



# Trauma Psíquico y el “Mal del Susto”: Un Encuentro entre Psicoanálisis Relacional y Sabiduría Ancestral

Andrés Yañez.

El trauma psíquico y el llamado “mal del susto” son dos conceptos que, a primera vista, provienen de mundos muy distintos. El primero pertenece al vocabulario de la psicología occidental y el psicoanálisis, mientras que el segundo surge de la medicina tradicional de diversas culturas latinoamericanas. Sin embargo, al profundizar en ambos encontramos sorprendentes convergencias. En este artículo exploraremos esas convergencias reconociendo las verdades atemporales que subyacen en distintas tradiciones espirituales y enfoques de conocimiento.

El objetivo es ofrecer una visión integradora sobre el trauma psíquico y el mal del susto, incorporando perspectivas antropológicas, psicoanalíticas relacional-intersubjetivas contemporáneas, y referencias a la sabiduría perenne presente en las tradiciones espirituales. A lo largo del texto definiremos qué se entiende por trauma psicológico en la psicología occidental, describiremos en qué consiste el “mal del susto” en las culturas indígenas (especialmente andinas y mesoamericanas), y analizaremos cómo ambos conceptos –pese a sus diferentes lenguajes– describen experiencias humanas comparables.

Antes de avanzar, cabe aclarar brevemente ambos términos por separado. *Trauma psíquico* se refiere a un suceso abrumador que amenaza el bienestar o la vida de una persona y a las consecuencias emocionales y mentales que deja dicho suceso. En otras palabras, es tanto el evento extremo (por ejemplo, un accidente, abuso o desastre) como la herida psicológica que dicho evento produce en la psiquis. Por otro lado, el “*mal del susto*” (conocido simplemente como *susto* en muchos lugares) describe un síndrome cultural presente en numerosas comunidades de Latinoamérica, atribuido a un *gran susto* o *espanto* que hace que *el alma* (o *una parte de ella*) *salga* de la persona (de su cuerpo), causando una serie de malestares en quien lo padece. Veremos que esta explicación tradicional –la pérdida o disociación del alma tras un impacto de terror– tiene interesantes resonancias con cómo la psicología entiende la respuesta a los traumas severos.

Nos adentraremos primero en la visión tradicional indígena y antropológica del mal del susto: qué significa, cómo se manifiesta y cómo se trata. Posteriormente examinaremos la comprensión psicológica y psicoanalítica del trauma, haciendo énfasis en las teorías relacionales e intersubjetivas que destacan el papel de los vínculos humanos en el origen y la sanación del daño psíquico. Finalmente, uniremos ambos hilos para descubrir las convergencias entre la curación chamánica del susto y la terapia contemporánea del trauma, enmarcando dicha síntesis dentro de una perspectiva perennialista que reconoce la unidad subyacente en el conocimiento humano a través del tiempo y las culturas.

## El “*Mal del Susto*” en las Tradiciones Indoamericanas.

“*Susto*”, “*espanto*”, “*perder el alma*” – distintas expresiones populares aluden a un fenómeno arraigado en la cosmovisión de numerosos pueblos indígenas de América: el mal del susto. ¿Qué es exactamente el mal del susto? En términos generales, es un *síndrome cultural* que ocurre cuando una persona sufre un shock emocional intenso (un gran susto o impresión de pánico) tras el cual “algo” le sucede a su esencia vital. Las descripciones tradicionales coinciden en que la experiencia de terror provoca una *pérdida de la sustancia anímica* de la persona –sea el alma, la sombra o una parte de su espíritu– la cual *abandona el cuerpo* debido a la intensidad del espanto. Al mismo tiempo, ese sobresalto deja una brecha o apertura por la que pueden entrar influencias perniciosas externas; a esa intrusión se la denomina a veces “*mal de aire*”, pues se cree que un aire maligno o espíritu trastocador aprovecha la oportunidad para ingresar. En resumen, el susto trae una doble desgracia para la persona: *pierde* una parte de sí (quedando “desalmada” o incompleta) y potencialmente *gana* una influencia negativa que no le pertenece (*fenómeno “endo-exo”*).

Desde una óptica indígena tradicional, esta situación explica la variedad de síntomas que presentará el afectado. Sin la porción de alma que se ha ido, la persona queda decaída, apática, “como ida”. Por la presencia del mal aire o espíritu intruso, puede padecer malestares inexplicables, nerviosismo, sobresaltos, pesadillas, mala suerte e incluso enfermedades físicas. Diferentes culturas han dado sus nombres particulares a este síndrome: en México se le dice *susto* o *espanto*, en Centroamérica *susto* o “*perder la sombra*”, en los Andes peruanos *mancharisqa* (quechua) o *espanto*, entre los aymaras *ajayu saraqhata* (literalmente “ajayu agarrado”, refiriendo a que el alma –ajayu– quedó atrapada fuera del cuerpo), entre otros términos locales. Todos aluden a la idea de alma ausente por susto.

### Descripciones clásicas del susto en la antropología

Los antropólogos y médicos que estudiaron el mal del susto desde temprano lo definieron en términos muy cercanos al concepto de trauma. Por ejemplo, en 1922 los investigadores peruanos Valdizán y Maldonado describían el susto precisamente como un “*traumatismo psíquico intenso provocado por una emoción de espanto*”, señalando que según la creencia indígena *la causa del mal es una ausencia prolongada del espíritu del enfermo*. Es decir, hace un siglo ya se entendía al susto como una forma de *trauma emocional severo* que deriva en la pérdida del alma. Años más tarde, en 1965, el médico tradicionalista H. Cavero estudió las creencias quechuas sobre el susto y recogió la siguiente explicación de un curandero andino: “*la mancharisqa (susto) se debe a la dislocación de ciertas funciones psíquicas; [...] el enfermo ha perdido el ánimo o el juicio*”. Esta afirmación es notable porque conecta el lenguaje espiritual (“perder el ánimo”) con una descripción psicológica (“dislocación de funciones psíquicas”) casi en términos occidentales. En la tradición andina, efectivamente, el susto se interpreta como una *pérdida del “ánimu” o espíritu* que deja a la persona perturbada, confundida y con su equilibrio quebrado.

Investigaciones posteriores han enriquecido la caracterización del susto. El neurólogo peruano F. Cabieses (1993) destacó que el fenómeno del susto es común en toda Latinoamérica y “su racionalización no es difícil porque está vinculado a la noción del alma”.

Cabieses propone traducir esa noción a términos modernos diciendo que la personalidad humana es “divisible”, con un aspecto consciente y otro subconsciente, de modo que la pérdida del alma en susto equivaldría a una pérdida de conciencia o a una intrusión del inconsciente sobre la persona. En palabras sencillas, Cabieses sugiere que lo que el pueblo llama *alma perdida* podría entenderse psicológicamente como una parte de la mente que se escapa del control consciente tras el trauma, permitiendo que emociones o contenidos inconscientes abrumadores “invadan” a la persona (un intento de traducción conceptual que resulta muy sugerente cuando luego hablemos de disociación en trauma).

Otros estudios antropológicos, como los de Polia (1996) y Cáceres (2008), han sistematizado los elementos típicos del susto. Polia describe el susto en tres pasos: **(a)** un *fuerte trauma físico o psíquico* interrumpe el estado normal de conciencia; **(b)** en la confusión aguda que sigue, la “sombra” (*parte del alma*) se separa del cuerpo quedando la persona desconectada de sus sentidos; **(c)** esa sombra desprendida se halla indefensa en el “otro mundo” espiritual y puede ser *raptada o dañada* por entidades de ese ámbito. El antropólogo Efraín Cáceres, por su parte, define el susto simplemente como “*la perturbación angustiada generada a consecuencia de la pérdida violenta y sorpresiva del ‘ánimu’ (espíritu) o ‘alma’ de la persona*”. Nuevamente vemos los elementos clave: evento violento, ruptura del equilibrio psíquico, salida del alma y angustia resultante.

Además de los síntomas anímicos (tristeza, apatía, sobresaltos), el susto suele manifestarse con síntomas físicos y conductuales: insomnio, pérdida del apetito, palpitaciones, sustos frecuentes, mirada perdida o “ojos hundidos”, falta de energía, e incluso se mencionan temblores, sobresaltos nocturnos (como dar brincos o gritos dormido) y desorientación. En ciertos casos, se distinguen variaciones del síndrome: por ejemplo, “*mal de espanto*” se emplea para casos donde predominan los síntomas de terror y ansiedad aguda (taquicardia, opresión en el pecho, desmayo), mientras que “*susto mal curado*” refiere a cuadros crónicos donde la persona queda debilitada por largo tiempo si no se trata adecuadamente. También se habla de sustos atípicos, como uno llamado “*colerina*” en algunas zonas, que ocurre tras episodios de ira descontrolada y deja al paciente en un estado de desequilibrio emocional y agresividad insólita. Este detalle muestra que, dentro de la clasificación folk, incluso estados que la psicología podría asociar a brotes de ira o trastornos de ánimo son interpretados bajo el marco conceptual del susto (atribuyéndolo igualmente a un desequilibrio espiritual ocasionado por un impacto anímico).

### **Curación tradicional: cómo se trata el susto en las comunidades**

Dado que el diagnóstico del susto implica una dimensión espiritual, los tratamientos tradicionales se enfocan en restaurar la integridad anímica del paciente y expulsar cualquier mal que haya entrado. En distintas culturas existen rituales de “*llamar el alma*” para que regrese al cuerpo del asustado. Por ejemplo, entre pueblos mayas un curandero puede realizar una ceremonia durante la cual llama suavemente al espíritu extraviado –a veces pronunciando el nombre de la persona al pie de un árbol o en el lugar del susto– invitándolo a retornar al cuerpo de su dueño. En los Andes, es común la práctica de las “*ajuqaciones*” o “*pagos*”: pequeños rituales de ofrenda a la Pachamama (Madre Tierra) y a los espíritus locales para pedir que devuelvan el alma del enfermo. También se realizan limpiezas con hierbas, con humo

de incienso o sahumerios, y en algunos lugares (por ejemplo en la sierra peruana) se acostumbra la *limpia con cuy* –pasar un cuy (conejiillo de Indias) vivo por el cuerpo del paciente, el cual supuestamente absorbe el mal–; luego el cuy es sacrificado y su cuerpo examinado para “ver” en sus órganos las huellas del espanto que estaba afectando al paciente.

Otro recurso sanador es la “*mesa*” o *ceremonia* con un curandero, donde mediante oraciones, cantos (ícaros en la Amazonía), uso de objetos sagrados (como la mesa andina con conchas, piedras y fetillos) y a veces ingesta de plantas maestras, se busca *negociar con los espíritus* la devolución del alma perdida y la retirada del espíritu intruso. El curandero actúa como mediador entre el mundo visible y el invisible, “viendo” qué sucedió: dónde se escondió el alma asustada o quién se la llevó, y cómo convencerla de volver. Es interesante notar que en algunos rituales andinos se utiliza la hoja de coca como herramienta diagnóstica y terapéutica: el curandero mastica coca y también hace que el paciente la mastique (*acullicu*), observando el sabor (amargo o dulce) que percibe y luego leyendo las hojas para confirmar la causa espiritual del mal. La coca, además de su valor ritual, tiene un conocido efecto beneficioso a nivel físico y psicológico: aumenta la resistencia, la energía y la claridad mental. Masticarla en un contexto ceremonial comunitario facilita que la persona asustada recupere fuerzas y *se centre*, mientras el curandero va *reestableciendo los vínculos* y la confianza dentro de la comunidad del paciente. Este último punto es vital: tradicionalmente el susto no se sana en aislamiento, sino en el seno de la comunidad, con la intervención de figuras sabias (curanderos, ancianos) que reconectan al individuo con su entorno humano y espiritual. Veremos más adelante cómo este aspecto relacional de la curación del susto se emparenta con las visiones modernas sobre la necesidad de un *otro* para sanar el trauma.

En síntesis, el mal del susto según las tradiciones indoamericanas es un trastorno real, multidimensional, que involucra cuerpo, alma y comunidad. Su etiología se explica como un desequilibrio profundo causado por el terror: la persona queda escindida (una parte vital ausente) y vulnerada por fuerzas externas. Y su resolución pasa por reiniciar el equilibrio: hay que recuperar la parte perdida de la persona (retornar el alma a casa) y remover las influencias nocivas (alejar el mal aire o espíritu extraño), todo esto mediante rituales de conexión –con la naturaleza, con los ancestros, con lo divino– en los que la persona es *amorosamente acompañada por su comunidad*. Esta visión integral contrasta, en apariencia, con las explicaciones médico-psicológicas occidentales. Sin embargo, conforme vayamos examinando el concepto de trauma en la psicología y psicoanálisis, iremos notando paralelismos de fondo: la idea de que un evento de terror *rompe la continuidad de la vida psíquica*, fragmenta la persona, e introduce un elemento foráneo que perturba la mente; así como la noción de que el camino de sanación requiere *reintegrar* a la persona y *expulsar* el “veneno” psicológico dejado por el trauma.

Antes de pasar a la psicología, vale señalar que actualmente incluso la psiquiatría reconoce el susto dentro de los llamados “*síndromes culturalmente vinculados*”. El manual diagnóstico DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría incluye al *susto* como una explicación cultural de la angustia propia de Latinoamérica, definiéndolo como “*una enfermedad atribuida a un evento aterrador que causa que el alma abandone el cuerpo y que lleva a infelicidad y dolencia, con dificultades para cumplir las funciones sociales importantes*”. Esta definición oficial en un manual de psiquiatría moderno subraya que el susto no es una simple superstición, sino una forma culturalmente modulada de manifestar

estrés postraumático, depresión y trastornos psicosomáticos. De hecho, investigaciones transculturales han encontrado que muchas personas con susto cumplen criterios de diagnósticos occidentales (como Trastorno de Estrés Postraumático, trastornos depresivos o de ansiedad) pero, en su contexto cultural, interpretan sus síntomas bajo la narrativa del susto, atribuyendo la causa a aquel episodio de espanto donde “se les quedó el alma”. Esta coexistencia de explicaciones (la científica y la tradicional) no es contradictoria, sino complementaria. Como sugiere el enfoque de los *idioms of distress* (modos culturales de expresar el sufrimiento), susto es un idioma mediante el cual ciertas comunidades articulan experiencias de angustia profundas, dotándolas de sentido dentro de su marco de creencias. Y como veremos en la siguiente sección, la narrativa del susto encierra verdades psicológicas que resuenan con lo que la teoría del trauma ha descubierto en contextos muy distintos.

## **El trauma psíquico en la psicología y el psicoanálisis occidental**

Hablemos ahora del trauma psíquico desde la perspectiva de la psicología occidental. Aunque el lenguaje difiera, veremos que en el fondo se describe un fenómeno análogo al susto: un hecho externo irrumpe con tal intensidad en la vida de alguien que rompe su equilibrio interno y deja secuelas duraderas en su mente y emociones.

En psicología, psiquiatría y psicoanálisis, el término “trauma” se originó tomando prestada la palabra griega para “herida” –inicialmente usada para heridas físicas– y aplicándola a las “heridas” de la mente. ¿Qué entendemos por trauma psicológico? En definiciones contemporáneas, un trauma psíquico es *cualquier evento o vivencia que representa una amenaza extrema para la vida o la integridad de una persona (o de alguien cercano), y cuya intensidad desborda la capacidad de respuesta y afrontamiento del individuo, produciendo un quiebre en su equilibrio mental y emocional*. Importa recalcar que el trauma no es solo el evento objetivo (por ejemplo, un accidente grave, una agresión, un desastre natural), sino también –y especialmente– el impacto subjetivo que deja en la persona: el recuerdo horroroso, el terror, la indefensión, la sensación de que el mundo dejó de ser seguro y comprensible.

La definición clínica clásica (por ejemplo, en criterios diagnósticos de trastorno de estrés postraumático) subraya que durante el evento traumático la persona experimenta miedo intenso, terror, impotencia o horror. Esa emoción de terror es, en el fondo, equivalente al *espanto* del que hablan las tradiciones del susto. No es coincidencia entonces que Jean-Martin Charcot, uno de los pioneros en estudiar la histeria en el siglo XIX, dijera que en la génesis de los traumas “muy probablemente, el terror experimentado por el paciente en el momento del accidente juega un papel más importante que la herida misma” (citado por Charcot, 1892). Esta observación destaca que el pánico es el núcleo psicológicamente lesivo del trauma. Para Charcot, ese terror podía llevar a una suerte de “estado segundo” (*état second*) de la mente, un estado disociado que luego Pierre Janet identificaría con una división en la conciencia del individuo. Vemos aquí emerger un concepto crucial: la disociación como respuesta al trauma, idea que luego sería desarrollada en profundidad tanto por Janet como por Sigmund Freud y otros.

## Breve evolución del concepto de trauma en psicoanálisis

El psicoanálisis, desde sus orígenes con Freud a fines del siglo XIX, estuvo íntimamente ligado al estudio de lo traumático. Freud inicialmente postuló en su “teoría de la seducción” que los síntomas neuróticos (especialmente en la histeria) tenían su origen en traumas sexuales reales sufridos en la infancia. Más tarde matizó esta postura, considerando que muchas pacientes en realidad narraban fantasías inconscientes y no hechos verídicos; sin embargo, el concepto de trauma permaneció central. Tras las guerras mundiales, con el estudio de las neurosis de guerra (lo que hoy llamaríamos estrés postraumático en combatientes), Freud y otros analistas retomaron la idea del trauma como evento real que podía romper la mente. Freud diferenció entre el *trauma* propiamente dicho y la *neurosis traumática* resultante, enfatizando la dimensión de exceso de estímulo que la mente no logra procesar. En su texto “Más allá del principio del placer” (1920) habló de cómo la mente intenta repetidamente “dominar” el recuerdo traumático a través de la repetición (de ahí la famosa *compulsión a la repetición*), insinuando que el trauma genera una suerte de “intruso” *psíquico* que una y otra vez irrumpe en la vida mental (por ejemplo, en forma de sueños perturbadores, flashbacks, o tendencia a revivir situaciones similares).

Paralelamente, otros psicoanalistas como Sándor Ferenczi estudiaron los efectos del trauma temprano (especialmente abusos infantiles) en el psiquismo. Ferenczi observó que los niños frente a un abuso insostenible podían disociarse, “partirse en pedazos” internamente para sobrellevar lo imposible. Introdujo nociones como la *identificación con el agresor* y la *confusión de lenguas* (el niño confunde el lenguaje de la ternura con el lenguaje de la pasión del adulto abusador). Aunque las ideas de Ferenczi fueron polémicas en su época, anticiparon muchas comprensiones modernas sobre trauma complejo y disociación.

Con el tiempo, la teoría psicoanalítica del trauma evolucionó desde un modelo unipersonal (en el que el trauma era solo algo que *le pasa* al aparato psíquico individual) hacia modelos bipersonales o relacionales, donde se entiende que los traumas –sobre todo los ocurridos en la infancia– suceden *en contextos relacionales deficientes*, y que sus efectos se ven agravados o mitigados según el entorno humano del individuo. Por ejemplo, Donald Winnicott a mediados del siglo XX describió que un suceso se vuelve verdaderamente traumático para un bebé o niño pequeño solo si falla el entorno sostenedor (la madre, la familia) en ayudar al niño a manejar ese estrés. Winnicott decía que no existe un bebé aislado, sino un *bebé-madre* como unidad indisoluble: si la madre (u otro cuidador) no logra ofrecer protección o “sostén” emocional durante un evento abrumador, la psiquis inmadura del niño queda aplastada por la intrusión de lo real. En ese sentido, el trauma psíquico implica siempre una vivencia de soledad radical ante el peligro. Esta idea resulta fundamental: el *terror sin un otro* que ayude, se convierte en trauma. Volviendo al lenguaje de susto, podríamos decir que si alguien se espanta terriblemente y no hay quien lo “ataje”, su alma efectivamente puede perderse en el vacío.

## Enfoque relacional e intersubjetivo contemporáneo

Las corrientes más recientes dentro del psicoanálisis –particularmente el psicoanálisis relacional y la perspectiva intersubjetiva– han puesto el acento justamente en el factor de la relación en la experiencia traumática. Para estos enfoques, el trauma no se concibe únicamente como un estímulo externo extremo, sino como algo que ocurre *en la falta de un vínculo que le dé sentido y contención*. En palabras de Peter Levine, “el trauma no es lo que nos sucede, sino lo que guardamos adentro en ausencia de un testigo empático”. Esta frase condensa la noción clave: si una persona atraviesa una experiencia atroz sin nadie que valide su realidad, que la acompañe emocionalmente, esa experiencia queda encapsulada, sin procesar, dentro de ella y actúa como una “espina” psíquica que sigue hiriendo desde adentro.

El psicoanálisis intersubjetivo, representado por autores como Robert Stolorow, Donna Orange, Jessica Benjamin, entre otros, sostiene que la mente humana se desarrolla y funciona siempre *en interconexión con otras mentes*. No somos islas; desde bebés nuestras emociones y significados se co-construyen en la interacción con cuidadores. Por tanto, un trauma severo suele implicar no solo un hecho violento, sino también la quiebra de la confianza relacional: la persona traumatizada experimenta que “el mundo (el Otro) me falló” en el momento crítico. Por ejemplo, un niño abusado no solo sufre el dolor del abuso, sino el hecho de que la figura que debía cuidarlo lo traicionó, y/o que nadie acudió en su ayuda –esa soledad forzada es en sí misma traumática. De igual modo, un adulto que sufre una violación u otro ataque violento no solo carga con el evento en sí, sino con la sensación subsecuente de aislamiento, vergüenza, incompreensión por parte de su entorno.

Desde esta perspectiva, se afirma que el trauma es esencialmente una experiencia de *desconexión*: la persona queda desconectada de los demás (sintiendo que nadie puede entenderla, que está “muerta en vida” respecto al mundo cotidiano) y también desconectada de partes de sí misma (emociones, recuerdos) que resultan intolerables y quedan escindidas para poder funcionar. Este fenómeno es básicamente una versión actual de lo que tradicionalmente se llamaba “pérdida del alma” –podemos interpretarlo como una disociación psicológica, una parte de la psique “se va” porque el dolor es demasiado. Al mismo tiempo, algo extraño parece habitar al traumatizado: muchos pacientes refieren sentir “algo ajeno” dentro de sí, como una oscura presencia, o como si el trauma hubiese implantado una especie de “objeto maligno” en su interior. En términos psicoanalíticos, podríamos llamarlo una introyección traumática: la persona internaliza el terror y la violencia sufrida de un modo tan crudo que esa energía psíquica cobra vida propia dentro de su mundo interno (pensemos en alguien que tras una agresión desarrolla ataques de pánico súbitos –ese pánico es como un “espíritu del miedo” que vive dentro, activándose inesperadamente, muy similar al concepto de mal de aire).

Lo importante del enfoque relacional-intersubjetivo es que también ilumina el camino de salida: así como el trauma ocurre en aislamiento, la sanación ocurre en relación. Es decir, el daño psíquico profundo solo puede realmente elaborarse cuando se establece un nuevo vínculo humano reparador que sirva de recipiente para ese dolor congelado. En la terapia, esto implica una relación paciente-terapeuta de seguridad y empatía absolutas, donde el terapeuta se ofrece como *testigo que valida* la realidad del paciente, por horrenda que sea, y

le ayuda a darle sentido. La psicoanalista Jessica Benjamin introdujo aquí el concepto de “terceridad”: un espacio intermedio cocreado por dos personas (analista y paciente, por ejemplo) donde pueden emerger significados nuevos y compartidos que ninguno de los dos tenía por sí solo. En ese espacio de reconocimiento mutuo, el paciente traumatizado puede experimentar por primera vez que “esta otra mente *puede compartir mis sentimientos*” y, así, dejar de estar solo con su terror. En términos más poéticos, podríamos decir que el alma perdida del paciente encuentra un *reflejo* en la mirada compasiva del otro y se anima a regresar a casa, a la persona.

Benjamin también habla del **reconocimiento**: para curar traumas se requiere que el paciente y el terapeuta se reconozcan mutuamente como sujetos. El terapeuta no es un médico frío que “analiza” desde fuera, sino un ser humano que participa auténticamente y reconoce la subjetividad única del paciente –con su dolor, su historia– a la vez que se muestra a sí mismo como un otro real y presente. Este *reconocimiento mutuo* permite salir de la dinámica en la que el traumatizado se siente siempre en papel de víctima y todos los demás son ajenos; en su lugar, comienza a haber una relación de *igual a igual en humanidad*, donde el paciente recupera agencia y voz. Dicho de otro modo, el antídoto del trauma es la conexión humana: la presencia de alguien que *crea* en tu experiencia, que *siente contigo* el dolor, que te demuestra que no estás loco ni solo, y que permanece a tu lado mientras confrontas los demonios internos. En esa presencia empática sostenida, poco a poco el trauma deja de ser un ente extraño y omnipotente; va siendo nombrado, recordado, procesado, y la persona reintegra esa experiencia en su historia de vida en lugar de seguir reviviéndola interminablemente como un eterno presente.

Esta visión enlaza profundamente con aspectos de tradiciones espirituales: muchas religiones y caminos místicos han enfatizado el poder *sanador del amor y la compasión*, de la comunidad, del perdón y la comprensión. Desde un punto de vista perennialista, podríamos decir que el psicoanálisis relacional redescubre en lenguaje moderno algo que la sabiduría espiritual ya conocía: el espíritu humano sana en relación, nunca en aislamiento. Así como en las comunidades indígenas el individuo enfermo es rodeado por cantos, rezos y cuidados de su gente, en la terapia moderna el individuo herido es “sostenido” por la presencia comprometida del terapeuta y, a través de él, de la cultura terapéutica que ofrece entendimiento. En ambos casos se genera un “campo” especial –un círculo ritual, una sala de terapia– donde se suspenden las reglas habituales y es posible reordenar la realidad interna de la persona.

## **Convergencias entre el *Mal del Susto* y el *Trauma Psíquico*: Diálogos entre chamanismo y psicoanálisis**

Llegamos al punto central: ¿en qué se parecen, entonces, el mal del susto descrito por el chamanismo indoamericano y el trauma psíquico descrito por la psicología contemporánea? A continuación, sintetizamos varias convergencias claves:

**Pérdida del alma vs. Disociación del yo:** En el susto se dice que una parte del alma se va del cuerpo; en trauma psicológico a menudo hablamos de disociación, de una parte de la mente que se escinde para no sentir el dolor. Ambas nociones se refieren

a una *fragmentación del ser*. El individuo deja de sentirse completo: “algo mío no está conmigo”. Un curandero diría que esa parte está vagando fuera y hay que traerla; un terapeuta diría que esa parte está encapsulada en el inconsciente, desligada de la personalidad consciente, y hay que lograr reintegrarla. En esencia, apuntan a lo mismo: una porción vital de la persona quedó desconectada a raíz del terror.

**Intrusión de espíritus malignos vs. Introyección traumática:** Las tradiciones de susto hablan del *mal de aire* u otras fuerzas oscuras que entran cuando el alma sale. En psicología, reconocemos que tras un trauma la persona queda invadida por emociones y sensaciones ajenas a su personalidad previa (p. ej., una calma persona deviene irascible, o alguien seguro ahora vive aterrado). También existen conceptos como el de “*objeto interno persecutorio*” –una especie de voz interna cruel o aterradora que hostiga al individuo, muchas veces originada en la experiencia con un agresor real. Para un indígena eso podría ser un demonio susurrando miedo; para un psicólogo es el recuerdo traumático con vida propia dentro de la psique. En ambos casos, hay un elemento extraño adherido al individuo tras el trauma. La cura implica *expulsarlo*: el chamán expulsa al espíritu dañino con su ritual, el terapeuta ayuda a la persona a “domesticar” esos afectos intrusos (mediante la elaboración emocional) hasta que dejan de poseerla.

**Síntomas compartidos:** Curiosamente, muchas manifestaciones del susto coinciden con síntomas de trastorno de estrés postraumático y depresión. Por ejemplo: tristeza profunda, apatía, sobresaltos (hipervigilancia), insomnio con pesadillas, revivir mentalmente el evento (en el susto se diría que la persona “sigue espantada”, similar a flashbacks), aislamiento social (el *asustado* se retrae de la comunidad, igual que el traumatizado pierde interés en relaciones). Incluso síntomas físicos psicósomáticos –dolores, fatiga, problemas digestivos– se reportan en ambas condiciones. Esto indica que el cuerpo-mente humano reacciona de modos universales frente al terror, ya sea que se lo llame “susto” o “trauma”.

**Causalidad psíquica reconocida:** Tanto la explicación indígena como la psicológica reconocen que una emoción extrema es la causa precipitante. Valdizán hablaba de “emoción de espanto”; Charcot y Freud de “afecto de terror”. No es un mecanismo mágico incomprensible: se identifica el miedo intenso como el desencadenante que rompe algo dentro del individuo. Esto crea un terreno común para el diálogo: ambas visiones entienden que el *miedo insuperable* tiene un impacto patógeno en el ser humano.

**Reintegración vs. Procesamiento:** La meta de la curación en ambas tradiciones es *hacer que lo que se perdió o fracturó vuelva a unirse*. El chamán busca *reintegrar el alma al cuerpo*; el terapeuta busca que el paciente *procese el recuerdo traumático e integre la experiencia* en su narrativa vital. En el susto se dice que la persona debe “volver en sí” (indicando reunificación de alma y cuerpo); en terapia decimos que el paciente necesita “volverse a sentir entero” y recuperar su sentido de sí mismo. La imagen es la misma: reunir lo que estaba disperso.

**Ritual comunitario vs. Relación terapéutica:** Aquí encontramos quizás la convergencia más interesante. Sanar el susto requiere un rito con participación de otras personas (curandero, familia, comunidad); sanar el trauma requiere una relación terapéutica segura con al menos otra persona (el terapeuta, y a veces grupos de apoyo). En ambos casos, la curación ocurre en un espacio especial alejado de la rutina diaria: un círculo de sanación, una sesión en consultorio –espacios donde rigen reglas distintas a la vida ordinaria, permitiendo explorar el dolor profundo con protección. Además, en ambos, el *paciente* debe confiar y entregarse en manos de alguien que hace de guía. La figura del curandero tradicional guarda paralelismo con la del psicoterapeuta: ambos son concedores de ciertos métodos simbólicos de sanación, ambos actúan primero como testigos (el curandero “ve” el alma perdida del paciente, el terapeuta “ve” el trauma oculto en el relato del paciente) y luego como facilitadores de cambio (el curandero entona cantos, realiza limpiezas; el terapeuta interpreta, contiene emocionalmente, ofrece nuevas narrativas).

- **Reciprocidad y reconocimiento en el proceso de sanación:** Las tradiciones ancestrales suelen involucrar actos de reciprocidad y reconocimiento dentro del ritual, por ejemplo, la familia acompañante ofrece pagos a la tierra, el paciente demuestra gratitud al curandero; hay un intercambio humano significativo. En el psicoanálisis relacional, como vimos, se habla de *mutuo reconocimiento*: terapeuta y paciente se encuentran de sujeto a sujeto. De hecho, podemos ver un paralelo hermoso: en las culturas andinas el simple acto de masticar hojas de coca en círculo facilitaba un estado de reconocimiento recíproco natural entre los participantes –un ambiente de confianza, respeto y afinidad que permitía compartir incluso visiones y sentimientos distintos sin conflicto. Ese estado es muy parecido a lo que en terapia llamamos *alianza terapéutica* o *terceridad compartida*, un clima donde dos personas pueden coexistir con sus diferencias y colaborar en la búsqueda de la verdad interna. Así, la coca compartida en la comunidad andina generaba un “campo” de unión (un tercero simbólico) tal como la empatía compartida en el diván genera un campo intersubjetivo de sanación. Ambos contextos emplean *elementos simbólicos* –la coca, la palabra– para crear un vínculo donde antes había desconexión.

En resumen, las correspondencias son profundas. Podemos decir que el chamanismo y el psicoanálisis, cada cual en su idioma, hablan de las mismas heridas del alma y proponen curas con patrones equivalentes. Esto no significa que sean idénticos en todo (cada sistema tiene creencias y técnicas muy propias), pero a nivel estructural resuenan mutuamente. Uno podría aventurar que describen una misma realidad fundamental: la condición humana frente al sufrimiento extremo. Donde el chamán ve almas y espíritus, el psicólogo ve partes de la psique y emociones; pero ambos reconocen la realidad invisible del trauma (lo que no se ve a simple vista pero sigue actuando) y su tratamiento implica actos de fe, de símbolo y de vínculo. Ni el ritual ni la terapia funcionan sin confianza, sin que el paciente crea al menos un poco en el proceso. En el susto, si la persona no cree en el curandero, difícilmente sanará (la participación psíquica activa del paciente es crucial, como lo demostró Lévi-Strauss en su famoso análisis de la eficacia simbólica). En terapia pasa igual: sin la colaboración activa y la fe del paciente en la ayuda, no hay progreso. Así, ambas tradiciones requieren una apertura del corazón y la mente del herido para aceptar la ayuda, lo que en sí mismo ya es un paso de sanación (pues el trauma suele cerrar a la persona en la desconfianza).

## Una Verdad Universal detrás de diferentes lenguajes

Adoptando una mirada perennialista, que sostiene que las diversas tradiciones comparten una sabiduría común, podemos reinterpretar todo lo anterior en clave de *unidad profunda*. ¿Qué nos dicen en esencia tanto la visión espiritual indígena como la psicoterapéutica occidental? Ambas nos hablan de la dualidad cuerpo-alma (o cuerpo-mente) y de cómo puede romperse y repararse. En la filosofía perenne se afirma que el ser humano tiene un aspecto material y otro sutil o espiritual; cuando esa integridad se pierde, sobreviene la enfermedad, y cuando se restaura, ocurre la curación. Esta idea es transversal a muchas culturas: los chamanes siberianos también hablan de *pérdida del alma*; en la medicina tradicional china existe el concepto de que los “*shen*” (espíritus que habitan los órganos) pueden verse perturbados por sustos y deben serenarse; en la tradición occidental medieval, se decía que tras un gran susto alguien podía quedar “poseído” por espíritus malignos y se requería un exorcismo –¿qué es eso sino una forma distinta de referirse a la intrusión de energías negativas tras un trauma y la necesidad de expulsarlas?

La *filosofía perenne* sugiere que más allá de las diferencias superficiales, todas las vías de conocimiento tocan mismas verdades subyacentes. En nuestro contexto, la verdad sería: *el trauma rompe la unidad interior y desconecta al individuo de la fuente de vida (llámese alma, Self, espíritu) y de la comunidad; la curación consiste en reconectar lo desconectado, en unir lo que quedó separado*. Esto se puede expresar en terminología cristiana, budista, chamánica o psicológica. Por ejemplo, un místico cristiano podría decir que la persona traumatizada ha perdido la “paz del alma” y necesita la gracia de Dios para recuperarla, probablemente mediada por los cuidados amorosos de la comunidad (caritas). Un budista tal vez diría que el sufrimiento intenso ha generado ignorancia (avidya) y apego al miedo, lo cual debe disolverse mediante la compasión y la sabiduría para que la mente vuelva a su estado natural de claridad. Un chamán hablará de espíritus y alma extraviada que hay que rescatar. El psicólogo hablará de trauma, apego seguro e integración del ego. Si afinamos el oído, todas estas narrativas comparten la estructura de: *algo se perdió de la totalidad de la persona, algo extraño la invadió, y se requiere un proceso (espiritual/relacional) para purificar lo extraño y recuperar lo propio*.

El perennialismo también nos invita a apreciar que los símbolos y mitos diferentes en realidad pueden estar describiendo realidades psicológicas universales. Así, la imagen de la “*alma que sale del cuerpo*” es un símbolo potentísimo que personifica algo difícil de describir de otro modo: la sensación subjetiva de estar desconectado de la vida, de sentirse vacío, ausente, “fuera de sí” tras un trauma. En lugar de descartar ese símbolo como “primitivo”, podemos entender que encapsula poéticamente la realidad de la disociación traumática. Del mismo modo, la idea de una entidad mala que se mete refleja la vivencia de muchas víctimas de trauma que dicen “ya no soy el mismo, es como si algo maligno viviera en mí” (pensemos en la común metáfora de “mis demonios internos”). Nuevamente, el lenguaje espiritual captura una experiencia subjetiva válida. Esto no quiere decir que tengamos que creer literalmente en demonios para validar esa vivencia, pero sí reconocer que la *experiencia* de ser invadido por el mal existe, y el ritual chamánico al nombrarla y actuar sobre ella proporciona un alivio real al sufriente –posiblemente similar al alivio que proporciona en

terapia decir “lo que te pasó fue terrible y por eso te sientes así, no estás loco”: en ambos casos se nombran los demonios, y al hacerlo, comienzan a perder poder.

La unidad de fondo también se aprecia en el rol de la comunidad. Perenne significa “eterno”, “siempre vigente”: una enseñanza perenne es que *no estamos separados del resto, y que el amor humano es medicina*. Todas las culturas que han perdurado lo saben. Hoy la psicología, con su énfasis en la intersubjetividad, está reenfatizando algo muy antiguo: *sanar es volver a la comunidad, volver al amor*. En la Amazonía, si alguien enferma de susto, toda la familia participa de la ceremonia y luego cuidan de la persona; en nuestra sociedad moderna, a veces aislante, la figura del terapeuta hace el papel de “comunidad concentrada” —es alguien que encarna la sociedad empática en esa habitación, brindando lo que idealmente brindarían familiares y amigos en un mundo perfectamente consciente y amoroso. Es triste que haya personas que solo encuentren esa escucha en un profesional pago, pero a la vez es un signo de evolución que reconozcamos la importancia de proporcionar ese espacio de empatía profesional cuando falla en lo espontáneo.

Finalmente, un apunte perennialista es reconocer que *la dimensión espiritual es parte integral de la salud mental*. Por mucho tiempo, la psicología académica evitó lo espiritual, considerándolo fuera de su alcance. Pero eso ha ido cambiando; conceptos como resiliencia incluyen a veces factores de fe o propósito de vida, y la psicología transpersonal abiertamente incorpora ideas del espíritu. En nuestro tema, es evidente que *el mal del susto* involucra lo espiritual al hablar de alma. El trauma psicológico, aunque se formule secularmente, también puede entenderse como una *herida del espíritu* de la persona. ¿Qué es el “espíritu” en términos laicos? Podríamos decir que es su núcleo de identidad, sus valores, su sentido de conexión con la existencia. Un trauma severo sacude esas fundaciones: la persona traumatizada pierde el sentido, pierde la fe en la vida o en la bondad, a veces siente que perdió su “alma” metafóricamente porque ya no ríe, no ama, no espera. Entonces la curación es espiritual en el sentido de recuperar la chispa de vida, la esperanza, la conexión con algo mayor que uno mismo. Los chamanes invocan a Dioses, espíritus de la naturaleza, santos, según su tradición, para que ayuden en esa restauración. En terapia, aunque no se invoque lo divino, sí se trabaja para que la persona reconecte con *lo mayor*: puede ser reconectar con la humanidad compartida (“no eres el único que ha sufrido así, no estás separado de los demás humanos”), reconectar con el orden moral (“te hicieron daño injustamente, recuperar tu dignidad es posible”), reconectar con su propia esencia (“sigues siendo tú, valioso, más allá de lo que te pasó”). Todo eso tiene un carácter espiritual, aunque no se nombre como tal, porque trata con cuestiones de sentido último y de identidad profunda.

En conclusión, adoptar la lente perennialista nos permite apreciar la armonía subyacente entre el conocimiento ancestral y el moderno. Ni la ciencia ni la tradición poseen toda la verdad por sí solas, pero juntando piezas de ambos se dibuja un mosaico más completo de la psique humana. Podemos honrar la explicación del mal del susto y la explicación del trauma psíquico a la vez, entendiéndolas como dos caras culturales de una misma realidad: la vulnerabilidad del alma humana ante el terror y su extraordinaria capacidad de sanar a través del amor, el significado y la comunión con otros.

A lo largo de este extenso recorrido, hemos visto cómo un tema que podría haber parecido esotérico o ajeno –el “mal del susto” de las tradiciones indígenas– en realidad guarda estrecha relación con uno de los conceptos centrales de la psicología moderna –el trauma psíquico–. Más allá de las diferencias de lenguaje y enfoque, ambas visiones describen la reacción humana ante experiencias límite de terror: una ruptura en la continuidad del ser que deja a la persona fragmentada y afligida. También describen, cada una a su modo, caminos de reparación de esa ruptura: la reunión de los fragmentos (sea la vuelta del alma o la integración psicológica) y la expulsión de los residuos tóxicos (sea un espíritu intruso o los efectos neuropsicológicos del estrés extremo).

Al comparar las prácticas de curación tradicionales con las terapéuticas, encontramos sorprendentes ecos y paralelismos. Un ritual chamánico de sanación del susto, con su círculo comunitario, sus elementos simbólicos, sus intercambios afectivos, cumple funciones muy semejantes a una psicoterapia para trauma: brinda *un contexto seguro* donde la persona puede afrontar lo ocurrido, pone en juego *símbolos que representan el dolor y su curación*, y se sostiene todo el proceso a través de *la relación humana* –ya sea la del paciente con el curandero y su comunidad, o la del paciente con el terapeuta. En ambos casos, la sanación no es un acto instantáneo de “magia” externa, sino un proceso interno facilitado por la presencia del otro: es la propia alma/psique de la persona la que, sintiéndose por fin acompañada y comprendida, puede regresar de su exilio y limpiar la oscuridad de su interior.

Hemos enmarcado este diálogo entre chamanismo y psicoanálisis en una perspectiva perennialista para resaltar que *la verdad es una, los sabios le dan muchos nombres*. No es casual que culturas separadas por océanos y siglos lleguen a intuiciones semejantes: la condición humana es universal, y la experiencia del trauma –así como la búsqueda de su curación– forma parte de ese patrimonio universal. Al reconocer las convergencias entre el mal del susto y el trauma psíquico, no solo enriquecemos nuestra comprensión académica, sino que también nos abrimos a un conocimiento más holístico. Integramos la dimensión espiritual y la psicológica, la voz del anciano indígena y la del psicoterapeuta moderno, permitiendo que se iluminen mutuamente.

Para quienes trabajan en salud mental, acercarse a las tradiciones de curación ancestral ofrece perspectivas frescas: por ejemplo, enfatizar lo ritual y comunitario en la recuperación del trauma (grupos de apoyo, ceremonias simbólicas de cierre, etc.), o validar las *experiencias internas* de los pacientes sin patologizarlas (entender que alguien diga “siento que perdí el alma” no es delirio, sino una metáfora válida de su vivencia). Por otro lado, para quienes provienen de contextos tradicionales, conocer los hallazgos de la psicología puede ayudar a refinar y comunicar sus prácticas (por ejemplo, entender qué mecanismos neuropsicológicos pueden estar operando cuando realizan una limpia con hierbas, o cómo el simple acto de escuchar empáticamente al paciente ya es parte central de la cura, lo que ellos siempre supieron empíricamente).

En un mundo cada vez más globalizado y a la vez sediento de sentido, este tipo de diálogo entre saberes es prometedor. Nos recuerda que ninguna cultura tiene el monopolio del conocimiento sobre la psique. Podemos sentar en la misma mesa al chamán y al psicoanalista, al antropólogo y al sacerdote, y descubrir que cada uno aporta una pieza del rompecabezas de la condición humana. La psique –palabra griega que significa “alma”– ha sido estudiada

tanto por místicos como por científicos; unir sus visiones nos acerca más a la totalidad de lo que somos.

En última instancia, tanto el mal del susto como el trauma nos hablan de la esperanza de sanar. Por muy gravemente que el miedo nos haya herido –por muy lejos que haya huido nuestra alma o muy oscuro que sea el demonio que nos habite–, siempre existe la posibilidad de recuperarse. Esa recuperación no es un camino fácil ni trivial; requiere del valor de enfrentar el dolor, de la humildad de aceptar ayuda y del misterio de procesos que a veces desafían la lógica lineal. Pero ocurre. El niño asustado puede volver a reír, el veterano traumatizado puede volver a dormir en paz, la persona “desalmada” puede reencontrar alegría de vivir. En palabras de un curandero andino, *“el alma asustada es tímida, hay que llamarla con amor para que vuelva”*. En palabras de un terapeuta, *“la parte herida de ti necesita ser escuchada con compasión para poder reintegrarse”*. Amor y compasión: he ahí, quizá, la raíz común de toda curación verdadera.

Que esta exploración nos inspire a apreciar la riqueza de nuestras herencias culturales compartidas y a seguir tendiendo puentes entre lo ancestral y lo contemporáneo, entre lo espiritual y lo psicológico. Al fin y al cabo, se trata de devolverle al ser humano su plenitud –de volver a hacerlo habitante de sí mismo, sin susto, sin trauma, con su alma bien anclada en el cuerpo y conectada a los lazos invisibles de la humanidad y el cosmos. Ese ha sido siempre el propósito, ya sea que lo llamemos salvar el alma o sanar el trauma.