1984). The myth of painless childbirth (The John J. Bonica Lecture). *Pain*, 19 (4), 321-337.
- Mendoza, M. E., y Capafons, A. (2009). Eficacia de la hipnosis clínica: Resumen de su evidencia empírica. *Papeles del psicólogo*, vol. 30 (2), 98-116.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Estrategia de Atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*. Obtenido de: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>
- Moix, J. (2002). La hipnosis en el tratamiento del dolor. *Revista de la sociedad española del dolor*, 9, 525-532.
- Olza, I. (2010). Prólogo. En Schmid, V. *El dolor del parto: Una nueva interpretación de la fisiología y la función del dolor*, 9-15. Tenerife: Editorial OB STARE.
- Organización Mundial de la Salud (1996). *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Departamento de investigación y salud reproductiva. Obtenido de: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_spa.pdf
- Patterson, D. R., & Jensen, M. P. (2003). Hypnosis and clinical pain. *Psychological Bulletin*, 129, 495-521.
- Porter, J. (2004). Analgesia in labour: Alternative techniques. *Analgesia and Intensive Care Medicine*, 235.
- Rivera, A., & Leñero, R. (en red). Alternativas de Analgesia y Anestesia en la Paciente Obstétrica. Obtenido de <http://smago.org.mx/memorias/VII%20curso/11.pdf>
- Rock, N., Shipley, T., & Campbell, C. (1969). Hypnosis with untrained, nonvolunteer patients in labor. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 17, 25–36.
- Sala Payá, J. (2003). Hipnosis en el tratamiento del dolor. *Medicina Clínica*, 121 (6), 219-20.
- Schmid, V. (2010). *El dolor del parto: Una nueva interpretación de la fisiología y la función del dolor*. Tenerife: Editorial OB STARE.
- Smith, C. A., Collins, C. T., Cyna, A. M., & Crowther, C. A. (2006). Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD003521. doi: 10.1002/14651858.CD003521.pub2

- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2008). *Recomendaciones sobre la asistencia al parto*. Obtenido de: http://www.sego.es/Content/pdf/20080117_recomendacion_al_parto.pdf
- Stoelb, B. L., Molton, I. R., Jensen, M. P., & Patterson, D. R. (2009). The efficacy of hypnotic analgesia in adults: A review of the literature. *Contemporary Hypnosis* 26 (1), 24-39.
- VandeVusse, L., Irland, J., Berner, M., Fuller, S., & Adams, D. (2007). Hypnosis for Childbirth: A Retrospective Comparative Analysis of Outcomes in One Obstetrician's Practice. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 50 (2), 109-119.
- Venn, J. (1987). Hypnosis and Lamaze Method - An exploratory study: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 35, 79-82.
- Vlaeyen, J. W. S., y Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85, 317-332.
- Werner, A., Uldbjerg, N., Zachariae, R., Sen Wu, C., & Nohr, E. A. (2013). Antenatal hypnosis training and childbirth experience: a randomized controlled trial. *Birth*, 40 (4), 272-280.
- Werner, A., Uldbjerg, N., Zachariae, R., & Nohr, E. A. (2013). Effect of self-hypnosis on duration of labor and maternal and neonatal outcomes: a randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92 (7), 816-823.
- Werner, A., Uldbjerg, N., Zachariae, R., Rosen, G., & Nohr, E. (2013). Self-hypnosis for coping with labour pain: a randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120 (3), 346-353.
- Wijma, K., Wijma, B., & Zar, M. (1998). Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 19 (2), 84-97. doi: 10.3109/01674829809048501.

ANEXO

Tabla 2. Síntesis de resultados de los estudios seleccionados

Autores	Muestra	Localización	Trimestre inicio tratamiento	Nº Sesiones	Condiciones de tratamiento	Resultados
Davidson (1962)	210	UK	Lo antes posible	6	AH vs. EdM	<ul style="list-style-type: none"> - Duración estadio 1 AH < EdM. - Uso medicación analgésica AH < EdM. - Pérdida de sangre AH = EdM. - Episotomías AH < EdM (p=0,1). - Satisfacción parto AH > EdM.
Rock et al., (1969)	40	EEUU	HH	0	HH vs. AME	<ul style="list-style-type: none"> - Cantidad de analgésico (epidural y otros) HH < AME. - Experiencia de parto dolorosa HH < AME.
Guthrie et al., (1984)	16	Escocia	*nd	6-8	HH + AH vs. AME	<ul style="list-style-type: none"> - Puntuaciones de dolor percibido HH + AH < AME (p=0,01). - Satisfacción parto HH + AH = AME.
Freeman et al., (1986)	65	Londres (UK)	Semana 32	1 sesión/semana desde la semana 32 de gestación	AH vs. EdM	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de epidural AH = EdM. - Sugestionabilidad (epidural): ↑ Sugestionabilidad en AH < ↓ Uso de epidural. - Alivio del dolor AH = EdM. - Satisfacción parto AH > EdM (p=0,08). - Duración parto AH > EdM.
Venn (1987)	122	EEUU	*nd	*nd	AH vs. L vs. L+AH	<p>No hay ≠ significativas entre AH, L y AH + L en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puntuaciones de dolor percibido. - Satisfacción con el parto. - Duración del parto. - Puntuaciones de dolor por enfermeras. - Uso de analgésicos. - Sugestionabilidad.
Harmon et al., (1990)	60	Wisconsin (EEUU)	Finales 2º trimestre	6	AH + EdM vs. EdM	<ul style="list-style-type: none"> - Duración estadio 1 AH + EdM < EdM. - Uso de medicación AH + EdM < EdM. - Nº partos vaginales espontáneos AH + EdM > EdM. - Puntuaciones Apgar 1' y 5' AH + EdM > EdM. - A mayor sugestionabilidad, menor probabilidad de <i>maternity blues</i> utilizando AH + EdM.

Jenkins & Pritchard (1993)	862	Aberdare, Gales (UK)	*nd	6	AH vs. AME	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de medicación AH < AME en primíparas y secundíparas. - Duración del estadio 1 AH < AME en primíparas y secundíparas. - Duración del estadio 2: AH < AME en primíparas; AH = AME en múltiparas.
Letts et al. (1993)	495	Toronto (Canadá)	Semana 32	2	AH vs. SC vs. AME	<ul style="list-style-type: none"> - Duración de los embarazos AH > SC (p=0,012). - Peso de los bebés AH > SC (p=0,022). - Puntuaciones Apgar 5' AH=SC. - Rupturas artificiales de la bolsa AH = SC > AME (p=0,028). - Uso de medicación intravenosa AH < SC (p=0,023) y AME (p=0,014). - Intervenciones (epidural - fórceps - episiotomía) AH < AME (p=0,033). - Duración 2º estadio AH < SC (p=0,008). - Satisfacción con el parto AH = SC. - Uso de Epidural AH < SC (p=0,025) y AME (p=0,035). - Partos vaginales espontáneos AH = AME > SC (p=0,09).
Mairs (1995)	55	Irlanda del Norte	Entre las semanas 26 y 37	4	AH vs. EdM	<ul style="list-style-type: none"> - Manifestación de dolor y ansiedad tras el parto AH < EdM. - Uso de medicación AH = EdM.
Martin et al., (2001)	42	Florida (EEUU)	Semana 24	4	AH vs. SC	<ul style="list-style-type: none"> - Estancia de la madre en hospital AH < SC. - Probabilidad de sufrir intervención quirúrgica la madre AH < SC. - Probabilidad de sufrir complicaciones en el parto AH < SC. - Uso de medicación AH < SC (p>0,05).
Mehl-Madrona (2004)	520	Arizona (EEUU)	Primer y segundo trimestre	1-60	AH vs. SC vs. AME	<ul style="list-style-type: none"> - Complicaciones y uso de medicación durante el parto (cesáreas, aplicación de oxitocina, epidural, otros analgésicos) AH < AME y SC. - Variables asociadas a partos complicados: ↑ niveles de ansiedad, miedo, ↓ identidad maternal, creencias negativas sobre el parto, depresión, estrés y falta de apoyo social. - Complicaciones en presencia de esas variables AH < AME y SC. - Complicaciones parto AH < AME y SC. - Mejorías obstétricas AH > AME y SC.

Cyna et al., (2006)	3326	Adelaida (Australia)	Semana 30	Hasta 4	AH vs AME	<p>En primíparas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tasa de uso de anestesia epidural AH < AME. - Uso de oxitocina para acelerar el parto AH < AME. <p>En múltiparas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tasa de uso de anestesia epidural AH = AME. - Uso de oxitocina para acelerar el parto AH = AME.
VandeVusse et al., (2007)	101	EEUU	*nd	5	AH vs AME	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de sedantes, analgésicos y epidural AH < AME. - Puntuaciones Apgar 1min AH > AME. - Duración estadio 1 algo más corta en AH: AH ≈ AME
Cyna et al. (2013)	448	Adelaida (Australia)	Semana 34	3	AH + CD vs CD vs AME	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de medicación analgésica AH + CD = CD = EM - Uso de medicación analgésica AH + CD + Y < CD + Y = ED + Y. - Tasa de partos inducidos AH + CD > CD = EM. - Modo de parto, duración media del parto, duración de la estancia de la madre en el hospital posparto, tasa de admisión en la UCI, tasa de episiotomías, necesidad de transfusiones de sangre, intensidad del dolor percibido, satisfacción con la experiencia del parto, sensación de control, y más variables secundarias: AH + CD = CD = EM
Werner et al., (2013a)	1222	Aarhus (Dinamarca)	Semana 28	3	AH vs Rel vs AME	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de epidural AH = Rel = AME. - Puntuaciones de dolor auto-informadas AH = Rel = AME.
Werner et al., (2013b)	1222	Aarhus (Dinamarca)	Semana 28	3	AH vs Rel vs AME	<ul style="list-style-type: none"> - Tasa de partos vaginales AH = Rel = AME. - Duración desde la llegada al paritorio hasta el inicio de la fase expulsiva AH = Rel = AME. - Cesáreas urgentes AH = Rel = AME. - Uso de oxitocina u otras intervenciones durante el parto AH = Rel = AME. - Lactancia materna Ah = Rel = AME. - Preferencias en el tipo de parto AH = Rel = AME. - Sugestionabilidad efecto reducido AH = Rel = AME. - N° de partos que comenzaron con la bolsa rota AH > Rel = AME.

Werner et al., (2013c)	1222	Aarhus (Dinamarca)	Semana 28	3	AH vs Rel vs AME	<ul style="list-style-type: none"> - Mejor experiencia del parto AH > Rel > AME mediante la escala W-DEQ. - Puntuaciones W-DEQ: AH < Rel < AME.
------------------------------	------	-----------------------	-----------	---	---------------------	---