

Artículo

Alucinaciones o Presencias del Duelo en Psicoterapia

Pablo Sabucedo 

Faculty of Health and Life Sciences, University of Liverpool (Reino Unido). Estudios de Psicología y Ciencias de la Educación,
Universitat Oberta de Catalunya (UOC) (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 23/06/2025
Aceptado: 29/08/2025

Palabras clave:

Psicoterapia
Pérdida
Duelo
Voces

RESUMEN

Entre el 47-82 % de las personas en duelo experimenta la presencia de la persona fallecida, a menudo en forma de visiones, voces o presencias sentidas. Aunque la mayoría las experimenta de forma positiva (69-75 %), es frecuente que los pacientes no las compartan en sesión por miedo a cómo serán percibidas por los demás. Como consecuencia, y a pesar de ser tanto frecuentes como adaptativas, las alucinaciones o presencias del duelo suelen ser desconocidas en la práctica clínica. En una minoría de casos, la experiencia en sí causa malestar psicológico. Esta breve revisión de la literatura se centra en la investigación empírica sobre las alucinaciones o presencias del duelo acumulada durante el último siglo, describiendo tanto sus características fenomenológicas como sus consecuencias para las personas en duelo. En base a esta evidencia empírica, la revisión concluye con una serie de recomendaciones clínicas para el trabajo terapéutico en este ámbito.

Post-Bereavement Hallucination (or Sensed Presence) in Psychotherapy

ABSTRACT

Between 47-82 % of bereaved people experience the presence of the deceased person, often in the form of a vision, voice, or felt presence. Although positive for most people (69-75 %), such experiences are often kept private out of a fear of how other people may react. As a result of this, and despite being common and adaptive, post-bereavement hallucination (or sensed presence) is often overlooked in clinical practice. In a minority of cases, the experience itself causes distress. This brief review focuses on the empirical research on these phenomena accumulated over the past century, describing both their phenomenological properties and their impact on the bereaved. Based on this body of empirical evidence, a series of clinical principles is included in order to guide therapeutic support in this area.

Keywords:

Psychotherapy
Loss
Grief
Voices

Introducción

La mayoría de las personas en duelo (47-82 %) sienten la presencia de la persona que perdieron, en al menos una ocasión durante el proceso de duelo, mediante al menos una modalidad sensorial (Kamp et al., 2020). Respecto a la población general, es posible que hasta el 3 % haya tenido estas experiencias (Linszen et al., 2022). Para la mayoría, esto supone ver a la persona fallecida o escuchar su voz. La modalidad más común, sin embargo, es lo que se denomina “presencia sentida”: la sensación de que el ser querido está presente de alguna manera, o físicamente cerca, aunque la

persona doliente (es decir, la persona en duelo) no le pueda percibir. Otras modalidades sensoriales, como las experiencias táctiles, son poco frecuentes, aunque las experiencias multisensoriales (p. ej., visual-auditiva, visual-táctil) son también comunes (Rees, 1971).

A pesar de que la investigación empírica sobre este fenómeno se ha multiplicado durante las últimas décadas, persiste un claro desacuerdo sobre el término apropiado para referirse a estas experiencias. Los pioneros en el ámbito se refirieron a ellas como “alucinaciones del duelo” (Grimby, 1993; Rees, 1971), un término utilizado también en el DSM-5 (APA, 2013). A pesar de la claridad del término “alucinación”, implica dos limitaciones clave en el

ámbito del duelo: una conceptual, otra clínica. En primer lugar, el término no incluye las presencias sentidas, experiencias cuasi-sensoriales que no implican ninguno de los cinco sentidos. En segundo lugar, la palabra “alucinación” carga con un estigma social que la asocia a psicosis, delirio o incluso violencia (Leudar y Thomas, 2000), por lo que puede ser contraproducente al usarse en consulta. Aunque las alucinaciones no son exclusivas de la psicosis, ni inherentemente patológicas (Baumeister et al., 2017; Beavan et al., 2011; Pérez-Alvarez et al., 2008), el término puede exacerbar miedos ya existentes o dañar la relación terapéutica.

Debido a estas razones, varias investigadoras han priorizado términos fenomenológicamente más neutrales como sensaciones o experiencias de presencia (Hayes y Leudar, 2016; Keen et al., 2013; Steffen y Coyle, 2010). Aunque ello soluciona los problemas derivados del estigma en la práctica clínica, también ha llevado a una proliferación terminológica que no es siempre directamente traducible del inglés. La especificidad de los términos, por otra parte, crea una división artificial con otras clases de alucinaciones o estados alterados de conciencia que se les asemejan.

Independientemente del término, existe un consenso en base a la evidencia empírica respecto a que las alucinaciones o presencias del duelo: (a) no son patológicas, (b) no se acompañan de pérdida de contacto con la realidad, y (c) son experimentadas de forma positiva por la mayoría de las personas dolientes (Kamp et al., 2020). Este ámbito de investigación, sin embargo, ha tenido una influencia limitada en la práctica de la psicoterapia: con frecuencia, el clínico desconoce que son frecuentes y adaptativas (Sabucedo et al., 2021a). Dado que quien las experimenta tiende a no compartirlas con su médico o terapeuta (Rees, 1971), nos encontramos con el riesgo de que un aspecto normal del duelo quede situado fuera de la conversación terapéutica, rodeado por preocupación e incompreensión. Este artículo está dirigido a informar al clínico respecto a la investigación científica contemporánea sobre las alucinaciones o presencias del duelo, y a proponer estrategias terapéuticas para trabajar con ellas. El texto concluye con un modelo de intervención psicológica basado en la evidencia empírica disponible.

Fenomenología

Las alucinaciones o presencias del duelo pueden ocurrir en niveles variables de duración, nitidez e intensidad (Kamp et al., 2023). Quienes las experimentan describen con frecuencia sensaciones que son difusas o confusas: tener la impresión de ver a su ser querido por el raballo del ojo, por ejemplo, o verlo desaparecer tras un umbral en un pasillo. Otras personas describen lo contrario, experiencias de extrema claridad como mantener una conversación con la persona que perdieron durante varios minutos, o verla durante un tiempo prolongado. Es frecuente que las personas dolientes lo experimenten en una o pocas ocasiones y, para la mayoría, las experiencias se desvanecen con el paso del tiempo. Una minoría, sin embargo, continúa experimentándolos con frecuencia durante años (Rees, 1971). Son más complejas de describir las características fenomenológicas de las presencias sentidas, puesto que no tienen por qué implicar ninguno de los cinco sentidos clásicos: se prefiere hablar de experiencias cuasi-sensoriales en esos casos (Kamp et al., 2020; Steffen y Coyle, 2011). Las presencias sentidas suelen implicar la sensación de que la persona fallecida o bien está presente, o bien les está observando, protegiendo o acompañando. Ejemplos

contextualizados de experiencias concretas, descritas en entrevistas en contextos de investigación (Sabucedo et al., 2021b, pp.9-13) o por pacientes en sesión, se muestran de forma anonimizada en las tablas que acompañan al texto (Tabla 1).

Es importante remarcar, sin embargo, que casi siempre se conserva el contacto con la realidad: la persona es consciente de que otras personas no pueden percibir a su ser querido de la misma forma en que ella lo hace. Quienes las experimentan, sin embargo, las describen con frecuencia como algo que sienten como verídico (Grimby, 1998). Se percibe, a menudo, una cierta inefabilidad cuando intentan describirlas verbalmente: por una parte, la persona es consciente de que sólo ellos lo perciben, por lo que la experiencia no es *real* en el uso coloquial del término; por otra parte, se siente convencida de la importancia esencial de lo que ha vivido, negando con insistencia la idea de que sea nada más que una ilusión. Tampoco es extraño, sin embargo, que algunas personas en duelo las clasifiquen a posteriori como autoengaños, ilusiones o meros síntomas. No se incluyen, sin embargo, experiencias que no ocurren durante la vigilia, como las experiencias cercanas a la muerte comunes en el paro cardíaco, o los sueños percibidos por la persona como verídicos.

Si nos centramos en la valencia emocional, en torno al 69-75 % de las alucinaciones o presencias del duelo son deseadas, reconfortantes o beneficiosas para quienes las experimentan (Rees, 1971; Grimby, 1993). Es frecuente que los participantes en estudios de investigación describan un alivio en su malestar psicológico o su desesperanza, o la sensación de sentirse acompañados o aliviados (Kamp et al., 2020; 2023). Puesto que no van acompañadas de patología, la evidencia empírica indica que las alucinaciones o presencias del duelo son un componente común, normal e incluso beneficioso del duelo humano que suele desvanecerse con el paso del tiempo.

El hecho de que sean positivas para la mayoría de las personas en duelo no niega que algunos las experimenten con ambivalencia o, incluso, como una fuente significativa de malestar psicológico. Aunque los datos respecto a esta minoría son limitados, es posible que las experiencias mixtas sean más frecuentes, en torno al 20-26 %, que aquellas puramente desagradables, en torno al 5-6 % (Rees, 1971; Jahn y Spencer-Thomas, 2014). Alucinaciones o presencias asociadas a malestar psicológico elevado, sin embargo, han sido descritas en algunos estudios de caso (Baethge, 2002).

Tabla 1

Ejemplo de una Experiencia Visual (Arriba) Versus Multisensorial (Abajo)

H., un profesor universitario de 54 años, comenzó a ver a su padre poco después de la pérdida. Unas semanas tras su muerte, durante una cena en casa de un amigo, tuvo lo que describió como “la experiencia más conmovedora de su vida”. Estaba sentado en la mesa con sus amigos cuando, de repente, “tenían una butaca, y podía ver a mi padre sentado en ella, en esa butaca. Pensé, a ver, ¿esto es ridículo! Así que miré de nuevo, y me sonrió. Tenía buen aspecto, su aspecto habitual: llevaba la ropa que siempre llevaba, y como una chaqueta de tweed”. La experiencia dejó a H. con una “profunda sensación de aceptación y amor”.

G., una mujer de 32 años, perdió a su madre en un accidente de coche. Conduciendo hacia la casa familiar, G. sentía su presencia de forma constante: “siempre como un tipo de... y espero que no suene demasiado extraño, pero como una sensación de que sé que está cerca [...] Durante el entierro, G. se vio obligada a enfrentarse a algunos familiares mientras se sentía vulnerable. Tras la discusión, escuchó la voz de su madre dándole ánimos, y diciéndole “bravo”. G. siguió hablando con ella durante un año tras la pérdida, sintiendo su presencia, y sintiendo su mano en la suya al caminar.

Investigación Temprana

Paradójicamente, a pesar de ser poco conocidas en la práctica clínica, las alucinaciones o presencias del duelo ya fueron descritas en detalle por los teóricos fundacionales de la Psicología y la Psiquiatría. La investigación en el ámbito comenzó a finales del siglo XIX, con una encuesta internacional a más de 17.000 participantes sobre las “alucinaciones en personas sanas” (Sidgwick, 1894). William James colaboró como entrevistador del estudio en Estados Unidos, les dedicó unas líneas en sus *Principios de Psicología*, y fue el primero en describir fenomenológicamente las presencias sentidas en su obra *Variedades de la experiencia religiosa* (James, 1902, p.58). Si bien James se aproximó a estas experiencias desde una perspectiva normalizadora, Sigmund Freud (1917) las consideró como un bloqueo en el proceso de separación emocional de la persona fallecida. Será esta perspectiva psicoanalítica la que dominará durante la mayoría del siglo XX, interpretando las alucinaciones o presencias del duelo como una complicación en el proceso del duelo o, más específicamente, de la aceptación de la pérdida. Para autores como Bowlby (1961) y Parkes (1970), la persona doliente debe atravesar una serie de fases preestablecidas antes de ser capaz de continuar con su vida. Para Parkes, las alucinaciones o presencias del duelo indican una parálisis en la fase de anhelo o búsqueda, mediante la cual la persona en duelo continúa viviendo como si su ser querido aún estuviese presente, o pudiese ser recuperado.

Investigación Contemporánea

Será en la década de 1970, gracias a la investigación pionera de Rees (1971), cuando se retome la investigación empírica sobre este fenómeno en la población general. Entrevistando a 293 personas viudas en atención primaria, Rees encontró una prevalencia de alucinaciones o presencias del duelo del 47 %. Las presencias sentidas suponían la mayoría del total, seguidas de experiencias visuales y auditivas (Figura 1). Con frecuencia, las experiencias continuaron durante un año o más, y un 11 % de

las personas entrevistadas describieron sentir una presencia sentida de forma continuada. Aunque la mayoría las experimentaron de forma positiva, el 72 % nunca compartió su experiencia con nadie por miedo a no ser creído, a ser ridiculizado o rechazado: “me da miedo decírselo a nadie”, “la gente no te cree”, “quizá se reirían de mí, dirían que estaba soñando” (Rees, 2001, p.271). A pesar de ello, en palabras de Rees, “las alucinaciones tras enviudar son experiencias normales que proporcionan beneficios psicológicos a quien las experimenta” (Rees, 1971, p.41), tales como sentirse acompañado, protegido, aceptado o reconfortado (Kamp et al., 2023).

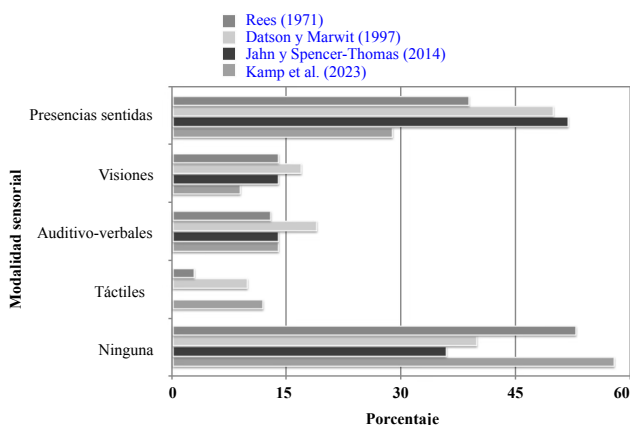
Este descubrimiento impulsó una serie de investigaciones internacionales en tres continentes, Europa, Norteamérica, y Asia, que replicaron los resultados de Rees (Castelnovo et al., 2015; Kamp et al., 2020, Keen et al., 2013). Estos estudios establecieron que la mayoría de las personas en duelo, independientemente de su grupo de edad, tipo de pérdida o afiliación religiosa, experimentan la presencia de la persona que perdieron, y lo hacen principalmente de forma positiva. La antigua premisa de que las alucinaciones y/ presencias del duelo son, en sí mismas, una patología indicativa de un mal pronóstico (Lindemann, 1944), un bloqueo patológico en el proceso de duelo (Parkes, 1970) o incluso pérdida de contacto con la realidad (Freud, 1917), fue sustituida progresivamente por la perspectiva de que son “un fenómeno psicológico y un componente natural, y generalmente saludable, del proceso de duelo” (Datson y Marwit, 1997, p. 132).

A finales del siglo XX, la psicoterapia del duelo en sí misma ya había comenzado a cambiar. Se ponen en cuestión, en primer lugar, los antiguos modelos de etapas del duelo en base a la evidencia en contra: no hay evidencia de que los procesos de duelo sean lineales, pero sí que tales modelos pueden ser iatrogénicos (es decir, dañinos de forma no intencional para el paciente) para quien su experiencia no encaja con ellos (Stroebe et al., 2017). Se establecen, en su lugar, teorías como el modelo dual del duelo (Stroebe y Schut, 1999), que sostiene que las personas dolientes oscilan entre momentos de conexión con el dolor (afrontamiento centrado en la pérdida) versus momentos en que priorizan continuar con sus actividades habituales (afrontamiento centrado en la restauración). En segundo lugar, y en base a la evidencia transcultural disponible, se cuestiona la premisa de que el duelo deba concluir con la separación emocional del ser querido. El trabajo de Klass y Steffen (2017) normaliza la posibilidad de mantener un vínculo adaptativo e interno con la persona fallecida, lo que denominan un “vínculo continuado”. Los vínculos continuados incluyen formas de recordar a la persona tras su muerte, tanto religiosamente establecidas (como visitar el cementerio, o rezar por ellos, o cuidar un altar en algunas culturas) como privadas (como compartir recuerdos de ellos, seguir comprometiéndose con valores que compartían o atesorar objetos con valor sentimental), pero a menudo también incluyen alucinaciones o presencias del duelo.

Implicaciones Clínicas

Esta sección incluye una síntesis de las recomendaciones clínicas más recientes respecto a las alucinaciones o presencias del duelo en psicoterapia (Kamp et al., 2020; Keen et al., 2013; Hayes y Steffen, 2017; Sabucedo et al., 2021a, 2023; Steffen y Coyle, 2010) en base

Figura 1
Modalidades Sensoriales de las Alucinaciones o Presencias del Duelo



Nota: Porcentajes de las modalidades sensoriales (y cuasi-sensoriales) descritas por los 293 pacientes del estudio de Rees (1971), contrastados con los resultados más recientes (Datson y Marwit, 1997; Jahn y Spencer-Thomas, 2014; Kamp et al., 2023). Las experiencias multisensoriales son frecuentes: los participantes pueden indicar más de una modalidad.

a la evidencia empírica existente. Dado que teorías históricas sin validez empírica continúan en uso en la práctica clínica (Sabucedo et al., 2021b), y que es frecuente que los pacientes en duelo reciban una atención mejorable (Taylor, 2005), esta sección también clarifica algunos de los principales riesgos iatrogénicos al intervenir en el ámbito. Las recomendaciones terapéuticas se centran en la intervención psicológica tanto cuando estas experiencias causan malestar psicológico, para una minoría de personas en duelo, como cuando son benignas. Es importante remarcar, sin embargo, que es frecuente que las alucinaciones o presencias del duelo no requieran intervención alguna: pueden ser tanto una fuente de apoyo como una forma de buscar sentido a la pérdida. Aunque la literatura científica en el ámbito no está disponible en castellano, la excepción de un estudio de caso de Sluzki (2011) ejemplifica perfectamente varios de estos principios terapéuticos.

Evitación de Riesgos Iatrogénicos

Diagnóstico Erróneo

El primer error implica confundir las alucinaciones o presencias del duelo con un brote psicótico, un riesgo que se reduce de forma considerable cuando el clínico está actualizado sobre la evidencia empírica ya mencionada. Existen los casos, sin embargo, en que la experiencia de la persona en duelo escuchando la voz de su ser querido ha sido confundida con las alucinaciones auditivas de un cuadro psicótico, derivando en un tratamiento innecesario que puede ser perjudicial (Sabucedo et al., 2023; Sluzki, 2011). Aunque se han documentado casos de alucinaciones o presencias del duelo progresando hacia un cuadro psicótico (Baethge, 2002; Shimizu et al., 2017), que deberían ser tratados como tales, la evidencia disponible sugiere que se trata de excepciones muy infrecuentes. A menudo, tales excepciones están relacionadas con dificultades psicológicas previas al duelo (Sabucedo et al., 2021a).

Estigmatización no Intencional

El segundo riesgo, relacionado con el anterior, supone que el clínico intensifique el estigma en torno a estas experiencias al clasificarlas como patológicas o irracionales. Ello también incluye clasificarlas como un bloqueo en las fases del duelo (Taylor, 2005) o un delirio que impide el contacto con la realidad (Hayes y Steffen, 2017). El incremento de la ansiedad resultante, y la dificultad que los pacientes ya suelen experimentar para compartir estas experiencias en sesión, implican el riesgo de cambiar o empeorar la valencia emocional de la experiencia (Sabucedo et al., 2021a, 2021b). De ahí que las recomendaciones terapéuticas contemporáneas se centren en la importancia de normalizar las alucinaciones o presencias del duelo *de forma explícita*, compartiendo información empírica sobre su frecuencia. Que el terapeuta evite el tema en sesión, como indica el estudio de Taylor (2005), puede también incrementar este estigma de forma indirecta, aumentando la sensación de incomprensión o soledad de la persona doliente. Puede ser también conveniente, en lugar de utilizar el término “alucinación” en consulta, referirse directamente a la palabra utilizada por el paciente: sensaciones, conversaciones, visiones, presencias, visitas, etcétera. Especialmente cuando el juicio ontológico implícito en el término “alucinación” (es decir, una percepción que no se corresponde a ningún estímulo

externo) se enfrenta a la creencia religioso-espiritual del paciente que la interpreta como verídica (Hayes y Steffen, 2017; Steffen y Coyle, 2010).

Principios Terapéuticos Generales

Evaluación Desde la Aceptación

Cuando un paciente menciona sus alucinaciones o presencias del duelo en consulta, se recomienda explorar su experiencia con aceptación, apertura mental y respeto cara a la forma en que la interpreta (Sabucedo et al., 2021a). Puede ser de utilidad el acompañarles en una narración detallada de lo que ocurrió, explorando tanto el sentido que tuvo para el paciente, como las consecuencias en su vida (Kamp et al., 2020).

Normalización Desde la Psicoeducación

Si el paciente experimenta ansiedad al compartir su experiencia con el terapeuta, o incluso preocupación por su cordura, se recomienda normalizar las alucinaciones o presencias del duelo compartiendo la evidencia empírica sobre su frecuencia, su valencia, el hecho de que tienden a desaparecer con el tiempo. Ello también implica explicar que no suelen tener relación con problemas de salud mental (Kamp et al., 2020).

Sensibilidad Cultural

La interpretación del terapeuta puede ser significativamente diferente de la del paciente, especialmente cuando no pertenecen a la misma cultura o religión. En consonancia con el artículo 9 del código deontológico (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2015), es importante el respetar la perspectiva religioso-espiritual del paciente, prestando atención al lenguaje que utiliza al buscar sentido a la experiencia, o cómo ello encaja con su contexto socio-cultural (Kamp et al., 2020).

Intervención Terapéutica con Experiencias no Deseadas

Dado el estigma que rodea a estas experiencias, la alerta metacognitiva que las rodea (que quienes las experimentan las interpreten como peligrosas o anormales) puede ser el origen del malestar psicológico en sí. La normalización y aceptación en un contexto terapéutico apropiado suele ser suficiente en esos casos. En ocasiones, el manejo adecuado de las experiencias ambivalentes las puede convertir en beneficiosas (Jahn y Spencer-Thomas, 2018), ayudando a la persona doliente a establecer un vínculo continuado que sirva de apoyo psicológico en el proceso de duelo. Aunque la mayoría de las experiencias son benignas, una minoría de alucinaciones o presencias del duelo continúa causando malestar psicológico. La evidencia empírica disponible, procedente tanto de investigaciones con pacientes (Kamp et al., 2020) como de encuestas a terapeutas (Sabucedo et al., 2021a) y estudios de caso (Sabucedo et al., 2023), sugiere las siguientes estrategias terapéuticas en esos casos:

Trabajando la Relación con la Persona Fallecida

A menudo, el malestar psicológico se origina en los problemas preexistentes en la relación interpersonal con la persona que

murió. En algunos casos, se trata de asuntos pendientes que no han podido ser procesados (Hayes y Leudar, 2016), lo que puede ser trabajado en psicoterapia: puede ser la necesidad de despedirse, pero también de expresar la culpa o el resentimiento. Hayes y Steffen (2017) mencionan la silla vacía, o el escribir una carta a la persona fallecida, como ejemplos de técnicas relacionales para trabajar tales dificultades. En otros casos, existe trauma en el pasado relacional (p. ej., abuso, abandono) o la pérdida en sí ocurrió de forma traumática (Sabucedo et al., 2021a). Algunos autores, de hecho, consideran tales experiencias post-traumáticas como parcialmente disociativas (Pérez-Álvarez et al., 2008; Perona-Garcelán et al., 2012). En esos casos, el tratamiento psicológico focalizado en el trauma puede ser conveniente.

Trabajando la Relación con la Experiencia

En ocasiones, cuando el malestar psicológico continúa, puede ser conveniente trabajar de forma práctica cómo se relaciona el paciente con la alucinación o presencia sentida en el aquí-y-ahora: la evitación experiencial de los eventos internos desagradables asociados a la pérdida, por ejemplo, puede multiplicar su intensidad y frecuencia (Sabucedo et al., 2021b). Cuando es el caso, facilitar la exposición a lo temido en sesión (sea mediante la narración detallada de lo ocurrido o la focalización directa en las emociones evitadas) puede ser transformador. En ocasiones, tras la evitación a las alucinaciones o presencias del duelo subyace una evitación de la sensación de vacío que las acompaña (Hayes y Leudar, 2016), o del dolor de la pérdida en sí (véase la Tabla 2).

Trabajando con las Creencias en Conflicto

En ocasiones, el esfuerzo de buscar sentido a la experiencia causa tensión psicológica. La psicoterapia para el duelo se puede considerar como una reconstrucción de significado en sí misma: una conversación mediante la cual explorar la confusión (y la sensación

de caos) que puede emerger tras perder a un ser querido (Neimeyer, 1992; Neimeyer et al., 2023). Una conversación terapéutica tanto abierta como segura, donde el paciente pueda ser acompañado en ese proceso de resolución de una crisis existencial o una disonancia cognitiva, puede ser de utilidad (Hayes y Steffen, 2017). Para algunos, esto supone integrar creencias en conflicto mutuo que coexisten en la misma persona (Steffen y Coyle, 2010): por ejemplo, una persona que oscila entre una explicación materialista (“es solo mi imaginación jugándome una mala pasada” o “mi cerebro no funciona bien cuando estoy tan estresado”), por ejemplo, enfrentada a una religiosa (“viene su espíritu a verme” o “es mi ángel de la guarda”). Para otros, el malestar psicológico puede proceder de que su tradición religiosa censura o prohíbe tales experiencias. Para un último grupo, sin embargo, la angustia se origina en no encontrar marco o forma alguna de integrar sus experiencias en su manera de ver el mundo.

Conclusión

Las alucinaciones o presencias del duelo son un aspecto frecuente y adaptativo del duelo humano. Varían considerablemente en frecuencia e intensidad, pero se dan en todos los sentidos: las presencias sentidas son las más comunes, seguidas de las experiencias visuales y la escucha de voces. Son experimentadas de forma positiva para la mayoría de las personas en duelo, y son descritas a menudo como beneficiosas por los pacientes. Es importante distinguirlas correctamente de las alucinaciones psicóticas, puesto que son mayoritariamente benignas, no tienden a causar malestar psicológico y suelen desvanecerse con el tiempo. Dado que es frecuente que el paciente tema la reacción de los demás, le corresponde al clínico regularlo mediante la psicoeducación, normalizando estas experiencias. Explorar su experiencia con aceptación, mostrando respeto tanto al evento en sí como a la interpretación del paciente, es importante. En la minoría de casos en que permanece el malestar psicológico en torno a la experiencia (véase la Tabla 3) se recomienda: explorar problemas

Tabla 2
Dos Ejemplos de Experiencias No Deseadas

E., un hombre de 33 años, acude a terapia por lo que describe como depresión. En sesión, sin embargo, se hace evidente como lleva tres años sobrellevando el duelo por el suicidio de su padre. Una o dos veces por semana, cuando está solo, siente lo que describe como una ola de inquietud o de vacío, junto con la sensación de que su padre está presente en la habitación, aunque él no pueda verlo o escucharlo. E. describe esa presencia sentida como algo “difícil, muy difícil”, y como algo que le retrotrae a cuando recibió la noticia de la muerte por primera vez. Reacciona a esos momentos saliendo de la habitación, yendo a hacer deporte, o intentando distraerse. A medida que su estado de ánimo se deteriora, sin embargo, E. decide preguntar a un psicólogo: “no quiero hablar de mi padre: lo que pasó, pasó. Sólo quiero librarme de esto, quiero sentirme más centrado en el trabajo”.

N., un hombre de 53 años, acude a terapia tras la muerte de su madre. Describe como, al pasar por el salón o la cocina, tiene lo que denomina “visiones” de ella. Lo ha hablado únicamente con su hermana, porque ella dice que también la ha visto: evita entrar en la antigua habitación de su madre, puesto que la ve allí con mayor intensidad. N. siente angustia, y miedo, al ver a su madre fallecida: se le acelera el corazón, le sudan las manos, y sale de la habitación donde ocurre al momento. Las emociones permanecen con él un tiempo, y le hacen pensar en la enfermedad de la que falleció su madre, y en el miedo a perder otros seres queridos. N. cree que es importante comprender el significado de sus visiones: cree que eso le ayudará a aliviar el impacto emocional que tienen en él.

Tabla 3
Recomendaciones Clínicas Para el Trabajo con Alucinaciones o Presencias del Duelo en Psicoterapia

Evitación de riesgos iatrogénicos	Principios terapéuticos generales	Intervención con experiencias no deseadas
Actualización clínica para evitar la confusión con las alucinaciones auditivas propias de la psicosis, que pueden resultar en diagnósticos erróneos.	Evaluar las experiencias con <i>aceptación</i> , acompañando al paciente en la narración detallada de los hechos.	Explorar si existen problemas preexistentes en la <i>relación con la persona fallecida</i> , como asuntos pendientes, o trauma relacional.
Evitar el incrementar la ansiedad del paciente, o el <i>estigma</i> que acompaña a estas experiencias, al clasificarlas en sesión como patológicas o irracionales. La incompreensión también puede incrementarse por inacción, cuando el terapeuta evita el tema en sesión.	<i>Normalizar</i> , desde la psicoeducación, compartiendo información empírica sobre su frecuencia de forma explícita. <i>Mostrar curiosidad respetuosa</i> cara a la interpretación del paciente, especialmente cuando existen diferencias culturales.	Trabajar la <i>relación del paciente con la experiencia</i> en sí, cuando existe evitación significativa. Acompañar en resolver disonancias cognitivas o crisis existenciales cuando existe un <i>conflicto interno</i> entre formas de interpretarlas.

relacionales con la persona fallecida, analizar la reacción del paciente con las alucinaciones o presencias y acompañarle en resolver disonancias cognitivas o crisis existenciales cuando hay creencias en conflicto.

Conflicto de Interés

El autor no tiene conflictos de interés.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Baethge, C. (2002). Grief hallucinations: True or pseudo? Serious or not? *Psychopathology*, 35(5), 296-302. <https://doi.org/10.1159/000067067>
- Baumeister, D., Sedgwick, O., Howes, O., y Peters, E. (2017). Auditory verbal hallucinations and continuum models of psychosis: A systematic review of the healthy voice-hearer literature. *Clinical Psychology Review*, 51, 125-141. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.010>
- Beavan, V., Read, J., y Cartwright, C. (2011). The prevalence of voice-hearers in the general population: A literature review. *Journal of Mental Health*, 20(3), 281-292. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.562262>
- Bowlby, J. (1961). Processes of mourning. *International Journal of Psychoanalysis*, 42, 317-340.
- Castelnovo, A., Cavallotti, S., Gambini, O., y D'Agostino, A. (2015). Post-bereavement hallucinatory experiences: A critical overview of population and clinical studies. *Journal of Affective Disorders*, 186, 266-274. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.07.032>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2015). *Código deontológico del psicólogo*. <https://www.cop.es/pdf/CodigoDeontologicodelPsicologo-vigente.pdf>
- Datson, S., y Marwit, S. (1997). Personality constructs and perceived presence of deceased loved ones. *Death Studies*, 21, 131-146. <https://doi.org/10.1080/074811897202047>
- Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. En la *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, vol. XIV. Hogart Press.
- Grimby, A. (1993). Bereavement among elderly people: grief reactions, post-bereavement hallucinations and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(1), 72-80. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1993.tb03332.x>
- Grimby, A. (1998). Hallucinations following the loss of a spouse: Common and normal events among the elderly. *Journal of Clinical Geropsychology*, 4(1), 65-75. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1600-0447.1993.tb03332.x>
- Hayes, J., y Leudar, I. (2016). Experiences of continued presence: On the practical consequences of 'hallucinations' in bereavement. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(2), 194-210. <https://doi.org/10.1111/papt.12067>
- Hayes, J., y Steffen, E. (2017). Working with welcome and unwelcome presence in grief. En D. Kass y E. Steffen (Ed.), *Continuing bonds in bereavement* (pp.163-174). Routledge. <https://psycnet.apa.org/doi/10.4324/9781315202396-16>
- Jahn, D. R., y Spencer-Thomas, S. (2014). Continuing bonds through after-death spiritual experience in individuals bereaved by suicide. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 16(4), 311-324. <https://doi.org/10.1080/019349637.2015.957612>
- Jahn, D. R., y Spencer-Thomas, S. (2018). A qualitative examination of continuing bonds through spiritual experiences in individuals bereaved by suicide. *Religions*, 9, 248-263. <https://doi.org/10.3390/rel9080248>
- James, W. (1902). *The varieties of religious experience*. Longmans.
- Kamp, S. K., Steffen, E. M., Alderson-Day, B., Allen, P., Austad, A., Hayes, J., Larøi, F., Ratcliffe, M., y Sabucedo, P. (2020). Sensory and quasi-sensory experiences of the deceased in bereavement: An interdisciplinary and integrative review. *Schizophrenia Bulletin*, 46(6), 1367-1381. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa113>
- Kamp, K. S., Steffen, E. M., Moskowitz, A., y Spindler, H. (2023). Prevalence and phenomenology of sensory experiences of a deceased spouse: A survey of bereaved older adults. *Omega*, 87(1). <https://doi.org/10.1177/00302228211016224>
- Keen, C., Murray, C., y Payne, S. (2013). Sensing the presence of the deceased: A narrative review. *Mental Health, Religion and Culture*, 16(4), 384-403. <https://doi.org/10.1080/13674676.2012.678987>
- Klass, D., y Steffen, E. M. (2017). *Continuing bonds in bereavement*. Routledge.
- Neimeyer, R. A. (1992). Hacia una integración teóricamente progresiva de la psicoterapia: Una contribución constructivista. *Revista de Psicoterapia*, 3(9), 23-48.
- Neimeyer, R. A., Bottomley, J. A., y Bellet, B. W. (2023). Crecimiento personal a raíz de la pérdida por suicidio. *Revista de Psicoterapia*, 34(124), 137-151.
- Leudar, I., y Thomas, P. (2000). *Voices of reasons, voices of insanity: Studies of verbal hallucinations*. Routledge.
- Lindemann, E. (1944). The symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148. <https://doi.org/10.1176/ajp.101.2.141>
- Linszen, M. M. K., de Boer, J.N., Schutte, M. J. L., Begemann, M. J. H., de Vries, J., Koops, S., Blom, R. E., Bohlken, M. M., Heringa, S. M., Blom, J. D., y Sommer, I. E. C. (2022). Occurrence and phenomenology of hallucinations in the general population: A large online survey. *Schizophrenia*, 8. <https://doi.org/10.1038/s41537-022-00229-9>
- Rees, D. W. (1971). The hallucinations of widowhood. *British Medical Journal*, 4, 37-41. <https://doi.org/10.1136/bmj.4.5778.37>
- Rees, D. W. (2001). *Death and bereavement*. Whurr Publishers.
- Parkes, C. M. (1970). 'Seeking' and 'finding' a lost object: evidence from recent studies of the reactions to bereavement. *Social Sciences and Medicine*, 4(2), 187-201. [https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/0037-7856\(70\)90115-0](https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/0037-7856(70)90115-0)
- Pérez-Álvarez, M., García-Montes, J. M., Perona-Garcelán, S., y Vallina-Fernández, O. (2008). Changing relationship with voices: New therapeutic perspectives for treating hallucinations. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15(2), 75-85. <https://doi.org/10.1002/cpp.563>
- Perona-Garcelán, S., Carrascoso-López, F., García-Montes, J. M., Ductor-Recuerda, M. J., López-Jimenez, A., Vallina-Fernández, O., Pérez-Álvarez, M., y Gómez-Gómez, M. T. (2012). Dissociative experiences as mediators between childhood trauma and auditory hallucinations. *Journal of Traumatic Stress*, 25(3), 323-329. <https://doi.org/10.1002/jts.21693>
- Sabucedo, P., Evans, C., Gaitanidis, A., y Hayes, J. (2021a). When experiences of presence go awry: A survey on psychotherapy practice with the ambivalent-to-distressing 'hallucination' of the deceased. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94, 464-48. <https://doi.org/10.1111/papt.12285>

- Sabucedo, P., Hayes, J., y Evans, C. (2021b). Narratives of experiences of presence in bereavement: sources of comfort, ambivalence and distress. *British Journal of Guidance y Counselling*, 49(6), 814-831. <https://doi.org/10.1080/03069885.2021.1983156>
- Sabucedo, P., Evans, C., y Hayes, J. (2023). Perceiving those who are gone: Cultural research on post-bereavement perception or hallucination of the deceased. *Transcultural Psychiatry*, 60(6), 879-890. <https://doi.org/10.1177/1363461520962887>
- Shimizu, K., Kikuchi, S., Kobayashi, T., y Kato, S. (2017). Persistent complex bereavement disorder: Clinical utility and classification of the category proposed for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Psychogeriatrics*, 17(1), 17-24. <https://doi.org/10.1111/psyg.12183>
- Sluzki, C. E. (2011). Samotraccia en compañía. En *La presencia de la ausencia: Terapia con familiares y fantasmas* (pp.93-118). Gedisa Editorial.
- Sidgwick, H. (1894). Report on the census of hallucinations. *Proceedings of the Society for Psychical Research*, 10, 25-402.
- Stroebe, M., y Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197-224. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>
- Stroebe, M., Schut, H., y Boerner, K. (2017). Cautioning health-care professionals: Bereaved persons are misguided through the stages of grief. *Omega*, 4, 455-473. <https://doi.org/10.1177/0030222817691870>
- Steffen, E., y Coyle, A. (2010). Can 'sense of presence' experiences in bereavement be conceptualised as spiritual phenomena? *Mental Health, Religion and Culture*, 13(3), 273-291. <https://doi.org/10.1080/13674670903357844>
- Steffen, E. M., y Coyle, A. (2011). Sense of presence and meaning-making in bereavement: A qualitative analysis. *Death Studies*, 35(7), 579-609. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.584758>
- Taylor, S. F. (2005). Between the idea and the reality: A study of the counselling experiences of bereaved people who sense the presence of the deceased. *Counselling and Psychotherapy Research*, 5(1), 53-61. <https://doi.org/10.1080/14733140512331343921>