

TRABAJO DE FIN DE GRADO
GRADO EN ENFERMERÍA



**UNIVERSIDAD
DE ALMERÍA**

**BENEFICIOS DEL USO DEL HIPNOPARTO EN MUJERES EMBARAZADAS:
UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**BENEFITS OF THE USE OF HYPNOBIRTHING IN PREGNANT WOMEN: A
SYSTEMATIC REVIEW**

AUTOR

D.^a Nuria Barranco Callejón

DIRECTOR

Prof. Alicia Ruiz Muelle



**Facultad de
Ciencias de la Salud**
Universidad de Almería

Curso Académico
2021/2022
Convocatoria
Junio

AGRADECIMIENTOS:

Dedico este espacio para expresar mi más sincero agradecimiento a aquellos que me mostraron apoyo incondicional a lo largo de mi grado en Enfermería. En especial a mis padres que siempre creyeron en mí. Por otro lado, me gustaría agradecer a Alicia Ruiz Muelle, por la orientación, el seguimiento y la supervisión de mi proyecto. Por último, a los profesores de la universidad de Almería, por su enseñanza, disposición y la ayuda brindada para mi formación como enfermera.

RESUMEN.

Introducción: El parto es un momento crucial en la vida de la mujer, que, sin embargo, a veces se recuerda de una forma traumática, ya que está relacionado con sensaciones negativas, como el dolor. El hipn parto es un estado autoinducido de concentración en el que la mujer se abstrae de su entorno, pero no deja de tener consciencia de este. Se consigue mediante terapias neurolingüísticas, a través de clases durante el embarazo, para disminuir el miedo, dolor y la ansiedad de la mujer frente al parto.

Objetivo: Examinar la información disponible en la evidencia acerca de cómo las técnicas de hipnosis pueden influir en el trabajo del parto.

Diseño y métodos: Se realizó una revisión bibliográfica en enero de 2022, con artículos publicados de 2017 en adelante. A través de las bases de datos PubMed, PMC, Dialnet, Science Direct, Cuiden, Reserarch Gate y Cochrane Library, en inglés y español. Hipnosis, parto, embarazo y analgesia, fueron los principales descriptores usados, junto con los operadores booleanos OR y AND.

Resultados: La evidencia de los 7 artículos seleccionados, sugiere que la hipnosis prenatal puede ser de gran utilidad para el manejo del dolor en el parto y como método complementario o alternativo no farmacológico. El hipn parto también ayuda a las mujeres a tener mejores experiencias en el parto. Además, los estudios señalan que puede aportar grandes beneficios psicoemocionales, como la reducción de la ansiedad y el miedo ante el parto, y así obtener una experiencia más positiva, durante este.

Conclusiones: Las técnicas de hipnosis tienen un efecto beneficioso para la mujer, no solo a nivel de percepción del dolor, sino que también dotan a las mujeres de las herramientas necesarias para afrontar su miedo y ansiedad en el momento de parto. Puesto que la práctica del hipn parto es positiva para las embarazadas, es importante que los profesionales, como las enfermeras y matronas, tengan guías clínicas e información suficiente sobre esta técnica para dar clases de preparación al parto a través de esta filosofía de hipn parto.

Palabras Clave: *dolor; embarazadas; hipn parto; hipnosis; parto; parto positivo; revisión integradora.*

ABSTRACT.

Background: Childbirth is a crucial moment in a woman's life. However, is sometimes remembered in a traumatic way, since it is related to negative sensations, such as pain. Hypnobirthing is a self-induced state of concentration in which the woman withdraws from her surroundings, but remains aware of them. It is achieved through neurolinguistic therapies Through classes during pregnancy, it aims to reduce the fear, pain and anxiety of women in the face of childbirth.

Objective: It was to examine the information available in the evidence about how hypnosis techniques can influence labour.

Design and methods: A review of the available evidence was carried out in January 2021, with articles published from 2017 onwards. Through the PubMed, PMC, Dialnet, Science Direct, Cuiden, Research Gate and Cochrane Library databases, in English and Spanish. Hypnosis, childbirth, pregnancy and analgesia, were the main descriptors used with the boolean operators OR and AND.

Result: The evidence of the 7 selected articles suggests that prenatal hypnosis can be very useful for pain management in childbirth and as a complementary or alternative non-pharmacological method. It also helps women to have better experiences in childbirth. In addition, studies indicate that they can provide great psycho-emotional benefits, such as reducing anxiety and fear of childbirth, and thus obtain a more positive experience during it.

Conclusions: Hypnosis techniques have a beneficial effect on women, not only at the level of pain perception, but also provide women with the necessary tools to face their fear and anxiety at the time of childbirth. Since the practice of hypnobirthing is positive for pregnant women, it is important that professionals, such as nurses and midwives, have clinical guidelines and sufficient information on this technique to teach childbirth preparation classes through this philosophy of hypnobirthing.

Key words: *birth; hypnobirthing; hypnosis pregnant; integrative review; pain; positive delivery; women.*

ÍNDICE.

RESUMEN	4
ABSTRACT	5
1. INTRODUCCIÓN.	7
1.1 Contextualización de la experiencia de parto.	7
1.2 Dolor en el parto.	8
1.3 Tratamiento.	9
1.3.1 Tratamiento farmacológico.	9
1.3.2 Tratamiento no farmacológico.	10
1.4 Historia del hipn parto y el cambio de paradigma.	10
1.5 Qué es el hipn parto.	12
1.6 Objetivos.	13
2. METODOLOGÍA.	14
2.1 Diseño del estudio.	14
2.2 Pregunta de investigación.	14
2.3 Estrategia de búsqueda:	14
2.4 Criterios de inclusión y exclusión.	16
2.5 Procedimiento.	17
3. RESULTADOS	17
3.1 Hipn parto y reducción del dolor.	23
3.2 Ansiedad y miedo al parto.	23
3.3 Características del parto, postparto y nacimiento del bebé.	24
3.4 Implicaciones del uso del hipn parto en profesionales de la salud que participan en el parto.	26
4. DISCUSIÓN.	27
5. CONCLUSIONES	30
6. BIBLIOGRAFÍA.	30

INDICE DE TABLAS.

Tabla 1. Formulación de la pregunta según formato PICO.	14
Tabla 2. Descriptores de búsqueda utilizados.	15
Tabla 3. Resumen de la estrategia de búsqueda bibliográfica.	15
Tabla 4. Tabla de resultados	19

INDICE DE FIGURAS.

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA..... 17

1. INTRODUCCIÓN.

1.1 Contextualización de la experiencia de parto.

El embarazo es un momento crucial en la vida de una mujer. Presenta grandes retos y hace a la mujer cuestionarse, si será capaz de enfrentarse a todo lo que implica un embarazo, un parto y finalmente ser madre. Por lo tanto, el embarazo no es solo una cuestión física, sino que también es toda una experiencia emocional. El momento del parto marca el recuerdo que se tenga de por vida del embarazo y del nacimiento del bebé. Por ello es muy importante que el parto se viva como algo positivo y saludable (Mitchell, 2016).

Desde el punto de vista anatómico el parto normal es la expulsión del feto por el útero en posición cefálica entre la semana 37 y 42, continuada por la salida de los anejos (González, 2012). La Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) define el parto normal como “El proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo”(FAME, 2011).

En base a esta última definición hablaremos del parto no solo como un proceso fisiológico, si no como experiencia de parto. Esta experiencia es compleja y multidimensional y está íntimamente relacionada con la salud del bebé y de la madre, así como con la aceptación del nuevo rol de la mujer como madre. Esta experiencia de parto puede ser:

- Positiva: está en relación con la confianza, consolidación del rol de madre, lactancia eficiente.
- Negativa: puede dar lugar a depresión postparto, estrés postraumático, problemas con su red de apoyo.

Estas experiencias forjarán las expectativas que se tengan de embarazos y partos futuros. Una experiencia negativa está relacionada con un mayor número de problemas con posteriores partos (González, 2012).

1.2 Dolor en el parto.

Las emociones más íntimamente ligadas al parto son el miedo, el temor, la falta de autoconfianza y el dolor (González, 2012). Aunque el parto sea un momento muy especial en la vida de la mujer, el dolor es la característica que se le atribuye con más frecuencia. Los llamados factores externos modifican la experiencia del dolor en el parto. Estos son factores sociales, como el ambiente de la mujer durante el embarazo, apoyo recibido, relación terapéutica, aprendizaje sobre métodos analgésicos y patrones culturales aprendidos. Las mujeres que se han enfrentado al parto, independientemente de su cultura, hablan del parto como la experiencia más dolorosa de su vida. A pesar de que en todas las culturas la palabra dolor va de la mano con el parto, no en todas tiene igual significado (Mallén et al., 2015).

En el caso de las mujeres hispanas, tienen una creencia cultural que las liga al dolor en el parto, es decir, sienten que el dolor en el parto es un mal necesario para tener un hijo, lo que hace que muestren una menor tendencia a elegir procedimientos médicos invasivos y analgesia farmacológica. Aceptan el dolor y lo reciben de forma natural, viéndolo como un trámite para reunirse con su hijo (Gonzalez et al., 2021). Las mujeres de Europa del Este y África subsahariana, en el momento del parto, culturalmente se muestran firmes y serenas, mientras hacen sonidos o cantos de sus culturas. La mujer árabe, como migrante en España, encuentra dificultades al comunicarse con el personal de la salud. Esto puede sentirse como una falta de apoyo emocional, algo que las predispone a una mayor experiencia de dolor. Para las mujeres musulmanas, la presencia de sus redes de apoyo en el parto es tan importante como para el resto de las mujeres, pero para ellas, además, tiene un valor especial ya que, por ejemplo, en Marruecos existe la tradición de que todas las mujeres de la casa acompañan a la mujer en el parto (Suárez & Plaza del Pino, 2018).

De igual forma, el dolor en el parto también está influido por factores internos, como experiencias de dolor previas, si se es primípara o multípara, cómo entiende la mujer el parto, el nivel de ansiedad o temor que asocia al parto, etc. (Mallén et al., 2015).

El dolor se define como una experiencia sensitivo-perceptual y emocional que es compleja y única, en relación con una lesión física potencial o real. Cuando hablamos de lesión potencial o experiencia emocional nos centramos en los aspectos más psicológicos del dolor. El dolor es una experiencia subjetiva que se puede experimentar

sin necesidad de una lesión real o de distinta manera por cada persona a pesar de presentar la misma lesión real (Lorenzo et al., 2016). Según Cuartero et al., (2021) el dolor en el parto es diferente en función de la etapa del parto en la que nos encontremos:

- Primera etapa o periodo de dilatación: se origina por la distensión e isquemia de la musculatura del útero por las contracciones y la dilatación cervical transmitido por las fibras nerviosas de T10-L1. El dolor puede localizarse en la región lumbosacra, pared abdominal, crestas iliacas, muslos o glúteos.
- Segunda etapa o periodo de expulsión: se produce por la distensión de las fibras vaginales, periné y suelo pélvico transmitido por los nervios pudendos por S2-S4. El dolor se localiza en la zona que se está estimulando.
- Tercera etapa o periodo de alumbramiento: el dolor aparece con la estimulación de las fibras vaginales por la presión de la expulsión de la placenta.

El 60% de las primíparas y el 36% de las multíparas experimentan este dolor como severo, muy severo o intolerable. El dolor intolerable es muy superior al experimentado en pacientes oncológicos no terminales, al dolor artrítico, neuralgia postherpética o dolores dentales (Ramón & Díaz, 2008).

1.3 Tratamiento.

1.3.1 Tratamiento farmacológico.

Existen una gran variedad de métodos farmacológicos utilizados para tratar el dolor en el parto. Los más utilizados son: los opiáceos sistémicos, inhalación de óxido nitroso, anestésicos locales, medicamentos no opioides y analgesia neuroaxial (Cuartero et al., 2021).

La analgesia neuroaxial es muy distinguida por ser un método muy efectivo contra el dolor, es muy utilizada, sobre todo, en países desarrollados. Consiste en inyectar fármacos que adormecen a la mujer de cintura para abajo, aliviando el dolor en del parto. Dependiendo de dónde se inyecte el fármaco, hablaremos de analgesia epidural, espinal o epidural-espinal combinada. En la epidural se infunden medicamentos en el espacio epidural a través de un catéter, de manera continua. Actualmente se combinan anestésicos locales a bajas dosis en combinación con opiáceos, ya que estos disminuyen problemas relacionados con un exceso de adormecimiento en las piernas, pero hay que tener en

cuenta que atraviesan la placenta. En la espinal, se inyecta el medicamento directamente en el líquido que rodea los nervios de la columna vertebral, cuya efectividad es más rápida que la epidural, pero también es menos duradera (Simmons et al., 2012).

Sin embargo, la analgesia neuroaxial está relacionada con un mayor riesgo de parto vaginal instrumental, hipotensión materna, retención de orina, segunda etapa del parto o periodo expulsivo más largo, cesárea, sufrimiento fetal y el aumento de intervenciones médicas, como la administración de oxitocina sintética, que aumenta el dolor durante el parto (Lorenzo et al., 2016).

Basándonos en las dos dimensiones que presenta el dolor, una meramente física y otra de sufrimiento psicológico, podemos afirmar que la eliminación física del dolor no es necesariamente indicador de un parto satisfactorio, ya que la ausencia de dolor físico no descarta el sufrimiento psicológico de la mujer durante el parto. Las técnicas farmacológicas no reducen el nivel de ansiedad y miedo que la mujer experimenta ante el dolor (Azizmohammadi & Azizmohammadi, 2019).

1.3.2 Tratamiento no farmacológico.

Al igual que el tratamiento farmacológico, se están llevando a cabo otras terapias alternativas y técnicas complementarias como: hidroterapia (Mallen-Perez et al., 2018), termoterapia (Fernandez, 2014), masaje (Smith et al., 2018), pelota de parto (Delgado et al., 2019), inyección de agua estéril (Caballero et al., 2016), estimulación nerviosa transcutánea (Fernandez, 2014), reflexología (Smith et al., 2018), acupuntura y acupresión (Caballero et al., 2016). También existen otras terapias complementarias que no están basadas en procedimientos físicos, como son la aromaterapia (Chen et al., 2019), musicoterapia (Santiváñez et al., 2020), ejercicios de respiración y de relajación (Fernandez, 2014), biofeedback e hipnosis (Cuartero et al., 2021).

1.4 Historia del hipnoparto y el cambio de paradigma.

El uso de la hipnosis en el parto para disminuir el dolor se documentó por primera vez en 1858 por James Braid. La Unión Soviética en los años 50 usaba de forma rutinaria la hipnosis en la preparación al parto para disminuir el gasto que suponían los métodos analgésicos farmacológicos. En 1940 el ginecólogo francés Fernand Lamaze visitó Moscú y quedó sorprendido con los resultados de dicha técnica y dedicó su carrera a

promocionar el “Método Lamaze”, basado en el proceso de hipnosis en el parto. Fernand evitó usar el término hipnosis tras encontrar respuestas negativas y falsas interpretaciones de la palabra “hipnosis”. En 1940 en Estados Unidos el médico Robert Bradley desarrolló un programa de preparación al parto basado en la hipnosis. Lo llamó “relajación profunda” por experimentar el mismo rechazo que Fernand a la palabra “hipnosis” (Moreno, 2018).

En los años 60 empieza a ser un método popular ya que surgen diversas publicaciones que abalan su efectividad. Años más tarde, esta terapia es conocida como “hipnoparto”, nombre que se le atribuye a Michelle Leclair O’Neill en 1987. Dos años después Marie Mongan creó el método Mongan en su libro “HypnoBirthing: A Celebration of Life”. Mongan se inspiró en sus experiencias de parto y en las técnicas de relajación del Dr. Grantly Dick-Read, para ofrecer una preparación al parto que tenía como objetivo lograr que las madres viesen el parto de forma positiva, enseñar habilidades de relajación profunda, visualización y autohipnosis. Desarrolló el principio principal de la filosofía del hipnoparto: “la creencia de que cada mujer tiene dentro de sí el poder de invocar su instinto maternal natural, para dar a luz a sus bebés con alegría y comodidad de una manera que refleja la naturaleza” (Varner, 2015).

Desde ese momento hasta hoy los profesionales de la salud han ido desarrollando métodos que, a pesar de usar nombres diferentes y variaciones en sus terapias, se basan en la filosofía del hipnoparto. Todos tienen como piedra angular la eliminación de miedos y el afrontamiento del parto de forma positiva, a través de terapias psicológicas (Moreno, 2018).

A pesar de que estas técnicas alternativas, como el hipnoparto, se conocen desde hace mucho tiempo, han empezado a tener verdadera repercusión en los últimos tiempos. El abandono del modelo médico paternalista en los últimos 30 años ha ido dando paso a una asistencia sanitaria más humanizada (Celedón, 2016). Hoy en día, un parto humanizado es aquel que comprende a la mujer de forma holística, con profesionales de la salud que permiten que la mujer se sienta acompañada, con acceso a la información y respeto de su intimidad, además de su toma de decisiones de acuerdo con su comodidad y bienestar (Fray & Rivera, 2018).

Todos estos cambios basados en una visión menos medicalizada del parto han dado paso al empleo de las técnicas alternativas o complementarias como el hipnoparto.

El hipnoparto muestra al profesional de la salud como una figura que da herramientas y apoyo a la mujer, con el objetivo final de empoderarla y que se sienta protagonista de su parto (Pereda, 2019).

1.5 Qué es el hipnoparto.

A pesar de que la palabra hipnoparto contemple la palabra “hipnosis”, derivada del griego que significa sueño, el hipnoparto no es un estado de sueño, si no que se trata de un estado autoinducido de concentración en el que la mujer se abstrae de su entorno, pero no deja de tener consciencia de este. Durante este estado de trance se pueden establecer sugerencias terapéuticas mediante terapias neurolingüísticas, a través de clases en el embarazo, para así disminuir el miedo, dolor y la ansiedad. Esta terapia permite que, en el parto, la mujer entre en un estado de autohipnosis y relajación, aprendido en dichas clases, centrándose en su capacidad para parir de forma natural y retroalimentándose con mensajes positivos, para así sentirse segura de que tiene las herramientas necesarias para parir con éxito a su hijo (Cuartero et al., 2021).

Durante el día tenemos, al menos, dos periodos de hipnosis: cuando estamos a punto de dormir y al despertar. En estos dos momentos no estamos ni dormidos, ni despiertos. Algo parecido pasaría con la autohipnosis, en la cual se produce un estado agradable de profunda relajación. Durante las sesiones previas al parto el profesional de la salud, normalmente matrona o enfermera, accede al subconsciente de la persona mediante técnicas de relajación y cognitivo conductuales para cambiar la visión negativa que se tiene del parto (Moreno, 2018). Estas técnicas ayudan a la mujer a afrontar sus miedos en el momento del parto y empodera a la mujer para estar segura de sí misma, a través de relajación guiada, meditación e información sobre qué va a sentir en cada momento de su parto y cómo poder gestionarlo (Madden et al., 2016).

Además, el hipnoparto no se muestra independiente de la parte fisiológica del parto, ya que está muy relacionado con la secreción hormonal. La secreción de oxitocina ayuda a generar contracciones uterinas, es secretada por el sistema parasimpático, es decir, su secreción será más eficiente y el parto más eficaz en un estado de relajación y confianza, estado al que se pretende llegar a través del hipnoparto. Si la mujer detecta amenaza o peligro secreta adrenalina por el sistema nervioso simpático. La adrenalina es antagonista de la oxitocina, por lo tanto, un estado de alerta en la mujer complicará la

inducción del parto, generando contracciones uterinas descoordinadas. De igual forma, las endorfinas actúan como un analgésico natural de nuestro cuerpo aumentando a medida que el dolor lo hace. Sin embargo, el empleo de fármacos analgésicos inhibe las endorfinas, ya que el organismo no percibe dolor y no las secreta (Moreno, 2018).

Por tanto, un estado de confianza durante el parto, mediante técnicas de hipn parto, facilitará que la mujer conecte con su cuerpo y reducirá la necesidad de emplear tratamiento farmacológico, ya que esto favorece la secreción de hormonas que contribuyen a una disminución del dolor y una experiencia más satisfactoria durante el parto (Atis & Rathfisch, 2018). El dolor tiene un origen multifactorial, íntimamente ligado a la psicología. El miedo ante el dolor en el parto es único para cada persona, eso es lo que trata de abordar el hipn parto, miedos específicos de cada mujer, derivados de su cultura, ambiente y sociedad. El hipn parto reemplaza este miedo y ansiedad por seguridad y confianza a través de técnicas de relajación y autohipnosis. Al mismo tiempo dota a las mujeres de información necesaria para sentirse capaces de tomar sus propias decisiones y entender los diferentes procesos por los que pasará su cuerpo en el momento del parto (Gözde & Pinar, 2017).

Es en la eficacia que presenta el hipn parto en el trabajo del parto y en el aumento de una experiencia más positiva, en lo que se pretende profundizar con esta revisión bibliográfica, con el fin de reunir la evidencia más actual disponible.

1.6 Objetivos.

Objetivo general:

El propósito de esta revisión bibliográfica fue examinar la información disponible en la evidencia acerca de cómo las técnicas de hipnosis pueden influir en el trabajo del parto.

Objetivos específicos:

- Analizar los resultados de las investigaciones existentes sobre la eficacia de la hipnosis y las intervenciones del hipn parto en la reducción del dolor.
- Valorar cómo varían la ansiedad y el miedo en el parto de las mujeres que usan técnicas de hipn parto.

- Examinar las características del parto, postparto y nacimiento del bebe en mujeres que practican el hipn parto.
- Evaluar el nivel de conocimiento, implicación y percepción de los profesionales de la salud, de las técnicas de hipn parto.

2. METODOLOGÍA.

2.1 Diseño del estudio.

Se llevó a cabo una revisión integradora para recopilar la bibliografía actual que existe acerca de la hipnosis en el parto y, mediante una lectura crítica de los resultados, sacar conclusiones acerca de cuál es el conocimiento disponible sobre sus beneficios.

2.2 Pregunta de investigación.

La pregunta de investigación que se planteó fue: “¿En las mujeres embarazadas adultas en el momento del parto, la preparación al parto a través de la terapia del hipn parto, disminuye el dolor e induce a una experiencia más positiva durante este en comparación con aquellas que no usaron esta terapia?”. Para analizar la pregunta se descompuso y posteriormente se organizó utilizando la estrategia PICO, cuya estructura está compuesta por: Paciente- Intervención- Comparación- Resultados (PICO) (Santos et al., 2007) (Tabla 1).

Tabla 1. Formulación de la pregunta según formato PICO.

P	I	C	O
Mujeres embarazadas adultas en el momento del parto.	Terapia del hipn parto.	No usar terapia del hipn parto	Disminución del dolor y experiencia positiva de parto.

2.3 Estrategia de búsqueda:

Para dar respuesta a la pregunta clínica se realizó una búsqueda en la literatura disponible usando el lenguaje natural y descriptores Mesh (Tabla 2).

Tabla 2. Descriptores de búsqueda utilizados.

CASTELLANO	INGLÉS	MESH
Embarazadas	Pregnants	Pregnancy
Hipnosis, autohipnosis	Hypnosis, self-hypnosis, hypnotherapy	Hypnosis
Analgesia, reducción dolor	Analgesia, less pain, reduce pain	Analgesia
Parto, experiencia de parto	Birth, childbirth experience	Childbirth

La búsqueda bibliográfica se realizó durante el mes de enero de 2022, empleando las bases de datos PubMed, PMC, Dialnet, Scielo, y Cuiden. Además, se buscó en otras plataformas de investigación como ResearchGate, (Tabla 3).

Tabla 3. Resumen de la estrategia de búsqueda bibliográfica.

Bases de datos	Descriptores de búsqueda y operadores booleanos	Total de artículos encontrados	Artículos seleccionados tras filtros y exclusión	Artículos seleccionados tras exclusión por duplicidad	Artículos seleccionados tras lectura crítica
Pubmed	(((Reduce pain) OR (Less pain)) OR (Analgesia)) AND (((Hypnosis) OR (Hypnotherapy)) OR (Self-hypnosis)) AND ((Pregnant) OR (Pregnancy)) AND ((Childbirth) OR (Childbirth experience))	39	4	0	4
PMC	(((Reduce pain) OR (Less pain)) OR (Analgesia)) AND (((Hypnosis) OR (Hypnotherapy)) OR (Self-hypnosis)) AND ((Pregnant) OR (Pregnancy)) AND ((Childbirth) OR (Childbirth experience))	299	2	0	1

Dialnet	Analgesia AND Hipnosis AND Embarazo AND Parto	2	0	0	0
Science Direct	(Analgesia) AND (Hypnosis) AND (Pregnant OR Pregnancy) AND (Childbirth)	285	2	0	1
Cuiden	Analgesia AND Hipnosis AND Embarazo AND Parto	1	0	0	0
Research Gate	((((Pregnancy) OR (Pregnant)) OR (Childbirth)) AND (((Hypnosis) OR (Hypnotherapy)) OR (Hypnobirthing))) AND (((Reduce pain) OR (Less pain)) OR (Analgesia))	100	9	1	3

2.4 Criterios de inclusión y exclusión.

Para la selección de los artículos de la revisión se utilizaron una serie de criterios de inclusión y exclusión, los criterios de inclusión fueron:

- Artículos publicados en los últimos 6 años.
- Población mayor a 18 años.
- Población de mujeres embarazadas adultas, durante dicho embarazo y/o durante el parto.
- Mujeres nulíparas y/o multíparas.
- Se incluyeron estudios tanto cualitativos como cuantitativos.
- Idiomas: español, inglés, portugués.

Así como los criterios de exclusión consistieron en:

- Artículos que no hicieran referencia en sus objetivos al hipn parto o a la hipnosis en el parto.
- Artículos que no tuvieran en consideración las experiencias subjetivas de las mujeres durante el parto.
- Estudios que no se pudiera acceder a su texto completo.
- Estudios con dudoso rigor científico.

2.5 Procedimiento.

Tras realizar la búsqueda inicial en las bases de datos, se obtuvieron un total de 726 artículos. Después se seleccionó un filtro que dejara solamente aquellos artículos de 2017 o posteriores, lo que redujo la búsqueda a 249 artículos. Posteriormente se hizo una lectura del título de cada artículo y, a continuación, se leyó el resumen de los artículos que encajaban con nuestros objetivos de investigación. Por último, se seleccionaron 9 artículos que cumplían con los criterios de inclusión.

Los artículos seleccionados se leyeron de forma crítica, a través del método de cribado CASPe, una herramienta que valúa la calidad metodológica (Cabello et al., 2015). De los 9 artículos seleccionados, 7 pasaron las 11 preguntas del programa CASPe, superando este cribado final de calidad, por lo que finalmente fueron incluidos un total de 7 artículos en este estudio.

3. RESULTADOS.

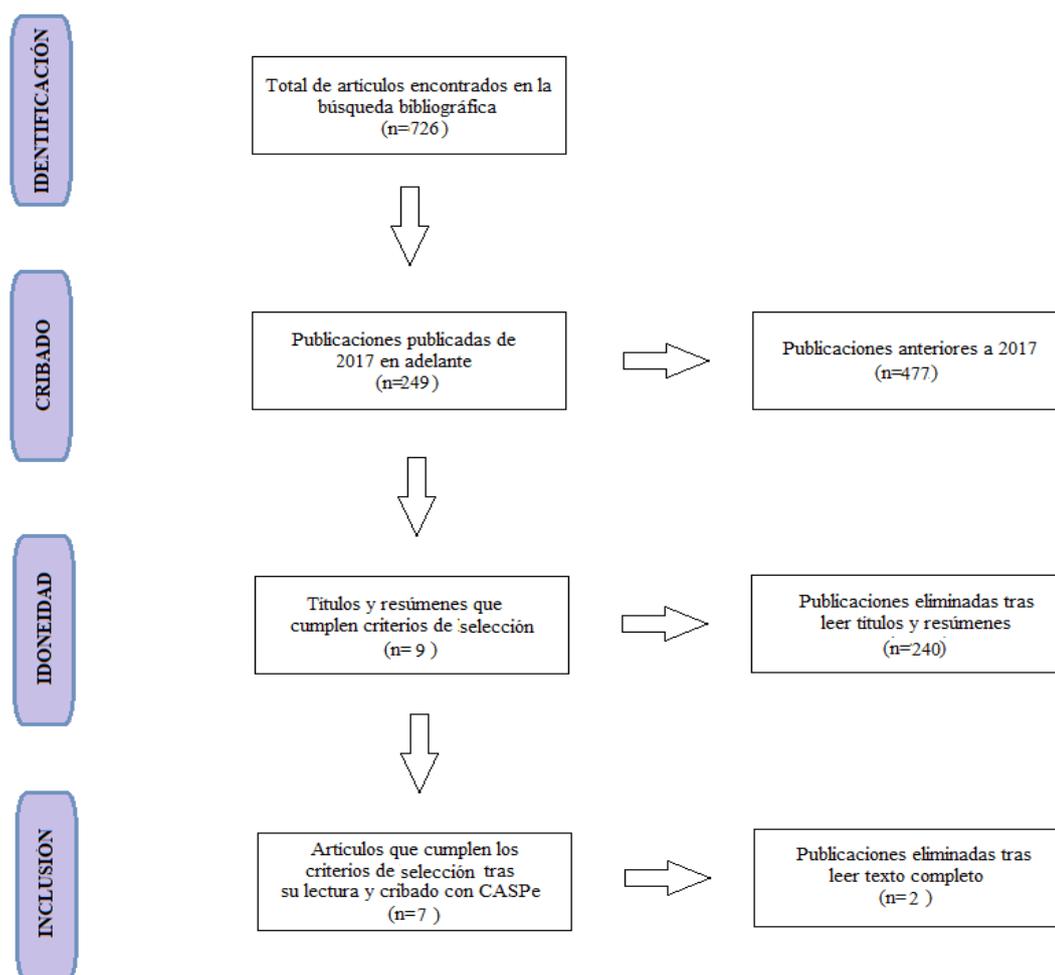


Figura 1: Diagrama de flujo PRISMA.

La figura 1 representa un flujograma siguiendo el formato PRISMA. Describe las etapas de la búsqueda bibliográfica para la elaboración de esta revisión bibliográfica, así como el total de artículos encontrados y seleccionados (Moher et al., 2009). De los 7 artículos que se incluyeron en la revisión y se muestran en la siguiente tabla ordenados del más reciente al menos reciente (tabla 5), todos (100%) son estudios primarios. Del total, 4 artículos fueron ensayos controlados aleatorios, 1 utilizó un diseño cuasi experimental, 1 fue un estudio pre-experimental y 1 un estudio comparativo a través de una encuesta prospectiva. El tamaño de la muestra para estos estudios primarios fue entre 1 y 129 participantes.

Tabla 4. Tabla de resultados.

Autores, año	Diseño	Participantes	Edad participantes	Objetivo del estudio	Instrumentos de medida y variables analizadas	Resultados
Werner et al. (2020)	Ensayo Clínico Aleatorizado	N=349 primíparas GH ¹ (n=136) GR ² (n=134) GPH ³ (n=79)	M=30	Explorar el efecto de un curso de capacitación prenatal de autohipnosis en relación con la secreción de cortisol durante el parto y 6 semanas posparto.	-Determinación de cortisol en saliva con radioinmunoensayo competitivo. -Cuestionario de bienestar materno WHO-5.	En la primera etapa del parto y 2 horas después, hubo mayores concentraciones de cortisol en el GH. No se observaron diferencias en las concentraciones de cortisol entre los grupos 30 minutos después del parto.
Uludağ & Mete (2020)	Ensayo Clínico Aleatorizado	N=60 mujeres embarazadas GI ⁴ (n=30) GC ⁵ (n=30)	M=25	Examinar en el GI el efecto del hipn parto durante el miedo, dolor, duración, satisfacción y costo del parto, en comparación con el GC.	-Escala EVA ⁶ -Formularios de observación del trabajo de parto, de observación laboral y de costos laborales que elaboraron los investigadores.	En el GI los niveles de miedo, duración, dolor y costo fueron menores, así como la satisfacción fue mayor que en el GC.

¹ Grupo de hipn parto

² Grupo de relajación

³ Grupo de preparación al parto habitual

⁴ Grupo de intervención

⁵ Grupo de control

⁶ Escala visual analógica del dolor

Tabla 4. (Continuación).

Autores, año	Diseño	Participantes	Edad participantes	Objetivo del estudio	Instrumentos de medida y variables analizadas	Resultados
Bülez et al. (2018)	Cuasi experimental	N=60 mujeres embarazadas GI (n=30) GC (n= 30)	M=27	Analizar el efecto de la educación en hipn parto en mujeres embarazadas durante el periodo prenatal sobre el miedo intenso al parto.	-Entrevista y observación de GI y GC. -Escala Wijma Delivery Expectancy/experience para valorar el miedo al parto.	El GI tuvo una percepción más positiva del parto que el GC.
Atis & Rathfisch (2018)	Ensayo Clínico Aleatorizado	N=60 primíparas GI (n=30) GC (n= 30)	M=30	Identificar el efecto del entrenamiento de hipn parto en el embarazo sobre el dolor y el miedo al parto.	-Formulario de Información sobre el Periodo Prenatal y el Formulario de Evaluación Postnatal. -Escala EVA. -Escala Wijma Delivery Expectancy/experience. -Test de Apgar	El GI tuvo menos dolor y miedo, además de una menor duración de la segunda y tercera fase del parto. El GI también pudo dar de amamantar más rápido que el GC.

Tabla 4. (Continuación).

Autores, año	Diseño	Participantes	Edad participantes	Objetivo del estudio	Instrumentos de medida y variables analizadas	Resultados
Legrand et al. (2017)	Pre-experimental	N=1 mujer primípara	23 años	Examinar si la hipnosis podía alterar el patrón del estrés materno.	-Se midió la FC ⁷ fetal y las contracciones uterinas el monitor EDAN. -La FC materna y la PA ⁸ con esfigomanómetro OMRON. -Cuestionario autoinformado SAI ⁹ diario.	Las contracciones uterinas, la presión arterial sistólica y la frecuencia cardiaca materna mostraron considerables reducciones durante la hipnosis.
Beevi et al. (2017)	Ensayo Clínico Aleatorizado	N=56 Mujeres embarazadas GI (n=28) GC (n= 28)	M=29	Contrastar el dolor en las diferentes fases del parto en el GI en comparación con GC.	-Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés-21 y la Lista de Verificación de Síntomas del Embarazo -Escala EVA. -Test de Apgar y peso de los RNs ¹⁰ .	El GC necesitó más medidas instrumentales y cesáreas. El GI informó mayor dolor, pero hizo menor uso de analgesia farmacológica, tuvo RNs con mayor peso y puntuaciones de Apgar más altas.

⁷ Frecuencia cardíaca

⁸ Presión arterial

⁹ Inventario de Ansiedad-Estado

¹⁰ Recién nacidos

Tabla 5. (Continuación).

Autores, año	Diseño	Participantes	Edad participantes	Objetivo del estudio	Instrumentos de medida y variables analizadas	Resultados
McAllister et al. (2017)	Estudio comparativo (encuesta prospectiva)	N=129 profesionales de la salud Matronas (n=101) Obstetras (n= 15) Anestesiastas (n=13)	M=40	Examinar las actitudes, conocimientos y niveles de autoeficacia de los profesionales sanitarios en relación con la uso de la autohipnosis en el parto.	-Cuestionario CAM Health Belief Questionnaire, adaptado, para evaluar nivel de conocimiento de la hipnosis en el parto, autoeficacia en el apoyo a la mujer y preferencias personales. -Entrevista cognitiva.	Más de la mitad de los profesionales sabían poco o nada sobre el hipn parto. Los profesionales con más conocimientos de autohipnosis también tienen más confianza en el apoyo a las mujeres que utilizan esta técnica y una actitud más positiva. Las matronas mostraron actitudes más positivas y más conocimientos de la técnica que los médicos.

3.1 Hipn parto y reducción del dolor.

Según las investigaciones de Uludağ & Mete (2020) y Atis & Rathfisch (2018) las madres del grupo de intervención (GI), que habían recibido clases de hipn parto experimentaron menor dolor que las del grupo control (GC), en ambos estudios la percepción del dolor se midió a través de la Escala Visual Analógica del dolor (EVA) (rango de 0 a 10 puntos), donde a mayor puntuación mayor dolor percibido. Atis & Rathfisch, (2018) indicó que su GI puntuó en la escala EVA con 2 puntos y el GC con 9. Por otro lado, el estudio señaló que esta diferencia de dolor resultó ser significativa entre el GI y GC en la fase de dilatación del parto.

El estudio de Werner et al. (2020) no percibió diferencias significativas en relación con el dolor en un grupo de preparación al parto habitual (GPH), otro que recibió hipn parto (GH) y un tercer grupo que recibió formación para usar técnicas de relajación (GR), sin filosofía de hipn parto. En cuanto al uso de la epidural, esto si difirió en los tres grupos, ya que el GPH usó menos (20.3%) en comparación con el GH (33.8%) y el GR (32.8%).

En el estudio de Beevi et al. (2017), el grupo que recibió formación en hipn parto experimentó mayor dolor durante el parto, en comparación con el GC. No hubo diferencias significativas entre los dos grupos respecto al dolor antes del parto y tampoco después. El artículo no encontró diferencias significativas en el uso de epidural entre el GC y el GI. Sin embargo, ninguna de las participantes del GI hizo uso de la epidural, en contraposición al 4,3% de las participantes del GC que sí hicieron uso. Además, las participantes del GI utilizaron menos analgésicos (12,5 %) que las del GC (30%). El estudio reflejó que solo el 22,7% de las participantes en el GI recibieron petidina¹¹ en comparación con el 52,2% de las del GC.

3.2 Ansiedad y miedo al parto.

En el estudio de Bülez et al. (2018) se llevó a cabo una entrevista cara a cara con las embarazadas, por parte de los investigadores. En esta entrevista el 49,10% del total de la muestra de embarazadas declararon que se sentían ansiosas cuando pensaban en el parto. Además, añadieron que la primera razón de esta ansiedad era el miedo de que su bebé sufriera algún daño durante el parto. Tras las clases de preparación al parto con

¹¹ Fármaco opioide sintético que actúa como depresor del sistema nervioso central para tratar el dolor.

filosofía de hipn parto, se pasó el cuestionario W-DEQ¹² para valorar el miedo al parto, obteniendo una puntuación menor en el GI que en el GC. En esta escala con 33 ítems se puede obtener un mínimo de cero puntos y un máximo de 165, donde a mayor puntuación, mayor miedo al parto. Por otro lado, Werner et al., (2020) en su estudio, realizaron un cuestionario que evaluaba el nivel de calma en la mujer durante el parto en sus tres grupos de estudio y obtuvo una puntuación ligeramente más alta en el GH (7,7) en relación con el GR (7,2) y el GRH (7,3) (rango de 0-10 puntos).

Tras monitorizar la frecuencia cardíaca y la presión arterial sistólica, Legrand et al. (2017) observaron que esta disminuía durante el parto cuando la embarazada, sujeto de estudio, hacía uso de las técnicas de hipn parto. Informaron de que la hipnosis diaria podía reducir la ansiedad prenatal. Tras analizar los cuestionarios de ansiedad autoinformada verificaron que la autohipnosis ayudó a proteger a la embarazada de la acumulación de ansiedad en las últimas semanas del embarazo. Además, los periodos de hipnosis disminuyeron las contracciones uterinas durante el embarazo. El 100% del GI del estudio de Atis & Rathfisch, (2018), informó que el hipn parto ayudó a la relajación, dio paz y tranquilidad, confianza, redujo la sensación de dolor y ayudó a adaptarse al entorno, en el momento del parto. También reflejaron que aquellas mujeres que presentaban un nivel socioeconómico más bajo tenían un mayor nivel de miedo al parto.

3.3 Características del parto, postparto y nacimiento del bebé.

Respecto a la duración del parto, Werner et al. (2020) obtuvieron en el GPH una duración de 5,97 horas, en comparación con 7,41 horas para el GR y 7,0 horas para el GH. En contraposición con Uludağ & Mete (2020), donde el GI con formación en hipn parto tuvo una primera y segunda etapa del parto más corta, en comparación con el GC. El estudio de Atis & Rathfisch (2018) no encontró diferencias entre los grupos experimental y control durante la primera fase. Por otro lado, la segunda fase fue de 20 minutos en el GI y 30 minutos en el GC y la tercera fase fue de 5 minutos en el experimental y 10 minutos en el control. La tercera fase del parto fue significativamente más corta para el GI. En el caso de Beevi et al. (2017), no hubo diferencias estadísticamente significativas en la duración de la segunda y tercera etapa del parto, sin embargo, el GI obtuvo una duración más corta que el GC en la segunda y tercera etapa del parto.

¹² Wijma Delivery Expectancy/experience

Werner et al. (2020) realizaron un estudio acerca de los niveles de cortisol en el embarazo y el parto de mujeres que habían dado clases de preparación al parto con técnicas de hipnoparto en comparación con las que asistieron a clases preparto habituales. Para llevar a cabo el estudio recolectaron muestras de cortisol salival en las diferentes etapas del parto y 6 semanas después de este. No se encontró correlación entre el bienestar en el embarazo y el cortisol, ni diferencias en la respuesta diaria de cortisol en las 6 semanas posparto. Al comienzo de la fase de empuje la concentración de cortisol fue más baja en el GR (110,1 nmol/L) y GPH (126,7 nmol/L), en comparación con el GH (154,8 nmol/L). A los 30 minutos del parto, el GPH tenía niveles de cortisol de 189.5 nmol/L, más bajos que el GH con 209,0 nmol/L y el GR con 207,7 nmol/L. También hubo concentraciones más altas de cortisol en el GH (90,6 nmol/L) a las 2 horas del parto, en balance con el GR (79,3 nmol/L) y el GPH (77,7 nmol/L).

En relación con el tipo de parto, Werner et al. (2020) obtuvieron que el 16,9% de las mujeres del GH dieron a luz por cesárea urgente en comparación con GR (13,4%) y el GPH (10,3%). Cuando hablamos de cesárea programada el GH fue el que menos la precisó. Respecto al tipo de parto de la muestra de Werner et al. (2020), el porcentaje de parto vaginal asistido fue de un 15% en el GH, 17% en GR y 10% en el GPH. El parto vaginal espontáneo tuvo lugar en el 95% de las mujeres del GH, 93% del GR y 60% para GPH. En el estudio de Beevi et al. (2017), el 42,2% del GI tuvo un parto espontáneo en comparación con el 31,1% de los del GC. El 8,9% de los participantes del GI tuvo cesáreas en comparación con el 17,8 % de las del GC. Las cesáreas en el GI se realizaron por diabetes mellitus gestacional, macrosomía fetal (4 kg de peso al nacer), y desprendimiento de placenta (debido a una caída). Las cesáreas de las participantes en el GC se realizaron debido a la falta de la inducción del parto, solicitud del participante, mala progresión del trabajo de parto e hipertensión inducida por el embarazo.

Además, Beevi et al. (2017) obtuvieron que el 4,3% del GC se sometió al trabajo de parto asistido por fórceps en comparación con el GI que no fue necesario en ningún caso. Un total del 2,9% de los participantes en el GI tuvieron parto asistido por vacío en contraste con 11,8% de los del GC. Así mismo, Atis & Rathfisch (2018) encontraron que el 73,3% de las participantes del GI recibieron episiotomía y el 50 % del GC recibieron episiotomía y presión del fondo uterino.

Tanto Beevi et al. (2017) como Atis & Rathfisch (2018), no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el GI y el GC en cuanto al peso del recién nacido y el test de Apgar. En el artículo de Beevi et al. (2017), a los 5 minutos del parto, el 4,5% de los participantes en el GC tuvieron neonatos con puntuación de Apgar de 9, y en el GI todos los recién nacido tuvieron una puntuación de 10 en el test. Este artículo también afirma que los puntajes de Apgar menores de 8, entre el minuto 1 y 5 del parto, se dieron en neonatos cuyas madres habían tenido trastornos de ansiedad durante el embarazo.

Por otro lado Atis & Rathfisch (2018) informaron de que las mujeres del GI comenzaron a amamantar más rápido (a los 15 minutos) que las del GC (a los 30 minutos).

3.4 Implicaciones del uso del hipn parto en profesionales de la salud que participan en el parto.

Uludağ & Mete (2020) enunciaron que el cuidado de enfermería basado en la filosofía de hipn parto era eficaz en la disminución de las puntuaciones medias de miedo y dolor, medido por la escala EVA y un formulario de observación del trabajo de parto que elaboraron los investigadores. Este artículo también enunció que unos cuidados de enfermería apoyados en esta filosofía suponen una disminución de los costes sanitarios, ya que, aunque el tiempo que se requiere para esta práctica asistencial es mayor, se observó una menor utilización de recursos por parte del GI, en comparación con el GC. Esto se debe a que el GC hizo más uso de la epidural que el GI. Además, el apoyo de enfermería disminuyó el miedo al parto en las mujeres, lo que provocó que la duración del trabajo del parto fuese menor. Uludağ & Mete (2020) recopilaron toda esta información a través de un formulario de observación laboral que llevaron a cabo los investigadores, junto con un formulario de costos laborales, haciendo un seguimiento del material utilizado en el parto, medicamentos e intervenciones.

El estudio de McAllister et al. (2017), hicieron una investigación a cerca de diferentes variables relacionadas con el hipn parto en matronas, médicos obstetras y anestesiastas. En ausencia de un cuestionario validado sobre este tema, se adaptó el CHBQ¹³, que tiene un formato tipo Likert. Al final del cuestionario los participantes podían agregar un comentario libre para añadir información adicional si lo deseaban. El

¹³ CAM Health Belief Questionnaire

51%, del total de matronas, demostraron un conocimiento extenso/moderado de la autohipnosis en el parto, en comparación con el 21% del total de los médicos, que tenían un conocimiento básico o nulo del hipn parto. Las matronas también mostraron mayor nivel de autoeficacia en el apoyo a las mujeres que hacen uso de la autohipnosis en el parto. Además, las matronas tuvieron una visión más positiva de la técnica de hipn parto que los médicos obstetras y anestesistas. El estudio señaló que encontró correlación entre la exposición a las mujeres que realizaban esta técnica durante el parto y los niveles de autoeficacia de los profesionales de la salud. McAllister et al. (2017) declararon que, en comparación con los médicos, las matronas estaban más expuestas a presenciar el uso de la técnica de hipn parto y por eso tenían una visión más positiva de esta.

En el comentario libre del cuestionario que adaptaron McAllister et al. (2017) a médicos y matronas, 6 médicos y 28 matronas agregaron información adicional. Informaron de que percibían una falta de comunicación entre los profesionales de la salud y las mujeres en el momento del parto. Otros hicieron alusión a que las mujeres que usaban autohipnosis no eran flexibles/receptivas si sus partos se desviaban de lo que habían planeado. Así mismo, percibían que algunas mujeres sentían que fracasaban cuando usaban otras formas de alivio del dolor. Otro comentario de los profesionales de la salud fue que habían observado que las mujeres que usaban técnicas de hipn parto tenían un retraso durante la segunda etapa del parto y que mostraban mayor dificultad para llevar a cabo un parto vaginal espontáneo. Por último, algunos encuestados comentaron que sentían que les faltaba conocimiento y educación en relación con el hipn parto.

4. DISCUSIÓN.

Las investigaciones reflejan que el hipn parto disminuye el dolor en el parto y ayuda a la mujer a adaptarse al entorno hospitalario mediante la relajación, tranquilidad y la confianza (Atis & Rathfisch, 2018; Uludağ & Mete, 2020). El apoyo a las mujeres que dan a luz usando la filosofía del hipn parto, por parte del personal sanitario que asiste a la mujer en el parto, reduce el miedo y aumenta la sensación de seguridad de esta (Phillips-Moore, 2012). Las mujeres que practican el hipn parto rechazan con mayor frecuencia el uso de la epidural y petidina, a pesar de que suelen experimentar mayor dolor que las que no usan hipn parto (Beevi et al., 2017; Werner et al., 2020). Una investigación señaló como explicación, que las mujeres que no usaban

hipnoparto experimentan mayores niveles de ansiedad, depresión o estrés, algo que las puede hacer más propensas a usar medidas para alivio del dolor en el parto y por eso no experimentaban dolor físico, pero sí psicológico (Beevi et al., 2016).

Si hablamos de ansiedad y miedo al parto, numerosas investigaciones lo relacionan con un nivel socioeconómico más bajo (Atis & Rathfisch, 2018; Laursen et al., 2008; Waldenström et al., 2006). Las situaciones de vulnerabilidad de las mujeres, como un bajo nivel socioeconómico y/o educativo y una falta de apoyo social, por parte de la familia y/o pareja, están relacionadas con un mayor nivel de ansiedad y miedo durante el embarazo y parto. En dimensiones de educación respecto al parto y aumentar la percepción de apoyo, el hipnoparto sería beneficioso para las mujeres que se encuentran en estas situaciones (Saisto et al., 2001). Tener una buena educación sobre el parto, durante el embarazo, hace que la mujer piense en el parto de manera más positiva y disminuye la ansiedad prenatal (Büleç et al., 2018; Legrand et al., 2017; Whitburn et al., 2014).

Werner et al. (2020), quiso investigar a través de los niveles de cortisol, cómo influían las clases de preparación al parto basadas en filosofía de hipnoparto, en el bienestar y disminución del estrés en la mujer. En su estudio obtuvo mayores niveles de cortisol en mujeres que hicieron uso de hipnoparto, su explicación fue que estas tenían un mayor nivel de estrés que las que no hicieron uso. Por otro lado, el significado de los niveles de cortisol durante el embarazo es relacionado por otros estudios con el bienestar psicológico o como un elemento clave para adaptarse a situaciones estresantes (Hellgren et al., 2013; Kivlighan et al., 2008).

Se ha relacionado la ansiedad en el parto con un mayor uso de intervenciones médicas en el parto, como el uso de fórceps, cesáreas o presión en el fondo uterino. Varios estudios declaran que la disminución de la ansiedad con el uso de hipnoparto, reduce estas intervenciones (Atis & Rathfisch, 2018; Beevi et al., 2017; Werner et al., 2020). Se ha vinculado el uso de estas intervenciones médicas con dificultades, en las mujeres, para amamantar a sus recién nacidos (Rowlands & Redshaw, 2012). Todo esto explicaría por qué en la investigación de Atis & Rathfisch (2018) las mujeres que hicieron uso del hipnoparto amamantarán antes a sus recién nacidos, que las que no.

Además, Berle et al. (2005) enunciaron que las mujeres que experimentaban ansiedad durante el parto tenían puntajes de Apgar más bajos. Cuando hablamos de los

puntajes de Apgar de mujeres que hacen uso de hipnoparto, hay estudios que señalan una mayor puntuación al usar hipnoparto (Beevi et al., 2017) y otros no señalan diferencias sólidas entre las mujeres que usan hipnoparto y las que no (Atis & Rathfisch, 2018).

De los artículos de esta revisión que estudiaban si existía una disminución en los tiempos del parto al hacer uso de hipnoparto, existe un consenso acerca de que sí, el tiempo disminuye al hacer uso de esta técnica. Sin embargo, existe discrepancia al señalar en qué etapa del parto se reduce el tiempo de parto (Atis & Rathfisch, 2018; Beevi et al., 2017; Uludağ & Mete, 2020). Los cuidados de enfermería a través de la filosofía del hipnoparto, como asegurarse de que la sala de parto fuese un lugar tranquilo o recordar a la mujer las técnicas de relajación e hipnosis aprendidas en las clases de hipnoparto, hacen que la mujer se relaje y se facilite la secreción de oxitocina (Lorenzo et al., 2016).

La atención de enfermería a las mujeres que practican el hipnoparto, también reduce el uso de anestesia, analgesia y oxitocina sintética, como resultado se disminuyen los costes sanitarios (Bohren et al., 2017). Una atención adecuada de enfermería requiere más personal y más dedicación para brindar un correcto apoyo, lo que se podría traducir en un coste, pero esto se compensa con el ahorro en costes sanitarios que supone un parto más corto y con menos gasto de intervenciones médicas y recursos (Beevi et al., 2017).

Los profesionales de la salud deben ser formados en hipnoparto para poder ser capaces de dar apoyo a la mujer si desea hacer uso de esta técnica y también de proporcionarles una atención adecuada en el parto. Una mayor formación en hipnoparto aumenta la autoconfianza de los profesionales de la salud para apoyar a estas mujeres, ya que hace que los hace más conscientes de cómo las mujeres hacen uso de la hipnosis en el parto. Tener formación sobre qué es el hipnoparto también se asocia con una visión más positiva de esta filosofía, ya que se evita el rechazo que causa lo desconocido (McAllister et al., 2017). Toda esta información se encuentra en concordancia con un estudio de Finlayson et al. (2015), que enunció que el hipnoparto permitía a las mujeres experimentar calma y confianza, pero que algunas mujeres se sintieron desilusionadas porque las matronas no las apoyaron.

Las principales limitaciones que he encontrado al realizar esta revisión, acerca del hipnoparto, es que al ser una filosofía, no tiene una serie de técnicas bien definidas a la hora de llevarla a cabo, como consecuencia de esto los estudios pueden tener una mayor

variabilidad entre si respecto a los resultados que ofrecen. No están definidas claramente cuáles son las técnicas para llevar a cabo de forma correcta talleres de hipnosis con las embarazadas, esta limitación, también se hace notar a la hora de buscar información sobre el hipn parto. A pesar de esto, las generalizaciones de los principales resultados del hipn parto son positivos para conseguir una mejora en la experiencia de parto de las mujeres y para aliviar el dolor y el miedo relacionados con él.

5. CONCLUSIONES.

Las técnicas de hipnosis han demostrado tener un efecto beneficioso para la mujer, no solo a nivel de percepción del dolor, también con la fuerza psicológica con la que empodera a las mujeres que están embarazadas o en proceso de parto.

Las clases de parto con hipnosis ayudan a afrontar el miedo y ansiedad que sienten las mujeres ante el dolor del parto e, incluso, intenta que disfruten de una experiencia, que como mínimo, es única.

En cuanto a los beneficios en la madre y en el recién nacido, más allá de esta reducción del miedo al dolor y ansiedad, en la madre, no hay el suficiente número de estudios como para señalar alguno más en especial, tampoco ningún efecto negativo.

Sí queda demostrado que el hipn parto representa un beneficio para los sistemas sanitarios si se provee de información a los profesionales de la salud y a las madres a cerca de esta técnica, ya que se podrían reducir costes debidos a tiempos mayores de parto, mayor utilización de recursos e intervenciones médicas.

Es importante definir más el hipn parto e incluso crear guías clínicas consensuadas, ya que así se podrían estudiar de manera más profunda los beneficios que tiene y además sería más fácil para los profesionales, como las enfermeras y matronas, dar clases de preparación al parto a través de esta filosofía de hipn parto.

6. BIBLIOGRAFÍA.

- Atis, F. Y., & Rathfisch, G. (2018). The effect of hypnobirthing training given in the antenatal period on birth pain and fear. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 33, 77–84. <https://doi.org/10.1016/J.CTCP.2018.08.004>
- Azizmohammadi, S., & Azizmohammadi, S. (2019). Hypnotherapy in management of delivery pain: a review. *European Journal of Translational Myology*, 29(3), 210–217. <https://doi.org/10.4081/EJTM.2019.8365>

- Beevi, Z., Low, W. Y., & Hassan, J. (2016). Impact of hypnosis intervention in alleviating psychological and physical symptoms during pregnancy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 58(4), 368–382. <https://doi.org/10.1080/00029157.2015.1063476>
- Beevi, Z., Low, W. Y., & Hassan, J. (2017). The Effectiveness of Hypnosis Intervention for Labor: An Experimental Study. *Http://Dx.Doi.Org/10.1080/00029157.2017.1280659*, 60(2), 172–191. <https://doi.org/10.1080/00029157.2017.1280659>
- Berle, J., Mykletun, A., Daltveit, A. K., Rasmussen, S., Holsten, F., & Dahl, A. A. (2005). Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy. A linkage study from The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT) and Medical Birth Registry of Norway. *Archives of Women's Mental Health*, 8(3), 181–189. <https://doi.org/10.1007/S00737-005-0090-Z>
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.PUB6>
- Büleç, A., Çeber Turfan, E., & Soğukpınar, N. (2018). Evaluation of the effect of hypnobirthing education during antenatal period on fear of childbirth. *The European Research Journal*. <https://doi.org/10.18621/EURJ.371102>
- Caballero, V., Santos, P. J., & Polonio, M. L. (2016). Alternativas no farmacológicas para el alivio del dolor en el trabajo de parto. *NURE Investigación: Revista Científica de Enfermería*, ISSN-e 1697-218X, Vol. 13, Nº. 85, 2016, 13(85), 2. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6277922&info=resumen&idioma=SPA>
- Cabello, J., Bautista, J., & Maciá Soler, L. (2015). *Lectura crítica de la evidencia clínica*. 184. https://www.researchgate.net/publication/337415510_Plantilla_para_ayudarte_a_entender_un_estudio_cualitativo_En_CASPe_Guias_CASPe_de_Lectura_Critica_de_la_Literatura_Medica_Alicante_CASPe_2010_Cuaderno_III_p3-8
- Celedón, C. (2016). Relación médico paciente. *Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*, 76(1), 51–54. <https://doi.org/10.4067/S0718-48162016000100007>
- Chen, S. F., Wang, C. H., Chan, P. T., Chiang, H. W., Hu, T. M., Tam, K. W., & Loh, E. W. (2019). Labour pain control by aromatherapy: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 32(4), 327–335. <https://doi.org/10.1016/J.WOMBI.2018.09.010>
- Cuartero, M. del M., Jumilla, A., Ventura, E., Ondiviela, P. C., & Bueicheku, R. D. (2021, September 21). *Alivio del dolor en el parto: revisión bibliográfica*. <https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com/alivio-del-dolor-en-el-parto-revision-bibliografica/>

- Delgado, A., Maia, T., Melo, R. S., & Lemos, A. (2019). Birth ball use for women in labor: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 35, 92–101. <https://doi.org/10.1016/J.CTCP.2019.01.015>
- FAME. Iniciativa Parto Normal. Guía para madres y padres. Pamplona. Federación de Asociaciones de Matronas de España. (2011). *FAME. Iniciativa Parto Normal. Guía para madres y padres. Pamplona. Federación de Asociaciones de Matronas de España.* 2011. <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/iniciativa-al-parto-normal.pdf>
- Fernandez, I. M. (2014). Alternativas analgésicas al dolor de parto. *Enfermería Global*, 33, 400–406.
- Finlayson, K., Downe, S., Hinder, S., Carr, H., Spiby, H., & Whorwell, P. (2015). Unexpected consequences: Women's experiences of a self-hypnosis intervention to help with pain relief during labour. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/S12884-015-0659-0>
- Fray, E. T., & Rivera, G. (2018). *Accionar de Enfermería en la atención del parto culturalmente adecuado.* 2018. <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/5051/1/UNACH-EC-FCS-ENF-2018-0017.pdf>
- Gonzalez, B., Gonzalez, S. R., Rojo, M., & Mhyre, J. (2021). Neuraxial Analgesia in Pregnant Hispanic Women: An Assessment of Their Beliefs and Expectations. *International Journal of Women's Health*, 13, 87–94. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S270711>
- González, R. (2012). Monografía sobre las emociones del parto. *Nuberos Científica, ISSN-e 2173-822X, Vol. 2, Nº. 8 (Noviembre de 2012 - Febrero de 2013), 2012-2013, Págs. 22-28, 2(8), 22–28.* <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7561281&info=resumen&idioma=ENG>
- Gözde, G. I., & Pinar, S. (2017). The Effects of Intrapartum Supportive Care on Fear of Delivery and Labor Outcomes: A Single-Blind Randomized Controlled Trial. *The Journal of Nursing Research : JNR*, 25(2), 112–119. <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000129>
- Hellgren, C., Åkerud, H., Skalkidou, A., & Sundström-Poromaa, I. (2013). Cortisol awakening response in late pregnancy in women with previous or ongoing depression. *Psychoneuroendocrinology*, 38(12), 3150–3154. <https://doi.org/10.1016/J.PSYNEUEN.2013.08.007>
- Kivlighan, K. T., DiPietro, J. A., Costigan, K. A., & Laudenslager, M. L. (2008). Diurnal rhythm of cortisol during late pregnancy: associations with maternal psychological well-being and fetal growth. *Psychoneuroendocrinology*, 33(9), 1225–1235. <https://doi.org/10.1016/J.PSYNEUEN.2008.06.008>
- Laursen, M., Hedegaard, M., & Johansen, C. (2008). Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort.

- BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115(3), 354–360.
<https://doi.org/10.1111/J.1471-0528.2007.01583.X>
- Legrand, F., Grévin-Laroche, C., Josse, E., Polidori, G., Quinart, H., & Taiar, R. (2017). Effects of hypnosis during pregnancy: A psychophysiological study on maternal stress. *Medical Hypotheses*, 102, 123–127.
<https://doi.org/10.1016/J.MEHY.2017.03.026>
- Lorenzo, L., González, H., Calero, A., & Miguel, R. (2016). El empleo de la hipnosis en el manejo del dolor del parto: Un caso clínico. *Revista de Casos Clínicos En Salud Mental*, ISSN-e 2255-5609, Vol. 4, Nº. 1, 2016, Págs. 33-57, 4(1), 33–57.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5912900&info=resumen&idioma=SPA>
- Madden, K., Middleton, P., Cyna, A. M., Matthewson, M., Jones, L., & Group, C. P. and C. (2016). Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(5).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009356.PUB3>
- Mallén, L., Eulàlia, M., Roé, M. T., & Domènech, À. (2015). 61-67 ART ESPECIAL dolor.indd. *Matronas Prof*, 16(2), 61–67.
- Mallen-Perez, L., Roé-Justiniano, M. T., Colomé Ochoa, N., Ferre Colomat, A., Palacio, M., & Terré-Rull, C. (2018). Use of hydrotherapy during labour: Assessment of pain, use of analgesia and neonatal safety. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 28(5), 309–315. <https://doi.org/10.1016/J.ENFCLI.2017.10.004>
- McAllister, S., Coxon, K., Murrells, T., & Sandall, J. (2017). Healthcare professionals' attitudes, knowledge and self-efficacy levels regarding the use of self-hypnosis in childbirth: A prospective questionnaire survey. *Midwifery*, 47, 8–14.
<https://doi.org/10.1016/J.MIDW.2017.01.017>
- Mitchell, D. M. (2016). Women's use of complementary and alternative medicine in pregnancy: Narratives of transformation. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 23, 88–93. <https://doi.org/10.1016/J.CTCP.2015.05.006>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., Altman, D., Antes, G., Atkins, D., Barbour, V., Barrowman, N., Berlin, J. A., Clark, J., Clarke, M., Cook, D., D'Amico, R., Deeks, J. J., Devereaux, P. J., Dickersin, K., Egger, M., Ernst, E., ... Tugwell, P. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLOS Medicine*, 6(7), e1000097.
<https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PMED.1000097>
- Moreno, C. (2018). *Hipnonoparto, preparación para un parto positivo* (Amazon Fulfillment, Vol. 1). 2018.
- Nursing support of laboring women. An official position statement of the Association of Women's Health, Obstetric & Neonatal Nursing. (2011). *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 40(5), 665–666.
<https://doi.org/10.1111/J.1552-6909.2011.01288.X>

- Pereda, B. (2019). *Análisis de la experiencia del parto en el ámbito hospitalario*. <https://academica-e.unavarra.es/xmlui/handle/2454/36469>
- Phillips-Moore, J. (2012). Birthing outcomes from an Australian hypno birthing programme. *British Journal of Midwifery*, 20(8), 558–564. <https://doi.org/10.12968/BJOM.2012.20.8.558>
- Ramón, E., & Díaz, I. (2008). Controversias del uso de analgesia epidural en el trabajo de parto. *NURE Investigación: Revista Científica de Enfermería, ISSN-e 1697-218X*, N^o. 37, 2008, 37, 6. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7763111&info=resumen&idioma=SPA>
- Rowlands, I. J., & Redshaw, M. (2012). Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-138>
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J.-E., & Halmesmaki, E. (2001). Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108(5), 492–498. <https://doi.org/10.1111/J.1471-0528.2001.00122.X>
- Santiviáñez, R., Tapia, E. de las N., & Santero, M. (2020). Music Therapy in Pain and Anxiety Management during Labor: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 56(10), 1–11. <https://doi.org/10.3390/MEDICINA56100526>
- Santos, C. M. D. C., Pimenta, C. A. D. M., & Nobre, M. R. C. (2007). The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 508–511. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>
- Simmons, S. W., Taghizadeh, N., Dennis, A. T., Hughes, D., & Cyna, A. M. (2012). Combined spinal-epidural versus epidural analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003401.PUB3/MEDIA/CDSR/CD003401/IMAGE_N/CD003401-CMP-002-26.PNG
- Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Dahlen, H. G., Ee, C. C., & Sukanuma, M. (2018). Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009290.PUB3>
- Suárez, M. del M., & Plaza del Pino, F. (2018). *Variabilidad en la vivencia del parto y su implicación en los cuidados de enfermería*. 2018. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/75350/1/CultCuid_50_03.pdf
- Uludağ, E., & Mete, S. (2020). The effect of nursing care provided based on the philosophy of hypnobirthing on fear, pain, duration, satisfaction and cost of labor: a single-blind randomized controlled study.

<https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1835916>, 42(4–6), 678–690.
<https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1835916>

- Varner, C. A. (2015). Comparison of the Bradley Method and HypnoBirthing Childbirth Education Classes. *The Journal of Perinatal Education*, 24(2), 128. <https://doi.org/10.1891/1946-6560.24.2.128>
- Waldenström, U., Hildingsson, I., & Ryding, E. L. (2006). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113(6), 638–646. <https://doi.org/10.1111/J.1471-0528.2006.00950.X>
- Werner, A., Wu, C., Zachariae, R., Nohr, E. A., Uldbjerg, N., & Hansen, Å. M. (2020). Effects of antenatal hypnosis on maternal salivary cortisol during childbirth and six weeks postpartum—A randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 15(5). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0230704>
- Whitburn, L. Y., Jones, L. E., Davey, M. A., & Small, R. (2014). Women's experiences of labour pain and the role of the mind: An exploratory study. *Midwifery*, 30(9), 1029–1035. <https://doi.org/10.1016/J.MIDW.2014.04.005>