

## **EL EMPLEO DE LA HIPNOSIS EN EL MANEJO DEL DOLOR DEL PARTO: UN CASO CLÍNICO**

Luis Lorenzo Ruiz  
Universidad Autónoma de Madrid  
Émora Psicología Aplicada

Héctor González Ordi  
Universidad Complutense de Madrid

Ana Calero Elvira  
Universidad Autónoma de Madrid

Raquel Miguel Muñoz  
Hospital Universitario de Torrejón

## **THE USE OF HYPNOSIS IN LABOUR PAIN MANAGEMENT: A CASE STUDY**

Luis Lorenzo Ruiz  
Universidad Autónoma de Madrid  
Émora Psicología Aplicada

Héctor González Ordi  
Universidad Complutense de Madrid

Ana Calero Elvira  
Universidad Autónoma de Madrid

Raquel Miguel Muñoz  
Hospital Universitario de Torrejón

### **Correspondencia:**

Luis Lorenzo Ruiz  
Émora Psicología Aplicada  
Avda. Constitución, 85, portal 6, 1º-1.  
28823 Coslada (Madrid)  
luislorenzorui@gmail.com

## El empleo de la hipnosis en el manejo del dolor del parto: un caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 31 años con un embarazo de bajo riesgo y una edad gestacional de 32 semanas en el inicio del tratamiento. La paciente acude a consulta refiriendo interés por aprender técnicas de sugestión e hipnosis para manejar el dolor y la ansiedad durante el parto con el fin de disfrutar de un parto lo menos intervenido posible. Se describe el proceso de evaluación, señalándose la información aportada por la paciente durante la entrevista inicial y los instrumentos utilizados para complementar dicha información: el Inventario de Sugestionabilidad (IS), la Escala de Sugestionabilidad de Barber (BSS), la Escala de Catastrofismo ante el Dolor (PCS-SP), Cuestionario de expectativas y experiencia de parto de Wijma (W-DEQ) y el Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R). El tratamiento diseñado para conseguir dichos objetivos, desde el modelo cognitivo-conductual, estuvo basado en técnicas de sugestión e hipnosis y se desarrolló a lo largo de 5 sesiones; en el trabajo se describe el proceso seguido y se van señalando las técnicas utilizadas. Tras la intervención, la paciente mostró mejoras significativas en los índices de catastrofismo, expectativas del parto y sintomatología psicopatológica y disfrutó un parto vaginal espontáneo sin uso de medicación analgésica.

**Palabras clave:** Hipnosis Clínica, Dolor en el Parto, Ansiedad, Caso Clínico

## The use of hypnosis in labour pain management: a case study

A case of a 31 year old woman with a low risk pregnancy and a gestational age of 32 weeks at the start of treatment is presented. The patient consults referring interest in learning hypnosis techniques to manage pain and anxiety during labour in order to have the least possible labor intervened. We describes the evaluation process, noting the information provided by the patient during the initial interview and the instruments used to supplement this information: Suggestibility Inventory (IS), the Barber Suggestibility Scale (BSS), the Pain Catastrophizing Scale (PCS-SP), Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) and the Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R). Treatment designed to achieve those objectives, from the Cognitive Behavioral Therapy, was based in hypnosis techniques and developed over five sessions. After treatment, the patient showed significant improvements in rates of catastrophizing, delivery expectancies and psychopathological symptoms and had a spontaneous vaginal delivery without the use of analgesic medication.

**Keywords:** Clinical Hypnosis, Labour Pain, Anxiety, Case study.

## El empleo de la hipnosis en el manejo del dolor del parto: un caso clínico



### INTRODUCCIÓN

El tratamiento del dolor es una problemática en el campo de la salud que nos acompaña desde tiempos inmemoriales y hasta hace poco se ha considerado de una forma estrictamente física y orgánica (Moix, 2005). Sin embargo, la conceptualización actual y vigente del dolor lo define como una experiencia sensorial y emocional muy compleja (Lowe, 2002; Mezlack y Casey, 1968) y displacentera asociada a una lesión hística, real o potencial, o descrita en términos de la misma (I.A.S.P., 1979). Con los términos “experiencia emocional” y “lesión potencial” se da cabida a aspectos más psicológicos del dolor, ya que acoge las consecuencias psicológicas o emocionales derivadas del dolor, el fenómeno del dolor como resultado de la percepción subjetiva y la posibilidad de experimentar dolor sin sufrir una lesión física u orgánica, introduciendo aquellos factores psicológicos que permiten llevar a cabo este fenómeno. El hecho de que haya personas con la misma lesión física y experimenten diferentes grados de dolor y discapacidad sugiere que estas personas se han comportado de forma diferente ante la misma situación obteniendo diferentes resultados, esto es, habría formas de actuar que provocan mayores beneficios que otras ante las mismas situaciones (Moix, 2005).

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 describen el dolor del parto como uno de los más intensos que pueden experimentarse (Lowe, 2002; Melzack, 1984). Se han utilizado una gran diversidad de métodos y técnicas para aliviar el dolor asociado al parto: farmacológicos, invasivos, naturales, acupuntura, acupresión, hipnosis, relajación, electro-estimulación percutánea (TENS), inmersión en agua, inyección de agua estéril (*water blocks*), etc.; todos ellos han mostrado diferentes resultados (Porter, 2004; Smith, Collins, Cyna y Crowther, 2006).

Igualmente, existen gran variedad de fármacos para aliviar el dolor del parto. Entre ellos, la analgesia epidural es una técnica farmacológica muy popular y la más extendida en nuestro país desde hace décadas (Fernández-Guisasola, 2004), motivo por el cual nos centraremos en ella. 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 del 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, 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 normal menos “medicalizado” e intervenido.

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 (Castel, Salvat, Rull y Sala, 2009; Crawford, Knebel, Vendamia, Horton y Lamas, 1999; González-Ordi, 2005 y 2006; Jensen, 2009; Liossi, Santacangelo y Jensen, 2009; Mendoza y Capafons, 2009; Patterson y Jensen, 2003; Stoelb, Molton, Jensen, Patterson, 2009, entre otros). De hecho, 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).

Según la Asociación Americana de Psicología (APA, 2005) la hipnosis es un procedimiento que incluye procesos cognitivos, como la imaginación, mediante la 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 sugerencias administradas, se dice que el sujeto es más hipnotizable. Esta técnica genera una situación que favorece la aparición de cambios en las características de los individuos que los hacen más receptivos a las sugerencias, favoreciendo múltiples variables terapéuticas (González-Ordi, 2001, 2005, 2006 y 2013).

En relación con el manejo del dolor en el parto, a partir del año 2000 se reactiva el estudio de la aplicación de la hipnosis en el manejo de dolor durante parto. Este comportamiento 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 púerperas y profesionales sanitarios con el uso de dichas técnicas y la búsqueda por parte de éstas y otros profesionales de alternativas que eviten los efectos citados (Lorenzo Ruiz y González Ordi, 2014).

La hipnosis clínica, según la literatura científica disponible, apunta ser una estrategia de intervención prometedora. Ello está influido por el hecho de que ninguna técnica actual resulta idónea en cuanto a su eficacia en el alivio del dolor del parto o porque la aplicación de dichas técnicas supone importantes limitaciones prácticas y/o consecuencias adversas.

El objetivo del presente estudio es presentar la aplicación de un programa de entrenamiento prenatal en técnicas de sugestión e hipnosis en el caso de una embarazada de bajo riesgo. Desde una orientación cognitivo-conductual, esta intervención va dirigida a mejorar las habilidades de afrontamiento y manejo del dolor, la ansiedad durante el parto, la normalización del proceso de parto y la adquisición de habilidades de autocontrol en el mismo proceso.

## MÉTODO

### *Identificación de la paciente e historia clínica y motivo de consulta*

La paciente (A.) se pone en contacto con nosotros refiriendo interés por entrenarse en técnicas de hipnosis para el manejo del dolor y la ansiedad durante el parto dado que desea un parto de mínima intervención evitando técnicas farmacológicas de alivio del dolor. Se trataba de una mujer de 31 años de nacionalidad española, primípara, con una edad gestacional de 32 semanas al inicio de la intervención, con un embarazo de bajo riesgo, sin ningún tipo de experiencia previa con técnicas de sugestión e hipnosis y las clases de Educación Maternal de un centro privado fueron su única alternativa de preparación al parto.

Así mismo, el estado civil de la paciente era casada, contaba con estudios universitarios superiores y su situación laboral era activa.

No refirió presentar ninguna enfermedad de relevancia en el pasado ni en la actualidad, así como hospitalizaciones ni intervenciones quirúrgicas.

Por último, la paciente tenía previsto dar a luz en un hospital privado de la Comunidad Autónoma de Madrid.

### *Instrumentos de evaluación*

Los instrumentos que se emplearon para la evaluación de la participante fueron los siguientes:

- Inventario de Sugestionabilidad (I. S.): creado por González Ordi y Miguel-Tobal en 1999 para evaluar a modo de *screening* la sugestionabilidad de las participantes. Es un cuestionario auto-administrado que consta de 22 ítems con un formato de respuesta escalar tipo Likert, con puntuaciones entre 0 (casi nunca) y 4 (casi siempre), que se organiza en cuatro factores: Fantaseo, Absorción, Implicación Emocional e Influenciabilidad. Esta escala cuenta con los siguientes índices de fiabilidad test-retest: IS-total = 0,70; Factor 1 (Fantaseo) = 0,55; Factor 2 (Absorción) = 0,49; Factor 3 (Implicación Emocional) = 0,81; y Factor 4 (Influenciabilidad) = 0,71.

La paciente puntuó (en centiles) en IS-Total = 85, en Fantaseo = 99, en Absorción = 60, en Implicación Emocional = 90, y en Influenciabilidad = 60.

- Escala de Sugestionabilidad de Barber (*Barber Suggestibility Scale*, BSS): originalmente desarrollada por Barber y Carlverley en 1963, se empleó la adaptación española de González Ordi de 1987. Se trata de una escala que consta de ocho ítems o situaciones sugestivas estandarizadas que se presentan a la participante consecutivamente con el fin de evaluar su grado de sugestionabilidad. Para cada uno de los ítems existen dos formas de evaluación: una subescala observacional y otra mediante auto-informe, donde el propio sujeto evalúa el grado en que "ha sido influido" por las sugerencias mediante una escala tipo Likert, con puntuaciones entre 0 (ninguna sensación) a 3 (mucho sensación). La BSS original cuenta con una fiabilidad tes-retest de 0,82.



A. puntuó (en puntuaciones directas) en la subescala observacional = 7, y en la auto-informada = 12, lo que según Barber y Caverley (1963) correspondería a una sugestionabilidad alta y media-alta, respectivamente.

- Escala de Catastrofismo ante el Dolor (*The Pain Catastrophizing Scale, PCS-SP*): desarrollado por Sullivan, Bishop y Pivick en 1995, se empleó su traducción al castellano, adaptada por Olmedilla, Ortega y Abenza en 2013. Se trata de un cuestionario auto-administrado de 13 ítems de escala tipo Likert, con puntuaciones desde 0 (nada en absoluto) y 4 (todo el tiempo), orientado a evaluar el grado de catastrofismo que muestran las participantes cuando sufren dolor. Esta escala, a su vez, se organiza en tres factores (Rumiación, Magnificación e Indefensión<sup>1</sup>). Su índice general tiene un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,818, la subescala Rumiación un alfa de 0,735, la subescala Magnificación 0,618, mientras que el alfa de la subescala Indefensión un 0,737.

La paciente puntuó (en centiles) en PCS-SP-Total = 73, en Rumiación = 86, en Magnificación = 27, y en Indefensión = 83.

- Cuestionario de expectativas y experiencia de parto de Wijma (*Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire, W-DEQ*), diseñado por Wijma, Wijma y Zar en 1998. Se empleó una traducción propia realizada *ad hoc* para evaluar el miedo y las expectativas de las participantes acerca del parto y su experiencia real. Se trata de dos versiones, A y B, compuestas de 33 ítems cada uno de respuesta tipo Likert con puntuaciones entre 1 (extremadamente) y 6 (nada) puntos. La primera versión evalúa el miedo y las expectativas previas al parto, mientras que la segunda versión evalúa, después del parto, la experiencia percibida del parto por la madre. Por un lado, la versión A de esta escala muestra una estabilidad por formas paralelas de 1,00 y un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,93. Por otro lado, la versión B cuenta con una estabilidad por formas paralelas de 0,95 y un Coeficiente Alfa de 0,93 a las dos horas después del parto y de 0,96 y 0,94 respectivamente, a las cinco semanas después del parto.

A. puntuó 58 puntos (de un máximo de 165).

- Cuestionario de 90 síntomas (*Symptom Checklist 90 Revised, SCL-90-R*), originalmente diseñado por L. R. Derogatis en 1977, se empleó la adaptación española de J. L. González de Rivera y cols. de 1989. Se trata de una escala de 90 ítems o síntomas que se le presentan a la paciente con el fin de evaluar los cambios habidos a lo largo de la intervención en relación a posibles síntomas psicopatológicos. Los factores que componen esta escala cuentan con una fiabilidad mediante la correlación de dos mitades de 0,81 en somatización (SOM), 0,87 en obsesión compulsión (OBS), 0,81 en sensibilidad interpersonal (INT) 0,87 en depresión (DEP), 0,88 en ansiedad (ANS), 0,85 en hostilidad (HOS), 0,83 en ansiedad fónica (FOB), 0,81 en ideación paranoide (PAR), y 0,86 en psicoticismo (PSI).

---

<sup>1</sup> Su traducción original es “desesperación”, sin embargo, hemos utilizado “indefensión” porque consideramos que refleja mejor el contenido de dicho factor.

La paciente puntuó (en centiles) en SOM = 35, en OBS = 70, en INT = 55, en DEP = 50, en ANS = 30, en HOS = 35, en FOB, PAR, en PSI = 5y en GSI (índice de sintomatología general) = 35.



- Historia clínica posparto: se diseñó un modelo de historia clínica *ad hoc* con el fin de evaluar datos obstétricos, ginecológicos, neonatales y psicológicos asociados al parto, así como el empleo de la hipnosis durante el mismo. La administración se realizó *on-line* en la primera semana del puerperio (véase Anexo 1).

### **Tratamiento**

El programa terapéutico que se aplicó estuvo compuesto por una intervención previa al parto basada en técnicas de sugestión e hipnosis distribuida en cinco sesiones de entre 60 y 90 minutos de duración cada una y, aunque se trató de seguir una periodicidad semanal, debido al periodo vacacional hubo variabilidad en el espacio intersesiones, lo que se recoge en la tabla 1.

La hipnosis es una técnica psicológica que en su aplicación clínica sigue cuatro fases diferenciadas y consecutivas ordenadas cronológicamente: Preinductiva, Aplicación de las técnicas de inducción hipnótica, Administración de sugestiones específicas y, por último, Posthipnótica (González-Ordi, 2001, 2013). En la tabla 2 se puede consultar una síntesis de los objetivos de cada fase del proceso hipnótico.

La fase preinductiva es la primera en el orden de aparición y busca preparar a la participante para ser hipnotizada por primera vez. Para ello, se plantean los objetivos a alcanzar, el proceso a seguir, se aclaran dudas, miedos y concepciones erróneas que pueda mostrar la participante. El objetivo final de esta fase es asegurar la cooperación de la participante.

La siguiente fase es la aplicación de las técnicas de inducción, cuyo objetivo es el de aumentar la receptividad a las sugestiones específicas a través de la modificación de diferentes variables de la paciente (incremento de la atención selectiva, de la capacidad de imaginación, la flexibilidad cognitiva y disminución de la capacidad de juicio, entre otras). En esta fase se utilizó en su inicio la técnica de “fijación ocular” (Cangas, 1999; González-Ordi, 2013), la cual consiste en que la paciente mire a un punto fijo mientras el terapeuta le transmite sugestiones de pesadez y cansancio de los ojos y de relajación. Acto seguido, se aplicó la técnica de “descenso de la montaña” (González-Ordi, 2013), la cual consiste en guiar a la paciente en el descenso en imaginación de una montaña mientras se le administran sugestiones de relajación, concentración y bienestar de forma proporcional al descenso, de modo que cuando finalice el descenso la paciente se encuentre profundamente hipnotizada.

La fase de administración de sugestiones específicas busca provocar aquellos cambios deseados en la capacidad para manejar el dolor, la tensión muscular, la ansiedad, etc. (en la tabla 2 pueden consultarse todos los contenidos correspondientes a cada sesión), una vez conseguidas las condiciones más favorables para ello por medio de las dos anteriores fases. Estas sugestiones específicas fueron escogidas en algunos casos de las publicadas por otros autores (Barber, 1999; González Ordi, 2013; González Ordi y Capilla Ramírez, 2013; Hammond, 1990; Kroger, 1974) y en otros casos fueron

creadas *ad hoc* por nosotros atendiendo a los objetivos que buscamos conseguir. Algunos ejemplos pueden verse en el anexo 2.

Por último, en la fase posthipnótica se utilizaron instrucciones y sugerencias para devolver a la paciente a una situación lo más similar posible a la que se encontraba antes de ser inducida en hipnosis intentando mantener y generalizar las respuestas aprendidas en las fases previas y, así, contribuir a la posterior aplicación de la técnica por A. de manera autónoma (auto-hipnosis).

Sesión	Fecha	Objetivos
1	20/07/2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentación del terapeuta.</li> <li>- Presentación de la investigación.</li> <li>- Firma consentimiento informado.</li> <li>- Recogida de datos: Historia Clínica, I. S., PCS-SP, W-DEQ, BSS.</li> <li>- Inducción hipnótica mediante fijación ocular (González Ordi, 2013)</li> <li>- Autohipnosis mediante sugestión posthipnótica (González Ordi, 2013)</li> </ul>
2	24/07/2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vivencia positiva del parto y estímulos asociados al mismo.</li> <li>- Incremento de confianza.</li> <li>- Control de la tensión muscular.</li> <li>- Control de estímulos ambientales.</li> <li>- Recuperación física.</li> <li>- Aceleración de la dilatación (véase anexo 2)</li> </ul>
3	27/07/2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manejo del dolor inducido mediante coldpressor.</li> <li>- Manejo del dolor del parto.</li> <li>- Información sobre la influencia de la actividad cognitiva y verbal en el resto del cuerpo, así como en la percepción de dolor y ansiedad (Péndulo de Chevreul).</li> </ul>
4	29/07/2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Control de tensión muscular.</li> <li>- Control de ansiedad.</li> <li>- Normalización del proceso del parto (véase anexo 2)</li> <li>- Control del ardor del periné.</li> </ul>
5	30/07/2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicar las técnicas anteriores en situaciones ambientales de mayor dificultad y similares a los estímulos ambientales de un parto (<i>Roleplaying/simulación</i> del parto).</li> <li>- Recogida de datos: I. S., PCS-SP, W-DEQ, BSS.</li> </ul>

**Tabla 1.** Contenido de las sesiones del programa de intervención

Fases	Objetivos a alcanzar
Preinductiva	Preparación del contexto hipnótico: Planteamiento del proceso a seguir y las metas u objetivos a alcanzar. Aclarar miedos y concepciones erróneas. Asegurar la cooperación del paciente. Evaluación de la sugestionabilidad del sujeto: a mayor nivel sugestionabilidad mejor rendimiento hipnótico.
Aplicación de las técnicas de inducción hipnótica	Modificación de ciertas variables del sujeto con el fin de aumentar la receptividad a las sugerencias específicas.
Administración de sugerencias específicas	Administración de sugerencias orientadas a alcanzar los objetivos para los cuales se precisó de la aplicación de las técnicas de hipnosis, bien sea de forma aislada o formando parte de un paquete terapéutico combinado (v.g. cognitivo-conductual).
Posthipnótica	Aprendizaje, mantenimiento y generalización de las respuestas provocadas por sugestión en consulta, generalmente a través de sugerencias posthipnóticas y/o autohipnosis.

**Tabla 2.** Fases del proceso hipnótico (modificado de González-Ordi, 2001).

En la primera sesión de la intervención se llevaron a cabo las fases preinductiva, aplicación de técnicas de inducción hipnótica y posthipnótica mediante la guía y supervisión del terapeuta. En las siguientes sesiones (de la segunda a la quinta) no se aplicó la fase preinductiva, dado que resultaría redundante, sin embargo, se aplicaron las otras tres fases que completan el proceso de hipnosis con las siguientes peculiaridades:

- Fases de aplicación de técnicas de inducción hipnótica y posthipnótica: se realizaron sin ayuda del terapeuta, traspasando el control de las mismas a la paciente, quien las llevaba a cabo de forma totalmente autónoma (auto-hipnosis). El papel del terapeuta se limitaba a indicarle lo que debía hacer, por ejemplo, “indúzcase en hipnosis y cuando baje la montaña avíseme y comencemos a trabajar” ó, “cuando quiera puede salir de hipnosis”.
- Fase de administración de sugerencias específicas: en esta fase las sugerencias eran administradas necesariamente por el terapeuta debido a que éstas eran diferentes en cada sesión en función de los objetivos de la misma.

La intervención fue realizada en su totalidad por un psicólogo de la salud con formación específica en hipnosis clínica, mientras que, en la quinta sesión, se contó con la colaboración de una enfermera especialista en Ginecología y Obstetricia con el objetivo de dar más realismo al *roleplaying* que se realizó en dicha sesión.

## RESULTADOS

### *Cambio clínico*

En este apartado, se analiza el cambio de A. en relación con las distintas variables de resultado de las que se recogieron datos cuantificables antes y después de la intervención. Para ello, se comienza presentando una tabla con los datos de la paciente en diferentes fases del proceso (pre, post y posparto) y el cambio individual significativo en cada variable (véase tabla 3).

El cambio individual se ha calculado al aplicar el estadístico RCI: *Reliable Change Index*, que proporciona una medida estadística del cambio clínico individual en las puntuaciones de una escala utilizada, teniendo en cuenta la fiabilidad de la misma. Se trata de un estadístico desarrollado desde las ciencias del comportamiento (Jacobson, Follette y Revenstorf, 1984; Jacobson, Roberts, Berns y McGlinchey, 1999; Jacobson y Truax, 1991) pero usado más a menudo en estudios médicos para valorar, entre otras cosas, la calidad de vida relacionada con la salud (Fayers y Machin, 2000; LeMieux et al., 2008) y la satisfacción con el tratamiento (Aharony y Strasser, 1993; Shikiar y Rentz, 2004). Es de gran utilidad en estudios de psicología de la salud en los que se cuenta con una muestra pequeña y por tanto no son pertinentes las pruebas habituales de contraste para grupos.

Índices	Factores	Pre	Post	RCI	Posparto
I. S.	I. S. Total	61	57	-0,58	N. D.
	Fantaseo	15	13	-0,73	N. D.
	Absorción	11	14	1,30	N. D.
	Implicación emocional	14	11	-1,50	N. D.
	Influenciabilidad	10	12	0,89	N. D.
BSS	Observacional	7	6	-1,01	N. D.
	Auto-informe	12	16	1,41	N. D.
PCS-SP	Total	29	19	-2,21*	N. D.
	Rumiación	13	5	-3,47*	N. D.
	Magnificación	1	4	1,39	N. D.
	Indefensión	15	10	-1,80*	N. D.
W-DEQ A	Total	58	25	-5,20*	N. D.
SCL-90-R	GSI	0,40	0,17	-1,96*	0,07
	SOM	0,33	0,25	-0,21	0
	OBS	0,80	0,10	-2,50*	0,10
	INT	0,44	0,22	-0,76	0,11
	DEP	0,85	0,31	-1,74*	0,23
	ANS	0,30	0,10	-0,76	0
	HOS	0,17	0	-0,54	0,17
	FOB	0	0	0,00	0
	PAR	0	0	0,00	0
	PSI	0	0	0,00	0

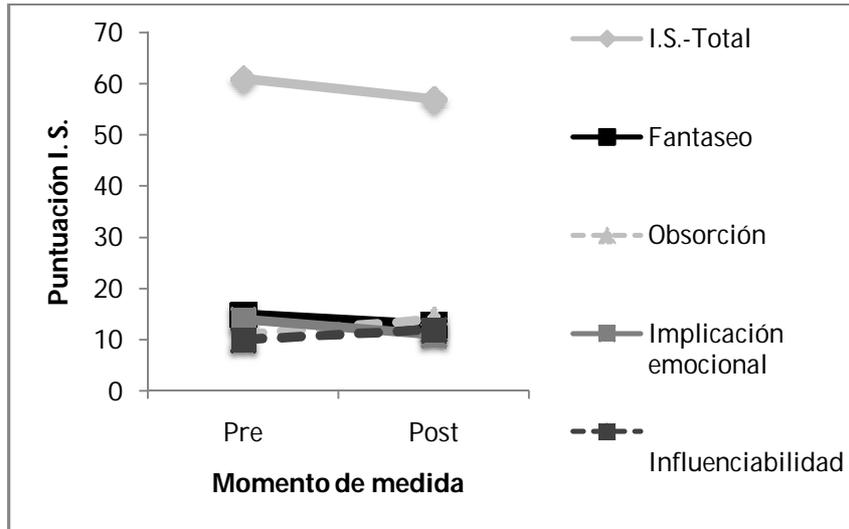
**Tabla 3.** Puntuaciones directas y cambio individual en los diferentes índices

Nota: N. D. = No disponible; \* = Cambio significativo.

### **Sugestionabilidad.**

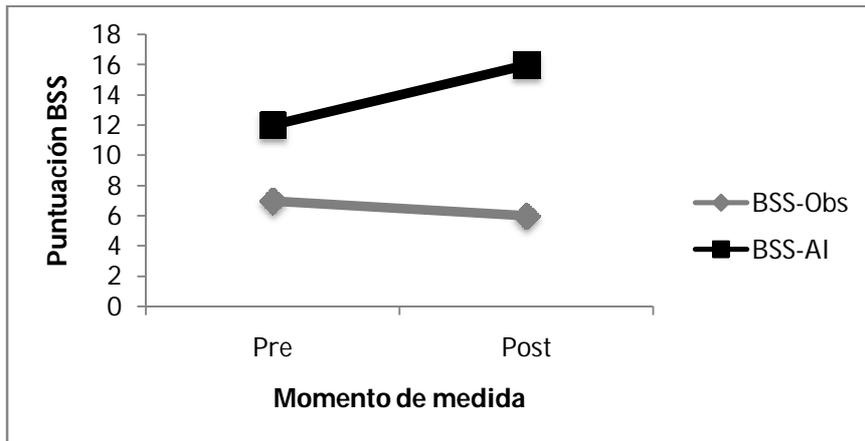
En cuanto a los índices de sugestionabilidad se encontraron los siguientes resultados:

- Inventario de Sugestionabilidad (I. S.): tras la intervención, la participante, por un lado, redujo sus puntuaciones en cuatro, dos y tres puntos en los índices I. S.-Total, Fantaseo e Implicación emocional respectivamente, mientras que por otro lado, incrementó tres puntos en el índice de Absorción y dos en los índices de Influenciabilidad. Atendiendo al cambio individual, aplicando el estadístico RCI, los resultados no muestran cambio significativo en la participante (véase tabla 3).



**Figura 1.** Cambio en los índices de sugestionabilidad (I. S.)

- Escala de Sugestionabilidad de Barber (BSS): tras la intervención, las puntuaciones en su evaluación observacional se redujeron en un punto, mientras que en la evaluación mediante auto-informe, A. incrementó sus puntuaciones en cuatro puntos. De nuevo, tomando como criterio el RCI, estas diferencias no son significativas (véase tabla 3).



**Figura 2.** Cambio en los índices de sugestionabilidad (BSS).

Nota: BSS-Obs = puntuación observacional; BSS-AI = puntuación auto-informada.

### **Catastrofismo.**

En cuanto a las puntuaciones en la escala de catastrofismo (PCS-SP) éstas se vieron reducidas en diez puntos después del tratamiento. Tras utilizar el RCI se puede observar que esta diferencia sí resulta estadísticamente significativa.

Atendiendo a los factores en los que se organiza esta escala, la Rumiación desciende ocho puntos, la Magnificación aumenta tres, mientras que la Indefensión se reduce en cinco puntos. Atendiendo al RCI, las diferencias en la Rumiación y en la Indefensión sí fueron significativas mientras que no fue así en la Magnificación (véase tabla 3).

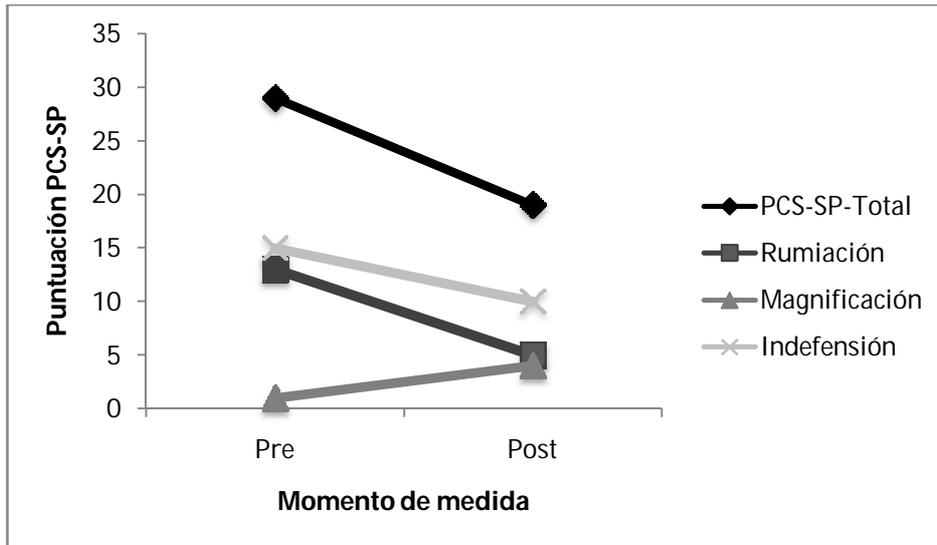


Figura 3. Cambio en los índices de catastrofismo (PCS-SP).

### *Expectativas/miedo al parto.*

Respecto a la escala de expectativas y experiencia del parto, la participante obtuvo una reducción de 33 puntos al terminar el tratamiento. Aplicando el RCI se puede observar una mejora significativa (véase tabla 3).

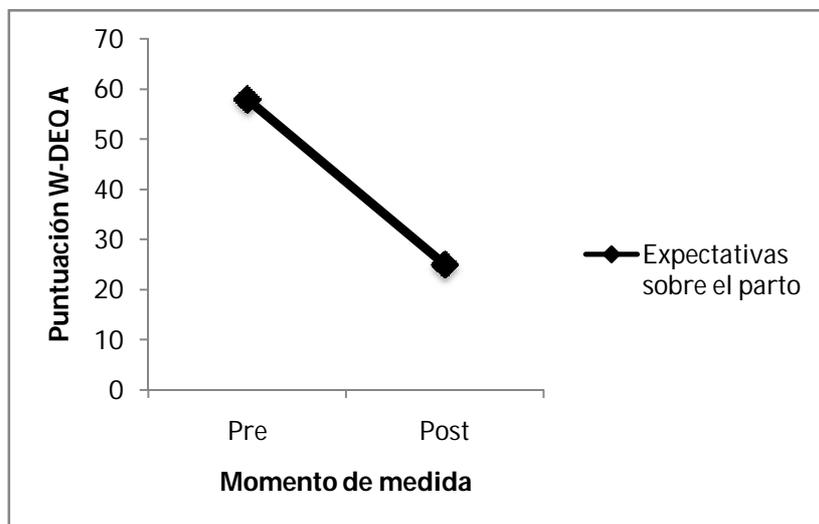


Figura 4. Cambio en las expectativas y miedo al parto (W-DEQ versión A).

### *Sintomatología psicopatológica*

En cuanto al cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R), tras la intervención todos aquellos factores que obtuvieron una puntuación superior a cero puntos vieron reducidas sus puntuaciones. En este sentido, Somatización redujo su puntuación en -0,08; Obsesión-compulsión en -0,70; Sensibilidad interpersonal en -0,22; Depresión en -0,54; Ansiedad en -0,20; y Hostilidad en -0,17 puntos, mientras que los factores Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo se mantuvieron en 0 puntos antes y después

de la intervención. Como consecuencia, el GSI (Índice Sintomático General) se redujo en -0,23 puntos.

Aplicando el RCI se puede observar una mejora significativa en GSI, Obsesión-compulsión y Depresión (véase tabla 3).

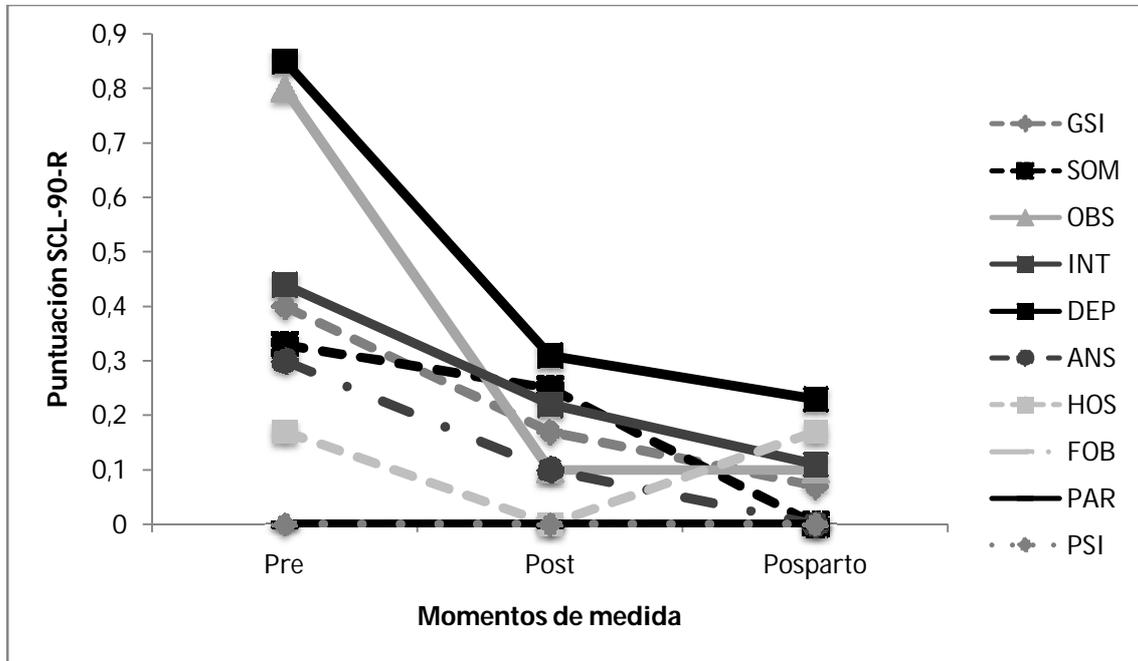


Figura 5. Cambio en la sintomatología psicopatológica (SCL-90-R).

### Variables del proceso de parto.

A continuación, se incluyen los datos relativos al proceso del parto.

El nacimiento tuvo lugar a las 41 semanas y tres días de gestación. A. dio a luz a un varón que midió 50 cm. y pesó 3,15 kg. al nacer.

En cuanto a los indicadores subjetivos de dolor percibido, el grado de dolor máximo percibido durante el parto fue alto (9 sobre 10), mientras que el grado de dolor medio durante el parto puede considerarse como medio-alto (7).

En lo relativo al grado de ansiedad percibido por la paciente a lo largo del proceso del parto fue bajo (2).

A. tuvo una satisfacción muy alta con el desarrollo del parto, variable a la que otorga la máxima puntuación (10).

En cuanto a la experiencia del parto evaluada con el W-DEQ versión B, las puntuaciones fueron bajas, 20 de 165 puntos, lo que refleja una valoración muy positiva de su experiencia de parto.

Por otro lado, atendiendo al uso de estrategias farmacológicas de alivio del dolor, en cuanto a la analgesia epidural, la paciente no la utilizó en ningún momento del

parto. Por el contrario, le administraron una dosis de meperidina y haloperidol a los dos centímetros de dilatación “para poder dormir”.

A. disfrutó de un parto no instrumentalizado, es decir, no fue necesario el uso de técnicas instrumentales de facilitación del parto como pueden ser fórceps, espátulas o ventosa. Del mismo modo, no recibió fármacos para inducir o provocar el parto (véase oxitocina o Propess) y, en el caso de la oxitocina, le administraron una dosis mínima durante la fase expulsiva del proceso.

En cuanto a las puntuaciones Apgar del neonato, se encontraron puntuaciones altas y muy altas tanto al minuto de nacer (9 puntos) como a los cinco minutos (10).

Tras el parto, la paciente permaneció ingresada 48 horas, el tiempo mínimo que suelen contemplar los protocolos. Así mismo, el neonato no necesitó los servicios de la unidad de neonatos ni de la Unidad de Cuidados Intensivos de neonatos del hospital.

En el estado de ánimo de la madre los días posteriores al parto obtuvo una puntuación muy alta (10), lo que supone un estado de ánimo muy bueno en los días posteriores. Además, este dato sigue la misma línea que los resultados obtenidos durante el puerperio en el SCL-90-R, cuyas puntuaciones mantienen su tendencia descendente (más que tras la intervención) a excepción del factor Hostilidad que recupera su valor previo a la intervención (véase tabla 3 y gráfica 5).

### **Uso de la Hipnosis durante el parto.**

Para terminar, en este apartado se incluyen los datos relativos a la aplicación de la hipnosis durante el parto. En primer lugar, cabe señalar que la paciente refirió haber utilizado la hipnosis durante el parto, más concretamente “desde el comienzo hasta las últimas contracciones”. Sin embargo, no refiere haber utilizado la técnica en la fase expulsiva, pese a contar con un ejercicio específico para esta fase.

Las sugerencias específicas que aplicó fueron el desplazamiento de tensión (destinado al control de tensión muscular), estación de tren, relajación paralela a la contracción (destinado al control de activación), guante de caucho (destinado al manejo del dolor). El resto de sugerencias no fueron aplicadas, según refiere A.

En cuanto a la utilidad del programa percibida por la paciente, ésta sí lo reconoce como útil, ya que le “ha ayudado a ver y sentir el dolor sin juzgarlo y verlo como algo funcional y transitorio”.

Por último, también se le preguntó por posibles mejoras que considerase oportunas incluir en la intervención. En relación a esta cuestión, la paciente refirió que la intervención en hipnosis podría haberle ayudado en otros aspectos perinatales, como el control y alivio de náuseas que presentó en algunos momentos del embarazo.

## **DISCUSIÓN**

Atendiendo a los datos cuantificables, se puede afirmar que el objetivo general de la intervención se ha cumplido en cierta medida: el programa pareció ayudar a la



paciente al aprendizaje de estrategias de afrontamiento del dolor asociado al trabajo del parto, a reducir el miedo al parto y la necesidad de utilizar estrategias farmacológicas para el alivio del dolor. Del mismo modo, parece que el programa contribuyó en el caso de A. a una vivencia más positiva del parto, a reducir los niveles de ansiedad y a incrementar la satisfacción con la experiencia de la paciente a lo largo del mismo.

A continuación, se discuten punto por punto los cambios en las variables de resultado evaluadas de manera cuantificable. En cuanto a la sugestionabilidad, la ausencia de cambios significativos al evaluar mediante el Inventario de Sugestionabilidad (I.S.) puede indicar que esta variable tiende a comportarse de forma más similar a un rasgo de personalidad, esto es, presenta valores estables en el tiempo. En lo referido a su evaluación mediante la Escala de Sugestionabilidad de Barber (BSS), tanto en su subescala observacional como en la auto-informada, tampoco se registraron cambios significativos, lo que puede sugerir lo mismo que en el caso anterior (I. S.), y/o un aprendizaje del ejercicio que pudiera sesgar los resultados al tratarse de una prueba tan particular. Del mismo modo, también puede indicar una marcada estabilidad temporal de la sugestionabilidad, como sugieren otros autores (Bowers, 1976; Hilgard, 1965; Piccione, Hilgard y Zimbardo, 1989).

Respecto al catastrofismo, también se obtuvieron diferencias significativas tanto en su puntuación total (PCS-SP-Total), como en los factores de Rumiación e Indefensión. Creemos que estos cambios pueden deberse a la visión fisiológica del dolor del parto que ofrece la intervención, a las exposiciones al parto en imaginación, y/o al posible incremento de autoeficacia en situaciones de dolor debido al aprendizaje de estrategias de afrontamiento activo del dolor durante la intervención. Este aspecto debe estudiarse en mayor detalle en futuros trabajos, ya que hasta donde nuestro conocimiento alcanza, la escala de Catastrofismo no ha sido utilizada en este ámbito en publicaciones previas.

En cuanto a la variable expectativas y miedo al parto, también mostró una reducción significativa en la paciente tras la intervención. Ciertamente es que el instrumento utilizado para evaluar las expectativas y el miedo hacia el parto (W-DEQ versión A) se trata de una escala traducida *ad hoc* para este estudio, por lo que no está adaptada ni validada en la población española. En este sentido, debemos ser doblemente cautos a la hora de obtener conclusiones debido a las carencias psicométricas del cuestionario.

Nuestro programa de hipnosis parece no haber conseguido ser eficaz en la reducción del dolor máximo y medio percibido durante el parto por la paciente. Las puntuaciones en dichas variables se encuentran en niveles altos y medio-altos, respectivamente. Los resultados en esta variable resultan contradictorios en la literatura previa ya que, en ocasiones el dolor percibido por las participantes sí es significativamente inferior en las mujeres que recibieron tratamiento en hipnosis respecto al grupo control (Guthrie, Taylor y Defriend, 1984; Mairs, 1995; Rock, Shipley y Campbell, 1969), mientras que otras no muestran tales diferencias (Cyna et al., 2013; Freeman, MaCauley, Eve y Chamberlain, 1986; Werner, Uldbjerg, Zachariae, Rosen y Nohr, 2013). Sin embargo, la contención de la intensidad de ansiedad en niveles bajos durante el parto invita a pensar que aunque no se consiguiera una reducción de la vivencia subjetiva de dolor, la intervención haya podido ser eficaz en la reducción o control de respuestas de ansiedad durante el parto.

Del mismo modo, la satisfacción acerca del proceso de parto que refirió la paciente fue muy alta, dato que nos sugiere la posibilidad de que la intervención resulte efectiva para mejorar la satisfacción de las mujeres con el parto y nacimiento de su hijo, coincidiendo con los resultados obtenidos en otras investigaciones previas (Davidson, 1962; Guthrie et al., 1984). En la misma línea, en cuanto a la experiencia subjetiva del parto evaluada con el W-DEQ versión B, A. obtuvo una puntuación baja, lo que indica una experiencia positiva en su conjunto respecto al parto. Por lo tanto, parece que la intervención en hipnosis podría contribuir a una vivencia más positiva del parto, resultados que irían en la misma línea que los hallados por Werner, Ulbjerg, Zachariae, SenWu y Nohr (2013).

Parece que nuestra intervención prenatal en hipnosis podría ser eficaz en la reducción del uso de medicación analgésica al encontrar que la paciente utilizó meperidina y haloperidol en una ocasión durante los pródromos (antes de que se inicie el parto), pero no utilizó analgesia epidural para el alivio del dolor, teniendo en cuenta que es un método de analgesia de amplio uso y el más extendido en nuestro entorno (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010). Estos resultados irían en la línea de los recogidos en otras investigaciones previas (Cyna et al., 2006; Davidson, 1962; Harmon, Hynan y Tyre., 1990; Jenkins y Pritchard, 1993; Letts, Baker, Duderma y Kennedy, 1993; Martin, Schauble, Rai y Curry, 2001; Rock et al., 1969; VandeVusse, Ireland, Berner, Fuller y Adams, 2007).

Del mismo modo, nuestra intervención podría haber contribuido a que este parto no fuera instrumentalizado (fórceps, espátulas, ventosa) y tampoco hubo necesidad de realizar una cesárea. Estos resultados son similares a los obtenidos en investigaciones previas al respecto (Harmon et al., 1990; Letts et al., 1993; Martin et al., 2001; Mehl-Madrona, 2004). Las conclusiones derivadas de los resultados en estas variables hay que tratarlas con especial cautela ya que es arriesgado no hacerlo así debido a la influencia que tienen múltiples variables médicas en el uso de instrumentación o cesáreas en el parto, más allá del efecto beneficioso que pueda tener la utilización de la hipnosis.

El test de Apgar es un examen rápido que se realiza al neonato, uno y cinco minutos después del parto, con el fin de valorar el estado general de salud que presenta al nacer, obteniendo una puntuación entre cero (la más baja) y 10 (la más alta) en cada ocasión. Las puntuaciones Apgar del neonato en este caso han sido muy elevadas, lo que también invita a pensar que nuestro programa en hipnosis podría contribuir a obtener puntuaciones elevadas en dicho test, esto es, a alumbrar bebés con un estado general de salud mayor, como obtuvieron otros autores en estudios previos (Harmon et al., 1990). Sin embargo, como en las variables anteriores, debido a la influencia de variables médicas en estas puntuaciones, creemos que hay que tener especial cuidado a la hora de interpretar estas conclusiones.

El estado de ánimo de la paciente los días posteriores al parto (primera semana del puerperio aproximadamente) fue muy alto. Esto podría indicar que nuestro programa podría ayudar a incrementar el estado de ánimo en las mujeres en el posparto en unos momentos con una gran cantidad de cambios en la familia, pareja, contexto próximo, hábitos y rutina, así como cambios hormonales entre otros, que experimentan las madres con el nacimiento de su hijo. Resultados parecidos encontraron Harmon et al. (1990), siendo éste el único estudio disponible que analice dicha variable (Sado, Ota,

Stickley y Mori, 2012).

En todos los casos estos resultados deberían poder ser replicados y analizados estadísticamente en muestras mayores en futuras investigaciones para poder concluir al respecto de su relación con diferentes variables, ya que pueden existir numerosas variables extrañas que pueden afectar a los resultados y convendría controlar.

Otra manera de valorar los resultados de una intervención es evaluar la satisfacción de la paciente y en este caso encontramos que su grado de satisfacción con el programa es alto. Aunque no se diseñó ningún instrumento de evaluación cuantitativa de esta variable, la paciente consideró en las preguntas abiertas del cuestionario que el entrenamiento recibido había sido útil, señalando especialmente su utilidad en el manejo y control de la activación fisiológica. Otros indicadores de una elevada satisfacción son los comentarios positivos que durante el entrenamiento y después del parto nos refirió. A pesar de la elevada satisfacción, también la paciente indicó mejoras posibles para el programa: incluir en la intervención sugerencias destinadas al control de las náuseas que, con frecuencia, acompañan a las gestantes en algunos momentos del embarazo. En cuanto a esta propuesta, creemos que dicho contenido no está relacionado con nuestro objetivo de estudio y, por lo tanto, debería diseñarse una intervención independiente con objetivos diferentes a los aquí pretendidos.

Teniendo en cuenta toda la información ofrecida por este caso clínico, unida a los resultados de otras investigaciones previas, la investigación en este campo se presenta como prometedora (véase Landolt y Milling, 2011; Lorenzo-Ruiz y González-Ordí, 2014; Madden, Middleton, Cyna, Matthewson y Jones, 2012) y parece que tendría sentido continuar el trabajo aquí iniciado, con el fin de consolidar y generalizar estos hallazgos para crear programas de intervención estandarizados basados en la evidencia empírica acumulada. Por el momento parece que el empleo de las técnicas de hipnosis como ayuda al manejo y control del dolor y la ansiedad en el parto resultan de gran utilidad al enseñar a los pacientes estrategias de gestión de situaciones de dolor agudo que tradicionalmente implican un afrontamiento pasivo y una gran carga de incertidumbre.

## REFERENCIAS

- Aharony, L., y Strasser, S. (1993). Patient satisfaction: What we know about and what we still need to explore. *Medical Care Review*, 50 (1), 49-79. doi: 10.1177/002570879305000104.
- 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*, 12. 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*. Recuperado de: [http://www.apa.org/divisions/div30/define\\_hypnosis.html](http://www.apa.org/divisions/div30/define_hypnosis.html)
- Barber, J. (1999). *Tratamiento del dolor mediante hipnosis y sugestión. Una guía clínica*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Barber, T. X., y Carverley, D. S. (1963). "Hypnotic-like" suggestibility in children and adults. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66 (6), 589-597.

- Bosch, X. (1998). Spanish doctors criticized for high tech births. *British Medical Journal*, 317, 1406.
- Bouwers, K. S. (1976). *Hypnosis for the seriously curious*. Nueva York: W. W. Norton and Company.
- Cangas, A. (1999). Análisis y modificación de la susceptibilidad hipnótica. *Anales de Psicología*, 15 (1), 89-97.
- Caparrós-Caparrós, B., Villar-Hoz, E., Juan-Ferrer, J., y Viñas-Poch, F. (2007). Symptom Check-List-90-R: fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 781-794.
- Castel, A., Salvat, M., Sala, J., y Rull, M. (2009). Cognitive-Behavioural group treatment with hypnosis: A randomized pilot trial in Fibromyalgia. *Contemporary Hypnosis*, 26 (1), 48-59.
- Crawford, H. J., Knebel, T., Vendamia, J. M. C., Horton, J. E., y 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., y 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., y Baghurst P. (2013). Hypnosis Antenatal Training for Childbirth: A randomized controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 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.
- Derogatis, L. R., y Cleary, P. A. (1977a). Confirmation of the Dimensional Structure of the SCL-90: A Study in Construct Validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 981-989.
- Fayers, P., y Machin, D. (2007). *Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*. Wiley.
- 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, 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., y Chamberlain, G. V. P. (1986). Randomized trial of self-hypnosis for analgesia in labour. *British Medical Journal*, 292, 657-658.
- González de Rivera, J. L., Derogatis, L.R., de las Cuevas, C., Gracia Marco, R., Rodríguez-Pulido, F., Henry-Benítez, M, y Monterrey, A. L. (1989). *The spanish version of the SCL-90-R. Normative data in the general population*. Clinical Psychometric Research, Towson.
- González Ordi, H. (1987). *Escala de Sugestionabilidad de Barber: traducción y adaptación al castellano*. Versión experimental no publicada. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- González Ordi, H. (2001). *La hipnosis: Mitos y realidades*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- 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.
- González Ordi, H. y Capilla Ramírez, P. (2013). El uso de la hipnosis en el paciente oncológico. En J.A. Cruzado (Coord.), *Manual de Psicooncología. Tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer* (pp. 149-169). Madrid: Pirámide.
- González Ordi, H., y Miguel-Tobal, J. J. (1999). Características de la sugestionabilidad y su relación con otras variables psicológicas. *Anales de Psicología*, 15 (1), 57-75.
- Guthrie, K., Taylor, D.J., y Defriend, D. (1984). Maternal hypnosis induced by husbands. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 5, 93-96.
- Hammond, C. (1990). *Handbook of hypnotic suggestions and metaphors* (3ª ed.). Nueva York: W. W. Norton & Company.
- Harmon, T., Hynan, M., y 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.
- Hilgard, E. R. (1965). *Hypnotic susceptibility*. Nueva York: Harcourt, Brace & World.
- I.A.S.P. (1979). Subcommittee on Taxonomy. Pain terms: A list with definitions and notes on usage. *Pain*, 6, 249-252.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., y Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-352. doi:10.1016/S0005-7894(84)80002-7
- Jacobson, N. S., Roberts, L. J., Berns, S. B., y McGlinchey, J. B. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: Description, application, and alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 300-307. doi:10.1037/0022-006X.67.3.300.
- Jacobson, N. S., y Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19. doi:10.1037/0022-006X.59.1.12.
- Jenkins, M. W., y 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., y Macfarlane, A. (2002). Has the medicalization of childbirth gone too far? *British Medical Journal*, 324, 892-895.
- Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfrevic, Z., Gates, S., Newburn, M. y 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., y Berner, M. A. (2002). Self-hypnosis: Alternative anesthesia in labor. *MCN: American Journal of Maternal/Child Nursing*, 27 (6), 335-340.
- Kroger, W. S. (1974). *Hipnosis clínica y experimental*. Buenos Aires, Argentina: Editorial GLEM.
- Landolt, A. S., y 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.
- LeMieux, M. C., Roberts, M., Barman, S., Jin, Y. W., Kim, J. M., y Bao, Z. (2008). Self-sorted, aligned nanotube networks for thin-film transistors. *Science*,

- 321(5885), 101-104.
- Letts, P. J., Baker, P. R. A., Ruderman, J., y Kennedy, K. (1993). The Use of Hypnosis in Labor and Delivery: A Preliminary Study. *Journal of Women's Health*, 2 (4), 335-341.
- Liossi, C., Santacangelo, E. L., y 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.
- Lorenzo Ruiz, L., y González Ordi, H. (2014). El empleo de la hipnosis en el manejo y alivio del dolor durante el parto: *Revisión de la literatura. Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 4 (2). Recuperado de: [http://www.psicociencias.com/pdf\\_noticias/Hipnosis\\_dolor\\_parto.pdf](http://www.psicociencias.com/pdf_noticias/Hipnosis_dolor_parto.pdf).
- Madden, K., Middleton, P., Cyna, A. M., Natthewson, M., y Jones, L. (2012). Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11. 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., y 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., y 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*. Recuperado de: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*. Recuperado de: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
- Moix, J. (2002). La hipnosis en el tratamiento del dolor. *Revista de la sociedad española del dolor*, 9, 525-532.
- Moix, J. (2005). Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. *Anuario de Psicología*, 36 (1), 37-60.
- Olmedilla, A., Ortega, E., y Abenza, L. (2013). Validación de la escala de catastrofismo ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en deportistas españoles. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 3 (1), 83-94.
- Organización Mundial de la Salud (1996). *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Departamento de investigación y salud reproductiva. Recuperado de: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_spa.pdf)
- Patterson, D. R., y Jensen, M. P. (2003). Hypnosis and clinical pain. *Psychological Bulletin*, 129, 495-521.



- Piccione, C., Hilgard, E. R., y Zimbardo, P. G. (1989). On the degree of stability of measured hypnotizability over a 25-year period. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 289-295.
- Porter, J. (2004). Analgesia in labour: Alternative techniques. *Analgesia and Intensive Care Medicine*, 235.
- Rock, N., Shipley, T., y Campbell, C. (1969). Hypnosis with untrained, nonvolunteer patients in labor. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 17, 25-36.
- Sado, M., Ota, E., Stickley, A., y Mori, R. (2012). Hypnosis during pregnancy, childbirth, and the postnatal period for preventing postnatal depression (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6. doi: 10.1002/14651858.CD009062.
- Sala Payá, J. (2003). Hipnosis en el tratamiento del dolor. *Medicina Clínica*, 121 (6), 219-20.
- Shikhar, R., y Rentz, A. M. (2004). Satisfaction with medication: an overview of conceptual, methodologic, and regulatory issues. *Value in Health*, 7 (2), 204-215.
- Smith, C. A., Collins, C. T., Cyna, A. M., y Crowther, C. A. (2006). Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. 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](http://www.sego.es/Content/pdf/20080117_recomendacion_al_parto.pdf)
- Stoelb, B. L., Molton, I. R., Jensen, M. P., y Patterson, D. R. (2009). The efficacy of hypnotic analgesia in adults: A review of the literature. *Contemporary Hypnosis* 26 (1), 24-39.
- Sullivan, M. J. L., Bishop, S.R. y Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological Assessment*, 7 (4), 524-532.
- VandeVusse, L., Irland, J., Berner, M., Fuller, S., y 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.
- Werner, A., Uldbjerg, N., Zachariae, R., Sen Wu, C., y 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., Rosen, G., y 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. doi: 10.1111/1471-0528.12087.
- Wijma, K., Wijma, B., y 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.







Señale con un círculo la intensidad media de dolor que experimentó durante todo el parto:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada de dolor									El máximo dolor que he soportado nunca

¿Qué tipos de sensaciones/dolor (pinchazos, gran presión, ardor, quemazón, fatiga) experimentó durante el parto y en qué partes del cuerpo?

---

---

---

---

Señale con un círculo el grado de ansiedad que experimentó durante el parto:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada de ansiedad									Ansiedad total

Señale con un círculo el grado de satisfacción que tiene del parto:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Totalmente insatisfactorio									Totalmente satisfactorio

Señale con un círculo el grado que mejor estime su estado de ánimo en los días posteriores al parto:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Totalmente triste									Totalmente alegre

## **ANEXO 2: EJEMPLOS DE LAS SUGESTIONES ESPECÍFICAS AD HOC**

### **Bostezo:**

*“Cada contracción es un paso más que da hacia su objetivo... Deje que la naturaleza haga su trabajo, incluso puede colaborar con ella y facilitarle su trabajo. Para ello, cuando note que llegue la siguiente contracción imagine que el cuello de su útero comienza a bostezar y a abrirse como una boca cuando bosteza, poco a poco el bostezo se hace más amplio... más extenso... hasta que llega a una amplitud máxima que después pasa a relajarse, a relajarse mucho... puede notar cómo, una vez se haya desvanecido la contracción, su cuello del útero se queda flácido, blando y holgado, totalmente relajado...”*

### **Descontrol del proceso de parto:**

*“La contracción que está sintiendo ahora y la que sentirá dentro de unos minutos, no son más que señales que le indican que el proceso está avanzando, no intente evitarlas, está dando un paso más a su objetivo, queda menos para acoger a su hijo/a. Recuerde que su tarea es facilitarle el trabajo a la naturaleza, deje que ella haga el trabajo duro, que ella haga el esfuerzo más grande... En este sentido, el mayor control que puede hacer es el “descontrol”, traspasarle el control a quien mejor controla... a la naturaleza y a la matrona que está controlando y atendiendo el parto... deje que ellas hagan el trabajo que usted no quiera hacer... Eso es, muy bien. Tan sólo preste atención a su tranquilidad, a la ilusión que siente... y aparte de su mente cualquier otra preocupación... Estupendo.”*