Universidad Internacional de La Rioja

Facultad de Ciencias de la Salud

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Efectividad del hipnoparto antenatal en la reducción de la ansiedad prenatal, el miedo al parto y el dolor percibido durante el parto: revisión sistemática

Trabajo fin de estudio presentado por:	Gloria Cabezas Fernandez
Modalidad:	Revisión Sistemática
Director/a:	Joana Maestra
Fecha:	21/01/2026

Resumen

Este Trabajo Final de Máster presenta una revisión sistemática sobre la eficacia del hipnoparto antenatal en la reducción de la ansiedad prenatal, el miedo al parto (FOC) y el dolor percibido durante el trabajo de parto en mujeres gestantes de bajo riesgo. Se analizaron estudios publicados entre 2015 y 2025 en bases de datos internacionales, incluyendo ensayos clínicos y estudios cualitativos. Los resultados muestran que el hipnoparto se asocia de manera consistente con una disminución significativa del miedo al parto y una mejor regulación emocional, además de una percepción más manejable del dolor. Aunque los efectos sobre desenlaces obstétricos son menos consistentes, la evidencia disponible apoya su utilidad como intervención mente-cuerpo complementaria dentro de la educación prenatal. Se concluye que el hipnoparto es una herramienta prometedora para mejorar la experiencia del parto, si bien se requieren estudios más rigurosos y estandarizados.

Palabras clave: hipnoparto, autohipnosis, miedo al parto (FOC) miedo al parto, ansiedad prenatal, dolor del parto.

Abstract

This master's Thesis presents a systematic review examining the effectiveness of antenatal hypnobirthing in reducing prenatal anxiety, fear of childbirth (FOC), and perceived pain during labour among low-risk pregnant women. Studies published between 2015 and 2025 were analysed across major international databases, including both clinical trials and qualitative research. The findings consistently show that hypnobirthing is associated with significant reductions in fear of childbirth and improved emotional regulation, as well as a more manageable perception of labour pain. Although effects on obstetric outcomes are less consistent, current evidence supports its utility as a complementary mind–body intervention within prenatal education. Overall, hypnobirthing appears to enhance women's childbirth experience, although further rigorous and standardised research is required to consolidate its efficacy and determine optimal implementation conditions.

Keywords: hypnobirthing, self-hypnosis, fear of childbirth (FOC), prenatal anxiety, labour pain.

Índice de contenidos

1. Marco teórico 7
1.1. Introducción general a la experiencia del parto y su impacto psicológico 7
1.2. El miedo al parto y la ansiedad prenatal como variables relevantes 7
1.3. Alternativas no farmacológicas para afrontar del dolor y la ansiedad durante el parto 8
1.4. El hipnoparto, concepto y fundamentos teóricos 9
1.5. Hipnoparto y evidencia científica actual 10
1.6. Evolución de la hipnosis clínica y su aplicación en el ámbito obstétrico 11
2. Justificación 13
3. Objetivos 15
3.1. Objetivo general 15
3.2. Objetivos secundarios 15
4. Hipótesis 16
5. Metodología 17
5.1. Diseño 17
5.2. Criterios de inclusión y exclusión 19
5.3. Diagrama de flujo 20
6. Resultados 23
6.1. Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos 31
7. Discusión y conclusiones 33
7.1. Limitaciones 35
7.2. Prospectiva 36
Referencias bibliográficas 39

Índice de figuras

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA 22

Figura 2. Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos según PRISMA 2020 32

Índice de tablas

Tabla 1. Resultados ordenados por año de publicación 23

1. Marco teórico

1.1. Introducción general a la experiencia del parto y su impacto psicológico

La experiencia del parto constituye un evento de gran intensidad física y emocional que puede influir en gran medida en la salud mental de las mujeres, tanto en el corto como en el largo plazo. El parto no implica únicamente una serie de grandes cambios físicos, también es una vivencia subjetiva y personal que puede oscilar entre el empoderamiento y la felicidad o el trauma, dependiendo de factores personales, situacionales y asistenciales. La forma en que una mujer vive su parto puede repercutir posteriormente en su bienestar psicológico, su autoestima, su vínculo con el bebé y su disposición a futuros embarazos (Nahaee et al., 2024).

Entre los factores que afectan esta vivencia se encuentra el miedo al parto o tocofobia, un fenómeno cada vez más estudiado por su asociación con complicaciones obstétricas, intervenciones médicas innecesarias y efectos adversos en la salud mental perinatal. En este sentido, la ansiedad prenatal y el miedo intenso pueden generar un círculo vicioso que incrementa la percepción del dolor y deteriora la experiencia general del parto. Además, se ha observado que el miedo al parto puede afectar incluso la iniciación de la lactancia y la adaptación postnatal, así como predisponer a trastornos afectivos en el puerperio (Forbes-McKay et al., 2025; Huang et al., 2025).

La comprensión del impacto psicológico del parto es esencial para desarrollar intervenciones preventivas y de acompañamiento adecuadas. En los últimos años, ha ganado relevancia el estudio de programas de educación prenatal, recursos de afrontamiento y estrategias no farmacológicas que contribuyan a mejorar la autoeficacia materna y a reducir el miedo y la ansiedad (Zaman et al., 2025).

1.2. El miedo al parto y la ansiedad prenatal como variables relevantes

El miedo al parto (fear of childbirth o FOC) es una variable psicológica cada vez más estudiada por su impacto en la salud mental y física de la mujer gestante. Considerado una forma específica de ansiedad o incluso una fobia (tocofobia), se ha asociado con una mayor percepción de dolor, complicaciones obstétricas, mayor uso de analgesia y peor experiencia global del parto (Huang et al., 2025; Nahaee et al., 2024).

La ansiedad prenatal, estrechamente ligada al FOC, puede empeorar durante el embarazo, afectando en mayor medida a mujeres primerizas, influyendo negativamente en su preparación emocional, su autoeficacia y su percepción de control sobre el proceso de parto (Forbes-McKay et al., 2025). Esta ansiedad puede ser el resultado de factores como experiencias previas traumáticas, escasa información, apoyo insuficiente, o predisposiciones personales.

Según Kuljanac et al. (2023) los rasgos de personalidad, como el perfeccionismo negativo y la intolerancia a la incertidumbre, predicen mayores niveles de miedo al parto, en mayor medida en mujeres nulíparas y no embarazadas. Por el contrario, el perfeccionismo adaptativo y la preparación percibida para el parto actuaron como factores protectores. En el caso de mujeres multíparas, el principal predictor del FOC fue haber tenido una cesárea de emergencia en el pasado.

Además, la baja preparación para el parto fue el predictor más fuerte de poniendo en evidencia la necesidad de implementar programas de psicoeducación prenatal y estrategias de afrontamiento que reduzcan el miedo y mejoren la experiencia emocional del embarazo y el parto (Zaman et al., 2025).

1.3. Alternativas no farmacológicas para afrontar del dolor y la ansiedad durante el parto

Durante el proceso de parto, el dolor y la ansiedad constituyen dos de los principales factores que afectan la vivencia emocional de la mujer. Aunque los métodos farmacológicos como la analgesia epidural son ampliamente utilizados, cada vez se promueve más el uso de alternativas no invasivas para aliviar el malestar físico y emocional, sin los efectos secundarios asociados a la medicación.

Según Chang et al. (2022), existen diversas estrategias no farmacológicas eficaces para reducir el dolor durante el parto, entre ellas, el método *Bonapace*, la acupresión, el uso de pelota de parto, técnicas de relajación y respiración, aromaterapia, apoyo continuo, intervención musical, yoga, baños de agua caliente y compresas. Estas técnicas presentan beneficios físicos y también refuerzan la sensación de control y bienestar emocional en las mujeres, mejorando la experiencia del parto en su conjunto.

Entre todas las estrategias analizadas, el método *Bonapace* que integra a la pareja en el afrontamiento del dolor obtuvo la mayor eficacia en la reducción del dolor percibido, seguido de la acupresión confirmando que las intervenciones no farmacológicas pueden ser tanto efectivas como satisfactorias, siempre que estén adaptadas a las necesidades y preferencias individuales de las mujeres (Chang et al., 2022).

Complementariamente, siguiendo a Mrayan et al. (2024) en entornos hospitalarios de Jordania se obtuvo una visión experiencial de estas técnicas, entre las que se incluía la respiración controlada, los masajes, el movimiento libre, la ingesta de líquidos, el uso de pelota de parto y el acompañamiento. Las mujeres que recibieron estas intervenciones mencionaron una reducción significativa de la ansiedad, una mayor sensación de control, mayor satisfacción con el proceso de parto y una vivencia más respetuosa. Estos resultados cualitativos refuerzan el valor de incluir enfoques no farmacológicos como parte integral de la atención obstétrica, sobre todo en mujeres de bajo riesgo.

En este marco de atención respetuosa y centrada en la mujer, una de las técnicas emergentes que ha cobrado gran relevancia en los últimos años es el hipnoparto, una intervención basada en la autohipnosis y la programación cognitiva positiva.

1.4. El hipnoparto, concepto y fundamentos teóricos

El hipnoparto se entiende como la aplicación de hipnosis clínica y/o autohipnosis para la preparación al nacimiento y su uso durante el trabajo de parto con fines analgésicos y de afrontamiento. Puede impartirse antenatalmente (autohipnosis enseñada en consultas o clases grupales con práctica domiciliaria mediante audios) o intraparto (intervención guiada por un profesional en sala de partos). Los componentes nucleares de la hipnosis son la atención focalizada, la disminución de la conciencia de estímulos externos, la absorción en las sugestiones y, habitualmente, relajación profunda con reencuadre de las sensaciones de las contracciones y prácticas de visualización y respiración (Madden et al., 2016).

Teóricamente, el hipnoparto se apoya en el clásico ciclo miedo-tensión-dolor descrito por *Dick-Read*, el miedo incrementa la activación y la tensión muscular, lo que intensifica el dolor y retroalimenta el miedo. La intervención busca reducir ansiedad y miedo, aumentar autoeficacia y control percibido y, con ello, modular la experiencia dolorosa sin fármacos (Madden et al., 2016).

La analgesia hipnótica ha mostrado efectos moderados a grandes en dolor clínico y experimental en contextos no obstétricos, y los estudios de neuroimagen indican una modulación de componentes sensoriales y afectivos del dolor con implicación de la corteza cingulada anterior; incluso puede alterarse selectivamente la desagradabilidad del estímulo sin cambiar su intensidad percibida (Faymonville et al., 2000; Rainville et al., 1997; Madden et al., 2016). En obstetricia, son estrategias para disminuir ansiedad, reorientar la atención, reformular expectativas y favorecer estados autonómicos de descanso-digestión, todo ello compatible con una vivencia más competente del parto (Madden et al., 2016).

En los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) predominan los programas antenatales de autohipnosis que conllevan de 2 a 6 sesiones, a menudo semanales en el tercer trimestre, con práctica diaria mediante audios y, en menor medida, la hipnosis guiada durante el parto. Algunas escuelas programáticas como HypnoBirthing de Mongan, integran además lenguaje positivo, el rol de la pareja o el/la acompañante y ensayos de parto (Madden et al., 2016).

No se conocen efectos adversos atribuibles a la hipnosis y la hipnotizabilidad puede variar entre personas y parece aumentar durante el embarazo, lo que podría facilitar la respuesta a la intervención (Madden et al., 2016).

El hipnoparto es una intervención mente-cuerpo que combina sugestiones, relajación, respiración y visualización para interrumpir el ciclo miedo-tensión-dolor y modular la percepción del dolor y la ansiedad, fortaleciendo la sensación de control y el afrontamiento durante el parto (Madden et al., 2016).

1.5. Hipnoparto y evidencia científica actual

La evidencia sobre hipnosis/autohipnosis aplicada al parto (hipnoparto) procede principalmente de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y revisiones sistemáticas. Los resultados apuntan a beneficios psicológicos y experienciales (menor miedo, mejor afrontamiento y mayor satisfacción), mientras que los efectos sobre desenlaces obstétricos y el uso de analgesia epidural son menos consistentes y de certeza baja por heterogeneidad y limitaciones de diseño (Madden et al., 2016).

Una revisión sistemática y metaanálisis reciente centrada de forma concreta en analgesia farmacológica expone que la instrucción antenatal en hipnosis no reduce de forma consistente el uso de epidural, opioides ni gases analgésicos frente a la atención estándar. El trabajo evidencia factores metodológicos que pueden atenuar cualquier efecto (variabilidad de protocolos, "contaminación" de los grupos control y ceguera del personal que dificulta apoyar la técnica durante el trabajo de parto) (Lai et al., 2024).

Aun así, en ECA individuales con programas estructurados de hipnoparto que utilizan práctica guiada, materiales domiciliarios y participación de la pareja han mostrado menos miedo al parto, menor dolor percibido, mayor satisfacción y señales de mejor experiencia de cuidado (p. ej., inicio más temprano de piel con piel y lactancia). Estos resultados son prometedores, pero requieren cautela por su carácter unicéntrico y pérdidas muestrales (Buran y Aksu, 2022).

En términos de seguridad y aceptabilidad, las revisiones no han identificado eventos adversos atribuibles a la hipnosis durante embarazo y parto, y la consideran compatible con modelos de atención respetuosa, siempre que haya formación adecuada y seguimiento clínico habitual. En la práctica, el hipnoparto debe entenderse como intervención complementaria no farmacológica orientada a optimizar la experiencia materna y el afrontamiento, más que como sustituto de la analgesia farmacológica o como vía para modificar por sí sola los desenlaces obstétricos a gran escala (Madden et al., 2016; Lai et al., 2024).

1.6. Evolución de la hipnosis clínica y su aplicación en el ámbito obstétrico

El uso de la hipnosis y la autohipnosis durante el embarazo y el parto ha experimentado un crecimiento notable en las últimas décadas como intervención complementaria dentro del ámbito de la salud perinatal. Si bien su aplicación inicial se vinculó principalmente al manejo del dolor, la investigación contemporánea ha ampliado su enfoque hacia el bienestar psicológico de las mujeres durante el proceso reproductivo. La evidencia reciente sugiere que el principal valor de estas intervenciones reside en su capacidad para transformar la vivencia subjetiva del embarazo y el parto, favoreciendo experiencias más positivas, empoderadas y emocionalmente reguladas, más allá de los efectos puramente físicos o analgésicos (Catsaros & Wendland, 2022).

Desde una perspectiva psicológica, la hipnosis perinatal se ha asociado de manera consistente con la reducción del miedo al parto, la ansiedad prenatal y los síntomas depresivos, así como

con el aumento de la percepción de control, la autoeficacia y la confianza en los propios recursos internos. En su revisión sistemática, Catsaros y Wendland (2022) identifican efectos favorables sobre variables como el bienestar emocional, la regulación del estrés y la experiencia subjetiva del parto, destacando además que parte de estos beneficios se mantienen durante el periodo postnatal. Estos hallazgos refuerzan la consideración del hipnoparto como una intervención con potencial preventivo en el ámbito de la salud mental perinatal.

No obstante, la evaluación científica del hipnoparto plantea importantes retos metodológicos. Tal como señalan Gueguen et al. (2021), se trata de una intervención compleja que integra componentes cognitivos, emocionales, corporales y relacionales, lo que dificulta su análisis mediante diseños experimentales centrados exclusivamente en variables biomédicas tradicionales, como el uso de analgesia farmacológica o la duración del parto. Esta complejidad contribuye a explicar la heterogeneidad de los resultados cuantitativos disponibles y la aparente discrepancia entre los efectos clínicos objetivos y la elevada satisfacción subjetiva reportada por las mujeres.

En este contexto, la integración de metodologías cuantitativas y cualitativas se ha revelado como una estrategia especialmente adecuada para comprender el impacto real del hipnoparto. A través de una meta-integración de estudios cualitativos y cuantitativos, Gueguen et al. (2021) muestran que ambos enfoques evalúan dimensiones parcialmente distintas del fenómeno: mientras los ensayos clínicos se centran principalmente en el uso de analgesia y otros indicadores clínicos, los estudios cualitativos exploran aspectos fundamentales como el significado atribuido al parto, la vivencia emocional, el sentimiento de control y la transformación de expectativas. Esta limitada superposición pone de manifiesto la necesidad de incorporar indicadores centrados en la experiencia subjetiva de la mujer.

Uno de los conceptos clave emergentes en este ámbito es el de response shift, entendido como un cambio en los estándares internos, valores o marcos de referencia desde los cuales las mujeres evalúan su experiencia del parto tras la intervención hipnótica. Según Gueguen et al. (2021), la hipnosis puede modificar la forma en que las mujeres interpretan el dolor, el miedo o el control, dando lugar a experiencias subjetivamente positivas incluso en ausencia de cambios significativos en variables clínicas objetivas. Este fenómeno subraya la importancia

de utilizar instrumentos sensibles a los cambios psicológicos y experienciales, más allá de los indicadores tradicionales empleados en la investigación obstétrica.

Asimismo, los beneficios psicológicos del hipnoparto parecen estar vinculados a componentes específicos de las intervenciones, como el entrenamiento en autohipnosis, la relajación progresiva, la imaginería guiada y el fortalecimiento de recursos internos. Catsaros y Wendland (2022) señalan que los programas iniciados en etapas tempranas del embarazo y aquellos que incorporan un enfoque psicológico explícito tienden a mostrar resultados más consistentes en términos de bienestar emocional y reducción del malestar psicológico, lo que refuerza la necesidad de protocolos estructurados y teóricamente fundamentados.

La evidencia disponible apoya la consideración del hipnoparto no tanto como una técnica orientada a eliminar el dolor del parto, sino como una intervención psicológica dirigida a mejorar la vivencia emocional, el afrontamiento y la percepción de control de las mujeres durante el proceso reproductivo. Esta concepción resulta especialmente coherente con los enfoques contemporáneos de atención centrada en la paciente y con los modelos actuales de salud perinatal, que priorizan el bienestar psicológico y la experiencia subjetiva del parto como indicadores clave de calidad asistencial (Catsaros & Wendland, 2022; Gueguen et al., 2021).

2. Justificación

El dolor y el miedo al parto (FOC) siguen siendo determinantes de la experiencia obstétrica y de la salud mental perinatal, por lo que las guías internacionales recomiendan integrar, junto a la analgesia farmacológica, estrategias no farmacológicas que favorezcan el control, la autonomía y el bienestar de la mujer durante el trabajo de parto (WHO, 2018). Así mismo, la salud mental perinatal es un ámbito de la psicología sanitaria, la ansiedad prenatal y el miedo al parto (FOC) se asocian a peor vivencia del parto, mayor dolor percibido y menor satisfacción, con posibles repercusiones en el vínculo temprano y el bienestar posnatal. En este marco, el hipnoparto se ha difundido en la práctica clínica como intervención mente-cuerpo que combina autohipnosis, relajación, respiración y sugestiones positivas; sin embargo, su grado de eficacia clínica y las condiciones de implementación óptimas no están aún bien delimitadas (Madden et al., 2016).

La evidencia disponible sugiere beneficios psicológicos y experienciales del hipnoparto (p. ej., menor miedo y mejor afrontamiento), pero los efectos sobre desenlaces obstétricos y uso de

analgesia farmacológica son menos consistentes y la certeza global ha sido baja por heterogeneidad y limitaciones de diseño. Ello indica una necesidad clara de síntesis focalizada en resultados psicológicos clínicamente relevantes para la psicología sanitaria. (Madden et al., 2016)

Una revisión reciente centrada específicamente en analgesia farmacológica concluye que la instrucción antenatal en hipnosis no reduce de forma consistente el uso de epidural ni de otros fármacos, probablemente por variabilidad de protocolos, "contaminación" de grupos control y dificultades de ceguera del personal. Este hallazgo refuerza el interés de desplazar el foco hacia los resultados psicológicos primarios (ansiedad prenatal, FOC, dolor percibido) y tratar la analgesia como secundaria, más acorde con el rol de la psicología sanitaria. (Lai et al., 2024)

Al mismo tiempo, ECA individuales con programas estructurados de hipnoparto (autohipnosis antenatal con práctica domiciliaria y a veces implicación de la pareja) han mostrado reducciones de FOC y dolor percibido y mayor satisfacción, señales que justifican revisar de forma sistemática qué funciona, para quién y en qué condiciones en gestaciones de bajo riesgo. (Buran y Aksu, 2022)

Por tanto, una revisión sistemática acotada (gestantes de bajo riesgo, hipnoparto antenatal vs. atención estándar, desenlaces psicológicos validados) es relevante y novedosa para la psicología sanitaria dado que puede orientar la implementación clínica de programas de hipnoparto, informar a los equipos perinatales sobre expectativas realistas y priorizar futuros ECA con mejor estandarización (Madden et al., 2016; Lai et al., 2024).

Pregunta de investigación

En gestantes adultas de bajo riesgo, ¿la instrucción antenatal en hipnoparto (autohipnosis) reduce la ansiedad prenatal, el miedo al parto (FOC) y el dolor percibido durante el trabajo de parto, en comparación con la atención prenatal habitual sin intervención psicológica específica?

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Revisar de forma sistemática la evidencia disponible sobre la efectividad del hipnoparto en la reducción de la ansiedad, el miedo al parto y el dolor percibido en mujeres embarazadas de bajo riesgo. embarazadas.

3.2. Objetivos secundarios

i. Identificar y describir las intervenciones de hipnoparto aplicadas durante embarazos de bajo riesgo y el parto en los estudios primarios publicados entre 2015 y 2025.

ii. Analizar los efectos del hipnoparto sobre los niveles de ansiedad prenatal, el miedo al parto y la percepción del dolor durante el parto.

iii. Evaluar la calidad metodológica de los estudios incluidos, siguiendo criterios estandarizados de revisión sistemática.

iv. Sintetizar de manera estructurada los principales resultados empíricos, identificando las fortalezas y limitaciones de la evidencia actual, así como posibles líneas futuras de investigación.

4. Hipótesis

H1. Las intervenciones de hipnoparto aplicadas durante el embarazo y el parto presentan características comunes que permiten su identificación y descripción sistemática.

H2. El uso del hipnoparto se asocia con una reducción de la ansiedad prenatal, del miedo al parto y de la percepción subjetiva del dolor durante el trabajo de parto.

H3. La calidad metodológica de los estudios que evalúan el hipnoparto varía significativamente, presentando limitaciones en diseño, muestreo o análisis.

H4. Los estudios publicados entre 2015 y 2025 sobre hipnoparto ofrecen resultados empíricos relevantes, aunque con ciertas limitaciones, evidenciando la necesidad de futuras investigaciones de mayor rigor y alcance.

5. Metodología

5.1. Diseño

El presente trabajo se desarrolla bajo el formato de una revisión sistemática de estudios primarios, orientada a sintetizar la evidencia disponible sobre la efectividad del hipnoparto antenatal en la reducción de la ansiedad prenatal, el miedo al parto (FOC) y el dolor percibido durante el trabajo de parto en mujeres gestantes de bajo riesgo.

Este diseño se sustenta en el protocolo PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), reconocido por garantizar la transparencia, reproducibilidad y rigor metodológico en la identificación, selección y síntesis de la evidencia científica (Page et al., 2021; Sánchez-Serrano et al., 2022). La validez de una revisión sistemática depende de cuatro pilares:

(a) una búsqueda exhaustiva de la literatura relevante,

(b) criterios explícitos y reproducibles de inclusión y exclusión,

(c) descripción detallada del proceso de selección y del diseño de los estudios, y

(d) una síntesis rigurosa e interpretación crítica de los resultados.

Seguir este marco permite limitar el sesgo y el error aleatorio, favoreciendo conclusiones válidas y útiles para la práctica clínica y psicológica.

Estrategia de búsqueda

La búsqueda bibliográfica se realizó entre octubre y noviembre de 2025, empleando las siguientes bases de datos internacionales de referencia en ciencias de la salud y psicología:

PubMed/MEDLINE: base de datos biomédica más utilizada a nivel internacional. Incluye artículos revisados por pares en medicina, salud pública, enfermería y ciencias afines. Es esencial por su calidad, rigurosidad y cobertura de estudios clínicos recientes, asegurando una búsqueda basada en evidencia científica actual.

ScienceDirect: editorial de Elsevier que da acceso directo a artículos completos de revistas científicas de alto impacto en áreas de psicología, medicina, neurociencias y ciencias de la salud. Su relevancia radica en la disponibilidad de texto completo y en la amplia variedad de investigaciones aplicadas.

Dialnet: base de datos de referencia en el ámbito hispano, que facilita el acceso a producción científica en español. Es importante para garantizar representatividad lingüística y localizar estudios regionales que a menudo no aparecen en bases de datos anglosajonas.

Scopus: es una de las más grandes del mundo, con herramientas avanzadas de filtrado y análisis bibliométrico. Su importancia radica en su amplitud de cobertura y en su capacidad para identificar estudios relevantes que no siempre están indexados en PubMed o ScienceDirect, mejorando la exhaustividad de la revisión.

Palabras clave y operadores booleanos

Se combinaron descriptores controlados y términos libres mediante los operadores AND y OR, aplicando truncamientos (*) para ampliar resultados.

La estrategia general tanto en castellano como en inglés fue la siguiente:

"hypnobirth" OR "hypnobirthing" OR "childbirth hypnosis" OR "antenatal hypnosis" OR "self-hypnosis" AND "anxiety" OR "fear of childbirth" OR "tocophobia" OR "pain perception" OR "labour pain" OR "birth experience" AND "pregnant women" OR "antenatal" OR "labor" OR "childbirth" AND "randomized controlled trial" OR "clinical trial" OR "intervention study"

En las bases de datos Dialnet y ScienceDirect, la estrategia de búsqueda fue adaptada para cumplir con las limitaciones propias.

Proceso de selección de estudios

El proceso de selección fue manual, siguiendo el modelo descrito por Sánchez-Serrano et al. (2022). Una vez identificadas las fuentes potencialmente relevantes, se aplicaron los criterios de elegibilidad definidos en el protocolo para determinar qué estudios serían incluidos o excluidos.

La revisión se desarrolló en tres fases:

(1) cribado inicial de títulos y resúmenes, eliminando duplicados y descartando artículos no relacionados con la temática.

(2) lectura completa de los estudios que cumplían los criterios de pertinencia para verificar su adecuación.

(3) extracción y organización de datos de los estudios incluidos, registrando variables clave (año, país, diseño, muestra, intervención, resultados y conclusiones).

De acuerdo con Sánchez-Serrano et al. (2022), este procedimiento manual garantiza una selección controlada y razonada, especialmente en revisiones con un número manejable de estudios y un foco temático delimitado, como es el caso del hipnoparto.

La información extraída fue analizada de forma narrativa y comparativa, respetando la estructura PRISMA 2020 PRISMA y prestando especial atención a la consistencia metodológica y la calidad de las evidencias.

5.2. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión y exclusión se establecieron siguiendo las recomendaciones del protocolo PRISMA 2020, garantizando la transparencia y la reproducibilidad del proceso de selección. Estos criterios permitieron acotar el campo de estudio y asegurar la pertinencia y calidad de los artículos incluidos en la revisión.

Se **incluyeron** los estudios que cumplieron las siguientes condiciones:

Se incluyeron los estudios que cumplieron las siguientes condiciones:

- **Diseño:** ensayos clínicos aleatorizados (ECA), estudios cuasiexperimentales o estudios cualitativos primarios que evaluaran intervenciones de hipnosis o autohipnosis aplicadas durante el embarazo y/o el parto (hipnoparto o hypnobirthing). hipnoparto).
- **Población:** mujeres embarazadas, preferentemente de bajo riesgo obstétrico, en etapa prenatal o intraparto.
- **Intervención:** programas de hipnoparto impartidos durante el embarazo o el proceso de parto, mediante sesiones grupales, individuales o prácticas de autohipnosis con apoyo de audios, grabaciones, guías o clases estructuradas.
- **Variables evaluadas:** al menos una de las siguientes:
    - ansiedad prenatal o perinatal
    - miedo al parto (FOC)
    - percepción del dolor durante el parto
    - satisfacción, bienestar o experiencia subjetiva del parto

- **Periodo de publicación:** entre enero de 2015 y diciembre de 2025, con el objetivo de recoger evidencia reciente y metodológicamente actualizada.
- **Idioma:** inglés o español.
- **Acceso:** disponibilidad de texto completo, ya sea de acceso abierto o a través de recursos institucionales.
- **Tipo de documento:** artículos originales publicados en revistas académicas indexadas y revisadas por pares.

Se **excluyeron** aquellos estudios que presentaran alguna de las siguientes características:

- No aplicar una intervención de hipnosis o autohipnosis específicamente orientada al parto (relajación general, mindfulness, apoyo psicológico inespecífico).
- No evaluar variables psicológicas o relacionadas con el dolor durante el proceso de parto.
- Corresponder a revisiones sistemáticas, metaanálisis, protocolos, tesis, informes técnicos o literatura gris.
- No estar publicados en inglés o español, o no disponer de texto completo accesible.
- Haber sido publicados antes de 2015 o no cumplir criterios mínimos de calidad metodológica.
- Presentar duplicados, deficiencias metodológicas graves o muestras no comparables con los objetivos de esta revisión.

Este proceso de selección, realizado de forma manual y guiado por los principios de rigor y transparencia descritos por Sánchez-Serrano et al. (2022), permitió delimitar una muestra final de estudios representativos y de calidad, adecuada para responder a la pregunta de investigación planteada.

5.3. Diagrama de flujo

La búsqueda se realizó en las bases de datos PubMed/MEDLINE, ScienceDirect, Dialnet y Scopus para el período 2015–2025, limitando los resultados a artículos en inglés o español y a estudios primarios (ensayos clínicos aleatorizados o estudios cualitativos) sobre hipnosis o hypnobirthing en parto natural, con resultados empíricos.

En PubMed se identificaron inicialmente 5 registros. Se excluyeron 2: uno por centrarse en relajación muscular progresiva tras pérdida perinatal (no hipnoparto) y otro por tratarse de

un estudio de comunicación terapéutica sin intervención de hipnosis en parto natural (además, correspondía a un protocolo sin resultados). De los 3 estudios potencialmente relevantes, uno disponía de texto completo en abierto y los dos restantes se obtuvieron mediante el correo electrónico universitario.

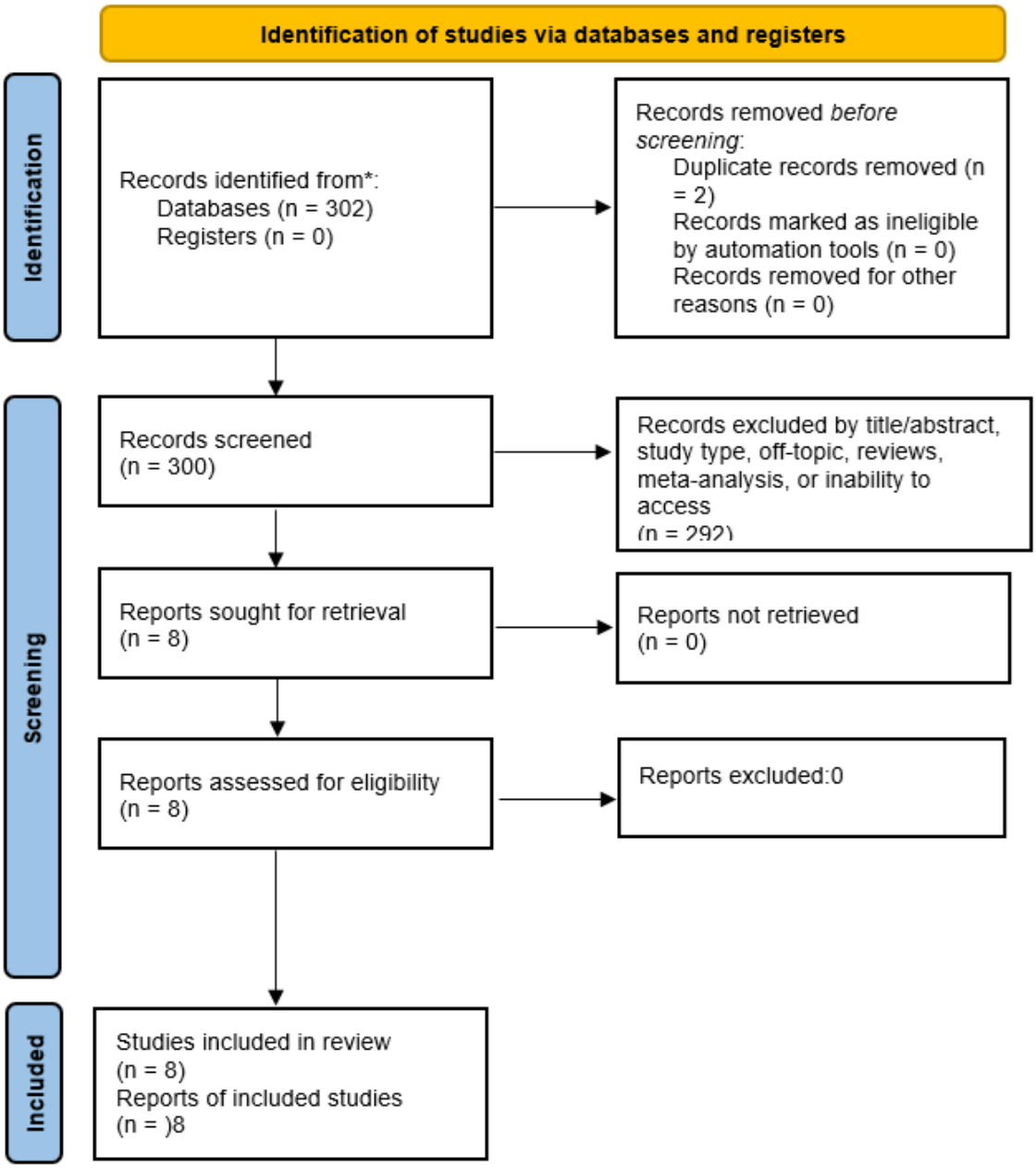
En ScienceDirect fue necesario simplificar la estrategia de búsqueda debido a la limitación de operadores booleanos, por lo que se utilizó: hypnosis AND childbirth AND fear OR anxiety OR pain.

Con esta ecuación se recuperaron 197 artículos. Se aplicaron filtros para restringir a research articles y a las áreas de Medicine, Psychology y Nursing and Health Professions, quedando 71 registros. Tras la lectura de título y resumen, solo 2 se consideraron pertinentes; el resto se descartó principalmente porque el hipnoparto no era la intervención principal, se trataba de revisiones sistemáticas/metaanálisis o no guardaban relación directa con el objeto de estudio. Una búsqueda adicional en español arrojó 19 resultados, ninguno de los cuales cumplía los criterios de inclusión.

En Dialnet se obtuvieron 9 registros, de los que solo 1 cumplía los criterios (los demás se excluyeron por falta de relación con el tema, por estar fuera del rango temporal o por tipo de documento). En Scopus se recuperaron 15 resultados; 7 se consideraron inicialmente válidos, pero 2 se descartaron por duplicados y 2 por imposibilidad de acceso al texto completo, de modo que finalmente quedaron 4 estudios potencialmente elegibles.

Tras la eliminación de duplicados y la lectura crítica a texto completo, se evaluaron en profundidad 8 artículos, que cumplieron todos los criterios de inclusión y fueron incorporados a la revisión. El diagrama de flujo resume este proceso, mostrando el número de registros identificados en cada base de datos, los estudios excluidos en cada fase (por título/resumen, tipo de diseño, falta de acceso o no pertinencia temática) y el número final de estudios incluidos.

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA



Fuente: elaboración propia

6. Resultados

Tabla 1. Resultados ordenados por año de publicación

AUTOR(ES) Y AÑO	PAÍS	DISEÑO	MUESTRA	INTERVENCIÓN	VARIABLES	RESULTADOS PRINCIPALES	CONCLUSIONES
FINLAYSON ET AL. (2015)	Reino Unido	Cualitativo descriptivo (entrevistas) integrado en RCT	16 primíparas del grupo intervención	2 sesiones de autohipnosis (1.5 h) a las 32–35 sem + práctica diaria con audio	Experiencia subjetiva, dolor, miedo, ansiedad, satisfacción	Menos miedo y ansiedad, más calma y control. Algunas frustraciones por expectativas no cumplidas o malinterpretación por parte del personal sanitario.	Técnica percibida como útil y viable; se recomienda formar al personal para identificar estados de relajación hipnótica.
DOWN ET AL. (2015)	Reino Unido	RCT pragmático multicéntrico	680 nulíparas	2 sesiones grupales de autohipnosis + audio para práctica diaria	Uso de epidural; ansiedad, miedo, satisfacción; datos obstétricos	No reduce epidural ni la mayoría de desenlaces clínicos. Sí disminuye ansiedad y miedo posparto respecto a expectativas antenatales.	Programa seguro y de bajo coste; recomendable explorar más duración o formatos alternativos.

YARICI ATIS & RATHFISCH (2018)	Turquía	ECA "single-blind"	60 nulíparas	Hypnobirthing 4 semanas (respiración, relajación, visualización) + acompañamiento continuo en el parto	Dolor (VAS), miedo (W-DEQ-B), duración del parto, lactancia	Dolor mucho menor en todas las fases, miedo muy reducido, partos algo más cortos, lactancia más temprana.	Resultados positivos pero con riesgo de sesgo (muestra pequeña, apoyo solo en intervención, desequilibrios basales).
WERNER ET AL. (2020)	Dinamarca	RCT 3 brazos (hipnosis, relajación, atención habitual)	349 nulíparas	3 sesiones de autohipnosis (sem. 35–37) + audios	Cortisol salival; dolor, calma, bienestar	Cortisol más alto en hipnosis durante el parto; sin diferencias a 6 semanas. No relación clara entre cortisol y dolor/bienestar.	Cumplimiento bajo y diferencias basales limitan resultados. Evidencia inconsistente; riesgo de sesgo moderado-alto.
BURAN & AKSU (2022)	Turquía	ECA 2 brazos	80 nulíparas	Hypnobirthing en pareja (4 semanas, 12 h). Respiración, relajación, visualización, metáforas, masaje, práctica en casa.	Miedo (W-DEQ), dolor (VAS), tipo de parto, intervenciones, satisfacción	Reduce miedo y dolor, aumenta partos vaginales, disminuye analgesia e inducciones, partos más cortos, mayor satisfacción y mejor lactancia inicial.	Programa estructurado de hypnobirthing mejora miedo, dolor, satisfacción y varios resultados obstétricos. Recomendable

							integrarlo en educación prenatal.
ULDAL ET AL. (2023)	Noruega	Cualitativo fenomenológico	9 mujeres que completaron curso online de hypnobirth	Curso con respiración, relajación, visualización, afirmaciones y fisiología del parto; alta práctica en casa y participación de la pareja	Vivencia del parto, afrontamiento, dolor, rol de la pareja, relación con profesionales	El hipnoparto resignifica el parto como experiencia positiva; mayor control, confianza, afrontamiento y sentido de agencia. Falta preparación mental en el sistema público.	Hypnobirth favorece una vivencia empoderadora del parto. Se recomienda integrar preparación mental y técnicas de regulación en la atención prenatal pública.
KAMALIMANESH ET AL. (2025)	Irán (Mashhad)	Ensayo clínico aleatorizado paralelo, no cegado (2 brazos)	93 nulíparas reclutadas; completan 63 (30 autohipnosis, 33 control), embarazo único de bajo riesgo, FOC moderado/severo	Autohipnosis prenatal: 2 sesiones grupales de 60–90 min (sem. 37 y 38) + 2 audios de 15 min para práctica en casa 2 veces/día hasta el parto. Uso de clave condicionada	FOC (W-DEQ A: 35–36+6 y 39 sem; DFS a 4–5 y 8–10 cm), dolor de parto (NRS 0–100 a 4–5 y 8–10 cm), datos obstétricos (tipo de parto, hemorragia posparto, Apgar, peso, NICU) y satisfacción con la	FOC similar al inicio; significativamente menor en autohipnosis a las 39 semanas y a 4–5 y 8–10 cm de dilatación ($p<0,001$). Dolor menor en autohipnosis a 4–5 cm y 8–10 cm (aunque sigue en rango de dolor	La autohipnosis añadida al cuidado habitual reduce de forma significativa el miedo al parto y el dolor en nulíparas con hipnotizabilidad media–alta, sin efectos secundarios relevantes y con

			e hipnotizabilidad media–alta.	(pulgar derecho en el puño) para activar el trance durante las contracciones. Ambos grupos reciben cuidados habituales.	autohipnosis; registro de posibles efectos adversos.	intenso). No hay diferencias en Apgar, NICU ni complicaciones mayores; se observa menor probabilidad de cesárea. Alta satisfacción y disposición a recomendar la técnica; no se reportan efectos adversos.	buena aceptación. Podría contribuir a disminuir cesáreas motivadas por FOC, aunque el tamaño muestral, la falta de cegamiento y la pérdida de casos limitan la generalización de los resultados.
ŞAHİN Y KESİK (2025)	Turquía	Ensayo clínico aleatorizado (2 brazos, paralelo), análisis per-protocolo en partos vaginales sin analgesia neuroaxial.	50 nulíparas (25 intervención, 25 control), 18–34 años, ≥36 semanas, embarazo único, bajo riesgo, planificación de parto vaginal; sin diferencias sociodemográficas	HypnoBirthing: 12 h totales (4 semanas, 3 h/semana) desde la semana 36 (filosofía HB, respiración, relajación profunda, visualización, posiciones, preparación mental positiva del parto y vínculo).	FOC: W-DEQ-A (antes de la intervención) y W-DEQ-B (1 semana posparto). Satisfacción con el parto: Birth Satisfaction Scale–Short Form (BSS-SF). Autoeficacia en lactancia: Breastfeeding Self-	FOC antenatal similar entre grupos (W-DEQ-A ≈94 puntos). A 1 semana posparto, el grupo intervención presenta FOC claramente menor (W-DEQ-B 73,0±5,7 vs 102,0±10,5; p<0,001; d muy grande). Mayor satisfacción con el parto (BSS-SF 27,1±3,6	Un programa combinado de HypnoBirthing + masaje de oxitocina en el tercer trimestre es factible, de bajo coste y aplicable por matronas/enfermería dentro de la educación prenatal rutinaria. En primíparas se asocia

	basales entre grupos.	Masaje de oxitocina (espalda): aplicado por la matrona al final de las sesiones de las últimas 3 semanas; enseñanza a la pareja para práctica diaria en casa (5–10 min, zona paravertebraldorsal, sin estimulación abdominal/pecho) Control: cuidados prenatales habituales (controles obstétricos, NST, eco) sin intervención adicional.	Efficacy Scale–Short Form (BSES-SF). Vínculo temprano madre-bebé: Mother–Infant Attachment Scale (MIAS).datos sociodemográficos básicos.	vs 13,5±4,6; p<0,001). Mayor autoeficacia en lactancia (BSES-SF 50,8±7,7 vs 35,4±5,9; p<0,001). Mayor apego temprano madre-bebé (MIAS 16,3±2,5 vs 11,8±2,1; p=0,001). El programa fue bien aceptado, sin eventos adversos relevantes notificados.	con menor miedo al parto y mejor satisfacción, mayor autoeficacia en lactancia y mejor vínculo temprano madre-bebé frente al cuidado habitual. No obstante, el tamaño muestral reducido, el único centro y el hecho de evaluar el "paquete" completo impiden aislar el efecto específico de cada componente y limitan la generalización; se recomiendan ensayos más amplios y con diseños de varios brazos.

La Tabla 1 resume las características principales de diseño, muestra, intervención y resultados de los estudios incluidos en esta revisión. En conjunto, la evidencia procedente de ensayos clínicos y estudios cualitativos muestra una amplia heterogeneidad en la estructura de los programas de hipnoparto, en cuanto a duración, formato y número de sesiones (Down et al., 2015; Werner et al., 2020; Buran & Aksu, 2022).

No obstante, pese a estas diferencias, las intervenciones comparten una serie de elementos centrales, que aparecen de forma consistente en los distintos estudios analizados (Madden et al., 2016; Down et al., 2015; Uldal et al., 2023):

a) respiración consciente,

b) relajación profunda,

c) visualización guiada,

d) sugestiones positivas, y

e) educación fisiológica sobre el proceso de parto.

Algunos programas se basan en dos sesiones breves complementadas con práctica domiciliaria mediante audios, mientras que otros se desarrollan en formatos más intensivos de hasta 12 horas distribuidas en varias semanas durante el tercer trimestre. Asimismo, se observa la incorporación de componentes adicionales, como el masaje de oxitocina o la participación activa de la pareja, que refuerzan la coherencia conceptual del hipnoparto como preparación mental y corporal para el parto (Down et al., 2015; Buran & Aksu, 2022; Kamalimanesh et al., 2025; Şahin & Kesik, 2025).

En relación con el miedo al parto (FOC), la mayoría de los ensayos cuantitativos reportan reducciones estadísticamente significativas en los grupos que recibieron hipnoparto o autohipnosis en comparación con los grupos control (Yarici Atis & Rathfisch, 2018; Buran & Aksu, 2022; Kamalimanesh et al., 2025).

Las intervenciones de HypnoBirthing y autohipnosis mostraron descensos relevantes tanto durante el embarazo, evaluados mediante la escala W-DEQ A, como durante la dilatación avanzada, evaluados mediante la W-DEQ B u otras escalas específicas de FOC, lo que sugiere un efecto consistente sobre la respuesta emocional al parto (Yarici Atis & Rathfisch, 2018; Şahin & Kesik, 2025).

Los estudios indican que la práctica continuada de técnicas de respiración, relajación y visualización contribuye a modular la respuesta anticipatoria al parto y a mejorar la percepción de control ante el proceso de nacimiento, especialmente en programas estructurados con varias semanas de entrenamiento y práctica domiciliaria regular (Buran & Aksu, 2022; Kamalimanesh et al., 2025).

Los estudios cualitativos profundizan en estos resultados, describiendo cómo el hipnoparto contribuye a transformar la vivencia del parto desde una experiencia inicialmente amenazante hacia un proceso significativo, manejable y cargado de sentido (Finlayson et al., 2015; Uldal et al., 2023).

Las participantes destacan la preparación mental, el conocimiento sobre la fisiología del parto, la repetición de técnicas de visualización y el apoyo emocional de la pareja como factores clave para disminuir el impacto del miedo y aumentar el sentimiento de agencia y autoeficacia personal durante el trabajo de parto (Finlayson et al., 2015; Uldal et al., 2023).

En cuanto a la ansiedad prenatal y perinatal, la evidencia es más limitada, ya que solo algunos estudios la evalúan de forma sistemática, lo que dificulta la comparación directa de resultados entre investigaciones (Down et al., 2015; Werner et al., 2020).

El ensayo pragmático de Down et al. (2015) no observó diferencias significativas en la mayoría de los desenlaces obstétricos, pero sí identificó una disminución de la ansiedad y del miedo posparto en comparación con las expectativas antenatales, sugiriendo un efecto modulador sobre el afrontamiento emocional.

Este patrón es coherente con los testimonios recogidos en los estudios cualitativos, en los que las mujeres relatan que el entrenamiento en hipnoparto les permite afrontar el parto con mayor calma, confianza y claridad emocional, reduciendo la ansiedad anticipatoria asociada al proceso de nacimiento (Finlayson et al., 2015; Uldal et al., 2023).

Respecto a la percepción del dolor durante el parto, varios ensayos clínicos encontraron niveles significativamente menores en las mujeres que recibieron hipnoparto o autohipnosis, especialmente en las fases activa y de transición del trabajo de parto (Yarici Atis & Rathfisch, 2018; Buran & Aksu, 2022; Kamalimanesh et al., 2025).

Aunque el dolor continuó describiéndose como intenso en términos absolutos, muchas participantes reportaron una mayor capacidad de afrontamiento y una experiencia del dolor

menos amenazante, atribuida al uso continuado de técnicas aprendidas durante el embarazo (Finlayson et al., 2015; Uldal et al., 2023).

Sin embargo, los efectos sobre variables clínicas asociadas al dolor, como la reducción del uso de analgesia epidural, no fueron uniformes entre los estudios, lo que sugiere que el hipnoparto podría influir principalmente sobre la dimensión emocional y cognitiva del dolor más que sobre la necesidad objetiva de analgesia farmacológica (Down et al., 2015; Lai et al., 2024).

Más allá de las variables psicológicas, algunos estudios documentan beneficios obstétricos y experienciales asociados al hipnoparto, entre los que se incluyen:

a) mayores tasas de parto vaginal,

b) menor necesidad de inducción farmacológica,

c) inicios más tempranos de la lactancia, y

d) una mayor satisfacción global con la experiencia del parto (Buran & Aksu, 2022; Kamalimanesh et al., 2025; Şahin & Kesik, 2025).

En aquellas intervenciones que combinan hipnoparto con prácticas complementarias, como el masaje de oxitocina o el acompañamiento estructurado de la pareja, también se observa un mejor vínculo temprano madre–bebé, posiblemente mediado por una disminución del estrés materno y un aumento de la autoeficacia percibida durante el proceso de parto (Şahin & Kesik, 2025; Buran & Aksu, 2022).

Los estudios cualitativos aportan claves interpretativas fundamentales para comprender por qué el hipnoparto puede generar estos efectos positivos, destacando procesos de integración cuerpo-mente, mayor protagonismo en la toma de decisiones y resignificación del parto como experiencia de crecimiento personal (Finlayson et al., 2015; Uldal et al., 2023).

En conjunto, la evidencia sugiere que el hipnoparto y la autohipnosis prenatal se asocian de manera consistente con una mejora en la regulación emocional ante el parto, una reducción del miedo y la ansiedad, una disminución del impacto subjetivo del dolor y una vivencia global más positiva y empoderadora del nacimiento. No obstante, la variabilidad metodológica de los estudios limita la generalización de los hallazgos y será abordada con mayor profundidad en el apartado de discusión (Down et al., 2015; Werner et al., 2020; Buran & Aksu, 2022;

6.1. Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos

La evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos se llevó a cabo siguiendo las recomendaciones del protocolo PRISMA 2020, con el objetivo de aumentar la transparencia, la reproducibilidad y la calidad metodológica de la presente revisión sistemática (Page et al., 2021).

En el caso de los ensayos clínicos aleatorizados, el riesgo de sesgo se evaluó mediante la herramienta Cochrane Risk of Bias 2 (RoB 2), considerando de forma sistemática los siguientes dominios:

a) el proceso de aleatorización,

b) las desviaciones respecto a la intervención prevista,

c) la existencia de datos incompletos,

d) la medición de los resultados y

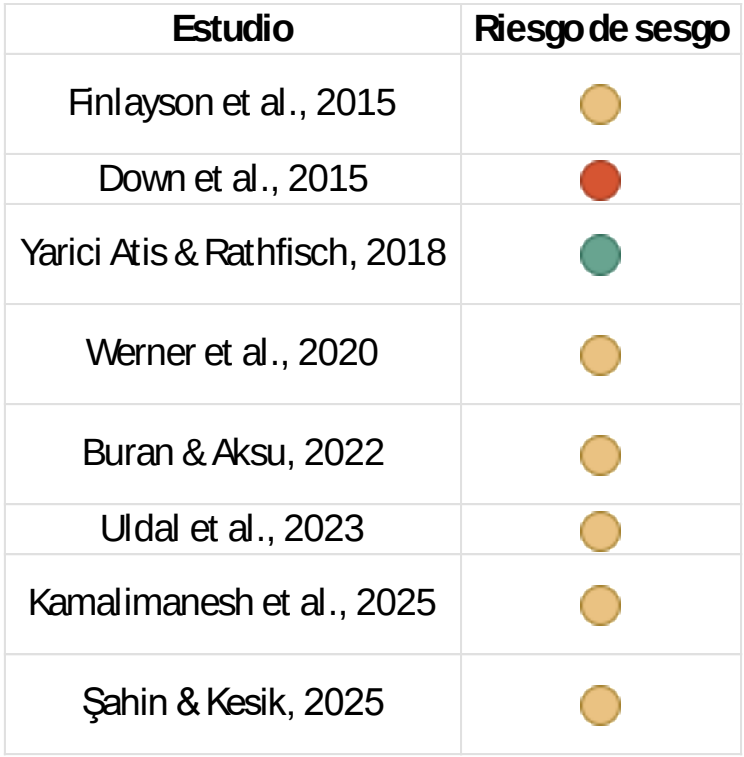
e) la selección del resultado informado, tal como recomiendan las directrices metodológicas actuales para revisiones sistemáticas.

Para los estudios cualitativos, la valoración del riesgo de sesgo se realizó utilizando criterios adaptados del Critical Appraisal Skills Programme (CASP), atendiendo a la adecuación del diseño metodológico, la claridad y el rigor del proceso analítico, la reflexividad del investigador y la coherencia entre los datos obtenidos y las conclusiones presentadas, en consonancia con las recomendaciones de PRISMA 2020 para la evaluación crítica de estudios no cuantitativos.

La Figura 2 muestra un resumen gráfico del riesgo de sesgo de los estudios incluidos mediante un diagrama de semáforo. De forma global, los trabajos presentan un riesgo de sesgo bajo a moderado, siendo las principales fuentes de sesgo identificadas la ausencia de cegamiento, frecuente en intervenciones psicológicas, las pérdidas muestrales durante el seguimiento y la heterogeneidad en los protocolos de intervención y en las medidas de resultado empleadas, aspectos habituales en este tipo de investigaciones (Page et al., 2021).

Figura 2. Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos según PRISMA 2020

La evaluación del riesgo de sesgo se sintetizó visualmente mediante un diagrama de semáforo (Figura 2), en el que los estudios incluidos se clasifican en riesgo bajo, moderado o alto.



Verde = bajo riesgo; amarillo = riesgo moderado; rojo = alto riesgo.

Nota. El riesgo de sesgo se evaluó mediante la herramienta **RoB 2** para los ensayos clínicos aleatorizados y mediante criterios **CASP** adaptados para los estudios cualitativos.

7. Discusión y conclusiones

Los resultados obtenidos en esta revisión sistemática permiten comprender con mayor profundidad el papel del hipnoparto como intervención psicológica y mente-cuerpo en la reducción del miedo al parto, la ansiedad prenatal y la percepción del dolor durante el trabajo de parto. En términos generales, los hallazgos convergen con la literatura previa, que ya apuntaba a que el ciclo miedo-tensión-dolor descrito por Dick-Read y reformulado en las aproximaciones contemporáneas a la hipnosis obstétrica constituye un eje fundamental para explicar cómo las emociones maternas modulan la vivencia del parto (Madden et al., 2016). La evidencia revisada confirma que el hipnoparto actúa precisamente sobre este ciclo, reduciendo la activación fisiológica y favoreciendo un afrontamiento más adaptativo.

En relación con el primer objetivo, orientado a identificar y describir las intervenciones de hipnoparto aplicadas en gestaciones de bajo riesgo, los estudios incluidos muestran una notable variedad de formatos y duraciones, aunque todos comparten elementos conceptuales comunes, respiración consciente, relajación profunda, visualización, sugestiones positivas, reencuadre cognitivo y educación sobre la fisiología del parto. Esta diversidad, ya destacada en revisiones previas (Madden et al., 2016; Lai et al., 2024), implica que el hipnoparto no debe entenderse como un protocolo único, sino como un conjunto de estrategias coherentes que pueden adaptarse a distintos contextos clínicos. Programas más intensivos, como los de cuatro semanas con práctica domiciliaria sistemática o los que incluyen a la pareja, tienden a mostrar efectos más robustos en comparación con intervenciones breves, lo cual respalda la importancia de la repetición y la internalización progresiva de las técnicas.

Respecto al segundo objetivo, centrado en analizar los efectos del hipnoparto sobre el miedo al parto, la ansiedad prenatal y el dolor percibido, la revisión confirma una reducción significativa del FOC en la mayoría de los ensayos clínicos revisados. Este hallazgo coincide con lo reportado por trabajos previos que asocian el hipnoparto con una mayor autoeficacia, una vivencia emocional más positiva y una disminución de las cogniciones catastróficas relacionadas con el parto (Buran y Aksu, 2022; Madden et al., 2016). Los estudios cualitativos profundizan en esta evidencia al mostrar cómo las mujeres perciben un mayor sentido de control, seguridad y agencia durante el parto, transformando la experiencia en un evento más manejable y, en algunos casos, empoderador (Finlayson et al., 2015; Uldal et al., 2023). Estos

mecanismos psicológicos son coherentes con los hallazgos en neurociencia de la hipnosis que señalan una modulación de los componentes afectivos del dolor y una menor activación del sistema límbico ante estímulos potencialmente estresantes (Faymonville et al., 2000; Rainville et al., 1997).

La ansiedad prenatal, aunque menos estudiada, muestra una tendencia decreciente tras la instrucción en hipnoparto, en línea con investigaciones que muestran que la preparación mental y el afrontamiento anticipatorio constituyen factores protectores frente al estrés obstétrico (Forbes-McKay et al., 2025; Huang et al., 2025). Estos resultados apoyan el valor del hipnoparto como intervención preventiva dentro de un enfoque de salud mental perinatal.

En cuanto al dolor percibido, los hallazgos son consistentes: la mayoría de los ensayos observan una disminución significativa del dolor durante el parto en las participantes que recibieron hipnoparto o autohipnosis. Aunque el dolor continúa siendo intenso, su cualidad emocional cambia, siendo vivido como más tolerable y menos amenazante. Esta distinción coincide con la literatura previa sobre la analgesia hipnótica, que muestra que la hipnosis puede disminuir la desagradabilidad del estímulo sin eliminar necesariamente su intensidad (Rainville et al., 1997). No obstante, tal como también señalan las revisiones existentes, los efectos sobre variables clínicas como el uso de analgesia epidural o la reducción del tiempo de parto no son uniformes, probablemente debido a la heterogeneidad metodológica de los estudios (Lai et al., 2024; Madden et al., 2016).

El tercer objetivo, relativo a la calidad metodológica, se confirma parcialmente, los estudios incluidos presentan diseños adecuados en términos generales, pero también limitaciones relevantes como muestras pequeñas, ausencia de ciego, variabilidad en los protocolos de intervención y en las medidas de resultado, además de pérdidas muestrales considerables. Estas limitaciones son coherentes con las señaladas en revisiones previas sobre hipnoparto, que advierten de la necesidad de mayor estandarización y ensayos multicéntricos con mayor potencia estadística (Lai et al., 2024).

En cuanto al cuarto objetivo, la síntesis estructurada de los resultados evidencia que el hipnoparto se asocia de manera consistente con beneficios psicológicos (reducción del miedo, la ansiedad y el impacto emocional del dolor), y, en algunos casos, con mejoras obstétricas asociadas a una mayor relajación materna. Sin embargo, las limitaciones metodológicas

impiden generalizar plenamente estos resultados, lo que apunta a la necesidad de futuras investigaciones más rigurosas.

Los hallazgos apoyan la hipótesis H1, puesto que los estudios muestran características comunes y reconocibles en las intervenciones de hipnoparto. La hipótesis H2 también se confirma ampliamente: el hipnoparto se asocia con menor miedo, menor ansiedad y menor dolor percibido. La hipótesis H3 se ve reforzada por la variabilidad metodológica observada y las diferencias en robustez entre estudios. Finalmente, la hipótesis H4 se confirma parcialmente: los estudios ofrecen resultados relevantes, pero con limitaciones que restringen la generalización.

En conclusión, los resultados de esta revisión sistemática indican que el hipnoparto es una intervención mente-cuerpo prometedora y clínicamente relevante para la psicología sanitaria perinatal. Contribuye a mejorar la regulación emocional, reducir el miedo y la ansiedad, y modular la experiencia subjetiva del dolor durante el parto. Aunque no sustituye a las intervenciones médicas ni modifica de forma uniforme los desenlaces obstétricos, sí representa una herramienta valiosa dentro de los modelos de atención respetuosa y centrada en la mujer. La evidencia disponible respalda su utilidad, pero también evidencia la necesidad de investigaciones más rigurosas, estandarizadas y con muestras amplias que permitan delimitar con mayor precisión sus efectos y condiciones de implementación óptimas.

7.1. Limitaciones

Este trabajo presenta varias limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, aunque se realizó una búsqueda sistemática en bases de datos relevantes, la revisión se restringió a artículos publicados en inglés y español, lo que puede haber dejado fuera estudios potencialmente relevantes en otros idiomas. Asimismo, la disponibilidad limitada de algunos textos completos, especialmente en bases como ScienceDirect y Scopus, redujo el acceso a ciertos estudios que inicialmente cumplían criterios de inclusión, lo que podría introducir sesgo de selección.

Otra limitación importante deriva de la heterogeneidad metodológica de los estudios incluidos: existen diferencias notables en los protocolos de intervención (duración, intensidad, participación de la pareja, modalidad presencial u online), en los instrumentos utilizados para medir miedo, ansiedad y dolor, y en los momentos de evaluación. Esta variabilidad impidió

realizar un análisis cuantitativo o metaanálisis y obliga a interpretar los resultados de forma descriptiva.

En relación con los estudios primarios, muchos presentan tamaños muestrales reducidos, pérdidas significativas durante el seguimiento y dificultades de cegamiento inherentes a las intervenciones psicológicas, lo que aumenta el riesgo de sesgo. Además, varios ensayos utilizaron un análisis por protocolo y no por intención de tratar, lo que puede sobreestimar los efectos del hipnoparto al excluir a mujeres que no completaron la intervención.

Finalmente, la diversidad cultural y asistencial de los contextos en los que se realizaron los estudios limita la generalización de los hallazgos a otros sistemas sanitarios. La experiencia del parto, el miedo y el apoyo profesional pueden variar sustancialmente según el país, lo que debe tenerse en cuenta al extrapolar los resultados a contextos como el sistema obstétrico español. A ello se suma la escasez de estudios recientes que cumplieran los criterios de inclusión establecidos (2015–2025, gestantes de bajo riesgo, intervenciones claramente definidas), lo que refleja que la evidencia disponible sobre hipnoparto sigue siendo limitada. Esta reducida base empírica dificulta extraer conclusiones firmes y subraya la necesidad de más investigaciones de calidad en este campo.

7.2. Prospectiva

Los resultados obtenidos en esta revisión ponen de manifiesto el potencial del hipnoparto como intervención psicológica complementaria en la atención perinatal, pero también evidencian importantes áreas que requieren investigación adicional. En primer lugar, la escasez de estudios recientes y la considerable heterogeneidad metodológica indican la necesidad de desarrollar ensayos clínicos multicéntricos, con muestras amplias y protocolos estandarizados que permitan comparar de manera rigurosa la eficacia de las distintas modalidades de hipnoparto. Sería especialmente relevante evaluar intervenciones con una estructura clara (frecuencia, duración, contenido y grado de práctica domiciliaria) para determinar qué componentes específicos generan mayores beneficios, algo que en la actualidad permanece poco delimitado (Madden et al., 2016; Lai et al., 2024).

Asimismo, futuras investigaciones deberían explorar de manera más sistemática el papel de variables moderadoras como la hipnotizabilidad, el apoyo de la pareja, el nivel de preparación para el parto o la presencia de ansiedad previa. Estas variables podrían ayudar a identificar

qué perfiles de mujeres se benefician más del hipnoparto y en qué condiciones, facilitando el diseño de intervenciones personalizadas y basadas en la evidencia.

Otra línea de trabajo relevante consiste en ampliar la investigación cualitativa, que ha demostrado ser especialmente valiosa para comprender la experiencia subjetiva del parto y los mecanismos psicológicos implicados en el efecto del hipnoparto. Estudios que integren métodos mixtos permitirían vincular los cambios cuantitativos observados (reducción de FOC, ansiedad o dolor) con procesos de afrontamiento, percepción de control y resignificación emocional del parto (Finlayson et al., 2015; Uldal et al., 2023).

A nivel aplicado, los resultados sugieren que el hipnoparto podría incorporarse como intervención complementaria dentro de programas de educación prenatal en gestaciones de bajo riesgo, siempre con profesionales formados en técnicas de autohipnosis y acompañamiento psicológico. Su implementación podría reforzar modelos de atención respetuosa, contribuir a la reducción del miedo y la ansiedad perinatal y mejorar la vivencia emocional del parto, especialmente en contextos donde se promueve la autonomía y el empoderamiento materno.

Finalmente, es necesario evaluar el impacto del hipnoparto en contextos clínicos diversos, incluidos hospitales públicos y privados, y en distintos sistemas asistenciales, para examinar su aplicabilidad y aceptación en poblaciones culturalmente heterogéneas. La investigación futura también debería profundizar en su coste-efectividad y en las condiciones de implementación óptimas para integrarlo de manera segura y eficiente en la práctica perinatal.

En conjunto, la prospectiva futura apunta hacia una consolidación del hipnoparto como intervención mente-cuerpo con potencial clínico, pero cuya eficacia requiere estudios más rigurosos, comparativos y estandarizados. Avanzar en estas líneas permitirá mejorar su aplicabilidad, delimitar con mayor precisión sus beneficios y fortalecer el papel de la psicología sanitaria en la atención perinatal.

En conclusión, los resultados de esta revisión sistemática muestran que el hipnoparto constituye una intervención mente-cuerpo prometedora para mejorar la experiencia emocional del parto, especialmente en lo relativo a la reducción del miedo, la ansiedad prenatal y la percepción negativa del dolor. Aunque los estudios reflejan beneficios consistentes en estas variables psicológicas, la evidencia disponible continúa siendo limitada

por la variabilidad metodológica, los tamaños muestrales reducidos y la escasez de investigaciones recientes que cumplan criterios estrictos de calidad. Pese a ello, el conjunto de hallazgos sugiere que el hipnoparto puede integrarse de forma complementaria en los programas de educación prenatal, aportando valor clínico dentro de modelos de atención respetuosa y centrada en la mujer. El avance de futuras investigaciones más robustas permitirá consolidar su eficacia, clarificar sus componentes activos y optimizar su implementación en la práctica asistencial.

Referencias bibliográficas

Atis, F. Y., 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

Buran, G., y Aksu, H. (2022). Effect of Hypnobirthing training on fear, pain, satisfaction related to birth, and birth outcomes: a randomized controlled trial. *Clinical Nursing Research*, *31*(5), 918–930. https://doi.org/10.1177/10547738211073394

Catsaros, S., y Wendland, J. (2022). Psychological impact of hypnosis for pregnancy and childbirth: A systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *50*, 101713. https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2022.101713

Chang, C., Gau, M., Huang, C., y Cheng, H. (2022). Effects of non-pharmacological coping strategies for reducing labor pain: A systematic review and network meta-analysis. *PLoS ONE*, *17*(1), e0261493. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261493

Downe, S., Finlayson, K., Melvin, C., Spiby, H., Ali, S., Diggle, P., Gyte, G., Hinder, S., Miller, V., Slade, P., Trepel, D., Weeks, A., Whorwell, P., y Williamson, M. (2015). Self-hypnosis for intrapartum pain management in pregnant nulliparous women: a randomised controlled trial of clinical effectiveness. *BJOG an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *122*(9), 1226–1234. https://doi.org/10.1111/1471-0528.13433

Gueguen, J., Huas, C., Orri, M., y Falissard, B. (2021). Hypnosis for labour and childbirth: A meta-integration of qualitative and quantitative studies. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *43*, 101380. https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2021.101380

Huang, H., Zhou, H., Zheng, H., San, S., Deng, Y., Qiu, D., Xu, L., Li, Y., Lu, W., y Zhang, H. (2025). Fear of childbirth among pregnant women in hospital for delivery and its impact on birth outcomes and lactation initiation: a prospective longitudinal study in

Wuhan. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *25*(1). https://doi.org/10.1186/s12884-025-07569-1

Finlayson, K., Downe, S., Hinder, S., Carr, H., Spiby, H., y 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), 229. https://doi.org/10.1186/s12884-015-0659-0

Forbes-McKay, K. E., Tabib, M., y Humphrey, T. (2025). Predicting fear of childbirth during pregnancy, the positive role of self-efficacy and mental well-being: a cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *46*(1). https://doi.org/10.1080/0167482x.2025.2527658

Kamalimanesh, B., Moradi, M., Fathi, M., Afiat, M., Rezazadeh, M. B., & Shakeri, M. T. (2025). Effect of self-hypnosis on fear and pain of natural childbirth: a randomized controlled trial. *Journal of Complementary and Integrative Medicine*, *22*(2), 353–362. https://doi.org/10.1515/jcim-2024-0353

Kuljanac, A., Brekalo, M., y Radoš, S. N. (2023). Perfectionism, intolerance of uncertainty, and fear of childbirth in pregnant and non-pregnant women. *Clínica Y Salud*, *34*(2), 65–70. https://doi.org/10.5093/clysa2023a17

Lai, Y. K., Wong, M., Kearney, L., y Lee, N. (2024). The effect of antenatal hypnosis training on pharmacological analgesia use during labour and birth: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, *137*, 104113. https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104113

Madden, K., Middleton, P., Cyna, A. M., Matthewson, M., y Jones, L. (2016). Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Library*, *2016*(5). https://doi.org/10.1002/14651858.cd009356.pub3

Mrayan, L., Abujilban, S., AbuKaraki, A., y Nashwan, A. J. (2024). Evaluate the effectiveness of using non-pharmacological intervention during childbirth: an

improvement project in Jordanian maternity hospitals. *BMC Women S Health*, *24*(1). https://doi.org/10.1186/s12905-024-03414-3

Nahaee, J., Rezaie, M., Abdoli, E., Mirghafourvand, M., Ghanbari-Homaie, S., y Jafarzadeh, M. (2024). Association of childbirth experience with long–term psychological outcomes: a prospective cohort study. *Reproductive Health*, *21*(1). https://doi.org/10.1186/s12978-024-01819-9

Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., . . . McKenzie, J. E. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*, *372*, n160. https://doi.org/10.1136/bmj.n160

Şahin, E., y Kesik, M. (2025). Effects of HypnoBirthing education and oxytocin massage on labor and postpartum period in primiparous pregnant women: A randomized controlled trial. *Women & Health*, *65*(8), 719–728. https://doi.org/10.1080/03630242.2025.2572397

Sánchez-Serrano, S., Pedraza-Navarro, I., y Donoso-González, M. (2022). ¿Cómo hacer una revisión sistemática siguiendo el protocolo PRISMA? *Bordón Revista de Pedagogía*, *74*(3), 51-66. https://doi.org/10.13042/bordon.2022.95090

Uldal, T., Østmoen, M. S., Dahl, B., y Røseth, I. (2023). Women's experiences with hypnobirth – A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, *37*, 100890. https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100890

Werner, A., Wu, C., Zachariae, R., Nohr, E. A., Uldbjerg, N., y 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), e0230704. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230704

World Health Organization (2018). *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215

Zaman, A., Fadlalmola, H. A., Ibrahem, S. E., Ismail, F. H., Abedelwahed, H. H., Ali, A. M., Abdelgadim, N. H., Mustafa, A. M. A., Ahmed, I. H., Ahmed, N. M., Eltyeb, A. A., Gaafar, D. A., Alnassry, S. M., Adam, A. A., Yasin, N. S., Ali, R. A., Fadlalla, A. A., Eltayeb, A. E., y Saad, A. M. (2025). The Role of Antenatal Education On Maternal Self-Efficacy, Fear of Childbirth, and Birth Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *European Journal of Midwifery*, *9*. https://doi.org/10.18332/ejm/200747