

## COMUNICACIONES DE PARAPSILOGÍA

Editora responsable: Dora Ivniscky  
Asesor de contenidos: Juan Gimeno

Dirección postal:

Zabala 1930  
1712 Castelar - Prov.de Buenos Aires  
República Argentina  
E-mail: divniscky@gmail.com  
www.naumkreiman.com.ar

**Número 33**  
**Marzo de 2012**

### SUMARIO

	Página
Mal de ojo y el poder de la mirada	
<i>Dora Ivniscky</i> .....	2
Prácticas curativas fuera del ámbito de la medicina oficial	14
Curaciones psíquicas: un intento de investigación	
<i>Julio C. Di Liscia</i> .....	16
Curanderismo: investigación con un curandero de Brasil	
<i>Ladislao Enrique Márquez</i> .....	28
La parapsicología en la Argentina .....	43
Revistas recibidas .....	46

# MAL DE OJO Y EL PODER DE LA MIRADA (\*)

DORA IVNISKY

## INTRODUCCIÓN

*En términos sencillos y entendibles por no especialistas, en la retina (una estructura que integra el globo ocular) existen unas formaciones denominadas receptores; éstos son estimulados por lo que miramos y en los mismos se producen cambios físico-químicos que se traducen en microfenómenos eléctricos (potenciales de acción). Estos últimos son conducidos a lo largo de nervios que llegan hasta la corteza cerebral (una suerte de membrana que recubre al cerebro (como “guante al dedo”): específicamente a la zona occipital de la misma, que está situada (dentro del cráneo) en la parte pósteroinferior de éste; digamos, por encima del cuello.*

*En esa zona estos estímulos que le llegan producen también, a su vez, cambios físico-químicos; incluyendo minifenómenos eléctricos: éstos permiten la visualización de lo que miramos (visión).*

*Es decir que vemos con la corteza cerebral occipital: tan es así que si se elimina la misma (experimentalmente o por alguna patología) se pierde la visión; por más que los ojos y las demás estructuras que conducen los estímulos originados en la retina hasta la corteza cerebral occipital (muy importante el nervio óptico) estén intactos.*

*Ahora bien, la corteza cerebral está conectada con otras partes del cerebro, mediante prolongaciones que contactan con otras células cerebrales (neuronas) y extracerebrales: estas conexiones se denominan sinapsis y son numerosísimas.*

*De tal forma que sensaciones visuales pueden influir sobre las funciones de neuronas de otras partes del cerebro y de estructuras no pertenecientes al mismo. Entre las primeras figuran áreas neuronales que intervienen en la expresión emocional, el comportamiento y la conducta del ser humano;*

*por otra parte también están conectadas, por ejemplo, con los músculos faciales (o de la mímica): cambios en la concentración o relajación de estos últimos hacen a la expresión de un individuo (ira, temor, concentración, etc.).*

*Por eso, en buena medida “los ojos” hablan y/o anticipan.*

*DR. HUMBERTO C. CAMPANA  
Médico*



**Maestro de karate**

**Listo para responder a un ataque**

**La mirada “se anticipa” al golpe**

**Foto: Gentileza Dr. H. C. Campana**

## 1. EL SER HUMANO ES UN ANIMAL ÓPTICO

Fue el médico español Juan Cuatrecasas Arumí (1899 - 1990) quien acuñó esta frase, que da título a uno de sus libros más difundidos y apreciados<sup>1</sup>. Exiliado en la Argentina durante la Guerra Civil Española, conoció aquí a Christoffredo Jakob (1866 - 1956), destacado neurólogo alemán que dirigió laboratorios y fundó cátedras en la Universidad de Buenos Aires y en otras universidades argentinas.

Las investigaciones de Jakob influyeron sobre la línea de pensamiento de Cuatrecasas, y fueron la base sobre la que el científico español concibió su teoría del cerebro óptico. Según esta teoría el ser humano posee un cerebro óptico, el cual es la resultante de una línea específica de evolución del sistema nervioso, y constituye el centro de su sistema sensorial. De aquí que en la especie humana la vista sea el sentido primordial en las conexiones con el mundo exterior, como en otras especies puede serlo el olfato, el tacto o el gusto.

## 2 - HAS RECORRIDO UN LARGO CAMINO

Así habrá sido desde los albores de la humanidad: a partir del predominio de la vista sobre los otros sentidos, el ser primitivo debió percibir a través de la mirada si estaba frente a un amigo o un adversario, si estaba amenazado o protegido.

Con el correr de los siglos, las transformaciones sociales y la evolución cultural, el hombre irá desarrollando y afinando las potencialidades de la mirada. Como decía el profesor Naum Kreiman<sup>2</sup>, “El mundo nos entra principalmente por la vista, y nosotros recreamos el mundo de alguna manera también, con nuestra mirada.[,,] Lo que vemos nos modifica, y aquello que miramos, en alguna medida, es también modificado” (p.17).

La mirada comienza a hacerse responsable de ciertos efectos, a su vez relacionados muchas veces con la acción de la mente sobre otros seres u objetos así como sobre el propio

---

<sup>1</sup> Cuatrecasas J. *El hombre, animal óptico*, Buenos Aires, EUDEBA, 1962

<sup>2</sup> Kreiman N. “El mal de ojo y la sensación de estar siendo mirado” en *Comunicaciones de Parapsicología*, N° 11, septiembre 2006, páginas 17-34.

organismo. Por ejemplo, en el mismo artículo, el profesor Kreiman menciona el conocido “cuidado que tienen las embarazadas de no mirar y no tener a la vista objetos o escenas que según ellas puedan afectar al niño en gestación. Muchas veces las madres atribuyen a ciertas visiones de objetos o de escenas el haber producido alguna mancha, lunar o señal en el cuerpo del niño” Y también cita un episodio bíblico (Génesis 30-35, El enriquecimiento de Jacob): “Jacob, esposo de Raquel, colocó en los abrevaderos de su ganado, cabras y corderos, unas varas de álamo y almendro verdes a las que sacó en partes la corteza, dejándolas así de dos colores, para que los animales se encelasen al beber mirando esas cañas, y así los animales parían crías con manchas y listadas, de esta manera distinguió su ganado del de otros pastores y lo acrecentó” (p. 18). En este episodio, la mirada que transforma el mundo físico no es humana, sin embargo, sí lo es la intención, ya que es Jacob quien induce a las cabras a fijar su vista en cañas de diferentes colores. Y, por otra parte, el propósito es benéfico, tal vez algo egoísta, es cierto, pero no se trata de hacer mal a nadie.

Son mucho más generalizados los casos en que la mirada del “otro” se vuelve temible; es cuando se sufre la pérdida de un bien que el otro codiciaba; o cuando se enferma una criatura a quien el otro ha alabado excesivamente encubriendo su envidia. Se atribuye a la mirada el poder de causar un daño, lo que se dio en llamar “mal de ojo”.

La creencia en el mal de ojo es conocida desde la antigüedad y se halla extendida por casi todo el mundo, presentando características similares en todas las culturas. En general, se supone que dicha creencia se originó hace miles de años en la cuenca mediterránea y que de ahí pasó a América Latina. Pero es posible que en tierra americana ya existiera desde la época precolombina; así, por ejemplo, se la ha estudiado entre los cuáiquer (o kwaiker), grupo indígena de Colombia y Ecuador, entre los aborígenes araucanos de Chile, se la ha observado entre los coyas del norte argentino y el altiplano boliviano, así como en México.

Tradiciones reflejadas en la literatura y el cine la muestran en países muy diversos y en épocas relativamente recientes. Para dar

sólo unos pocos ejemplos: en la novela de Pearl S. Buck ‘La buena tierra’, escrita en 1931 y llevada al cine en 1937, cuya historia transcurre en un ambiente rural en la China de la época pre-comunista, hay una escena donde la madre de un niño pequeño, cuando alguien se acerca a la criatura con actitud admirativa lo oculta y exclama que es muy feo, todo para evitar que sea “ojeado”; en la película argentina ‘Los isleros’, de 1950, también de ámbito rural y de época contemporánea, la gran actriz Tita Merello encarna a la Carancha, una mujer de “vista fuerte”, temible por su mirada capaz de producir daño. De modo que el abanico de culturas en que aparece la misma idea es muy amplio.

Por otra parte, la necesidad de protegerse contra el mal de ojo impulsa a buscar recursos para prevenirlo; es común el uso de amuletos, que pueden ser los más variados objetos, según el lugar y la época, por ejemplo los que se usaban antiguamente en forma de falo, las joyas u objetos con figuras de ojos, el número cinco en cualquiera de sus formas adoptado como escudo infalible entre los judíos sefardíes (una medalla con un 5 grabado, los cinco dedos de la mano, pronunciar la palabra “cinco”, etc.), las manitos de filigrana de oro o plata de origen árabe utilizadas en países como Marruecos y Argelia, una ramita de ruda o una cinta roja como es costumbre en la Argentina, entre muchas otras variantes.

Pero la idea del mal de ojo no es sólo cosa del pasado más o menos remoto ni solamente de campesinos: sigue vigente en nuestra época de alta tecnología y avanzados conocimientos científicos, y no sólo entre la gente menos instruida, sino, en mayor o menor grado, incluso en personas de buen nivel educativo. ¿Por qué? La respuesta está en los vericuetos de nuestro inconsciente o en la complejidad de las relaciones sociales, y es tema de estudio de especialistas de varias ramas científicas. Aquí intentaremos un enfoque desde el punto de vista de la parapsicología.

### 3 - DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DEL MAL DE OJO

El mal de ojo es considerado por algunos antropólogos como una “enfermedad popular”, es decir “una enfermedad no descrita ni oficialmente aceptada por la medicina científica”, como lo señalan

Baer R.D. y otros<sup>3</sup>, y agregan: “En sentido estricto, la creencia en el Mal de ojo se basa en la idea de que una persona puede, intencionalmente o no, causar daño a otra hablando de ella o pensando en ella admirativamente. No en balde la codicia o la envidia suelen ser las causas que más corrientemente se le atribuyen” (p.140).

Al categorizar al mal de ojo como enfermedad popular, los citados autores la equiparan con otras enfermedades del mismo tipo; citan el empacho y el susto, y señalan que son enfermedades que escapan a la medicina científica oficial, siendo curadas por sanadores populares como los curanderos

Según otro estudio<sup>4</sup>, “El ‘mal de ojo’ o ‘aojo’<sup>5</sup> es la creencia supersticiosa que mayor difusión ha alcanzado en todo el mundo, apareciendo en un amplio abanico de países que comprenden toda Europa, una gran parte de Asia, el norte y centro de África y amplias regiones de América y Oceanía. Su presentación es idéntica en todos los países, presentando unas características similares en cuanto a la etiología, prevención y los tratamientos que se le aplican” (p. 391). Y agrega más adelante: “En todos los idiomas la denominación de esta psicopatología popular se relaciona con los ojos -con la mirada-, conservando esta vinculación, mal – ojo, una increíble unidad en todo el mundo a pesar de su antigüedad” (p. 392).

El mal de ojo también ha recibido en épocas más antiguas el nombre de “fascinación”. La investigadora Lidia Beatriz Ciapparelli<sup>6</sup> ha realizado un meduloso estudio sobre el *Tratado de fascinación* escrito por Enrique de Villena en 1425. Analiza el origen de la

---

<sup>3</sup> Baer R.D. , Weller S.C., González Faraco C. y Feria Martín, J. “Las enfermedades populares en la cultura española actual: un estudio comparado sobre el mal de ojo” en *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 2006, enero-junio, vol. LXI, n.o 1, 139-156

<sup>4</sup> Erkoreka A. “Mal de ojo: una creencia supersticiosa remota, compleja y aún viva” en *MUNIBE (Antropología-Arkeología) 57 Homenaje a Jesús Altuna*.

<sup>5</sup> En América del Sur se usa el término “ojeadura”.

<sup>6</sup> Ciapparelli L. B. “Medicina y Literatura en el *Tratado de Fascinación* de Enrique de Villena” en *Cuadernos de historia de España* v.79 n.1 Buenos Aires ene./dic. 2005 - Universidad Católica Argentina - versión On-line ISSN 1850-2717.

creencia en el poder maléfico de la mirada difundida durante la Antigüedad y la Edad Media bajo el nombre de fascinación (del latín *fascinum*), reemplazado luego por palabras que en todos los idiomas se refieren a la acción dañina de los ojos. El mencionado *Tratado*, según lo señala L. B. Ciapparelli, “responde perfectamente a la concepción no sólo popular sino también médica que se tenía del mal de ojo, al que se consideraba una enfermedad causada por la influencia de una persona sobre otra más débil”.

En su libro *Supersticiones del Río de la Plata*, que es ya un clásico del tema, el prestigioso antropólogo Daniel Granada se ocupa, en el Capítulo Trigésimo Cuarto, de la “Fascinación o mal de ojo”, y la define como una creencia o “preocupación general” muy extendida en la mayoría de los países de América Latina; describe las distintas formas en que se manifiesta, y los conjuros y amuletos destinados a contrarrestar el “daño” producido o prevenirlo. Asimismo, rastrea los orígenes de la creencia en Europa y en tiempos de los romanos.

Dice Granada: “Enfermedad infantil que el médico no puede curar, que no conoce, respecto de la cual anda desorientado, sin atinar con el remedio, de seguro es mal de ojo” (pág. 378). Señala también que a veces el daño se provoca intencionalmente, por envidia o rencor, pero también puede ser involuntario; seguramente es por eso que muchas personas evitan mirar a un bebé mientras se alimenta o duerme, y, si alaban la belleza e inteligencia de un niño, no lo harán nunca sin agregar inmediatamente “que Dios lo guarde” a modo de conjuro.

Como lo señala L. B. Ciapparelli, las definiciones que se han dado del mal de ojo a través de las diversas culturas muestran varios puntos básicos en común: el daño se produce por medio de la mirada y se origina en un sentimiento de envidia; “lo causan mayormente las mujeres, en especial las viejas o las que se encuentran en su período menstrual”; las víctimas son niños o personas débiles, en especial si reúnen atributos de belleza; se previene mediante el uso de amuletos, y hay remedios específicos para su curación.

La manera de manifestarse el fenómeno es siempre la misma; la mayoría de las veces los afectados son niños de corta edad, presentan mal estado general, inapetencia, debilidad, tristeza; el sujeto adelgaza, palidece, deja de jugar y padece trastornos del sueño. Luego pueden aparecer parásitos intestinales, procesos febriles,



cuadros digestivos o respiratorios inespecíficos, y, si se trata de adultos, pueden darse accidentes, golpes, caídas y otras situaciones extraordinarias.

La pregunta es de qué se trata realmente el mal de ojo, si es una enfermedad popular, una superstición, un trastorno psiquiátrico, una patología social o un fenómeno parapsicológico.

El Dr. Erkoreka plantea en el estudio citado la identificación del fenómeno en alguna de estas variantes, para concluir que “el mal de ojo podría catalogarse como una entidad psiquiátrica menor –más próxima a la neurosis depresiva que a la paranoia– pero con unas connotaciones sociales y culturales que le imprimen una personalidad propia” (p. 398).

En definitiva, considera que este tipo de males “difícilmente pueden encasillarse” en los “esquemas científicos racionales”, y que en cambio, este cuadro debería ser considerado “como una entidad nosológica independiente”, e incluso nombrarlo con su nombre popular.

A través de los distintos enfoques que acabamos de reseñar, se va perfilando el reconocimiento de la existencia de realidades que no encajan en el marco de la ciencia moderna oficialmente aceptada como tal, que es lo que en términos generales sucede con los fenómenos que estudia la parapsicología. Precisamente por ese motivo, un enfoque desde el punto de vista parapsicológico resulta necesario para completar el panorama.

Consideramos que una explicación coherente del efecto conocido como mal de ojo podría estar dada por un fenómeno de telepatía y a la vez de psicokinesia, por el cual una persona, consciente o inconscientemente, actúa sobre la mente y sobre el organismo de otra provocándole ciertos efectos que caracterizan el trastorno estudiado. Recordemos que la telepatía consiste en una comunicación entre una mente y otra (o bien una influencia de una mente sobre otra) sin intervención de los sentidos físicos conocidos; en este caso, una de las formas en que se produciría el daño podría ser por transmisión, consciente o inconsciente, del deseo de malograr el bien que la otra persona disfruta. En cuanto a la psicokinesia, consiste en la acción directa de la mente sobre la materia; en este caso, la influencia mental de una persona que abriga sentimientos de

envidia o rencor hacia otra, sobre el organismo de ésta, provocándole los trastornos físicos que caracterizan la enfermedad.

Ambos fenómenos pueden confluír en la producción del trastorno, sin excluir diversas variantes, como es el caso en que el propio sujeto afectado cree que ha sido víctima de un “daño”; en tal caso es posible que esa creencia influya sobre su propio organismo.

Pero el cuadro no estaría completo si no tomáramos en cuenta la acción del curandero o curandera. La curación del mal de ojo generalmente procede por medio de oraciones, hacer cruces, recitar ensalmos o rociar determinadas sustancias, según lo que cada uno considere más efectivo. Asimismo, como señalan R. D. Baer y otros<sup>7</sup>, quienes realizaron una serie de entrevistas a expertos en estas curas, “La mayoría de nuestras entrevistadas está convencida de que el tratamiento es más efectivo cuando quien lo recibe quiere curarse (pone de su parte) o tiene fe.” (p.145).

Desde el punto de vista de la parapsicología, es muy probable que todos estos procedimientos impliquen también, por parte del curador, una acción de telepatía y psicokinesia combinadas, con ánimo de producir el restablecimiento del paciente. La confianza de éste en la eficacia del tratamiento reforzaría la influencia del sanador, como, por otra parte, sucede igualmente en todo tratamiento médico.

Se podría argumentar que es posible que la curación se obtenga por sugestión, y no se debería descartar de plano, ya que la parafernalia del acto curativo está sin duda rodeada de un aura que predispone favorablemente al paciente y a su acompañante. En algunas investigaciones se ha intentado diseñar el experimento de modo que logre deslindar lo que es pura sugestión de lo que podría ser un fenómeno paranormal (ver en este mismo número “Curaciones Psíquicas - Un intento de investigación” por Julio C. Di Liscia).

No es un tema que haya sido tratado de manera consecuente en la literatura parapsicológica; lo que aquí proponemos es una interpretación en términos generales que quizá merezca ser investigada más a fondo.

---

<sup>7</sup> Op.cit.

Para ello, sería muy interesante realizar una investigación de campo, consultando a las curanderas de barrio para que cuenten cómo trabajan y ver si la hipótesis parapsicológica se sostiene (\*\*).

#### 4. SENTIR LA MIRADA SIN VERLA

El fenómeno del mal de ojo, en cuanto efecto del poder de la mirada, tiene relación con otro bien conocido: sucede en forma bastante generalizada que una mirada fija sea percibida por quien la recibe aunque no sepa ni pueda ver de dónde proviene. Un ejemplo muy claro (también citado por Kreiman) que ilustra esta situación, aparece en una escena de la película soviética ‘La dama del perrito’, de 1960, basada en la famosa novela de Antón Chéjov del mismo título. La historia trata de un amor clandestino entre un hombre y una mujer, ambos casados, y en la escena aludida el hombre, que ha viajado a la ciudad donde vive su amante sin que ella lo sepa, va al teatro y al verla de espaldas, sentada en una butaca de una de las primeras filas, desde el fondo de la sala le clava la mirada. Casi enseguida ella se muestra inquieta y se lleva la mano a la nuca, dando a entender que se ha sentido “tocada” por efecto de una mirada. Hecho conocido, no por común menos intrigante, y que ha sido objeto de investigaciones por parte de parapsicólogos y no parapsicólogos, como lo señala el profesor Kreiman.

Kreiman rastrea las investigaciones sobre la sensación de estar siendo mirado fijamente realizadas desde los últimos años del siglo XIX y a lo largo de todo el siglo XX; establece dos tipos de estudio: encuestas entre la población para evaluar la frecuencia con que se produce la sensación, y experimentos de laboratorio para verificar la existencia del fenómeno.

Entre los primeros, los resultados de las encuestas citadas son apabullantes: una de 1913 administrada por el investigador J. E. Coover en California, da entre un 68 y un 86% de informantes que refieren haber tenido la experiencia; otra encuesta en diversos países de Europa y en los EE.UU. revela que entre el 70 y el 97% de la población han tenido esta sensación; un estudio de 1983 en Australia arroja un 74% de personas que la tuvieron, y otro de 1993 en San Antonio (EE.UU.), un 94%.

La universalidad, si podemos llamarla así, del fenómeno (denominado en inglés *the feeling of being stared at*) hizo que varios científicos decidieran someterlo a investigación experimental.

Los primeros experimentos hechos por psicólogos dieron resultados negativos o a nivel del azar; hasta que en 1959, con procedimientos más controlados, comenzaron a aparecer resultados significativos. El procedimiento básico era la manifestación del sujeto si sentía o no que lo estaban mirando; otro, más refinado, introduce la medición de la tensión electrodérmica del sujeto cuando es mirado y cuando no, y las consiguientes diferencias.

Uno de los más activos investigadores fue el Dr. R. Sheldrake, quien ya en 1994, en su libro “Siete experimentos que pueden cambiar el mundo” (Capítulo 4)<sup>8</sup>, hizo referencia a este fenómeno. En 1997 realizó experimentos con alumnos de escuelas secundarias, y sus resultados, analizados estadísticamente, fueron ampliamente significativos y refutaron de modo indiscutible las objeciones que se le habían formulado sobre artificios que hubieran viciado el procedimiento.

Los experimentos fueron numerosos, y los respectivos informes fueron publicados en revistas científicas; los resultados fueron en muchos casos ampliamente significativos (para los detalles remitimos al lector al artículo de Kreiman ya citado, que expone una síntesis de los principales trabajos de investigación publicados).

Todos esos resultados experimentales vienen a confirmar la realidad de un fenómeno ya bien conocido empíricamente por las experiencias de numerosas personas en todo tiempo y lugar.

Desde la perspectiva parapsicológica, el efecto de “sentirse mirado” puede ser considerado como un fenómeno de percepción extrasensorial, o, como lo define Kreiman, “un fenómeno telepático que puede ser consciente o inconsciente, como lo muestran los experimentos realizados. El sujeto puede sentirlos e interpretarlos como un ‘mal de ojo’ cuando percibe en sí mismo, frustraciones en sus proyectos, acciones, resultados de su conducta, que no puede atribuir a ningún factor racional, o supuestamente normal. También

---

<sup>8</sup> Sheldrake, R.: *Seven Experiments that Could Change the World*. London; Fourth Estate, 1994.

puede ocurrir que el sujeto tema un ‘mal de ojo’ y ello influya sobre sus acciones” (p. 31).

## 5. EN RESUMIDAS CUENTAS

Hechos comunes y corrientes de la vida cotidiana, y sin embargo hasta cierto punto misteriosos, pero siempre “inherentes al ser humano” –tomando prestada esta expresión del Dr. H. C. Campana–, estos fenómenos que hemos intentado describir y analizar son una manifestación en el terreno científico, médico y experimental parapsicológico, del papel relevante que cumple la mirada en las interacciones de la vida social.

En ciertas circunstancias el efecto de la mirada es esencial. Pensemos en las artes marciales, un karateca, por ejemplo, en actitud de espera, listo para responder a un ataque: la mirada, serena pero atenta, anticipa el movimiento que vendrá (ver foto). O un actor, metido en la piel de su personaje, buscando expresar sus sentimientos: es indispensable que su mirada acompañe las palabras y los gestos.

Lo mismo sucede en cada momento de la vida. La sonrisa no es sonrisa si no sonríen los ojos; si digo “te quiero” antes lo dicen mis ojos que mis labios; toda la ternura de una madre está en sus ojos cuando mira a su bebé. Ojos que fulminan con el fuego de su mirada, miradas imperiosas que se clavan como cuchillos, ojos que poseen un magnetismo irresistible: cuando los labios callan, son los ojos los que hablan.

(\*) Agradecimiento: Este trabajo se debe en buena parte a la colaboración de Juan Gimeno, quien se ocupó de la búsqueda de información, lectura y corrección de borradores y otros detalles.

(\*\*) Esta idea es el comienzo de un proyecto de trabajo, y desde aquí invitamos a aquéllos de nuestros lectores que se interesen en el tema y conozcan casos de personas que efectúan esta clase de curaciones, a que nos hagan llegar datos que nos permitan ponernos en contacto con ellas. Las direcciones de correo electrónico para comunicarse con el Instituto son:

Dora Ivniky [divnisky@gmail.com](mailto:divnisky@gmail.com)

Juan Gimeno [jgimeno54@yahoo.com.ar](mailto:jgimeno54@yahoo.com.ar)

## PRÁCTICAS CURATIVAS FUERA DEL ÁMBITO DE LA MEDICINA OFICIAL

El curanderismo es una práctica que coexiste con la medicina oficial. Sea la “médica” de zonas rurales alejadas de todo centro urbano, donde directamente sustituye al inaccesible hospital o consultorio médico; o la curandera o el curandero de barrio, que ofrece aliviar ciertas afecciones que a veces desorientan al médico; y cuando los recursos de la medicina parecen agotarse, ¿quién no aceptaría probar con el curandero?

Pero creemos que la primera distinción debe ser entre los que honestamente, cobrando o no, ponen al servicio del paciente un conocimiento o habilidad que han aprendido, no importa cuál sea su verdadera eficacia o el contenido religioso-espiritual o de otra índole que quieran darle, y aquellos estafadores que bajo el rótulo de tarotistas, adivinos o, peor aún, “parapsicólogos” (usurpando un título que no les corresponde) lucran con la credulidad o la desesperación de la gente.

El tema, menospreciado durante mucho tiempo como simple superstición o ignorancia, acabó finalmente por llamar la atención de los científicos, y fue así como, en el año 1954, se realizó en Saint Paul de Vence, Francia, un encuentro del Grupo Internacional de Estudios sobre Curaciones no Ortodoxas, organizado por la Parapsychology Foundation. Siguiendo los lineamientos de ese encuentro, en la Argentina se han completado dos experimentos, que reproducimos en este número.

El primero se realizó en la provincia de Córdoba en 1976, y estuvo a cargo de Julio Di Liscia, entonces presidente de la Sociedad de Estudios Parapsicológicos, con sede en la Ciudad de Córdoba. Se trató de verificar la capacidad de un curandero llamado Jaime Press, famoso por sus apariciones en medios de comunicación y por la cantidad de personas que llegaban hasta la localidad de Carlos Paz para consultarlo. Uno de los méritos del autor radica en haber diseñado un protocolo absolutamente riguroso y a la vez posible de llevar a la práctica. También es destacable su destreza para entusiasmar en el proyecto tanto al curandero en cuestión como a un grupo de médicos, que colaboraron con sus diagnósticos.

Si bien ya pasaron muchos años desde su publicación, formalmente el trabajo puede considerarse inédito, ya que apareció en enero de 1977 como la Comunicación N° 2 del Instituto Argentino de Parapsicología, con una leyenda que aclaraba: “Tiraje reducido para uso exclusivo de los miembros y socios del Instituto Argentino de Parapsicología”. Es oportuno mencionar que estas comunicaciones llevaban por título general “Temas de Investigación Experimental” y se publicaron mientras Naum Kreiman fue presidente del Instituto.

El segundo fue publicado en *Cuadernos de Parapsicología* Año 17 N° 3, septiembre de 1984, y se trata de un riguroso trabajo de campo realizado por Ladislao Márquez, por entonces miembro del Instituto de Parapsicología de Buenos Aires. Luego de sucesivos viajes al sur de Brasil integrando tours de enfermos que acudían a visitar a Avilio da Silva Golarte, pudo confeccionar una lista de 81 consultantes, y conocer sus síntomas antes y después de la actuación del curandero, para posteriormente arriesgar algunas conclusiones cuantitativas y cualitativas, basándose en los testimonios de los propios enfermos.

Márquez describe detalladamente las prácticas de Avilio, y ahonda en el perfil de los consultantes, mencionando actividad laboral, edad, estudios cursados y sexo, lo que amplía su esfuerzo trascendiendo lo parapsicológico para abreviar en lo antropológico y social. Un valor agregado radica en que es una de las poco conocidas publicaciones de Márquez mientras era miembro del Instituto de Parapsicología presidido por Naum Kreiman, antes de fundar el Comité Argentino de Investigación y Refutación de la Pseudociencia (CAIRP) y la revista *El Ojo Escéptico*.

Se trata, a nuestro entender, de los dos esfuerzos más importantes y rigurosos realizados en el país con el fin de desentrañar la realidad de las curaciones no ortodoxas. Por ese motivo se reproducen en este número, para tratar de promover la crítica y la discusión entre los lectores y, si fuera posible, alentarlos a su réplica.

## CURACIONES PSÍQUICAS UN INTENTO DE INVESTIGACIÓN

JULIO C. DI LISCIA

En el año 1953 se realizó en la Universidad de Utrecht, Holanda, la Primera Conferencia Internacional de Estudios Parapsicológicos. En este encuentro, importante por la cantidad y calidad de los asistentes, se decidió que en años posteriores se llevaran a cabo otras reuniones sobre diversos temas específicos. Antes de que transcurriera un año, entre el 27 de abril y el 1 de mayo de 1954, se reunió en Saint Paul de Vence, Francia, el Grupo Internacional de Estudios sobre Curaciones No-ortodoxas, organizado por la Parapsychology Foundation, de Nueva York (USA). A pesar de ser considerado un problema marginal, es decir, cuya relación con los fenómenos psi no está bien delimitada, y aun es discutida, fue, como se ve, uno de los primeros temas tratados específicamente, de acuerdo con la recomendación de Utrecht.

Sobre el título de la reunión caben dos comentarios: 1º: no se puede hablar de curaciones, sino de supuestas curaciones, ya que justamente la finalidad era discutir este punto. Salvo que se interprete la palabra inglesa “healing” con el significado de “Método de curación”, interpretación bastante discutible; 2º: la conferencia fue convocada originalmente con el título de International Study Group on *Paranormal* Healing, pero las actas se publicaron bajo el título de: International Study Group on

*Unorthodox* Healing (1). Dice el doctor Hans Bender –uno de los asistentes– que se trata de una modificación significativa: “... durante el coloquio entre médicos, psicoanalistas, psicólogos y teólogos, se había efectuado un cambio del punto de vista: ahora resultaba claro que no era posible considerar el problema de la existencia de un *factor psi* en las curas no-ortodoxas sin estudiar, antes o al mismo tiempo, la compleja estructura de este problema en general. Así fueron examinados los aspectos clínicos, sociales, religiosos, la personalidad del terapeuta y del enfermo y las relaciones interpersonales entre ambos. Se llegó a la conclusión de que la existencia de un factor psi en las curaciones sólo podría probarse si se evitaba todo contacto, directo o indirecto, entre terapeuta y enfermo” (2).



Justamente aquí reside la mayor dificultad para llevar a cabo una investigación de esta naturaleza; si, como parapsicólogos, nos interesa detectar la existencia de un factor psi (¿PK?) en las curaciones, deberemos adoptar una metodología estricta que impida actuar a cualquier otro factor. Esta metodología fue expuesta en la conferencia que comentamos por Robert H. Thouless de Gran Bretaña, y es la que hemos seguido en este intento de investigación. Nos referiremos a ella, en más detalle, en el capítulo correspondiente.

## LOS CURANDEROS

Por lo general se atribuyen estas curaciones psíquicas (o mentales, espirituales, mágicas, milagrosas, como quiera llamárselas) la acción de algún “curandero”\*

El curandero es el depositario de una antiquísima tradición que, floreciente en culturas primitivas donde es la única forma de aliviar los males, trasciende los siglos y se trasplanta en la sociedad actual, al igual que otras formas de ocultismo, enquistadas en un contexto aparentemente racional y científico.

En lo fundamental es difícil señalar diferencias entre la forma de actuar del chamán de la edad neolítica y el curandero de hoy. Es cierto que ya no se visten con plumas de colores brillantes ni se adornan con collares y pulseras de conchas y huesos, ni se pintan la cara ni llevan en su mano el bastón tallado, símbolo del poder otorgado por los dioses. Ahora el método para impresionar a sus pacientes es más sutil, pero igualmente eficaz: algunas palabras dichas como al pasar, acerca de fluidos, ondas, irradiaciones, energía armonizadora, misión, etc., a lo que se agregan certificados y diplomas, sin ningún valor legal, junto con imágenes sagradas y profanas que cuelgan de las paredes del “consultorio”; todo en un afán mezcla de exhibicionismo y deseo ingenuo de obtener protección para su actividad.

En un punto no difieren en absoluto: su megalomanía. Este es el ingrediente imprescindible para el curandero, puesto que necesita auto-reafirmar permanentemente sus “poderes”, en los que él es el primero en creer, para ejercerlos; *tiene* que creer para que los demás crean en él. Curiosas formas toma, a veces, esa megalomanía,

---

\* Se emplea la palabra “curandero” según la acepción del diccionario: “persona que se dedica a curar sin ser médico”

disfrazándose de humildad, cuando afirman que son solamente instrumentos o mediadores de un poder superior, con lo que quieren significar –consciente o inconscientemente– que han sido “elegidos”. Así decía uno de ellos: “Yo no soy nadie; Cristo me encomendó continuar su misión en la Tierra y sólo cumplo su mandato”. Lo grave es que estaba verdaderamente convencido de que lo que afirmaba era cierto.

No se vea en lo que antecede expresada una intención peyorativa. Es solamente una descripción de lo que ocurre en realidad. Y tiene que ser así: de lo contrario faltaría el elemento indispensable para llenar las expectativas de los pacientes que acuden al curandero, los que en su mayoría tienen características psicológicas, socioculturales y motivaciones especiales. Después de todo, también un guardapolvo blanco cumple una función cuando el médico receta un placebo y éste produce el efecto buscado.

En su actividad, el curandero emplea diferentes prácticas; a veces varias de ellas simultáneamente. Podemos clasificar esas prácticas en:

a) Prescripción de infusiones, friegas, cataplasmas, etc., utilizando la abundante flora medicinal, a la que agregan algunos productos de origen animal, especialmente grasas y excrementos. El ingrediente mágico entra en las cuidadosas indicaciones acerca de la forma, días y horas en que se deben preparar.

b) Por la palabra.

c) Por imposición de las manos del curandero.

d) Por ademanes o ritos.

e) Por el uso de amuletos.

f) Por la oración, sea por el propio enfermo o por otras personas.

Como se ha dicho antes, estas modalidades no son excluyentes entre sí; por lo contrario, admiten diferentes combinaciones. Salvo en la primera de las detalladas, el factor principal es la sugestión y tiene fundamental importancia la forma de actuar y la personalidad del curandero. No es casual que se empleen los medios por los cuales el hombre proyecta su acción hacia el mundo: la palabra y las manos.

En nuestro país, varían de una región a otra los métodos que se emplean y hasta los nombres populares de las enfermedades: “culebrilla”, “pata de cabra”, “pasma”, “aire”, “empacho”, “recalcadura”, etc. Algunas prácticas de curación son verdaderos actos de magia; por ejemplo, la temible “ojeadura” o “mal de ojo” se

trata dejando caer unas gotas de aceite comestible en un plato con agua que se mantiene a unos centímetros sobre la cabeza del consultante; si el aceite se deposita en el fondo del plato o se mezcla con el agua, es seguro que está “ojeado”. Lo notable es que el mismo ritual sirve para diagnosticar y para curar el mal.

Lo mismo ocurre con la “cura” del empacho o dolores de estómago en personas mayores empleando una cinta de hilera: el enfermo mantiene una punta de la cinta a la altura de su estómago y el curandero comienza desde la otra punta a medirla en codos; si la cinta no da la cantidad de codos que se ha medido previamente, es decir si se ha “acortado”, no hay duda de que la enfermedad existe y entonces hay que repetir el rito en los días siguientes hasta que la cinta vuelva a su medida normal y, por supuesto, la enfermedad desaparece. Y están también los llamados saludadores que curan todo con su propia saliva, escupiendo primero sobre la parte enferma y luego frotando enérgicamente.

Otras veces el curandero recomienda el uso de un payé (talisman o amuleto) recurriendo a una verdadera magia simpática o de analogía. Luis Gudiño Kramer (3) detalla muchas de estas prácticas: vincha de cuero de víbora para el dolor de cabeza; para el dolor de muelas el hueso del pene de un zorro; plumas de caburé contra las ojeaduras. Los domadores acostumbran a frotarse las coyunturas con grasa de chiquizuela (rótula de gato) para caer siempre parados, como este animal.

Con referencia a este tema y como curiosidad podemos citar que Paracelso (1493-1541), quien practicaba una medicina por analogía, por lo que se lo considera antecesor de la homeopatía (similia similibus...), por un lado enfrenta decididamente a las creencias de su tiempo, diciendo: “Las enfermedades no guardan relación alguna con los espíritus o con diablos. Uno no debe estudiar cómo exorcizar al diablo sino cómo curar enfermedades”. Pero, por otro lado, en su “Archidoxia Magica” da la receta del unguento vulnerario que cura las llagas a distancia y del unguento de las armas que cierra las heridas cuando se frota con él el hierro que las ha causado (4).

Volviendo ahora al curandero actual, es preciso aclarar que en este estudio hemos dejado de lado, a propósito, el acierto o no de los diagnósticos. Como queda dicho, todos comienzan por diagnosticar – a su manera– la enfermedad, aunque hay unos pocos que solamente hacen eso, es decir, diagnostican pero no “curan”. Tal era el caso de

E. Marchesini, de Córdoba. No hemos incluido este aspecto de la cuestión porque consideramos que si el diagnóstico es acertado se explica perfectamente por captación extrasensorial. No existe ninguna duda en cuanto a la realidad de los fenómenos de ESP, a esta altura de la investigación parapsicológica. Existen, sí, muchas zonas oscuras que se trata de aclarar enfocándolas desde diversos ángulos. Hoy se dedican los mayores esfuerzos a la elucidación de dos de esos problemas: inhabitualidad e incertidumbre. Al proyectar esta pesquisa se pensó que, si bien resultaría interesante evaluar la cantidad de aciertos en diagnósticos, éste es un aspecto distinto del objetivo principal. Además se añadía un motivo más de tensión en nuestro curandero, que había aceptado someterse a rigurosas condiciones experimentales. Por lo tanto se decidió no pedirle que hiciera diagnósticos.

## NUESTRO CURANDERO

Es fundamental para poder aplicar la metodología elegida que el curandero acepte “curar en ausencia”, es decir sin que el enfermo esté presente y sin que lo sepa. Es la única forma de evitar la objeción de que la cura (si se produce) es por sugestión.

Encontramos a la persona apropiada: Jaime Press, quien entonces (1973), a los 45 años de edad, estaba en el apogeo de su fama. Acudían a él en busca de mejoría de su salud no sólo residentes de la ciudad y provincia de Córdoba sino también de otras provincias y de la Capital Federal en ómnibus fletados especialmente y en otros medios de comunicación. Sus consultantes eran personas de toda clase social y de muy distintos niveles culturales. Ejercía su actividad a pocos kilómetros de la ciudad de Córdoba, cerca de Villa Carlos Paz, en una finca del señor Pedro Cassano, quien era el mecenas, director y administrador de la organización allí instalada. Ambos, J.P. y P.C., de arraigada creencia espiritualista, estaban sinceramente convencidos de que estaban cumpliendo una misión\*. El primero era “guía espiritual” y el segundo Presidente de la Asociación Espiritual y Cultural Armonía, entidad con personería jurídica.

---

\* No se cobraba nada a los consultantes y se cuidaba que personas inescrupulosas no lo hicieran a sus espaldas. En las numerosas visitas que realizamos con motivo de esta investigación no pudimos detectar ninguna forma de lucro. No se aceptaban donaciones de ninguna naturaleza.

J.P: afirmaba que tenía poder para curar por encontrarse en su última encarnación. En realidad no utilizaba la palabra curar sino “armonizar”, por cuanto según su teoría todas las enfermedades tienen su origen en una desarmonía. Su tarea -por gracia- era restablecer la armonía perdida, con lo que consecuentemente desaparecía la enfermedad. Afirmaba que tenía éxito en el 80% de los casos y, especialmente, cuando se trataba de cáncer. Esto último era repetido en público en todas las ocasiones que se le presentaban. Como se ve no faltaba la megalomanía a que nos hemos referido antes.

Por lo general, su forma de actuar era la siguiente: los consultantes, que previamente habían solicitado turno hasta con dos meses de anticipación, se reunían en una amplia sala de espera. Un ayudante hacía pasar a una persona por vez, de acuerdo con su turno, a una habitación contigua donde se encontraba J.P., de pie, recibiendo de atrás la luz de una amplia ventana; una vez el consultante frente a él, también de pie y recibiendo de frente la luz de la ventana, J.P. comenzaba a hablar con voz firme, fuerte y  *muy rápido*. Primero diagnosticaba, luego seguían palabras de aliento señalando la necesidad de fe, amor y armonía, para terminar diciendo con energía: “ya está curado, puede irse”. Salía este consultante y entraba otro; todo no duraba más que dos o tres minutos. J.P. dijo que llegó a atender a 700 personas en un día, afirmación sin duda exagerada. En la organización no se llevaba registro de enfermos, diagnósticos o de los resultados de las “armonizaciones”.

Lo importante es que también actuaba de otra forma: algunas personas que no podían llegar hasta allí le escribían y J.P. “armonizaba” sin otro elemento que la carta. La correspondencia que se recibía era numerosa y muchas veces nos mostraron cartas de agradecimiento por la mejoría obtenida gracias a una consulta anterior. Por supuesto, no se trató de verificar la autenticidad de las cartas.

En vista de que esta modalidad permitía realizar una investigación objetiva, solicitamos a J.P. y a P.C. su colaboración, que nos fue prestada aceptando nuestras exigencias tal como se detalla seguidamente.

## LA INVESTIGACIÓN

Adoptamos la metodología propuesta por Robert E. Thouless en la reunión de Saint Paul de Vence, en 1954 (1A).

a) En esta pesquisa colaboraron médicos que localizarían “parejas” de enfermos, es decir, dos pacientes que presentasen el cuadro más parecido posible en cuanto a la enfermedad, su estado actual, edad, etc. y nos harían conocer nada más que los *nombres* y las *edades* de dichos enfermos escritos en un papel (fig. 1).

b) De cada pareja de enfermos se elegía uno por azar, mediante la tirada de un dado, y se transcribía su nombre y edad en otro papel (fig. 2).

José López	42 años
Juan Pérez	44 años

Fig. 1

Juan Pérez	44 años
------------	---------

Fig. 2

c) El papel que tenía el nombre de un solo componente de la pareja elegido por azar, era entregado personalmente a P.C., quien tenía la tarea de entregarlo a J.P., en un momento de descanso, para que con solo esos datos -nombre y edad- lo “armonizara”. De modo tal que, después de haber convenido la prueba, no volvimos a ver a J.P.

d) El médico colaborador ignoraba cuál de los dos componentes de la pareja había sido elegido y por lo tanto seguía aplicando el mismo tratamiento a ambos. Los enfermos no se enteraron en ningún momento de que estaban siendo utilizados en un experimento. Los médicos seguían la evolución de ambos enfermos y confeccionaban un informe que nos fue entregado cuando finalizó esta investigación.

e) El mismo día que se entregaba el nombre elegido a P.C. se enviaba un duplicado, por correo certificado, al Dr. Harold E. Horwitz, entonces vicepresidente del Instituto Argentino de Parapsicología, quien a propósito no intervino como médico colaborador a fin de actuar como control independiente. Estos sobres no se abrieron hasta que finalizó esta investigación.

Se convino con P.C. que este trabajo se haría con 100 pacientes; no se fijó plazo por cuanto todo dependía de que los médicos colaboradores pudieran formar la pareja de enfermos idénticos, tarea que en la práctica resultó más complicada de lo previsto.

Como es comprensible, J.P. había tenido diversos inconvenientes con la policía y con la justicia por su actividad. Finalmente en agosto de 1974, a raíz de una nueva y más seria demanda, se vio obligado a dejar de actuar. Más tarde fue condenado a seis meses de prisión en suspenso (5).

Hasta el momento de su obligada inactividad le habíamos presentado los nombres de 39 personas: 3 niñas, 4 niños, 23 mujeres y 9 hombres, en el período de un año: agosto de 1973 a julio de 1974.

Luego de una espera de algunos meses, en vista de la imposibilidad de que J.P. pudiera reanudar su actividad, decidimos dar por terminado este –que ahora llamamos– intento de investigación.

## RESULTADOS

Una vez conocidos los informes de los médicos colaboradores se pudo confeccionar el Cuadro N° 1, en el que se detalla la evolución de las enfermedades de 78 pacientes: 39 en el Grupo “A”, armonizados por J.P., y 39 del Grupo “C” de control.

La mayoría de los enfermos eran atendidos en un dispensario municipal; 12 de ellos no volvieron más por lo que los médicos no pudieron constatar su evolución. Estos se consignan en la columna “Faltan datos”.

Cuadro N° 1 (78 pacientes)

	Mejor	Peor	Sin Cambio	Faltan Datos	Total
Grupo “A”	4	13 (1)	15	7	39
Grupo “C”	11	10	13	5	39
Totales	15	23	28	12	78

(1): Dentro de esta cifra se incluyen 2 que fallecieron. Igual en los cuadros siguientes.

Suprimiendo a los que faltan datos, componemos el:

Cuadro 2 (58 pacientes con datos completos) (2)

	Mejor	Peor	Sin Cambio	Total
Grupo "A"	3	13	13	29
Grupo "C"	8	9	12	29
Totales	11	22	25	58

(2): En 8 parejas faltaron datos de uno de los componentes y en 2 parejas faltaron datos de ambos, de ahí que no es 78-12 sino 78-20=58.

En el cuadro N° 2 vemos que J.P. no tuvo éxito; más aún parece que su influencia ha sido negativa. Para tener una visión más completa hicimos algunos análisis estadísticos. En primer término aplicamos la prueba del signo. Clasificamos: Peor: -1; Mejor: 1; Sin cambio: 0.

Cuadro N° 3 (29 parejas)

N°	"A"	"C"	S	N°	"A"	"C"	S	N°	"A"	"C"	S
1	0	0	0	15	0	0	0	28	0	-1	+
3	-1	1	-	16	-1 f	-1	0	29	0	1	-
4	-1	-1	0	18	0	0	0	30	-1	0	-
6	0	-1	+	19	1	1	0	31	1	-1	+
7	0	0	0	20	-1	0	-	32	0	-1	+
8	-1	1	-	22	0	0	0	33	1	0	+
11	0	1	-	24	-1 f	1	-	36	-1	-1	0
12	-1	-1	0	25	0	0	0	38	0	-1	+
13	-1	1	-	26	-1	0	-	39	-1	0	-
14	0	0	0	27	-1	1	-				

N°: Número de pareja. "A" y "C": Grupo. S: Signo. f: falleció

Total Signos: 0 : 12. + : 6. - : 11

RC: 1,21 no significativo.



Con los datos del Cuadro N° 2, hacemos un análisis del Chi al cuadrado ( $X^2$ ), obteniendo el siguiente:

Cuadro N° 4

Grados de libertad: 2	Mejor	Peor	Sin Cambio	Totales
Grupo "A"	(5,5) 3	(11) 13	(12,5) 13	29
Grupo "C"	(5,5) 8	(11) 9	(12,5) 12	29
Totales	11	22	25	58

Este cuadro arroja un  $X^2$  de 0,767, p entre 0,5 y 0,7.

Suprimiendo a los "Sin cambio", llegamos al:

Cuadro N° 5

Grados de libertad: 1	Mejor	Peor	Totales
Grupo "A"	(5,33) 3	(10,67) 13	16
Grupo "C"	(5,67) 8	(11,33) 9	17
Totales	11	22	33

El  $X^2$  es 2,96 y la p entre 0,1 y 0,05.

Finalmente puede argumentarse que puesto que J.P. afirmaba que su "armonización" producía efectos curativos, los "Sin Cambio" deben computarse como fracasos. Sumándolos a los "Peor" tenemos el siguiente:

Cuadro N° 6

Grados de libertad: 1	Mejor	Peor	Totales
Grupo "A"	(5,5) 3	(23,5) 26	29
Grupo "C"	(5,5) 8	(23,5) 21	29
Totales	11	47	58

El  $X^2$  es 2,78 y la p entre 0,1 y 0,05.

## CONCLUSIONES

La metodología que fue necesario emplear en esta investigación la hizo difícil y extensa. Extensión que tenía el riesgo de que factores imprevistos obligaran a una prematura finalización, como efectivamente ocurrió.

Sin embargo no había alternativa: si queríamos establecer si se producían curaciones y si éstas eran causadas por un factor psi y no por otros, este era –a nuestro entender– el mejor camino.

Debía evitarse, sobre todo, una influencia por sugestión: no ignoramos que J.P. o P.C., conociendo el nombre y edad de los enfermos, pudieron haberse puesto en contacto con algunos de ellos y tratar de influirlos y/o cambiar la medicación. Consideramos que esto es improbable, aunque no imposible; por razones personales creemos que no ha existido siquiera el intento de hacerlo.

Los análisis estadísticos que se hicieron no agotan la cuestión; podrían hacerse otros, pero hay un detalle fundamental que se debe tener presente: el número de casos es pequeño, puesto que si bien la investigación se programó para 100 sólo se cuenta con 29. Opinamos que no puede darse un valor definitivo a las cifras estadísticas, además, por las siguientes consideraciones:

1). La diferencia entre los que mejoraron -3- y los que empeoraron -13- del grupo A (entre los que se incluyen los 2 únicos enfermos que fallecieron) muestra un rotundo fracaso de J.P., que afirmó que mejoraría el 80% de los enfermos “armonizados” por él. El resultado obtenido parece ser exactamente el contrario al buscado.

2). Sin embargo, no se debe olvidar que debería haber actuado sobre 71 enfermos más. Sólo podemos hacer conjeturas de lo que habría sucedido entonces.

3). Los que mejoraron fueron los pacientes N° 19, 31 y 33, es decir que en los primeros 18 no se produjo ninguna mejoría. ¿Puede interpretarse esto como que al principio J.P. se encontraba inhibido al sentirse sometido a una prueba que consideraba importante para su reputación? ¿Y que luego comenzaría a tener mejor rendimiento?

4). La falta de datos de los enfermos que no volvieron al consultorio médico; Grupo A: 7; Grupo C: 5. Los enfermos pueden no haber vuelto por: a) sentirse tan mejorados que decidieron por sí

mismos que no necesitaban más tratamiento médico; b) decisión de cambiar de médico al no tener mejoría; c) fallecimiento; d) cambio de domicilio, etc. Por falta de recursos no se hizo la búsqueda que hubiera correspondido hacer; es decir, localizar a cada uno de los pacientes, visitarlos y verificar la evolución de su enfermedad. De modo que podemos hacer otras conjeturas: los 7 del Grupo A mejoraron y los 5 del Grupo B empeoraron. O viceversa. En cualquiera de los dos casos las cifras estadísticas se alterarían fundamentalmente. Aceptamos que esta es una falla importante; si se repite esta investigación debe preverse el seguimiento de los que abandonan el tratamiento médico.

En este intento de investigación se trató de incursionar en un campo en que las discrepancias adquieren carácter dramático. En un extremo están las personas que creen ciegamente en el curandero, en el otro aquéllas que lo consideran un charlatán, embaucador o alienado.

Como decimos al principio, la parapsicología tiene interés en este problema, a pesar de ser considerado “marginal” por muchos. Por remota que sea la probabilidad de que exista, en realidad, un factor psi que influya sobre las enfermedades, o algunas de ellas, debe investigarse por probidad científica y sin temor a que pueda ser mal interpretado.

Hemos procurado encarar con objetividad (y con poca fortuna) al problema. No hemos podido llegar a una conclusión; de haberlo logrado ésta se hubiese basado en la actuación de un solo curandero, por lo que igualmente tendría que repetirse por otros investigadores y con otros sujetos. Instamos a que así se haga tanto en nuestro país como en el extranjero y esperamos que la experiencia recogida por nosotros sirva para mejorar la metodología empleada. Si se hiciera así no consideraríamos perdido el tiempo dedicado a este trabajo.

#### REFERENCIAS

- (1) Proceedings of Four Conferences of Parapsychological Studies. 1957. Parapsychology Foundation, Inc. N.York (USA).
- (1A) Ibidem, pag. 52.
- (2) Minerva Médica, V.50, N° 38, 1959, Bologna, Italia.
- (3) Luis Gudiño Kramer, *Médicos, magos y curanderos*. 1942. Imp.López.
- (4) Jérôme-Antoine Rony, *La Magia*, 1962, EUDEBA.
- (5) Diario “Clarín”, Bs.Aires, 19/3/76.

# CURANDERISMO

## INVESTIGACIÓN CON UN CURANDERO DE BRASIL

LADISLAO E. MÁRQUEZ

La pervivencia de métodos no convencionales en el tratamiento de enfermedades y su efectividad en la cura o alivio de las mismas, es un tema que viene siendo abordado desde hace tiempo por diferentes disciplinas científicas. El hecho de que pueda intervenir un factor PK en las curaciones no ortodoxas es lo que ha suscitado, en definitiva, el interés de los parapsicólogos en el tema del curanderismo. Sin duda, tal sugerencia ha motivado el encuentro realizado en 1954 en Saint Paul de Vence, Francia, del Grupo Internacional de Estudios sobre Curaciones No Ortodoxas, organizado por la Parapsychology Foundation. Si bien en aquella ocasión se concluyó que sería prematuro considerar factores paranormales en las diversas manifestaciones de curaciones psíquicas antes de examinar en forma más exhaustiva los aspectos “normales”, los adelantos en la investigación de la psicokinesia han hecho posible que tan controvertido asunto pase a formar parte del área de estudio de la parapsicología. No obstante, las dificultades para delimitar las causas de los resultados obtenidos en las curaciones psíquicas aún no han sido superadas. Muchas observaciones sugieren que los pacientes son beneficiados por los tratamientos de curanderos, pero no sugieren precisamente que un proceso parapsicológico sea el determinante del resultado. En procura de poder interpretar los resultados exclusivamente dentro de una hipótesis de PK se han llevado a cabo numerosos estudios experimentales, obteniéndose notables logros pero de ninguna manera resultados concluyentes.

Ahora bien, la proliferación de curanderos, manosantas, sanadores o como mejor se los quiera llamar, a quienes se atribuye notables capacidades curativas, plantea un serio problema, e indudablemente de difícil solución, puesto que el hecho de que en alguna investigación se haya obtenido un resultado positivo a favor de las curas psíquicas con posible intervención de un factor psi, no implica necesariamente que todos los curanderos posean tales atributos, aunque los caracterice por igual la gran cantidad de gente que a ellos recurre. Considerando que el tratamiento está identificado

con el curandero y que muy pocos curanderos están interesados en prestarse a una investigación controlada, desde ya obstaculiza el avance en esta área.

En nuestro país, la excepción ha sido el famoso curandero Jaime Press, quien en 1973 y a solicitud del investigador argentino Julio C. Di Liscia, aceptó las exigencias de este último para realizar una investigación objetiva sobre sus supuestas aptitudes curativas a distancia. Di Liscia adoptó la metodología propuesta por el Dr. Thouless en la reunión de St. Paul de Vence, en 1954; propuesta experimental que, por sus características, permitiría establecer objetivamente la intervención de un factor psi en las posibles curaciones que se lograran, independientemente de otros factores. Lamentablemente, por razones ajenas al investigador, el experimento no se pudo terminar, dándose por finalizado con una pequeña muestra de pacientes (29) que no permitió sacar mayores conclusiones, si bien los datos obtenidos hasta ese momento tendían a un total fracaso por parte del curandero.

Un interesante trabajo y con un enfoque diferente es el que efectuó en Alemania, en 1955, el Instituto de Friburgo para las Áreas Limítrofes de la Psicología y Psicohigiene con el curador psíquico Kurt Trampler. La investigación apuntó principalmente a buscar y analizar las características distintivas de los pacientes, para descubrir si el éxito o fracaso del tratamiento administrado por el curandero era afectado por ciertas características estructurales de la personalidad. Para ello se intentó determinar el status sociológico, las expectativas y las actitudes de un grupo de 650 pacientes que concurrieron voluntariamente al instituto de Trampler. Se administró a los pacientes entrevistas y tests psicológicos, así como también exámenes físicos, antes y después del tratamiento de Trampler. Durante un período de control de catorce meses, en un 61% de los pacientes se produjeron mejoras subjetivas y temporarias. Se llegó a la conclusión de que la influencia de Trampler producía principalmente cambios subjetivos en la condición de los pacientes, puesto que las mejoras objetivas sólo se dieron en un 11% de los casos. Sin embargo en ningún caso su tratamiento fue objetivamente dañino. La predisposición de los pacientes fue otro factor determinante en las mejoras subjetivas. Según las actitudes positivas o negativas iniciales de los pacientes, podían predecirse los resultados.

Esta reveladora investigación, que proporciona una amplia información acerca de las estructuras psico-sociales de los pacientes que acuden al curandero, permite fundamentar aún más la importancia y el influjo de la sugestión en el éxito de las prácticas curanderiles, reduciendo, por lo general, la acción del curandero a la puesta en marcha de correlaciones psicósomáticas y de reflejos condicionados intrínsecos al mismo organismo, los cuales, suscitados por vía inconsciente autosugestiva, realizan una acción terapéutica que muchas veces hace suponer una aparente “cura milagrosa”.

El aporte de las investigaciones de laboratorio ha sido de un valor inestimable, y se suma a los muchos intentos por descifrar ese continente ignoto y su eventual utilidad práctica en función de la salud, para lo cual no debemos olvidar la notable definición de la Organización Mundial de la Salud en cuanto a este último concepto, revalidándolo como aquel “estado completo de bienestar físico, psíquico y social, que no consiste únicamente en una ausencia de enfermedad o lesión orgánica”.

Como se puede apreciar, el problema del curanderismo puede ser analizado desde diferentes puntos de vista. De tal manera, a través de nuestra investigación y en base a los datos obtenidos y a sus posibles correlaciones, intentaremos acercarnos a algunas conclusiones sobre el valor terapéutico de las prácticas de los curanderos, específicamente un curandero de Brasil que, como muchos otros, ha provocado un verdadero éxodo de enfermos de Argentina al país limítrofe.

## LA INVESTIGACIÓN

Desde hace ya cierto tiempo, numerosos artículos periodísticos vienen informando acerca de la actividad de varios curanderos localizados principalmente en la zona de Uruguayana (Brasil), para visitar a los cuales se promueven viajes desde diferentes puntos de nuestro país, en los que participan cientos de argentinos que van a efectuar sus respectivas consultas.

Los comentarios no sólo se dirigen a la gran afluencia de gente a estos curanderos, sino también a las “curas milagrosas” que muchos dicen haber obtenido como resultado de “pequeñas operaciones” que éstos les habrían practicado.

Por considerar que tales prácticas y resultados podrían ser de interés parapsicológico, decidimos emprender una investigación, orientada en primer lugar a verificar el tipo de técnica utilizada en dichas curas y ver hasta qué punto estas últimas escapaban a una explicación racional dentro de un contexto médico-psicológico.

Lo primero y fundamental era tener acceso directo a algunos de estos curanderos, y luego obtener una información lo suficientemente amplia sobre las enfermedades y posibles curas de las personas que acudían a ellos.

Dado que las visitas a estos curanderos están organizadas por empresas de viajes de nuestro país y el manejo del asunto es exclusividad de éstas, sabíamos que la tarea no iba a ser fácil. Pero, a través de un contacto con uno de los choferes de los micros que trasladan pasajeros hasta un curandero, se presentó la ocasión de realizar algunos viajes con nuestros fines. De ese modo, el primer viaje tuvo como principal objetivo conocer al curandero en cuestión y observar su trabajo, para luego poder establecer ciertas pautas y saber de qué manera organizar nuestra investigación.

## EL CURANDERO Y SUS TÉCNICAS

El señor Avilio da Silva Golarte, de 46 años de edad, umbandista, residente en Itaquí (Brasil), ejerce su actividad en un recinto de su modesta casa, que a modo de templo cuenta con una especie de altar, característico de los centros espiritistas umbandistas, donde se encuentra una veintena de estatuillas y símbolos representativos del culto.

Asistido por diferentes entidades espirituales que se incorporan en él, lleva a cabo “operaciones espirituales” o “en lo astral”, según se las viene denominando.

Este tipo de intervenciones consisten en la utilización de tijeras (otros curanderos de esta línea utilizan cuchillos o algún otro elemento cortante) que, aplicadas sobre la zona afectada, simulan cortes y extracciones sin llegar nunca a ser una penetración o incisión real sino simplemente un roce superficial.

Previo a esto desinfecta el instrumental en una palangana con alcohol encendido; también utiliza merthiolate, algodón y vendas con tela adhesiva para cubrir la zona operada.

En su amplio recetario predomina el empleo de hojas de plantas que, por lo general, deben ser suministradas en forma de té, y otros elementos (jugo de limón, clara de huevo, yodo, manteca, linimentos, analgésicos, etc.) que, en diferentes combinaciones y aplicaciones, completan el tratamiento.

Para cada consulta dedica el tiempo que estime necesario, prologándose incluso algunas hasta treinta o cuarenta minutos.

Las afecciones más diversas son tratadas por este método; no realiza diagnósticos sino que actúa de acuerdo a lo que el consultante le manifiesta. En algunas ocasiones utiliza un vaso de vidrio que acerca a la zona a “operar” y mira fijamente por la base del mismo como si tratara de ampliar su “visión interna” de la parte orgánica a tratar.

Por lo general, sugiere una nueva visita a los treinta o cuarenta días.

## PLANIFICACIÓN

Después de haber tenido la oportunidad de presenciar, grabar y fotografiar libremente las “operaciones” de Avilio, consideramos que su técnica no revestía carácter alguno excepcional; por lo tanto, a partir de este momento se intentaría recabar información acerca de los pacientes, su estado anterior y posterior a la consulta con el curandero, tipo de enfermedad y evolución de la misma.

Conscientes de las dificultades y limitaciones, abordamos el asunto de la siguiente forma: durante el viaje de ida se consignaban los datos personales de cada sujeto (nombre y apellido, edad, teléfono, estudios cursados, actividad laboral); asimismo se preguntaba cuántas visitas al curandero había realizado, si había hecho alguna consulta médica y cuál era el diagnóstico, su estado actual, síntomas, y si en alguna otra ocasión había visitado a algún curandero.

Durante el viaje de regreso, se consignaba el estado inmediato posterior (estado posterior a corto plazo), estableciendo la respuesta



en base a cuatro posibles alternativas (peor, igual, mejor o totalmente aliviado).

Se planeó hacer un seguimiento de la evolución de cada sujeto (estado posterior a largo plazo) y en la medida en que ciertos casos merecieran mayor atención por sus resultados, se recurría a la opinión médico-profesional para una investigación más a fondo.

Si bien en un principio la intención era contar con una muestra mayor de personas para este estudio, por razones ajenas a nosotros hemos tenido que concluir este informe con los datos que a continuación presentamos.

Confeccionamos el Cuadro I para mostrar en forma conjunta los datos obtenidos por analizar:

### **Cuadro I**

**Columna A:** Fecha de tratamiento (todos en 1984).

**Columna B:** Sexo. M: Masculino. F: Femenino.

**Columna C:** Edad.

**Columna D:** Visita a otros curanderos.

**Columna E:** Estudios cursados. SE: Sin estudios. P: Primario. S: Secundario. U: Universitario. C: Completo. I: Incompleto.

**Columna F:** Estado posterior a corto plazo. T: Total Alivio. M: Mejor. I: Igual. P: Peor. Cuando hay más de una letra es porque consultó por varios síntomas.

**Columna H:** Estado posterior a largo plazo. T: Total Alivio. M: Mejor. I: Igual. P: Peor. Cuando hay más de una letra es porque consultó por varios síntomas.

**Columna G:** Fecha de consulta sobre el estado posterior (todas en 1984).

<b>Nº</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>Ocupación</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	<b>H</b>
1	28-1	F	36	NO	SC	Prof. Gimn.	I	8-6	T
2	28-1	M	8	NO	PI	Ninguna	I	8-6	I
3	28-1	F	14	NO	SI	Ninguna	MM	8-6	TI
4	28-1	F	51	SI	PI	A. de Casa	I	10-5	T
5	28-1	F	32	NO	SI	A. de Casa	I	10-5	I
6	28-1	M	33	SI	PI	Obrero	M	29-5	M
7	28-1	M	43	SI	PC	Ninguna	M	5-2	P
8	28-1	M	46	NO	SC	Empleado	T	5-4	T
9	28-1	F	42	SI	PI	Empl. D.	M	15-5	M
10	28-1	M	75	SI	PC	Admi. Frig.	MM	16-5	TI
11	28-1	M	27	No	SE	Ninguna	II	29-5	IP
12	28-1	F	2	No	PC	Ninguna	M	31-5	M
13	28-1	M	48	No	PC	Empleado	M	3-6	I
14	4-2	F	56	No	SC	A. de Casa	M	4-3	T
15	4-2	M	65	No	PC	Empleado	T	4-3	M
16	4-2	M	55	Si	PC	Empleado	I	20-3	M
17	4-2	F	52	Si	PC	Empleado	II	20-3	IM
18	4-2	M	20	¿	UI	Obrero	II	20-3	IM
19	4-2	M	23	¿	PC	Obrero	I	20-3	I
20	4-2	F	55	¿	PC	Empleado	M	20-3	T
21	4-2	F	38	NO	SC	Guía Tur.	I	28-5	I
22	4-2	F	24	NO	SC	Ninguna	M	29-5	P
23	4-2	M	48	NO	PC	Ebanista	M	29-5	M
24	4-2	M	48	NO	PC	Sastre	M	29-5	M
25	4-2	F	46	SI	SC	A. de Casa	MMM	29-5	MIT
26	4-2	F	39	¿	SC	Empleado	II	7-4	IT
27	4-2	M	38	¿	PC	Comerc.	I	22-2	M
28	4-2	M	49	¿	PC	Comerc.	I	22-2	T
29	4-2	F	31	SI	SC	Operaria	M	20-3	T
30	4-2	F	58	SI	SI	A. de Casa	T	20-3	T
31	4-2	M	52	SI	PC	Obrero	T	29-5	I
32	4-2	M	53	NO	PC	Obrero	T	30-5	M
33	4-2	F	40	NO	SE	A. de Casa	M	30-5	T
34	4-2	F	51	¿	PC	A. de Casa	I	¿	¿
35	4-2	M	35	SI	PC	Empleado	MM	9-6	IT
36	4-2	F	44	SI	PC	A. de Casa	M	9-6	I
37	4-2	F	38	NO	PC	A. de Casa	M	9-6	I
38	14-3	F	55	SI	PC	Enfermera	M	25-5	I
39	14-3	M	21	SI	SI	Empleado	I	25-5	I

40	14-3	F	63	SI	PC	A. de Casa	I	28-5	I
41	14-3	M	15	NO	SI	Estudiante	M	28-5	I
42	14-3	F	53	SI	PI	Ninguna	M	28-5	M
43	14-3	M	59	SI	PI	Ninguna	MM	28-5	IM
44	14-3	F	60	SI	PC	A. de Casa	M	28-5	M
45	14-3	M	60	NO	PI	Empleado	M	28-5	M
46	14-3	F	45	NO	PC	A. de Casa	II	28-5	IM
47	14-3	F	73	NO	PC	A. de Casa	MM	28-5	IT
48	14-3	M	54	SI	PC	Téc. TV	I	28-5	P
49	14-3	M	66	SI	PI	Jubilado	M	29-5	I
50	14-3	F	62	SI	PI	A. de Casa	I	29-5	P
51	14-3	F	64	SI	PC	A. de Casa	M	29-5	I
52	14-3	F	54	SI	SC	Comerc.	M	29-5	I
53	14-3	M	43	SI	SE	Obrero	T	¿	¿
54	14-3	F	42	NO	SE	Comerc.	I	29-5	I
55	14-3	F	33	NO	SE	Empleado	M	29-5	M
56	14-3	M	18	SI	PC	Empleado	I	29-5	I
57	14-3	F	53	SI	PI	Empleado	M	29-5	T
58	14-3	F	57	SI	PC	Empleado	I	29-5	P
59	14-3	M	50	NO	PC	Obrero	M	29-5	M
60	14-3	F	68	SI	PI	Comerc.	M	29-5	M
61	14-3	F	63	SI	PI	Comerc.	II	28-5	IT
62	14-3	M	64	NO	PI	Comerc.	M	28-5	M
63	14-3	M	49	SI	PC	Comerc.	T	29-5	I
64	14-3	F	48	SI	SI	Empleado	M	9-6	M
65	11-2	M	34	NO	SI	Comerc.	I	20-5	I
66	11-2	M	45	NO	SI	Empleado	M	25-5	I
67	11-2	M	33	SI	SI	Empleado	T	9-6	T
68	11-2	F	26	SI	SC	Empleado	T	9-6	T
69	11-2	F	32	SI	SC	Empleado	M	9-6	T
70	11-2	F	53	SI	PC	Empleado	M	9-6	T
71	11-2	F	54	SI	SI	Empleado	I	9-6	I
72	14-3	M	18	NO	SI	Ninguna	I	11-6	I
73	4-2	M	42	SI	SI	Comerc.	M	11-6	M
74	4-2	F	84	¿	SE	Jubilado	M	¿	¿
75	14-3	M	40	NO	PC	Comerc.	I	¿	¿
76	14-3	F	48	NO	PC	Empleado	T	¿	¿
77	14-3	F	31	NO	SI	Cosmetól.	M	¿	¿
78	14-3	M	35	SI	SC	Empleado	M	¿	¿
79	14-3	F	33	SI	SC	Empleado	M	¿	¿
80	4-2	F	47	NO	PC	A. de Casa	M	29-5	T
81	4-2	M	48	NO	SI	Empleado	I	29-5	M

## ANÁLISIS CUANTITATIVO

### EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES

Para analizar la evolución de los pacientes se tuvo en cuenta el *estado posterior a corto plazo* (columna F) y el *estado posterior a largo plazo* (columna H) consignados en el CUADRO I. Considerando que, en ciertos casos, algunos sujetos han obtenido un resultado para una dolencia y otro para otra, totalizamos la muestra en 86 casos.

En cuanto al resultado obtenido informado por los sujetos (totalmente aliviado - mejor - igual - peor), agrupamos a aquellos que afirman sentirse totalmente aliviados o mejor en un *grupo con resultado positivo* (GRP), y los restantes, igual o peor, en un *grupo con resultado negativo* (GRN). De acuerdo a este criterio obtuvimos los siguientes valores numéricos:

Estado posterior a corto plazo

Estado posterior a largo plazo

GRP	T	8	54 (63%)
	M	46	
GRN	I	32	32 (37%)
	P	0	

GRP	T	22	46 (53%)
	M	24	
GRN	I	34	40 (47%)
	P	6	

En virtud de observar en qué medida han variado los resultados con el tiempo, confeccionamos el siguiente cuadro:

**Cuadro II**

		Estado post. a largo plazo		
		GRN	GRP	
Estado posterior a corto plazo	GRN	21	11	32
	GRP	19	35	54
		40	46	86

$$X^2 = 7.49 \text{ gl.} = 1 \text{ } p < .01$$

Este cuadro nos muestra que aquellas personas que en un principio afirmaban no haber obtenido cambio alguno con el tratamiento (GRN) tendieron a mantenerse en este estado (66%), mientras que aquellos que en un principio se sintieron mejor o

totalmente aliviados (GRP) se mantuvieron significativamente a largo plazo (65%).

Para una visión más amplia de la variabilidad de los resultados a corto y largo plazo los remitimos al siguiente detalle:

Estado posterior a corto plazo	Estado posterior a largo plazo		
Igual (32)	T	5 (16%)	35%
	M	6 (19%)	
	I	17 (53%)	65%
	P	4 (12%)	
Mejor (46)	T	13 (28%)	63%
	M	16 (35%)	
	I	15 (33%)	37%
	P	2 (4%)	
Totalmente aliviado (8)	T	4 (50%)	75%
	M	2 (25%)	
	I	2 (25%)	25%
	P	0	

Para observar si la variable sexo se relaciona con los resultados a corto plazo con respecto a los resultados a largo plazo, confeccionamos los siguientes cuadros:

**Cuadro III**

		Estado post. a largo plazo		
		GRN	GRP	
Estado post. a corto plazo GRN	M	10	5	15
	F	11	6	17
		21	11	32

$$X^2 = 0 \quad \text{G.L.} = 1 \quad \text{n.s.}$$

		Estado post. a largo plazo		
		GRN	GRP	
Estado post. a corto plazo GRP	M	10	15	25
	F	9	20	29
		19	35	54

$$X^2 = 0,32 \quad \text{g.l.} = 1 \quad \text{n.s.}$$

La relación sexo con respecto al “Estado posterior a largo plazo”:

**Cuadro IV**

	Estado post. a largo plazo		
	GRN	GRP	
M	21	20	41
F	17	28	45
	38	48	86

$$X^2 = 1,7 \text{ g.l.} = 1 \text{ n.s.}$$

En virtud de determinar la relación entre “Visita a otros curanderos” y el “Estado posterior a largo plazo” y los “Estudios cursados”, confeccionamos los cuadros V y VI respectivamente:

**Cuadro V**

		Estado post. a largo plazo		
		GRN	GRP	
Visita a otros curanderos	SI	20 (48%)	22 (52%)	42
	NO	16 (47%)	18 (53%)	34
		36	40	76

$$X^2 = 0 \text{ g.l.} = 1 \text{ n.s.}$$

**Cuadro VI**

		SE, PI y PC	Si, SC y UI	
		GRN	GRP	
Visita a otros curanderos	SI	27	13	40
	NO	20	13	33
		47	26	73

$$X^2 = 0,36 \text{ g.l.} = 1 \text{ n.s.}$$

Relación entre “Edad” y “Estado posterior a largo plazo”:

**Cuadro VII**

	GRN	GRP	
Hasta 39 años	17	13	30
40 años o más	23	33	56
	40	46	86

$$X^2 = 1,91 \text{ g.l.} = 1 \text{ n.s.}$$

## ANÁLISIS CUALITATIVO

Del análisis de los datos expuestos hasta el momento, como así también de la observación y contacto directo con los distintos grupos de gente que fueron asistidos por Avilio, podemos extraer ciertas conclusiones.

En primer lugar, y es importante destacarlo, un notable número de personas ha afirmado sentir una mejoría en sus padecimientos, manteniéndose a largo plazo dicho estado. Los posibles factores determinantes de estos resultados los analizaremos más adelante.

No menos importante es señalar que, de aquellas personas que afirmaron sentirse mejor (24) o totalmente aliviadas (22), un tiempo después tan sólo 4 personas (9%) efectuaron una consulta médica posterior, lo cual nos da una clara idea del carácter estrictamente subjetivo que revisten sus respuestas. Se suma a esto, en muchos casos, la falta de diagnósticos médicos previos a la consulta del curandero, como así también la imprecisión de las enfermedades (dolores de estómago, dolores cervicales, molestias vaginales, falta de apetito, mal anímicamente, problemas nerviosos, problemas digestivos, problemas óseos, etc.). Esto nos hace suponer, con un alto grado de certeza, que los alivios señalados apuntan principalmente a los síntomas y no a la enfermedad propiamente dicha en caso de que existiera, pormenorizando lo que muchos denominan “cura” para ser más precisamente un incipiente alivio o mejora.

También hemos observado que no hay un significativo predominio de sexo en la visita al curandero; incluso, para una mayor confirmación, hemos recurrido a las planillas de registro de otros viajes organizados por la empresa de tours, obteniendo una muestra de más de 392 personas, con un 42% de varones y un 58% de mujeres, siendo el promedio de edad de esta misma muestra de 46 años. Ello indica una mayor tendencia de personas mayores a la visita al curandero, estando esto tal vez relacionado con factores socio-culturales y de la estructura de la personalidad en el proceso evolutivo. En cuanto a lo primero, podemos tomar como referencia la relación con el nivel de estudio de los visitantes, teniendo en cuenta que un notable porcentaje (65%) no superan el nivel primario, si bien al tratar de hallar alguna relación entre los antecedentes de visitas a

otros curanderos y el nivel de estudios cursados, no hemos encontrado significación alguna (ver Cuadro VI).

De la misma forma, dicho antecedente no incide significativamente en el resultado del estado posterior a largo plazo (Cuadro V), lo cual indicaría que dicho resultado depende principalmente del tratamiento propiciado por este curandero y no del sistema de creencias exclusivamente, aun cuando este último se halla implícito en lo primero. Indudablemente, esto apunta a la efectividad o no de determinado curandero en el tratamiento de enfermedades, lo que hace replantear la cuestión del porqué algunos curanderos son más efectivos que otros.

Esto tiene que ver con el *modus operandi* y personalidad del curandero; así, hemos tenido ocasión de recoger comentarios de algunas personas que habían sido tratadas por otros curanderos (incluso algunos más famosos) sin obtener un resultado satisfactorio, mientras que con Avilio encontraron un alivio inmediato.

Ya hemos comentado las técnicas curativas de Avilio, las cuales no difieren mayormente de las empleadas por otros en Brasil, pero además de las sugestivas “operaciones” que realiza, que sin duda son claves en el tratamiento desde el punto de vista de la sugestión, nos encontramos con el prototipo del curandero aún no comercializado, que escucha y dedica todo el tiempo que sea necesario al paciente, irradiando la necesaria dosis de confianza en sí mismo, reduciendo la angustia del enfermo y transmitiéndole un sentimiento de seguridad y protección que intensifica la esperanza de la cura. Asimismo desarrolla para con él sentimientos profundos de transferencia.

La susceptibilidad de los pacientes llega a su pico en el encuentro con el curandero, aún cuando el ambiente ya era propicio desde el momento de la partida de Buenos Aires. Durante el viaje el paciente va incrementando su condicionamiento a la “cura”, ya sea por los relatos de sus compañeros de viaje o de los organizadores, que nunca olvidan detallar en sus comentarios alguna “cura milagrosa”.

Hemos podido comprobar hasta qué punto llega la sugestión de algunos, que decían sentir verdaderos síntomas post-operatorios, como si en realidad hubieran sido intervenidos quirúrgicamente.



Como bien afirmaba Lévi-Strauss, “No hay razones, pues, para dudar de la eficiencia de ciertas prácticas mágicas. Pero al mismo tiempo se observa que la eficacia de la magia implica la creencia en la magia, y que ésta se presenta en tres aspectos complementarios: en primer lugar, la creencia del hechicero en la eficacia de sus técnicas; luego, la del enfermo que aquél cuida o de la víctima que persigue, en el poder del hechicero mismo; finalmente, la confianza y las exigencias de la opinión colectiva, que forman a cada instante una especie de campo de gravitación en cuyo seno se definen y se sitúan las relaciones entre el brujo y aquéllos que él hechiza”.

Una vez más queda en claro que la actitud y expectativas de los pacientes son fundamentales para lograr en definitiva lo que ellos desean, sin por ello menospreciar el real valor terapéutico del curandero, el cual, deducimos también en este estudio, actuando como verdadero factor estimulante o desencadenante de mecanismos de autocuración, muchas veces se atribuye poderes especiales que en realidad están latentes en el mismo paciente.

Como último dato ilustrativo y quizás de gran importancia psicológica, señalamos la significativa correlación que hemos encontrado en las distintas evoluciones de los estados a corto plazo respecto al largo plazo (Cuadro II), insinuando como condición una mejora inmediata para mantener dicho estado a largo plazo, lo cual seguramente está relacionado con la primera impresión que recibe el paciente del efecto del tratamiento curanderil, aumentando o reduciendo las esperanzas de cura, alimentando muchas veces la dependencia en cuanto a nuevas futuras visitas al curandero (incluso cuando no han sido sugeridas por él) o desechando en definitiva la posible efectividad del mismo.

Estos y otros muchos factores psicológicos que se suman, sin duda son los determinantes del éxito terapéutico de Avilio, que por momentos parecen contradictorios en virtud de un notable éxito sobre determinada dolencia y un total fracaso para otras de mínima importancia.

A pesar de las limitaciones a que nos hemos visto expuestos para este estudio, no podemos dejar de considerar el valor de ciertos datos desde el punto de vista psico-social que serán claves para emprender una investigación más amplia en pos del abordaje de nuevas áreas dentro de la dinámica del fenómeno curanderismo.

## BIBLIOGRAFÍA

- BALANOVSKY, Eduardo: "Las curaciones psíquicas", Cap. IV, *Los fenómenos paranormales*. Edit. Gedisa, 1982.
- BALDUS, Herbert: "El Shamanismo. Sugestiones para encuestas etnográficas". Ficha de la cátedra de Etnografía II, Carrera de Antropología, Buenos Aires.
- CANCEDO HIDALGO, Adolfo: "Curanderismo y medicinas paralelas", Cap. XVII. *La Nueva Parapsicología*. Edit. Noguer S.A. 1981.
- CARRIO, Vicens J.: *Los curanderos ¿curan?* Edit. Ate, 1980.
- CASSOLI, Piero: "The healer: problems, methods and results". *European Journal of Parapsychology*, Vol. 4, N° 1, noviembre 1981.
- CHAUCHARD, Paul: *La medicina psicosomática*. Edit. Paidós, 1972.
- DI LISCIA, Julio: "Curaciones psíquicas. Un intento de investigación". *Temas de Investigación Experimental. Comunicación 2. I.A.P.* 1977.
- FREUD, Sigmund: *Psicoterapia (Tratamiento por el Espíritu)*. 1905. *Obras Completas*.
- GADLER, Ethel Ortiz de: "Medicina folklórica", Cat. Folklore 1980. Carrera de Antropología. Buenos Aires.
- GIRAUTA, Juan Estada: "Curanderos y sanadores a la luz de la ciencia", Cap. XVI. *La Nueva Parapsicología*. Edit. Noguer S.A. 1981.
- GONZÁLEZ QUEVEDO, Oscar: *Los curanderos*. Edit. Sal Terrae, 177.
- GRAD, B. y otros: "The influence of an unorthodox method of treatment on wound healing in mice", *International Journal of Parapsychology*, 1961, 3: 5 - 24.
- GRAD, B.: "A telekinetic effect on plant growth". *International Journal of Parapsychology*, 1963, 5: 117-133.
- GRAD, B.: "A telekinetic effect on plant growth II". *International Journal of Parapsychology*, 1964, 6: 473-498.
- GRAD, B.: "The laying-on-of-hands: implications for psychotherapy gentling and placebo effect", *J.A.S.P.R.* 1967, 61, 286-305.
- HAYNES, Renée: "Curación por la fe y curación psíquica ¿es lo mismo?". *Parapsychology Review*, Vol.8, N° 4, julio-agosto 1977.
- KIEV, Ari: "Curanderismo". *Cuadernos de Joaquín Mortiz*, México, 1972.
- KRIEGER, Dolores: "The healing touch", *Theta*, Vol. 7, N° 1, 1979.
- LÉVI-STRAUSS, Claude: "El hechicero y su magia", Cap. IX, *Antropología Estructural*. Edit. Univ. de Buenos Aires, 1961.
- MITTELMAN, Bela: *Breve tratado de medicina psicosomática*. Edit. Paidós, 1967.
- SALERNO, Enrique V.: *Ginecología psicosomática*. Edit. Paidós, 1967.
- SILVEIRA, R., MONTEIRO, P., SILVEIRA, R.: "Consideraciones sobre una operación quirúrgica espiritual". Transcripción del SEI M° 736, 1982, *Cuadernos de Parapsicología*, año 15, N° 1, marzo 1982.

- SOLFVIN, G. F.: "Psi expectancy effects in psychic healing - studies with malarial mice". European Journal of Parapsychology, Vol. 4 N° 2, mayo 1982.
- SOLFVIN, G. F.: "Studies of the effect of mental healing and expectations on the growth of corn seedlings". European Journal of Parapsychology, Vol. 4 N° 3, noviembre 1982.
- SNEL, Franz: "PK influence on malignant cell growth". Research Letter, agosto 1980, N° 10. Parapsychology Laboratory, Univ. Utrecht.
- STRAUCH, Inge: "Medical aspects of 'mental' healing". International Journal of Parapsychology, 1963, Vol. V, N° 2.
- TARNOPOLSKY, Samuel: "Los curanderos, mis colegas". Edit. Galerna.
- 

## LA PARAPSIKOLOGÍA EN LA ARGENTINA

En el número anterior finalizó la columna "La Parapsicología en el Mundo", desde donde se actualizó la información de sociedades en todos los países donde hay una actividad relevante. A partir de este número iniciamos otra dedicada a la parapsicología local. El lector encontrará breves biografías de investigadores y psíquicos destacados, con bibliografía ampliatoria para todo aquel que desee profundizar en el tema.

### **Orlando Canavesio: El Último Metapsíquico**

Orlando Canavesio fue uno de los pioneros de la parapsicología argentina. Si bien bregó por estudiarla desde una perspectiva estrictamente científica, sus investigaciones se caracterizaron por la utilización de psíquicos y por una metodología cualitativa, siguiendo la antigua línea de la metapsíquica, palabra que siguió utilizando indistintamente junto a parapsicología, no dejándose tentar por el impulso de la escuela americana, que ya desde 1929 decidió experimentar con personas comunes y utilizar métodos estadísticos cuantitativos.

Canavesio nació en Rafaela, provincia de Santa Fe, el 13 de enero de 1916. Se graduó en medicina en la Universidad de Córdoba en 1942, especializándose en neurocirugía y trabajando como jefe de trabajos prácticos en la cátedra de Psiquiatría. Posteriormente ejerció la medicina durante cinco años en su ciudad natal.

El 27 de octubre de 1946, por iniciativa suya se fundó la Asociación Médica de Metapsíquica Argentina (AMMA) con sede en la ciudad de Rosario, integrada exclusivamente por profesionales de la salud, entre ellos los médicos Ramón Muñoz Soler y Luis Acquavella. La asociación publicó la Revista Médica de Metapsíquica, en donde se publicaron las actividades e investigaciones de la asociación y donde escribieron importantes parapsicólogos extranjeros, como Ferdinando Cazzamalli y Joseph B. Rhine. El primer número apareció en octubre de 1947.

A partir del 7 de enero de 1948 se creó el Instituto de Psicopatología Aplicada, dependiente de la Secretaría de Salud Pública de la Nación. Dentro de dicho organismo funcionó un Gabinete de Metapsíquica, en el que Canavesio fue designado director. Allí pudo llevar adelante un ambicioso proyecto de investigación, como era la administración de electroencefalogramas a psíquicos mientras producían diversos fenómenos de percepción extrasensorial. Su tesis doctoral aprobada en 1951 se basó en esta investigación, siendo la primera en Iberoamérica sobre la temática. En ella el autor demuestra que los electroencefalogramas de los psíquicos en reposo no se diferencian de los de otras personas; en cambio asegura haber obtenido un perfil característico para los realizados durante la actividad extrasensorial. En 1953 presentó los resultados en la Primera Conferencia Internacional de Estudios Parapsicológicos realizada en Utrecht, Holanda, representando por primera vez a la Argentina en este tipo de reuniones.

En 1948, junto a José Fernández y J. Ricardo Musso fundó la Sociedad Argentina de Parapsicología (SAP). Posteriormente también participó de la creación del Instituto Argentino de Parapsicología (IAP) en 1953, en el que estuvo a cargo del Curso Anual de Parapsicología y donde dictó numerosas conferencias. Si bien en estas instituciones colaboró en los primeros experimentos con cartas Zener realizados en el país, su principal interés estaba en el estudio de los llamados fenómenos intensos, tanto subjetivos como

objetivos. Si bien no publicó ningún libro han quedado sus artículos caracterizados por el rigor documental, destacándose el dedicado a la vida y la actuación de Eric C. Luck, uno de los clarividentes más interesantes que vivió en el país. También participó en el conocido Grupo La Plata, organizado por el físico José María Feola, en experiencias de macroPK llevadas a cabo entre 1955 y 1956.

Canavesio fue docente en varias escuelas de enfermería. En 1951 propuso sin suerte la realización de un “curso libre de metapsíquica” en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Falleció a los 41 años, el 14 de diciembre de 1957, a causa de un accidente mientras manejaba su automóvil cerca de la ciudad de Mar del Plata. Una paradoja quiso que desoyera la advertencia de Iris Cazaux, una de las psíquicas que más había colaborado en sus experimentos, para salvar su vida. Ella misma lo relata así: “Era un loco para manejar pero igual nunca le pasaba nada. Esa vez se vino a despedir de mí porque se iba de vacaciones. Yo le dije que no viajara, o aunque sea que se fuera en tren. Veía algo negro en ese viaje, pero no me hizo caso”.

### **Referencias Consultadas**

Entrevista a Iris Cazaux. Archivo personal de Juan Gimeno. 14 de noviembre de 1995.

Feola, J. (2006). Viñetas del I.A.P. *Comunicaciones de Parapsicología*, 9. Ver también en: <http://www.naumkreiman.com.ar/comunicacionesN9.pdf>

Las Heras, A. (1995). Dr. Orlando Canavesio: Sus aportaciones para el progreso de la parapsicología. *Psi Comunicación*, 39.

Parra, A. (2009). “Biología sin metapsíquica, pájaro sin alas”: Contribuciones de Orlando Canavesio a la psicología y la parapsicología argentina. *Actas del Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología, y el Psicoanálisis*, Volumen 10. Ver también en: [http://www.alipsi.com.ar/investigaciones/pdf/canavesio\\_ha-psicologia\\_Parra.pdf](http://www.alipsi.com.ar/investigaciones/pdf/canavesio_ha-psicologia_Parra.pdf)

### **Referencias Ampliatorias**

Berger, A.S. and Berger, J. (1991). *The encyclopedia of parapsychology and psychical research*. New York: Paragon House.

(1948). Estatutos del Instituto de Psicopatología Aplicada. *Revista Médica de Metapsíquica*, 2.

Kreiman, N. (1999). *Manual de procedimientos experimentales y estadísticos en parapsicología*. Buenos Aires: Texto Plus. Ver también en: [http://www.naumkreiman.com.ar/historia\\_argentina.html](http://www.naumkreiman.com.ar/historia_argentina.html)

Musso, J.R. (1954). *En los límites de la psicología: desde el espiritismo hasta la parapsicología*. Periplo: Buenos Aires.

Parra, A. (1993). *Historia de la parapsicología en la Argentina*. Buenos Aires: Ediciones Históricas Monográficas Argentinas.

### **Textos de Orlando Canavesio**

Canavesio, O. (1947). Electroencefalografía y metapsíquica. *Revista Médica de Metapsíquica*, 1.

Canavesio, O. (1947). Metapsíquica: su esquemática y desarrollo. *Revista Médica de Metapsíquica*, 1.

Canavesio, O. (1947). Electroencefalografía en los estados metapsíquicos. *Revista Médica de Metapsíquica*, 1.

Canavesio, O. (1948). “Historia metapsíquica” del metagnóstico (clarividente-telémeta) Mister Eric Courtenay Luck. *Revista Médica de Metapsíquica*, 2.

Canavesio, O. (1949). Los desvíos del espiritismo: su solución. *Revista Médica de Metapsíquica*, 2, 110-119.

Canavesio, O. (1951). Electroencefalografía en los estados metapsíquicos. Tesis Doctoral. Universidad Nacional de Córdoba: Córdoba.

Canavesio, O. (1954). L'Electroencephalographie dans les etats metapsychiques. *Metapsichica: Rivista Italiana de Parapsicología*. Separata.

---

### **Revistas recibidas**

Hemos recibido, y agradecemos:

- Journal of the Society for Psychical Research - Vol. 75.4, N. 905, October 2011

AVISO A NUESTROS LECTORES:

NUEVA DIRECCIÓN DE E-MAIL:

[divnisky@gmail.com](mailto:divnisky@gmail.com)