

SIDA **y Estrés Oxidativo**

Roberto Giraldo, M.D.



Roberto Giraldo, M.D.

SIDA y Estrés Oxidativo

**Bases científicas para una
interpretación de la seropositividad y
del SIDA como aumento
del estrés Oxidativo**

2011

Proton Editora Ltda

Diseño de Cubierta
Ángela Stein

Revisión

Gabriel Oñoro (Colombia)
María Grazia Gonzalez (Perú)
Francisco Antonio Prieto (Bogotá)

Diagramación y Fotocomposición

Mara Lúcia Szankowski

Impresión y Terminación

Gráfica Energética Ltda.

Copyright © 2011

Proton Editora e Tecnologia Ltda.
Reservados todos los derechos

ISBN - 978-85-7072-102-0

Proton Editora e Tecnologia Ltda.

Avenida Rebouças 3819 – CEP 05401-450

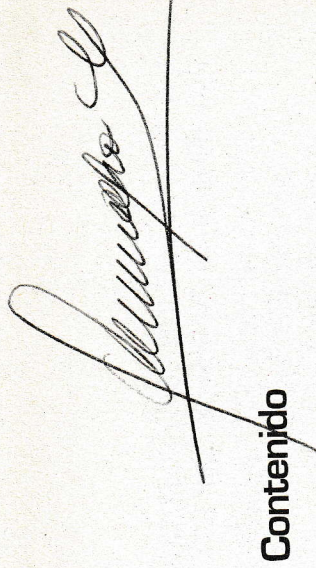
São Paulo - SP, Brasil

Tel (55 11) 3032-3616 . Fax (5511) 3815-9920

proton@editoraproton.com.br

www.editoraproton.com.br

www.trilogia.ws



Contenido

Dedicatoria	11
Prólogo	13
Patricio Pino (Argentina)	
Presentación	21
Mariá Grazia Gonzales (Perú)	
Introducción	27
Introduccion para el libro del 2009	29
1. Pruebas de laboratorio para diagnosticar infecciones verdaderas	33
1.1. Pruebas de diagnóstico directo	33
1.1.1. Exámenes en fresco	34
1.1.2. Exámenes por concentración	34
1.1.3. Cultivos	34
1.2. Pruebas de diagnóstico indirectas	35
1.2.1. Pruebas serológicas	35
1.2.2. Pruebas de biología molecular	36
1.2.2.1. Técnicas de hibridización	37
1.2.2.2. Técnicas de amplificación	37
1.3. Pruebas para diagnosticar "VIH"	38
1.4. Pruebas para diagnosticar "Hepatitis C"	40

2. Las "pruebas para VIH" están impedidas para diagnosticar la "infección por VIH"	41	3.1.6. Inmunodeficiencias adquiridas o secundarias.....	75
2.1. Las compañías farmacéuticas reconocen que "las pruebas para VIH" no son específicas para diagnosticar "la infección por VIH"	41	3.2. Déficit de proteínas y carbohidratos (Denutrición proteico-calórica) e inmunodeficiencia adquirida	76
2.2. El VIH nunca ha sido aislado ni purificado de una manera científicamente aceptable	43	3.3. Déficit de aminoácidos e inmunodeficiencia adquirida.....	78
2.3. Las llamadas "fotos del VIH" no son fotos del VIH.....	45	3.4. Déficit de vitamina A e inmunodeficiencia adquirida.....	79
2.4. Las llamadas "proteínas o antígenos del VIH" no son proteínas ni antígenos del VIH	47	3.5. Déficit de vitamina C e inmunodeficiencia adquirida.....	81
2.5. La llamada "transcriptasa inversa del VIH" no es una enzima específica de VIH	52	3.6. Déficit de vitamina E e inmunodeficiencia adquirida.....	82
2.6. El llamado "ARN del VIH" no es un ácido nucleico del VIH.....	52	3.7. Déficit de vitaminas del complejo B e inmunodeficiencia adquirida.....	83
2.7. Reacciones falsas positivas en las "pruebas para VIH" ..	55	3.8. Déficit de zinc e inmunodeficiencia adquirida.....	84
2.8. Experimentos propuestos durante el Panel de los Asesores Presidenciales del SIDA en Sudáfrica	60	3.9. Déficit de selenio e inmunodeficiencia adquirida.....	86
2.9. Conclusiones y recomendaciones de este capítulo	61	3.10. Estrés oxidativo e inmunodeficiencia adquirida.....	88
3. Inmunología nutricional	67	3.11. Aumento de la pobreza mundial.....	93
3.1. Células, órganos, funciones y deficiencias del sistema inmunológico	67	3.12. Aumento global de la desnutrición.....	94
3.1.1. Inmunidades específica e inespecífica	67	3.13. Aumento global de inmunodeficiencia adquirida por desnutrición.....	95
3.1.2. Células del sistema inmunológico	68	3.13.1. Aumento global de infecciones.....	95
3.1.2.1. Células de la serie mieloide	70	3.13.2. Aumento global de tumores.....	96
3.1.2.2. Células de la serie linfóide	71	3.13.3. Aumento global de inmunotoxicidad.....	96
3.1.3. Órganos del sistema inmunológico.....	72	3.13.4. Aumento global de enfermedades metabólicas y degenerativas.....	97
3.1.3.1. Órganos linfoides primarios	72	3.14. Conclusión de este capítulo.....	99
3.1.3.2. Órganos linfoides secundarios	73	4. Estrés oxidativo en personas seropositivas y en pacientes con SIDA	100
3.1.4. Funciones específicas del sistema inmunológico (Inmunidad Específica o Respuesta Inmune Específica)	73	4.1. Similitud entre la Desnutrición Proteico Calórica y el SIDA.....	101
3.1.5. Inmunodeficiencias congénitas o primarias	74	4.2. Advertencia: El progreso de personas seropositivas a SIDA y aún a la muerte, puede ser debido a deficiencias nutricionales y de agentes antioxidantes (exceso de oxidación).....	102

4.2.1. Deficiencias nutricionales y de agentes antioxidantes en personas seropositivas y el riesgo de enfermar de SIDA	103	5.3.1. No existen enfermedades específicas, sólo pacientes específicos.....	140
4.2.2. Deficiencias nutricionales y de agentes antioxidantes y el riesgo de morir de SIDA.....	108	5.3.2. Personalidad necesaria para desarrollar la seropositividad y el SIDA.....	141
4.3. Verdades científicas acerca del llamado "Contagio del SIDA" o "Transmisión del SIDA"	110	5.3.2.1. Todo está al revés: invertido.....	141
4.3.1. "El contagio o transmisión del SIDA" es un delirio de los investigadores del VIH.....	110	5.3.2.2. Las enfermedades son causadas por nuestra corrupción interior y falta de ética	141
4.3.2. "El contagio o transmisión del SIDA" puede explicarse científicamente por exceso de estrés oxidativo.....	117	5.3.2.3. Arrogancia de las ONGs	142
4.3.3. "El contagio o transmisión del SIDA" puede explicarse científicamente por medio de la vibración energética o resonancia.....	120	5.3.2.4. Culpando a los demás (proyección).....	142
4.4. Conclusiones de este capítulo	126	5.3.2.5. Negar la existencia del SIDA es un camino a la misma enfermedad	142
5. Agentes estresantes inmunológicos, radicales libres, seropositividad y SIDA.....	128	5.3.2.6. Negar a Dios es un camino a la enfermedad.....	143
5.1. Exposición a agentes estresantes inmunológicos y respuestas al estrés	128	5.3.2.7. Cada individuo seropositivo es único.....	144
5.1.1. El SIDA no es una enfermedad infecciosa	128	5.3.2.8. Las enfermedades las creamos nosotros mismos	144
5.1.2. El VIH no es la causa el SIDA	129	5.3.2.9. Algunos hechos de las estadísticas del SIDA.....	145
5.1.3. Agentes estresantes inmunológicos en lugar de cofactores	129	5.3.2.10. La felicidad es la vacuna contra el SIDA.....	146
5.1.4. Los agentes estresantes inmunológicos son la verdadera causa de la seropositividad y del SIDA	131	5.3.2.11. El estigma del SIDA.....	147
5.1.5. Las consecuencias de la pobreza se transmiten de generación en generación	135	5.3.2.12. Tenemos lo que merecemos.....	148
5.1.6. La seropositividad es una consecuencia de respuestas al estrés	137	5.3.2.13. Toda enfermedad requiere de una personalidad específica.....	148
5.2. Respuestas al estrés y radicales libres (estrés oxidativo).....	139	5.3.2.14. Emociones negativas comunes en las personas seropositivas.....	149
5.3. Agentes estresantes emocionales e inmunodeficiencia.....	140	5.3.2.15. La personalidad del individuo seropositivo y del enfermo de SIDA	153
		5.4. Fisiopatogénesis e historia natural Del SIDA.....	154
		5.4.1. Una propuesta para la historia natural del SIDA.....	154
		5.4.2. Efectos inmunogénicos e inmunotóxicos de los agentes estresantes	154

5.4.3. Alteraciones energéticas.....	154	6.3.4. La corrupción.....	171
5.4.4. Oxidación, acidosis y endobiosis.....	155	6.4. Principios básicos para la prevención y el tratamiento del SIDA.....	171
5.4.5. Génesis interna de microorganismos.....	155	6.4.1. Programación mental.....	172
5.4.6. Infecciones, tumores y enfermedades metabólicas oportunistas.....	156	6.4.2. Diagnosticar con bases clínicas y de laboratorio.....	175
5.4.7. La muerte es una decisión de la persona.....	157	6.4.3. Evitar más exposición a agentes estresantes u oxidantes.....	176
5.4.8. Consentimiento informado.....	158	6.4.4. Tratar las manifestaciones clínicas del SIDA.....	177
5.5. Definiciones del SIDA.....	158	6.4.5. Preferir medidas naturales.....	178
5.5.1. Definición oficial actual del SIDA.....	159	6.4.6. Hacerlo en el momento apropiado.....	
5.5.2. Propuesta de definición para el SIDA.....	160	6.4.7. Desintoxicar, estimular y regenerar el sistema inmunológico y otros que estuviesen intoxicados y debilitados	179
5.6. Resistencia a aceptar la verdad.....	160	6.4.7.1. La medicina del alma: La farmacia interior y el médico interior.....	179
5.6.1. Seropositividad y estrés oxidativo.....	162	6.4.7.2. Estimulando la farmacia interior (Terapias naturales)	
5.6.2. No es posible ocultar el sol con las manos.....	162	6.4.7.3. Estimulando el médico interior (Concientización de la psicopatología y las emociones positivas)	184
5.6.3. Para entender es necesario desearlo.....	163	6.5. Peligro de algunas organizaciones que "apoyan" a los seropositivos.....	186
5.6.4. La verdadera intención.....	163	6.6. ¿Usar o no usar antirretrovirales (ARVs)?.....	186
5.6.5. Sin humildad nada es posible.....	164	6.7. El poder y la capacidad de curación está dentro de nosotros.....	188
5.7. Conclusiones de este capítulo.....	166	Referencias	191
6. Algunas alternativas efectivas para la prevención y el tratamiento del SIDA	166	Sobre el autor	240
6.1. Las políticas oficiales de prevención del SIDA además de inefectivas son peligrosas	167		
6.2. La medicina convencional está equivocada en su fundamento (invertida).....	167		
6.3. La verdadera etiología de las enfermedades.....	168		
6.3.1. Unidad del ser humano.....	168		
6.3.2. La utilidad de los síntomas y signos de la enfermedad.....	169		
6.3.3. La envidia, la megalomanía y el narcisismo.....	170		

DEDICATORIA

Con este libro deseo honrar la obra científica de los Doctores Norberto Keppe y Cláudia Pacheco, Presidente y Vicepresidente de la Sociedad Internacional de Trilogía Analítica respectivamente.

Mi gratitud perenne a la brasileña Flavia Pacheco Angélico quien en el Año 2004 me introdujera en Nueva York a la Trilogía Analítica a través del libro "*El origen de las enfermedades psíquicas, orgánicas y sociales*" del Dr. Keppe. Cuando lo leí entendí inmediatamente que éste contenía la información científica que yo estaba buscando por muchos años para poder ayudar más efectivamente a las personas seropositivas, a los pacientes con SIDA y en general a mis pacientes con cualquier otra enfermedad corporal o mental.

Más de 40 libros del Dr. Keppe muestran una obra sin precedentes en la historia humana. Keppe estudia todos los hechos y fenómenos del ser humano, de la sociedad y del universo desde un punto de vista científico, filosófico y espiritual o teológico. Este científico analiza, propone y coloca en práctica soluciones para los problemas como la enfermedad, el hambre, la pobreza, los vicios, la vivienda, el vestido, la educación, la economía, los bancos, las bolsas de valores, las guerras, el subdesarrollo generalizado, el establecimiento científico contemporáneo, las artes y los artistas, las injusticias, la corrupción social, la explotación y la esclavitud de los pueblos por una minoría que está en el poder.

Igualmente, a través de sus 15 libros y del "*Proyecto STOP la Destrucción del Mundo*", de la cual es fundadora y presidente, la Dra Cláudia contribuye a desarrollar la ciencia Trilogía y a llevar sus estudios y soluciones a más de 75 países (www.stop.org.br).

En la actualidad la Trilogía Analítica está desarrollando motores altamente eficientes (www.keppemotor.com) para ayudar a resolver en forma permanente, efectiva y a muy bajo costo la crisis energética mundial.

Vale la pena estudiar dicha obra científica al servicio del ser humano y de la civilización (www.trilogia.ws).



PRÓLOGO

Decretando un NO al miedo

Mi amigo, el Dr. Roberto Giraldo, fué, es y será el mas grande investigador para develar este fraude criminal del invento del “*virus VIH*” como generador del SIDA. Quizás sea su tenacidad diaria, constante y vitalicia, la que lo coloca como a uno de los imprescindibles de Bertolt Brecht...de esos que luchan toda la vida.

No por este elogio hacia Giraldo se desmerecen todos los gigantescos médicos, investigadores, terapeutas y grupos de apoyo disidentes del “*VIH/SIDA*” que trabajan duro por aportar luz hacia la verdad, hacia la concientización mundial de este genocidio. De más está decir que “*la disidencia del SIDA*” la conforman todos los que nos oponemos a la turbia teoría del “*virus VIH*”, que desde el anonimato luchamos, y Giraldo nos escolta con su sabiduría.

El diseño psicosocial y perverso del invento de que la inmunodeficiencia, SIDA, es generado por el “*virus VIH altamente contagioso*”, es el que manipula los sentimientos discriminatorios sociales de clases en una guerra horizontal, racistas, moralistas, xenofóbicos, religiosos, etc., que inconcientemente apoyan a este maquiavélico plaán del exterminio de las clases vulnerables, sin percibir que somos todos los rehenes del mismo terrorismo científico, al estar todos protegiéndonos contra todos del contacto humano más íntimo en las relaciones sexuales y la energía perturbada y truncada que frena el preservativo a todo su flujo vital que el amor tiene por función. Una forma moderna de castración.

Lo que según el cantante vasco Mezo Bigarrena (1951 -1993) afirmó en su canción “*La Rosa Fantasma*” en 1992:

“... Pienso que eres misterio de laboratorio
perro de bata blanca
que odias todo
y no dejas que nadie disfrute a su modo
sin que sea un rito mortuario

Quieres hacer del mundo un santuario
un lugar de espejismos limpio de todo
donde el amor te lo sirvan empaquetado
envuelto en la tela de un sudario..."

Todas las Religiones en su conjunto y en el más amplio abanico de creencias, aportaron y apostaron al diseño de esta mega mentira, como sostén del control social, debido a sus falsos profetas que dicen *"haber vislumbrado esta peste contagiosa"* desde hace ya milenios, y que se revolcaron sobre sus miserables triunfos ilusorios cuando surgió esta frase del *"SIDA"*, llenándose la boca de regocijo al ver de quienes se trataba como a las principales víctimas de esta *"enfermedad"*, y miraron con más desprecio aún a los homosexuales, a los promiscuos, a los adúlteros, a los negros, a los drogadictos, a los pobres, a los nadies de Eduardo Galeano, a los etc... llenándolos de culpas y usándolos del mal ejemplo a no seguir, ya que la biblia los venía persiguiendo desde el inicio de los tiempos. Antes que nazcan ya habían sido condenados.

El preservativo debe cumplir su función en la prevención del contagios de enfermedades venéreas y embarazos no deseados, pero para nada previene el SIDA, ya que la inmunodeficiencia se auto genera por mecanismos emocionales de aislamiento y no por contactos ni transmisiones contagiosas. Totalmente lo contrario de lo que plantean los ortodoxos.

Jesús Cristo, en varias oportunidades, enseñó como abrazando y amando a los enfermos de lepra, estos se curaban para siempre con la sola inclusión de que al menos alguien, alguna vez, creyó en ellos, y no los trató con desprecio. Luego Cristo salía limpio de todo supuesto contagio, pues El solo cumplió su misión, la de contagiar el amor.

Este mecanismo fraudulento del SIDA, tan finamente estudiado y aplicado con tanto éxito, sólo puede haber sido gestionado con el apoyo y consentimiento popular, de lo contrario no habría sido conformado y aplicado por las universidades de todo el mundo como peonaje de los negociados farmacológicos que subsidían sus cátedras y forman educando a sus alumnos como a un ejército peón al servicio de este exterminio de clases de esclavos para nuestra salud involuntariamente trastornada y mercantilizada.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) aporta su mejor papel paliativo y asistencialista en esta jugada, y es el de consentir de modo hipócrita todos los crímenes que el fraude *"VIH/SIDA"* esta perpetuando y afianzando desde 1981 entre una población mundial que a partir del mismo miedo al

contagio, es que se hace cómplice y parte del odio innato y estigma social que tenemos al contacto humano, se nos aliena y encostra el amor, se contagia el miedo. Y, de nuevo, como dijo Bigarrena en su canción testimonial:

"...Un fantasma de rosa, recorre el mundo
una rosa fantasma clavando espinas
que escondida en esquinas
y en almohadones
mete miedo entre piernas
y en algodones..."

Asco al tacto, que nos enferma aislando y nos disminuye el sistema inmunológico con desamor, que oportunistamente lo disfrazan de *"VIH/SIDA"* para inyectarnos sus AZTs que nos terminaran al fin por matar de inmunodeficiencia, de SIDA, *"de virulentos enfermos de libertinaje"*, que cada vez mas la O.M.S. aporta drogas y antibióticos a su mercado drogadicto para *"prevenir contagios y enfermedades"* y que gestan drástica la disminución del sistema inmunológico volviéndolo dependiente y replegado.

Roberto Giraldo sostuvo durante años el origen Tóxico – Nutricional del SIDA, pero en los últimos años afianzó todo su conocimiento investigando y comprobando la influencia psicopatológica y psicosomática de esta reacción de la disminución del sistema defensivo, cosa que viró el rumbo drásticamente de las posibles soluciones terapéuticas más positivas para su implementación en un conjunto de terapias psicológicas y naturales, tratando las culpas, los prejuicios, los fantasmas, estimulación con masajes, etc., y que lo colocan en el punto más vanguardista de la Disidencia Mundial del *"VIH/SIDA"* y entre los mas claros conceptos que la ciencia haya visto aún.

La paranoia que cunde, influye desde la psiquis directamente hacia la bioquímica que se denomina Estrés Oxidativo Celular y la *"Carga Viral"* por bajo reciclado natural inmunológico, con estos factores, junto a los factores Tóxico – Nutricionales, son los que detectan los test de Elisa y Western blot, pero no detectan ningún *"virus VIH"*, ya que nunca fue aislado ni comprobado su existencia.

Este libro *"SIDA y Estrés Oxidativo"*, no es más que un fiel reflejo de que los estudios sistemáticos y los trabajos de Roberto Giraldo están verazmente acertados, y que, debido a esto, surgen terapias complementarias con una contundente y avasalladora propuesta de revertir la historia de la medicina contemporánea, con soluciones evolutivas para salir de este

oscurantismo científico en el que nos quisieron condenar al miedo perpetuo del contacto humano, como el estímulo necesario mas vital, pero muerto, del sistema inmunológico. Miedo al aislamiento aislándonos nosotros mismos, soledad, miedo al miedo. ... y Giraldo nos hizo perder este miedo con la luz de su mirada visionaria, trayendo la noticia redentora de que el "virus VIH" no existe, que no hay contagio, y que lo único que si se contagió fue el miedo a un fantasma. Con preservativo o sin preservativo, el miedo es el "fantasmal virus VIH" que nos enferma hasta morir.

Pero si existe la inmunodeficiencia adquirida y mata a millones de personas, y que es mucho más peligrosa aún de lo que se sabe y se trata, ya que oficialmente su tratamiento es en base a quimioterapias antibióticas intoxicantes, creados como para "atacar a un virus mortal", y sólo están quitando la capacidad regenerativa genética del sistema inmunológico replegado por otros diferentes factores, que viene desde hace mas de 500.000 años de evolución y especialización del *Homo sapiens*, y que sólo hay que darle la oportunidad natural de encontrar su rumbo, y que como "sapiens", también nos faltó saber identificar al enemigo, que nos viene a curar matándonos con su sello de la O.M.S..

Si a Nicolás Copérnico le hubiera tocado aclarar la verdad del "VIH/SIDA", y no defender su teoría del Sistema Cosmogónico Heliocéntrico de que el mundo no era el centro del universo, le hubiera resultado más fácil, siendo que hoy no contaría sólo con su único discípulo Galileo Galilei, pues hay mas de 20.000 disidentes y diagnosticados seropositivos y con SIDA que hoy pueden atestiguar con documentación de que su estado de desequilibrios inmunológicos sólo dependían de los factores apuntados por Giraldo y no causados por un "virus VIH". O sea que, si a Copérnico le costara su reconocimiento después de casi 500 años cuando le pidieron perdón por las persecuciones ideológicas en 1992, la odisea de Giraldo y los disidentes los posiciona en un trabajo en conjunto evolutivamente más especializado y organizado que el del gran astrónomo Copérnico y su discípulo Galilei. La Disidencia del SIDA actúa como a una respuesta defensiva invulnerable al aislamiento de la historia. Evolucionó la lucha por la verdad y la justicia.

La colosal tarea de Giraldo, es también, definir que la medicina alopatía no es el centro de la verdad ni de la salud mundial organizada, y por si fuera poco, no hay amenazas que lo hagan retractarse públicamente de sus estudios, como si lo tuvieron que hacer Copérnico y Galilei, que sin testigos y amenazados de morir en la hoguera por herejes, vivieron el resto de sus vidas, y murieron sin saber si la humanidad algún día vería la verdad de sus hallazgos, cosa que la Disidencia del "VIH/SIDA" no dará ni un paso atrás

hasta demostrar al mundo que se volvió a caer en el mismo egocentrismo científico dogmático de la ignorancia y el miedo a ver la luz de la verdad. Egocentrismo también diseñado por las Iglesias, Religiones, Instituciones y Cleros del oscurantismo histórico y actual enquistados en el poder inquisidor, que siempre se creyeron el centro del universo, pero saben muy bien que vivieron, viven y vivirán en la marginalidad que sus prejuicios necios y ortodoxos determinan, y que encegucieron su función social que Jesús Cristo les legó.

"...Es el rastro borrado
de un puñal mudo
es la risa cobarde que alegra hienas
puritanas y frías sin corazones
que hielan los tajos
y los cojones..."
Mezo Bigarrena

Hoy Giraldo me invita a concretar este trabajo en evolución permanente con diferentes compañeros de la Disidencia del "VIH/SIDA" y el nuevo replanteamiento científico del VIH, para echar luz sobre los mitos oscuros que esconde la Organización Mundial de la Salud y sus estrategias moralistas para detectar "VIH/SIDA" mediante los test y análisis que son inespecíficos para tal función, reafirmando más aún la mentira sobre la existencia del "virus VIH".

Este viejo luchador contestatario, viene desde 1984 rechazando visceralmente el uso de los AZTs como solución quimioterapéutica para revertir la inmunodeficiencia, en lo que coincidimos exactamente en mis investigaciones sobre Antibióticos Naturales, de que los AZTs son los que generan la inmunodeficiencia y la reafirman crónicamente.

El Premio Nobel de Medicina, Dr. Luc Montagnier, Premiado por mentiroso al afirmar que aisló y descubrió el virus HIV como causante del SIDA, hoy ya confesó públicamente de que: "...la inmunodeficiencia humana no es generada por el virus VIH, y que el SIDA tiene un origen Tóxico - Nutricional...". Tarde se arrepintió este impostor, y creo que carga sobre sus espaldas muchos muertos que le carcomen la conciencia desde la nuca hasta su frente.

Entre medio quedaron los serviles defensores del "virus VIH" sin su sustento principal, que es el mismísimo inventor Luc Montagnier. ¿Desde

donde defienden esta mentira y hasta cuando seguirán matando gente inocente? Creo que ni Copernico, ni Galilei ni Giraldo pueden determinar cuanto de contaminación científica los ha cegado y anestesiado como para seguir en el egocentrismo mercantilista de la salud sabiendo el daño colosal que están llevando a cabo desde ese agujero negro que todo lo traga. Entonces, creo, que Albert Einstein podría explicarlo desde su teoría de "La Relatividad". (Otro Premio Nobel que le carcome la conciencia desde la nuca hasta la frente con los gritos del horror de Hiroshima y Nagasaki)...

Alfred Nobel, se alivia al repartir las culpas con los fondos destinados de su Gran Premio. Pues, él, como fabricante de armas y multimillonario generador de guerras y criminal de guantes blancos, reparte responsabilidades entre estos dos talentos perdidos. Que, a estos, el sistema los usó de preservativo, como para no tener contacto directo con todas las violaciones a la humanidad que se perpetúan.

Tienen miedo al contagio del miedo.

La prostitución de la ciencia al servicio del poder.

Jesús Cristo tuvo un amor, un amor revolucionario. Pero nunca fue aceptado por el poder eclesiástico. Pues dejaba un mensaje de fe demasiado contundente. Jesús amaba a María Magdalena, una prostituta, y Jesús le fue fiel toda la vida, fiel a una prostituta, que se transformó en la única cristiana fiel a Jesús y lo lloró hasta su último suspiro bajo la cruz. Ninguno de los Apóstoles negadores que lo desconocieron abandonándolo, sólo Ella dignamente lo acompañó, junta a su madre María.

¿Cuánto cambia el amor sin prejuicios moralistas? El contacto fiel con los marginados nos vuelve sagrados. No nos hacía falta el escarmiento del invento del "virus VIH" que causa la muerte por infidelidad. Cristo dejó un único ejemplo, la fidelidad al prójimo es la lealtad hacia nosotros mismos.

Si esto tuviera una salida política, creo que merecería mi reconocimiento, pero lamento decir que el finísimo diseño de esta mentira, no será un desafío a sortear por la clase política ni de poder de ningún país, pues están todos a la orden de los intereses económicos drogadependientes y serviles para un eficiente control social, que los aleja y aísla de su función de defensa de los intereses de los pueblos a los que representan.

El VIH es sociológicamente corporativo, pero científicamente insustentable. Lo que la hace desmoronarse. Bigarrena nos recuerda que:

"... Quien fue el que te parió asesino de probeta que con cara de profeta y predicando redención quieres venderme la muerte o el condón.

Como es que se te ocurrió amargarme así la vida con este invento del SIDA y tu falsa información que me trata de cretino o maricón..."

Patricio Pino
Perito en Administración de Empresas
Agricultura orgánica y ecológica
Río Ceballos, Sierras de Córdoba,
Argentina

Email: patricio_pino@yahoo.com.ar
Septiembre de 2011

Investigador de terapias medicinales, naturales, antropológicas



PRESENTACIÓN

El Despertar a la Luz

La importancia y trascendencia de éste y todos los libros del Dr. Roberto Giraldo llegan a niveles muy profundos de transformación interior.

Nunca imaginé que aquella reunión en Julio de 2004, iba a traer a mi vida y la de tantos seres humanos una luz de verdad, un despertar a la vida, a la realidad de lo que nos sucede internamente a niveles emocionales, físicos, espirituales; una luz que alumbraría un camino de dolor y estigma por el que miles de seres humanos tienen que pasar; una luz que alumbraría el camino que algunos seres poderosos y sin escrúpulos han querido apagar montando una gran mentira, un espectáculo de dolor, miedo, estigma, que ninguna película podría llegar a expresar por ser tan crudo, desalmado y muy lejos del amor profundo a los seres humanos, a su libertad de información y libertad de decisión.

Mi querido amigo el mexicano Carlos Escudero, con quien veníamos contactándonos vía email hacía como cuatro años me escribió un correo en esa fecha, Julio de 2004, contándome que venía finalmente a Perú a un congreso de medicina tradicional andina en Cusco y que traía con él a un gran médico investigador, científico, su amigo, incansable ser dedicado a ayudar a las personas seropositivas con una propuesta científica que transformaría mi vida para siempre, se trataba del Doctor Roberto Giraldo.

Llegaron el Dr. Roberto Giraldo, Carlos Escudero, Martín Canales y Diana Giraldo. Pude reunir a un grupo maravilloso de seres humanos que lejos de conocer algo del tema del SIDA o del VIH, sintieron que debían estar presentes ese día.

Cuando conocí a Roberto Giraldo, inmediatamente supe que algo muy importante iba a pasar y que se estaba iniciando un camino de luz y trabajo arduo por la verdad. Nos reunimos por casi 5 horas, durante las cuales nos contó sobre sus investigaciones científicas y el gran fraude del VIH.

Cuando uno sabe que algo es real, una voz interior te lo dice, confías y decides qué hacer. Eso me sucedió tanto a mí como a los demás asistentes y decidimos no ser espectadores indignados por el gran fraude y por el sufrimiento de los seres humanos que podían salir seropositivos y sus vidas

se tomarían en un infierno. Era hora de actuar, debíamos apoyar y continuar el trabajo de Roberto Giraldo y de los muchos médicos, investigadores y científicos del mundo entero.

La gente que nos acompañó ese día sintió lo mismo y la sincronía se dio de inmediato gracias a Carlos Escudero y al amor y pasión de Roberto.

Me dijo algo muy interesante, "*el SIDA es una alerta roja para la humanidad, debemos cambiar de inmediato o el mundo como lo conocemos no seguirá existiendo, ahora hasta las abejas tienen SIDA*".

Nació de ésta forma, bajo el apoyo de Roberto Giraldo y Carlos Escudero, Monarcas Perú, Movimiento Nacional para el Replanteamiento Científico del SIDA, una asociación civil sin fines de lucro cuyo fin es ayudar a los seropositivos, amigos, familiares y todas aquellas personas que sufren de alguna forma con este engaño y con la creación del fantasmagórico VIH. Nos dedicamos a informar sobre el verdadero origen del SIDA, el fraude del VIH y las múltiples formas que tiene un individuo para restablecer el sistema inmune sin tomar los antiretrovirales que son tremendamente tóxicos, inespecíficos y condenan a una dependencia tóxica e inmunosupresora para "alargar" la vida de las personas seropositivas. Monarcas México, nuestra hermana mayor nos apoya, así como muchas otras organizaciones internacionales y caminamos juntos en ésta misión.

"*El ser humano tiene el derecho constitucional de estar informado*". Bajo estas sabias palabras, decidimos difundir y apoyar y son ya 7 años de labor. Difundiendo artículos de investigación científica de médicos e investigadores disidentes de todo el mundo y dando apoyo emocional a las personas que acuden a nosotros.

Pudimos comprobar personalmente que la Teoría del Origen Tóxico-Nutricional del SIDA del Dr. Giraldo se reflejaba en todos los casos de personas seropositivas que llegaban a nosotros.

Para poder desarticular el programa de muerte de la mente de una persona que resultó seropositiva en una prueba de Elisa, tenemos que ser muy cuidadosos ya que el estado emocional está sumamente afectado debido al trauma inmunosupresor que se genera al saber los resultados "*mortales*" de estos tests, es decir la persona puede llegar a bajar sus defensas no por tener VIH, que Giraldo nos explica con detalle las razones de su inexistencia, pero por el pánico al que es expuesto el ser humano al creer que tiene un

virus mortal que lo va matar y el estigma social, personal, laboral, religioso que ese resultado genera.

El estado emocional de un seropositivo es tan frágil que cualquier gripe puede asustarlo y pensar que tiene SIDA, ignorando por completo la realidad de las cosas: las pruebas de detección del supuesto VIH, no detectan ningún virus, son inespecíficas y los laboratorios lo saben porque colocan en las indicaciones internas frases como "*Esta prueba no determina la presencia del VIH en la sangre*". Pretendiendo con ello protegerse en caso de alguna demanda legal.

Las emociones de una persona pueden alterar el comportamiento de los órganos del cuerpo humano, como el miedo generar diarrea, por lo tanto también generan oxidación celular o por el contrario otras emociones positivas como la alegría pueden convertirse en antioxidantes, es decir ayudar al óptimo funcionamiento del sistema inmunológico evitando la oxidación celular.

Conozco muchas personas que no presentaban ninguna enfermedad antes de la prueba de Elisa e inmediatamente después de salir con un resultado positivo, esas personas empezaron a enfermarse por creer la versión de muerte que nos cuentan los medios de comunicación, sistema médico, lo cual es muy entendible porque asumieron que ellos estaban informados con bases científicas.

Tenemos 27 años de programación de muerte, cuando Gallo lanzó su conferencia de prensa en 1984, sobre el supuesto hallazgo de las causas del SIDA, es decir el tan promocionado "*VIH*". Durante todos esos años, el sistema y medios de comunicación nos han bombardeado con mensajes estigmatizantes, mensajes generadores de pánico, estadísticas manipuladas, números creados para mantener a la población asustada y sumisa, aceptando la teoría oficial del VIH/SIDA. Por lo tanto no podemos pretender que esa programación cambie tan rápidamente. Cabe resaltar que Robert Gallo del Instituto Nacional del Cancer de los Estados Unidos, utilizó información de Luc Montagnier del Instituto Luis Pasteur de Francia, lo cual generó que ambos pelearan por las regalías y la autoría del descubrimiento de un virus fantasma. La falta de ética en el comportamiento de estas dos personas, es simplemente un fractal de la realidad del sistema moderno.

Felizmente existen científicos, médicos e investigadores con ética, moral y respeto como Roberto Giraldo, Peter Duesberg, Eleni Papadopoulos, Etienne de Harven, David Crowe, etc.; que luchan por llevar a las personas las verdades científicas. Esta comunidad de investigadores éticos solicitó se

publiquen los experimentos realizados para el aislamiento del "estándar del oro", es decir el virus purificado y nadie lo hizo, ni sus supuestos "descubridores", simplemente porque no existía ese supuesto virus.

Un paciente seropositivo que desconocía todo esto y ahora lo sabe, inmediatamente desarticula de su mente el 50% de la programación de muerte. Claro que existen pacientes que en el fondo, por algún motivo, ya sea carencia afectiva, traumas de infancia, miedos, etc, se sienten víctimas y viven dándose pena, dicha actitud es nefasta para la recuperación de cualquier sistema inmunológico.

Quiero recalcar cómo las emociones, la información alterada o fraguada pueden tener efectos tan profundamente dañinos en las personas negativas y en las positivas. He visto casos de personas muy tristes, que sienten que su vida se acaba, que sus sueños se desvanecen debido a que no tienen accesos a la "Otra Cara del SIDA", a la verdad, a la luz, a la esperanza.

Una de las causas por las que Roberto Giraldo escribió este libro, es debido a la falta de comprensión de algunos disidentes de algunos puntos clave sobre el origen del SIDA, miembros de Monarcas y de otros grupos en el mundo, del profundo cambio mental, emocional y espiritual necesario para dejar de generar toxinas, oxidación celular, energía negativa las mismas que continuamente dañan el sistema inmune y otros sistemas. Roberto Giraldo había explicado incansablemente durante muchos años que el diagnóstico de seropositividad a un Elisa no significa de ninguna forma que la persona se haya "contagiado" del VIH, pero que esa persona había generado un exceso de oxidación celular por exposiciones múltiples a Agentes Estresantes de origen químico, físico, nutricional, biológico, mental, energético y esa oxidación celular había positivamente la prueba que detecta proteínas y enzimas de suero o sangre estresada. El detalle de esta investigación está ampliamente explicado en varias de sus publicaciones y en su sitio web.

Algunos disidentes decidieron tomar radicalmente la primera parte de lo descrito anteriormente y decir que "ser seropositivo no significa nada, debido a que el VIH es un virus inventado". Esta afirmación es sumamente peligrosa para aquellas personas que necesitan cambiar el estilo de vida, tratar alguna enfermedad como psoriasis, candidiasis, alguna ETS (enfermedades de transmisión sexual), neumonía, desnutrición, enfermedades mentales - emocionales, o alguna de las más de 75 afecciones y estados que dan positivo un Elisa. Esa enfermedad debe ser tratada como tal y no como parte del paquete VIH que el sistema médico actual quiere obligarnos a creer. Para las personas que tienen dudas al respecto de las pruebas de

detección y su significado y para todas aquellas que deseen tener información ética y científica es que el Dr. Giraldo ha escrito este libro.

Otro punto que muchos pacientes seropositivos y por lo tanto personas de todo el mundo necesitan comprender para luego aceptar, es el tema emocional y cómo la alimentación, junto con las emociones y un desbalance energético, pueden enfermar a las personas y por qué no, llevarlos a estados de inmunodeficiencia severa.

He podido conversar durante estos 7 años con más de 400 personas seropositivas y he podido observar reacciones diversas a esta información que nos han ocultado durante tantos años. Hay personas que lo comprenden integralmente y lo aceptan, no necesitan rebuscar más ni desgastar su mente; hay otros que siempre estarán buscando algo más, jamás dejan de cuestionar y están buscándole 3 pies al gato; otros que simplemente no la aceptan y deciden seguir la versión ortodoxa del contagio del supuesto virus. Muchas o algunas de estas reacciones negativas a "la verdad del SIDA" para mí sólo expresan el miedo y terror al hecho que deben cambiar, evolucionar, perdonar, volver a amar y dejar de ser tan soberbios. Debemos aceptar por otro lado que no todos somos iguales y que cada uno de nosotros es un Universo lleno de emociones, con personalidades simples y complejas, entornos diversos, culturas que nos condicionan, por lo tanto las reacciones a la información será muy individual.

La información puede ser uno de los factores más importantes que liberen a las personas de las enfermedades, es por eso que considero de gran valor el trabajo del Doctor Roberto Giraldo ya que gracias a sus investigaciones éticas y científicas y a las de muchos valientes científicos como el Dr. Norberto Keppe que ha abierto una nueva dimensión sanadora en la medicina; el Dr. Andrew MacLean Pagon, quien viene tratando con medicina integral a seropositivos en Lima, Perú generando excelentes resultados; el Dr. Luis Guillermo Mejía en Colombia director y fundador de Causa, el Dr. Víctor Andrade en Perú y México, el doctor y gran luchador por la verdad del SIDA quién falleció recientemente en México, Juan José Flores, entre muchos otros es que se están salvando muchas vidas, despertando de un mal sueño, de la irrealidad manipuladora del sistema hacia la salud.

Finalmente quiero recalcar que no hay salud si es que no trabajamos también y básicamente con nuestro espíritu, somos una unidad mente-cuerpo-espíritu y por lo tanto uno nutre al otro. En la vida real Giraldo y Keppe hacen un dúo magistral trabajando juntos temas energéticos, vibracionales que se relacionan con el origen de las enfermedades.

Desde el punto de vista del paciente, del ser humano, del ser divino, la información, la entrega, la devoción a la verdad con la que se ha escrito este libro, es un nutriente elemental para iniciar o para seguir adelante con la misión de sanar para muchos, de difundir para otros, pero básicamente es la oportunidad para saber, conocer, cambiar, mejorar y despertar a la luz.

Con amor y luz,

Maria Grazia Gonzales Polar
Presidente y Fundadora de Monarcas Perú
www.laverdaddelsida.org
mariagrazia@laverdaddelsida.com
Lima - Perú



INTRODUCCIÓN

Desde los inicios de la epidemia del SIDA en la década de los años 80 del siglo pasado, han habido dos hipótesis fundamentales sobre su origen:

- a) La infecciosa y viral del "VIH/SIDA", propuesta y defendida oficialmente por los organismos de la salud pública del gobierno de los Estados Unidos e implementada en todos los países por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), agencia de la Organización para las Naciones Unidas, ONU.
- b) La hipótesis tóxica y nutricional defendida por los científicos y organizaciones de la denominada "Disidencia del SIDA", entre los cuales tengo el privilegio de estar yo.

Para los defensores de la hipótesis "VIH/SIDA", el resultado positivo en las mal llamadas "pruebas para VIH" siempre indica estar infectado con el supuesto "virus del SIDA", idea que nuevamente rebato con argumentos científicos en el segundo capítulo de éste libro.

Dentro de los científicos de la "Disidencia del SIDA" existen básicamente tres hipótesis para interpretar un resultado positivo en las "pruebas para VIH":

- a) Estar infectado con un virus no patógeno (con un virus pasajero), sin implicaciones para la salud de la persona.
- b) Que puesto que el "VIH" no existe, resultar positivo en las "pruebas para VIH", no tiene ningún significado.
- c) Que a pesar de que lo que se conoce como "VIH" no es un virus verdadero, el resultar positivo en las denominadas "pruebas para VIH" puede interpretarse como una indicación indirecta de intoxicación y estrés oxidativo del sistema inmunológico y de otros sistemas corporales y que por lo tanto las personas seropositivas deben tomar precauciones por el resto de sus vidas.

Desde hace casi dos décadas he estado mostrando la abundancia de argumentos científicos que sustentan la tercera posibilidad. En tal sentido, la intoxicación y el exceso de radicales libres que muestran indirectamente los resultados positivos en "las pruebas para VIH" resultan de exposiciones múltiples, repetidas y crónicas a una variedad de agentes estresantes de origen químico, físico, biológico, nutricional, pero sobretodo emocional.

Pienso que es importante recopilar ahora en un solo documento (este libro) gran parte de la información científica disponible para ayudar a las personas seropositivas y a los enfermos con SIDA a decidir lo mejor para regresar al equilibrio de su salud. De ahí precisamente el nombre que le di a este libro: "*SIDA y estrés oxidativo: Bases científicas para una interpretación de la seropositividad y del SIDA como aumento del estrés oxidativo*".

Pero como ocurre con cualquier otro conocimiento, para entenderlo y ponerlo en práctica, se requiere un deseo profundo de querer acercarse a la verdad, respeto por quien escribe y sobretodo mucha humildad para reconocer los propios errores y así conseguir cambiar una idea o un paradigma.

Antes de continuar la lectura de este libro sugiero estudiar con cuidado la introducción que hiciera a mi libro anterior "*Usando nuestra farmacia interior para prevenir y curar el SIDA*" (2009), pues cada día cobra más validez su contenido.

Roberto Giraldo, M.D.
São Paulo, Brasil, septiembre de 2011

INTRODUCCIÓN para el libro del 2009

Reproduzco aquí la introducción que escribí en octubre del año 2009 para el libro "*Usando nuestra farmacia interior para prevenir y curar el SIDA*" pues es también válida para entender este nuevo libro y principalmente su último capítulo, el sexto sobre "*Algunas alternativas efectivas para la prevención y el tratamiento del SIDA*".

Los pacientes que he estado atendiendo durante 40 años de intentar practicar una medicina integral (cuerpo, mente y espíritu), muestran claramente, que la génesis de todo tipo de enfermedad, depende fundamentalmente de la personalidad y de la vida emocional de la persona. Similarmen te he aprendido de ellos, que la prevención y la curación también dependen de nosotros mismos, que la sanación comienza en nuestro interior, en el hecho de que aceptemos humildemente la propia psicopatología.

Por esta razón desde la década de los años 60 he estado estudiando la información científica disponible sobre medicina psicosomática, siendo uno de sus primeros estudiosos el médico húngaro Franz Alexander (1891-1964), seguido más tarde por Jurgen Ruesch, Kenneth Freedman, David Sheps, Hans-Christian Deter y Ramiro Verissimo. Mas adelante investigué sobre los descubrimientos de la psiconeuroinmunología de George F. Solomon y Rudolf Moos. Ya en la década de los años 80, comencé a estudiar las múltiples investigaciones y publicaciones sobre psiconeuroinmunología de Robert Ader, Ronald Glaser y Janice Kiecolt-Glaser, de Karl Goodkin, Manfred Schedlowski, Barbara Sperner-Unterweger, David Ostrow, Michael Irwin, Kav Vedhara, Alan Watkin, John Andreassi, Carol Davis, Walter Pierpaoli, Herbert Spector, Helio Holperin entre otros. He estudiado también los fundamentos del perseguido médico alemán Ryke Geerd Hamer y su "*Nueva Medicina*". Todos ellos concuerdan en la obligatoria necesidad de la existencia de una personalidad específica antes del desarrollo de cualquier enfermedad y aceptan el papel fundamental de las emociones positivas en la prevención y curación.

La obra del médico vienés Hans Selye (1907-1982) sobre estrés, agentes estresantes y respuestas al estrés, nos brinda un encaje de conocimientos

íntimos del reaccionar fisiológico y bioquímico del ser humano a las diferentes manifestaciones del estrés emocional, químico, físico, biológico y nutricional.

Infelizmente, el establecimiento médico actual, solo acepta un papel secundario o de simple cofactor, a las emociones negativas en la génesis de las enfermedades. De forma similar, la medicina moderna junto con la industria médico-hospitalaria, orientada por las compañías farmacéuticas internacionales, utilizando las orientaciones erradas de la "*Teoría Germinal*" del francés Louis Pasteur, hacen creer a las personas que la causa de las enfermedades está por fuera de ellas. De esta forma los individuos piensan equivocadamente que enferman porque son atacados por virus, bacterias y hongos, por toxinas del exterior o por presiones sociales; y que por consiguiente la curación de sus males puede ser posible con medicamentos externos o con otras terapias externas, que neutralizarían en alguna forma a los agentes del exterior; supuestamente causadores de sus males. Como resultado de lo anterior, existen en el mundo de hoy más de 800 compañías farmacéuticas que esparcen sus medicamentos venenosos y vacunas por toda la faz de la tierra.

Debido al prejuicio microbiológico o bacteriofobia pasteuriana, es que investigadores, médicos, periodistas, ciudadanos comunes y las personas seropositivas o con SIDA, se dejan engañar y creen que la causa de sus dolencias está en algo que adquirieron del mundo exterior, por ejemplo, en el "*VIH*", intencionalmente denominado "*virus del SIDA*"; y que la prevención o curación pueden lograrse con medicamentos antirretrovirales de reconocida toxicidad para todas las células humanas.

Mi trajinar desde 1981 con personas seropositivas y con pacientes con las manifestaciones clínicas del SIDA, provenientes de diferentes extractos socioeconómicos de países de Europa, África, Asia y América Latina, me ha mostrado un común denominador en todos ellos: la necesidad imperiosa de una personalidad específica para poder generar la seropositividad y el SIDA, como se describe en el capítulo 7 de este libro (*libro del 2009*). Sin una psicopatología específica no es posible la seropositividad ni el SIDA. Lógicamente que la exposición a agentes estresantes para el sistema inmunológico contribuye significativamente al deterioro corporal. Sin embargo, la exposición a los agentes estresantes mismos y el daño potencial que estos puedan causar, dependen enteramente de la psicopatología de cada persona. Las personas más equilibradas emocionalmente toleran mucho más las exposiciones a agentes tóxicos externos.

No es fácil aceptar esto, pues debido precisamente a la patología mental (envidia, megalomanía, narcisismo, arrogancia, soberbia), los seres humanos

preferimos culpar a otros o a otras cosas, de los males que nos generamos nosotros mismos, debidos a los desequilibrios emocionales. Sin humildad para aceptar nuestra patología mental, no es posible ni la prevención ni la curación de ninguna enfermedad.

En el año 2004 leí el libro "*El origen de las enfermedades*" de este gran psicólogo y científico brasileño el Dr. Norberto Keppe y pensé inmediatamente que al fin había encontrado lo que yo venía buscando desde antes de ingresar a la escuela de medicina. La Trilogía Analítica Keppeana analiza todos los fenómenos del ser humano y del universo, desde un punto de vista científico, filosófico, pero sobre todo espiritual o teológico. Keppe es el padre de una auténtica "*Medicina del Alma*".

Fui invitado por la Dra. Cláudia Pacheco a trabajar con la Trilogía Analítica y desde 2007 coordino en Sao Paulo el Departamento de Medicina Psicosomática Integral de la Trilogía Analítica, donde estoy intentando aprender del Dr. Keppe y de mis pacientes, las mejores formas de mostrar a otros el camino para regresar a la salud perdida. La persona en su libre albedrío decide si lo toma o no.

El objetivo fundamental de este libro, es por lo tanto, poner a consideración de médicos y terapeutas éticos, así como de las personas seropositivas y de aquellas con SIDA, los puntos de vista sobre el papel fundamental de las emociones negativas o positivas en la génesis y en la curación de las enfermedades. Este libro debe servir de ayuda para aquellos individuos que, sincera y humildemente, deseen regresar a un estado de equilibrio interno y salud. Debe servir también de guía para aquellos trabajadores de la salud que éticamente ponen el interés de sus pacientes por encima de todo.

Roberto Giraldo, M.D.
São Paulo, Brasil, octubre de 2009.

Pruebas de laboratorio para diagnosticar infecciones verdaderas

“El ser humano tiene una oposición violenta al conocimiento”
olvidando que “El conocimiento podrá resolver todos
los problemas de la humanidad.”

N. Keppe

(*A Libertação pelo Conhecimento*; 2001a, páginas 16 y 175)

Antes de analizar en detalle información científica pertinente a las llamadas “*Pruebas para VIH*” es importante tener una idea general o recordar la forma como comunmente son diagnosticadas en el laboratorio clínico las verdaderas enfermedades infecciosas.

Las enfermedades infecciosas reales son aquellas en las cuales se ha demostrado científicamente - *a posteriori* - que un agente infeccioso, sea este virus, bacteria, hongo, parásito o artrópodo es absolutamente necesario para su existencia, como por ejemplo Hepatitis A y B, poliomielitis, tuberculosis, fiebre tifoidea, histoplasmosis, toxoplasmosis, paludismo, leishmaniasis, criptococosis, para mencionar solo algunas.

Para su diagnóstico existen métodos de laboratorio directos y otros indirectos (Wilson 2004; Cecchini y Gonzalez 2008), como explicamos a continuación:

1.1. Pruebas de diagnóstico directo

Estas pruebas detectan a los agentes infecciosos mismos, ya sean estos virus, bacterias, hongos, parásitos y artrópodos. Son las pruebas de la microbiología y de la parasitología clásicas iniciadas con Luis Pasteur (1822-1895) en Francia y Robert Koch (1843-1910) en Alemania.

La prueba que detecta directamente a un agente infeccioso se conoce también como “*Prueba Estándar de Oro*” pues ella es usada para saber la especificidad de pruebas indirectas: se compara el resultado de una prueba indirecta, como por ejemplo pruebas serológicas, pruebas de biología molecular

y de genética, con el aislamiento directo o verdadero de un agente infeccioso que es su "estándar de oro".

La muestra del supuesto material infeccioso - sangre, médula ósea, orina, fecales, esputo, escamas de piel y mucosas, secreciones - se ve directamente o con la ayuda de una lupa o del microscopio o puede ser cultivada.

1.1.1. Exámenes en fresco

Algunas veces el supuesto material infeccioso se ve diluido con algún líquido como solución salina y lugol (Ej., huevos de parásitos, tricomonas), con hidróxido de potasio (Ej., hongos cutáneos).

Otras veces el material puede ser coloreado con alguna coloración en el laboratorio: coloración de Gram (para bacterias gram positivas y gram negativas, etc.), coloración de Gramsa (para parásitos del paludismo, babesia, etc.), coloración de Wright (para leishmanias, tripanosomas, filarias, etc.), coloración de Ziehl Nielsen (para bacilo de Koch de la tuberculosis, nocardias, etc.). Estas coloraciones ayudan a identificar directamente al agente que se sospecha.

1.1.2. Exámenes por concentración

El supuesto material infeccioso se centrifuga, para intentar concentrar al aparente agente que se sospecha y que pueda estar en poca cantidad en los tejidos y órganos enfermos.

En parasitología por ejemplo, son usados con frecuencia para intentar detectar huevos de parásitos en materias fecales o para concentrar parásitos del paludismo ("*Gota Gruesa para Plasmodium*").

1.1.3. Cultivos

Existen medios de cultivo artificiales que contienen como base una gelatina como el *agar agar* a la que se le han añadido los nutrientes necesarios para que crezcan allí los supuestos agentes infecciosos y según las características macroscópicas y microscópicas de sus colonias se pueden identificar por ejemplo diferentes bacterias y hongos.

Los virus verdaderos, por ser parásitos obligatorios, solo crecen en cultivos de células humanas o de animales.

Vale la pena tener en mente aquí que no existe ninguna prueba directa para detectar al "VIH", simplemente porque ese supuesto agente no existe; si existiese, la tecnología actual ya lo hubiera aislado y purificado. Por esta

razón tampoco existe "Estándar de Oro para VIH" o sea el virus "VIH" mismo, íntegro, aislado y purificado.

Similar a lo que pasa con "VIH" sucede con Hepatitis C, jamás se ha aislado y purificado el supuesto virus de la Hepatitis C, y por tanto tampoco existen pruebas para su diagnóstico directo.

1.2. Pruebas de diagnóstico indirectas

1.2.1. Pruebas serológicas

Las pruebas serológicas para virus, bacterias, hongos y parásitos verdaderos son todas pruebas indirectas que pueden solamente sugerir infección pasada o reciente con el agente infeccioso en cuestión; agentes infecciosos que han sido aislados y purificados sin ninguna duda, usando técnicas de la microbiología y de la parasitología clásicas.

Las pruebas serológicas buscan detectar en la sangre o en otros líquidos corporales anticuerpos contra los antígenos del agente infeccioso; para lo cual es necesario que el laboratorio tenga como reactivos a los antígenos del agente infeccioso. Estos antígenos se han obtenido al romper al agente infeccioso aislado y purificado generalmente en cultivos artificiales o de células.

Las pruebas serológicas también pueden detectar antígenos del agente y, en tal caso, es necesario que el laboratorio tenga los anticuerpos como reactivos.

Existen muchísimas pruebas serológicas para virus, bacterias, hongos y parásitos. Por ejemplo hay pruebas serológicas para sarampión, polio, rubéola, viruela, paperas, CMV, hepatitis A y B, ántrax, brucelosis, tularemia, toserina, campilobacter, estreptococos, salmonelosis, sífilis, amibiasis, leishmaniasis, tripanosomiasis, filariasis, toxoplasmosis, histoplasmosis, paracoccidioidomicosis, blastomicosis, criptococosis, para mencionar algunas.

Sin embargo, las pruebas serológicas para los agentes anteriores son todas pruebas indirectas, que solamente pueden sugerir infección pasada o reciente con esos agentes infecciosos verdaderos.

En Serología Clínica, la Sensibilidad se define como "La habilidad de una prueba para detectar TODOS los verdaderos positivos" y la Especificidad se define como "La habilidad de una prueba para detectar SOLO a los verdaderos positivos".

Pero además ninguna prueba serológica para agentes infecciosos verdaderos es 100% específica, pues ellas pueden algunas veces resultar positivas al detectar lo que se conoce en inmunología como "Anticuerpos Cruzados". En tal sentido, en ocasiones las pruebas serológicas detectan anticuerpos contra antígenos de "otras cosas" que nada tienen que ver con el agente infeccioso en cuestión: son las llamadas reacciones "falsas positivas" para tal o cual agente.

Por ejemplo, las personas con gran cantidad de auto anticuerpos - anticuerpos contra los propios tejidos -, como ocurre en Lupus Eritematoso y en otras enfermedades autoinmunes, pueden resultar positivas en pruebas serológicas para sífilis - Ej. VDRL, RPR - sin que la persona padezca de sífilis. En estas personas con enfermedades autoinmunes, las pruebas para sífilis lógicamente no necesariamente detectan sífilis, pueden frecuentemente ser "falsas positivas para sífilis"; pero están detectando auto anticuerpos producidos por el sistema inmune en condiciones anormales. Esto se debe a que los auto antígenos - antígenos humanos - y el *Treponema pallidum* de la sífilis comparten epítetos antígenicos.

El sistema inmune sólo produce anticuerpos en respuesta a alguna amenaza externa o interna, causada por estrés químico, físico, biológico, nutricional y emocional o psicosocial.

Desde 1936, cuando Hans Selye escribió su primer artículo en la revista *Nature*, se sabe que el cuerpo responde prácticamente igual a diferentes formas de estrés (Selye 1936). Estas respuestas fisiológicas y bioquímicas ocurren en todos los órganos, pero principalmente en aquellos de los sistemas neurológico, endocrino, hematológico e inmunológico.

Pero lógicamente los resultados de las respuestas al estrés varían de persona a persona y dependen fundamentalmente de la cantidad y calidad del estrés mismo, pero más aún, dependen de la constitución corporal, bioquímica, fisiológica, emocional y espiritual del individuo, lo que el investigador francés Claude Bernard (1813-1878) denominó "El Terreno".

1.2.2. Pruebas de Biología Molecular.

Desde la década de los años 70 se han estado usando técnicas de Biología Molecular y Genética para identificar moléculas y fracciones de ácidos nucleicos pertenecientes a agentes infecciosos (Eisenstein 1990; Cartwright 1994).

Su especificidad se evalúa al comparar la técnica indirecta molecular en cuestión con el "Estándar de oro" o sea con el agente infeccioso mismo.

Es importante tener siempre en cuenta la advertencia de que: "Los métodos moleculares no están exentos de problemas tanto en su ejecución como en su interpretación, por lo que deberían estar reservados para aquellos laboratorios con personal especializado y familiarizado con estas técnicas y que tengan la infraestructura necesaria para su realización" y recordar también que "las técnicas de biología molecular solamente están indicadas cuando un organismo no puede ser cultivado in vitro o cuando requiere un medio de cultivo complejo y largos períodos de incubación" (Torres 1997).

Las técnicas de biología molecular más usadas en la actualidad son las de detección por hibridación, usando un segmento de ADN - ácido desoxirribonucleico - marcado; y las técnicas de amplificación que tienen como finalidad amplificar o hacer copias de un fragmento de ADN o de ARN - ácido ribonucleico - que ha sido seleccionado como un marcador de un agente verdadero, es decir, aislado e identificado completamente.

1.2.2.1. Técnicas de hibridación.

Con técnicas de hibridación es posible detectar más rápidamente agentes infecciosos que con los métodos directos clásicos, por ejemplo, *Legionella pneumophila* y *Chlamydia trachomatis*, *Streptococcus* grupo A, *Neisseria gonorrhoeae* y *Trichomonas vaginalis* en las muestras infectadas.

Con técnicas de hibridación también es posible identificar agentes infecciosos creciendo en cultivos, tales como *Enterococcus*, *Streptococcus* Grupo B, *Haemophilus influenzae*, *Listeria monocytogenes*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium avium*, *Histoplasma capsulatum*, *Blastomyces dermatidis*, etc.

1.2.2.2. Técnicas de amplificación.

Son técnicas muy sensibles debido a que pueden hacer millones de copias de un determinado segmento de ADN o de ARN. Ellas se usan cada vez más en el diagnóstico de enfermedades infecciosas.

Existen varias técnicas de amplificación como la Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR), la Reacción de la Ligasa en Cadena (LCR), la "Strand Displacement Amplification" (SDA), la "Isothermal RNA Self Sustaining Sequence Amplification", la "Nucleic Acid Sequence-based Amplification" (TMA) y la amplificación por QB replicasa. La más usada en el diagnóstico de enfermedades infecciosas es la PCR desarrollada por un conocido "disidente del SIDA", por lo que mereció ganar el Premio Nobel de Química en 1993 (Mullis y Faloona 1987).

pruebas serológicas: ELISA y Western blot, que detectan reacciones químicas entre antígenos y anticuerpos.

Como veremos en el próximo capítulo, estas pruebas "para VIH" no son ni sensibles ni específicas para detectar verdaderos positivos al "VIH".

Similar a lo que ocurre en enfermedades autoinmunes con pruebas para sífilis, ocurre con personas que resultan positivas en pruebas para "VIH" o para virus de la Hepatitis C, ellas no son positivas ni negativas para "VIH" ni para virus de la Hepatitis C. Ellas son falsas positivas o falsas negativas para "VIH" y para virus de la Hepatitis C. Pero al resultar positivas, por alguna razón, estas pruebas están detectando anticuerpos en el suero de la persona chequeada que tienen que tener algún origen.

En la actualidad no existe ninguna prueba de laboratorio que detecte directamente al "VIH", simplemente porque ese supuesto virus ni siquiera parece ser un virus real como se explica en el capítulo 2.

La arbitrariamente llamada prueba de "Carga Viral" es una prueba de amplificación de la biología molecular que detecta copias de segmentos de lo que supuestamente corresponde al ácido nucléico del VIH (ARN). Esta prueba no se usa regularmente para diagnosticar "infección por VIH", es usada comúnmente para monitorizar los tratamientos con medicamentos "antirretrovirales".

Para las pruebas serológicas el laboratorio debe tener por lo tanto antígenos para poder intentar reacciones químicas con supuestos anticuerpos presentes en el suero de la persona chequeada. Una reacción positiva o seropositiva indica la presencia de un número suficiente de anticuerpos, número que no existe (por alguna razón) en las personas seronegativas.

El laboratorio debe tener además copias de ARN como reactivo para la prueba de "Carga Viral".

La única forma objetiva de tener esos antígenos y esos fragmentos de ARN del "VIH", es primeramente aislando y purificando los virus "VIH" mismos. Esto jamás se ha realizado con "VIH".

Los antígenos y fragmentos de ARN usados en el diagnóstico de "VIH", provienen del sobrenadante de cultivos celulares, pero nunca han sido extraídos del VIH mismo (Giraldo y de Harven 2006).

Los defensores del "VIH" creen que esas proteínas y que esos fragmentos de ARN son partes del "VIH" desintegrado, pero jamás han sido extraídas de partículas virales enteras. Los defensores del "VIH" creen y defienden, por lo tanto, que los anticuerpos detectados en las pruebas serológicas

Con la técnica de PCR, prácticamente cualquier segmento de ADN o de ARN de una determinada bacteria, hongo o virus puede ser amplificado y detectado. En la actualidad se utilizan para el diagnóstico de *Mycobacterium tuberculosis*, *Bordetella pertussis*, *Chlamydia trachomatis*, Virus herpes simplex 1 y 2, "Virus de la Hepatitis C (HCV)", virus HTLV I y II, *Pneumocystis carinii* y "Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)".

Pero los expertos en estas técnicas de PCR advierten: "Debido a la alta sensibilidad de estos exámenes, la interpretación es en algunos casos difícil, ya que el organismo puede no estar viable pero su ADN puede todavía ser amplificado. Además, la presencia de un organismo en determinada muestra no siempre significa infección" (Torres 1997).

Además, "Uno de los problemas más graves que enfrenta la técnica de amplificación para su aplicación en diagnóstico, es la falsa positividad debido a la contaminación con ácidos nucleicos, la que puede provenir de tres fuentes: de otras muestras clínicas que contienen un número elevado de secuencias blanco (contaminación entre muestras), de la contaminación de los reactivos por amplificaciones anteriores y la más grave de todas, de la acumulación de productos de PCR (amplificones) en el laboratorio por amplificaciones sucesivas de la misma frecuencia" (Torres 1997).

Y continúan advirtiéndolo los expertos: "A pesar del innegable poder de las técnicas de biología molecular en el diagnóstico clínico, es erróneo pensar que van a reemplazar a los exámenes convencionales para detección de agentes patógenos" (Torres 1997).

Note el lector que las técnicas de biología molecular no detectan al agente infeccioso íntegro, solo detectan copias de lo que supuestamente son sus partes moleculares (ADN o ARN). La filosofía popular enseña que "no todo lo que brilla es oro"; y de esta forma no todo aquello que parece ser patas de perro, orejas de perro o corazón de perro, indica que viene de un perro. La única forma de saber que hacen parte de un perro es teniendo primero al perro completo, entero.....

1.3. Pruebas para diagnosticar "VIH"

En el laboratorio, las pruebas con que se diagnostica oficialmente la erróneamente llamada "infección VIH" son todas pruebas indirectas, es decir no detectan directamente al supuesto "virus del SIDA". Son dos

sean anticuerpos contra antígenos del "VIH" y que las copias de ARN detectadas en la prueba de "Carga Viral" sean copias del ARN del "VIH".

1.4. Pruebas para diagnosticar "Hepatitis C"

Similarmente, las pruebas de ELISA y de RIBA para Hepatitis C, tampoco son ni sensibles ni específicas para detectar verdaderos positivos al "Virus de la Hepatitis C".

Muy similar a lo que pasa con "VIH" ocurre con la llamada Hepatitis C: sus pruebas serológicas (ELISA y RIBA) no son ni sensibles ni específicas para detectar anticuerpos contra el virus de la hepatitis C, simplemente porque como ocurre con el SIDA, el virus de la hepatitis C jamás se ha demostrado que sea un virus verdadero. Por tanto una persona que resulte positiva en las mal llamadas pruebas para hepatitis C no se puede decir científicamente que esté infectada con "el virus de la hepatitis C".

Pero de ahí a afirmar que ser positivo en las pruebas para Hepatitis C, no indique nada, hay una distancia técnica larga.

Los anticuerpos detectados en pruebas serológicas para Hepatitis C, no indican infección pasada o reciente con un virus inexistente, pero lógicamente su presencia indica algo: el sistema inmune ha producido esos anticuerpos en respuesta a algún tipo de amenaza, de lo contrario no podrían ser producidos.

Además, hay una diferencia clínica clara entre personas seropositivas y seronegativas para "Hepatitis C": los seropositivos para hepatitis C mucho más frecuentemente presentan alteraciones hepáticas que pueden llegar incluso a cirrosis o a tumores hepáticos.

Por lo tanto, el hecho de no existir el virus de la Hepatitis C, no es justificativo para interpretar que ser seropositivo en pruebas serológicas para Hepatitis C, no indique nada.

En conclusión, la única prueba de laboratorio absolutamente objetiva para demostrar la presencia de un agente infeccioso en tejidos humanos y de animales, es el aislamiento y purificación del supuesto agente infeccioso mismo, entero - no sus partes - y libre de otras sustancias. Esto jamás se ha hecho con el "VIH" como se explica en detalle en el próximo capítulo.

Capítulo 2

Las "pruebas para VIH" están impedidas para diagnosticar la "infección por VIH"

"El científico tiene la obligación grave de respetar la realidad - sin hacer ningún pacto en su vida, con nadie -, para que la sociedad se pueda beneficiar de su ciencia; y para esto, debe tener una conciencia ética absoluta".

N. Keppe
(Sociopatología; 2002a, página 1)

Sin embargo:

"Los científicos modernos parecen un grupo de niños caprichosos jugando con fuego".

N. Keppe
(O Homem Universal; 1999, Página 115)

Parte del contenido de este capítulo es extraído de un artículo escrito por el autor en 2006 junto con el Profesor Etienne de Harven: "Las pruebas para VIH no pueden diagnosticar la infección VIH" (Girardo y de Harven 2006).

2.1. Las compañías farmacéuticas reconocen que "las pruebas para VIH" no son específicas para diagnosticar la "infección por VIH".

Las pruebas usadas oficialmente para el diagnóstico de la "infección VIH" son dos pruebas serológicas para anticuerpos, ELISA y Western blot, y una prueba de ingeniería genética, la PCR (*Polimerase Chain Reaction*) o prueba de "Carga Viral" (Pins et al 1997; Metcalf et al 1997; Holodny y Busch 2003). Esta última también es usada para el seguimiento de personas que toman antirretrovirales.

Sin embargo, las pruebas de ELISA y Western blot son pruebas serológicas que solamente detectan anticuerpos contra lo que se acepta erróneamente ser proteínas o antígenos del "VIH". Similarmente, la PCR o prueba de "Carga Viral" solamente detecta copias de fragmentos de ARN que han sido arbitrariamente considerados como el ácido nucleico del "VIH". Ninguna de estas pruebas detecta directa ni indirectamente al virus VIH ni a partículas virales.

Las compañías farmacéuticas que producen y comercializan esas pruebas reconocen la imprecisión de las mismas. Esto explica las declaraciones incluidas en los instructivos que vienen con los reactivos: "La prueba de ELISA sola no puede ser usada para diagnosticar el SIDA, incluso si varias pruebas de la misma muestra de sangre resultan reactivas y sugieran con alta probabilidad la presencia de anticuerpos anti HIV-1" (Abbott 1997).

Los instructivos para una de las pruebas para administrar el Western blot advierten: "No use esta prueba como la única base para el diagnóstico de la infección por VIH-1" (Epitope Organon Teknika).

En forma similar, el instructivo que acompaña a los reactivos de una prueba frecuentemente usada para la PCR o "Carga Viral" advierte: "la prueba de amplificación genética para monitorizar al VIH-1 no está prevista para ser usada como una prueba rastreadora del VIH ni como prueba diagnóstica para confirmar la presencia de infección por VIH" (Roche 2003).

Por tanto, las compañías farmacéuticas fabricantes de los reactivos para estas pruebas reconocen el hecho de que ni la prueba de ELISA, ni la de Western blot, ni la de "Carga Viral" para "VIH" son específicas para diagnosticar la infección por "VIH".

Como explico en el capítulo anterior el único método válido para establecer la sensibilidad y la especificidad de una prueba de laboratorio clínico es comparar la prueba en cuestión con su prueba "estándar de oro". La única prueba "estándar de oro" posible para las pruebas de "VIH" es el mismo "virus de la inmunodeficiencia humana, VIH".

Puesto que el "VIH" nunca ha sido aislado ni purificado como una partícula viral libre e independiente, tampoco es posible definir correctamente la sensibilidad ni la especificidad de ninguna de estas pruebas. Actualmente, la sensibilidad y la especificidad de las pruebas para "VIH" son definidas arbitrariamente, no por comparación con el propio "VIH", sino por

comparación de las pruebas en cuestión con las manifestaciones clínicas del SIDA, o con el recuento de células T CD4.

Lo anterior explica por qué Abbott advierte claramente: "En la actualidad no hay estándar reconocido para establecer la presencia o ausencia de anticuerpos anti VIH-1 en la sangre humana. Por tanto la sensibilidad se calcula con base en los diagnósticos clínicos de SIDA y la especificidad con base en donantes aleatorios" (Abbott 1997).

Puesto que no hay estándar de oro para definir la especificidad de las pruebas usadas para el diagnóstico de la infección por "VIH", todos los resultados "VIH-positivos" deben ser considerados resultados falsos positivos. Además, por todo lo anterior, no es posible identificar a ningún individuo ni como "VIH-positivo" ni tampoco como "VIH-negativo".

Las personas que reaccionan positivamente en esas pruebas solamente pueden llamarse "seropositivos", puesto que el laboratorio está detectando serológicamente (en sus sueros sanguíneos), un nivel suficiente de anticuerpos, nivel que por algún motivo es más bajo en los "seronegativos". Las sangres de los "seronegativos" no contienen un número suficiente de anticuerpos para ser detectados por los antígenos usados como reactivos en las pruebas serológicas.

La gran mayoría de los investigadores del SIDA, periodistas, gente del común y trabajadores de la salud no saben de las limitaciones de estas pruebas porque no tienen acceso a la información pertinente. Adicionalmente, no se da información sobre estos hechos a los médicos y mucho menos al público en general, por parte de las facultades de medicina, instituciones de investigación, o por parte de los organismos internacionales encargados de la Salud Pública como la Organización Mundial de la Salud (OMS).

2.2. El VIH nunca ha sido aislado ni purificado de una manera científicamente aceptable.

Los procedimientos adecuados para el aislamiento y purificación de retrovirus - anteriormente conocidos como virus tumorales ARN - fueron establecidos desde 1964 (O'Connor et al 1964; De Harven 1965a,b, 1974).

Las fuentes más comunes de material del cual retrovirus pueden ser aislados y purificados son sangre (viremia), tejidos homogeneizados, y el fluido sobrenadante de cultivos de células supuestamente infectadas (de Harven 1965a,b).

La técnica más frecuentemente usada para el aislamiento y purificación de retrovirus (O'Connor et al 1964; De Harven 1965a,b, 1974), incluye los siguientes pasos principales:

- (1) Concentración de las partículas virales por centrifugación en gradientes de sacarosa;
- (2) Monitorización mediante microscopía electrónica de las partículas virales concentradas;
- (3) Análisis bioquímico y genético de las partículas virales purificadas;
- (4) Control de los experimentos para evitar malinterpretar retrovirus endógenos con retrovirus exógenos infecciosos; y
- (5) Pruebas biológicas para establecer si el retrovirus aislado es en efecto potencialmente patogénico y virulento.

Sin embargo, ni Luc Montagnier, ni Robert Gallo, ni Jay Levy ni sus colegas de publicación cumplieron con esas técnicas cuando anunciaron haber aislado "el virus del SIDA" en 1983 y 1984 (Barré-Sinoussi et al 1983; Papovic et al 1984; Gallo et al 1984; Levy et al 1984).

La presunta existencia del "VIH" fue afirmada por esos investigadores, solamente después del estudio de proteínas, de la enzima transcriptasa inversa (TI) y de fragmentos de ARN que fueron encontrados en sobrenadantes de cultivos de células, pero que no fueron extraídas directamente de partículas virales purificadas.

Sorprendentemente, la existencia del "VIH" fue reivindicada solamente en forma indirecta, sobre la base de la presencia en cultivos muy complejos de células y/o en individuos con las manifestaciones clínicas del SIDA de:

- (1) Proteínas/glicoproteínas tales como gp160/150, gp120, gp41/45/40, p34/32, p24, y p18/17, cada una de las cuales fue anunciada como perteneciente al "VIH";
- (2) Enzimas tales como la transcriptasa inversa que supuestamente pertenecía al "VIH";
- (3) Fragmentos de ARN o ADN que supuestamente pertenecían al "VIH".

Sin embargo, ninguna de esas sustancias ha sido probado que pertenezcan al supuesto "VIH" (Papadopoulos-Eleopoulos et al 1993, 1996, 1997a, 1997b, 1997/8; Turner 1996, 1997(1998, 1998; Philpott 1997; Giraldo et al 1999; de Harven 1997/8, 1998, 2002a,b).

¿Cómo podría probarse que las moléculas encontradas en esos cultivos pertenecen realmente a partículas virales que nunca han sido adecuadamente aisladas y purificadas?

2.3. Las llamadas "fotos del VIH" no son fotos del VIH.

Los dos primeros pasos del procedimiento oficial para aislamiento de retrovirus fueron omitidos por Montagnier, Gallo, Levy y sus colegas. No proporcionaron, por ejemplo, la evidencia con microscopio electrónico de que el sobrenadante del cultivo "infectado", en la sedimentación de 1.16 gm/ml de sacarosa, estuviera compuesto mayormente por partículas virales concentradas. En cambio, proporcionaron fotografías de microscopio electrónico de linfocitos de los cultivos estimulados y activados, que liberaban partículas o microvesículas celulares similares a retrovirus.

Estas mismas partículas, sin embargo, pueden ser vistas en linfocitos de cultivos estimulados y activados (estresados) pero "no infectados" como lo demuestra claramente el grupo de Dourmashkin (1993).

Desafortunadamente, los experimentos para supuestamente aislar "el VIH" tampoco fueron controlados adecuadamente. ¿Dónde está, por ejemplo, la fotografía de microscopio electrónico del sobrenadante de los cultivos "infectados" y de los "no infectados" sedimentado a 1.16 gm/ml de sacarosa; microfotografías requeridas para determinar si existían o no partículas virales concentradas en ese gradiente de densidad, donde se sabe que sedimentan retrovirus? Y si ellas estaban sólo en los cultivos "infectados" o si estaban tanto en los "infectados" como en los cultivos "no infectados".

Adicionalmente, ¿dónde están las fotografías de microscopio electrónico de membranas de linfocitos "no infectados" cultivados en idénticas condiciones? ¿Cuál es la intención de mostrar sólo las membranas de linfocitos aparentemente "infectados"?

Las fotografías de membranas de linfocitos supuestamente "infectados" son las fotografías publicadas por el grupo de Montagnier desde su primera publicación en 1983 y son esas las fotos reproducidas en libros, revistas y periódicos, alegando que esas son las fotos del "VIH" (Foto # 1).

¿Cómo sería posible demostrar que esas partículas brotando de las membranas de linfocitos no son simplemente microvesículas celulares o restos celulares contenidos en los cultivos estresados y que sedimentan en la misma densidad que los retrovirus?. Para probar que esas partículas y

moléculas, presuntamente consideradas como "marcadores virales", son parte de un retrovirus llamado "VIH", tendría que haber sido absolutamente necesario primeramente purificar las partículas retrovirales, separándolas de todo lo demás.

Sin embargo, mucho tiempo antes de la aparición de los primeros casos de SIDA, los investigadores que trabajaban con "virus tumorales ARN", conocidos hoy como retrovirus, sabían claramente que el primer prerequisite para el estudio de los componentes o moléculas de virus es obtener preparados de virus altamente purificados (de-The & O'Connor 1966). Por ejemplo, después de la purificación del "virus de la leucemia murina", estos investigadores fueron capaces de emplear métodos químicos especiales (tween-ether, ribonucleasa, detergentes) para romper las partículas purificadas y extraer los componentes internos (de Thé & O'Connor 1996). ¡Esto nunca se ha hecho con el "VIH"!

El profesor Etienne de Harven ha insistido en que: "La especificidad de los marcadores virales depende del éxito en el aislamiento y purificación. Sin la completa demostración del éxito en el aislamiento y purificación, la identificación de los llamados marcadores virales es extremadamente arriesgada y puede llevar a graves malinterpretaciones de los datos clínicos. Una dramática ilustración de esto se encuentra en la actual investigación del VIH. En este caso, el virus (VIH) nunca ha sido correctamente aislado, ya que la banda de sedimentación en gradientes de sacarosa en la densidad de 1.16 gm/ml fue erróneamente considerada como de contener solamente virus, ignorando que el material que sedimenta en esa densidad contiene grandes cantidades de restos celulares y microvesículas celulares (Gluschkoff et al 1997; Bess et al 1997). Por tanto, las proteínas, las enzimas y los ácidos nucleicos encontrados en tales bandas a 1.16 muy probablemente son de origen celular y no pueden usarse como marcadores virales. Esta defectuosa metodología ha tenido consecuencias extremadamente serias, como ocurre con las pruebas de anticuerpos anti VIH, ELISA y Western blot, que, se usan mundial y peligrosamente, pues carecen de especificidad, como demostraron en 1993 Papadopoulos y su grupo (Papadopoulos-Eleopoulos et al 1993), en Australia" (de Harven 1999).

"Más inquietante es el hecho de que algunos 'marcadores virales' se buscan en material que sedimenta a 1.16, que es la densidad donde se espera sedimenten viriones intactos, pero no sus fragmentos moleculares. Si hubiesen sido disueltas las partículas retrovirales y estas liberaran marcadores moleculares, las muestras a 1.16 permitirían a los investigadores, al menos inicialmente, demostrar por microscopio

electrónico partículas virales íntegras. Sin embargo, después de 15 años de la más intensa búsqueda del VIH, dos grupos independientes finalmente decidieron explorar con microscopio electrónico las características estructurales del material que sedimenta en el gradiente 1.16. Trabajando con sobrenadantes de cultivos de células T infectadas con VIH-1, ambos grupos hallaron que el material sedimentando en esa densidad contiene ante todo restos celulares y vesículas de membrana celular (microvesículas), que no pueden ser identificadas como partículas de VIH ni siquiera como objetos similares a virus (Gluschkoff et al 1997; Bess et al 1997). Todavía este es el tipo de muestra en el cual los 'marcadores virales' son identificados en la actualidad y usados para medir los efectos de medicamentos antirretrovirales en ensayos clínicos" (de Harven 1998) (Foto # 2).

El "VIH" tampoco ha sido nunca aislado ni purificado como partículas virales libres e intactas. Por tanto, no hay datos científicos que validen la idea de que lo que se conoce como "VIH", sea de hecho un virus!

No existe un solo tubo de ensayo en ningún laboratorio de ninguna parte que contenga partículas purificadas de "VIH". Los investigadores que trabajan con lo que ellos creen que es "VIH" en laboratorios de todo el mundo, es muy posible que no estén trabajando con partículas de "VIH". Muy probablemente ellos trabajan con proteínas, enzimas o fragmentos de ARN que han sido arbitrariamente considerados como pertenecientes al "VIH".

El hecho de que, después de 30 años de intensa investigación, el "VIH" no haya sido aislado ni purificado en los términos indicados por la virología clásica, indica que la visión del SIDA como una enfermedad viral contagiosa está basada en un microbio que no existe!

2.4. Las llamadas "proteínas o antígenos del VIH" no son proteínas ni antígenos del VIH.

A comienzos de los años ochenta, retrovirologos frustrados que investigaban sobre el cáncer y que no habían podido demostrar que virus alguno causase cáncer; intentaron probar que el SIDA era una enfermedad retroviral, lo cual fue arbitrariamente decidido basados en lo que ellos erróneamente llamaron "las proteínas del virus del SIDA", "las enzimas del virus del SIDA" y "el ARN del virus del SIDA", los cuales fueron hallados en los sobrenadantes de cultivos, sin haber aislado ni purificado previamente las partículas retrovirales, es decir, sin haberlas separado de microvesículas y restos celulares, como se explicó en la sección anterior.

El grupo de Montagnier del Instituto Pasteur de Francia, por ejemplo, determinó lo que ellos llaman "antígenos virales" (proteínas virales) a través de una serie de experimentos de inmunoprecipitación (Western blot) utilizando linfocitos de sangre de cordón umbilical en sistemas de cultivos celulares muy complejos: con "virus del paciente 1" como fuente de "antígenos virales", con suero con anticuerpos anti la P24 del HTLV-1 y con suero de los pacientes 1 y 2, y arbitrariamente decidieron que: "habían visto tres proteínas principales: la p25 y proteínas con peso molecular de 80,000 y 45,000. La 45K puede ser debida a la contaminación del virus con actina celular que estaba presente en los precipitados inmunes de todos los extractos celulares" (Barré-Sinoussi et al 1983).

Sin haber purificado previamente las partículas virales, estos investigadores del Instituto Pasteur concluyen erróneamente que, "estos resultados, junto con los de inmuno-precipitación indican que el retrovirus del paciente 1 contiene una proteína principal p25, del tipo similar a la del HTLV-1 pero inmunológicamente diferente" (Barré-Sinoussi et al 1983).

El grupo de Gallo del Instituto Nacional de Cáncer del Gobierno de los Estados Unidos realizó pruebas de Western blot usando "lisados de clones celulares productores de HTLV-III" y suero diluido a 1:500, y similarmente sin haber purificado previamente las partículas virales, arbitrariamente decidió que, "los antígenos expresados después de la infección viral y reconocidos por el suero humano, incluyeron a p65, p55, p41, p39 y p24. También se detectó una proteína grande con peso molecular de aproximadamente 130,000 y una proteína de 48,000" (Schüpbach et al 1984). Sin embargo, ellos también concluyen que: "estos resultados muestran claramente que los antígenos detectados después de la infección viral pueden corresponder a proteínas de codificación viral o a antígenos celulares inducidos por la infección" (Schüpbach et al 1984). Adicionalmente, concluyeron que "se produjo una acumulación grande de p24 y p41, lo cual muestra que éstas moléculas son los mayores componentes de la preparación viral. Por lo tanto la p24 y la p41 fueron consideradas proteínas estructurales del virus" (Schüpbach et al 1984).

El grupo de investigadores de Levy, de la Universidad de California en San Francisco, realizó procedimientos de inmuno-fluorescencia indirecta convencional usando "células infectadas" y suero diluido a 1:10. Encontraron anticuerpos contra lo que suponían era ARV (*Virus Relacionado con el SIDA*) en un 88% de pacientes de SIDA con sarcoma de Kaposi, en un 100% de pacientes de SIDA con enfermedades oportunistas, en

93% de hombres compañeros sexuales de pacientes con SIDA, y en 57% de hombres homosexuales clínicamente sanos (Levy et al 1984).

En esa forma, estos tres grupos de investigadores decidieron, arbitrariamente, que las proteínas que hallaron en cultivos de células aparentemente infectados con "el virus del SIDA" eran "proteínas del VIH". Estas proteínas no habían sido y nunca han sido extraídas directamente de partículas virales aisladas y purificadas. Ellas podrían, por tanto, perfectamente tener un origen en las células humanas usadas en los cultivos.

De otro lado, en 1997 el grupo de Gluschkof en Francia y Alemania, así como el grupo de Bess en los Estados Unidos, demostraron que cuando se sigue el procedimiento rutinario aceptado internacionalmente para aislar retrovirus de cultivos que están supuestamente infectados con "VIH", no es posible aislar ni purificar partículas virales, separadas de microvesículas celulares y de restos celulares, ni siquiera estudiando las bandas donde se sabe que sedimentan retrovirus (Gluschkof et al 1997; Bess et al 1997).

Estos investigadores advierten correctamente que, "se debe ser prudente, por tanto, en lo que respecta a la presencia de vesículas celulares cuando se intenten extraer inmunógenos virales (proteínas de gradientes de densidad)" (Gluschkof et al 1997), porque "se han encontrado antígenos celulares humanos en preparaciones de VIH-1" (Gluschkof et al 1997) (Foto #2).

Por tanto, estos documentos de 1997 de los grupos de Gluschkof y Bess proporcionan una demostración objetiva de que lo que comúnmente llaman "proteínas del VIH" o "antígenos del VIH" o "inmunógenos del VIH" no son marcadores específicos del "VIH" y podrían muy bien originarse en las células de los cultivos.

A este respecto, investigadores de Perth, Australia, han explicado varias veces que los antígenos, proteínas, glicoproteínas o bandas del Western blot - p120, p41, p32, p24/25, p17/18 - que supuestamente son considerados proteínas específicas del "VIH" pueden perfectamente no ser codificados por el genoma del "VIH", y pueden, de hecho, corresponder a proteínas celulares originadas en las células humanas usadas en los cultivos celulares (Papadopoulos-Eleopoulos et al 1993, 1997a; Turner 1996, 1997/1998). El componente celular normal actúa probablemente correspondiendo a lo que se conoce como gp41, mientras que la gp120/160 probablemente represente oligómeros de la gp41 (Papadopoulos-Eleopoulos et al 1993).

Por lo tanto, nadie ha presentado, hasta la fecha, evidencia de que las llamadas proteínas o antígenos del "VIH" (gp160/150, gp120, gp41/45/40;

p34/32, p24, p18/17), sean realmente constituyentes del "VIH" (Papadopoulos-Eleopoulos et al 1993, 1996; de Harven 1998, 2002a, 2003; Giraldo 2000a; Giraldo et al 1999).

De otro lado, las proteínas y glicoproteínas enumeradas arriba - conocidas como "antígenos de VIH" - se sabe que sólo aparecen cuando uno co-cultiva sangre supuestamente infectada junto con células anormales de pacientes leucémicos, o de linfocitos de cordón umbilical (Papadopoulos-Eleopoulos et al 1996; de Harven 1998). Muy probablemente, las mismas moléculas se obtendrían de cultivos similares en ausencia de "infección por VIH". Sin embargo, nunca se realizaron estos controles de importancia crucial en los experimentos para aislar al supuesto "virus del SIDA" (de Harven 1998, 2003, 2004), especialmente cuando los investigadores usaron sangre de linfocitos de cordón umbilical. Se sabe que estas células procedentes de la placenta contienen retrovirus endógenos, no patógenos (Panem 1979; de Harven 2002b).

Además, los cultivos donde las substancias mencionadas se hallaron, fueron fuertemente estimulados con phytohemagglutinin, IL-2, suero sanguíneo con anticuerpos anti interferón humano, y otros agentes (Papadopoulos-Eleopoulos et al 1996; de Harven 1998, 2003). Estos estimulantes de cultivo son agentes oxidantes y podía por lo tanto esperarse que estimulasen la expresión de retrovirus endógenos (Papadopoulos-Eleopoulos et al 1996).

No existe en la literatura médica reporte alguno sobre los controles requeridos para esos experimentos.

En la década anterior a la aparición del SIDA, durante la "Guerra Contra el Cáncer" del Presidente Richard Nixon, para poder identificar "proteínas virales" y extraer muestras del "ARN viral", los investigadores usaron con éxito especímenes altamente purificados de retrovirus procedentes de animales virémicos. El método utilizado para alcanzar la purificación de un retrovirus típico era rápido, barato y reproducible (de Harven 1965a,b) (Foto # 3).

Es interesante e importante mantener en mente que ni partículas similares a "VIH" ni ningún supuesto marcador de "VIH" puede ser encontrado cuando los cultivos supuestamente infectados son tratados con antioxidantes (Papadopoulos-Eleopoulos 1988, 1998/9; Papadopoulos-Eleopoulos et al 1992, 1993). Es como si todo aquello que se conoce como "VIH" no fuese más que productos y respuestas celulares durante la oxidación celular ocurrida en esos cultivos.

Desgraciadamente, esas supuestas "proteínas del VIH" o "antígenos del VIH" son usados como antígenos en las pruebas serológicas para VIH - ELISA y Western blot -, y esto explica la completa falta de especificidad y sensibilidad para "VIH" de estas pruebas.

Pero los grupos de Montagnier, Gallo y Levy, ni siquiera se ponían de acuerdo en aquellas primeras publicaciones sobre "el virus del SIDA", en cuáles y cuántas eran en verdad las proteínas o antígenos del supuesto virus (bandas en la prueba de Western blot).

Este último caos dio lugar a que en las décadas de los 80 y 90 las pruebas de anticuerpos tampoco estaban muy estandarizadas ni eran reproducibles con respecto al "VIH". Eran, por sí mismas, un sinsentido, porque significaban diferentes cosas en diferentes individuos, en diferentes laboratorios y en diferentes países como lo explicó claramente el Grupo de Perth en 1993. Eran interpretadas de forma diferente en los Estados Unidos, Rusia, Canadá, Australia, África, Europa y América del Sur: lo que significaba que una persona que era positiva en Angola podía ser negativa cuando se hacía la prueba en Australia; o una persona que era negativa en Canadá podía resultar positiva cuando se hacía la prueba en Francia como se explicó en detalle en la revista *Contimum* de Londres de 1995.

Aún más vergonzoso, cuando la misma muestra de sangre era chequeada con Western blot en 19 laboratorios diferentes, se obtuvieron 19 resultados diferentes como lo describió Lundberg en 1988 (hace 23 años).

Lo anterior era debido a que cada laboratorio y en cada país se requería un número diferente de bandas o antígenos, supuestamente pertenecientes al "VIH". Para interpretar como positiva una prueba de Western blot: en un país se exigían tres, en otro cuatro, en otro cinco o seis de las doce o quince bandas detectadas en esta prueba. Pero con el tiempo las entidades internacionales de la Salud Pública como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centros para el Control de Enfermedades de Los Estados Unidos (CDC) definieron arbitrariamente el mismo número de bandas necesarias para interpretar como positiva una prueba de Western blot. Nunca han dicho cuál es el significado de las otras bandas detectadas en el Western blot. ¿Cómo sabían cuáles eran proteínas o antígenos del "VIH" y cuáles no?

Debido a esta última arbitrariedad, hoy día las personas seropositivas y las seronegativas muy probablemente lo continuarán siendo en todos los países.

2.5. La llamada "transcriptasa inversa del VIH" no es una enzima específica del VIH.

La actividad de la enzima transcriptasa inversa (TI) encontrada en el sobrenadante de cultivos por los investigadores que reivindican haber aislado "el virus del SIDA" (Barré-Sinoussi et al 1983; Papovic et al 1984; Gallo et al 1984; Levy et al 1984) podría también tener un origen celular, puesto que esta enzima es parte integrante normal de todo tipo de células, es una enzima ubicua (Ross et al 1971; Beljanski 1972; Varmus 1987; Coffin et al 1997).

La transcriptasa inversa no es una característica única de los retrovirus, como erróneamente pensaban los grupos de investigadores de Montagnier, Gallo y Levi.

2.6. El llamado "ARN del VIH" no es un ácido nucleico del VIH.

La denominada "prueba de carga viral" es una prueba de amplificación genética que hace copias de fragmentos de ARN que arbitrariamente han sido considerados como partes del genoma del "VIH". Estos fragmentos de ARN se encuentran en sobrenadantes de cultivo o en la sangre de personas seropositivas o en pacientes con SIDA.

Pero esos fragmentos de ARN nunca han sido, sin embargo, extraídos directamente de partículas virales purificadas. Por lo tanto, lo que se conoce como "ARN del VIH" puede muy bien originarse en las células de los cultivos o estar presente en la sangre de personas sometidas a estrés. También podría originarse en retrovirus endógenos no infecciosos.

Además, se sabe que el genoma humano contiene una considerable proporción de secuencias relacionadas con retrovirus endógenos sin ningún papel patógeno (Mager & Freeman 1987; Lieb-Mösch et al 1990).

Sin embargo, "sorprendentemente, nadie ha conseguido jamás demostrar partículas de VIH en la sangre de ningún paciente con SIDA por este método, ni siquiera seleccionando los pacientes y tomando sólo aquellos con una 'carga viral' alta, determinada con los métodos de la PCR" (de Harven 2003).

La PCR es una técnica genética que no cuenta partículas virales (Mullis & Faloone 1987), como médicos y profanos pueden creer. Simplemente hace copias de lo que se supone sea el RNA del VIH (Roche 2003).

El profesor Etienne de Harven, con varias décadas de experiencia en el aislamiento de retrovirus de animales con cáncer explica: "Es muy probable que el método de la PCR amplifique pequeños fragmentos de ARN, que resultan como consecuencia de condiciones de estrés y de enfermedades crónicas (Urnovitz et al 1999), y que incluyan segmentos retrovirales originados en retrovirus endógenos humanos. Esto no es sorprendente ya que cerca del 2% del genoma humano tiene marcada similitud con el genoma retroviral (Löwer et al 1996). Consecuentemente, 'midiendo carga viral' por el medio de la PCR es probable que no se esté cuantificando en absoluto una viremia hipotética por un VIH exógeno. El propio Kary Mullis, Premio Nobel por su descubrimiento del método PCR, rechaza categóricamente el uso de 'su' método para mediciones cuantitativas de una hipotética viremia por VIH (Mullis 1998)" (de Harven 2003).

La "clonación del VIH" es, así mismo, un concepto muy engañoso. Sin haber primero aislado y purificado las partículas retrovirales, la clonación del "ARN específico del VIH" no es posible (Papadopoulos-Eleopoulos et al 1996; Giraldo et al 1999). Tampoco la clonación de fragmentos de ácido nucleico hallados en sobrenadantes de cultivos supuestamente "infectados con VIH" indican "VIH".

El único camino apropiado para conseguir la clonación del "VIH" sería primero aislar y purificar las partículas de "VIH" y luego extraer el ARN del núcleo de las partículas purificadas. ¡Esto jamás ha sido hecho con el VIH!

Sin embargo, en 1985, investigadores del Instituto Nacional del Cáncer del Gobierno de Los Estados Unidos y del Instituto del Cáncer Dana-Farber de la Universidad de Harvard reivindicaron haber descubierto la "secuencia completa de nucleótidos del virus del SIDA, HTLV-III" (Ratner et al 1985). Arbitrariamente establecieron que:

"La secuencia nucleótida completa del virus HTLV-III y del ADN-proviral contiene cada una cuatro estructuras largas abiertas, las dos primeras corresponden a los genes gag y pol. La cuarta estructura abierta codifica dos fracciones polipeptídicas, un precursor grande de la envoltura de glicoproteína y una proteína más pequeña derivada de la terminación larga de la tercera estructura abierta, análoga a la estructura larga abierta producto del HTLV-I y -II"; además afirman esos investigadores que: "el HTLV-III tiene unos 9,749 pares de bases. La estructura en conjunto del provirus es similar a la de otros retrovirus" (Ratner et al 1985).

Y continúan esos investigadores afirmando que: "las secuencias de diferentes clones del HTLV-III permiten un análisis del nivel de diversidad de secuencias del virus. Una comparación de clones BH8 y BH5 con BH10 demuestra un 0,9% de pares de bases polimórficas en las regiones de codificación del genoma y un 1,8% de pares de bases polimórficas en las regiones de no codificación. La heterogeneidad entre diferentes clones del HTLV-III muestra que éste puede representar secuencias de desarrollo divergente en cultivos del virus de un individuo dado por un período de tiempo, y diferencias polimórficas en virus de diferentes individuos. La diversidad entre diferentes aislamientos del HTLV-III parece ser más grande que entre dos diferentes aislamientos del HTLV-I de tal suerte que es muy probable que la mayoría de las divergencias entre los clones del HTLV-III analizadas aquí representen diferencias de diferentes individuos." (Ratner et al 1985).

La publicación anterior dio origen a la creencia generalizada de que "el VIH" está mutando constantemente; en lugar de sospechar diferentes orígenes para las diferentes fracciones de ARN observadas en aquellos cultivos oxidados químicamente. Se ha propuesto por ejemplo, con objetividad, que lo que se conoce como "VIH" sea el resultado de estreses celulares (Bate et al 2000).

No obstante, la declaración de los investigadores estadounidenses solamente puede ser válida para un fragmento de ADN que esos investigadores arbitrariamente consideraron que era "el ADN proviral del HTLV-III", hoy conocido como VIH. Las personas que lean esto, sin una perspectiva crítica, pudieran, por lo tanto, ser confundidas y desorientadas por los investigadores de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) y de la Universidad de Harvard.

La llamada "carga viral del VIH" no puede, por tanto, diagnosticar la infección por VIH.

El profesor Etienne de Harven describió esta caótica situación durante un debate sobre el SIDA en África, sostenido en el Parlamento Europeo en Bruselas en diciembre de 2003, como sigue: "la 'Carga Viral' de periódicos y revistas por todo el mundo es extremadamente alta, debido al número de ilustraciones del VIH publicadas casi diariamente en la prensa mundial. Estas imágenes son extremadamente atractivas, y a menudo ricas en colores artificiales. Ejemplifican claramente el peligro de informar mal al público con dibujos de computador. El publicar tales imágenes envía un mensaje clarísimo al público en general y también

a los profesionales médicos: sí, el VIH ha sido aislado porque se puede fotografiar en el microscopio electrónico. Sin embargo, todas estas imágenes no son más que delirios computarizados" (de Harven 2003), siempre derivadas de partículas o microvesículas observadas en un cultivo celular complejo, estresado y oxidado, pero nunca derivadas directamente de ningún paciente con SIDA.

2. 7. Reacciones falsas positivas en las "pruebas para VIH".

Hay abundantes publicaciones científicas que explican que existen más de 70 condiciones diferentes documentadas que pueden hacer que las pruebas serológicas de anticuerpos reaccionen positivamente sin que exista infección por VIH. (Johnson 1993, 1995, 1996a,b; Hodgkinson 1996; Turner 1996, 1997/8; Shenton 1998; Papadopoulos-Eleopoulos et al 1993; Giraldo 1997d, 2000a; Giraldo et al 1999).

Algunas de las condiciones que causan falsos positivos en la así llamada "prueba del SIDA" son: infección presente o pasada con una variedad de bacterias, parásitos, virus y hongos, incluyendo tuberculosis, malaria, leishmaniasis, influenza, resfriado común, lepra y un historial de enfermedades de transmisión sexual; la presencia de anticuerpos poliespecíficos, hipergammaglobulinemias, la presencia de auto-anticuerpos contra una variedad de células y tejidos, y la administración de gammaglobulinas o inmunoglobulinas; la presencia de enfermedades auto-inmunes como: lupus eritematoso sistémico, esclerodermia, dermatomiositis y artritis reumatoidea; la presencia de embarazo y multiparidad; historia de inseminación rectal; adicción a drogas recreacionales; diversas enfermedades renales, insuficiencia renal y hemodíalisis; historia de trasplante de órganos; presencia de una variedad de tumores y quimioterapia contra el cáncer; muchas enfermedades hepáticas incluida la enfermedad alcohólica hepática; hemofilia, transfusiones de sangre y administración de factor de coagulación; e incluso la simple condición del envejecimiento y la aplicación de vacunas, para mencionar sólo las más importantes (Johnson 1993, 1995, 1996a,b; Hodgkinson 1996; Turner 1996, 1997/8; Sentón 1998; Papadopoulos-Eleopoulos et al 1993; Giraldo 1997d, 2000a).

Christine Johnson, de California, ha listado, de la literatura científica, las siguientes condiciones que causan reacción falso-positiva en las pruebas de anticuerpos para VIH.

- ▶ Presencia de anticuerpos poliespecíficos naturales (Barbacid et al 1989; Healey & Bolton 1993).

- ▶ Anticuerpos a anti-carbohidratos (Snyder & Fleissner 1989; Healey & Bolton 1993; Cordes & Ryan 1995).
- ▶ Anticuerpos con alta afinidad por el poliestireno usado en los envases de las pruebas (Arnold et al 1994; Pearlman & Ballar 1994; Yoshida et al 1987).
- ▶ Anticuerpos HLA anti antígenos de leucocitos clase I y II (Blanton et al 1987; Bylund 1992; Cordes & Ryan 1995; Proffitt & Yen-Lieberman 1993; Sayers et al 1986; Schleupner 1990; Schochetman & George 1992; Steckelberg & Cockerill 1988; Yu et al 1989).
- ▶ Inmunización pasiva (recepción de gammaglobulinas o inmunoglobulinas como profilaxis contra infecciones) (Ascher & Roberts 1993; Cordes & Ryan 1995; Gill et al 1991; Jackson et al 1988; Laird-Goldmann et al 1987; Isaacman 1989; Proffitt & Yen-Lieberman 1993; Piskiewicz 1987; Yale et al 1994).
- ▶ Administración de preparados de inmunoglobulina humana (Bylund et al 1992).
- ▶ Hiperaglobulinemia (alto nivel de anticuerpos) (More et al 1986; Peterman et al 1986).
- ▶ Globulinas producidas durante gamopatías policlonales, muy común en grupos de personas a riesgo de SIDA (Bylund et al 1992; Cordes & Ryan 1995; Schleupner 1990).
- ▶ Anticuerpos anti-linfocitos (Mathe 1992; Ujehelyi et al 1989).
- ▶ Anticuerpos anti-colágeno (encontrados en hombres gay, hemofílicos, Africanos de ambos sexos y gente con lepra) (Mathe 1992).
- ▶ Múltiples transfusiones de sangre (Cordes & Ryan 1995; Ng 1991; Peterman et al 1986; Proffitt & Yen-Lieberman 1993; Schochetman & George 1992; Yu et al 1989; Sayre 1996).
- ▶ Individuos con defectos de coagulación (Bylund et al 1992; Schochetman & George 1992).
- ▶ Vacuna de la hepatitis B (Jackson et al 1988; Lee et al 1992; Pearlman & Ballas 1994; Proffitt & Yen-Lieberman 1993).
- ▶ Vacuna antitetánica (Pearlman & Ballas 1994).
- ▶ Falsos positivos en otras pruebas serológicas, incluyendo RPR para sífilis (Bylund et al 1992; Fleming et al 1987; Moore et al 1986; Schleupner 1990; Schochetman & George 1992).
- ▶ Individuos sanos con reacciones serológicas cruzadas mal interpretadas (Bylund et al 1992).
- ▶ Anticuerpos IgM anti-hepatitis A (Schleupner 1990).
- ▶ Altos niveles de complejos inmunes circulantes (Biggar et al 1985; Moore et al 1986).
- ▶ Presencia de ribonucleoproteínas normales humanas (Cordes & Ryan 1995; Schleupner 1990).
- ▶ Malaria (Biggar et al 1985; Charmot & Simon 1990).
- ▶ Leishmaniasis Visceral (Ribiero et al 1993).
- ▶ Tuberculosis (Kashala et al 1994).
- ▶ *Mycobacterium avium* (Kashala et al 1994).
- ▶ Lepra (Andrade et al 1992).
- ▶ Enfermedades autoinmunes: lupus eritematoso sistémico, esclerodermia, enfermedad mixta del tejido conjuntivo, dermatomiositis (Bylund et al 1992; Leo-Amador et al 1990; Pearlman & Ballas 1994; Proffitt & Yen-Lieberman 1993; Ranki et al 1992; Schochetman & George 1992).
- ▶ Lupus eritematoso sistémico (Esteva et al 1992; Jindal et al 1993).
- ▶ Artritis reumatoidea (Ng 1991).
- ▶ Seropositividad contra factor reumatoideo, anticuerpos antinucleares, y otros autoanticuerpos (Steckelberg & Cockerill 1988; Yoshida et al 1987).
- ▶ Anticuerpos anti-músculos lisos (Schleupner 1990).
- ▶ Anticuerpos anti-mitocondriales (Cordes & Ryan 1995; Schleupner 1990).
- ▶ Anticuerpos anti-microsomales (Mortimer et al 1985).
- ▶ Otros anticuerpos antinucleares (Cordes & Ryan 1995; Schleupner 1990).
- ▶ Anticuerpos anti-antígenos de células T (Cordes & Ryan 1995; Schleupner 1990).
- ▶ Insuficiencia renal (Cordes & Ryan 1995; Jindal et al 1993; Schleupner 1990).

- ▶ Hemodiálisis (Bylund et al 1992; Fassbinder et al 1986; Peterman et al 1986; Schochetman & George 1992; Ujhelyi et al 1989).
 - ▶ Terapia con interferón alfa en pacientes en hemodiálisis (Sungar et al 1994).
 - ▶ Trasplante renal (Burkhardt et al 1987; Cordes & Ryan 1995; Neale et al 1985; Schleupner 1990; Ujhelyi et al 1989).
 - ▶ Trasplante de órganos (Agbalika et al 1992; Ng 1991).
 - ▶ Infección de las vías respiratorias superiores (resfriado común o gripa)(Challakere & Rapaport 1993).
 - ▶ Infecciones virales agudas, infecciones con adenovirus (Cordes & Ryan 1995; Pearlman & Ballas 1994, Proffitt & Yen-Lieberman 1993; Schleupner 1990; Steckelberg & Cockerill 1988; Voevodin 1992).
 - ▶ Gripe (Ng 1991).
 - ▶ Vacunación anti gripa o influenza (Arnold et al 1994; Challakere & Rapaport 1993; Cordes & Ryan 1995; Hsia 1993; MacKenzie et al 1992; Proffitt & Yen-Lieberman 1993; Simonsen et al 1995).
 - ▶ Herpes simple I (Langedijk et al 1992).
 - ▶ Herpes simple II (Challakere & Rapaport 1993).
 - ▶ Virus de Epstein-Barr (Ozanne & Fauvel 1988).
 - ▶ Exposición a vacunas antivirales o infección viral reciente (Challakere & Rapaport 1993).
 - ▶ Embarazo y multiparidad (Cordes & Ryan 1995; Ng 1991; Proffitt & Yen-Lieberman 1993; Steckelberg & Cockerill 1988; Ujhelyi et al 1989; Abbott 1997).
 - ▶ Cánceres (Pearlman & Ballas 1994).
 - ▶ Mieloma múltiple (Bylund et al 1992; Proffitt & Yen-Lieberman 1993; Steckelberg & Cockerill 1988).
 - ▶ Trastornos hematológicos malignos y linfomas (Burkhardt et al 1987; Cordes & Ryan 1995; Proffitt & Yen-Lieberman 1993; Schleupner 1990; Steckelberg & Cockerill 1988).
 - ▶ Fiebre Q con hepatitis asociada (Yale et al 1994).
 - ▶ Hepatitis (Sungar 1994).
 - ▶ Enfermedad hepática alcohólica (Bylund et al 1992; Cordes & Ryan 1995; Mendenhall et al 1986; Pearlman & Ballas 1994; Schleupner 1990; Schochetman & George 1992; Steckelberg & Cockerill 1988).
 - ▶ Colangitis esclerosante primaria (Schochetman & George 1992; Steckelberg & Cockerill 1988).
 - ▶ Cirrosis biliar primaria (Cordes & Ryan 1995; Proffitt & Yen-Lieberman 1993; Schleupner 1990; Steckelberg & Cockerill 1988).
 - ▶ Síndrome de Stevens-Johnson (Burkhardt et al 1987; Cordes & Ryan 1995; Proffitt & Yen-Lieberman 1993).
 - ▶ Sangre "concentrada o gruesa" en Africanos (Jungkind et al 1986; Schleupner 1990; Schochetman & George 1992; Smith et al 1987; Van Bees et al 1985).
 - ▶ Suero lipémico (sangre con niveles altos de grasas o lípidos) (Schochetman & George 1992).
 - ▶ Suero hemolizado (Schochetman & George 1992).
 - ▶ Hiperbilirrubinemia (Bylund et al 1992; Cordes & Ryan 1995).
 - ▶ Proteínas en el equipo de laboratorio usado para estas pruebas (Cordes & Ryan 1995).
 - ▶ Otros retrovirus (Blomberg et al 1990; Cordes & Ryan 1995; Dock et al 1988; Schleupner 1990; Tribe et al 1988).
- Por lo tanto, hay un número creciente de condiciones conocidas que provocan que "las pruebas para VIH" reaccionen positivamente en ausencia del "VIH", es decir, falsos positivos.
- Es interesante que todas las condiciones que causan reacciones positivas en las "pruebas para VIH" en ausencia del "VIH", son condiciones que están presentes, con mayor o menor frecuencia y concentración, en muchas personas de los "grupos de riesgo para el SIDA" reconocidos en los países desarrollados, así como en un amplio porcentaje de africanos y en personas de otras partes del mundo subdesarrollado.
- Esto quiere decir que muy probablemente muchos usuarios de drogas (incluidas algunas madres), algunos hombres homosexuales, y algunos hemofílicos en los países desarrollados, así como la vasta mayoría de los habitantes de la mayor parte de los países de África, Asia, América del Sur y el Caribe, que reaccionan positivamente en las "pruebas para el VIH", pueden perfectamente hacerlo debido a otras condiciones fisiopatológicas

diferentes a estar "infectado con VIH" (Johnson 1993, 1995, 1996a-c; Hodgkinson 1996; Turner 1996, 1997/8; Shenton 1998; Papadopoulos-Eleopoulos et al 1993, 1997; Giraldo 1997c, 2000a).

Es escandaloso darse cuenta de que el diagnóstico de la "infección por VIH" se haga con pruebas que no son específicas para el "VIH", y aún peor cuando se sabe que estas pruebas inespecíficas son la guía para la prescripción de drogas antirretrovirales altamente tóxicas.

2.8. Experimentos propuestos durante el Panel de los Asesores Presidenciales del SIDA en Sudáfrica.

En el año 2000, durante los encuentros del Panel de Asesores para asuntos del SIDA del Presidente Thabo Mbeki de Suráfrica (primero en Pretoria, luego en Johannesburgo), los así llamados "disidentes" propusimos nueve experimentos, los cuales fueron aprobados por la unanimidad de los asistentes. El objetivo de dos de ellos era determinar, a) de una vez por todas, si el VIH podía ser aislado y purificado de acuerdo con los métodos de la virología clásica, y b) cuál sería el verdadero significado de resultar positivo en las "pruebas para VIH". Sin embargo, debido a la fuerte censura y presión por parte del establecimiento del SIDA, estos experimentos no han sido realizados todavía.

De Harven propuso intentar el aislamiento del "VIH", siguiendo las técnicas clásicas de aislamiento y purificación de retrovirus (O'Connor et al 1964; de Harven 1965a,b, 1974). Para este propósito sugirió tomar sangre de pacientes con SIDA con cifras muy altas de supuestas partículas de "VIH" circulantes (viremia) según la prueba de "Carga Viral".

(www.polity.org.za/govdocs/reports/aids/adispanel).

Giraldo propuso el estudio del verdadero significado de ser "positivo" en las "pruebas para VIH", comparando 6 grupos diferentes de personas y practicándoles ELISA, Western blot y Carga Viral, junto a pruebas de laboratorio hematológicas y químicas completas, como medio para evaluar su salud general, así como evaluar su estado inmunológico, nutricional y oxidativo. Los grupos a estudiar serían: (a) Un grupo de individuos sanos de diferentes edades; (b) Un grupo de pacientes con condiciones clínicas crónicas no relacionadas con el SIDA; (c) Un grupo de individuos no sintomáticos de los grupos de riesgo convencionales para el SIDA que reaccionaran negativamente en las "pruebas para VIH"; (d) Un grupo de individuos no-sintomáticos de los grupos de riesgo convencionales para el

SIDA que reaccionaran positivamente en las "pruebas para VIH"; (e) Un grupo de pacientes con las manifestaciones clínicas de SIDA que reaccionara positivamente en las "pruebas para VIH"; (f) Un grupo de pacientes con manifestaciones clínicas de SIDA que reaccionaran negativamente en las "pruebas para VIH". (www.polity.org.za/govdocs/reports/aids/aidspanel).

Pero los obstáculos de la ortodoxia oficialista para realizar estas investigaciones no deben desanimar a nadie, es cosa de esperarse dada la corrupción rampante del establecimiento científico actual. Además, existen ya suficientes investigaciones para afirmar científicamente que: 1) El llamado "virus del SIDA" nunca fue aislado y purificado siguiendo el procedimiento correcto para ello, como lo hicieron los grupos de Gluschanof y Bess en 1997, y que 2) existen suficientes investigaciones objetivas que indican que las personas seropositivas están más oxidadas que las seronegativas, investigaciones y publicaciones que son descritas y analizadas en este libro.

2.9. Conclusiones y recomendaciones de este capítulo.

2.9.1. Las partículas similares a retrovirus demostradas por microscopía electrónica en los informes clásicos sobre "el aislamiento del VIH" (Barre-Sinoussi et al 1983; Papovic et al 1984; Levy et al 1984) no fueron encontradas en personas con "pre-SIDA" ni en pacientes con SIDA.

Podían, más probablemente, haberse originado en la mezcla de linfocitos utilizados en esos cultivos celulares complejos, es decir, podrían por ejemplo haberse originado en los linfocitos de la sangre del cordón umbilical utilizado. Por lo tanto, las denominadas "fotos del VIH" no pueden ser fotos del VIH.

2.9.2. La "transcriptasa inversa del VIH" descrita en los informes clásicos de "aislamiento del VIH" (Barre-Sinoussi et al 1983; Papovic et al 1984; Levy et al 1984) no es un marcador específico de VIH, ya que esa enzima está presente en todas las células vivas y pudo, por tanto, originarse de los restos celulares que contaminaban las muestras de sangre chequeadas.

2.9.3. La especificidad de las así llamadas "proteínas del VIH" descritas en los informes clásicos (Barre-Sinoussi et al 1983; Papovic et al 1984; Levy et al 1984) solamente podía haber sido demostrada después de una purificación correcta del "VIH".

Como ha sido reconocido por Luc Montagnier, el VIH no fue purificado (Papadopoulos-Eleopoulos et al 1997/98) y esas "proteínas del VIH" no pueden, por tanto, ser usadas como marcadores confiables o como antígenos del "VIH" en pruebas serológicas para "VIH".

2.9.4. La "secuenciación del ácido nucleico del VIH", por la misma razón, no es un marcador específico del "VIH", es decir, por la falta de un aislamiento y de una purificación correctas.

2.9.5. En 1997, el grupo de Glushankoff's en Europa, y el grupo de Bess en los Estados Unidos (Glushankoff et al 1997; Bess et al 1997), no lograron aislar ni purificar al "VIH" de cultivos de células consideradas como productoras activas, a pesar de haber usado el método clásico para aislamiento de retrovirus.

El término "aislamiento" tal y como es usado por los conocidos investigadores (Barre-Sinoussi et al 1983, Gallo et al 1984; Levy et al 1984) es mentiroso y engañoso, como ha sido señalado muchas veces (Papadopoulos-Eleopoulos 1988; Papadopoulos-Eleopoulos et al 1993; 1996, 1997a,b; Turner 1996, 1997/1998, 1998; de Harven 1998, 2003; Giraldo 2000a; Giraldo et al 1999).

2.9.6. Tampoco se han aislado ni purificado partículas retrovirales directamente de algún paciente con SIDA. Los anuncios de aislamiento del "VIH" se han hecho de cultivos celulares muy complejos, estresados y oxidados.

2.9.7. Por lo tanto, puesto que ningún retrovirus ha sido demostrado claramente de estar asociado con pacientes con SIDA, la hipótesis VIH/SIDA tiene que ser replanteada completamente.

2.9.8. Si el SIDA fuera en realidad causado por un retrovirus, ¿cómo se podría explicar que después de más de 30 años de considerables esfuerzos investigativos, basados exclusivamente en esa hipótesis, jamás se halla aislado al retrovirus exógeno responsable? ¿Cómo se podría explicar que después de treinta años todavía no tengamos un tratamiento curativo, ni una vacuna, ni una predicción epidemiológica verificable? Obviamente, el tiempo nos presiona para hacer con coraje la pregunta fundamental: ¿Es correcta la hipótesis VIH=SIDA?

Más que ser una infección viral, el SIDA puede ser más probablemente una enfermedad tóxica, nutricional y sobretodo emocional causada por exposiciones múltiples, repetidas y crónicas a una variedad de agentes estresantes del sistema inmunológico, los cuales pueden tener un origen químico, físico, biológico, nutricional y psicosocial (Giraldo 1997a-e, 2000b, 2002a, 2009a).

Nota: Para conocer más argumentos científicos que demuestran que "Las pruebas para VIH están impedidas para diagnosticar la infección

por VIH" recomendamos el estudio detallado de las publicaciones pertinentes de los siguientes sitios de la Internet:

www.rethinkingaids.com

www.robertogiraldo.com

www.thepertgroup.com

www.virusmyth.net

Desafortunadamente, el tipo de información de este capítulo no se puede encontrar en los informes y artículos - "de evaluación por pares" - de las revistas médicas también conocidas como "publicaciones científicas", debido a la fuerte censura ejercida por la ortodoxia del "VIH" y por todo el establecimiento "científico" oficial.

Sin embargo, lo anterior no debería sorprender a nadie, ya que simplemente refleja la profunda crisis actual que afecta al sistema de las publicaciones que usan la denominada "evaluación por pares" (Horrobin 1990, 1996, 2001).

En esta forma, se afirma que: "La 'evaluación por pares' es uno de los pilares sagrados del edificio científico" (Goldstein 2000). Sin embargo, todo indica que: "Lejos de estar filtrando la basura científica, la evaluación por pares puede estar bloqueando la innovación y corrompe el soporte financiero del público a la ciencia... Aquellos que no están de acuerdo son casi siempre descartados en términos peyorativos tales como 'inconformista', 'fracasado' y 'guiados por el rencor'... El proceso de evaluación por pares, tanto en el ámbito académico como en el industrial, ha destruido más que lo que ha fomentado la innovación" (Horrobin 2001).

Además: "La evaluación por pares es también el proceso que controla el acceso a los fondos, y aquí la situación es aún más grave: Fracasos en el paso del proceso de la evaluación por pares puede perfectamente significar que un proyecto no sea financiado nunca" (Horrobin 2001).

Casi tres décadas de esfuerzos de los llamados "disidentes del SIDA" proporcionan muchos ejemplos del sistemático rechazo de fondos para la investigación del SIDA que no esté relacionada con el VIH.

Interesantemente, el establecimiento científico actual, sus publicaciones, y sus donantes de dinero para investigación "rehusan enfáticamente el escrutinio abierto" (Horrobin 2001). Rothwell y su grupo "han aportado sólidas evidencias de que el corazón de la ciencia está podrido" (Rothwell et al 2000). Ellos informan que, "no sorprende que el público sea cada

vez más escéptico en torno a la agenda y a las conclusiones de la ciencia... El apoyo público se erosionará aún más si la ciencia no pone su casa en orden y hace un esfuerzo real para desarrollar procesos validados para la distribución de derechos de publicación, de créditos para completar trabajos de investigación y de fondos para investigaciones nuevas... Para que la ciencia tenga alguna credibilidad – y para que ella pueda tener éxito –, el proceso de 'evaluación por pares' debiera re-evaluarse o ser descartado por completo" (Rothwell et al 2000).

A este nivel y para comprender por qué el establecimiento científico actual y sus "científicos" comenten descalabros contra el ser humano, como los descritos en este capítulo, vale la pena meditar, interiorizar y practicar algunas de las enseñanzas estipuladas en el libro "Sociopatología" de ese gran científico brasileño, el Dr. Norberto Keppe (2002a):

"El falso conocimiento es creado a priori".
(Página 12)

"Las 'ciencias' actuales aprioristas interrumpen el desarrollo de la humanidad y la colocan en peligro".
(Página 63)

"El conocimiento a priori es una actitud del individuo de querer anteponer sus ideas a los hechos, o de desear que el mundo, la realidad sean como el piensa. En términos psicopatológicos, es típico de la neurosis, cuando se pretende que el universo sea como deseamos".
(Página 12)

La mayor parte de los problemas humanos se debe a que la mayoría de los seres humanos se acostumbró a pensar apriorísticamente, a colocar la fantasía y la imaginación por encima de la realidad".
(Página 9)

"El individuo más desequilibrado vive enteramente en sus pensamientos aprioristas, deseando que el mundo se adapte a lo que el piensa; todo el peligro surge cuando ese individuo está en una posición de

poder, imponiendo a la sociedad sus ideas contra la realidad" (Página 10 y 11)

"Es rarísimo encontrar un investigador sin prejuicios, pues el realiza su trabajo en función de probar lo que está pensando y no para constatar lo que debería pensar"
(Página 55)

"El ser humano solo puede pensar en lo que existe; el llamado pensamiento apriorista debería llamarse de fantástico, porque no tiene ninguna relación con la realidad puedo decir; por lo tanto, que ese pensamiento es la alteración o la negación del verdadero conocimiento"
(Página 10)

"La base de toda enfermedad humana proviene de ese deseo de substituir la realidad por las fantasías del hombre"
(Página 13)

"El pensamiento a priori es la fuente principal de las enfermedades humanas y sociales"
(Página 24)

"La conducta a priori es la causante de todos los desastres humanos y sociales"
(Página 4)

"La esencia de la conducta a priori, está en querer crear una nueva realidad inexistente"
(Página 10)

"Apriorismo es sinónimo de fantasía, tal actitud es la alteración, negación u omisión del verdadero conocimiento, que se realiza por el contacto con lo real"
(Página 12)

"La Edad Media fue tenebrosa, no porque era comandada por teólogos, mas porque todo fue realizado a priori; la Edad Actual tiene la base de la misma situación calamitosa de aquel tiempo puesto que

está usando el mismo apriorismo”
(Página 37)

*“El verdadero conocimiento
es formado a posteriori”*
(Página 84)

“La ciencia verdadera se construye a posteriori”
(Página 158)

*“El conocimiento a posteriori significa colocar el
pensamiento solo después del contacto con la realidad
y es la adaptación de la persona al mundo que existe”*
(Página 158)

*“El único y auténtico conocimiento viene del
pensamiento a posteriori, basado en la
experimentación”*
(Página 5)

*“Todo lo que se ha dicho en los últimos cien años
es considerado un tabú, un dogma de fé ‘científico’,
que no permite discusión. Lo que se hizo anteriormente
es discutible, pero todo descubrimiento del siglo XX es
incuestionable – por eso la sociedad humana está
parando y todo nuestro universo psíquico y social
desmoronando”*
(Página 56)

Capítulo 3

Inmunología Nutricional

*“La mayor lucha que el ser humano emprende es
contra el conocimiento”*
(Página 14)

*“El ser humano necesita concientizar sus malas
intenciones si desea sobrevivir después del siglo XX”*
(Página 91)

*“La única manera de salvar la humanidad es por la
concientización de su corrupción”*
(Página 97)

N. Keppe
(A libertação pelo conhecimento; 2001a)

Partes de este capítulo son extraídas de una conferencia titulada:
*“Terapia nutricional para el tratamiento y la prevención del SIDA:
Bases científicas”* (www.robertogirald.com); presentada por el autor en
enero de 2003, en Johannesburgo, por invitación a la reunión con los Ministros
de Salud de 14 países de la Comunidad para el Desarrollo del Sur del África
(SADC).

3.1. Células, órganos, funciones y deficiencias del sistema inmunológico.

3.1.1. Inmidades específica e inespecífica.

Académicamente existen dos formas de mecanismos de defensa: a)
Los mecanismos de defensa inespecíficos o innatos y b) Los mecanismos
de defensa específicos, adquiridos o respuestas inmunes. Estas últimas
pueden ser humorales (*“Respuesta inmune humoral”*) o celulares
(*“Respuesta inmune celular”*) (Roitt y Delves 2004; Kindt et al 2007;
Rosenthal y Tan 2010).

Los *“mecanismos de defensa específicos”* defienden en forma
concreta contra amenazas específicas.

Los "mecanismos de defensa inespecíficos" defienden en forma similar contra diferentes tipos de amenazas o agentes estresantes. Son de dos tipos: a) las barreras físicas como piel, mucosas, tos, estornudos, fiebre y b) las barreras químicas.

La piel es un ejemplo claro de barrera inespecífica (inmunidad inespecífica). Una herida en la piel, una picadura de insecto, el calor o el frío determinan la liberación local de histamina, que produce una respuesta inflamatoria que hace aumentar el flujo de sangre en el área afectada, aumenta la permeabilidad de los capilares y atrae glóbulos blancos (leucocitos) que inician la primera etapa de la respuesta inmune específica.

Otras formas de inmunidad inespecífica son, por ejemplo, el pH del estómago, la lisozima de las lágrimas, la flora intestinal, etc; que constituyen una primera barrera contra diferentes tipos de agentes. El equilibrio ácido-básico es una excelente barrera química al igual que el equilibrio en las reacciones bioquímicas de la oxido-reducción, también conocido como "Sistema Redox" (Shafer y Buettner 2001).

La inflamación es una de la primeras respuestas inespecíficas inmunológicas. En ella el enrojecimiento y la hinchazón son causados por vasodilatación e incremento del flujo de sangre a los tejidos (Paul 1999).

El sistema del complemento es una cascada bioquímica en la que intervienen más de 20 proteínas en la superficie de las células extrañas. Este complementa la destrucción de microorganismos o de células extrañas. Es también una barrera química humoral de la inmunidad inespecífica.

De otro lado, en la "inmunidad específica" la respuesta se dirige hacia un agente específico y sus moléculas. Por ejemplo la respuesta de anticuerpos (inmunoglobulinas) anti-estreptolisinas contra los antígenos de la bacteria *Streptococcus*, es una respuesta de inmunidad específica. En este caso es humoral ("Respuesta Inmune Humoral") pues está mediada por anticuerpos humorales o del suero sanguíneo.

La "Respuesta Inmune Celular" es otro componente de la inmunidad específica y se realiza por medio de sustancias químicas liberadas por las células (linfoquinas). Muchas células participan en esta respuesta inmune. Y algunas de ellas tienen memoria (linfocitos de memoria), por lo que en la mayoría de ocasiones no se sufre la misma enfermedad dos veces (Roitt y Delves 2004).

3.1.2. Células del sistema inmunológico.

Las células inmunológicas forman el tejido linfóide de los órganos del sistema inmunológico también llamado sistema linfóide. Estos órganos son:

la médula ósea, el timo, el hígado, el bazo, los ganglios linfáticos, amígdalas, adenoides y placas de Peyer del intestino.

Las células del sistema inmunológico son los glóbulos blancos o leucocitos y de estos hay dos tipos fundamentales: a) Células mieloides: monocitos, macrófagos, polimorfonucleares (neutrófilos, eosinófilos y basófilos), monocitos y plaquetas. Las células mieloides participan tanto de la inmunidad inespecífica como de la inmunidad específica. b) Células linfoides: linfocitos B (Burso-dependientes), linfocitos T (Timo-dependientes: CD4, CD8, etc) y linfocitos no B ni T (células asesinas). Las células linfoides actúan en la inmunidad específica (Roitt y Delves 2004; Kindt et al 2007; Rosenthal y Tan 2010).

Todas estas células están en multiplicación constante. Ahora bien, una característica única de las células del sistema inmunológico, que debemos mantener en mente, es que ellas se dividen en el momento de actuar. De una célula madre a través de división mitótica resultan dos células hijas.

En la "respuesta inmune específica", los linfocitos B se dividen para conseguir producir los anticuerpos o inmunoglobulinas durante la "Respuesta Inmune Humoral"; y los linfocitos T también se dividen para poder producir y liberar linfoquinas durante la "Respuesta Inmune Celular".

Pero además de los llamados órganos del sistema inmunológico, todos los tejidos humanos tienen células inmunológicas que ejercen funciones concretas. El cerebro por ejemplo tiene un tipo específico de linfocitos llamados "células de neuroglia o microglia". En el hígado están las células de Kupffer.

La inmensa mayoría de las células inmunológicas circulan por todo el organismo a través de la sangre (vasos sanguíneos: arterias y venas) y linfa (vasos linfáticos).

Las células inmunológicas se comunican e interactúan entre ellas, es decir tienen funciones que complementan las funciones de otras células inmunológicas. Estas interacciones pueden estar mediadas por contacto físico entre ellas o a través de factores solubles o citoquinas (generalmente proteínas) que actúan en células con receptores específicos para cada factor. Además, las células inmunológicas se comunican químicamente por medio de citoquinas con las células de todos los órganos corporales.

Es importante recordar que todos los órganos y sistemas corporales forman una unidad única e inseparable física, bioquímica y energéticamente. En este sentido, los linfocitos del sistema inmunológico, por ejemplo, tienen

receptores para neurotransmisores liberados por las células del sistema nervioso y para las hormonas liberadas por las glándulas endocrinas. Igualmente, las neuronas y las células de las glándulas endocrinas tienen receptores para las linfocinas liberadas por los linfocitos (Blalock y Smith 1985; Besedovski et al. 1985; Adder et al. 2001). Por tanto lo que ocurre en algún órgano cualquiera es percibido por todos los demás (Pert et al. 1985).

También debemos mantener en mente que en la médula ósea, a partir de una sola célula madre pluripotencial (*Stem cell*), se forman todas las líneas o series celulares: las series mielóide y linfóide, además de la serie eritroide de los eritrocitos (glóbulos rojos). Hoy se sabe también que las células madre pluripotenciales pueden originar cualquier célula humana. Por lo tanto, las células madre pluripotenciales tienen desde la vida embrionaria la información genética y, sobre todo, la información energética necesarias y posibles para cumplir este papel generador y regenerador durante toda la vida del individuo.

3.1.2.1. Células de la serie Mielóide:

Las células de la serie mielóide son los monocitos y macrófagos, polimorfonucleares neutrófilos, polimorfonucleares eosinófilos, polimorfonucleares basófilos, mastocitos y plaquetas (Roitt y Delves 2004; Kindt et al. 2007; Rosenthal y Tan 2010).

Los monocitos y los macrófagos fagocitan organismos extraños y productos autólogos de desecho (función inespecífica en la respuesta inmune). Algunos actúan como "*Células presentadoras de antígeno*" a linfocitos para iniciar la respuesta inmune específica. Se localizan en piel, ganglios linfáticos, bazo y timo.

Los polimorfonucleares neutrófilos fagocitan bacterias y otros microorganismos, papel inespecífico.

Los polimorfonucleares eosinófilos tienen gránulos y liberan su contenido hacia el exterior de la célula. Son importantes en la inmunidad anti helmintos y también en alergias.

Los polimorfonucleares basófilos y los mastocitos también poseen gránulos cuyo contenido puede ser liberado al exterior de la célula. También son importantes en las alergias.

Las plaquetas, además de participar en la hemostasia (coagulación), participan en la inflamación. Se adhieren al endotelio dañado liberando sustancias que aumentan la permeabilidad de los vasos sanguíneos para facilitar la migración de células inmunológicas a los tejidos amenazados.

3.1.2.2. Células de la serie Linfóide

Las células de la serie linfóide son de tres tipos:

a) Linfocitos B (Burso-dependientes): Responsables de la inmunidad humoral.

Cuando los linfocitos B entran en contacto con el antígeno, sufren una proliferación clonal (división mitótica), dando lugar a linfocitos B₂ con memoria inmunológica y a células plasmáticas que sintetizan anticuerpos (Roitt y Delves 2004; Kindt et al. 2007; Rosenthal y Tan 2010).

Los antígenos son de origen protéico y tienen generalmente un peso molecular mayor de 10.000. Cada agente potencialmente patógeno (virus, bacteria, hongo, protozoo, helminto) tiene muchos antígenos o proteínas diferentes e igual sucede con todas las células humanas, de animales y de las plantas.

Los anticuerpos o inmunoglobulinas (IgG, IgM, IgA, IgE) son de origen protéico y son producidos durante la división de los linfocitos B, en respuesta a antígenos extraños (no reconocidos como propios).

b) Linfocitos T (Timo-dependientes): Responsables de la inmunidad celular y son de varios tipos:

- Los linfocitos T ayudadores o "*T helper*" (CD4), inducen la proliferación de los linfocitos B y su diferenciación a células plasmáticas productoras de anticuerpos. Producen linfocinas y también producen interferón con actividad antiviral.

- Los linfocitos T supresores/citotóxicos (CD8) frenan la respuesta inmune, inactivando a otros linfocitos y pueden lisar las células diana.

c) Células de tercera población o linfocitos no B ni T. Hay de varios tipos:

- Las células asesinas o "*natural killers*" lisan a las células tumorales y a las infectadas por virus u otros micro-organismos. Reconocen glucoproteínas de alto peso molecular en la superficie de estas células.

- Los linfocitos K que son células con citotoxicidad celular dependiente de anticuerpos. También lisan células, pero a través de la unión de anticuerpos a las células diana (solo cuando las células diana están recubiertas de anticuerpos).

Como expliqué arriba, es importante mantener en mente que todas las células inmunológicas están en división constante y que una característica

única a los linfocitos B y T es que estos, para producir anticuerpos durante la "Respuesta Immune Humoral" y para producir linfocinas durante la "Respuesta Immune Celular", respectivamente, solo lo hacen durante la división celular (mitosis), la cual requiere de un suministro adecuado de nutrientes y micronutriente, (proteínas, carbohidratos, lípidos, vitaminas y minerales).

La activación constante debido a un trabajo exagerado del sistema inmune durante diferentes amenazas químicas, físicas, biológicas, nutricionales y psicosociales, requiere de un suministro mucho mayor de nutrientes y de micronutrientes. Si ese suministro no es suficiente y proporcional al gasto exagerado, el sistema inmunológico no puede cumplir su función y se genera una "deficiencia inmune adquirida" (secundaria) (Giraldo 1997e, 2002). Similarmente, la desnutrición, sea cual fuere su origen, es la primera causa de "deficiencia inmune adquirida", en ella faltan los nutrientes necesarios para la división celular y para las demás reacciones bioquímicas que ocurren durante el trabajo del sistema inmunológico (Chandra 1993).

3.1.3. Órganos del sistema inmunológico.

Los principales órganos del sistema inmunológico son: la médula ósea, el timo, el hígado, el bazo, los ganglios linfáticos, las amígdalas, las adenoides, las placas de Peyer del intestino (Roitt y Delves 2004; Kindt et al 2007; Rosenthal y Tan 2010). Estos se dividen en primarios y secundarios:

3.1.3.1. Órganos linfoides primarios:

a) Médula ósea. Se origina en el hígado embrionario y está situada en el interior de los huesos. Tiene dos zonas: amarilla y roja. La médula amarilla es tejido graso, normalmente inactivo. En la médula roja se producen los glóbulos rojos (eritrocitos) y todas las células inmunológicas de las series mielóide y linfóide a partir de las células madre pluripotenciales (*Stem Cell*).

Los linfocitos B de memoria, una vez activados frente al antígeno, migran a la médula ósea. Allí se diferencian a células plasmáticas y producen anticuerpos. Se localizan en la médula roja.

b) Timo. Es una glándula bilobulada, situada detrás del esternón con dos zonas: cortical y medular. La zona cortical externa está poblada de células linfoides con mitosis frecuentes. En la zona cortical se localizan las células que provienen de la médula ósea y maduran a linfocitos T. La zona medular interna cuenta con abundantes células epiteliales reticulares que envuelven a grupos de linfocitos y macrófagos.

3.1.3.2. Órganos linfoides secundarios:

a) Ganglios linfáticos. Localizados a lo largo de los conductos linfáticos. Recogen la linfa actuando como filtro para evitar el paso de microorganismos y de tóxicos químicos y particulados.

b) Bazo. Formado por una pulpa roja con eritrocitos y una pulpa blanca que contiene tejido linfóide. La función de la pulpa roja consiste en filtrar la sangre y capturar y destruir los eritrocitos viejos, que han perdido o mermado su función de transporte de oxígeno y de gas carbónico. La pulpa blanca contiene tejido linfóide que forma una vaina, alrededor de una arteriola. Este tejido recibe el nombre de PALS (vaina arteriolar linfóide). En el PALS se encuentran linfocitos T en zonas más internas y linfocitos B en zona marginal externa. Se activan en presencia de antígenos.

c) Zonas linfoides asociadas a los aparatos digestivo y respiratorio.

GALT: Es el tejido linfóide asociado al tubo digestivo, que incluye amígdalas, apéndice cecal y placas de Peyer.

BALT: Es el tejido linfóide asociado al aparato respiratorio.

MALT: Es el tejido linfóide asociado a las mucosas.

En todos estos tejidos se encuentran linfocitos T y B además de otros tipos celulares pertenecientes al sistema inmune. Las células T y B se activan cuando los antígenos capturados por estos tejidos son presentados a ellas.

3.1.4. Funciones específicas del sistema inmunológico (Inmunidad específica o Respuesta Inmune Específica).

El sistema inmunológico tiene tres funciones específicas fundamentales, a saber:

a) Función de Defensa contra agentes estresantes o agentes tóxicos (Descotes 1988; Luster 1996; Biagini 1998; Thomas 1998; Flaherty 1999; Giraldo 2009a), que pueden tener diferente origen:

- Químico: como los químicos de la contaminación del aire, el agua, los suelos, drogas psicotrópicas, medicamentos, lubricantes sexuales, agrotóxicos, etc.

- Físico: campos electromagnéticos y radiaciones de todo tipo.

- Biológico: infecciones, parásitos, vacunas, sangre, semen.

- Nutricional: no comer o comer en forma inapropiada.

- Emocional: tristeza, envidia, rabia, paranoia, narcisismo, arrogancia, soberbia, presiones y demandas sociales (Adder et al. 2001).

b) Función de Vigilancia contra el crecimiento de tumores. Evita permanentemente la división exagerada e incontrolada de todas las células corporales. Es la forma de evitar todo tipo de tumores benignos y malignos o cánceres (Paul 1999).

c) Función de Homeostasis o equilibrio metabólico. Las células y reacciones bioquímicas del sistema inmunológico mantienen en equilibrio y en salud a todos los tejidos, órganos y sistemas del cuerpo (Paul 1999).

Las alteraciones en las funciones de defensa se manifiestan principalmente por infecciones virales, bacterianas, micóticas y parasitarias.

Las alteraciones en las funciones de vigilancia se manifiestan con el crecimiento de tumores benignos o malignos.

Las alteraciones en las funciones de homeostasis se manifiestan con alteraciones o enfermedades metabólicas tales como diarrea, pérdida de peso, caída del cabello, insomnio, etc.

Las personas con alteraciones en las tres funciones inmunológicas se manifiestan clínicamente con la aparición simultánea de infecciones, tumores y enfermedades metabólicas.

Se denominan "*Infecciones oportunistas*" (candidiasis, toxoplasmosis, PCP, CMV, criptococosis); "*Tumores oportunistas*" (linfomas, leucemias); y "*Enfermedades metabólicas oportunistas*" (diarrea incontrolable, pérdida de peso, caída de cabello, caquexia), a aquellas enfermedades que requieren un grado mayor de deficiencia inmunológica como la que ocurre en el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA). En el SIDA no sólo hay deficiencia de las tres funciones del sistema inmunológico, sino que hay deficiencia y alteraciones en prácticamente todos los órganos y sistemas corporales (Giraldo 1997e, 2002a, 2009a).

3.1.5. Inmunodeficiencias congénitas o primarias.

La inmunodeficiencia ocurre cuando uno o más de los componentes del sistema inmunitario quedan inactivos.

Si el individuo nace con inmunodeficiencia, se denomina "*inmunodeficiencia congénita o primaria*".

Si la persona la adquiere después del nacimiento se la denomina "*inmunodeficiencia adquirida o secundaria*".

Las inmunodeficiencias primarias o congénitas se deben a mutaciones genéticas, el bebé nace con ellas y se manifiestan desde el nacimiento o en los primeros meses o años de vida (Puck 1997; Lim y Elenitoba-Johnson 2004; Lindergreen et al 2004; Natarangelo et al 2009).

Se han descrito más de 50 variedades de inmunodeficiencias congénitas. En Estados Unidos ocurren en una de cada 1200 personas (Boyle y Buckley 2007).

Ejemplos de éstas inmunodeficiencias congénitas o primarias son a) la enfermedad granulomatosa crónica, b) Síndrome de Wiskott-Aldrich, c) Ataxia telangectasia, d) Síndrome de DiGeorge, e) Síndrome de Chediak-Higashi del albinismo, f) Linfocitosis familiar, g) Síndrome infoproliferativo ligado al cromosoma X, h) Neutropenia cíclica, i) Deficiencias congénitas de interferón, j) Candidiasis mucocutánea crónica, k) Hipogamaglobulinemia transitoria infantil, l) Agamaglobulinemia de Bruton, etc. (Puck 1997; Lim y Elenitoba-Johnson 2004; Lindergreen et al 2004; Natarangelo et al 2009).

3.1.6. Inmunodeficiencias adquiridas o secundarias.

Estas inmunodeficiencias se "*adquieren*" después del nacimiento, no son congénitas ni hereditarias sino "*secundarias*" a exposiciones a agentes estresantes para el sistema inmunológico y a los cuales se expone el individuo durante su vida en forma voluntaria a través de su estilo de vida o involuntaria a través de las condiciones de vida a las que es forzado socialmente como ocurre con personas muy pobres de África, el Caribe y en las crecientes zonas pobres de países ricos.

La desnutrición protéico-calórica y las deficiencias nutricionales y de micronutrientes específicos son la primera causa mundial de inmunodeficiencia adquirida (Chandra 1991, 1993; Bendich y Chandra 1990). La gastroenteritis, primera causa de muerte en menores de un año, es debida a deficiencia inmunológica adquirida, secundaria a deficiencias nutricionales de la madre y del infante.

Otras de las tantas "*inmunodeficiencias adquiridas*" son aquellas secundarias a quimioterapia, al uso de glucocorticosteroides, a medicamentos anti-reumáticos y a medicamentos inmunosupresores usados en trasplantes de órganos (Descotes 1988; Luster 1996; Flaherty 1999).

También son secundarias o adquiridas, aquellas inmunodeficiencias que ocurren durante y después de infecciones virales, bacterianas, micóticas y parasitarias; durante el cáncer y durante muchas enfermedades degenerativas

(Zinkmangel 1993; Mims et al 1995; Nutman 1996; Locksley 1996; Giraldo 2002b).

Existen hoy día muchas inmunodeficiencias adquiridas ocupacionales por ingestión o inhalación de químicos tipo agroquímicos, insecticidas y pesticidas o en las personas que trabajan con productos de belleza (Descotes 1988; Luster 1996; Flaherty 1999).

En el hogar, la inmensa cantidad y variedad de jabones y detergentes está causando inmunodeficiencia en las amas de casa y en empleados del aseo.

Debido al incremento mundial de agentes estresantes (tóxicos) para el sistema inmunológico es que se crea una nueva rama del saber: la inmunotoxicología, que principalmente estudia la infinidad y diversidad de químicos que envenenan al sistema inmunológico (Descotes 1988).

Las inmunodeficiencias, ya sean congénitas o adquiridas, se manifiestan clínicamente por medio de infecciones, de tumores o de una gama de alteraciones metabólicas, dependiendo del tipo de alteración inmunológica.

El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida o SIDA es la más grave y severa de todas las “*inmunodeficiencias adquiridas*”, pues en ella hay un colapso global del sistema inmunológico y por eso los individuos que lo padecen manifiestan simultáneamente deficiencia de las tres funciones principales del sistema inmunológico: defensa, vigilancia de tumores y homeostasis de órganos y sistemas: infecciones, tumores y enfermedades metabólicas oportunistas. Además, en el SIDA hay manifestaciones clínicas del deterioro de prácticamente todos los órganos y sistemas corporales (Giraldo 1997a-e, 2002, 2009).

3.2. Déficit de proteínas y carbohidratos (desnutrición protéico-calórica) e inmunodeficiencia adquirida.

A mediados del Siglo XIX se describieron por primera vez los efectos de la desnutrición sobre los órganos linfáticos (Simon 1845). Los tejidos linfoides son particularmente vulnerables a los efectos dañinos de la desnutrición y la atrofia linfóide es un aspecto notable de la carencia nutricional (Beisel 1982; Beisel 1991; Chandra 1990, 1993).

Desde antes de iniciarse el SIDA en el mundo en 1981 (Gottlieb et al. 1981), ya existían muchas publicaciones científicas sobre Inmunodeficiencia Adquirida Secundaria a desnutrición protéico-calórica y a deficiencias

aisladas de vitaminas y minerales. El libro del Doctor Robert M. Suskind del Departamento de Nutrición del Instituto Tecnológico de Massachusetts (MIT) de 1977 sobre “*Malnutrición y la Respuesta Inmune*” es un tesoro de información de gran utilidad en esta era del SIDA (Suskind 1977).

Sin embargo, el fanatismo científico y de los medios de comunicación ha hecho el supuesto “*Virus de la Inmunodeficiencia Humana*” o “*HIV*”, ha hecho pensar equivocadamente a las personas del mundo que la única forma de inmunodeficiencia adquirida o secundaria sea el SIDA. ¡De ninguna manera! La primera causa de inmunodeficiencia adquirida o secundaria es, sin lugar a dudas, la malnutrición protéico-calórica y sus variables. Existen muchas otras formas de inmunodeficiencia adquirida secundaria a infinidad de agentes estresantes como puede observarse en las múltiples publicaciones sobre inmunotoxicología (Descotes 1988; Giraldo 1997e, 2002a, 2009a).

Como explicamos arriba, la división celular es una característica muy singular del funcionamiento de las células inmunocompetentes; ellas producen y liberan las substancias inmunológicas mientras se dividen (Paul 1999; Roitt y Delves 2004; Kind et al. 2007; Rosenthal y Tan 2010). En tal sentido, se sabe que todas las células inmunocompetentes y sus productos, tales como los anticuerpos, las leuquinas o inter-leuquinas, interferones y complemento, dependen de reacciones bioquímicas metabólicas que emplean diversos nutrientes como co-factores críticos para su producción, liberación, y acciones locales o a distancia (Chandra 1990, 1993).

Por lo anterior es fácil entender por qué la mayoría de los mecanismos de defensa del huésped se alteran en la desnutrición protéico calórica (DPC). Lo mismo sucede en los casos de deficiencia aisladas de microelementos y vitaminas (Suskind 1977; Bendich y Chandra 1990; Semba 1994, 1998).

Ahora bien, si la persona se expone voluntaria o involuntariamente, conciente o inconcientemente a una gran cantidad de agentes tóxicos (químicos, físicos, biológicos, nutricionales y emocionales), esto mantendrá activado y trabajando intensamente sus sistemas inmunes y a los demás sistemas corporales que responden durante las “*respuestas al estrés*” (Selye 1936, 1946, 1982). Será entonces difícil mantener un equilibrio entre el consumo corporal y la ingesta en la dieta de nutrientes, con la subsecuente aparición de desequilibrios nutricionales.

Los pacientes con desnutrición protéico calórica, DPC, presentan alteración de la hipersensibilidad cutánea retardada, pobre proliferación de linfocitos a estímulos antigénicos y de mitógenos, disminución de la síntesis de ADN, reducción en el número de linfocitos T en la formación de rosetas, alteración de la maduración linfocitaria medida por el aumento en la actividad

de la desoxinucleotidil transferasa, disminución del factor tímico sérico, un menor número de células CD4+, reducción de la relación CD4+/CD8+, alteración de la producción de interferón gama y de interleucina 2, alteración de la actividad del complemento (especialmente reducción de C3, C5, del factor B y de toda la actividad hemolítica), una respuesta inadecuada de anticuerpos a ciertos antígenos, disminución de la afinidad de los anticuerpos, alteración de la respuesta de la inmunoglobulina A secretoria y disfunción de los fagocitos (Chandra 1975a,b, 1990, 1993; Beisel 1982, 1991).

Usualmente, la desnutrición humana es un síndrome mixto compuesto por múltiples deficiencias de nutrientes. No obstante, también se presentan deficiencias aisladas de nutrientes (Chandra y Au 1981).

La desnutrición intrauterina, debida a las deficiencias nutricionales de la madre durante el embarazo, genera una depresión prolongada, casi permanente, de la inmunidad de la descendencia (Chandra 1975a, 1991).

Debe recordarse que la desnutrición y la infección van invariablemente juntas y cada una agrava a la otra (Chandra 1983). Muchos de los llamados organismos oportunistas, incluyendo al *Pneumocystis carinii*, pueden complicar mortalmente la desnutrición (Purtillo y Connor 1975).

Cabe anotar que "hay una impresionante similitud entre los hallazgos inmunológicos de las deficiencias nutricionales y aquellos descritos en el SIDA" (Jain y Chandra 1984) y, en consecuencia, el papel de los estresantes nutricionales ha sido advertido infinidad de veces como un factor de riesgo para SIDA (Bogden et al. 1990; Hickson 1995; Romeyn 1995; Giraldo 1995 a-d). Aún más, el estado nutricional es reconocido por muchos como un parámetro de importancia crucial en la evaluación del curso y pronóstico de personas seropositivas y de pacientes con las manifestaciones clínicas del SIDA (Schwenk et al. 2000).

3.3. Déficit de aminoácidos e inmunodeficiencia adquirida.

Todas las células requieren para su equilibrio homeostático de síntesis de proteínas, llevada a cabo en los ribosomas. Para ello se requiere de un buen suministro dietario de aminoácidos que son la unidad fundamental de todas las proteínas. Los neurotransmisores del sistema neurológico, las hormonas de las glándulas endocrinas, las citocinas de todas las células, las citoquinas, las interleuquinas, y las linfoquinas, son todas substancias protéicas absolutamente necesarias para la comunicación entre las células de todos los órganos corporales.

Si la dieta es pobre en alimentos protéicos, o si existe un consumo exagerado de proteínas como ocurre en las respuestas exageradas (demasiado frecuentes) al estrés químico, físico, biológico, nutricional y emocional, se producen deficiencias protéicas o de algunos aminoácidos como se describió arriba en la desnutrición proteico calórica y aparecerán desequilibrios de muchos sistemas corporales y muy especialmente del sistema inmunológico (Suskind 1977; Chandra 1990, 1993).

Las deficiencias en la dieta de ciertos aminoácidos, tales como la glutamina y la arginina, se manifiestan como inmunodeficiencia adquirida. (Beisel 1982; Chandra, 1990, 1993; Prabhala 1990).

3.4. Déficit de vitamina A e inmunodeficiencia adquirida.

En 1913, Elmer McCollum y Margaret Davis, bioquímicos de la Universidad de Wisconsin-Madison identificaron un nutriente soluble en grasas en la mantequilla y en el aceite de hígado de bacalao a lo cual se le dio el nombre de vitamina A (retinol o ácido retinóico). Esta vitamina fue sintetizada por primera vez en 1947 por dos químicos holandeses, David Adriaan y Josef Ferdinand Arens (Semba 1999).

En 1967, George Wald ganó el Premio Nobel de Medicina por su trabajo con pigmentos de la retina, también conocidos como pigmentos visuales, lo que llevó a entender el papel de la vitamina A en la visión (Semba 1999).

Además de la función visual, la vitamina A es fundamental para el funcionamiento del sistema inmunológico, para el desarrollo del embrión humano principalmente sus huesos (vértebras) y dientes, para la diferenciación de las células madre (*Stem cells*), para el funcionamiento de las células epiteliales, para la síntesis de glicoproteínas, para el metabolismo del hierro y la formación de glóbulos rojos y para la producción de hormona del crecimiento, para mencionar las más importantes (Brown 2002; Sommer 2008).

Desde el punto de vista inmunológico, la vitamina A es esencial para el mantenimiento intacto de los tejidos epiteliales, principalmente de la piel y las mucosas, como barreras físicas contra agentes externos. También es importante para mantener el número correcto y el funcionamiento adecuado de todas las células inmunocompetentes. Esto incluye a células de memoria linfóide como linfocitos B, linfocitos T, células asesinas, células de memoria inmunológica, así como muchas células de la serie mieloide: neutrófilos, macrófagos, células de neuroglia, etc. (Semba 1999; Sommer 2008).

Se sabe además que la vitamina A es un potente antioxidante y en tal sentido reduce el riesgo de muchos cánceres y de otras enfermedades donde existe estrés oxidativo (Thompson y Manore 2005).

La deficiencia de vitamina A puede producir ceguera nocturna, keratomalacia y otros problemas cutáneos. Su deficiencia aumenta el riesgo de infecciones de piel y mucosas. Cada año cerca de medio millón de niños desnutridos de los países más pobres sufren de ceguera debido a deficiencia de vitamina A (Sommer 2008).

La inmunodeficiencia adquirida por deficiencia de Vitamina A se traduce en una reducción en el peso del timo, reducción en la proliferación de linfocitos, alteración de las células asesinas y de la actividad de macrófagos, e incremento de la adherencia bacteriana a las células epiteliales (Chandra 1981; Semba et al. 1993b, 1998; Bendich y Chandra 1990; Sommer 2008).

Existen dos fuentes dietarias de vitamina A: 1) Su forma activa (retinol y retinaldehído) se encuentra en productos animales como mantequilla y quesos y el aceite de hígado de bacalao o en el hígado mismo; 2) Sus precursores o provitaminas (carotenoides, beta-caroteno), que deben ser convertidos en el cuerpo a las formas activas, y se obtienen de frutas y vegetales amarillos, anaranjados y verdes oscuros como zanahorias, calabazas, pimentones, berenjena (Brown 2002).

El betacaroteno es un carotenoide provitamina A que aumenta las funciones inmunes de las células T y B y que posiblemente actúa al convertirse en vitamina A o por actuar como un antioxidante (Watson et al. 1991; Ross y Stephenson 1996). El suplemento diario con betacaroteno a ancianos voluntarios produce incremento de linfocitos T con receptores para interleucina 2 (Watson et al. 1991). Además, el suplemento con betacaroteno o con vitamina A aumenta la inmunidad celular, tanto en personas como en animales (Watson et al. 1991; Semba et al. 1993b; Bendich y Shapiro 1996; Prabhala 1997). La vitamina A también aumenta la inmunidad humoral, demostrada a través de la respuesta de anticuerpos a antígenos de tétanos (Semba et al. 1992) y de sarampión (Coutsoudis et al. 1992).

El exceso o intoxicación con vitamina A puede producir estrabismo, toxicidad hepática, caída del cabello, osteoporosis, malformaciones congénitas (efecto teratogénico) y de ahí la importancia de no sobrepasar su uso principalmente durante el embarazo (Brown 2002; Sommer 2008).

3.5. Déficit de vitamina C e inmunodeficiencia adquirida.

La vitamina C, también conocida como ácido ascórbico o ascarbato es un nutriente esencial de humanos y de muchas otras especies de animales y pertenece al grupo de las vitaminas solubles en agua. La vitamina C fue finalmente aislada y sintetizada en 1932 (Burns et al. 1987).

En organismos vivos, actúa como un antioxidante, protegiendo sobre las acciones nocivas del estrés oxidativo (Packer 1997; Mayne 2003). El estrés oxidativo ha sido reconocido en infinidad de enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, enfermedades neurológicas, inflamatorias, diabetes, así como en enfermos con enfermedades crónicas y en quemados (Goodyear-Bruch y Pierce 2002). Existen varios informes sobre el papel de la vitamina C como anti-cáncer (Cabanillas 2010). Su papel en el resfriado común se viene discutiendo desde 1976 (Pauling).

La capacidad antioxidante de la vitamina C requiere de la presencia de glutatión. Los humanos y otros primates no pueden sintetizar vitamina C (Packer 1997).

El ácido ascórbico también actúa como un cofactor de muchas reacciones enzimáticas relacionadas con la síntesis de colágeno y de ahí su importancia en la curación de heridas, en la prevención de sangrado de capilares sanguíneos y en el mantenimiento de los tejidos conectivos presentes en todos los tejidos y órganos (Long et al. 2003).

La vitamina C actúa en la producción de muchos neurotransmisores (principalmente dopamina y norepinefrina), y de ahí su importancia para un buen funcionamiento neurológico. Es necesaria en la síntesis de muchos aminoácidos como prolina y lisina que hacen parte de la molécula del colágeno. También interviene en la síntesis de carnitina, esencial en el transporte e ingreso de ácidos grasos a la mitocondria para la generación de energía biológica (ATP). La vitamina C también modula el metabolismo de la hormona tiroidea (tirosina) y disminuye los niveles de ácido úrico (Gropper et al. 2004).

La vitamina C se encuentra normalmente en altas concentraciones en todas las células del sistema inmunológico y es consumida muy rápidamente durante todo tipo de infecciones. Además de actuar como antioxidante de reacciones inmunológicas, la vitamina C modula la producción de linfocinas por linfocitos y modula también muchos receptores de membrana celular. La vitamina C es también un antihistamínico natural (Gropper et al. 2004).

El escorbuto es la enfermedad causada por la deficiencia de ascarbato, conocida desde tiempos antiguos y manifestada principalmente por sangrado

de piel y mucosas, pérdida de dientes y heridas supurantes junto con infecciones (Olmedo et al 2006; Barbosa et al 2009).

Hipócrates fue el primero en describir el escorbuto en el año 400 a.C. Sin embargo, sólo en 1795 la Marina Británica comenzó a dar jugo de limón a sus marineros para prevenir el escorbuto.

Linus Pauling explicó claramente el riesgo de desarrollar arterioesclerosis en individuos con períodos prolongados de bajos niveles sanguíneos de vitamina C (Rath y Pauling 1990). Se sabe además que los fumadores con poca ingesta de vitamina C tienen mayor riesgo de enfermedades respiratorias (Hemila 1997).

La deficiencia de Vitamina C produce varios defectos inmunológicos pero principalmente altera la fagocitosis (Anderson et al 1990) y causa disminución de todas las reacciones inmunológicas mediadas por células (Anderson et al 1990; Jacobs et al. 1991; Packer 1997; Shenkin 2006).

El suplemento con vitamina C produce aumento de la proliferación de linfocitos T y B (Bendich 1988) y los niveles altos de vitamina C se han asociado a disminución en la rata de muchas infecciones (Hemila 1997; McGregor y Biesalski 2006; Wintergerst et al. 2006).

3.6. Déficit de vitamina E e inmunodeficiencia adquirida.

Se conoce como vitamina E a un grupo de compuestos solubles en grasas llamados tocoferoles y tico trienoles. Se encuentran principalmente en granos y nueces; aceites de trigo, girasol, linaza, maíz, soya y margarinas. También se encuentra en hojas de vegetales verdes, calabaza, papas dulces, mangos, espárragos, brócoli, papaya y aguacate (Brigelius-Flohé y Traber 1999; Herrera 2001).

La vitamina E es un potente antioxidante (Traber y Atkinson 2007); y ejerce su función antioxidante por medio de la vía glutatiónperoxidasa (Brigelius-Flohé 2009). Tiene otras funciones: regula la actividad enzimática y tiene efecto en la expresión de genes y de factores de crecimiento. Parece impedir la arterioesclerosis, disminuye la agregación plaquetaria y mejora el funcionamiento cerebral.

La deficiencia de vitamina E se ha relacionado con anemias hemolíticas, retardo en el crecimiento infantil, ataxia espino cerebelar, neuropatía periférica, miopatías, retinopatía y coronariopatía (Traber y Atkinson 2007). Su

deficiencia es más frecuente en personas sedentarias, fumadores y alcohólicos.

Se conoce que la deficiencia de Vitamina E altera diferentes reacciones y células del sistema inmunológico (Beisel 1982; Kowdley et al. 1992; Chandra 1990, 1993). Estimula la producción de células asesinas (*Natural Killer Cells*), importantes en la defensa contra infecciones y cáncer. También aumenta la producción de linfocitos B, responsables de la producción de anticuerpos durante reacciones de la respuesta inmune humoral.

El suplemento con vitamina E en ancianos sanos aumenta significativamente la proliferación de linfocitos, la producción de interleucina 2, la DTH y la respuesta a antígenos dependientes de los linfocitos T (Meydani et al 1990, 1997, 2005; Huang et al 2006).

3.7. Déficit de vitaminas del complejo B e inmunodeficiencia adquirida.

El grupo de vitaminas del complejo vitamínico B son la tiamina o B1, riboflavina o B2, niacina o B3, ácido pantoténico o B5, piridoxina o B6, biotina o B7, ácido fólico o B9 y cobalamina o B12.

Estas vitaminas son importantes para funciones bioquímicas y enzimáticas de todos los órganos y sistemas corporales, principalmente en aquellas reacciones necesarias para transformar nutrientes en energía (ATP). La tiamina, por ejemplo, mantiene la salud de músculos, nervios y corazón; la niacina interviene en el equilibrio de piel, y los sistemas nervioso y digestivo; el ácido pantoténico influye en el desarrollo y crecimiento normales; la piridoxina interviene en el metabolismo protéico de glóbulos rojos y los sistemas nervioso e inmunológico; la biotina interviene en la producción de hormonas; el ácido fólico es importante en el metabolismo de ácidos nucleicos y por tanto tiene que ver con todas las células; y la cobalamina interviene en la división celular, principalmente en la producción de células sanguíneas e inmunológicas (Beisel 1982, 1991).

La vitamina B1 se encuentra en cereales y granos íntegros, papas, cerdo, mariscos, hígado y frijoles. La vitamina B2 se encuentra en cereales y granos íntegros, lácteos, hígado y vegetales verdes. La vitamina B5 está en muchos alimentos. La B6 se encuentra en pescado, hígado, cerdo, pollo, papas, bananas y trigo. La B7 es producida por las bacterias de la flora intestinal y también se encuentra en maní, hígado, huevos, bananas y hongos

comestibles. La B9 está en vegetales verdes, hígado, frutas cítricas y trigo. La B12 en huevos, carne, aves, mariscos, leche y productos lácteos.

Varias vitaminas del complejo vitamínico B tienen papel importante en funciones inmunes. La deficiencia de Vitamina B6, por ejemplo, produce deterioro de diversos componentes tanto de las respuestas inmunes específicas celulares como humorales (Beisel 1982; Chandra 1990).

La deficiencia de algunas de estas vitaminas puede causar anemias, neuropatías periféricas, musculopatías, anorexia, fatiga fácil, parestesias de pies y manos, caída del cabello, eczemas, retardo en el crecimiento de niños, defectos congénitos y aumento de infecciones. La deficiencia de Tiamina causa Beri Beri. Algunas investigaciones sugieren mayor riesgo de muchos cánceres en deficiencias de vitaminas del complejo B (Kabat et al 2008; Ebbing et al 2009).

La deficiencia de vitamina B6 en ancianos sanos reduce significativamente el número y proliferación de linfocitos y la producción de interleucina 2 en respuesta a mitógenos; efectos que se corrigen con la administración de esta vitamina (Bendich y Cohen 1988; Meydani et al. 1991). La deficiencia de riboflavina altera la producción de anticuerpos (Bendich y Cohen 1988). Estudios clínicos muestran que las personas con niveles bajos de vitamina B12 tienen alteración de la función de neutrófilos, mientras que estudios en animales indican que el suplemento con vitamina B12 produce aumento de las respuestas inmunes celulares y humorales (Bendich y Cohen 1988).

3.8. Déficit de zinc e inmunodeficiencia adquirida.

El zinc es un microelemento que influye en el crecimiento, desarrollo, funcionamiento e integridad del sistema inmunológico. Es un mediador necesario para la activación y proliferación (división) linfocitaria y también regula la apoptosis celular. También actúa en la transducción, transcripción y replicación de ácidos nucleicos durante la división celular y la síntesis de proteínas y por tanto es necesario para mantener la producción de células por la médula ósea y otros tejidos y para todo el metabolismo protéico (Dardenne 2002).

El zinc es necesario para el funcionamiento de unas 300 metaloenzimas incluyendo a muchas enzimas con actividad antioxidante. Es necesario para la función de la polimerasa del ADN, de la timidinaquinasa, de la ARN polimerasa, necesarias para la división celular. También es necesario para la integridad de todas las membranas celulares (Dardenne 2002).

La deficiencia de zinc afecta tanto la inmunidad innata o inespecífica como la inmunidad específica adquirida (respuesta inmune humoral y celular) (Ibs y Rink 2003).

La deficiencia de zinc genera atrofia linfóide y tímica, reduce las respuestas de los linfocitos T y B, retrasa o anula la hipersensibilidad cutánea, disminuye la actividad de las células asesinas y la resistencia a tumores y aumenta el riesgo de infecciones (Beisel 1982; Dardenne 2002; Chandra 1990, 1993).

La acrodermatitis es una enfermedad debida a una mala absorción intestinal del zinc por un defecto genético. Se acompaña de diarrea e infecciones por virus, bacterias y hongos. Estos individuos manifiestan atrofia tímica, anergia a antígenos cutáneos, disminución de todas las funciones de linfocitos, disminución selectiva del número de linfocitos T-CD4 ayudadores y disminución de la actividad de la hormona tímica (timulina). Estos pacientes mejoran de todas esas manifestaciones con la suplementación con zinc (Dardenne 2002).

En personas con deficiencias de zinc por cualquier motivo, por ejemplo aquellos enfermos hospitalizados que reciben solamente alimentación parenteral (intravenosa) o personas con anorexias selectivas (comen solo algunos alimentos), presentan linfopenia (disminución del número de linfocitos), disminución del ratio CD4/CD8, disminución de la actividad de células asesinas, disminución de la interleucina 2 (IL2) y de gama-interferón y disminución de la fagocitosis y de glucocorticoides (Prasad 2000; Dardenne 2002; Ibs y Rink 2003).

El zinc juega un papel importante en el crecimiento, el desarrollo y la función de células asesinas, neutrófilos y linfocitos T y B (Shankar y Prasad 1998).

En animales de experimentación, la deficiencia gestacional de zinc en la madre se traduce en una gama de alteraciones inmunológicas en el "bebé", principalmente de las respuestas inmunes celulares, que pueden acompañar al animal por el resto de su vida (Beach et al 1982). En el humano, la deficiencia gestacional de zinc produce bebés de bajo peso (Meadows et al 1981).

La suplementación con zinc y con otros minerales traza puede mejorar las deficiencias inmunes de los ancianos (Dardenne 2002). También se ha sugerido el uso de zinc para prevenir infecciones de diverso tipo e incluso infecciones múltiples (Shengying et al. 2010). Similarmente, se ha demostrado empíricamente que el suplemento con zinc produce disminución significativa

en la severidad de diarreas, malaria e infecciones respiratorias de niños (Black 1998).

El zinc se encuentra en forma natural en muchos alimentos proteícos tales como carne de buey, cerdo, cordero, mariscos, pavo, pollo, salmón, leche y productos lácteos, levadura, maní y otras nueces, frijoles, arroz y otros cereales, papas y yogur.

3.9. Déficit de selenio e inmunodeficiencia adquirida

El selenio es un compuesto esencial de las proteínas que contienen selenocisteína y participa en infinidad de reacciones bioquímicas celulares. Por ejemplo, el selenio es necesario para el buen funcionamiento de la enzima glutatiónperoxidasa que es un potente antioxidante (Rotruck et al 1973) que protege a los neutrófilos y a otras células fagocíticas de las acciones de los radicales oxidantes (iones superóxido) liberados durante la fagocitosis de microorganismos potencialmente dañinos (Arthur et al. 2003).

Parece ser que los efectos antioxidantes del selenio se deben a que la enzima glutatiónperoxidasa que depende de él, remueve de los neutrófilos los iones superóxido, tales como hidroperóxidos grasos y peróxidos de hidrógeno (Arthur et al. 2003). Además, las enzimas tioredoxina reductasas, que contienen selenio, también actúan como antioxidantes (Arthur et al. 2003).

Debe existir un equilibrio entre la acción antioxidante del selenio y la producción de iones superóxido producidos por los neutrófilos para destruir bacterias y otros microorganismos. La deficiencia de selenio crea un desequilibrio y los iones superóxido producidos por los neutrófilos causan la muerte de los mismos neutrófilos, aumentando el riesgo de infecciones, por ejemplo por *Candida albicans* (McKenzie et al 2002; Arthur et al. 2003).

La deficiencia de selenio se asocia a alteración de muchas otras células fagocitarias, así como a disminución del número de linfocitos T CD4 y al incremento de infecciones por virus, bacterias y hongos (Rotruck et al 1973). Su deficiencia también causa disminución de la proliferación (división) linfocitaria en respuesta a mitógenos, disminución de la síntesis de leucotriene, necesaria para la quimiotaxis de neutrófilos, disminución los niveles séricos de IgG e IgM (anticuerpos); aumento de la adhesividad de los neutrófilos a las mucosas bronquiales de personas con asma (Arthur et al. 2003).

Recientemente se demostró que tanto la deficiencia de selenio, como la de vitamina E, puede aumentar la virulencia y la patogenicidad de virus benignos (Beck 2007).

Se han identificado unas 20 selenioproteínas (selenoenzimas) con múltiples acciones bioquímicas como las iodo-tironina deiodinasas que actúan en el metabolismo de hormonas tiroideas y se sabe que los linfocitos tienen receptores para las acciones de estas hormonas (Arthur et al. 2003). Debido a lo anterior, la deficiencia de selenio puede causar hipotiroidismo que también se ha asociado a inmunodeficiencia por alteración de la función tímica. Además los animales deficientes en selenio muestran disminución del número y de la calidad de sus espermatozoides. Similarmente, se ha relacionado al selenio con la insulina pancreática y la administración de selenio a diabéticos muestra mejoras satisfactorias (Beckett y Arthur 2005).

De otro lado, las seleniofosfatas son otro tipo de selenoenzimas identificadas en linfocitos y que aun no se les conoce su función inmunológica específica (Arthur et al. 2003).

El suplemento oral con selenio a personas con deficiencias, corrige las alteraciones inmunológicas descritas y en voluntarios normales aumenta las funciones de linfocitos (Pagmanitidis et al. 2008), y el suplemento parenteral con este microelemento mejora las respuestas inmunes en personas con mala absorción intestinal (Peretz et al. 1991).

Es importante recordar que el sistema inmunológico participa de mecanismos inflamatorios, que de no ser controlados adecuadamente, pueden estar implicados en la patogénesis de muchas enfermedades tales como alergias, enfermedades autoinmunes, coronariopatías, esclerosis múltiple, Parkinson, Alzheimer, cáncer, etc.; y varias investigaciones muestran que los niveles sanguíneos normales de selenio pueden prevenir estas condiciones (McKenzie et al. 2002; Arthur et al. 2003).

Es de interés que las deficiencias humanas y animales de selenio se asocian con frecuencia a deficiencia de vitamina E (Arthur et al 2003).

Las deficiencias mixtas de cobre y selenio también alteran muchas actividades y funciones de los linfocitos T y B (Beisel 1982; Vyas y Chandra 1983; Chandra 1990).

El selenio se encuentra naturalmente, en diferentes cantidades, en las piedras, rocas y suelos de todas las regiones del planeta y en los productos agrícolas (hortalizas, vegetales, verduras y frutas) que allí crecen.

3.10. Estrés oxidativo e inmunodeficiencia adquirida.

Se entiende por "Estrés Oxidativo" al desbalance entre la producción y manifestación de radicales libres del tipo de los agentes oxidantes y la

habilidad para la desintoxicación de esos radicales y la reparación al daño que resulta de ellos, todo conocido como "Sistema Redox" (Schafer y Buettner 2001).

Durante el trabajo regular de todos los órganos corporales se liberan radicales libres, principalmente agentes oxidantes, pero si hay un buen nivel de agentes antioxidantes, se mantiene el equilibrio redox.

Alteraciones en el equilibrio normal del estado redox de los tejidos pueden causar efectos tóxicos a través de la producción de peróxidos y otros agentes oxidantes que dañan diferentes componentes de las células, incluyendo proteínas, lípidos y ADN. Dependiendo de la intensidad del estrés oxidativo, este puede alterar la apoptosis normal, causar necrosis e incluso muerte celular (Evans y Cooke 2004).

En los humanos el estrés oxidativo se ha relacionado con muchas enfermedades tales como arterioesclerosis, insuficiencia cardíaca, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, infarto del miocardio, esquizofrenia, desorden bipolar, síndrome de fatiga crónica, proceso de envejecimiento, enfermedades autoinmunes e inmunodeficiencias de todo tipo, para mencionar algunas (Sohal 2002; Imlay 2003; Rattan 2006).

El daño potencial causado por los radicales libres (agentes oxidantes) a diferentes órganos y sistemas depende en buena medida del nivel de ácidos grasos potencialmente oxidables, principalmente ácidos grasos poliinsaturados (PUFAs) de la dieta (Gurr 1983; Bendich 1994). Se ha demostrado que niveles altos de PUFAs son inmunodepresivos. Además, las grasas de la dieta pueden estar oxidadas antes de su ingestión como ocurre cuando se fríen los alimentos (Gurr 1983; Bendich 1994).

Las membranas de todas las células están constituidas de proteínas y lípidos (membranas lipoprotéicas), y de ahí que sean muy susceptibles de ser oxidadas cuando existe un exceso de radicales libres.

Los animales de experimentación alimentados con grasas oxidadas muestran atrofia significativa del timo así como disfunciones de linfocitos T (Newberne 1981; Gurr 1983). De igual manera, hay mucha información empírica que implica al exceso de ingestión de grasa en alteraciones de las respuestas inmunológicas (Gurr 1983; Devasagayam et al. 2004).

Es importante recordar que durante todo el trabajo regular del sistema inmunológico se liberan radicales libres del tipo de los agentes oxidantes y se requiere por lo tanto un suministro suficiente de vitaminas y minerales antioxidantes para mantener un equilibrio homeostático. Pero si por el contrario, a) no hay una ingesta suficiente de los nutrientes requeridos; o si

b) existiese una actividad exagerada del trabajo del sistema inmune por múltiples exposiciones a agentes tóxicos; o c) si se presentasen ambos, se generaría un desequilibrio óxido-reductor con la subsecuente oxidación de las células y las funciones bioquímicas inmunológicas, generando una inmunodeficiencia secundaria a dichos procesos (Giraldo 1997e, 2002a, 2003b, 2009a; Devasagayam et al. 2004).

La información científica indica que a nivel molecular el daño de las células y de las reacciones bioquímicas inmunocompetentes como resultado de diversas deficiencias nutricionales (desnutrición proteico calórica, deficiencias de Vitamina A, Vitamina E, zinc, cobre, selenio, etc.), se hace a través de estrés oxidativo por aumento de radicales libres (Gurr 1983; Jacob et al. 1991; Sies 1991; Chandra y Au 1981; Bendich y Chandra 1990; Chandra 1990, 1993; Bendich 1988, 1994; Semba 1994, 1998; Devasagayam et al. 2004).

Los radicales reactivos libres se definen como las moléculas o fragmentos de ellas que contienen un electrón no apareado y que por lo tanto poseen alta actividad química y por esta razón se unen fácilmente a diferentes moléculas (Slater 1993; Devasagayam et al. 2004).

Pero de otro lado, los radicales libres del tipo de los agentes oxidantes también pueden tener acciones benéficas, como por ejemplo cuando son liberados por macrófagos y otras células inmunológicas para destruir micro-organismos (Imlay 2003; Devasagayam et al. 2004). Similarmente, algunos radicales libres pueden actuar como "mensajeros" entre células a través de un fenómeno conocido como "Señalización Redox" (Schafer y Buettner 2001).

Consecuentemente, algunos de estos radicales libres están implicados en reacciones bioquímicas normales, es decir, contribuyen al equilibrio homeostático. El radical tiroxilo, por ejemplo, es un intermediario de la ribonucleótido reductasa en la cascada de las prostaglandinas y se ha encontrado que el óxido nítrico tiene que ver con la relajación de los vasos sanguíneos (Slater 1993). Sin embargo, muchos otros radicales libres alteran el comportamiento y las interacciones celulares, causando en los tejidos y órganos daños que son el fundamento de muchas enfermedades y condiciones degenerativas como se explicó arriba (Slater et al. 1987; Kehrer 1993; Devasagayam et al. 2004).

La inmensa mayoría de radicales libres se generan en los procesos metabólicos y celulares normales; otros son ingeridos o inhalados desde el medio ambiente; otros más pueden generarse durante el metabolismo de drogas y xenobióticos o producirse en altas proporciones como consecuencia de enfermedades y condiciones degenerativas. Además, muchos agentes

oxidantes son liberados de las mitocondrias durante la fosforilación oxidativa (Pryor y Godber 1991; Bendich 1994; Devasagayam et al. 2004).

Algunos estresantes químicos como el dióxido de nitrógeno, son de por sí radicales libres, y pueden estimular una peroxidación de grasas con producción de más radicales (Gallon y Pryor 1993). Otros, como el ozono, aunque no son radicales de por sí, reaccionan en los tejidos con ácidos grasos polisaturados formando radicales libres que pueden, a su vez, iniciar una peroxidación de grasas (Pryor 1994). El humo del cigarrillo contiene millones de radicales libres por fumada (Bendich 1994). Algunos componentes del cigarrillo pueden liberar sustancias que inducen una reducción del oxígeno y producen superóxido (Pryor y Stone 1993). Debe insistirse sin embargo, en que muy probablemente la mayor fuente de radicales libres son los procesos bioquímicos normales (Pryor 1994; Devasagayam et al. 2004).

La mayoría de los radicales libres que causan daño celular pertenecen al grupo de los oxidantes (agentes oxidantes) (Slater 1993; Kehrer 1993; Devasagayam et al. 2004) y son la causa del denominado estrés de oxidación (Stes 1991; Devasagayam et al. 2004).

Los radicales libres implicados en daños celulares en general son el hidróxilo (OH), el anión superóxido (O_2^-), el anión dióxido de carbono (CO_2^-), el alcoxil (RO \cdot), el peroxil (ROO \cdot), el nitroxil (ONOO \cdot), el peróxido de hidrógeno (H_2O_2), hipocloruro (HOCl), el carbón centrado y el tilo (Slater 1993; Kehrer 1993; Devasagayam et al. 2004).

De otro lado, los antioxidantes celulares más estudiados han sido las enzimas superóxido dismutasa, la catalasa y la glutatión peroxidasa y un poco menos estudiados son las peroxirredoxinas y la recientemente descubierta sulfirredoxina. Otras enzimas con propiedades antioxidantes son la paraoxanasa, la glutatión-S transferasa y las aldehído dehidrogenasas (Schafer y Buettner 2001).

Como se explicó, para poder generar alteraciones de las reacciones metabólicas y las células, los radicales libres deben estar en cantidad suficiente, capaces de sobrepasar los mecanismos protectores normales del *Sistema Redox* (Slater 1993).

Los mecanismos fundamentales que conducen a la formación de radicales libres son: 1) las reacciones de oxidorreducción catalizadas por iones metálicos, por ejemplo, las catalizadas por quinonas, tales como los compuestos nitroheterocíclicos de las reacciones de oxidorreducción cíclicas y las catalizadas por enzimas tipo flavoproteínas y hemoproteínas; 2) los radicales libres inducidos por diferentes radiaciones como la ionizante y la

ultravioleta, la luz visible, la radiación térmica y las vibraciones ultrasónicas (Slater et al 1987, 1993; Devasagayam et al. 2004).

Las formas principales por medio de las cuales los radicales libres infligen daños celulares son: a) lesión del ADN que lleva a disturbios celulares y mutaciones; b) destrucción de la actividad enzimática de los nucleótidos de los ácidos nucleicos; c) alteraciones de enzimas dependientes de radicales SH/S-S; d) unión covalente de proteínas y grasas; e) cambios en actividades enzimáticas y del metabolismo graso; f) daño a proteínas con aumento en la destrucción de las mismas; g) peroxidación de grasas con los subsiguientes cambios en la estructura funcional de las membranas celulares; h) formación de productos secundarios en la peroxidación de grasas que causan alteraciones a distancia, tales como daño a las funciones de otras membranas y proteínas; así como i) alteraciones del transporte iónico necesario para la vida de las células (Slater 1987, 1993; Wolff y dean 1988; Kehrer 1993; Imlay 2003; Evans y Cooke 2004).

Los radicales libres implicados en daño inmunológico mismo son el anión superóxido (O_2^-), el óxido nítrico (NO), y el peroxinitrito o nitroxil (ONOO \cdot) (Slater 1993; Kehrer 1993; Devasagayam et al. 2004)

En otras palabras, los radicales libres que tienen mayor importancia en los fenómenos inmunológicos son, por ejemplo, la gran cantidad de agentes oxidantes que pueden extraer un átomo de hidrógeno a los grupos tiol con formación de radicales tiol. Los grupos tiol son importantes en actividades enzimáticas, en el funcionamiento de los receptores, para las uniones disulfídrico de las inmunoglobulinas (anticuerpos) y para la activación y proliferación de los linfocitos T (Slater 1993). El radical aniónico de superóxido puede reaccionar con el óxido nítrico provocando una pérdida concomitante del factor relajante de los endotelios vasculares (Collier y Vallance 1991), de conocida importancia en los procesos de inflamación y desinflamación. La oxidación de la metionina puede causar daño proteínico con cambios subsiguientes en la inmunogenicidad (William 1978). La destrucción de proteínas (proteolisis) puede ser aumentada por medio de radicales libres (Wolff y Dean 1988).

Estas proteínas alteradas y liberadas al torrente sanguíneo son antigénicas e inducen una respuesta de anticuerpos. Estos anticuerpos, cuando están en niveles suficientes, pueden ser detectados en las reacciones serológicas, por ejemplo, en las pruebas de ELISA y de Western blot para "VIH".

Además, la peroxidación de grasas por radicales libres produce muchos moduladores biológicos, por ejemplo 4-hidroxiacetilquenos, que intervienen en

la actividad quimiotáctica de las células fagocitarias (neutrófilos y otros fagocitos) (Curzio et al. 1986) alterando el sistema de la adenilciclasa o AMP cíclico (Paradisi et al. 1985) y la activación linfocitaria (Fidelus 1988); y aumentan la permeabilidad capilar (Ugazio et al. 1976).

Los hidroxiperóxidos grasos, provenientes también de la peroxidación de grasas, trastornan de igual manera la activación de los linfocitos (Fidelus 1988). Por otra parte, las condiciones que favorecen la peroxidación de grasas pueden causar quimiotaxis de los leucocitos, alteración de proteínas, cambios en la inmunogenicidad, daño por complejos inmunes y muerte celular (Slater 1993).

A pesar de los efectos benéficos de las respuestas inflamatorias, éstas pueden también agravar un daño tisular preexistente por la liberación de radicales libres (Frei 1994). La respuesta inflamatoria no controlada, iniciada por estímulos normales, o la que ocurre por periodos prolongados, pueden convertirse en el proceso patológico mismo por exceso de radicales libres (Bellavite 1988).

Durante la fagocitosis por polimorfonucleares (neutrófilos) se liberan radicales aniónicos de superóxido para la destrucción de microorganismos (Bellavite 1988; Bangglioni y Thelen 1991). Estos radicales también son producidos por macrófagos y células de Kuffer activadas (Rieder et al. 1988) y pueden oxidar grupos tiol y producir radicales tiol y estimular la peroxidación de grasas, lo que produce H₂O₂, compuesto de importancia significativa en el daño tisular (Slater 1993). Los linfocitos B de los humanos tienen mayor susceptibilidad a las acciones tóxicas del H₂O₂ que los linfocitos T (Farber et al. 1984). Los radicales libres producidos durante la fagocitosis de complejos inmunes se han asociado al daño causado por dichos complejos (Oldham et al. 1988).

Por lo tanto, es de importancia crítica, para que las respuestas inmunológicas sean óptimas, que siempre exista un equilibrio entre la generación de radicales libres y la protección antioxidante de las células y de las reacciones bioquímicas inmunológicas (Bendich 1994).

No sólo la desnutrición, sino todas las exposiciones a otros agentes estresantes de origen químico, físico, biológico y emocional causan deterioro de las respuestas inmunes por medio de radicales libres, especialmente agentes oxidantes (Giraldo 1997e, 2002a, 2009a), generando de esa forma inmunodeficiencia adquirida. Las exposiciones múltiples, repetidas y crónicas a una variedad de agentes estresantes inducen activación y proliferación (división) de las células inmunocompetentes con la subsecuente liberación

de radicales libres. Si la presencia de agentes antioxidantes de la dieta no es suficiente para esa demanda exagerada, se genera un estado de estrés oxidativo que altera las células y las reacciones metabólicas inmunológicas, causando la inmunodeficiencia.

Se ha sugerido muchas veces que al proceso de envejecimiento contribuye significativamente un estado de deficiencia inmune por estrés oxidativo, lo que se conoce como "la teoría del envejecimiento por oxidación/inflamación" (De La Fuente et al. 2005). Algo similar se ha propuesto para el desarrollo de cánceres (Khatami 2009).

Todo lo anterior explica por qué desde 1986 se ha estado proponiendo que los radicales libres y concretamente los grupos oxidantes desempeñan un papel trascendental en la patogénesis del SIDA (Dworkin et al. 1986; Fabris et al. 1988; Papadopoulos-Eleopoulos 1988, 1998-1999; Walter et al. 1990; Turner 1990; Graham et al. 1991; Halliwell y Cross 1991; Papadopoulos-Eleopoulos et al. 1992; Quey et al. 1992; Dorge et al. 1992; Salvain y Mark 1992; Baruchel y Wainberg 1992; Staal et al. 1993; Greenspan 1993; Favier 1994; Schrauzer y Sacher 1994; Greenspan y Arouma 1994; Piéttte et al. 1994; Giraldo 1995b,c, 1997a; Shallenberger 1998; Passi 1998; Paasi et al. 1993; Byrnes 1999).

La anterior es la razón por la cual se insiste en el uso de antioxidantes como un paso importante en la prevención y en el tratamiento del SIDA (Papadopoulos-Eleopoulos 1988, 1998, 1999; Turner 1990; Harakeh et al. 1990; Kalevic et al. 1991; Graham et al. 1991; Dorge et al. 1992; Garewall et al. 1992; Papadopoulos-Eleopoulos et al. 1992; Greenspan 1993; Greenspan y Arouma 1994; Giraldo 1995b,c, 1997b,c, 2003a,b; Passi 1998; Byrnes 1999).

3.1.1. Aumento de la pobreza mundial.

Las disparidades económicas están en aumento en todo el mundo, pero principalmente en los llamados países subdesarrollados y en las crecientes franjas de pobreza de las ciudades y pueblos de los países ricos (Garret 1994).

La Conferencia de la Organización de las Naciones Unidas sobre Comercio y desarrollo de 2008, explicó que la pobreza continúa en aumento principalmente en los 50 países más pobres del mundo y que 277 millones de personas aún viven con menos de un dólar por día. Los precios del maíz, el trigo y el arroz se duplicaron del 2007 al 2008 (The Guardian 2008).

Lo anterior obligó a la Organización Mundial de la Salud a aumentar a 47 el número de los "países menos desarrollados" (Nakajima 1994; World Health 1994).

Al mismo tiempo los países y continentes tercermundistas están siendo sometidos a las acciones tóxicas de la contaminación química y física (campos electromagnéticos y radiaciones), originada irresponsablemente en el mundo industrializado (Benarde 1989; Sancton 1989; Hoffman 1993) y lo cual exige un mayor trabajo de los mecanismos de defensa del individuo, siendo uno de los más importantes el sistema inmunológico.

3.12. Aumento global de la desnutrición.

La peor consecuencia biológica de la pobreza, la desnutrición, con todas las enfermedades que de ella se derivan, está en incremento principalmente en países de África, el Caribe, el Pacífico y el sureste asiático (Garret 1994; Nakajima 1994; World Health 1994; World Hunger Education Service 2010).

La Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO) de las Naciones Unidas estimó que en octubre de 2010, 925 millones de personas pasan hambre en el mundo. Es decir, 13% o 1 de cada 7 personas de los 7 billones de habitantes de la tierra, padece de algún grado de desnutrición. De los 925 millones de desnutridos, 578 viven en Asia y el Pacífico, 239 millones en el África Sub-Sahariana, 53 millones en Latinoamérica y el Caribe, 37 millones en el Cercano Oriente y Norte de África y 19 millones de personas con hambre viven en los países ricos del llamado Primer Mundo (World Hunger Education Service 2010).

Los niños son las víctimas más visibles de la desnutrición. El 33% de los niños (1 de cada 3) que viven en los países subdesarrollados padece de desnutrición. Se calcula que cada niño desnutrido pasa 160 días del año enfermo y que la desnutrición juega un papel fundamental en la muerte de 11 millones de niños cada año por diarrea, paludismo, neumonía, y sarampión. La OMS calcula entre 250,000 y 500,000 el número de niños que sufren de ceguera cada año por deficiencia de la vitamina A. Uno de cada 3 adultos que vive en los llamados países pobres sufre de deficiencia de vitaminas y minerales (Black et al 2003; Caulfield et al 2004; World Hunger Education Service 2010).

De esta forma, la pobreza con sus efectos adversos como la desnutrición, las malas condiciones sanitarias, el hacinamiento, el aumento de estresantes biológicos (virus, bacterias, hongos, parásitos), las deficiencias inmunológicas, las enfermedades infecciosas y parasitarias, junto a las

permanentes situaciones de ansiedad, de depresión y de pánico por la falta de esperanza en un mejor mañana, se vienen generalizando por todo África, Asia, islas del Pacífico, Suramérica, el Caribe y el resto del mundo (Garret 1994; Nakajima 1994; World Health 1994). Lo anterior demanda un mayor número de respuestas del sistema inmunológico: éste se mantiene activo respondiendo, intentando neutralizar a los agentes estresantes y liberando radicales libres.

3.13. Aumento de inmunodeficiencia adquirida por desnutrición.

3.13.1. Aumento global de infecciones.

Para el inicio de cualquier enfermedad infecciosa se requiere siempre de un estado de inmunodeficiencia generalmente adquirida, leve, moderada o severa; local o sistémica, secundaria a exposiciones a agentes estresantes inmunológicos (Osterholm y Hedberg 1995).

Lo anterior explica el aumento cada vez mayor de las manifestaciones clínicas de una gran variedad de enfermedades infecciosas y parasitarias, en los países pobres y en los pueblos y barrios menos favorecidos de las ciudades ricas.

En las últimas décadas se ha registrado un aumento importante de enfermedades infecciosas viejas y nuevas en todos los continentes, pero principalmente en los países subdesarrollados (Garret 1994; Osterholm y Hedberg 1995; Pessanti 1995).

Hay un resurgir de la tuberculosis, incluso por micobacterias que antes eran poco frecuentes como el *Mycobacterium avium-intracellulare* (Pessanti 1995). La sífilis, la gonorrea, el chancroide y las demás enfermedades venéreas están en aumento. Igual tendencia muestran las enfermedades micóticas (MacKenzie 1989). De igual manera están aumentando infecciones virales, principalmente asociadas a virus herpes. Muchas parasitosis asociadas con protozoos y helmintos también están en aumento, aún en las grandes ciudades de países no tropicales (Most 1968). Además muchos gérmenes saprófitos encuentran ahora en el deterioro corporal la oportunidad de tomarse patógenos (Garret 1994; Osterholm y Hedberg 1995; Stemberg 1994; Marston 1996).

Debe recordarse que durante el curso de todo tipo de enfermedad infecciosa se empeora el estado de inmunosupresión requerido para el desarrollo inicial de la infección (Zinkernagel 1993; Moms et al 1995).

Círculo vicioso: La pobreza conlleva casi invariablemente a diferentes niveles de deficiencias nutricionales, desnutrición y liberación de radicales libres y estos a su vez llevan a inmunodeficiencia adquirida, la cual favorece el desarrollo de infecciones; las cuales demandan más trabajo inmunológico, se liberan más radicales libres y por tanto se requieren más nutrientes y más antioxidantes; todo aumentando las deficiencias nutricionales y el estrés oxidativo y así sucesivamente. Por lo tanto: pobreza = desnutrición = estrés oxidativo = inmunodeficiencia = infecciones = más deficiencias nutricionales = mayor oxidación = mayor inmunodeficiencia = mayor desnutrición.

3.13.2. Aumento global de tumores.

De otro lado, para la génesis de tumores, además de la presencia suficientemente abundante de agentes estresantes carcinogénicos, se requiere de algún estado de inmunodeficiencia por parte de la persona afectada (Arcos 1995; Arcos y Argus 1995; Herberman 1995).

En esta forma, el deterioro progresivo del sistema inmunológico por un exceso de trabajo del mismo, debido a exposiciones múltiples, repetidas y crónicas a una variedad de agentes estresantes inmunológicos, explica también el aumento de las enfermedades tumorales tanto en países ricos como pobres, impedidas de aparecer si existiese un funcionamiento adecuado del sistema inmunológico.

Hay una tendencia global al aumento de la frecuencia de muchos tipos de cánceres, pero muy especialmente de colon y recto, hígado, tracto biliar, páncreas, laringe, pulmones, tejidos conectivos, piel, melanoma, mama, ovarios, próstata, testículo, vejiga, cerebro, linfomas, leucemias y mielomas (Boring et al 1994; Doll et al 1994; Parkin 1994).

El incremento mundial de tumores infantiles ha sido claramente advertido (Draper et al 1994).

3.13.3. Aumento global de inmunotoxicidad.

Además del SIDA, existen hoy toda una gama de inmunodeficiencias adquiridas, de las cuales es precisamente el SIDA la más grave de todas- el SIDA es solamente el pico de un iceberg. Muchas ocurren durante el curso y pueden ser consecuencia de enfermedades de otros sistemas diferentes al inmunológico (Heise 1982; Zegers y Stoop 1988; Niles et al 1995; Shearer 1996).

Las inmunodeficiencias iatrogénicas, secundarias al uso y abuso de los medicamentos de la farmacopea convencional están mostrando un aumento significativo (Descotes 1988). Cada día son más frecuentes las inmunodeficiencias leves y moderadas secundarias a exposiciones ocupacionales y medioambientales a agentes estresantes (tóxicos) de origen químico, físico, biológico, nutricional y mental (Goedert et al 1982, 1994; Descotes 1988; Miller et al 1992; Dean et al 1994).

Las inmunodeficiencias secundarias a las exposiciones a químicos industriales son particularmente importantes en el mundo actual y obligaron a que comenzara una nueva rama del saber: la inmunotoxicología (Descotes 1988). Para conocer más detalles sobre los diferentes agentes que intoxican hoy en día al sistema inmunológico, puede consultarse la "*Bibliografía sobre Inmunotoxicología*" listada en las páginas 175 a 178 de libro del autor "*SIDA y agentes estresantes*" (Giraldo 2002).

Las inmunodeficiencias de diferente gravedad y secundarias al uso regular de alcohol, cocaína, heroína, marihuana, anfetaminas, inhalantes y pegantes son verdaderas epidemias del mundo moderno (Cushman y Grieco 1973; Holsapple et al 1986; Escamilla 1986; Kaplan 1986; Haverkos y Dougherty 1988; Bryant et al 1992; Giraldo 1996, 1998).

El aumento global de la insatisfacción, de la tristeza, de la falta de esperanza por un mañana mejor, de la rabia, el rencor, la arrogancia y la soberbia, está creando una pandemia de inmunodeficiencias emocionales (Friedman et al. 1995a; Giraldo 2009^a; Adder et al. 2001; Kiecolt-Glaer y Glaser 1988; Glaser y Kiecolt-Glaer 1994).

Las personas con cualquier tipo de estas inmunodeficiencias adquiridas tienen alteraciones nutricionales ya sean clínicas o subclínicas, es decir, manifestadas sólo si se hacen dosificaciones sanguíneas de nutrientes, de micronutrientes y de agentes antioxidantes, tales como vitaminas A, C, E, zinc, selenio, etc.

3.13.4. Aumento global de enfermedades metabólicas y degenerativas.

Los efectos tóxicos de los agentes estresantes no respetan ningún órgano o sistema. Cada día se reportan más agentes estresantes relacionados causalmente con enfermedades tóxico-degenerativas del hígado (Moslen 1996), de los riñones (Goldstein y Dohellmann 1996), del sistema gastrointestinal (Walsh 1994), del sistema respiratorio (Witschi y Last 1996), del sistema cardiovascular (Ramos et al 1996), de la piel y sus anexos (Rietschel Y Fowler 1995), de los ojos (Potts 1996), de las glándulas endocrinas (Capen 1996), para mencionar algunos ejemplos.

Hay un aumento creciente de enfermedades neurológicas y mentales secundarias a exposiciones a agentes estresantes de origen químico, físico, biológico, nutricional y emocional. La neurotoxicología es la nueva rama del conocimiento dedicada al estudio de estas enfermedades (Hartman 1995; Chang y Dyer 1995).

También hay un aumento de desórdenes linfomatológicos secundarios a la exposición ocupacional o medioambiental a agentes estresantes, que comúnmente están acompañados de deficiencias inmunológicas, tales como anemias hemolíticas, anemia hipoproliferativa, trombocitopenia, anemia aplásica, leucopenia, neutropenia, diferentes leucemias, linfomas, mielomas, metahemoglobinemia, carboxihemoglobinemia (Smith 1996).

La genotoxicología es una nueva rama del saber dedicada al estudio de las alteraciones de los genes, de los ácidos nucleicos y de las mutaciones genéticas, secundarias a las exposiciones a agentes de origen químico y físico principalmente (Choi 1996). Cada día se reconocen más genotóxicos en nuestro medio ambiente y nacen más niños con defectos congénitos (Choi 1996; Li y Heflich 1991).

Cada vez son más frecuentes los efectos adversos de los agentes estresantes sobre el sistema reproductor humano, principalmente en países industrializados (Thomas 1996). Inclusive el número y la calidad de los espermatozoides del semen de los hombres ha disminuido significativamente en las últimas décadas (Auger et al 1995). Recientemente, la Universidad de Queens en Canadá demostró la hipoespermia secundaria al uso de teléfonos celulares (www.diariodasaude.com.br 2011).

Todo lo anterior ha obligado a crear nuevas ramas de la medicina: neurotoxicología, dermatotoxicología, hematotoxicología, hepatotoxicología, cardiotoxicología, nefrototoxicología, neumotoxicología, endocrinotoxicología, genotoxicología, etc.

Todo indica, por lo tanto, que el aumento constante de agentes tóxicos en el ecosistema humano está poniendo en serio peligro la preservación de nuestra especie.

Durante el trabajo norma (regular) y, más aún, durante el trabajo exagerado de todos los sistemas de defensa del individuo (piel y mucosas, neurológico, endocrinológico, inmunológico) se generan radicales libres del tipo de los agentes oxidantes, que deben ser neutralizados por medio de los antioxidantes dietarios (vitaminas A, C, E, zinc, selenio, etc). Pero si la ingesta de antioxidantes no fuese suficiente, o si la demanda fuese muy grande, o si se presentan ambos, se genera un estado de estrés oxidativo

sistémico; el cual impide el buen funcionamiento del sistema inmunológico y los demás sistemas corporales (Giraldo 2002a; 2009a).

El aumento global de enfermedades infecciosas, tumorales, metabólicas y degenerativas, requiere de más trabajo de los sistemas de defensa del individuo, principalmente del sistema inmunológico, lo cual demanda más nutrientes para la división celular, y de más vitaminas y minerales antioxidantes para corregir la oxidación generada durante el trabajo exagerado de todos los sistemas de defensa (Slater 1993). Como es muy difícil ingerir todos los nutrientes necesarios, se generan más deficiencias nutricionales y desnutrición y así sucesivamente.

Otro *círculo vicioso*: aumento de agentes estresantes = intoxicaciones = trabajo exagerado de sistemas de defensa = deficiencias nutricionales y de antioxidantes por exceso de trabajo = estrés oxidativo = deficiencias inmunológicas = enfermedades infecciosas, tumorales y metabólicas = más trabajo del sistema inmune = más deficiencias nutricionales y mayor estado de estrés oxidativo.

3.14. Conclusión de éste capítulo.

Existe pues una pandemia de deficiencias nutricionales y de agentes antioxidantes (estrés oxidativo) y de su consecuencia primaria las inmunodeficiencias adquiridas nutricionales. Todo esto está causando déficit de las funciones de defensa, de vigilancia de tumores y de equilibrio metabólico del sistema inmunológico (Giraldo 1997e, 2002a, 2009a).

Todo lo anterior explica el aumento de enfermedades infecciosas, parasitarias, de tumores y cánceres y de una gama de enfermedades metabólicas y degenerativas en todos los estratos sociales pero más aún en aquellos sometidos a pobreza y a desnutrición.

La información científica disponible relacionada en este capítulo permite concluir que hay un aumento significativo de inmunodeficiencias secundarias o adquiridas y que en la génesis de todas ellas el estrés de oxidación juega un papel importante.

Capítulo 4

Estrés oxidativo en personas seropositivas y en pacientes con SIDA

“El delirio no solo consiste en ver lo que no existe, sino principalmente en no ver lo que existe”

Wilfred Bion (1897-1979)

En el capítulo anterior se describieron los fundamentos científicos que permiten afirmar que para el funcionamiento adecuado de las células y de las reacciones bioquímicas del sistema inmunológico, es absolutamente necesario la disponibilidad de niveles normales de macronutrientes como proteínas, lípidos y carbohidratos y de microelementos especialmente vitaminas y minerales antioxidantes tales como vitaminas A, C, E, zinc y selenio entre otros (Beisel 1991; Chandra 1990, Dendich y Chandra 1990; Semba 1998, 1999; Prasad 2000; McKenzie et al 2002; Dardenne 2002; Brown 2002; Devasagayam et al 2004; De La Fuente et al. 2005; Shenkin 2006; Huang et al. 2006; Webb y Villamor 2007; Barbosa et al. 2009; De La Fuente y Miquel 2009).

Véamos ahora alguna de la abundante información científica que muestra:

- a) La similitud entre la Desnutrición Protéico Calórica (DPC) y el SIDA.
- b) Que el progreso de las personas seropositivas a tener las manifestaciones sintomáticas del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida o SIDA, y aún llevar a la muerte, depende en gran medida de su estado nutricional y principalmente de los niveles de agentes antioxidantes en su sangre y tejidos.
- c) Que un nivel suficiente de estrés oxidativo es necesario para que las personas seronegativas (“VIH-negativas”) conviertan a seropositivas (“VIH-positivas”); en otras palabras, que lo que se conoce como “*Contagio o Trasmisión del SIDA*” puede explicarse científicamente por un exceso de estrés oxidativo.

Estos mismos conceptos los he estado explicando por casi dos décadas en mis artículos y libros (Giraldo 1995b-d, 1997e, 2002a, 2009a).

4.1. Similitud entre la Desnutrición Protéico Calórica y el SIDA.

Desde los inicios de la era del SIDA, investigadores famosos que han trabajado en la relación existente entre la nutrición y la inmunología, tales como el Dr. Ranjit Kumar Chandra, observaron que: “*Existe una extraña similitud entre los hallazgos inmunológicos de las deficiencias nutricionales y aquellos observados en el Síndrome de la Inmuno Deficiencia Adquirida, SIDA*” (Jain y Chandra 1984).

Como expliqué en el capítulo 3 de este libro, las alteraciones inmunológicas de los pacientes con Desnutrición Protéico Calórica (DPC) son prácticamente idénticas a las que se observan en el SIDA. Vale la pena recordárlas ahora:

Alteración de la hipersensibilidad cutánea retardada, de la proliferación linfocitaria en respuesta a mitógenos, de la actividad del complemento y de la respuesta secundaria a antígenos. Así mismo, se presenta una reducción en la formación de rosetas de linfocitos T, aumento de la actividad de la deoxinucleótidil transferasa, disminución del factor tímico sérico, reducción del número de células T ayudadoras, alteración de la producción de gamainterferón y de interleucinas 1 y 2, reducción de la afinidad de los anticuerpos, alteración de la secreción de la inmunoglobulina A (IgA), de la respuesta de anticuerpos y disfunción de los fagocitos. Además se presenta disminución significativa de la proporción de linfocitos T ayudadores / inductores que tienen antígenos CD4 en sus superficies celulares. La atrofia linfóide es un aspecto prominente de la carencia nutricional. Generalmente las respuestas de anticuerpos séricos en la DPC permanecen intactas. La mayoría de los componentes del complemento disminuyen, especialmente el C3, C5, el factor B y la actividad hemolítica total (Keusch y Farthing 1990; Coodley 1990; Bristol-Myers 1994; Raiten 1990; Keusch y Thea 1993; Beisel 2000; Watson 2001).

Desde 1983, el Dr. R.H. Gray también explicó que: “*Según se observada en los niños desnutridos, particularmente en el Tercer Mundo, existe una similitud entre la deficiencia inmunológica, las infecciones múltiples y la gran pérdida de peso de los pacientes con SIDA y la desnutrición protéico calórica y en ambos hay disminución de la resistencia a las infecciones*” (Gray 1983). Por estas razones se ha postulado que es posible que las deficiencias nutricionales jueguen un papel

importante tanto en la génesis como en el curso clínico de diferentes estados de inmunodeficiencia adquirida incluyendo al SIDA.

“Es interesante que la inmunodeficiencia de los niños con DPC puede revertirse mediante rehabilitación nutricional, lo que sugiere que una nutrición apropiada puede ser útil en el tratamiento del SIDA” (Gray 1983).

Además de servir de respaldo óptimo para las funciones del sistema inmunológico, una buena nutrición es particularmente crítica en los niños con SIDA, puesto que ella significa una mejor oportunidad para lograr un crecimiento y un desarrollo normales (Heller 1997; Mahan y Escott-Stump 2000).

Por lo anterior los doctores Mahan y Escott-Stump han propuesto una *“terapia nutricional”* para las personas con la *“infección VIH”* (seropositivos) y para los enfermos con el Síndrome de la Inmuno Deficiencia Adquirida, SIDA (Mahan y Escott-Stump 2000).

Los mismos investigadores insisten en que: *“Todas las personas afectadas por la infección VIH deberían ser sometidas a un examen riguroso de su estado nutricional durante su primer contacto con el profesional de la salud, y debería hacerse un monitoreo nutricional durante los controles médicos subsiguientes”* (Mahan y Escott-Stump 2000).

La similitud entre la DPC y el SIDA es por lo tanto un hecho contundente.

4.2. Advertencia: El progreso de personas seropositivas a SIDA y aún a la muerte, puede ser debido a deficiencias nutricionales y de agentes antioxidantes [exceso de oxidación].

Después de muchas investigaciones empíricas se ha explicado infinidad de veces que: *“Los problemas nutricionales han sido parte de los aspectos clínicos del SIDA desde que ésta fuera reconocida como una nueva enfermedad”* (Keusch y Farthing 1990; Keusch y Thea 1993). Similarmente desde los inicios de la epidemia del SIDA, se le ha dado un papel de importancia crucial al estrés oxidativo en la fisiopatología y en la historia natural del síndrome (Pace y Leaf 1995).

4.2.1. Deficiencias nutricionales y de agentes antioxidantes en personas seropositivas y el riesgo de enfermar de SIDA.

Hay muchas investigaciones científicas que explican que un estado nutricional óptimo así como los niveles apropiados de vitaminas y de minerales son, por sí mismos, suficientes para prevenir el desarrollo del SIDA en las personas que reaccionen positivamente en las denominadas *“pruebas para VIH” (seropositivos)* (Moseson et al. 1989; Bogden et al. 1990, 2000; Beach et al. 1992; Tang et al. 1993; Abrams et al. 1993; Baum et al. 1994, 1995; Perquet et al. 1995; Skurnick et al. 1996; Dannahauser et al. 1999).

Además, se sabe que la severidad de las manifestaciones clínicas del SIDA en los enfermos que sufren de este síndrome, es decir, en aquellos que presentan infecciones oportunistas, tumores oportunistas y enfermedades metabólicas oportunistas es proporcional al grado de las deficiencias nutricionales y de agentes antioxidantes que presente el paciente (Kotler et al. 1985; Chlebowski 1985; Chelluri y Jastremski 1989; Coodley et al. 1993a; Bogden et al. 2000).

“Los macronutrientes están relacionados con la pérdida de peso y desbalances energéticos en pacientes infectados con VIH, y se sabe objetivamente que los micronutrientes juegan diferentes papeles en la función inmune” (Kiure et al. 2002).

Los niveles sanguíneos de macronutrientes, micronutrientes y de agentes antioxidantes se han estado usando desde los inicios de la pandemia del SIDA, para evaluar el curso y el pronóstico de los enfermos con este síndrome (Kotler et al. 1985; Chlebowski 1985; Chelluri y Jastremski 1989; Coodley et al. 1993a). Es así, como se conoce que existe una relación directamente proporcional entre las deficiencias nutricionales y de agentes antioxidantes (Estrés oxidativo) y el progreso de las personas seropositivas a tener las manifestaciones clínicas del SIDA (Baum et al. 1995; Bogden et al. 2000).

En tal sentido, desde los primeros años de la pandemia del SIDA, la pérdida de peso y el síndrome caquectizante que son una característica clínica de la deficiencia de macronutrientes, especialmente de carbohidratos y de proteínas, se han relacionado a un mal pronóstico (Grunfield et al. 1992; Coodley et al. 1992).

Las deficiencias de macronutrientes - carbohidratos, proteínas, grasas y fibra- en personas seropositivas se han asociado a la disminución del número de células CD4. Existe una relación inversa entre las deficiencias de macronutrientes y el conteo de células T CD4. En tal sentido, se ha

demonstrado que los individuos adultos "VIH positivos" (seropositivos) con bajo peso y disminución de la circunferencia muscular del brazo (Castelbon et al. 1997; Kiure et al. 2002) y también los niños seropositivos con alteraciones del crecimiento, tienen ambos conteos bajos de células T CD4 (Johan-Liang et al. 2000; Kiure et al. 2002). Lo mismo ha sido demostrado con niños seropositivos en Sudáfrica (Arpadi et al. 2000).

Se ha encontrado que la pérdida de peso sumada a infecciones oportunistas es de peor pronóstico que cada una por separado (Melchior et al. 1993).

Una de las razones que puede causar o empeorar las alteraciones de macronutrientes y de micronutrientes en personas seropositivas sintomáticas con diarreas de diferente origen, especialmente aquellas con esteatorrea (cantidad exagerada de grasas en las materias fecales), ha sido la mala absorción intestinal de nutrientes (Harriman et al. 1989; Ehrenspreis et al. 1994; Koch et al. 1996; Pernet et al. 1999).

Un estudio de casos y controles doblemente ciego demostró un efecto favorable con el uso de algunos aminoácidos tales como beta-hidroxi-beta-metilbutirato, glutamina, y arginina, en enfermos con síndrome caquectizante (Clark et al. 2000).

De otro lado, las deficiencias de micronutrientes en individuos seropositivos, especialmente de agentes antioxidantes, están asociadas a un progreso más rápido hacia las manifestaciones clínicas del SIDA, llámense estas infecciones oportunistas, tumores oportunistas o enfermedades metabólicas oportunistas (Semba 1997a,b,2006).

Con respecto al papel de las vitaminas en el progreso hacia el SIDA de los individuos seropositivos, investigadores de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard en Boston explican que: "Las tasas más altas de enfermedades y de la transmisión vertical en los países en desarrollo, coinciden con las tasas similarmente más altas de desnutrición y deficiencias vitamínicas, lo que indica que la infección VIH puede modificarse por intervención nutricional". Y continúan los investigadores de Harvard: "Numerosos estudios reportan una asociación inversa entre el estado vitamínico, medido bioquímicamente o según su ingesta en la dieta, y el riesgo de desarrollo de la enfermedad o de transmisión vertical" de la madre al hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia ("MTCT") (Fawzi y Hunter 1998).

Un creciente número de investigaciones científicas sugiere que los niveles séricos bajos de la Vitamina A en individuos seropositivos, serían un factor de riesgo significativo para conducir la persona hacia las

manifestaciones clínicas del SIDA (Watson et al. 1988; Loya et al. 1992; Garewal et al. 1992; Ullrich et al. 1994; Semba et al. 1994a; Coutoudis et al. 1995; Yang et al. 1995; Coodley et al. 1996; Landesman 1996; Tang et al. 1997a; Semba 1997a,b; Humphrey et al. 1999; Fawzi et al. 1999; Kennedy et al. 2000).

Por ejemplo, "en un estudio de 18 meses entre hombres homosexuales VIH positivos, se encontró que la deficiencia de vitamina A estaba asociada a la disminución en el número de células T CD4 conocido como marcador de disfunción inmune. La normalización de los niveles de vitamina A causó aumento del número de células T CD4" (Semba et al. 1995b).

Otro estudio mostró que "el nivel sérico bajo de Vitamina A estaba asociado a una tasa más rápida de progreso hacia el SIDA de los hombres (seropositivos) que participaron en el 'Estudio Multicéntrico de Personas con SIDA' (MACS)" (Tang et al. 1993).

De otro lado, "entre los hombres gay VIH positivos, bien nutridos, que participaron en un estudio durante 6 años, en San Francisco, California, la ingesta alta de vitamina A causó niveles mayores de células CD4 y un riesgo menor de progreso hacia el SIDA" (Abrams et al. 1993).

Otro estudio longitudinal en hombres "gay" seropositivos, encontró que la deficiencia de vitamina A o de vitamina B12 estaba asociada a una disminución significativa de los conteos de células CD4. En el mismo estudio, la normalización de los niveles sanguíneos de vitamina A, vitamina B12 y zinc se asoció a un mayor número de células T CD4 (Baum et al. 1995).

En otra investigación al azar, el suplemento diario con 180 mg de betacaroteno durante 4 semanas a individuos seropositivos estuvo asociado a un pequeño aumento de leucocitos totales, a un aumento de células CD4 y a una mejoría del ratio CD4/CD8 comparado con los controles que recibieron placebo. Los mismos parámetros disminuyeron cuando los participantes en el grupo con betacaroteno se cambiaron a placebo (Coodley et al. 1993b; Kiure et al. 2002).

En Tailandia, las embarazadas "VIH positivas" en el primer trimestre con conteos de células CD4 menores de 200 células por milímetro cúbico, presentaron niveles de vitamina A y de betacaroteno 37% más bajos que las embarazadas "VIH negativas" (Baum et al. 1997a).

En Francia, el suplemento diario con selenio o con betacaroteno durante un año a hombres y mujeres "VIH positivos", condujo a un aumento

significativo de la actividad de la glutatión peroxidasa a los 3 y 6 meses (Delmas-Beauvieux et al. 1996).

En un estudio longitudinal en Miami, las mujeres seropositivas embarazadas con conteos de células CD4 menores de 200 por milímetro cúbico, estuvieron más propensas a tener niveles plasmáticos más bajos de selenio y de vitaminas A y E que los hombres, con conteos similares de células CD4 (Phuapradit et al. 1996).

Además de la Vitamina A, un número de estudios cada vez mayor, indica que los individuos "VIH positivos" (seropositivos) presentan un riesgo mayor de deficiencia de Vitaminas B1, B2, B6, B12, C, D y E (Harakeh et al. 1990; Baum et al. 1991; Haug et al. 1994; Harakeh et al. 1994; Tang et al. 1997a,b; Fawzi y Hunter 1998). Algo muy similar se ha encontrado en animales con inmunodeficiencia (Wang et al. 1994, 1995).

Además, las deficiencias sanguíneas de vitaminas del Complejo B, Vitamina C, Vitamina E y Vitamina D incrementaron el riesgo de progreso de los individuos "VIH Positivos" o mejor seropositivos a tener las manifestaciones clínicas del SIDA (Harakeh et al. 1990, 1994; Baum et al. 1991; Haug et al. 1994; Wang et al. 1994, 1995; Tang et al. 1997a,b; Fawzi y Hunter 1998).

La deficiencia de vitamina B6 en individuos seropositivos también se ha asociado a disminución de la citotoxicidad de las células asesinas y a la alteración de la proliferación linfocitaria a mitógenos, dos importantes funciones del sistema inmunológico (Baum et al. 1991).

En Canadá un estudio con personas seropositivas doblemente ciego, al azar, y controlado con placebo logró una reducción significativa de la "Carga Viral" después de 3 meses de suplementación con dosis grandes de vitaminas C y E (Allard et al. 1998).

En el estudio MACS (Tang et al. 1993) y en otro estudio con seropositivos de San Francisco (Abrams et al. 1993), una dieta con altos ingresos de vitamina C, tiamina, o niacina mostraron disminución del riesgo de progreso hacia las manifestaciones clínicas del SIDA (Kiure et al. 2002).

También en el estudio MACS con individuos seropositivos, los altos ingresos dietarios de vitaminas B1, B2, B6, y niacina estuvieron asociados a una supervivencia mayor hasta de 1.3 años (Tang et al. 1996).

Además, los aumentos en las ingestas de hierro, vitamina E y riboflavina en personas seropositivas también redujeron significativamente el riesgo de desarrollar las manifestaciones clínicas del SIDA (Abrams et al. 1993).

Varias investigaciones muestran que los niveles bajos de vitamina E aumentaron el riesgo de progreso de seropositivos hacia SIDA (Tang et al. 1997a; Kiure et al. 2002). En la misma población, los niveles séricos bajos de vitamina B12 estuvieron asociados con un riesgo dos veces mayor de progreso hacia SIDA (Tang et al. 1997b; Kiure et al. 2002).

En los Estados Unidos, los niveles plasmáticos bajos de zinc y de selenio sirvieron para predecir conteos también bajos de células T CD4 en individuos seropositivos (Bogden et al. 2000; Kiure et al. 2002). Los niños seropositivos con niveles bajos de selenio también tienen un mayor riesgo de desarrollar el SIDA y tienen un pronóstico peor (Campa et al. 1999).

Otro estudio mostró que la suplementación oral con selenio produce mejoras significativas de las personas seropositivas que ya presentan las manifestaciones clínicas del SIDA (Olmsted et al. 1989).

Otro estudio demostró que la administración oral de selenio reducía significativamente lo que se conoce como "carga viral del VIH" (Hurwitz et al. 2007).

En animales de experimentación ocurre algo muy similar a los humanos. Por ejemplo, un estudio con ratones inmunodeficientes, mostró mejoría significativa de la función inmunológica con la suplementación oral con selenio (Chen et al. 1997). Otro estudio *in vitro* demostró que la aplicación de selenio a los cultivos inhibía la replicación del ácido nucleico que supuestamente hace parte del "VIH" (Hori et al. 1997).

En San Francisco, las personas seropositivas con una ingesta diaria alta de zinc, tiamina, niacina y riboflavina, presentaron mayores conteos de células CD4 (Abrams et al. 1993).

En un estudio de casos y controles del proyecto investigativo MACS, los seropositivos que progresaron a las manifestaciones clínicas del SIDA tuvieron niveles séricos de zinc significativamente más bajos que los participantes que no progresaron a SIDA o que los individuos "VIH negativos" (Graham et al. 1991).

También otros estudios muestran efectos favorables del uso de zinc en personas seropositivas (Black et al. 1998; Haragushi et al. 1999; Baum et al. 2000).

El aumento de estrés oxidativo en individuos seropositivos con deficiencias de micronutrientes se ha relacionado con aumentos de lo que se conoce como "carga viral". Este hecho ha sido explicado por investigadores defensores del "VIH" como debido a que los radicales libres del tipo de los agentes oxidantes, lesionan las células, y "pueden reactivar

factores relacionados con la transcripción y replicación del VIH" (Pace y Leaf 1995). Por esta razón se ha sugerido muchas veces que la suplementación alimentaria con micronutrientes antioxidantes tales como vitaminas A, C, E, zinc y selenio puedan reducir el estrés oxidativo y por consiguiente lo que se conoce oficialmente como "la replicación del VIH", evaluado por medio de las denominadas "Cargas Virales" (Hori et al. 1997).

Todo lo anterior ha hecho proponer que "los suplementos vitamínicos podrían ser uno de los pocos tratamientos potencialmente beneficios con precios suficientemente módicos como para que estén al alcance de las personas infectadas con el VIH en los países en desarrollo" (Fawzi y Hunter 1998) y lógicamente en el resto del mundo.

4.2.2. Deficiencias nutricionales y de agentes antioxidantes y el riesgo de morir por SIDA.

La pérdida de peso es el signo clínico más importante de la deficiencia de macronutrientes (carbohidratos, grasas, proteínas y fibra). Varios estudios muestran que la pérdida de peso y el síndrome caquéctico (pérdida severa de peso) son de mal pronóstico en personas con las manifestaciones clínicas del SIDA, generalmente preceden a infecciones oportunistas y pueden anunciar una muerte temprana (Kotler et al. 1989; Wheeler et al. 1998).

En personas seropositivas sintomáticas, el síndrome caquéctico, particularmente la pérdida de la masa corporal, se ha asociado a una mayor susceptibilidad a las infecciones oportunistas y a una muerte temprana (Kotler et al. 1989; Wheeler et al. 1998). En tal sentido, un estudio progresivo de casos y controles con drogadictos intravenosos "VIH positivos" y con síndrome caquéctico, estos presentaron aproximadamente 8 veces mayor riesgo de morir comparado con los controles (Semba et al. 1995b).

Los niveles bajos de albúmina sérica (proteína) se han asociado a una mayor mortalidad de personas seropositivas que enferman (Feldman et al. 2000; Kiure et al. 2002). El bajo índice de masa corporal con niveles plasmáticos altos de proteína C reactiva se asociaron a un riesgo mayor de muerte en individuos "VIH positivos" seguidos durante 42 meses (Melchior et al. 1999). Los niveles bajos de albúmina y hemoglobina séricas también predicen un pronóstico peor de los niños "VIH positivos" (Shearer et al. 2000).

En un estudio en los Estados Unidos, el riesgo de muerte fue tres veces mayor en personas seropositivas con deficiencia de albúmina que en aquellos seropositivos con niveles normales de esa proteína (Feldman et al. 2000).

El riesgo de muerte de seropositivos seguidos durante 42 meses (casi 4 años), fue tres veces mayor en individuos con pérdida de peso severa junto con niveles sanguíneos altos de Proteína C Reactiva (un indicador de inflamación activa) (Melchior et al. 1999).

El riesgo de morir de niños seropositivos, hijos de madres también seropositivas, seguidos durante 5 años, fue mayor en aquellos con niveles bajos de albúmina y hemoglobina (Shearer et al. 2000).

Muchos investigadores han advertido que: "De hecho, en muchos pacientes con SIDA la muerte parece estar más determinada por el estado nutricional que por cualquier infección oportunista que aparezca durante el curso de la enfermedad. Esto sucede cuando el desgaste de la masa corporal magra se aproxima al 55% de lo normal según la edad, sexo y altura. Entonces la muerte es inminente, independientemente de los factores que causen estos estados de desnutrición profunda" (Keusch y Farthing 1990; Keusch y Thea 1993).

En Zambia, la suplementación oral con nutrientes a personas con síndrome caquéctico mostró mejorías importantes (Kelly et al. 1999).

De otro lado, con relación a las vitaminas y a los minerales antioxidantes las investigaciones también son contundentes:

Por ejemplo, un estudio longitudinal con drogadictos seropositivos de Baltimore, mostró que aquellos con niveles bajos de retinol presentaron cuatro veces mayor posibilidad de morir (Semba et al. 1993b).

En un estudio de casos y controles, los individuos seropositivos con deficiencia de Vitamina A tuvieron 4 veces mayor riesgo de morir que sus controles después de hacer ajustes para los conteos de células CD4 (Semba et al. 1995b).

Otra investigación mostró "Un riesgo de muerte 78% menor en las personas infectadas con el VIH que tenían niveles séricos normales de Vitamina A, cuando se comparaba con sujetos con deficiencia de Vitamina A" (Semba et al. 1994a).

En Rwanda se encontró que las mujeres "VIH positivas" que tenían niveles altos de retinol sérico tenían también una mayor posibilidad de sobrevivir (Camp et al. 1998).

"En un estudio controlado con placebo en Sudáfrica entre niños nacidos de madres VIH positivas, los suplementos de Vitamina A produjeron una reducción de aproximadamente 50% en la morbilidad diarreica de aquellos niños infectados con VIH" (Coutsoudis et al. 1995).

También en Sudáfrica, el suplemento con vitamina A en niños "VIH positivos" resultó en un aumento del número de células asesinas y disminución del riesgo de muerte (Hussey et al. 1996; Kiure et al. 2002).

De otro lado, la deficiencia de selenio aumentó el riesgo de muerte en individuos adultos "VIH positivos" (Allavena et al. 1995; Baum et al. 1997b; Kiure et al. 2002).

Las evidencias científicas descritas en esta sesión son un indicativo claro de: a) que las personas seropositivas con mayor frecuencia presentan alteraciones nutricionales tanto de macronutrientes (carbohidratos, grasas y proteínas) como de micronutrientes, especialmente vitaminas y minerales antioxidantes; b) que la severidad de las manifestaciones clínicas del SIDA y su peor pronóstico están directamente relacionadas con el grado de alteraciones nutricionales y de estrés oxidativo manifestado por medio de deficiencias de agentes antioxidantes; y c) que la muerte de los enfermos con SIDA depende mucho más del grado de los desequilibrios nutricionales y del estrés oxidativo que de las mismas enfermedades oportunistas que el paciente presente.

4.3. Verdades científicas acerca del llamado "Contagio del SIDA" o "Transmisión del SIDA".

4.3.1. "El Contagio o transmisión del SIDA" es un delirio de los investigadores del VIH.

El estudio cuidadoso de la literatura científica permite percibir claramente que el SIDA no es una enfermedad infecciosa y que tampoco se transmite sexualmente (Duesberg 1987, 1989, 1992a; de Harven 1997-1998; Papadopoulos-Eleopoulos et al. 1993; Giraldo 1997e, 2002a, 2009a).

"La transmisión vertical del SIDA" de la madre seropositiva al hijo durante el embarazo y el parto o a través de la leche materna son simples mitos o suposiciones sin ninguna evidencia real (Giraldo 1998a; Farber 1998; Philpot 1998).

Un buen número de investigaciones sustenta que la denominada "transmisión del SIDA" por la sangre supuestamente infectada con el VIH, tampoco es cierta (Duesberg 1991, 1995; Papadopoulos-Eleopoulos et al. 1995; Giraldo 1995b,c).

Inclusive hoy día, investigadores que todavía defienden al VIH como la causa del SIDA, también cuestionan con argumentos muy convincentes el mito de "la Transmisión del SIDA", como describiremos a continuación:

En este sentido, desde el año 2002, un grupo de investigadores de la Universidad Emory de Atlanta y del Colegio de Medicina Albert Einstein de la ciudad de Nueva York, han estado concluyendo y explicando que: "Un creciente número de evidencias están cuestionando la hipótesis convencional de que la transmisión sexual sea la responsable de más del 90% de las infecciones VIH en África. Las diferencias en los patrones epidemiológicos en el África no corresponden con las diferencias en el comportamiento sexual. Estudios de parejas africanas muestran bajas tasas de transmisión heterosexual, similar a como ocurre en países desarrollados. Muchos estudios reportan infecciones VIH en adultos del África sin exposición sexual al VIH y en niños con madres VIH negativas. En mujeres de África se han reportado tasas altas de infección VIH sin explicación aparente durante los periodos prenatal y de parto" (Gisselquist et al. 2002).

Estos investigadores describen además que: "A finales de la década de 1980, los expertos que tenían que ver con el África, aceptaron por consenso que más del 90% de las infecciones VIH en el África sub-Sahariana eran adquiridas por contacto heterosexual y que menos del 2% se adquirirían a través de inyecciones no estériles (N'Gally y Ryder 1988; Johnson y Laga 1988; Chin et al. 1990; Mann 1993). Desafortunadamente, a ese consenso se llegó sin ninguna investigación que discriminara entre exposición sexual y exposición médica" (Gisselquist et al. 2002).

Es interesante percibir que los investigadores e instituciones del VIH/SIDA culpan a la promiscuidad sexual de la frecuencia similar del SIDA en ambos sexos en el África. Sin embargo, la investigación objetiva (a posteriori) muestra lo contrario: que existe muy poca promiscuidad sexual en los países africanos. Por ejemplo, en un modelo "Anderson y sus colegas asumieron un promedio anual de cambio de compañero de 3.5 (Anderson et al. 1990b). En contraste, investigaciones llevadas a cabo en 12 países africanos mostraron que el 74% de los hombres y el 91% de las mujeres, entre 15 y 45 años, no habían tenido compañero sexual durante el último año, y que solamente el 3.7% de los hombres y el 0.7% de las mujeres habían tenido más de cuatro compañeros no regulares (Carel et al. 1995)" (Gisselquist et al. 2002).

Los datos empíricos muestran que, por el contrario de lo que dicen los investigadores norteamericanos y europeos, la promiscuidad es un asunto propio de países desarrollados. De esta forma, "Una investigación en Dinamarca encontró que el 19% de los adultos entre 18 y 59 años reportó haber tenido más de un compañero sexual en el último año (Melbye y Biggar 1992); una investigación en Francia encontró que el 17% de los hombres y el 7.9% de las mujeres entre 18 y 44 años reportaron haber tenido más de un compañero sexual en el último año (Spira et al. 1992); y una investigación en el Reino Unido encontró que el 17% de los hombres y el 8.4% de las mujeres entre 16 y 44 años reportaron haber tenido más de un compañero sexual en el último año (Johnson et al. 1992)" (Gisselquist et al. 2002). A pesar de esta proporción de relaciones sexuales, la frecuencia del SIDA en los países desarrollados es aproximadamente de 11 hombres por cada mujer.

Además, los fragmentos de RNA que supuestamente pertenecen al VIH y encontrados en la sangre de personas seropositivas, tampoco se originan en sus compañeros sexuales. Por ejemplo, "un estudio en Zambia utilizando secuencias genéticas del virus (fragmentos de RNA) encontró que al menos 13% de las secuencias en personas recientemente infectadas, no tenían relación con el tipo de VIH encontrado en sus compañeros sexuales (Fideli et al. 2001)" (Gisselquist et al. 2002).

Es interesante tener en mente que al analizar cuidadosamente muchas investigaciones sobre el origen de la seropositividad, también en países del África, que ella no puede ser atribuida a contacto sexual. De esta forma el grupo de Gisselquist informa que: "Un estudio en Zimbabue de la década de los 90 encontró 2.1% de prevalencia de seropositividad en 933 mujeres sin ninguna experiencia sexual (Zaba et al. 2000). Un estudio de parejas monógamas en Rwanda encontró que, de un total de 25 mujeres VIH positivas, 15 tenían parejas que eran VIH negativos (Allen et al. 1992). En un estudio con adolescentes de Uganda, en 1990, el 6.9% de las mujeres sin compañero sexual en los últimos 5 años eran VIH positivas, en contraste con 23% de aquellas con uno o más compañeros; el 1% de los hombres sin compañera sexual en los últimos 5 años eran VIH positivos en contraste con 2.5% de aquellos que reportaron tener compañeras sexuales (Konde-Lule et al. 1997). En Tanzania, se encontró 5.5% de prevalencia de VIH en hombres y del 3.6% en mujeres, que jamás habían tenido actividad sexual, en contraste con 4.8% de los hombres y 12% de las mujeres que reportaron tener uno o más compañeros sexuales (Tengia-Kessy et al. 1998). En un estudio de Sudáfrica, el 6.8% de las mujeres y el 1.2% de los

hombres entre 14 y 24 años resultaron VIH positivos a pesar de reportar que nunca habían tenido actividad sexual (Avert et al. 2001). En un estudio de 7 personas seropositivas con un solo compañero sexual, 2 tenían compañeros VIH negativos, 3 tenían compañeros VIH positivos y los otros dos compañeros no fueron chequeados (Malamba et al. 1994)" (Gisselquist et al. 2002).

Es importante recordar que aproximadamente una quinta parte de los niños "VIH-positivos" también, en el África tienen madres "VIH-negativas". En este sentido, "Un estudio en Kinshasa encontró que 39% (16 de 44) de los niños VIH-positivos de 1-24 meses de edad hospitalizados y de consulta externa tenían madres VIH-negativas; solamente 5 de los 16 habían sido transfundidos (Mann et al. 1986). Un estudio en Rwanda encontró que 20% (15 de 76) de los niños de 1-48 meses de edad con SIDA o con complejo relacionado con el SIDA, tenían madres VIH-negativas; sólo 15 niños habían sido transfundidos (Lepage et al. 1986). En un reporte posterior desde Rwanda, 7.3% (54 de 704) de las madres de niños con SIDA eran VIH negativas (Commenges et al. 1992). De 26 niños menores de 15 años admitidos con sarcoma de Kaposi al Instituto de Cáncer de Uganda durante 1989-94 cuyas madres habían sido chequeadas para VIH, 19% (5 de 26) tenían madres VIH negativas (Zeigler y Kotongole-Mbidde 1996). Un estudio en Burkisa Faso encontró que 23% (11 de 48) de los niños VIH positivos tenían madres VIH negativas (Prazuck et al. 1993). En un reporte de Costa de Marfil, De Cock y sus colegas reportaron que 21% (3 de 14) de los niños con VIH-1 tenían madres sin VIH-1, y uno de dos con VIH-2 tenía madre sin VIH-2 (De Cock et al. 1994)" (Gisselquist et al. 2002).

Si el "VIH/SIDA" fuese transmitido verticalmente de la madre al hijo como se sostiene oficialmente, la pregunta sería: ¿cómo se infectaron aquellos niños "VIH-positivos" con madres "VIH-negativas", sin ninguna experiencia sexual y sin haber sido transfundidos?

De otro lado, "La incidencia de VIH durante los períodos prenatal y de postparto excede lo esperado por transmisión sexual" (Hira et al. 1990; Leroy et al. 1994; Datta et al. 1994; Qolohle et al. 1995; Taha et al. 1998a,b; Olayinka y Obi 1999; Wawer et al. 1999; UNAIDS 2000a-c) (Gisselquist et al. 2002). Veamos algunos ejemplos:

"En uno de siete estudios de mujeres en consultas prenatal y postparto se encontró que 30 de 634 mujeres tenían compañeros VIH positivos; solo tres de estas mujeres seroconvirtieron en un año" (Hira

et al. 1990). "La prevalencia de VIH en hombres africanos es generalmente menor que la de mujeres, y muchos hombres no infectados son compañeros de mujeres infectadas. En ocho estudios de parejas africanas con VIH en uno o en ambos (Ryder et al. 1990; Allen et al. 1992; King et al. 1993; Serwadda et al. 1995; McKenna et al. 1977; Carpenter et al. 1999; Senkoro et al. 2000; Roth et al. 2001), el promedio de porcentaje de mujeres con VIH fue más del doble mayor que el porcentaje sin VIH de aquellas que tenían compañeros VIH positivos" (Gisselquist et al. 2002). La alta prevalencia de reactividad al VIH en mujeres durante los periodos prenatal y de postparto "sugiere que algo más que la simple transmisión heterosexual está involucrado" (Gisselquist et al. 2002). Lo anterior ha permitido a este grupo de investigadores cuestionar: "Lo que sucede durante uno o dos embarazos y los periodos postparto — ya sea iatrogénico, sexual, o algo diferente — debe ser responsable de los altos niveles de VIH encontrados en mujeres de bajo riesgo al menos en algunas comunidades africanas" (Gisselquist et al. 2002).

"El hecho de que cifras significativas de VIH en adultos y niños africanos no puedan ser explicadas con base en la consabida transmisión sexual o vertical" ha permitido que los investigadores de la Universidad de Emory y del Colegio de Medicina Albert Einstein, postulen la hipótesis de "transmisión iatrogénica" a través de instrumentales médicos tales como jeringas e inyecciones (Gisselquist et al. 2002; Gisselquist y Potterat 2004). Infelizmente estos investigadores insisten en que algo material se debe estar "transmitiendo" sin poder salir del prejuicio pasteuriano de la contaminación con gérmenes externos. No consiguen pensar que la seropositividad en "Pruebas para VIH" pueda tener una explicación no infecciosa ni contagiosa.

En este punto es importante recordar lo que describí en el capítulo 2 sobre que "Las pruebas para VIH están impedidas para diagnosticar 'la infección VIH'". Esto ha sido explicado infinidad de veces (Papadopoulos-Eleopoulos et al. 1993, 1997a; Turner 1996; Johnson 1995, 1996 a,b; Giraldo et al. 1999).

Un hecho más: desde hace bastante tiempo los investigadores del "VIH" saben de la falta de especificidad de las pruebas de anticuerpos para "VIH", especialmente en países del África y en otras regiones pobres del mundo donde "la reactividad en estas pruebas puede ser afectada si las personas han tenido malaria recurrente y otras enfermedades parasitarias, posiblemente debido a la existencia de autoanticuerpos

contra los linfocitos utilizados en los cultivos virales (Biggar 1985) o debido a embarazos previos, debido a la presencia de anticuerpos anti DR4 o contra otros antígenos HLA (Kuhn et al. 1985; Weiss et al. 1985; Hunter y Manitove 1985; Biggar 1986)". El investigador estadounidense insiste en que "debido a que se ha cuestionado la especificidad de la prueba de ELISA para anticuerpos anti HTLV-III/LAV en sueros africanos, la magnitud de este problema permanece sin resolverse" (Biggar 1986).

Un investigador británico al referirse a la "seroepidemiología del VIH" de países del centro de África, afirma: "Todo parece indicar que muchos de los resultados obtenidos son falsos positivos para VIH" (Pinching 1996).

Johntan Mann, el conocido investigador de los Centros para el Control de las Enfermedades (CDC), también sabía que frecuentemente "las pruebas de anticuerpos anti VIH" estaban erradas (Mann 1987). El afirmó: "También pueden ocurrir resultados falsos positivos, si, por ejemplo, las muestras de suero han sido descongeladas y congeladas de nuevo. Para complicar aún más la situación, muchos africanos pueden tener niveles altos de anticuerpos en su sangre, como resultado de infecciones previas, tales como malaria. Todos estos anticuerpos numerosos tienden a unirse unos con otros haciendo que los sueros sean más espesos, lo cual puede dar lugar a resultados falsos positivos" en las pruebas de ELISA y de Western blot (Mann 1987).

Otro investigador concluye similarmente que "Los resultados iniciales de investigaciones serológicas para anticuerpos anti VIH en África están distorsionados debido a la alta frecuencia de resultados falsos positivos" (Melbye et al. 1986).

Es sorprendente saber que oficiales de la salud pública de los Estados Unidos también saben desde hace décadas que "los estudios serológicos para VIH en África han sido inconsistentes debido a los problemas de interpretación de los resultados en las pruebas de ELISA y de Western blot, particularmente aquellos provenientes de zonas endémicas de malaria, y cuya validez ha sido cuestionada" (Quinn et al. 1986).

Como se explica detalladamente en el capítulo 2 de este libro, existen abundantes publicaciones científicas que indican cómo hay más de 70 condiciones diferentes que hacen que las "pruebas para VIH" reaccionen positivamente sin que exista "infección VIH", lo cual es válido para todos los países del planeta (Papadopoulos-Eleopoulos et al. 1993, 1997a; Turner

1996; Johnson 1995, 1996a,b; Giraldo et al 1999). Algunas de estas condiciones que causan falsos positivos en las pruebas para VIH son: infecciones pasadas o presentes con una variedad de bacterias, parásitos, virus y hongos, incluyendo a la tuberculosis, malaria, leishmaniasis, influenza, resfriado común y antecedentes de enfermedades venéreas; la presencia de anticuerpos polispecíficos, hipergamaglobulinemias, presencia de autoanticuerpos contra una variedad de células y tejidos, vacunaciones y la administración de gamaglobulinas o inmunoglobulinas; la presencia de enfermedades autoinmunes tales como lúpus eritematoso, esclerodermia, dermatomiositis y artritis reumatoidea; el embarazo y la multiparidad; antecedentes de inseminación rectal; adicción a las drogas recreacionales; enfermedades renales severas, falla renal y hemodiálisis; antecedentes de trasplante de órganos; la presencia de una variedad de tumores y quimioterapia anti cáncer; muchas enfermedades hepáticas, incluyendo la enfermedad alcohólica hepática; hemofilia, transfusiones sanguíneas y la administración de factores de coagulación; la simple condición de envejecer, para mencionar algunos ejemplos (Johnson 1995, 1996 a,b; Giraldo et al 1999).

Las personas que reaccionan positivamente en las "Pruebas para VIH" no están infectadas con el virus que supuestamente causa el SIDA, denominado arbitraria e irresponsablemente "virus del SIDA". Por esta razón ningún ser humano debiera someterse o ser sometido a las llamadas "pruebas para VIH", pues ellas jamás detectaron ni podrán detectar "VIH" por las razones científicas que expliqué detalladamente en el segundo capítulo de este libro.

Las personas pueden reaccionar positivamente en dichas pruebas, por haber estado expuestas a muchos retos antigénicos y tóxicos y por lo tanto sus sistemas inmunológicos están crónicamente activados, oxidados y debilitados y ésta es la razón por la cual éstas personas tienen un mayor riesgo de enfermar de algo y aún de desarrollar el SIDA, y por eso deberán tomar precauciones por el resto de su existencia.

Las consideraciones y descripciones científicas arriba enunciadas son el fundamento que permite proponer que la positividad en las "pruebas para VIH" es debida a exposiciones múltiples, repetidas y crónicas a agentes estresantes de origen químico, físico, biológico, nutricional y sobre todo mental o emocional, como lo he estado explicando por muchos años (Giraldo 1995a-d, 1997f, 2002a, 2009a).

Muchos intentan explicar que las tasas actuales de morbilidad y mortalidad en las comunidades africanas son una consecuencia de "la infección VIH". Sin embargo, es mucho más probable lo contrario: que en

las regiones pobres del plante la positividad en las llamadas "pruebas para VIH" sea fundamentalmente el resultado de la exposición crónica a la pobreza y sus consecuencias, tales como infecciones y parasitosis, malnutrición proteico calórica, y deficiencias de vitaminas y minerales especialmente aquellos antioxidantes (Giraldo et al 1999).

Las investigaciones descritas en esta sesión muestran una vez más que lo que se conoce oficial y globalmente como "el contagio o la transmisión del SIDA" es un delirio de los investigadores del VIH. Sin embargo, muchas personas cuando leen nuestros argumentos científicos en contra del SIDA como una enfermedad infecciosa y contagiosa, enfurecen y piensan que pueden controlar su ira con adjetivos descalificativos e insultos contra nosotros los llamados "Disidentes del SIDA". Es que indudablemente "La idealización es la forma más común de evitar el conocimiento de la verdadera realidad" ya que "El ser humano solamente puede conocer, si actúa por la razón y no por sus emociones neuróticas" (Keppe 2001a).

4.3.2. "El contagio o trasmisión del SIDA" puede explicarse científicamente por exceso de estrés oxidativo.

En la sesión anterior vimos como no existen evidencias científicas para lo que se pregona oficialmente como "la transmisión del virus del SIDA" por vía sexual, ni sanguínea, ni vertical de la madre al hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia (Duesberg 1987, 1989, 1991, 1992a, 1995; de Harven 1997-1998; Papadopoulos-Elleopoulos et al. 1993, 1995; Giraldo 1997e, 1998, 2002a, 2009a; Farber 1998; Philpot 1998).

Veamos ahora cómo las personas seronegativas ("VIH negativas") que tienen niveles normales de vitaminas y minerales antioxidantes no seroconvierten a seropositivas y que las madres embarazadas o lactantes seropositivas con niveles sanguíneos normales de esos agentes antioxidantes, tienen bebés seronegativos. En otras palabras que se requiere un estado suficientemente alto de estrés oxidativo para que ocurra la seroconversión de negativo a positivo. En este sentido es científicamente posible y muy probable que lo que se conoce como "transmisión del SIDA", es decir el tornarse seropositivo, pueda ser explicado, en gran parte, por deficiencias nutricionales y de agentes antioxidantes, es decir por un exceso de oxidación debido a radicales libres. Veamos más hechos empíricos que constatan ésta afirmación:

Muchas investigaciones científicas sugieren claramente que las deficiencias nutricionales y principalmente de antioxidantes constituyen un requisito previo para reaccionar positivamente en las llamadas "pruebas

para VIH" (ELISA, Western blot, Carga Viral) (Villamor et al. 2005,2006,2007).

La mayoría de estas investigaciones se refieren a la Vitamina A y a sus precursores. Una infinidad de estas investigaciones indican por ejemplo que la deficiencia de Vitamina A es más prevalente en personas "VIH positivas" que en individuos "VIH negativos" (Beach et al. 1992; Coodley et al. 1993b; Ullrich et al. 1994; Semba et al. 1993a).

Una interesantísima investigación en Pune, India, encontró que los niveles bajos de Vitamina A y de betacaroteno son un factor de riesgo para reaccionar positivamente en las supuestas "pruebas para VIH" (Mehendale et al. 2001).

Similarmente, una investigación en Kenya mostró que la seroconversión a "VIH-positivos" de hombres con úlceras genitales dependía de los niveles sanguíneos bajos de la vitamina A (McDonald et al. 2001).

De igual modo, otra investigación en Rwanda mostró que la seroconversión de mujeres era proporcional a los niveles séricos bajos de vitamina A; mientras más bajos los niveles sanguíneos de la vitamina A, mayor es el riesgo de resultar "VIH positivas" (Moore et al. 1993).

Con relación a lo que se conoce como transmisión vertical del "VIH/SIDA" de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia materna (MTCT), existen muchas investigaciones que han investigado sobre el papel de la deficiencia de Vitamina A y de carotenos en esa supuesta "transmisión" (Shah et al. 1987; Semba et al. 1994b, 1995a, 1997; Landers 1995; Nduati et al. 1995; Stiehm 1995; Phua Pradit et al. 1996; Greenberg et al. 1997; John et al. 1997; Mostand et al. 1997; Coutsooudis et al. 1997, 1999; Lan et al. 1999; Burns et al. 1999; Fawzi 2000; Fawzi et al. 1998, 1999, 2000, 2002, 2004b):

De esta forma, el grupo de investigadores de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard en Boston afirman que: "Un estado vitamínico normal también puede reducir la transmisión vertical durante el parto y la lactancia materna al reducir la carga viral de VIH en las secreciones genitales y en la leche materna" (Fawzi y Hunter 1998).

En Tanzania, por ejemplo: "Los suplementos multivitamínicos son una forma de disminuir substancialmente, a un costo bajo, los resultados adversos del embarazo y de incrementar los conteos de células T en mujeres infectadas con el VIH" (Fawzi et al. 1998, 2000).

"Un volumen creciente de información sugiere que los bajos niveles séricos de Vitamina A, en mujeres embarazadas infectadas con el VIH, está asociado a un riesgo mayor de transmisión vertical del VIH" (Fawzi y Hunter 1998).

"Los niveles promedio de Vitamina A en 74 madres que le transmitieron el VIH a sus bebés fueron inferiores al de las 264 madres que no se lo transmitieron a sus bebés" (Semba et al. 1994b).

"En Malawi, un nivel mayor de retinol sérico (provitamina A) en mujeres embarazadas e infectadas con el VIH se asoció a un menor riesgo de transmisión vertical" (Fawzi y Hunter 1998a).

"En Rwanda, los niveles bajos de vitamina A en mujeres infectadas con el VIH estuvieron asociados con mayor mortalidad infantil y a la transmisión perinatal del VIH" (Graham et al. 1993).

En otro estudio "Las mujeres que presentaron niveles crecientes de retinol sérico con el paso del tiempo tuvieron un riesgo mucho menor, mientras que las mujeres cuyos niveles de retinol sérico declinaba, presentaron un mayor riesgo de transmisión del virus" (Landesman 1996).

En Sudáfrica, "El suplementar con vitamina A a una población de mujeres embarazadas infectadas con el VIH, muchas de las cuales presentaban niveles bajos de Vitamina A, se asoció a un número menor de partos prematuros y a una reducción en la transmisión madre-hijo del VIH principalmente en bebés prematuros. La Vitamina A disminuyó en 47% la transmisión del VIH en bebés prematuros" (Coutsoudis et al. 1999).

En mujeres seropositivas de Malawi "la detección vaginal de ADN del VIH-1 se asoció a una descarga vaginal anormal, a un menor número de células CD4, y a deficiencia severa de Vitamina A" (Lan et al. 1999).

Otra investigación similar en madres seropositivas concluye que "las mujeres con disminución de células CD4, particularmente aquellas con deficiencia de Vitamina A, pueden estar en mayor riesgo de transmitir a través de la leche materna el VIH-1 a sus bebés" (Nduati et al. 1995).

"En Estados Unidos, se encontró que el mayor riesgo de transmisión materno-infantil estaba asociado a deficiencias severas de Vitamina A" (Semba et al. 1994b).

Una investigación en Kenya concluyó que "los niveles plasmáticos bajos de vitamina A estuvieron asociados a un mayor riesgo de descarga viral en la leche materna de mujeres infectadas con el VIH durante el embarazo. Estos resultados sugieren que el nivel de la vitamina A en la madre antes y después del parto es un factor importante para la transmisión del VIH por leche materna" (Mostad et al. 1997).

"En mujeres de Malawi (Semba et al. 1999) y de Sudáfrica (Willumsen et al. 2000), los niveles séricos bajos de vitamina A y la presencia de mastitis subclínica, se han asociado a una mayor carga viral en la leche materna y a un mayor riesgo de transmitir el VIH por dicha leche" (Kiure et al. 2002).

Estas investigaciones muestran en conjunto como para que ocurra lo que se conoce como "transmisión del VIH" tanto en adultos como en niños, es decir, el pasar de seronegativo a seropositivo, se requieren niveles bajos de agentes antioxidantes como la vitamina A y sus precursores.

Lo descrito en esta sesión indica que las personas seronegativas ("VIH negativas") que tienen niveles normales de nutrientes y de agentes antioxidantes tienen un riesgo mucho menor de seroconvertir a lo que se conoce como "VIH positivo".

Por lo tanto se requiere disminución de los niveles sanguíneos de nutrientes y de agentes antioxidantes para que ocurra la seroconversión o lo que erróneamente se conoce como "transmisión del VIH/SIDA" y lo mismo se requiere para que ocurra el progreso del individuo seropositivo a desarrollar las manifestaciones clínicas del SIDA, así como la posibilidad de morir de este síndrome como lo expliqué arriba.

En su conjunto, estas evidencias científicas muestran claramente que la disminución de los niveles sanguíneos de nutrientes y especialmente de antioxidantes juega un papel primordial en la génesis de la seropositividad así como en la patogénesis del SIDA y en el curso y pronóstico de la enfermedad.

4.3.3. "El contagio o transmisión del SIDA" puede explicarse científicamente por medio de la vibración energética o resonancia.

Vale la pena recordar ahora lo que expliqué arriba, que desde los inicios de la epidemia del SIDA un grupo de investigadores serios vienen explicando con lujo de argumentos empíricos, como no existen fundamentos objetivos que sustenten la "transmisión sexual del SIDA" ni mucho menos concebir ésta como una enfermedad infecciosa ni contagiosa (Duesberg

1987,1989,1991;Papadopoulos-Eleopoulos 1988; Giraldo 1995b,c,2002a,2009a; de Harven 1997-1998).

Vimos que la "transmisión vertical del SIDA" (MTCT) de la madre al hijo durante el embarazo y el parto o a través de la leche materna tampoco es real (Giraldo 1998a; Farber 1998; Philipott 1998).

Tampoco es cierta la supuesta "transmisión sanguínea del SIDA" por la sangre aparentemente infectada con el "VIH" (Duesberg 1991,1995; Papadopoulos-Eleopoulos et al 1995; Giraldo 1995b,c).

Por lo tanto, lo que se conoce como la "transmisión del SIDA" por vía sexual, sanguínea o de la madre al hijo son simples mitos o suposiciones teóricas sin ninguna evidencia real.

Pero las personas que durante 30 años han escuchado insistentemente sobre "la transmisión del SIDA" cuando escuchan o leen nuestros argumentos preguntan: ¿Pero entonces, cómo se explica que con cierta frecuencia, una persona seronegativa ("VIH-negativa") después de un tiempo de convivir con una persona seropositiva se torne seropositivo ("VIH-positivo")?

Varios hechos pueden explicar esa seroconversión:

a) Exposición a agentes estresantes o tóxicos. Las personas que conviven tienen muchas cosas en común - tengan o no tengan relaciones sexuales -, y pueden por lo tanto estar similarmente expuestas a las acciones tóxicas de los agentes estresantes de origen químico, físico, biológico, nutricional y emocional. Como consecuencia de lo anterior están liberando proteínas del estrés que sus sistemas inmunológicos no reconocen como propias o "normales" y producen anticuerpos contra esas proteínas y, estos anticuerpos son detectados por las pruebas de ELISA y de Western blot "para VIH". La Figura # 1 es un esquema de mi propuesta para la patogénesis del SIDA.

b) Estrés oxidativo. Al mismo tiempo que la persona seronegativa puede estar respondiendo repetidamente a exposiciones múltiples, repetidas y crónicas a los agentes estresantes a que se expone con su pareja en forma voluntaria o involuntaria, se liberan radicales libres del tipo de agentes oxidantes, que pueden sobrepasar los niveles normales de antioxidantes, manifestándose entonces un estado de estrés oxidativo, como lo muestran las investigaciones descritas en este capítulo y muchas más.

Lógicamente que el estrés oxidativo no causa seroconversión, pero puede aparecer antes que ella, la acompaña y va paralelo a la seropositividad. Al mismo tiempo, a mayor exposición a agentes estresantes, mayor será el

número de las respuestas al estrés, mayor la cantidad de proteínas del estrés liberadas, mayor la cantidad de anticuerpos contra ellas y también será mayor la posibilidad de reaccionar positivamente en las "pruebas para VIH".

c) Resonancia. Pero más importante aún es la vibración energética o resonancia, no atracción química como algunos la llaman, no! es atracción física, atracción energética o mejor magnética (Keppe 1995, 1996, 1999a, 2002b). En ella hay intercambio energético. Esto puede explicarse mejor con las siguientes observaciones objetivas:

Un ejemplo de resonancia magnética es aquel fenómeno que sucede cuando teniendo dos guitarras idénticas y a cierta distancia, al tocar una cuerda de una de ellas, la cuerda correspondiente de la otra guitarra comienza a vibrar y a sonar. Lo mismo sucede con diapazones sonoros idénticos.

Por esta resonancia energética es que las parejas que se aman y viven juntas por períodos largos, terminan pareciéndose el uno al otro; y rostros de los hijos adoptados pueden llegar a ser idénticos a los de los padres adoptivos. Las caras de algunas personas muchas veces se parecen a sus mascotas, a sus perros, a sus gatos, a sus pájaros. La resonancia energética también explica porque con mucha frecuencia las mujeres que viven bajo un mismo techo tienen períodos menstruales al mismo tiempo como ocurre con madres, hijas y sus empleadas, o con las monjas y las religiosas. Las películas "Como agua para el chocolate" y "Chocolaté" son un ejemplo de la transmisión electromagnética de las emociones de la cocinera a sus comidas.

La filosofía popular no se equivoca cuando afirma: "Dime con quién andas y te diré quién eres". Además, los semejantes atraen a los semejantes, tienen estilos de vida similares, generalmente se exponen a los mismos agentes estresantes y una vez juntos, intercambian aun más sus energías, comienzan a parecerse el uno al otro por fuera y por dentro: se asemejan energética, emocional, química, fisiológica y fisonómicamente.

En nuestro laboratorio del Departamento de Medicina Psicosomática Integral de la Trilogía Analítica, aquí en Brasil, hemos observado infinidad de veces como las parejas o simplemente aquellos que viven bajo un mismo techo, tienen sus sangres muy similares, como puede constatarse con la Prueba de Sangre Viva, por medio del Microscopio de Campo Oscuro (www.stop-journal.blogspot.com Año II, No. 31). Las características morfológicas y funcionales de sus glóbulos rojos, de sus leucocitos, de sus plaquetas y de sus microzimas, (el "tercer elemento de la sangre" de Antonio Béchamp, 1816-1908), llamadas endobiontes por Gunther Enderline (1872-1968) y energinos por la Trilogía Analítica, son muy parecidas, para no decir idénticas.

Por ejemplo, la prueba de sangre viva de las personas más equilibradas emocionalmente muestra que sus glóbulos rojos (eritrocitos), están sueltos, no se unen unos a otros, sus tamaños y formas son homogéneas, sus membranas celulares son nítidas, uniformes sin daño por radicales libres; sus glóbulos blancos (leucocitos) están móviles, activos con menos de 5 núcleos y en proporción aproximada de 1 por cada 700 eritrocitos; sus microzimas son abundantes, brillantes, vibran constantemente y son de tamaño y forma uniforme. En contraste, las personas que no aceptan, que no perciben que son insatisfechas, tristes, que culpan a otros y a otras cosas de sus males, agresivos, autodestructivos, arrogantes, soberbios muestran eritrocitos de diferentes tamaños, con intensidad de color no uniforme y con irregularidades en sus membranas causadas por radicales libres; sus leucocitos se ven redondos, paralizados, com más de 5 núcleos y pueden estar en número exagerado (leucocitosis) o muy pocos (leucopenia); las microzimas, si acaso están presentes, son pocas, a veces gigantes, sin brillo, sin vibración y algunas incluso mudando a bacterias o a hongos (pleomorfismo); su suero muestra grados variables de acidez lo que se manifiesta por diferentes cantidades de fibrina que impide la buena circulación de células y nutrientes. A mayor grado de inconsciencia de los desequilibrios emocionales, mayor el número y la severidad de las alteraciones sanguíneas. Lo interesante, como ya dijimos, es que aquellos que comparten el mismo techo y muchas otras cosas, muestran sangres muy similares (Foto # 4).

Es de público conocimiento que los sentimientos, las emociones y los pensamientos se transmiten energéticamente entre los semejantes (aquellos con vibraciones magnéticas o resonancias similares) y aún a miles de kilómetros de distancia. Son comunes los relatos de madres en los Estados Unidos que perciben en su interior el momento en que sus hijos son heridos o muertos en las guerras de Afganistan o de Irak.

Con frecuencia, las personas que viven juntas, por tener vibraciones energéticas o resonancias muy similares pueden generar las mismas enfermedades. Esta es una de las razones por las cuales investigadores seguidores de la Teoría Germinal de Luis Pasteur, proponen erradamente que la lepra, la diabetes, la hipertensión arterial, el lupus, la esclerosis múltiple, el Alzheimer, la esquizofrenia, la enfermedad de Crewfield Jacobs, la enfermedad de las vacas locas, la obesidad y muchas otras enfermedades, sean infecciosas y contagiosas.

Las epidemias del pasado (peste negra, peste bubónica, gripa española, cólera) y las del presente (gripe aviaria, gripe porcina, etc), ocurren en momentos en que las personas comparten las mismas emociones e ideas negativas y de ahí que generen (ellas mismas, desde su interior), las mismas

enfermedades. No es pues contagio, es asunto de compartir las mismas vibraciones energéticas, la misma resonancia magnética. Durante las epidemias los que enferman son sólo aquellos que tienen la misma vibración emocional negativa. Lo que se conoce como contagio con gérmenes del exterior, no es más que un delirio pasteuriano como lo expliqué recientemente a analizar la supuesta epidemia de la "Gripa de los Cerdos" (Giraldo 2009b).

El libro "La nueva Física de la metafísica desinvertida" de ese gran científico brasilero, el Dr. Norberto Keppe explica claramente como "la energía constituye el inicio y el centro de toda realidad"; es decir, que la materia es energía condensada y que ella (la materia) se forma a partir de la energía. Y que por lo tanto "el engaño fundamental de la Física está en identificar la energía con la materia", es decir, que "el fundamento erróneo de la Física es colocar lo material (la partícula) como el elemento básico", como sostenía equivocadamente Albert Einstein. En la misma forma el Dr. Keppe nos enseña que "no puede haber efecto a distancia, sin que exista una conexión energética entre los dos objetos" (Keppe 1996), como ocurre con las madres de soldados que están en la guerra.

Es que inclusive, "el propio cuerpo humano es el resultado de una vibración interna que lo formó y permanece vibrando, habiendo recibido de la filosofía el nombre de alma: *ánima en latín, que significa el elemento que anima*" (Keppe 1996). Además, el ADN tampoco es el que genera la vida como pensaban James D. Watson, Francis Crick y Maurice Wilkins, "tanto el organismo como la propia estructura de los productos químicos son generados por la fuerza escalar (esencial) que está en el espacio e inclusive lo sustenta. Podemos ejecutar una combinación fantástica de elementos desinvertiendo (corrigiendo) el Código Genético de Watson y Crick teniendo en cuenta el factor energético de la doble hélice. Tenemos en nuestra estructura energías que recorren a una velocidad millones de veces más rápidas que la de la luz, y por lo tanto con posibilidades casi infinitas de desarrollo"; es que además "la genética será perfectamente entendida si consideramos el factor energético" (Keppe 1996).

En esta forma, "Los cromosomas de todos los organismos tienen una composición química semejante, debido a su sustancia común (el ácido dextrorribonucleico, ADN); por ello, los científicos creen que podrían manipular como quisiesen el principio fundamental modificando las bases nucleótidas (Adenina, Guanina, Citocina, Timina y Uracilo). Pero estoy mostrando que la llave de todo su funcionamiento

radica en el factor energético, que determina lo físico-químico y depende directamente de la resonancia esencial (escalar), diferente en la estructura del cromosoma del animal y del humano – elemento al cual los científicos no pueden llegar para modificarlo" (Keppe 1996).

Infelizmente, la genética moderna tomó "un rumbo organicista extremadamente peligroso; por ejemplo creando una filosofía de vida pesimista (determinista) acerca de la perennidad (eternidad) de muchas enfermedades, como la corea de Huntington (degeneración del sistema nervioso), del mismo SIDA, la fibrosis quística, las cuestiones de la homosexualidad y principalmente de las enfermedades mentales (esquizofrenia, epilepsia y psicosis maniaco-depresiva)" (Keppe 1996). Sin embargo, "los genes patológicos son originados por la actitud invertida, pudiendo ser corregidos por medio de un comportamiento normal, elaborando inclusive nuevos genes para traer normalidad al organismo": es que verdaderamente "la conducta no solo podrá sanar las enfermedades sino la propia estructura genética" (Keppe 1996).

Nuestro egocentrismo, narcisismo, arrogancia y sobretodo la soberbia nos hacen creer que generamos las ideas, sin embargo, "El campo magnético no es generado por el imán, sino que simplemente es captado por el hierro (magnetizado) – de la misma manera que la energía que forma los sentimientos y las ideas no es producida por el cerebro, sino que es captada del exterior" (Keppe 1996).

En su libro "Metafísica trilogía volumen 2 Fenómenos sensoriales transcendentales" el Dr Keppe insiste en que: "La energía es la esencia de la vida que se transforma en todo lo que existe", que "La energía escalar (transcendental) constituye la fuente de todo el funcionamiento mental", que "El cerebro humano funciona como un dinamó almacenando y esparciendo energía", que "El pensamiento y el sentimiento son formas modificadas de energía que provienen del mundo exterior", que "La etiología fundamental de las enfermedades virales está en el factor energético" (Keppe 2002). Vale la pena profundizar en estos descubrimientos de la Trilogía Analítica: Ciencia, Filosofía y Teología (www.trilogia.ws).

Keppe explica magistralmente que "cualquier enfermedad proviene del desequilibrio energético que el individuo sufre por causa de la contradicción entre sentimiento e idea; la bacteria (o el microbio cualquiera) no es el elemento patológico fundamental que ocasiona las enfermedades físicas, sino la conducta invertida que debilita al organismo tornándolo vulnerable"; y que por lo tanto, "solo la energética

podrá corregir toda la estructura enferma del universo" (Keppe 1996, La nueva Física, página 57).

Sólo a través de la comprensión de estos conceptos de la Nueva Física Keppena es que podremos comprender que lo que se conoce oficialmente como "El contagio o transmisión del SIDA" puede explicarse científicamente por medio de la vibración energética o resonancia.

4.4. Conclusiones de este capítulo.

Las evidencias científicas descritas y analizadas en este capítulo permiten concluir:

4.4.1. Que las personas seropositivas así sean asintomáticas presentan alteraciones nutricionales a nivel bioquímico, principalmente deficiencia de micronutrientes antioxidantes tales como vitaminas A, C, E, zinc y selenio.

4.4.2. Que las personas seropositivas con las manifestaciones clínicas del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, SIDA, llámense infecciones oportunistas, tumores oportunistas y enfermedades metabólicas oportunistas, presentan muchas más alteraciones nutricionales tanto de macronutrientes (carbohidratos, proteínas y grasas), como de micronutrientes antioxidantes. Los desequilibrios nutricionales de estas personas enfermas son mucho más severos y variados que aquellos de los individuos seropositivos no sintomáticos. Existe además, una relación directamente proporcional entre el grado o magnitud de las alteraciones nutricionales, el grado del estrés oxidativo y la severidad y gravedad de su enfermedad.

4.4.3. Que mientras mayor sea la deficiencia de macronutrientes y de agentes antioxidantes en los pacientes con SIDA, mayor es también su riesgo de morir de esta condición.

4.4.4. Que la seroconversión de "VIH-negativo" a "VIH-positivo" es mayormente posible en la medida que aumenten, por cualquier motivo, los déficits de agentes antioxidantes (vitaminas A, C, E, zinc y selenio) en la persona seronegativa o dicho de otra forma, en la medida que aumenta el estrés oxidativo en la persona seronegativa.

4.4.5. Que lo que se conoce como "transmisión del SIDA" puede ser explicado:

a) Porque aquellas personas que conviven pueden exponerse en forma similar a las acciones tóxicas de agentes estresantes inmunológicos, con liberación de proteínas durante las respuestas al estrés y que sus sistemas inmunológicos producen anticuerpos contra dichas proteínas. Estos anticuerpos, cuando están en cantidad suficiente, son detectados por las pruebas de ELISA y de Western blot (Figura # 1).

b) Porque los que conviven tienen intercambios energéticos o magnéticos (resonancia) y se van pareciendo cada vez más por fuera y por dentro (sus sangres son muy similares).

Los estudios científicos descritos en este capítulo respaldan la posibilidad de que el uso de dietas antioxidantes y la suplementación con vitaminas, en especial la Vitamina A, podría ser suficiente para evitar lo que se conoce como "transmisión del VIH" de persona a persona por cualquier vía y de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia (Moore et al. 1993; Fawzi y Hunter 1998; Semba et al. 1994a,b, 1995b, 1997, 1998; Landers 1995; Karter et al. 1995; Nduati et al. 1995; Stiehm 1995; Landesman 1996; Phuapradit et al. 1996; Tang et al. 1996; Greenberg et al. 1997; John et al. 1997; Mostand et al. 1997; Coutoudis et al. 1997, 1999; Lan et al. 1999; Fawzi et al. 1998, 1999, 2000, 2003, 2004, 2005, 2007; Mehendale et al. 2001; McDonald et al. 2001; Harwitz et al. 2007; Metha y Fawzi 2007; Metha et al. 2008; Hupka et al. 2008; Kawai et al. 2010).

4.4.6. Todo lo anterior permite entender por qué desde los comienzos de la epidemia del SIDA, los investigadores han presentado muchísimas pruebas científicas que respaldan la posibilidad de que efectivamente el SIDA pueda prevenirse, tratarse y ser superado si al individuo seropositivo o al paciente sintomático se le garantiza una nutrición óptima con un excelente nivel de agentes antioxidantes sanguíneos. Inclusive se ha afirmado que las deficiencias nutricionales son un prerrequisito para desarrollar el síndrome (Gray 1983; Beach and Laura 1983; Jain y Chandra 1984; Semba y Tang 1999; Semba 2006).

Si este es el caso, como lo afirman muchos estudios clínicos y documentos científicos, una dieta antioxidante, así como la suplementación con vitaminas antioxidantes tal como la vitamina A, los carotenoides, las vitaminas C y E, el zinc y el selenio, constituirían una práctica efectiva, de costo módico y no tóxica para personas seropositivas y para pacientes con SIDA, como lo vemos con algún detalle en el último capítulo de este libro.

4.4.7. Sin embargo, a pesar de la toxicidad de los medicamentos antiretrovirales, la propaganda de las compañías farmacéuticas que los comercializan ha impedido que estas ideas sean ampliamente aceptadas. Para los defensores del "VIH" no existe alternativa de prevención y tratamiento diferente al uso de los denominados "cocteles" en práctica médica desde la Conferencia Mundial del "VIH/SIDA" de Vancouver de 1996 y propuesto en la literatura científica un año antes (Ho 1995).

Capítulo 5

Agentes estresantes inmunológicos, radicales libres, seropositividad y SIDA

"No existe nada más nefasto que una teoría errada, así como nada es más benéfico que una teoría correcta; la primera produce perjuicios sin fin, en cambio la segunda exalta y engrandece al ser humano y a la civilización"

N. Keppe

(A nova Física da metafísica desmentida, 2009, página 23)

5.1. Exposición a agentes estresantes inmunológicos y respuestas al estrés.

5.1.1. El SIDA no es una enfermedad infecciosa.

A partir de marzo de 1987 (Duesberg 1987), existen abundantes publicaciones que demuestran, con argumentos científicos, como lo que se conoce como "*Virus de la Inmunodeficiencia Humana o VIH*", no cumple los requisitos de la epidemiología, los de la biología, ni los del sentido común para ser la causa del síndrome de inmunodeficiencia adquirida o SIDA (Duesberg 1987, 1989, 1991; Giraldo 1995a-d, 1997e, 2002a, 2009a; de Harven 1997/1998).

El "*VIH*" no es ni necesario, ni suficiente, ni siempre antecede al desarrollo del síndrome (Duesberg 1987, 1989, 1991; Giraldo 1995a-d, 1997e, 2002a, 2009a; de Harven 1997/1998). Así lo constatan los miles de casos de SIDA que son "*VIH negativos*" (Smith y Neal 1993; Ho et al. 1993; Duncan et al. 1993; Fauci 1993) y toda una multitud de personas absolutamente sanas y que nunca desarrollan SIDA, a pesar de ser "*VIH positivas*" (Altman 1995; Baltimore 1995; Levy 1998). Además, hay muchos individuos que primero desarrollan inmunodeficiencia y sólo después se toman "*VIH positivos*" (Layon et al. 1984; Goedert et al. 1985; DesJarlais et al. 1993; Marion et al. 1989); lo cual indica que el fenómeno conocido como "*VIH*" – sea lo que fuese – antes que ser causa, es un efecto de la patogénesis misma del SIDA.

5.1.2. El VIH no es la causa el SIDA.

El "*VIH*" sí existiera, sería un retrovirus, es decir un virus no patógeno y por lo tanto no podría explicar las alteraciones inmunológicas, ni la patogénesis, ni las manifestaciones clínicas, ni la historia natural del SIDA (Duesberg 1987, 1989; Duesberg et al. 2003).

De otro lado, como expliqué en el capítulo 2 de este libro, existe una abundante documentación objetiva que señala que lo que conocemos como "*VIH*", ni siquiera es un virus con existencia real. El "*VIH*" jamás ha sido aislado ni purificado como partícula viral (virión) libre e independiente (Papadopoulos-Eleopoulos et al. 1993; de Harven 1998; Giraldo y de Harven 2006), como se hace con los virus verdaderos.

Los profesionales de la salud, igual que el público, piensan que los investigadores del "*VIH*" saben cómo es que ese supuesto virus destruye al sistema inmune y causa el SIDA. Sin embargo, todos los ciclos del "*VIH*", representados en coloridos gráficos, bien diseñados, que muestran al "*VIH*" entrando y matando a linfocitos T y publicados en libros, revistas y periódicos, no son más que creaciones de computador, sin ningún fundamento real, creadas por las mentes delirantes de esos investigadores.

5.1.3. Agentes estresantes inmunológicos en lugar de cofactores

Por consiguiente, y como no ha podido demostrarse que el fenómeno conocido como "*VIH*" destruya al sistema inmune y cause el SIDA, los investigadores que defienden con entusiasmo al "*VIH*" como la causa del síndrome, proponen a una gran variedad de agentes como "*cofactores*" o ayudadores del "*VIH*" en la génesis del SIDA (Fauci 1993; Levy 1993). Sin embargo, esos "*cofactores*" son por sí mismos agentes inmunosupresores y las exposiciones múltiples, repetidas y crónicas a ellos generan SIDA sin necesidad de la presencia del fenómeno "*VIH*". Por esto prefiero llamar a esos "*cofactores*" agentes estresantes inmunológicos (Giraldo 1997e,f).

Los siguientes son algunos de los agentes inmunosupresores que han sido reportados como "*cofactores del VIH*" (agentes estresantes inmunológicos): Alcohol, cocaína, heroína, marihuana, cigarillo, anfetaminas, nitratos volátiles como los denominados "*poppers*", contaminantes químicos del medio ambiente, alérgenos, citomegalovirus, virus herpes tipos 1, 2 y 6, herpes zoster, virus de Epstein Barr, adenovirus, otros retrovirus, virus de las hepatitis A, B y C, papovavirus, micoplasmas y otros superantígenos, tuberculosis, lepra, malaria, tripanosomiasis, filariosis y otras enfermedades tropicales, enfermedades de transmisión sexual, semen, sangre, factor VIII

de la coagulación, miedo, temor, ansiedad, depresión, pánico, insomnio, falta de reposo, ejercicio extenuante, malas condiciones sanitarias, pobreza, desnutrición y las deficiencias vitamínicas y de antioxidantes.

Todas las condiciones listadas en el capítulo 2 de este libro y que causan resultados falso-positivos en las mal llamadas "pruebas para VIH" resultan como consecuencia de respuestas al estrés generadas por el sistema inmunológico y por otros sistemas a exposiciones múltiples, repetidas y crónicas a agentes estresantes inmunológicos de origen químico, físico, biológico, nutricional y sobretodo emocional o mental. Estas condiciones están caracterizadas además por consistir en estados de inflamación con la consiguiente estimulación y activación crónica del sistema inmune. Están también caracterizadas por tener altos niveles de inmunoglobulinas (anticuerpos) en la sangre, además de altos niveles de estrés oxidativo, como se explicó en el capítulo 4 de este libro.

Similarmente, los individuos "de los grupos de riesgo para el SIDA" y que reaccionan positivamente en las "pruebas para VIH" también se caracterizan por tener altos niveles de anticuerpos, por tener sus sistemas inmunes estimulados y activados crónicamente (Papadopoulos-Eleopoulos et al. 1993, 1997a,b; Shallenberger 1998; Giraldo et al 1999; Giraldo 1997b,c, 2000a); además de tener altos niveles de radicales libres, especialmente agentes oxidantes, que se liberan durante el trabajo regular o exagerado del sistema inmunológico (Dworking et al 1986; Fabris et al 1988; Papadopoulos-Eleopoulos 1988; Turner 1990; Giraldo 1997a-c, 2000a; Shallenberger 1998; Giraldo et al 1999).

Los altos niveles de anticuerpos, presentes en individuos "VIH-positivos"; son consecuencia o resultado de la exposición voluntaria o involuntaria, consciente o inconsciente a cantidades significantes de: drogas recreacionales, semen, lubricantes sexuales, factor VIII, sangre y componentes de la sangre, infecciones de transmisión sexual, otras infecciones, además de parásitos, malnutrición, carencia de agua limpia y otras condiciones insalubres, pero principalmente a miedo, depresión, pánico, rabia, ira, arrogancia y a otras emociones negativas (Papadopoulos-Eleopoulos et al. 1993, 1997a,b; Shallenberger 1998; Giraldo 1997b,c, 2000a).

Ya vimos como durante las respuestas al estrés debidas a las exposiciones múltiples, repetidas y crónicas a las condiciones anteriores, se liberan radicales libres principalmente agentes oxidantes causantes de estrés oxidativo (Papadopoulos-Eleopoulos 1988; Turner 1990; Papadopoulos-Eleopoulos et al. 1993, 1997a,b; Giraldo 1997b,c, 2000b, 2000a; Shallenberger 1998; Giraldo et al. 1999).

Desgraciadamente algunos defensores del dogma del "VIH" prefieren denominar a estos agentes estresantes u oxidantes "cofactores", dando a entender equivocadamente que ellos no causan ninguna patología seria, sino que serían colaboradores o ayudadores de lo que ellos consideraran ser la causa del SIDA, "el VIH". Sin embargo, las exposiciones múltiples, repetidas y crónicas a una variedad de estos agentes o factores tóxicos representan, por sí mismos, las verdaderas causas o agentes etiológicos del SIDA, como lo he explicado muchas veces (Giraldo 1995b, 1997b, 2000a, b, 2002a, 2009a). Como resultado de las exposiciones crónicas a estos agentes, los sistemas inmunes de las personas expuestas a ellos, están activados y estimulados crónicamente, con la subiguiente producción de anticuerpos poliespecíficos fácilmente detectables, en las pruebas de ELISA y de Western blot (Figura # 1).

Desde los inicios del siglo XX, bioquímicamente hablando, se sabe que, el cuerpo responde en forma no específica (similar), a las exposiciones a: cocaína, lubricantes sexuales, malnutrición, campos electromagnéticos, agua contaminada, a parásitos, etc. La falta de especificidad de estos "estreses" fue descubierta por Hans Selye y merece ser estudiada con cuidado (Selye 1936, 1946; 1982). Además, toda respuesta al estrés genera radicales libres, principalmente del tipo de los agentes oxidantes (Slater 1993; Reid 1998). Por lo tanto, a mayor número de exposiciones a agentes estresantes, mayor será el número de respuestas al estrés, mayor será también la cantidad de radicales libres liberados y logicamente mayor será la oxidación (estrés oxidativo).

5.1.4. Los agentes estresantes inmunológicos son la verdadera causa de la seropositividad y del SIDA.

La circunstancia realmente nueva que rodea a todos los grupos de personas que con mayor frecuencia desarrollan la seropositividad y el SIDA, es su exposición exagerada en las últimas décadas, a una variedad de agentes estresantes inmunológicos que pueden tener un origen químico, físico, biológico, nutricional y sobre todo mental o emocional (Giraldo 1995a-d, 1997e, 2002a, 2009a).

Por ejemplo, lo nuevo en algunos sectores de la comunidad homosexual de los países industrializados es el uso de afrodisíacos y drogas psicoactivas iniciado en la década del setenta (Duesberg 1992; Duesberg y Rasnick 1997; Giraldo 2002a; Lerner 1987; Larrat y Zierler 1993), debido a la escogencia de un estilo de vida autodestructivo y suicida. En estos mismos países desarrollados, los niños que nacen con SIDA, nacen de madres con personalidad depresiva, autodestructiva, arrogantes y expuestas durante el

embarazo a drogas psicoactivas, y a otros agentes estresantes (Duesberg 1992; Giraldo 2002a, 2009a, Mikhael y Peel 1984; Needleman y Bellinger 1994). En cambio, en el África, el Asia y el Caribe las circunstancias nuevas son los niveles insostenibles de pobreza a que han sido sometidos sus habitantes durante muchas décadas.

Nunca antes la pobreza había sido tanta y tan generalizada y la riqueza tanta y tan concentrada en las manos de unos pocos (Nakajima 1994; World Health 1994; Loyn 2003; Fleck 2004). En estos países subdesarrollados la pobreza con todas sus consecuencias como la malnutrición, la falta de agua potable, la mala disposición de excretas y basuras, las infecciones y los parásitos, y sobre todo la falta de esperanza por un mejor mañana son el principal factor de riesgo para el SIDA (Giraldo 2002b; Friedman y Bendinelli 1995; Kiecolt-Glaser y Glaser 1988; Jain y Chandra 1984; Cates 1988; Lamoureaux et al. 1987). Allí sus habitantes, con mucha frecuencia son depresivos, autodestructivos y al mismo tiempo arrogantes y soberbios.

Las regiones pobres del mundo tienen una alta incidencia de desnutrición, deficiencias vitamínicas, anemia, e infecciones e infestaciones bacterianas, virales, micóticas y parasitarias.

Para que una enfermedad infecciosa o parasitaria comience, siempre se requiere que el huésped sufra de algún grado de inmunodeficiencia (Peterson 1984). De otro lado, las enfermedades infecciosas y parasitarias, por sí mismas, causan más inmunosupresión y mayor desnutrición (Playfair 1993; Ware y Kline 1996). Esta inmunosupresión es secundaria a la acumulación de radicales libres, especialmente del tipo de las especies oxidantes, que se presentan durante y después de las enfermedades infecciosas y parasitarias (Slater 1984, 1993).

Por lo tanto, en países africanos y en otras regiones pobres del mundo se genera un círculo vicioso: pobreza, desnutrición, inmunosupresión, enfermedades infecciosas y parasitarias, más inmunodepresión y mayor desnutrición (Chandra 1983; Giraldo 2002b).

Pero lógicamente, ningún agente estresante es por sí mismo (por sí solo) causante de la seropositividad o del SIDA. Ni la cocaína, ni la marihuana, y ni siquiera los "poppers" causan SIDA por sí solos; el semen de por sí no es causa del SIDA; los teléfonos celulares y otras radiaciones electromagnéticas tampoco causan SIDA, ellas mismas. La ira, la arrogancia y la soberbia tampoco son suficientes para causar el SIDA.

La seropositividad y el SIDA pueden resultar solamente cuando en una misma persona se acumulan un número grande de exposiciones a una

variedad de agentes estresantes. Como afirma el adagio popular: "Tanto vá el agua al cántaro que al fin lo rompe".

Veamos algunos pocos ejemplos extraídos de mi experiencia de casi treinta años de atender personas seropositivas y pacientes con SIDA:

- Hombre de 29 años, homosexual pasivo, sin pareja estable, con múltiples encuentros sexuales, usador frecuente de diversos lubricantes sexuales, usa alcohol y marihuana desde los 15 años y desde los 20 años usa cocaína y a veces heroína. Es el hijo preferido de la madre (6 hermanos), quien lo sustenta económicamente. Detesta al padre y nunca ha aceptado su preferencia sexual. Ha iniciado 4 carreras (arquitectura, medicina, administración y teatro), sin terminar ninguna. No trabaja. Toma antidepresivos y medicamentos para dormir. Se hace la "prueba del SIDA" que resulta positiva.

- Hombre de 40 años, casado con tres hijos. En exámenes de chequeo general resulta "VIH positivo", prueba que confirma en tres laboratorios diferentes. Esposa e hijos seronegativos. Es agrónomo y trabaja con muchos agroquímicos. No tiene horario para las comidas y generalmente come en restaurantes. Relata períodos frecuentes de tristeza que alterna con períodos de mucha alegría. El mismo se considera una persona muy equilibrada e inteligente.

- Mujer de 40 años, psicóloga, de raza negra que nació y vive en Brasil. A los 30 años, durante su segundo embarazo se encontró que era "VIH positiva". Esposo y los dos hijos seronegativos. Períodos frecuentes de depresión y deseos de morir desde que su madre le confesó que ella era producto de un embarazo no deseado. Anorexica, come solo para mantenerse viva.

- Mujer de 30 años, pintora al óleo desde temprana edad, natural de Rumania, residente ilegal en Nueva York, vive en un sótano, fuma dos cajetillas de cigarrillos por día y por falta de dinero solo come perros calientes, hamburguesas, pizzas y comida precocida y congelada. Vive con miedo a ser deportada por el Departamento de Inmigración. En exámenes prematrimoniales requeridos por la ley americana resulta "VIH positiva". Novio es seronegativo.

- Niño de 13 años, nacido en África del Sur, desde pequeño múltiples períodos de diarreas por infecciones y parásitos y tres años de tratamiento para tuberculosis pulmonar. En chequeos de rutina en hospital donde le tratan la tuberculosis encuentran que es "VIH positivo". Ambos padres son seronegativos, nunca recibió transfusiones de sangre y tampoco había

tenido relaciones sexuales. Abuelo materno y dos tíos paternos murieron de tuberculosis antes de que el naciera.

- Mujer de 40 años seropositiva desde los treinta años, casada hace 6 años, con dos hijas y esposo seronegativos. Trabajó como camarografa de National Geographic y Discovery. Depresiva desde niña, no se entiende con los padres. En sus viajes al África y al Asia por cuestiones de trabajo, fué vacunada en aeropuertos muchas veces contra fiebre amarilla, pues siempre olvidaba el certificado de vacunación.

- Hombre de 42 años casado con esposa y tres hijos seronegativos. Varios meses de diarreas constantes y tos seca, había perdido varios kilos. Atendido en servicio de urgencias por dolor torácico, fiebre alta y "falta de aire". Diagnostican neumonia por *Pneumocystis carinii* y por esa razón hacen pruebas y resulta ser "VIH positivo". Entre los 15 y los 25 años usó frecuentemente alcohol, marihuana y cocaína. Aun toma licor varias veces por semana. En 10 años ha sido despedido de diferentes trabajos en 7 oportunidades. Piensa que nadie lo entiende y que aún no consigue el trabajo que se merece. La esposa trabaja y es el principal sustento económico del hogar.

- Mujer de 38 años, casada con esposo y dos hijos seronegativos. Tres años de fatiga, encuentran las plaquetas muy bajas y los médicos diagnostican Púrpura Trombocitopénica Idiopática y al hacersele múltiples pruebas de laboratorio resulta ser "VIH positiva". Hace 5 años junto con esposo crea pequeña empresa de carnes frías y embutidos. Trabaja en empresas de carnes frías desde los 20 años de edad. Recordar que la industria de carnes frías usa sal de nitró (nitritos) como conservante de alimentos. Los "poppers" tan favorecidos por algunas personas de la comunidad homosexual masculina son conocidos por su efectos inmunosupresores y carcinogénicos y son hechos a base de nitritos de amilo y de butilo.

- Hombre de 36 años, "gay pasivo y activo" que odia al padre quien aun lo sustenta economicamente. No tiene compañero estable. Tres a cinco encuentros homosexuales diferentes cada semana. Alcohólico. En tratamiento psiquiátrico para "bipolaridad". Se considera infeliz y reclama de todo y de todos. Culpa a su familia y a la sociedad de sus "desgracias". Presenta desde hace 6 meses adenopatías generalizadas y en los chequeos de laboratorio resulta ser "VIH positivo". Se irrita y pelea fácilmente. Afirma que: "detesto esta sociedad homofóbica".

- Mujer de 45 años, religiosa de convento desde los 13 años de edad. Nunca ha tenido relaciones sexuales ni ha recibido transfusiones de sangre.

Durante los últimos 5 años presenta varios cuadros de infecciones intestinales, respiratorias y urinarias. Los médicos sospechan deficiencia inmune y ordenan "prueba del SIDA" que resulta positiva. Nunca ha usado drogas ni alcohol. Toma antidepresivos desde los 20 años de edad.

- Hombre homosexual de 30 años de edad, alcohólico y usa "poppers" con frecuencia, vive solo y no se relaciona con la familia ni tiene muchos amigos. Come "cualquier cosa" cuando tiene hambre. Frecuenta bares y discotecas "gays". Varios meses de tos, diarreas y pérdida de peso. Consulta al dermatólogo por aparición de manchas levantadas de color violeta en varias regiones de su piel. La biopsia reveló sarcoma de Kaposi y en el exámen clínico y con pruebas de laboratorio confirman candidiasis oral y esofágica.

- Hombre de 29 años, soltero y al parecer sin pareja estable. En dos años ha tenido tres episodios de Herpes soster en torax, brazo izquierdo y el último en cuero cabelludo. El dermatologo encuentra adenopatías en varias regiones del cuerpo y hace exámenes de laboratorio resultando "VIH positivo". Alcohólico, usa "marihuana ocasionalmente y no otras drogas". No terminó carrera de administración y finanzas y en la actualidad ni trabaja ni estudia. Vive solo y es sustentado economicamente por su familia.

.....para mencionar solo unos pocos..... Notar que en cada caso la persona ha estado expuesta en forma voluntaria o involuntaria, conciente o inconcientemente a varios agentes estresantes inmunológicos. La aparición temprana, tardía o la no aparición de enfermedades oportunistas depende, además de las exposiciones a agentes externos, del estado fisiológico, de la constitución corporal y principalmente de los rasgos característicos de la personalidad de cada individuo.

5.1.5. Las consecuencias de la pobreza se transmiten de generación en generación.

Para poder comprender la seropositividad de muchas personas de las regiones pobres del mundo, es necesario entender los siguientes hechos:

Existe una creciente información científica que indica que muchas enfermedades de la edad adulta tienen su origen en "programación in útero" (Barker 1998a, b, 1992, 1994). Esto incluye enfermedades tales como la obstrucción coronaria y el infarto, hipertensión, diabetes Tipo II y otras alteraciones endocrinas (Naeye et al. 1971; Barker 1998a, b, 1992, 1994; León 1998).

Similarmente, una variedad de deficiencias inmunológicas pueden originarse en la vida embrionaria y fetal (Chandra 1975c, 1981; Moscatelli et al. 1976; Ferguson 1978; Lewis y Wilson 1995; Moore et al. 1997, 1999; Hasselbachh et al. 1999; McDade et al. 2000, 2001a, b).

Por consiguiente, cualquier cosa que suceda durante las etapas embrionaria y fetal es recordada durante el curso de toda la vida de las células, los tejidos, los órganos y los sistemas.

Unos investigaciones en Gambia asociaron la época del alumbramiento con una enfermedad mortal infecciosa, detectada después de los 15 años, lo cual sugiere una asociación entre la desnutrición prenatal, la función inmunológica y la vulnerabilidad a las enfermedades infecciosas en la edad adulta (Moore et al. 1997, 1999).

Se ha descubierto además que la desnutrición prenatal altera la respuesta de anticuerpos a la vacunación con Salmonella thiphy, que se prolonga por lo menos hasta la adolescencia (McDade et al. 2001a). Los hallazgos de estos investigadores "sugieren que las experiencias fetales y de la primera infancia juegan un papel en la programación del sistema inmunológico" que podría acompañar al individuo a lo largo de toda su existencia (McDade et al. 2000, 2001a).

Se ha demostrado científicamente que una nutrición prenatal deficiente altera diversos aspectos de la inmunidad mediada por células, causa involución de los tejidos linfoides tal como sucede con el del timo y supresión de la respuesta de anticuerpos a vacunación. Estas alteraciones persisten durante varias semanas o, en algunos casos, por varios años (Chandra 1975c, 1981; Moscatelli et al. 1976; Ferguson 1978; Lewis y Wilson 1995; Moore et al. 1997, 1999; Hasselbachh et al. 1999; McDade et al. 2000, 2001a, b).

En "modelos murinos se ha documentado alteración de la inmunidad luego de un periodo de alimentación materna deficiente, alteraciones que perduran a lo largo de la edad adulta, pasando a la siguiente generación a pesar de la alimentación at libitum administrada a las generaciones F1 y F2" (Chandra 1975c). También en animales de experimentación, la carencia de zinc durante el embarazo causa una inmunodeficiencia que puede prolongarse durante tres generaciones (Beach et al. 1982).

Por consiguiente, es muy probable que las consecuencias de la pobreza y de la desnutrición en todas las regiones pobres del planeta estén siendo transmitidas de generación en generación, con un efecto acumulativo, y que

el SIDA en esas regiones bien podría ser la peor consecuencia de los efectos acumulativos de la pobreza.

En los países pobres por lo tanto, la pobreza no es un hecho estático: Las evidencias científicas indican que las consecuencias de la pobreza se han estado transmitiendo de generación en generación en forma acumulativa y que ellas son un factor de riesgo importante para la genesis del SIDA.

A la luz de lo anterior, es necesario considerar seriamente que el papel que juega la desnutrición materna deficiente es crucial, en lo relacionado con la patogénesis del SIDA pediátrico, y que esta es una realidad en los países subdesarrollados (Giraldo 1997b, c). Científicamente hablando, no hay razón alguna que justifique asegurar que la promiscuidad sexual es la causa del SIDA en África y en otras regiones pobres, mientras que de otro lado se subestima el papel que juegan la pobreza, la desnutrición, las infecciones, los parásitos y sobre todo las emociones patológicas como el miedo, la depresión, la auto destructividad, la falta de esperanza por un mejor futuro, pero sobretudo la corrupción, la arrogancia y la soberbia.

5.1.6. La seropositividad es una consecuencia de respuestas al estrés.

Como se explico en el capítulo 2, las pruebas serológicas para "VIH" (ELISA y Western blot) pueden reaccionar positivamente en presencia de anticuerpos poliespecíficos. Un resultado positivo en una prueba de anticuerpos para el "VIH" podría, por tanto, ser el resultado de la estimulación anigénica crónica, antes que ser el resultado de una hipotética infección con un retrovirus exógeno como por ejemplo el "VIH" (Giraldo 1997a-e, 2000b; Giraldo et al 1999). La estimulación antigénica crónica del sistema inmune es una consecuencia de exposiciones voluntarias o involuntarias, concientes o inconcientes, múltiples, repetidas y crónicas a agentes estresantes para el sistema inmunológico.

Ya expliqué también, que los resultados positivos en la prueba de PCR para el "VIH" pueden ser el resultado de la presencia de fragmentos de material genético en la sangre de individuos expuestos a una variedad de agentes estresantes (Urnovitz et al 1999; Giraldo et al 1999). Por lo tanto, la reactividad en las tres principales pruebas para "VIH" (ELISA, Western blot y PCR o "Carga Viral") puede simplemente ser el resultado o consecuencia de respuestas a una variedad de estrés químico, físico, biológico, nutricional y mental. Durante estas respuestas se liberan cantidades grandes de radicales libres especialmente agentes oxidantes (Giraldo 1997a-g; Giraldo 2000b, 2002a, b0, 2009a).

Adicionalmente, el grado o intensidad de reactividad en las "pruebas para VIH" especialmente en la llamada "prueba de carga viral" puede ser proporcional al nivel de exposiciones a agentes estresantes u oxidantes del sistema inmunológico.

A este respecto, el fenómeno "VIH" -nuevamente, sea lo que fuese- ha sido plausiblemente explicado como una respuesta celular a diferentes tipos de estrés celular: Un investigador que trabaja en el campo de "proteínas del estrés" explica categóricamente que "la replicación y la expresión genética proviral del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tipo-1 (VIH-1) es una delicada respuesta a factores que inducen estrés celular" (Bate et al 2000).

De otro lado, tuve la oportunidad de demostrar en Nueva York que todas las muestras de sangre humana reaccionan positivamente a la prueba de ELISA cuando éstas se realizan con suero no diluido. Esto indica que todas las personas tienen anticuerpos contra lo que se supone que es el VIH. Los individuos que reaccionan positivamente en suero sin diluir tendrían una cantidad de anticuerpos más pequeña que los que aún reaccionan positivamente cuando el suero es diluido 400 veces (Giraldo 1998/9). Esta observación ha sido confirmada por investigadores yugoslavos e italianos (Metlas et al 1999).

Igualmente, nadie tiene "carga viral" negativa al "VIH". Todas las muestras de sangre humana chequeadas con la prueba de "carga viral" por PCR, siempre demuestran la presencia de supuestas copias de "ARN del VIH". No es cierto pues, que exista un resultado "indetectable" en la prueba de PCR o de "Carga Viral" como reportan los laboratorios clínicos: todos tenemos circulando en nuestra sangre y tejidos copias de lo que supuestamente es el "ARN del VIH". Lo de "indetectable" es un término inventado por el CDC del gobierno de los Estados Unidos y la Organización Mundial de la Salud, agencia de la ONU, para indicar que una sangre tiene menos de 50 o menos de 400 copias del supuesto "ARN del VIH", dependiendo si se está reportando un resultado de la "prueba Ultra Sensitiva" o de la "Prueba Standard" de la PCR.

Además, la exposición a estresantes inmunológicos o agentes oxidantes puede causar niveles leves a moderados de deficiencia inmune presente en muchos individuos no sintomáticos que reaccionan positivamente en las "pruebas para VIH", como lo vimos en el capítulo anterior cuando describí muchas investigaciones que prueban la existencia de "deficiencias nutricionales y de agentes antioxidantes en personas seropositivas".

asintomáticas y más severas aún en aquellas con las manifestaciones clínicas del SIDA.

5.2. Respuestas al estrés y radicales libres (estrés oxidativo).

Desde los comienzos de la epidemia del SIDA, los radicales libres y, específicamente los agentes oxidantes, han sido vinculados a la patogénesis del nuevo síndrome (Dworkin et al. 1986; Papadopoulos-Elieopulos 1988). El grupo de investigadores del Dr. Dworkin fue el primero en señalar en 1986 que la deficiencia del selenio jugaba un papel importante en la fisiopatología del SIDA.

Se han realizado congresos internacionales sobre el tema del papel de los radicales libres de oxígeno en la génesis o fisiopatología de lo que en la actualidad se conoce oficialmente como "VIH/SIDA" (Favier 1994; Piette et al. 1994).

Como vimos en el capítulo 4, es impactante ver el número creciente de publicaciones científicas que demuestran que el estrés oxidativo es un requisito indispensable tanto para que las "pruebas para VIH" resulten positivas (Hommès et al. 1991; Fuchs et al. 1991; Salvain y Mark 1992; Baruchel y Wainberg 1992; Polkyov et al. 1994; Jarstrand y Akerlund 1994; Shallenberger 1998), como para el desarrollo de las manifestaciones clínicas del SIDA (Fabris et al. 1988; Falutz et al. 1988; Staal et al 1989; Buhl et al. 1989; Walter et al. 1990; Favier et al. 1994; Fuchs et al. 1991; Graham et al. 1991; Cirelli et al. 1991; Kalevic et al. 1991; Quey et al 1992; Dorge et al 1992; Revillard et al 1992; Staal et al 1993; Passi et al. 1993; Scharauzer y Sacher 1994; Simon et al. 1994; Favier et al 1994; Dworkin 1994; Constantis et al. 1995; Lacey et al. 1996; Allard et al. 1998a,b; Passi 1998).

Como se describió en el capítulo 3, los radicales libres se producen a lo largo y ancho del trabajo regular del sistema inmunológico y de los demás sistemas corporales. A pesar de los efectos beneficiosos de las respuestas inflamatorias, estas también pueden agravar el daño tisular existente por la liberación de radicales libres. Está demostrado científicamente que la inflamación, cuando se produce sin control, luego de ser iniciada por estímulos anormales, o si se presenta por periodos prolongados, puede convertirse en enfermedad (Kehrer 1993; Slater 1993; Reid 1998).

Para que haya una respuesta inmune óptima es crucial que exista un equilibrio entre la generación de radicales libres y la protección antioxidante.

Por todos los hechos anteriores es que se ha propuesto muchas veces que los radicales libres de oxígeno, específicamente las especies oxidantes, juegan un papel importante en la patogénesis del SIDA (Dworkin et al. 1986; Papadopoulos-Eleopoulos 1988, 1998/1999; Papadopoulos-Eleopoulos et al. 1992; Giraldo 1997g).

Los anteriores son los fundamentos científicos para el uso de antioxidantes tales como la Vitamina A y los carotenoides, Vitamina C, Vitamina E, selenio, n-acetil cisteína, l-glutamina, zinc, cobre, manganeso, ácido alfaipoico, coenzima Q10 y flavonoides o Vitamina P, como suplementos para la prevención y tratamiento del SIDA (Kiure et al. 2002; Dworkin et al. 1986; Papadopoulos-Eleopoulos 1988, 1998/1999; Papadopoulos-Eleopoulos et al. 1992; Giraldo 1997g; McNeil 2004).

5.3. Agentes estresantes emocionales e inmunodeficiencia.

5.3.1. No existen enfermedades específicas, sólo pacientes específicos.

Los agentes estresantes inmunológicos varían de persona a persona, de grupo de riesgo a grupo de riesgo y de continente a continente. De esta forma, en cada individuo seropositivo debe evaluarse las exposiciones específicas de él, a agentes estresantes; puesto que no existen dos seropositivos idénticos. No hay enfermedades específicas, lo que existen son enfermos concretos.

De otro lado, es importante mantener en mente que las evidencias científicas indican claramente que las enfermedades degenerativas del adulto dependen en gran medida de las condiciones psicológicas y nutricionales de la madre durante el embarazo (Barker 1992, 1994, 1998a, b; León 1998; Adair y Prentice 2004). Por ejemplo, las deficiencias nutricionales durante el embarazo dan por resultado que los bebés nazcan con deficiencias inmunológicas, las cuales los pueden acompañar por el resto de sus vidas (Chandra 1975a; McDade et al. 2000, 2001a, b; Moore et al. 1999).

De otro lado, es muy probable que los sistemas inmunes de bebés productos de embarazos no deseados, sean mucho más inmaduros y deficientes, puesto que todo lo que ocurre durante el embarazo incluidas las emociones negativas, afectan al bebé (Friedman et al. 1995a; Kiecolt-Glaser y Glaser 1988).

5.3.2. Personalidad necesaria para desarrollar la seropositividad y el SIDA.

5.3.2.1. Todo está al revés: invertido

No es fácil escribir lo que voy a escribir en esta sección, pues sé que la envidia, la megalomanía, el narcisismo y la arrogancia de las personas (Keppe 2004), hacen pensar que las críticas a nuestros sentimientos, comportamientos y acciones sean algo peligroso, sean algo indebido, sean algo que se debe evitar decir, para no hacer sentir mal a las personas.

La inversión de valores de los seres humanos los hace percibir la realidad como algo doloroso y malo, la mayoría piensan que decir la verdad es agresivo y que nos llevará a perder amigos. Se requiere un grado alto de humildad para aceptar los hechos que estoy describiendo aquí.

Debido a su inversión de valores, las personas identifican amor con sufrimiento, conciencia con restricción, trabajo con sacrificio, honestidad y amabilidad con vulnerabilidad, decir la verdad con agresión (Pacheco 2010).

La sociedad actual está tan invertida, que ha sido organizada de tal suerte que ser bueno, honesto y verdadero es un riesgo para ser atacado y perseguido (Keppe 2002a). Sin embargo, no ayudaría a mis semejantes y a mí mismo si pospusiera mi obligación, si hiciese un pacto con la deshonestidad y la alienación y no escribiese lo que viene a continuación.

5.3.2.2. Las enfermedades son causadas por nuestra corrupción interior y falta de ética.

Toda enfermedad psíquica u orgánica, incluidos el estado de seropositividad y el SIDA, son manifestaciones de nuestra censura, de no querer ver, percibir y aceptar lo que en realidad somos. *“La enfermedad es causada por la falta de honestidad y ética: El hombre no es deshonesto por estar enfermo, él enferma por ser deshonesto”* (Pacheco 2010).

Pero interiorizar, concientizar, sentir con el alma lo que verdaderamente somos, no duele, no produce reacciones secundarias y es el único camino certero para la curación (Pacheco 2001). Pero lógicamente que para aceptarlo y sentirlo se requiere de mucha humildad.

Ciertamente, *“La patología fundamental del ser humano y de la sociedad es la corrupción”*, de ahí que *“la gran alegría del ser humano sea la de destruir, arrebatar y corromper todo”* y por ello *“para corregir todo problema el ser humano tiene que concientizar su corrupción”* (Keppe 2001a).

5.3.2.3. Arrogancia de las ONGs

Algunos seropositivos se agrupan en Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que defienden al "VIH" como la causa del SIDA y que con frecuencia son financiadas por las compañías farmacéuticas. Se unen en estas organizaciones para ayudarse a "*bien morir*" para prepararse para lo que ellos llaman "*una muerte digna*", preparan sus testamentos y hasta sus funerales. Continúan pues creando su propio infierno en vida, lo disfrutan y defienden a toda costa.

En estas asociaciones abunda la resonancia energética negativa: sus miembros disfrutan de su dolor y de su tragedia y de la tragedia y del dolor de los demás. Estas organizaciones aumentan la arrogancia del individuo seropositivo, así como las emociones sadicas y masoquistas.

5.3.2.4. Culpando a los demás (proyección)

Algunos seropositivos "*disidentes*" es decir que conocen y estudian la polémica acerca de las causas y soluciones del SIDA, con frecuencia manifiestan estar deprimidos y frustrados. Culpan de su infelicidad a sus médicos, a los periodistas, a los investigadores del "VIH", a la OMS, a la ONUSIDA, a los CDC, a sus gobiernos, a las personas del común. Los culpan por no querer aceptar los puntos de vista de la disidencia del SIDA. Preguntan con frecuencia que "*¿cuándo es que vamos a ganar?*" Estos seropositivos en lugar de aceptar sus propios errores mentales, en vez de estar satisfechos por haber encontrado la verdad acerca del SIDA, en lugar de decidir estar felices ahora y aquí; culpan a otros de sus desgracias, proyectan en los demás sus propios problemas (Keppe 2005).

Si trabajasen día y noche, con amor, con satisfacción, para ganar el sustento diario y si además se uniesen al trabajo paciente y tolerante de las organizaciones no gubernamentales "*disidentes*" para ayudar a otros, no sufrirían de tanta depresión ni frustración, ni pondrían en peligro el trabajo de sus sistemas inmunes, como nos lo enseña la psiconeuroinmunología (Friedman y Bendinelli 1995; Kiecolt-Glaser y Glaser 1988; Ader et al 1991; Glaser y Kiecolt-Glaser 1994; Kemeny 1994; Temoshok et al 1987; Perry 1995) y los descubrimientos científicos de la Trilogía Analítica en relación a la Medicina Psicosomática Integral (Pacheco 2009).

5.3.2.5. Negar la existencia del SIDA es un camino a la misma enfermedad

Algunos seropositivos viven en la negación: Como entienden que el "VIH" no existe, piensan que el SIDA tampoco existe y que la seropositividad (ser "*VIH positivo*") no tiene ningún significado.

Eventualmente desarrollan una PCP (neumonía por Pneumocystis carinii), o una toxoplasmosis, o una criptococosis meníngea, o una infección sistémica por CMV (virus de inclusión citomegálica), o un linfoma, o un sarcoma de Kaposi, una esofagitis micótica (por *Candida albicans* por ejemplo) o cualquier otra enfermedad oportunista grave. Y cuando esto ocurre entran en pánico, se sienten frustrados y engañados; llegan a pensar que tal vez el "VIH" si exista y que éste sea la causa del SIDA. Preferen culpar a algo externo (virus y otros microbios por ejemplo) que aceptar ver sus desequilibrios emocionales y espirituales.

Estas personas no quieren entender que todo lo sucedido es una consecuencia de su negación psicopatológica, de haber continuado con el mismo estilo de vida y de no haber tomado las precauciones necesarias. Que sus problemas orgánicos son el resultado de no querer aceptar y ver la verdad, es el resultado de su propia alienación, de su corrupción íntima.

5.3.2.6. Negar a Dios es un camino a la enfermedad

Algunos seropositivos se vanaglorian de ser ateos, de no creer en un ser Creador, piensan que con la muerte todo termina.

Debo confesar que hace unos 20 años yo pensaba similar, me creía marxista y ateo, pero fué precisamente mi deseo profundo de entender la seropositividad y el SIDA, mi compromiso con este tipo de personas, lo que me llevó a recuperar mi espiritualidad, la que ahora sé nunca había perdido. Comencé a estudiar medicina cuántica y a muchos positivistas que solamente aceptan la eternidad de la energía, hasta que por fin hace unos 5 años conocí los principios de la Trilogía Analítica (Ciencia, Filosofía y Teología), y recupere mi espiritualidad, mi amor por Dios Creador (Keppe 1987, 2007, 2008, 2009). Entendí que el problema no es Dios Creador de todas las cosas, sino las religiones, fruto y creación de los desequilibrios emocionales de los humanos.

Desde el principio, el ser humano ha sido consciente de la existencia de un Ser Superior, un Creador del universo y de todo lo que existe en él (Keppe 1987, 2007, 2008, 2009). Sin embargo, la envidia del hombre no le permite vivir feliz en este paraíso en el que fuimos creados, vive insatisfecho y con frecuencia desea crear el mismo algo mejor, es su megalomanía, su teomanía - manía de ser dios - (Keppe 2005).

La experiencia nos enseña que toda enfermedad psíquica y orgánica, incluyendo a la seropositividad y el SIDA, está acompañada de un elemento patológico espiritual. Toda enfermedad es una forma consciente o inconsciente de negar a Dios (Keppe 1987, 2007, 2008, 2009).

Los peores enfermos mentales son generalmente ateos y algunas veces fanáticos religiosos, pues ambos son similares. Debemos recordar que *“de hecho, la mayoría de los individuos más equilibrados tienen creencias espirituales, se preocupan de vivir éticamente de acuerdo con las leyes universales de lo bueno, bello y verdadero; y tienen respeto e inclusive una actitud de reverencia hacia el Creador. Admiten y aceptan haber sido creados por un Ser más perfecto y poderoso que ellos mismos, o por un principio de orden universal”* (Keppe 2005).

Algunos activistas del SIDA y pocos seropositivos nos atacan con insultos preyorativos por no tener miedo de explicar estos hechos. No comprenden todavía que la existencia de Dios es el máximo hecho científico. Todo lo que existe, todo lo que es bueno, bello y verdadero lo constata permanentemente. Negarlo es la peor corrupción del ser humano.

5.3.2.7. Cada individuo seropositivo es único

No hay dos seropositivos ni dos enfermos con SIDA iguales, simplemente porque cada ser humano es único, especialmente en su nivel de sanidad o de patología mental.

Repito, nuestra psicopatología es en lo fundamental el resultado de nuestra envidia, nuestra megalomanía y nuestro narcisismo (Keppe 2005), pero las manifestaciones de cada una de ellas es diferente en calidad y cantidad en cada persona y de ahí la diversidad psicopatológica de los seres humanos: todos tenemos algún grado de desequilibrio o enfermedad mental, algunas similares, pero son todas locuras diferentes.

De todas maneras, insisto en que lo importante es aceptarlo con humildad, sentirlo con nuestro interior, si de verdad deseamos el bien y el bienestar para nosotros mismos y para nuestros semejantes. Toda enfermedad orgánica o psíquica es una manifestación de aquello que no vemos, que no aceptamos o que no percibimos de nosotros mismos (Pacheco 2001, 2009).

5.3.2.8. Las enfermedades las creamos nosotros mismos

La enfermedad no existe de por sí, es la negación de la salud.

Todo fue creado bueno, bello y verdadero en su estado original, antes de la interferencia negativa de los seres humanos (Keppe 2005).

Toda enfermedad, psíquica u orgánica es, por lo tanto, una creación nuestra: somos responsables de nuestras enfermedades. Uno tiene lo que se merece!

Pero, si aceptamos sentir nuestra corrupción y si modificamos nuestra conducta, todo puede ser regenerado, curado, aun las alteraciones bioquímicas del ADN (Keppe 1996).

5.3.2.9. Algunos hechos de las estadísticas del SIDA

Las estadísticas oficiales del SIDA, así no sean exactas, nos enseñan mucho acerca de quienes tienen mayor riesgo de desarrollar la seropositividad y el SIDA:

Durante la 17 Conferencia Mundial del “VIH/SIDA” de la ciudad de México de agosto de 2008 (Conferencia Internacional VIH/AIDS 2008), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la ONUSIDA, ambas agencias de la Organización de las Naciones Unidas, informaron que el número de casos de SIDA continúa en aumento en todo el mundo, pero mucho más en los países subdesarrollados. De acuerdo a su informe, en 27 años de pandemia, ha habido en el mundo 65 millones de seropositivos y 25 millones de muertes (CDC 2008; Roberts 2006).

a) Países con alta prevalencia de SIDA

A pesar de que la población del África Sub Sahariana es de solamente el 10% de la población mundial, allí ocurre el 65% (25 millones) de todos los seropositivos del mundo. En África, 12 millones y medio de niños han perdido a uno o a ambos padres debido al SIDA. Contrario a lo que ocurre en las naciones ricas, en África más del 60% de los casos de SIDA ocurren en mujeres; y debido a este hecho es que se afirma arbitrariamente que en África *“el SIDA se transmite heterosexualmente”* (CDC 2008; Roberts 2006) 226,227). Los países más pobres del África tal como Zimbabue, Namibia, Uganda, Lesoto y Mozambique tienen una prevalencia del 20% al 35%, la más alta del mundo (CDC 2008; Roberts 2006).

En la India, la epidemia del SIDA también está en crecimiento y allí el 80% de los casos también se dice que se deben a *“transmisión heterosexual”*, simplemente porque allí también la mayoría de los casos ocurren en mujeres (CDC 2008; Roberts 2006).

En el continente americano, los países con la más alta prevalencia de lo que hoy denominan *“VIH/SIDA”* son precisamente los países más pobres de la región: Haití (3.8%), Bahamas (3.3%), Trinidad y Tobago (2.5%), Belice (2.5%), Surinam (1.9%), Honduras, Barbados y Jamaica (1.5%). Similarmente, en estos países, la OMS y la ONUSIDA, afirman que es debido a *“transmisión heterosexual”*, ya que en estos países también la mayoría de los casos ocurre en mujeres. El 70% de los casos de SIDA en los Estados Unidos ocurren en negros e hispanoamericanos, y debido a la

alta frecuencia en mujeres, ellos hablan de un aumento de la "transmisión heterosexual" en estas poblaciones (CDC 2008; Roberts 2006).

b) Países con baja prevalencia de SIDA

De otro lado, Brasil, con una población de 190 millones de habitantes y con muchos de sus habitantes viviendo en condiciones de pobreza extrema (favelas), tiene sin embargo una prevalencia de sólo 0.6%. Similarmente, Colombia, México y Venezuela tienen una prevalencia de apenas 0.7% (CDC 2008; Roberts 2006) 226,227).

La pregunta es, por lo tanto, ¿cual es la razón para las altas prevalencias del SIDA en los países pobres del África y el Caribe y porque en ellos la mayoría de casos se presentan en mujeres? ¿Será la respuesta, simple promiscuidad sexual, como alegan los investigadores europeos y americanos? ¿O será acaso una consecuencia de las condiciones de vida miserables que prevalecen en estos países? ¿No será que las mujeres africanas son más desequilibradas emocionalmente?

¿Cómo podría un virus decidir, por sí mismo, atacar a los hombres ricos de Europa y Norte América y a las mujeres pobres del mundo subdesarrollado? Eso no tiene ninguna lógica.

5.3.2.10. La felicidad es la vacuna contra el SIDA

Además, otra pregunta sería, ¿cuál es la explicación para que Brasil, Colombia, México y Venezuela tengan prevalencias de seropositividad y de SIDA bajas?

¿Será acaso un factor importante, la felicidad y la alegría de sus habitantes? Algunas investigaciones han demostrado que, precisamente, los países con bajas prevalencias de SIDA, son los países más felices del planeta (Universidad de Michigan 2008).

Pienso por lo tanto que un común denominador entre muchos hombres homosexuales de países y ciudades ricas y las mujeres de las regiones pobres del mundo, es sus sentimientos de insatisfacción, depresivos, autodestructivos, junto con arrogancia y soberbia. Logicamente que las manifestaciones de esos desequilibrios emocionales no son iguales en todos y cada uno de ellos; además, dependerá de máscara social que cada persona utiliza.

La psiconeuroinmunología enseña que la felicidad es uno de los mejores estimulantes del sistema inmunológico (Friedman et al. 1995a; Kiecolt-Glaser y Glaser 1988; Ader et al 1991; Glaser y Kiecolt-Glaser 1994; Kemeny

1994; Temoshok et al 1987; Perry 1995). La vacuna contra el SIDA está, por lo tanto, en aceptar vivir felices y alegres.

5.3.2.11. El estigma del SIDA

Otro asunto, es que la sicopatología social afecta en forma específica a las personas de los grupos que con mayor frecuencia desarrollan seropositividad y SIDA. En este sentido, las instituciones encargadas de las políticas internacionales de salud como la OMS y la ONUSIDA, los CDC, los Ministerios de Salud de los países, las compañías farmacéuticas, los medios de comunicación, Hollywood, los profesionales de la salud, los empleadores y patronos, los compañeros de trabajo, los familiares, los amantes y los amigos ven a los seropositivos como a depravados sociales, como promiscuos sexuales, como la escoria de la sociedad.

Nunca antes en la historia humana una enfermedad había creado tanto estigma social como lo ha hecho el SIDA. Ni la lepra, ni la tuberculosis, ni la sífilis, estigmatizadas socialmente en su tiempo, tuvieron un estigma de la magnitud del SIDA. La sociedad moderna proyecta en el "VIH" y en los que ella considera "infectados con el virus del SIDA" toda su psicopatología. La sociedad actual en lugar de ver, de percibir, de aceptar sus errores, culpa a todos y a todo de sus males y desgracias, precisamente creadas por los desequilibrios emocionales de las personas y más por aquellas en algún cargo de poder (Keppe 2002a).

Debemos recordar que la sociedad actual da privilegios a los seropositivos, siempre y cuando éstos tomen los antirretrovirales y hagan todo lo que sus médicos les ordenan.

Muchos países los incapacitan para trabajar y les pagan un salario mensual por sentarse a esperar la muerte. Les dan entradas gratuitas para cine, teatro, musicales, conciertos, comida gratis, residencia gratis, transporte público gratuito, atención médica gratuita, inclusive les brindan algunas terapias naturales como acupuntura y similares. Son "las ventajitas" del seropositivo, a veces envidiadas por aquellos que aún no lo son. Estas "ventajitas" incrementan los sentimientos narcisistas y de víctima del seropositivo (Keppe 2005).

Las instituciones de la sociedad actual esclavizan al seropositivo y lo convierten en parásito de ella, lógicamente, si el seropositivo lo permite (Keppe 2002a).

Además, el ocio, el no hacer nada, es uno de los peores agentes estresantes para nuestros sistemas inmunológicos y para todos los demás

sistemas corporales. Algunos seropositivos esperan mejorar para regresar a trabajar. No quieren entender que si de verdad desean la salud, deben trabajar para poder mejorar.

5.3.2.12. Tenemos lo que merecemos

Algunos seropositivos fueron abusados de niños, abuso sexual o de otro tipo, lo cual puede ser causa de frustración, tristeza y rencor permanente. Sin embargo, aquí debemos recordar el fenómeno de la atracción energética o resonancia (Keppe 1995, 1999a, 2002b). La persona misma, inconscientemente, atrae lo que le sucede, atrae la enfermedad, la tragedia y luego los usa para aumentar sus instintos de sentirse víctima, para satisfacer su narcisismo. Los seres humanos tenemos lo que merecemos. ¿Cómo más puede explicarse que haya familias como la de los Kennedy en los Estados Unidos, perseguidas por la tragedia y las muertes violentas?

Las personas no somos lo que comemos como afirman equivocadamente muchos nutricionistas modernos y ni siquiera somos lo que pensamos. ¡Somos lo que practicamos! (Keppe 1996). Por ejemplo, cada persona tiene un estilo o forma de hablar y de escribir. Ese estilo, junto con el contenido de lo que habla o escribe, pueden mostrar los rasgos principales de su personalidad.

5.3.2.13. Toda enfermedad requiere de una personalidad específica.

Para el desarrollo de toda enfermedad humana, desde una simple gripe hasta el cáncer o el SIDA, se requiere siempre una psicopatología específica (Keppe 2005). Esto se aplica tanto a enfermedades orgánicas como a las psíquicas y a las sociales. Además, las patologías de la sociedad también son el resultado de la psicopatología de las personas, especialmente de aquellas con poder (Keppe 2002a). Figura # 3.

El trabajo con personas seropositivas de África, Asia, Europa, Norte América y Latinoamérica, me ha llevado a la conclusión de que para ser seropositivo, además de estar expuesto a una variedad de agentes estresantes inmunológicos externos - no solo a uno -, generalmente por largos periodos de tiempo, la persona debe tener, concomitantemente, un tipo de personalidad específica; observación que concuerda con el origen psicosomático de todas las enfermedades, y que ha sido tan elegantemente propuesto por el Dr. Norberto Keppe y su grupo de científicos en la Escuela Brasileña de Psicoanálisis Integral de São Paulo (Keppe 2005).

5.3.2.14. Emociones negativas comunes en las personas seropositivas

Veamos algunos hechos extraídos de mi experiencia con personas seropositivas de los 5 continentes:

a) Buscando la enfermedad

Algunas personas, inclusive por fuera de los grupos que con mayor frecuencia desarrollan SIDA, exigen a sus médicos que se les haga "la prueba del SIDA", para saber si tienen una enfermedad considerada por la sociedad como "mortal", "incurable". ¿Qué otra intención pueden tener estas personas si no es el deseo de muerte, así este no sea consciente?

b) Viendo la enfermedad como algo bueno

Algunos seropositivos encuentran en su condición o en el SIDA, algo bueno, algo positivo, algo que les ayudó a cambiar su estilo de vida y por eso hasta llegan a agradecer y a bendecir su condición. Esto es un reflejo de la idea errónea de concebir "la enfermedad como camino" (Dethlefsen y Dahlke 1997).

Indudablemente algunas personas necesitan de golpes fuertes para despertar, pero mientras ese despertar no indique aceptar, ver en su propia psicopatología el origen de su seropositividad o de su SIDA, no va a aplicar realmente el camino para regresar a la salud perdida en algún momento de su pasado (Pacheco 2001).

El libro "La enfermedad como camino" aumenta los insights masoquistas, así como los sentimientos de víctima de la persona e infortunadamente hoy día es muy recomendado por muchos de los que practican terapias más naturales.

Claro que los síntomas tanto de enfermedad orgánica como mental son de mucha utilidad, pero solamente si la persona los acepta como indicadores de sus propios desequilibrios emocionales. En este forma, "los síntomas patológicos muestran el rechazo que hacemos a la enfermedad perfecta" (Keppe 1999a); "el cuerpo muestra claramente lo que tiene en su íntimo" (Pacheco 2001); "los síntomas son necesarios para tener consciencia" (Keppe 2005) y "la enfermedad del cuerpo es un reflejo de la enfermedad de la mente" (Keppe 2004a).

c) Miedo a la muerte

Algunos seropositivos han tenido por muchos años, antes de su seropositividad, temor a enfermar, a morir, se toman fanáticos de estilos de vida aparentemente saludables, se convierten en vegetarianos estrictos, saben

todo lo relacionado con una aparente "buena nutrición", frecuentan a terapistas holísticos, encuentran en Internet "todo" lo relativo a terapias naturales y no se percatan que fue precisamente ese estilo de vida exagerado, poco natural, el que llamaba a la enfermedad y a la muerte. He conocido a muchos que han enfermado y hasta han muerto, por practicar dietas y ayunos extremadamente radicales.

Aquellos con miedo al cáncer con frecuencia mueren de cáncer, los que no quieren enfermarse en su boda, en su graduación o en cualquier otro evento importante de su vida, es precisamente cuando enferman, aquellos con miedo a los microbios (bacteriofobia) con frecuencia sufren de infecciones. Nada llama más a la enfermedad que el "miedo" a enfermarse y nada llama más a las puertas de la muerte que el mismo temor a ella.

Conocí personalmente a algunos jóvenes homosexuales de Nueva York, que me manifestaban permanentemente su miedo a "contraer" el SIDA. Era tal su pánico que se hacían los llamados "exámenes para VIH" cada semana, dando negativos. Pero de tanto insistir y de hacerse esos exámenes, un día resultaron positivos en los mismos, a pesar de que ni siquiera tenían sexo con nadie por miedo a "contagiarse". Sin tener ningún síntoma, los médicos oficialistas les trataron su seropositividad con antirretrovirales y hoy están en cementerios. Esas fueron muertes buscadas por ellos mismos; lo cual no excluye la culpabilidad del sistema médico hospitalario.

d) La homofobia de homosexuales

Algunos seropositivos de la comunidad "gay" masculina piensan que todo el mundo es homofóbico, que la sociedad es homofóbica y que todos los rechazan. Estos sentimientos proyectistas son un reflejo de emociones "inconscientes" de la persona misma.

No hay más homofóbico que aquel que piensa que los demás son homofóbicos. Mientras el hombre homosexual no lo perciba humildemente así, no lo acepte, no lo interiorice, será muy difícil encontrar el equilibrio fisiológico perdido.

La inconsciencia de la propia homofobia es uno de los muchos sentimientos negativos que deteriora significativamente el sistema inmune como puede deducirse de las investigaciones sobre psiconeuroinmunología (Friedman y Bendinelli 1995; Kiecolt-Glaser y Glaser 1988; Ader et al 1991; Glaser y Kiecolt-Glaser 1994; Kemeny 1994; Temoshok et al 1987; Perry 1995); y lo constatan los pacientes de nuestra clínica de Medicina Psicosomática Integral en San Pablo (Pacheco 2009).

e) La envidia y la psicogenética

Son frecuentes las historias de seropositivos que fueron diagnosticado previamente con alguna neurosis obsesivo compulsiva, paranoide, depresiva, maniacodepresiva etc. y que hacen parte de familias con muchos trastornos psíquicos. No es que los problemas mentales sean contagiosos, pero existe la psicogenética que es la transmisión genética y energética de generación en generación de psicopatologías (Pacheco 2001,2010).

Cuando el recién nacido muerde los pezones de la madre durante la lactancia, no es otra cosa que las manifestaciones de su insatisfacción, de su rechazo al bien, a lo bueno y a lo verdadero (Keppe 2005); es manifestación acumulada de la envidia de sus antepasados (psicogenética).

La envidia también se manifiesta en niños pequeños cuando estos disfrutan destruyendo sus juguetes, sin que nadie se los hubiese enseñado.

f) Narcisismo

Inclusive las personas con hemofilia genética que se toman seropositivas, comparten personalidades similares: con frecuencia se sienten víctimas y usan su enfermedad para llamar la atención, se aíslan, no necesitan de muchas personas, se bastan a sí mismos, son muy narcisos, arrogantes y hasta soberbios.

Es que toda enfermedad orgánica tiene orígenes en los sentimientos narcistas y de la persona (Keppe 2005) (Figura # 3). Y el enfermo se apropia con orgullo y placer su condición y habla entonces de mi hemofilia, mi diabetes, mi artritis, mi hipertensión, mi asma, mis alergias, mi hígado, mis riñones, mi esclerosis múltiple, mi angina, mis varices, mi cáncer.

Algunos seropositivos se deleitan hablando de "mi condición", se sienten diferentes y quieren que los demás los vean diferentes y hasta advierten: "usted no lo entiende porque no es seropositivo, solo nosotros lo podemos entender".

g) Arrogancia

Muchos seropositivos que siguen la filosofía de la disidencia del SIDA, con frecuencia se sienten felices por haber logrado vencer a la seropositividad, al SIDA y a los profesionales de la salud e instituciones que defienden al "VIH". Claro que esto está bien.

Sin embargo, algunos de ellos se toman aún más arrogantes, piensan que todo lo saben, que todo lo pueden, algunos hasta consideran tener poderes psíquicos especiales y únicos, atropellando de esta forma la humildad, tan

necesaria, para aceptar nuestros errores emocionales y sentimentales y poder retornar al equilibrio fisiológico perdido (Figura # 3).

h) Autodestrucción

La literatura científica reconoce, a las enfermedades autoinmunes, como el lupus, artritis reumatoide, tiroiditis de Hashimoto, esclerodermia, psoriasis, vitiligo, a los anticuerpos contra los propios tejidos, como motivos para resultar positivos en las mal llamadas "pruebas para VIH" (Leo-Amador et al. 1990; Ranki et al. 1992). Pero la realidad es que las personas con enfermedades autoinmunes tienen todas personalidades autodestructivas: experimentan placer en su propia destrucción, por eso sus sistemas inmunes se invierten y comienzan a atacar a sus propios tejidos: son formas de suicidio lento e inconscientizado. La cura de esas enfermedades radica en conscientizar, interiorizar y aceptar que la enfermedad es creada por el mismo.

Además, los sistemas inmunes de las personas con estas enfermedades autoinmunes, se encuentran crónicamente activados y oxidados y por tanto pueden cansarse, agotarse y hasta colapsarse, generándose eventualmente la seropositividad y hasta el SIDA.

El uso de cigarrillo, alcohol, marihuana, cocaína, heroína, "poppers", cualonas, anfetaminas y todas las demás drogas psicoactivas, es visto por el adicto mismo y por la sociedad actual como un problema de herencia, o de ser víctimas de las presiones de las amistades, o que son obligados por su "falta de autoestima" o por el deseo de escapar de la realidad social. Sin embargo, todo adicto siente placer en la destrucción. El adicto conscientemente desea ser diferente, siente gran gusto con el alcohol y las drogas y por eso no quiere alejarse de ese placer, es un auto-sabotaje (Keppe 2001a). Es un problema de él y de nadie más y como tal debe ser percibido por el adicto mismo, si de verdad desea regresar al equilibrio orgánico perdido.

i) Deficiencia inmune y embarazo no deseado

Lo que la madre coma o deje de comer, pero aún más importante, la insatisfacción, los miedos, la tristeza, la arrogancia de la madre durante el embarazo puede reflejarse en inmadurez del sistema inmune del bebé (Barker 1992, 1994, 1998a, b).

Además, las infelicidades del niño durante sus primeros 15 años de vida, cuando se está desarrollando el sistema inmune, pueden traducirse en deficiencias inmunológicas durante la vida adulta. Las personas productos de embarazos no deseados, muy probablemente serán acompañadas durante sus vidas por deficiencias inmunes.

La constitución de la persona comienza a adquirirse, por lo tanto, desde el momento mismo de su concepción (Barker 1992, 1994, 1998a, b). Por eso nacemos con los llamados órganos de choque u órganos débiles.

j) Arrogancia de la mujer africana

La alta seropositividad en las mujeres del África, se explica por su personalidad frecuentemente depresiva, sin falta de esperanza por un mejor mañana, por su rechazo al hecho de haber nacido mujeres en un continente súper machista, prefieren la muerte, así sea por SIDA, a continuar vivas en "su *desgracia*"; son autodestructivas y con mucha frecuencia suicidas. Además, son arrogantes y soberbias.

La psicopatología de las mujeres africanas es diferente a la de los hombres (Pacheco 2004). Sin embargo, un común denominador entre todos los sujetos seropositivos (hombres y mujeres) es su megalomanía (arrogancia y soberbia).

5.3.2.15. La personalidad del individuo seropositivo y del enfermo de SIDA.

Como puede deducirse de los hechos anteriores, las personas seropositivas, por lo tanto, con mucha frecuencia viven insatisfechas, son depresivas, melancólicas, paranoicas, escogen estilos de vida autodestructivos y culpan a los demás y a la sociedad de sus males y problemas. Prácticamente todos son arrogantes y soberbios. Esta personalidad los acompaña toda la vida: desde antes de aparecer la seropositividad o el SIDA. Otra característica muy común es su "sentimiento de víctima" que se incrementa con el diagnóstico de seropositividad o de SIDA.

Pienso, por lo tanto, que una personalidad específica es un requisito absoluto para todos los individuos de los grupos de personas que más frecuentemente se tornan seropositivos o que desarrollan el SIDA.

Estos son hechos que los seropositivos necesitan interiorizar, concientizar o sentir en su interior, con humildad, para poder regresar a la salud perdida. ¡No hay otra forma!

La solución, si de verdad se desea, está en nuestro interior - en nuestra Farmacia Interior y en nuestro Médico Interior -, no en esta o aquella medicación o terapia externa, por natural y holística que parezca.

Desafortunadamente algunos seropositivos son tan arrogantes que prefieren y preferirán morir, aún de SIDA, antes que interiorizar o concientizar su propia psicopatología. Algo similar ocurre con muchas

personas con cáncer o con cualquier otra de las llamadas "enfermedades incurables".

Algunos seropositivos en lugar de enfurecer al escuchar estos hechos, deberían más bien interiorizar, aceptar humildemente sus desequilibrios emocionales, si de verdad tuviesen interés en llevar una vida larga y saludable.

5.4. Fisiopatogénesis e historia natural del SIDA.

5.4.1. Una propuesta para la historia natural del SIDA:

La figura # 2 muestra una propuesta para la historia natural del SIDA:

El individuo con una personalidad depresiva, autodestructiva y que concomitantemente es arrogante y soberbio y que jno lo percibe!; al exponerse a través de su vida, en forma persistente, a múltiples y variados agentes estresantes de origen emocional, químico, físico, biológico y nutricional, responde en varias formas.

5.4.2. Efectos inmunogénicos e inmunotóxicos de los agentes estresantes

Sobre el sistema inmunológico, los agentes estresantes pueden tener varios efectos: algunos actúan como antígenos o inmunógenos, activando las respuestas inmunes para tratar de defender al individuo (efecto inmunogénico). Otros agentes estresantes pueden ser por sí mismos tóxicos para las células y para las reacciones bioquímicas del sistema inmunológico (efecto inmunotóxico).

Los efectos inmonogénicos pueden agotar - por exceso de trabajo - las respuestas inmunes. Los segundos (inmunotóxicos), similarmente, van alterando y desequilibrando las respuestas inmunes. Juntos alteran y deprimen el funcionamiento inmunológico (inmunodeficiencia).

5.4.3. Alteraciones energéticas

Concomitantemente se van presentando alteraciones energéticas generalizadas junto con modificaciones fisiológicas y bioquímicas en muchos órganos y sistemas.

Los cambios y desequilibrios energéticos son alteraciones tempranas que pueden presentarse meses o años antes de que aparezcan los síntomas y signos de enfermedad, y las cuales pueden ser detectadas por ejemplo con técnicas de bioelectrografía fotónica como la cámara Kirlian (www.electrophotonics.org) o con el "examen de sangre viva" con

microscópio de campo oscuro o con otros instrumentos de radiónica antiguos como el péndulo o modernos como el dermatón, para mencionar algunos.

Vale la pena estudiar los lindísimos experimentos de Masaru Emoto con cristales de agua ("*Los mensajes del agua*").

El ha demostrado con lujo de detalles como el agua siente: sus cristales son formas hexagonales, simétricas, brillantes y de mucha belleza, siempre y cuando el agua no esté contaminada o si simplemente le hablamos (en cualquier lengua) frases afectuosas (gracias, te amo), o si el agua escucha música y melodías clásicas. Pero si por el contrario, el agua está contaminada con tóxicos químicos o electromagnéticos, si la insultamos, o si la ponemos a escuchar música rock pesada, sus cristales se deforman, cambian a colores oscuros impresionantemente feos (www.masaru-emoto.net).

Recordemos que más del 70% del cuerpo humano, de los animales, de las plantas, del planeta tierra, es agua! Los seres humanos estamos pues, afectando el agua con nuestras emociones e ideas irracionales. Nos destruimos, destruimos a nuestros semejantes y destruimos todo a nuestro alrededor.

Pero lo contrario es posible a través de emociones, sentimientos e ideas de satisfacción, de felicidad y de gratitud. Todo lo material, que es inferior, puede reconstruirse con energía ecencial, que es superior, también llamada energía escalar o Energía Divina (Keppe 1996). Pero nuestra corrupción, nuestro sabotaje interior, nuestra arrogancia, bloquean el ingreso de esa Energía reparadora.

5.4.4. Oxidación, acidosis y endobiosis

Con el paso del tiempo, los tejidos corporales se van llenando de radicales libres, especialmente agentes oxidantes (oxidación); se van tomando cada vez más ácidos (acidosis); y se van presentando modificaciones de las "microzimas" tisulares de Antonio Béchamp (1916-1908), también llamadas "endobiontes" por Günther Enderlein (1872-1968) y por nosotros en la Trilogía Analítica "energinos" (www.stop-journal.blogspot.com Año II, No 31) (Figura # 4).

5.4.5. Génesis interna de microorganismos

Los cambios metabólicos de los energinos generan virus, bacterias y hasta hongos, fenómeno denominado por Enderlein de "endobiosis" (www.explorepub.com/articles/enderlein3).

Bechamp, Enderlein y Claude Bernard (1813-1878), todos pleomorfitas (los microorganismos cambian de forma según las condiciones internas de los tejidos), defienden, en contra de la visión pasteuriana, que todas las enfermedades vienen de desequilibrios interiores. Para ellos los virus, las bacterias y los hongos son formas o manifestaciones diferentes de los desequilibrios tisulares y orgánicos (www.whale.to/v/bechamp1) (http://en.wikipedia.org/wiki/Claude_Bernard).

Los microbios presentes durante el curso de infecciones son, por lo tanto, consecuencias y no causa de las enfermedades. Nada que exista en la creación es maléfica como erróneamente ha estado orientando la medicina pasteuriana, para la cual toda enfermedad es causada por agentes externos (microbios por ejemplo), y que por lo tanto puede curarse con agentes también externos: los medicamentos.

5.4.6. Infecciones, tumores y enfermedades metabólicas oportunistas

Los desequilibrios energéticos junto con la acidosis, la oxidación y los cambios endobioticos, van deteriorando todos los órganos y sistemas corporales (proceso sistémico o generalizado), y van deprimiendo aún más las respuestas inmunológicas.

El deterioro progresivo y continuo del trabajo del sistema inmune, lleva al individuo a un déficit severo de las funciones inmunológicas de defensa, homeostasis, y vigilancia, con la subsiguiente aparición simultánea de infecciones oportunistas, tumores oportunistas y enfermedades metabólicas oportunistas (Figura # 2).

5.4.7. La muerte es una decisión de la persona

Si no se frena la exposición a los agentes estresantes inmunológicos, o si el individuo no se desintoxica, su estado de salud muy probablemente empeorará, sus sistemas inmunes finalmente colapsarán con el desarrollo posterior de las manifestaciones clínicas del SIDA como he repetido infinidad de veces. El sistema inmune tiene tres principales funciones: (a) defensa contra los intrusos, (b) vigilancia del crecimiento de tumores, y (c) homeostasis o equilibrio de todos los órganos y sistemas del cuerpo. Con el colapso de estas tres funciones pueden desarrollarse en forma generalmente simultánea infecciones oportunistas, tumores oportunistas y enfermedades metabólicas oportunistas. En realidad esto es el SIDA. El SIDA más que una enfermedad infecciosa y viral, es un síndrome tóxico, nutricional y sobretodo emocional (Giraldo 1997a-e, 2000b, 2002a, 2009a).

Si la persona, por falta de humildad, no acepta que ella misma está generando todo ese trastorno sistémico, y si antes por el contrario, da vía libre para continuar con sus emociones e ideas negativas, para seguir autodestruyéndose, exponiéndose voluntariamente a diferentes tóxicos, inclusive a medicamentos de alta toxicidad, eventualmente el sistema inmunológico colapsará y sobrevendrá la muerte.

El entendimiento de la patogénesis del SIDA (Figura # 1), así como el entender la verdadera historia natural del SIDA (Figura # 2), permite comprender el papel válido de las terapias nutricionales y antioxidantes en la prevención y tratamiento del SIDA (Giraldo 2003a,b).

5.4.8. Consentimiento informado.

No hay justificación para el hecho de que los pacientes, además del público en general, nunca hayan sido informados de los hechos que explicamos aquí, esta es una negligencia científica malintencionada resultado de la censura generalizada contra nuestros puntos de vista y de la corrupción reinante en el establecimiento científico.

Sin tener conciencia clara de las múltiples incertidumbres de las llamadas "pruebas para VIH" y de todos los supuestos fundamentos de la visión oficial del "VIH/SIDA", la gente no puede tomar decisiones informadas.

Para poder elegir las personas deben ser informadas completamente (Kent et al 1996; O'Mara 1998). Sin embargo, la posibilidad de expresar el Consentimiento Informado implica acceso fácil a la información pertinente. No hay justificación para el hecho de que la mayoría de la gente no haya sido informada acerca de las graves imprecisiones de las "pruebas para VIH" y de los demás puntos de vista de la concepción oficial del SIDA. No revelar u ocultar estos hechos es una seria brecha en la confianza pública, que viola la capacidad de la gente para expresar consentimientos informados válidos y que son esenciales en toda toma de decisiones concerniente a los cuidados de su salud.

Ahora bien, si la polémica acerca de las causas y soluciones del SIDA fuera simplemente un asunto técnico o científico, este hubiese terminado el primero de marzo de 1987, cuando Peter Duesberg escribió aquel histórico artículo en la revista *Cancer Research*: "*Retroviruses as carcinogens and pathogens: expectations and reality*" (Duesberg 1987).

5.5. Definiciones del SIDA.

5.5.1. Definición oficial actual del SIDA.

La definición de SIDA, como ha sido desarrollada por los Centros para el Control de las Enfermedades (CDC) del Gobierno Federal de los Estados Unidos, requiere un resultado positivo en la prueba de "anticuerpos para el VIH" (CDC 1992). La importancia del "VIH" en esta definición es tan fuerte que, muchos investigadores del SIDA, profesionales de la salud y otras personas siguiendo la directriz del Instituto de Medicina y de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos y de la mayoría de los investigadores del "VIH", se refieren ahora al SIDA como a "la enfermedad VIH" (Instituto de Medicina 1986; Volberding & Cohen 1994; Fauci 1993; Staprans & Feimberg 1997; Lewis & Ho 2002; Wormser 2004).

Sin embargo, a pesar que la definición oficial del SIDA requiere de un resultado positivo en las "pruebas para VIH", el SIDA en muchos países del África puede ser diagnosticado sin necesidad de una "prueba para VIH" ni ninguna otra prueba de laboratorio. Esto fue decidido por los oficiales de la salud pública americanos y la Organización Mundial de la Salud en una conferencia en Bangui (República Centroafricana) en octubre de 1985 (Quinn et al 1986). Esta "Definición de Bangui" permite diagnosticar el SIDA en África basándose solamente en los síntomas y signos clínicos que presente el paciente.

No obstante, las enfermedades más prevalentes en África son una consecuencia directa de la pobreza crónica y se manifiestan normalmente con síntomas y signos que están incluidos en la definición de SIDA de Bangui, tales como pérdida de peso, diarrea crónica, fiebre prolongada, tos persistente y prurito generalizado. Incluso peor: "la presencia del sarcoma de Kaposi generalizado y la meningitis criptocócica son suficientes, por sí mismas, para diagnosticar el SIDA" en África (Quinn et al 1986).

Como expliqué en el capítulo 2 de este libro, anteriormente, en las décadas de los 80 y 90 las pruebas de anticuerpos tampoco estaban estandarizadas ni eran reproducibles con respecto al "VIH". Eran, por sí mismas, un sinsentido, porque significaban diferentes cosas en diferentes individuos, en diferentes laboratorios y en diferentes países (Papadopoulos-Eleopoulos et al 1993). Esas pruebas eran interpretadas de forma diferente en los Estados Unidos, Rusia, Canadá, Australia, África, Europa y América del Sur (CDC 1989; Zolla-Pazner et al 1989; De Cock et al 1991; Voevodin 1992; Maskill & Gutz 1992), lo que significaba que una persona que era positiva en Angola podía ser negativa cuando se hacia la prueba en Australia;

o una persona que era negativa en Canadá podía resultar positiva cuando se hacia la prueba en Francia (Continuum 1995).

Aún más vergonzoso, cuando la misma muestra de sangre era chequeada con Western blot en 19 laboratorios diferentes, se obtuvieron 19 resultados diferentes (Lundberg 1988).

Lo anterior era debido a que cada laboratorio y en cada país se requería un numero diferente de bandas o anticuerpos, supuestamente pertenecientes al "VIH", para interpretar como positiva una prueba de Western blot. Pero con el tiempo las entidades internacionales de la Salud Pública como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centros para el Control de Enfermedades de Los Estados Unidos (CDC) decidieron arbitrariamente el mismo número de bandas para interpretar como positiva una prueba de Western blot. Hoy las personas seropositivas muy probablemente lo continuarán siendo en todos los países.

5.5.2. Propuesta de definición para el SIDA.

Para evitar continuar confundiendo a las personas de que "VIH" y SIDA son la misma cosa, y teniendo en cuenta que lo que se conoce como "VIH" no es la causa del SIDA y que tampoco fué demostrado de ser un virus real, La palabra "VIH" se debe retirar urgentemente de la definición del SIDA

Como los defensores del "VIH" han estado insistiendo que "el virus" y El SIDA son la misma cosa, cuando las personas escuchan o leen nuestros argumentos de que ese virus ni siquiera existe, ellas piensan equivocadamente que El SIDA tampoco existe. Esto se debe a que las personas todas han sido desorientadas irresponsablemente por las instituciones internacionales encargadas de la salud pública que pregonan la ecuación:

$$\text{VIH} = \text{SIDA} = \text{Muerte}$$

Esta ecuación a programado y continua programando las mentes de las personas para una muerte precoz, muchas veces en el albor de la juventud.

¡Logicamente que existe El SIDA! Pero no es causado por un virus llamado arbitrariamente "VIH", cuya existencia jamás ha sido demostrada objetivamente.

Antes de aparecer El SIDA a comienzo de los años 80, ya existían otras inmunodeficiencias adquiridas, pero nunca de la intensidad y magnitud del SIDA. Antes de 1981, las personas con inmunodeficiencias adquiridas presentaban síntomas de deterioro de una o máximo dos funciones del sistema inmunológico, que son: (1) defensa contra agentes nocivos,

(2) vigilancia del crecimiento de tumores y (3) equilibrio homeostático de todos los órganos y sistemas corporales. En el SIDA ya ocurre un colapso completo del sistema inmune con manifestaciones clínicas de deficiencia de las tres funciones fundamentales del sistema inmunológico, generalmente al mismo tiempo – en la misma persona.

Desde hace varios años vengo insistiendo en que puede y debe entenderse al SIDA como la más severa de todas las inmunodeficiencias adquiridas, siendo éste un síndrome tóxico-nutricional y sobretodo emocional causado por exposiciones múltiples, repetidas y crónicas a agentes estresantes para el sistema inmunológico, y cuya distribución varía dentro de los grupos de personas que con mayor frecuencia desarrollan el síndrome (Giraldo 1995d, c, 1997e, 2002a, b, 2009a). Como ocurre en cualquier otra enfermedad, además de la exposición a agentes estresantes, debe existir una personalidad específica previa. En el caso de la seropositividad y el SIDA, son individuos fundamentalmente depresivos, autodestructivos pero sobretodo arrogantes y soberbios (Giraldo 2009a) (Figura # 2).

5.6. Resistencia a aceptar la verdad.

5.6.1. Seropositividad y estrés oxidativo.

La información científica descrita y analizada en este libro sobre macronutrientes, micronutrientes, radicales libres, agentes oxidantes y agentes antioxidantes en personas seropositivas, mal llamadas “*VIH-positivas*” y en personas seronegativas, muestra sin duda alguna que los individuos seropositivos tienen una disminución significativa de agentes antioxidantes (vitaminas A, C, E, zinc, selenio, etc), con relación a los seronegativos. Estos niveles bajos de antioxidantes en los seropositivos se deben a un gasto y consumo mayor de ellos para controlar niveles altos de oxidación, originados en múltiples respuestas corporales al estrés y estas a su vez debidas a exposiciones múltiples, repetidas y crónicas a una gran variedad de agentes estresantes externos e internos (emocionales).

En conjunto esta información científica muestra que los individuos seropositivos tienen niveles altos de oxidación, es decir, están más oxidados que aquellas personas seronegativas.

Por lo tanto, hay suficiente información objetiva, a posteriori, para afirmar que las mal llamadas “*pruebas para VIH*” detectan anticuerpos generados por los sistemas inmunológicos durante respuestas a agentes estresantes (Selye 1936), llamados por algunos investigadores “*agentes oxidantes*”,

los cuales pueden tener un origen químico, físico, biológico, nutricional y mental o psicosocial.

En esta forma, en la persona seropositiva, similar a lo que sucede en cultivos de linfocitos humanos, como expliqué en el capítulo 2, el estrés de cualquier tipo (químico, físico, biológico, nutricional y mental) hace que se liberen proteínas como respuesta al estrés, estas pasan a la sangre y el sistema inmune produce entonces anticuerpos contra esas proteínas y eso es lo que se detecta en las pruebas de ELISA y de Western blot para “*VIH*”. Esas pruebas detectan indirectamente estrés celular. Recordar que ese fenómeno es impedido en el laboratorio con agentes antioxidantes.

Acá es menester estudiar las publicaciones que muestran respuestas satisfactorias de seropositivos al ser tratados con agentes antioxidantes y citadas en mis artículos y publicaciones. La mayoría de esas investigaciones son realizadas por investigadores que defienden al “*VIH*” como Luc Montagnier.

Pero lógicamente, las denominadas “*pruebas para VIH*” no detectan directamente estrés ni oxidación, pero indirecta y objetivamente están detectando respuestas al estrés y a mayor número de respuestas al estrés, mayor será la liberación de radicales libres y será mayor también los niveles de oxidación (Dworkin et al. 1987). Esto también lo ha indicado Eleni Papadopulos desde su publicación de 1988 (Papadopulos-Eleopulos 1988) y por eso tantos científicos han sugerido e indicado el uso de antioxidantes en personas seropositivas asintomáticas y en aquellos sintomáticos, es decir, en aquellos enfermos con las manifestaciones clínicas del SIDA.

De otro lado, las personas que reaccionan positivamente en las “*pruebas para VIH*” tienen un número suficiente de anticuerpos (detectados por dichas pruebas), producidos por sus sistemas inmunológicos, que para producirlos en esa cantidad detectable por las pruebas, han tenido que estar activados y trabajando fuerte por períodos generalmente largos.

Si no tuviesen un nivel alto de anticuerpos serían seronegativos como lo demostré en Nueva York en 1998 en mi investigación con diluciones de sangre antes de hacer la prueba de ELISA: “*Everyone reacts positive on the ELISA test for HIV*” (Giraldo 1998/1999).

El trabajo normal o exagerado del sistema inmunológico genera radicales libres, principalmente agentes oxidantes, como se puede estudiar en el capítulo 3 de este libro.

Similar a lo que sucede con personas seropositivas para la denominada hepatitis C, las personas seropositivas en las mal llamadas “*Pruebas para*

VIIH" tienen mayor probabilidad de desarrollar las manifestaciones clínicas del SIDA y de otras enfermedades degenerativas que las personas seronegativas. No se puede negar tanta verdad, es solo cuestión de estudiar las centenas de publicaciones científicas existentes al respecto.

5.6.2. No es posible ocultar el sol con las manos.

Tampoco es saludable negar que activistas disidentes seropositivos, algunos que inclusive participaron activamente de Monarcas-Perú, de Monarcas-México, de la Corporación Autonomía en Salud de Colombia, de "Rethinking AIDS" y de otras organizaciones disidentes del SIDA y que muchos de ellos tuvieron un activismo internacional, y que murieron jóvenes, lo hicieron infelizmente por causa del SIDA. El recordarlos, nos da valor y coraje para continuar la lucha en que ellos participaron, pero es absurdo y contraproducente intentar demostrar a toda costa que murieron de algo diferente a SIDA.

Negar que la seropositividad tenga un significado fisiopatológico importante es ponerse a riesgo - sí se es seropositivo - o poner a otros seropositivos a riesgo de enfermar y de morir.

5.6.3. Para entender es necesario desearlo.

Como afirma mi maestro el Dr. Norberto Keppe:

"No es posible probar o demostrar lo que es bueno, bello y verdadero, es solo cuestión de aceptarlo".

Pero como ocurre con cualquier asunto técnico, científico o de otro tipo que se estudie, debe existir por parte del lector o del estudioso un deseo de entender y comprender.

Sin afecto y gratitud por el que escribe, no es posible entender nada. Ahora, si desde antes de leer ya hay prejuicios, rabia destructiva e ira contra el escritor, contra sus artículos y publicaciones y contra las personas e instituciones que aceptan sus puntos de vista; en lugar de entendimiento, estos despertarán rabia destructiva, ira y furia.

Es una lástima que la animadversión y a veces odio hacia nuestras Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) y a nuestro trabajo científico, no les permita a algunas personas entender estas verdades científicas. Qué triste que por sus sentimientos negativos no puedan celebrar la alegría que sentimos muchos cuando se nos informa de algunos seropositivos que ahora son seronegativos, ni que puedan sentir felicidad con esa luz de esperanza para el sufrimiento de las personas seropositivas. ¡Es una verdadera lástima!

Esto último lo menciono pues hace parte de una airada polémica que circula ampliamente en el Internet y sucitada en los primeros meses del 2011 por unos pocos activistas de Argentina y a la cual le hicieron eco tres personas de España, una de México y otra del Perú. Los principales documentos referentes a esta controversia pueden estudiarse en mi página del Internet.

5.6.4. La verdadera intención.

Toda acción del ser humano tiene una verdadera intención. Algunas críticas a nuestras afirmaciones pueden interpretarse como dudas aparentemente técnicas, pero en verdad corresponden a intenciones destructivas cargadas de ira y furia contra nosotros y contra lo que nosotros representamos.

Lo que se conoce popularmente como la "técnica del espejo" nos enseña que aquello que nos irrita de otros o de otras cosas, es precisamente aquello que no queremos aceptar en nosotros mismos.

Similarmente, desde los tiempos de Sigmund Freud, de Melanie Klein, de Carl Gustav Jung, de Franz Alexander, se sabe que la envidia, el narcisismo, la arrogancia, la soberbia ("Superego") hacen que los seres humanos (sin excepción) proyecten en otros o en otras cosas, aquello que no quieren aceptar dentro de ellos mismos. El individuo proyecta su ira y su odio contra el mismo, atacando a otros y a otras cosas; ocasionando (sin percibir) bloqueos energéticos, oxidando y acidificando sus tejidos y órganos y creando cambios endobióticos como lo explicó Antonio Béchamp, luego Gunther Enderline y recientemente Gaston Naesses. Este es un factor definitivo para la génesis de una inmensa cantidad de enfermedades orgánicas, psíquicas y sociales como lo explica magistralmente este gran científico brasileño el Dr. Norberto Keppe (2005).

5.6.5. Sin humildad nada es posible.

Pero además, no toda rabia es destructiva y maléfica. Recuerdo que algunos que ahora nos atacan con intención de destruir, practicaron en el pasado, junto a nosotros, autentica rabia constructiva para enfrentar con escritos y acciones a aquellos y aquellas instituciones que defienden al "VIIH" como la causa del SIDA. Lo que ya existió puede resurgir, es solo aceptar humildemente que su ira actual intenta destruir en lugar de construir.

Escribo este libro para aquellos que humildes y sinceramente deseen acercarse a las verdades científicas, para aquellos que deseen ayudarse a sí mismos y a sus semejantes.

5.7. Conclusiones de este capítulo.

5.7.1. Los suplementos nutricionales y antioxidantes se han estado utilizando con éxito, como uno de los caminos importantes en la prevención y tratamiento del SIDA. Un estado nutricional y antioxidante óptimo puede garantizar el éxito de la prevención y el tratamiento del SIDA.

5.7.2. Algunos de los suplementos nutricionales y antioxidantes que se han venido utilizando en el tratamiento y la prevención del sida incluyen: Vitamina A y carotenos, Vitamina C, Vitamina E, selenio, n-acetil cisteína, l-glutamina, zinc, cobre, manganeso, ácido alfaipoico, coenzima Q10, Complejo de Vitaminas B, y flavonoides o Vitamina P.

5.7.3. Para prevenir y tratar el SIDA en las regiones pobres del mundo, es absolutamente indispensable suministrarles a los individuos "VIH positivos", a los pacientes con SIDA al menos el mínimo de sus necesidades alimentarias. Aún más, se sabe que una dieta rica en frutas, verduras y cereales frescos y orgánicos, así como una dieta rica en alimentos bifidogénicos (yogurt, kumis) es inmunostimulante, como lo veremos en el capítulo final de este libro.

5.7.4. Sin embargo, como se insiste a lo largo de este capítulo y de todo el libro, el verdadero y mas efectivo camino para prevenir el SIDA, para tratarlo, al igual que como ocurre con cualquier otra enfermedad, depende de la persona misma; de su humildad para aceptar que ella misma permitió el desarrollo de su seropositividad y del SIDA, por no aceptar sus emociones desequilibradas. Más sobre este punto crucial y como lograrlo en el próximo capítulo.

A este nivel es importante meditar, interiorizar y practicar algunas enseñanzas del libro "A Libertação Pelo Conhecimento" de este gran científico el Dr. Norberto Keppe (Keppe 2001a):

"El verdadero conocimiento se inicia con la actitud de creer"

"El proceso de conocimiento depende directamente de la voluntad"

"Así como la ignorancia está en el odio, todo el conocimiento y la sabiduría están en el sentimiento de amor"

"El amor constituye la base del raciocinio, y por tanto de la realidad"

"La honestidad es el fundamento de todo conocimiento"

"El verdadero conocimiento solo es posible si el individuo tuviese una conducta ética."

"El hombre sólo conoce lo que acepta ver"

"La idealización es la forma mas común de evitar el conocimiento de la verdadera realidad"

"El conocimiento fue abandonado cuando el ser humano resolvió vivir de acuerdo a su voluntad"

"El uso de la voluntad eliminó el conocimiento"

"El ser humano escogió el Libre Arbitrio para ser esclavo y huir del conocimiento"

"La conciencia es el fundamento básico de todo el conocimiento, por estar basada en la fé"

"La fé, conciencia inmediata de la realidad, es la fuente de todo conocimiento"

"La civilización del tercer milenio tendrá el dominio de la razón sobre la emoción"

"En la edad de la razón no deberá haber dolores ni sufrimiento"

Por lo tanto, es mentester unimos con amor y compasión para defender a la especie humana del "SIDA y de la corrupción de la ciencia médica" como lo afirma mi querida amiga la periodista incorruptible de Nueva York, Celia Farber (Farber 2006).

Capítulo 6

Algunas alternativas efectivas para la prevención y el tratamiento del SIDA

Con este capítulo quiero honrar la memoria de mi querido amigo y colega el Dr. Juan José Flores de Xalapa, Veracruz, México; médico, especialista en ginecología y obstetricia, reproducción humana y fisiología fetal, quien dedico casi dos décadas de su vida a atender personas seropositivas y pacientes con SIDA de México y de muchos otros Países.

Con él y junto al médico Pedro Rodenas de Barcelona y al acupuntor Alfredo Embid de Madrid, escribí en noviembre de 2002 un artículo acerca de la prevención y tratamiento del SIDA.

La vida ejemplar del Dr. Flores debe servir de faro luminoso a aquellos que sinceramente deseen ayudar y servir a sus semejantes.

El cielo se lleno de júbilo al recibir su alma el 24 de abril de 2011

Algunas ideas y conceptos descritos en este capítulo son extraídas pero modificadas substancialmente del artículo "Tratamiento y prevención del SIDA: Guía de principios básicos para una alternativa no tóxica, efectiva y barata" (Giraldo, Rodenas, Flores y Embid 2002).

6.1. Las políticas oficiales de prevención del SIDA además de inefectivas son peligrosas.

Los programas y campañas actuales de prevención del SIDA, basados fundamentalmente en el denominado "sexo seguro", con distribución generalizada de condones, no sólo no han logrado disminuir las cifras del SIDA, sino que han promovido la promiscuidad. Sin embargo, los condones

(sin látex ni lubricantes tóxicos), deben seguirse usando para evitar enfermedades auténticamente de transmisión sexual como la gonorrea y la sífilis, para evitar embarazos no deseados y para evitar las acciones inmunosupresoras del semen (Darrow et al. 1983; James y Hargreave 1984; Root-Bernstein y Hobbs de Witt 1995).

Igualmente las campañas oficiales de regalar jeringas "impías" ("sin VIH") a los drogadictos, además de ayudar a generar el SIDA, estimulan la drogadicción y el tráfico de drogas. Es importante recordar siempre que todas las drogas psicoactivas que se introducen al cuerpo, por cualquier vía, son inmunotóxicas potentes y pueden objetivamente contribuir a desarrollar la seropositividad y también el SIDA (Holsapple et al. 1986; Friedman et al. 1991; Bryant et al. 1992; Kaminski 1994; Friedman et al. 1991, 1995 b; Haverkos y Drotman 1995).

De otro lado, la persona alcohólica, el adicto a drogas psicotrópicas (marihuana, cocaína, heroína, "poppers", etc), a medicamentos, a comer o comprar con voracidad, manifiestan desequilibrios emocionales que la persona debe aceptar como tales, si verdaderamente desea prevenir enfermedades o regresar a la salud perdida.

6.2. La medicina convencional está equivocada en su fundamento (invertida).

Toda la medicina convencional (alopatía) esta invertida por ser materialista, sensorialista y, por lo tanto aristotélica (para Aristóteles sólo aquello que es percibido por los sentidos es cierto). Por lo tanto, para la medicina convencional hechos como la intuición, el sentido común, la transmisión del pensamiento, o la transmisión de vibraciones energéticas, o no existen o no tienen ninguna importancia.

Similarmente, el alópata piensa, equivocadamente, que la causa de las enfermedades esta fuera de la persona y acepta que todas las enfermedades tienen una causa única. Por esta razón los investigadores médicos convencionales se pasan la vida buscando en el mundo exterior la causa de la artritis, la causa del asma, de la diabetes, del cáncer, del SIDA, etc. Como consecuencia de esta inversión, la medicina alópata usa remedios externos (como los medicamentos de la farmacología), crea las muy tóxicas vacunas contra supuestos agentes infecciosos externos (www.CFC.us), pretendiendo así curar o prevenir las enfermedades. Las compañías farmacéuticas se benefician económicamente perpetuando esta inversión e irresponsablemente, en la inmensa mayoría de los casos, envenenando a las personas con medicamentos tóxicos innecesarios.

6.3. La verdadera etiología de las enfermedades.

6.3.1. Unidad del ser humano.

El ser humano es una unidad inseparable entre cuerpo, mente y alma. Sin embargo, menos del 5% del ser humano es material (cuerpo); el restante 95% son nuestros sentimientos, emociones y pensamientos, los cuales constituyen nuestro mundo psíquico y espiritual (alma), que hace parte de la energía esencial, de la energía universal o Divina (Keppe 1996).

Desgraciadamente la sociedad actual y el ser humano materialistas prestan atención solamente a ese menos del 5% del ser, al cuerpo. La medicina convencional o alopatía está dedicada a ese 5% del ser.

6.3.2. Utilidad de los síntomas y signos de la enfermedad.

Los síntomas y signos de la enfermedad orgánica o mental, son siempre una consecuencia de nuestra censura a lo que realmente somos en nuestro interior. Por nuestra patología mental en lugar de aceptar nuestros desequilibrios emocionales, los inconcientizamos (los censuramos), proyectamos culpando a otros o a otras cosas de nuestras desgracias y esta anomalía va creando inicialmente desequilibrios y bloqueos energéticos y más adelante desequilibrios fisiológicos y bioquímicos, principalmente en aquellos órganos debilitados por algún motivo ya sea genético o adquirido (en los órganos de choque).

“Todo lo que escondemos de nosotros mismos, acaba por ser revelado por nuestro cuerpo que forma una unidad inseparable, energética con lo que llamamos alma” (Pacheco 2007). Por esto cada enfermedad psíquica u orgánica revela lo que el enfermo es, su interior, su estado de desequilibrio emocional o inconsciencia.

La Medicina Psicosomática Trilogica nos enseña que *“El cuerpo humano muestra claramente lo que pasa en su íntimo”, “el cuerpo revela lo que no aceptamos de nosotros mismos”, “la enfermedad del cuerpo es un reflejo de la de la mente”* y *“los síntomas son necesarios para que haya consciencia”* (Pacheco 2009).

Los síntomas y signos denuncian lo que escondemos, lo que inconcientizamos.

El hecho de que todos los seres humanos tengamos algún grado de patología mental y que ella sea el origen primario de todas las enfermedades (Keppe 2005), hace que sea prácticamente imposible vivir sin algún síntoma. Pero la medicina alopatía en lugar de estimular la concientización de la

psicopatología, la alimenta encubriendo o suprimiendo todos los síntomas con analgésicos, anti-inflamatorios, anti-piréticos, anti-tusígenos, anti-diarreicos, anti-eméticos, ansiolíticos, antidepresivos, etc. Solamente en muy pocas ocasiones estos medicamentos prestan algún beneficio.

6.3.3. La envidia, la megalomanía y el narcisismo.

Toda enfermedad psíquica u orgánica es una consecuencia de desequilibrios primeramente energéticos, fisiológicos, bioquímicos y metabólicos (acidosis, oxidación, endobiosis), secundarios todos a la psicopatología de la persona (Keppe 2005). De esta forma, como toda enfermedad es una consecuencia de rechazar el bien, lo bello y verdadero (envidia, del latín *invidere* = no ver), de no ver lo que realmente somos, de rechazar la esencia misma del ser humano (Keppe 2005). El individuo rechazando el bien se autodestruye – enferma – y destruye todo a su alrededor (Ortiz y Pacheco 1991) (www.stop.org.br).

El libro *“El origen de las enfermedades psíquicas, orgánicas y sociales”* (Keppe 2005) 173, explica los argumentos científicos, filosóficos y espirituales por medio de los cuales *“la envidia constituye la etiología de todas las enfermedades”, “lo más difícil para el ser humano es aceptar el bien”, “el envidioso sufre con el bien, y no con el mal”, “la envidia por lo general no es percibida por aquel que la posee”, “la inconsciencia es básicamente la envidia que mantiene al ser humano en la alienación”, “lo que denominamos inconsciencia es fundamentalmente la envidia (opuesto a la consciencia)”, “la principal característica de toda enfermedad es la inconsciencia”, “la enfermedad del ser humano está en su resistencia a la consciencia”, “la consciencia es sanidad, en cambio la enfermedad es alienación”, “la proyección (paranoia) viene de la censura (resistencia) para ver la envidia (inversión)”* etc. (Keppe 2005) (Figura # 3).

La esencia del ser humano es la salud, la enfermedad es una negación de la salud. Por lo tanto, siempre es posible regresar al estado de salud, es solo desearlo con sinceridad. Aceptar humildemente la propia psicopatología, es el único camino para regresar al estado de salud a través de nuestra farmacia interior y de nuestro médico interior (Keppe 1996). En la mayoría de los casos no necesitamos remedios ni terapias exteriores para lograrlo; se puede lograr a través de la Medicina Psicosomática Integral (Giraldo 2009a,b; Pacheco 2009).

6.3.4. La corrupción.

El libro *"La liberación por el conocimiento: la edad de la razón"* (Keppe 2001a), explica con lujo de argumentos extraídos de la experimentación como, *"La fuente de todas las perturbaciones psíquicas, orgánicas y sociales esta en la corrupción"*, *"la patología fundamental del ser humano y de la sociedad es la corrupción"*, *el ser humano enferma si elimina los sentimientos de culpa y no reconoce el mal que practica"*, *"la voluntad del ser humano es prácticamente su deseo de corromper"*, *"la intención inconsciente fundamental del ser humano es detonar todo"*, *"el ser humano nace, vive y muere en la corrupción"*, *"cuanto mayor sea la máscara del ser humano, mayor será la corrupción"*, *"la mayor corrupción es no querer ver la propia corrupción"* y *"para corregir cualquier problema el ser humano tiene que concientizar su corrupción"*; es que realmente *"la consciencia es vida y la ignorancia es corrupción"* (Keppe 2001a).

La arrogancia y la soberbia del ser humano, son consecuencias de la envidia, la megalomanía y el narcisismo de el mismo (Figura # 3). Ellas se oponen a que veamos, a que aceptemos lo que de verdad somos, y por eso enfermamos al cuerpo, a la mente o a ambos. Enfermamos por no aceptar que somos corruptos.

Los agentes estresantes externos (químicos, físicos, biológicos, nutricionales y sicosociales) afectan en forma diferente a las personas: unas enferman y otras no, unas desarrollan determinadas enfermedades y otras desarrollan otras. En el llamado triángulo ecológico de las enfermedades, esto depende de unos pocos factores externos del a) agente o del b) medio ambiente, pero primeramente depende de c) la persona misma, de su interior no solo de las condiciones fisiológicas y bioquímicas, sino principalmente del estado de consciencia o inconsciencia. Las respuestas a los agentes estresantes externos dependen de la cantidad y calidad de la psicopatología de cada individuo.

Si las enfermedades nacen en nuestro interior, entonces la prevención y su tratamiento deben comenzar en sanar nuestro interior: nuestra vida emocional y espiritual.

6.4. Principios básicos para la prevención y el tratamiento del SIDA.

El enfoque del SIDA como enfermedad tóxica-nutricional y sobretodo emocional permite que ésta pueda tratarse, prevenirse y hasta erradicarse

en forma efectiva, fácil y a muy bajo costo (Giraldo et al. 2003; Giraldo 2003b) (Figuras 1 y 2), como se está logrando en muchos países.

Para el tratamiento y para la prevención del SIDA deben aplicarse los principios básicos del tratamiento de las enfermedades tóxico-degenerativas crónicas: Debe suspenderse al máximo posible la exposición a agentes estresantes, desintoxicar todo lo que esté intoxicado (cuerpo, mente y alma) y estimular al sistema inmune y otros sistemas que se encuentren debilitados (Giraldo et al. 2003; Giraldo 2003b). Nueve pasos fundamentales deben seguirse, aunque no en estricto orden:

- 1) Aceptar la propia psicopatología
- 2) Borrar de la mente el programa de muerte:

"VIH=SIDA = MUERTE"
- 3) En cada caso la persona debe identificar las causas reales para su seropositividad o para el SIDA
- 4) Diagnosticar con bases clínicas y de laboratorio
- 5) Evitar más exposición a agentes estresantes inmunológicos
- 6) Tratar las manifestaciones clínicas del SIDA cuando estas aparezcan
- 7) Preferir medidas naturales y trabajar en equipo con otros terapeutas, con el seropositivo o con el paciente con SIDA
- 8) Hacerlo en el momento oportuno
- 9) Desintoxicar, estimular y regenerar al sistema inmune y otros que estuviesen intoxicados y debilitados

6.4.1. Programación mental.

En cada caso la persona debe identificar las causas reales para su seropositividad o para el SIDA. No existen dos seropositivos ni tampoco dos pacientes con SIDA iguales.

- Es absolutamente necesario erradicar del individuo y de la comunidad las creencias erróneas de que el SIDA es una enfermedad infecciosa, viral, contagiosa, mortal y para la cual no hay curación; pues esa idea es tóxica por sí misma (Kemeny 1994; Adder et al. 2001; Giraldo 2008). Debe por lo tanto erradicarse la ecuación prevaleciente de que:

"VIH=SIDA=MUERTE"

- Igualmente debe erradicarse el mito de que ser *"VIH-positivo"* indica estar infectado con el virus que supuestamente causa el SIDA, puesto que

2002; Goldberg 1994a; Abrams 1999; Badgley 1990; Byrnes 2001; Reillo 1997).

El examen de sangre viva con el microscopio de campo oscuro es particularmente útil, cuando es realizado por una persona con experiencia. El puede mostrar alteraciones en las membranas de los glóbulos rojos debidas a radicales libres (agentes oxidantes), alteraciones en el pH sanguíneo con incremento de fibrina y de simplastos y modificaciones de las microzimas, endobiontes o energinos del suero, secundarias a los desequilibrios emocionales; entre otras muchas alteraciones cualitativas y semicuantitativas de la sangre (Fotos # 4).

e) Pruebas para evaluar el funcionamiento del sistema inmunológico. Es ideal poder evaluar en detalle el estado de funcionamiento del sistema inmune, con exámenes tales como conteos de células T y B, respuestas blastogénicas de linfocitos, proliferación y diferenciación de células T, activación de linfocitos citotóxicos, actividad de la timulina, complemento total, C3, C4, dosificación de inmunoglobulinas (Kimber y Selgrade 1998; Breen y Golightly 1998; Rose et al 2002).

d) Pruebas para evaluar la activación del sistema inmunológico. Evaluar en detalle el estado de activación del sistema inmune con pruebas tales como exámenes serológicos para hepatitis A, B, C, sífilis, toxoplasma, diferentes tipos de virus herpes, infección citomegálica, rubeola, mononucleosis, factor reumatoideo, antiestreptolisinas, eritrosedimentación, proteína C reactiva, beta 2 microglobulina, pruebas de Combs, aglutininas, complejos inmunes y pruebas cutáneas (Kimber y Selgrade 1998; Breen y Golightly 1998; Rose et al 2002).

e) Pruebas para otros órganos y sistemas. Siempre que fuese posible, es conveniente evaluar el estado de funcionamiento de las glándulas endocrinas, los riñones, el hígado, la piel y todos los demás órganos y sistemas corporales.

f) Pruebas de evaluación nutricional. Es conveniente evaluar meticulosamente los marcadores del estado nutricional con exámenes tales como proteínas totales, albumina, electroforesis de proteínas, hierro sérico, transferrina, ferritina, folatos, B12, B6, tiamina, niacina, biotina, riboflavina, ácido pantoténico, carnitina, inositol, bipterinas, colinas pues se sabe que estos con frecuencia están desbalanceados tanto en personas seropositivas como en enfermos de SIDA (Beach y Laura 1983; Chelluri y Jastremski 1989; Chlebowoski 1985; Coodley 1990; Gray 1983; Jain y Chandra 1984; Keusch y Farthing 1990; Keusch y Thea 1993; Kotler 1985; Abrams et al 1993; Baum et al. 1995; Beach et al 1992; Melchior et al. 1993; Periquet et

ser "VIH-positivo" o seropositivo en realidad significa estar intoxicado u oxidado (Giraldo 2002c).

- Esas creencias equivocadas deterioran de por sí al sistema inmunológico y contribuyen a la génesis de la seropositividad y del SIDA como lo indica la psiconeuroinmunología (Graser y Kiecolt-Glaser 1994; Kiecolt-Glaser y Graser 1998; Kemeny 1994; Perry 1995; Cole y Kemeny 2001; Adder et al. 2001).

- Debe comprenderse detalladamente cómo las exposiciones involuntarias y algunas veces voluntarias, conscientes o inconscientes, múltiples, repetidas y crónicas a los agentes estresantes inmunológicos de origen químico, físico, biológico, nutricional y mental; intoxican, oxidan, acidifican y deterioran progresivamente al sistema inmunológico hasta colapsarlo, generando así la seropositividad y a veces el SIDA (Giraldo 2009a).

6.4.2. Diagnosticar con bases clínicas y de laboratorio.

a) Deterioro global o sistémico. Mantener en mente que las exposiciones involuntarias o voluntarias, conscientes o inconscientes, múltiples, repetidas y crónicas a agentes estresantes no sólo intoxican y deterioran progresivamente al sistema inmunológico sino también a los demás órganos y sistemas corporales (Giraldo 2002a).

b) Cada persona es única. Además, la exposición a estos agentes tóxicos no afecta en igual forma a todas las personas, de tal suerte que similares situaciones de estrés pueden producir diferentes patrones de enfermedad. No existen enfermedades específicas, solo pacientes concretos. No existen dos personas iguales y por ello no pueden haber dos seropositivos ni dos enfermos con SIDA iguales (Giraldo 2002a; Ródenas 2000c; Embid 1992a; Null 2002; Goldberg 1994a; Abrams 1999; Badgley 1990; Byrnes 2001; Reillo 1997).

c) Pruebas de laboratorio convencionales. En consecuencia y siempre que fuese posible, el estado completo de salud del individuo o la comunidad debe evaluarse cuidadosamente utilizando para ello técnicas clínicas y pruebas de laboratorio convencionales para determinar el estado de la sangre, suero, plasma, orina, materias fecales y otros líquidos corporales.

d) Pruebas de diagnóstico alternativas. Pueden utilizarse además las pruebas de diagnóstico alternativas y complementarias disponibles tales como los pulsos de la medicina oriental, iridología, kinesiología, bioelectrónica, radionica, radiestecia, fotografía Kirlian, examen de sangre viva con microscopio de campo oscuro y otras pruebas similares (Embid 1992a; Null

a) Estresantes de origen químico. Tales como tabaco, alcohol, drogas psicoactivas y afrodisíacos (cocaína, heroína, crack, nitratos inhalables o "poppers", anfetaminas, etc.), polución química, lubricantes, detergentes, pinturas, aerosoles, pesticidas, preservativos de alimentos (sal de nitró), fármacos tóxicos incluyendo a antibióticos, corticosteroides, quimioterápicos y antiretrovirales (Giraldo 1997f, 2000b, 2002a,b; Duesberg 1992a; Duesberg y Rasnick 1997, 1998; Lauritsen 1990, 1993; Al-Bayati 2000; Embid 1997).

b) Estresantes de origen físico. Tales como radiaciones ionizantes y no ionizantes, campos electromagnéticos originados en instrumentos eléctricos y electrónicos, geopatías y cosmopatías (Giraldo 1997f, 2000b, 2002a,b).

c) Estresantes de origen biológico. Tales como sangre y derivados, semen, especialmente por vía rectal, todas las vacunas, infecciones de transmisión sexual, otras infecciones y parasitosis (Giraldo 1997f, 2000b, 2002a,b). Evitar el sobrecrecimiento de *Candida albicans* en el tracto gastrointestinal y su diseminación a otros sitios (Byrnes 1999, 2001; Chaitow 1998). En lugares subdesarrollados es necesario garantizar agua potable, así como una buena disposición de excretas y basuras para evitar nuevas infecciones y parasitosis (Giraldo 2002b).

d) Estresantes de origen nutricional. Tales como la falta de alimentación en países subdesarrollados y el exceso de comida "basura o chatarra" en países desarrollados (Giraldo 2000b, 2002a). Nada nos pone más en contacto con el medio ambiente como los alimentos que ingerimos. En consecuencia, es necesario tener una alimentación lo más natural posible eliminando tabaco, alcohol, café, té, chocolate, colas, gaseosas o sodas, alimentos procesados, enlatados, que contengan conservantes y productos refinados como azúcar y harina blancas y edulcorantes con aspartame. Reducir el consumo de proteína y grasa animal, incluidos los lácteos, así como el consumo de azúcares y dulces. De otro lado, en lugares subdesarrollados es un requisito absoluto y prioritario resolver la carencia de alimentos (Giraldo 2000b, 2002a).

e) Estresantes de origen mental. Tales como ansiedad, fobias, temores, depresión, pánico, autodestructividad, pero sobretudo la megalomanía y la soberbia (Giraldo 2000b, 2002a).

Es absolutamente necesario erradicar toda duda acerca de lo que realmente es la seropositividad y el SIDA y su tratamiento y prevención en el individuo, su familia y en la comunidad, puesto que las dudas son inmunotóxicas potentes (Kiecolt-Glaser y Glaser 1988; Kemeny 1994; Perry 1995; Cole y Kemeny 2001; Adder et al 2001; Friedman et al. 1995a; Kemeny et al. 1992).

al. 1995; Moseson et al. 1989; Skurnick et al. 1996; Tang et al. 1993, 1996; Bogden et al. 1990; Coodley et al. 1993a).

g) Nivel de antioxidantes sanguíneos. Evaluar los marcadores del estado de antioxidación con exámenes tales como dosificación de vitamina C, vitamina A, retinol, carotenos totales, alfacaroteno, betacaroteno, licopeno, luteína/zeaxantina, betacriptoxantina, flavonoides, vitamina E, alfatocopherol, gamatocopherol, cobre, ceruloplasmina, zinc, selenio, cromo, magnesio, manganeso, glutatión, glutatión peroxidasa, N-acetilcisteína y tiol sistémico (Capítulo 4º de este libro; Kehrer 1993; Reid 1998; Slater 1993; Frei 1994).

h) Pruebas para medir estado de oxidación. También es conveniente evaluar los marcadores del estado de oxidación con exámenes tales como el biomarcador de la oxidación de bases del ADN (8-hidroxy-2-deoxiguanosina) y biomarcadores de la peroxidación de grasas tales como malondialdehído, hidroperóxidos grasos, proteínas oxidadas, prueba del salicilato, glutatión reducido, catalasas y superoxidodismutasa (Slater 1993; Simic 1994; Jovanovic 1998; Armstrong 2002). Este tipo de pruebas solamente son hechas en laboratorios muy especializados, generalmente de hospitales universitarios.

i) "La prueba del SIDA". Las pruebas de ELISA, Western blot y Carga viral consideradas erróneamente como indicadoras de "infección VIH" (ver capítulo 2 de este libro), deben en realidad interpretarse como biomarcadores indirectos del estado de estrés oxidativo e intoxicación del individuo o la comunidad (Giraldo 1998/1999, 2000a, 2002c, 2009a). En tal sentido, el fenómeno conocido como "VIH" antes que ser causa es un efecto de las exposiciones a agentes estresantes y puede indicar presencia de proteínas liberadas y acumuladas durante las respuestas al estrés (Giraldo 1998/1999; Wing 1995; Barbacid et al 1989; Snyder y Fleissner 1980; Koval 1997; Latchman 1999; Morimoto et al 1990; Schlesinger et al. 1990; Van eden y Yung 1996).

Por lo tanto debe entenderse con detalles cómo las denominadas "pruebas para VIH" no detectan infección con el "VIH" puesto que no existe ninguna evidencia científica de que el fenómeno conocido como "VIH" sea realmente un virus, como expliqué en detalle en el capítulo 2 de este libro.

6.4.3. Evitar más exposición a agentes estresantes u oxidantes.

Debe evitarse mayor intoxicación de órganos y tejidos impidiendo al máximo posible la exposición a agentes estresantes inmunológicos (Giraldo 2003a, b, 2009a), principalmente los relacionados en los puntos siguientes:

Debe comprenderse cómo desde el punto de vista científico trológico, es posible curar y prevenir el SIDA, así como cualquiera otra de las denominadas "enfermedades incurables", siempre y cuando la persona acepte su propia psicopatología (Pacheco 2001, 2007, 2009, 2010).

f) Hábitos de vida. La salud y la enfermedad están relacionados con nuestros hábitos diarios y con la actitud ante la vida (Giraldo 2000b, 2002a, 1998b; Ródenas 2000a,b; Rogers 1994; 1992; Lockie y Geddes 1996; Landaburu 2001). Es necesario adoptar una actitud positiva y crítica-constructiva, de tal manera que los "individuos seropositivos" se conviertan en "individuos seriopositivos". Potenciar una actitud combativa como factor de supervivencia y curación.

Mantener una vida activa conservando el trabajo, descansar y dormir suficientemente, practicar ejercicio físico moderado y dejar un tiempo para el ocio y la diversión. Escuchar música que alegre el espíritu, bailar, cantar, pintar, reír. Preferible usar ropas de algodón y de colores claros. Realizar cepillado en seco y ducha con agua fría al final del baño, así como ejercicios respiratorios, de relajación, meditación y visualización. Tener una actividad sexual regular eliminando afrodisíacos, lubricantes y espermicidas tóxicos y prácticas sadomasoquistas.

Apertura a la vida interior y al crecimiento personal protegiendo la naturaleza y ayudando a otras personas "seropositivas", a otros enfermos con SIDA, a nuestros semejantes y a todos los seres del universo.

6.4.4. Tratar las manifestaciones clínicas del SIDA.

a) Tratamientos convencionales. Debe utilizarse el tratamiento específico convencional (Man et al. 1996; Barlett y Finkbeiner 1996; Dolin et al. 1999; Powerly 2001; Crowes et al. 2002) y complementario o alternativo (Embid 1992a; Goldberg 1994a; Chaitow 1999; Ródenas 2000c; Byrnes 2001; Null 2002) para las infecciones oportunistas (candidiasis, histoplasmosis, coccidioidomicosis, criptococosis, criptosporidiosis, diferentes tipos de infecciones herpéticas, infección citomegálica, isosporiosis, tuberculosis, nocardiosis, neumonía por *Pneumocystis carinii*, neumonía bacteriana recurrente, septicemia por salmonella, estromboloidiasis, toxoplasmosis; para los tumores (sarcoma de Kaposi, linfoma cerebral, linfoma de células B, linfoma de Burkitt, cáncer cervical invasivo) y para las múltiples alteraciones metabólicas (demencia/encefalopatía, leucoencefalopatía multifocal progresiva, caída del cabello, pérdida de peso, diarrea crónica, síndrome caquectizante) y las demás manifestaciones clínicas que resulten del deterioro respectivo de los mecanismos de defensa, de vigilancia y de homeostasis del sistema inmunológico.

b) Tratamiento en hospitales convencionales. Debido a la terrible y fuerte censura de la industria médico-hospitalaria, se entenderá que la llamada "disidencia del SIDA" no posea centros de tratamiento ni hospitales.

De tal forma que es menester recordar que los infectólogos, los oncólogos y los médicos clínicos convencionales son excelentes y los mejores para tratar las manifestaciones graves del SIDA, si estas se presentasen.

Es un absurdo intentar convertir a estos médicos a nuestros puntos de vista, e intentarlo solamente crearía descontento y animadversión por parte del personal médico y paramédico ortodoxo y eso podría obstaculizar el éxito del tratamiento.

c) Intoxicación y oxidación. También deben corregirse las manifestaciones de intoxicación, oxidación y de deterioro de otros órganos y sistemas. Ver adelante: "Estimulando nuestra Farmacia Interior".

d) Alteraciones nutricionales. El éxito en la prevención de enfermedades del individuo seropositivo y del tratamiento de pacientes con SIDA depende en gran medida de que se garantice un estado macro y micronutricional óptimos (Fenton y Silverman 2000; Mahan y Escott-Stump 2000; Romeyn 1995; Bahl y Hickson 1995; Watson 2001; Beisel 2000; Gerrior y Wanke 2001; Zhang et al. 1997; Bendich 1994; Garewal 1997; McNeil 2004).

6.4.5. Preferir medidas naturales.

- Tratamiento en equipo. Es ideal que además de los profesionales convencionales se consulte a terapeutas complementarios, alternativos u holísticos, puesto que estos utilizan técnicas terapéuticas de reconocida efectividad para el tratamiento y la prevención de enfermedades degenerativas tóxicas, nutricionales y emocionales como el SIDA (Brighthouse 1988; Callen 1990; Chaitow 1998, 1999; Hass 1996; Hass y Novey 2000; Goldberg 1994a,b; Schultz et al. 1998; Yuan-Kun et al. 1999; Cao 1997; Reid 1995; Hallowell 1994; Batmanghelid 1997; Mahe 2001; Embid 1986, 1991).

6.4.6. Hacerlo en el momento apropiado.

a) Efectividad del tratamiento. El tratamiento y la prevención del SIDA como síndrome tóxico, nutricional y sobretodo emocional, solamente podrá ser efectivo si:

Primero, el individuo o la comunidad no tienen la menor duda de que lo que se hace es lo correcto, pues entienden con lujo de detalles que el SIDA es un síndrome degenerativo tóxico, nutricional y emocional, causado por exposiciones involuntarias y algunas veces voluntarias, conscientes o

inconscientes, múltiples, repetidas y crónicas a agentes estresantes inmunológicos, los cuales inducen un estado de intoxicación y oxidación del sistema inmune y de los demás sistemas corporales. Es ideal que los familiares y amigos cercanos también lo entiendan así, y

Segundo, que el tratamiento y la prevención sean dirigidos por profesionales de la salud o terapeutas que también compartan enteramente que el SIDA es un síndrome tóxico, nutricional y emocional prevenible, curable y erradicable y que estén decididos y puedan hacerlo. Preferir terapeutas que tengan una visión amplia, global e integral de la medicina convencional y de las medicinas alternativas o complementarias.

b) Enfrentamientos con médicos y personal paramédico. Es frecuente que se presenten discusiones entre las personas "seropositivas" y las enfermas, con los profesionales de la salud o con los terapeutas ortodoxos que consideran que el SIDA es una enfermedad causada por un virus denominado "VIH". Deben evitarse las confrontaciones radicales con ese personal, que traigan mayor ansiedad y depresión a las personas "seropositivas" y a los enfermos; pues esas confrontaciones crean un ambiente en el interior de la persona a ser tratado de angustias, miedos y rabias inmunosupresoras (Kiecolt-Glaser y Glaser 1998; Kemeny 1994; Perry 1995; Cole y Kemeny 2001; Adder et al. 2001; Friedman et al. 1995a; Kemeny et al. 1992).

c) Consentimiento informado. Las constituciones de cada país, generalmente tienen leyes y reglamento de los derechos y obligaciones de los pacientes y de sus profesionales o terapeutas tratantes (Silverman 1998; O'Mara 1998; Gostin y Lazzarini 1997). Deben estudiarse con cuidado.

d) Suspensión de terapias convencionales. Si un enfermo de SIDA o una persona que reacciona positivamente en las mal llamadas "pruebas para VIH" después de conocer toda la información disponible (Silverman 1998; O'Mara 1998; Gostin y Lazzarini 1997), decide cambiar los llamados antiretrovirales por una terapia alternativa y no tóxica, esto debe hacerse en forma gradual y progresiva, pues los inhibidores de proteasa que forman parte de los "cócteles" tienen algunas acciones benéficas incluso antioxidantes como veremos mas adelante (Tang et al 2000) y el suspenderlos en forma abrupta podría crear situaciones delicadas de estrés oxidativo e inmunosupresión.

6.4.7. Desintoxicar, estimular y regenerar el sistema inmunológico y otros que estuviesen intoxicados y debilitados.

6.4.7.1. La medicina del alma: La farmacia interior y el médico interior.

La verdadera medicina es la Medicina Psicosomática Integral o Medicina del Alma, la cual puede usar, como una de sus armas, terapias naturales, para ayudar a estimular el funcionamiento de la farmacia interior y del médico interior (Pacheco 2009; Giraldo 2009c).

La Farmacia Interior podría definirse como el conjunto de reacciones bioquímicas y fisiológicas de todos nuestros órganos, pero que teniendo en cuenta la unidad inseparable entre el cuerpo, la mente y el alma. La Farmacia Interior cumple su función o no, dependiendo lógicamente del estado de intoxicación, de oxidación de nuestros órganos, pero más aún de nuestro equilibrio o desequilibrio emocional y espiritual.

El Médico Interior podría definirse como el estado de equilibrio emocional y espiritual y su funcionamiento depende de la aceptación de nuestra esencia humana y de nuestra conexión con la energía Divina, con la trascendencia.

Muchos terapeutas naturales también están invertidos puesto que piensan, y hacen creer, que sus terapias curan las enfermedades. Estos en lugar de ayudar empeoran la salud de la persona que continúa invertida y no logra despertar su farmacia interior ni su médico interior. Esta es la razón para el fracaso de muchos "terapeutas naturales". Muchos de ellos están tan invertidos como los médicos alópatas.

6.4.7.2. Estimulando la farmacia interior (Terapias naturales).

Además del sistema inmunológico deben desintoxicarse, estimularse y tratar de regenerar los sistemas de excreción: digestivo, hepático, renal, respiratorio y cutáneo y todos los demás que manifiesten signos de intoxicación (Hass 1996; Hass y Novey 2000; Goldberg 1994a,b).

Debe iniciarse éste proceso lo antes posible ésto puede durar meses, años, o toda la vida, dependiendo de las condiciones específicas de cada persona o comunidad.

a) Terapistas Naturales. Debido a que el SIDA es una enfermedad tóxica nutricional, pero sobretodo emocional y a que la medicina convencional o alópata no conoce bien la forma de desintoxicar y estimular en forma no

tóxica, a los diferentes órganos y sistemas corporales que se encuentran crónicamente intoxicados, es ideal que además de los profesionales de la salud convencionales, se consulte a terapeutas complementarios, alternativos u holísticos, puesto que éstos utilizan técnicas terapéuticas que involucren el cuerpo, la mente y el espíritu (Medicina Psicosomática Integral) (Giraldo 2009c), de reconocida efectividad para el tratamiento y la prevención de enfermedades degenerativas tóxicas, nutricionales y emocionales como el SIDA (Giraldo 2003a,b; Giraldo et al. 2003; Goldberg 1994a,b; Bontempo 2004; Lezaeta-Acharán 2003; Nascimento-Spethmann 2004; Rey 1989; Teasdale 1988; Olszewer y Jadin 2007) 277.

b) Terapias Naturales. Diferentes técnicas nutricionales, energéticas, magnéticas, físicas, mentales y espirituales han demostrado y continúan mostrando efectividad tanto en la desintoxicación como en la estimulación y regeneración del sistema inmune y otros sistemas de las personas "VIH positivas" y de los enfermos con SIDA (Giraldo 2003a,b; Giraldo et al. 2003; Goldberg 1994a,b; Bontempo 2004; Lezaeta-Acharán 2003; Nascimento-Spethmann 2004; Rey 1989; Teasdale 1988; Olszewer y Jadin 2007).

Algunas de ellas son terapia nutricional y antioxidante, medicina orto molecular, enzimoterapia, desintoxicación y ayuno, terapias con agentes queles, homeopatía, ayurveda, aromaterapia, flores de Bach, talasoterapia (agua de mar), hidroterapia y crenoterapia, hipertermia, oxigenoterapia biocatalítica, ozonoterapia, fototerapia, masajeterapia, sofrología y reflexología, drenaje linfático, ejercicio y relajamiento neuromuscular, quiropraxis y osteopatía, magnetoterapia, medicina china, acupuntura y dígito presión, t' ai-chi-chuan, qigong o chi kung, tuina o masaje chino, reiki, biorresonancia, visualización, yoga, meditación y respiración consciente, hipnosis, cromo y colorterapia, arteterapias (danza, música, pintura, teatro etc), terapias espirituales (Giraldo 2003a,b; Giraldo et al. 2003; Goldberg 1994a,b; Bontempo 2004; Lezaeta-Acharán 2003; Nascimento-Spethmann 2004; Rey 1989; Teasdale 1988; Olszewer y Jadin 2007).

Al igual que como sucede con la medicina convencional, la efectividad de cada una de estas técnicas terapéuticas "naturales" depende en gran medida del conocimiento y experiencia de quien las aplique y de la aceptación por parte de quien las recibe. La mayor efectividad se logra al aplicar a una persona al mismo tiempo, varias de estas terapias. Pero todas ellas solo ofrecen una mejoría transitoria a no ser que la persona -

ella misma - modifique humildemente sus emociones, pensamientos y actitudes negativas.

Sin embargo, es importante recordar siempre que el verdadero valor de las terapias naturales es que ellas pueden estimular nuestro médico y nuestra farmacia interior. Todas estas terapias naturales tienen el peligro de alimentar la idea del seropositivo o del enfermo con SIDA, de esperar que la solución a sus problemas venga de afuera, que esta o aquella terapia lo va a curar y que su participación activa no es necesaria.

c) Plantas Desintoxicantes. Veamos algunas plantas útiles en la desintoxicación: Es conveniente usar plantas diuréticas como la cola de caballo (*Equisetum arvense*) y plantas protectoras hepáticas como el cardo mariano (*Silybum marianum*), el boldo (*Pneumum boldus*), la fumaria (*Fumaria officinalis*), el desmodio africano (*Desmodium ascendens*), el astragalus chino (*Astragalus membranaceus*), la Ling Zhi o Reishi china (*Ganoderma lucidum*). El ponche de sábila (*Aloe vera*) se usa tanto para desintoxicar como para estimular. Forma de tomarse: se licuan 2 onzas de cristal o jugo de peca sábila, 2 cucharadas de miel de abejas, 4 granos de pimienta negra, un trocito pequeño de jengibre y el jugo de un limón. Se toma acabado de hacer, todos los días, por 30 a 60 días. Una buena higiene intestinal es crucial en la desintoxicación y puede lograrse en parte con lavativas de manzanilla seguida por lavativas de aceites de girasol y de lino y con aporte suplementario de lactobacilos (Ródenas 2000a-c; Rogers 1994; Caudill-Slosberg y Friedman 1992; Lockie y Geddes 1996; Landaburu 2001; Hallowell 1994; Chaitow 1999).

d) Antioxidantes comerciales. Deben garantizarse niveles óptimos de antioxidantes (Turner 1990; Adam 1995; Fawzi y Hunter 1998; Zhang et al. 1997; Bendich 1988,1994) por ejemplo con el uso de vitamina A y carotenoides (Ward et al. 1993; Semba 1997a,b,2006; Coodley 1991; Coodley et al. 1993b,1996), vitamina E (preferiblemente Ed) (Tang et al. 1997a; Wang et al. 1994,1995), vitamina C (Cathart 1984; Harakeh et al. 1990,1994), selenio (Dworkin et al. 1986; Dworkin 1994; Cirelli et al. 1991; Schrauzer y Sacher 1994), n-acetil cisteína (Simon et al. 1994; Staal et al. 1989; Buhl et al. 1989; Dorge et al. 1992; Passi et al. 1993; Quey et al. 1992; Kalevic et al. 1991), l-glutamina (Byrnes 2001), zinc (Fabris et al. 1988; Walter et al. 1990; Falutz et al. 1988; Graham et al. 1991), cobre (Graham et al. 1991), manganeso (Zhang et al. 1997), ácido alfaipoico (Zhang et al. 1997), ubiquinona o coenzima Q10 (Zhang et al. 1997) y flavonoides o vitamina P (Zhang et al. 1997); evitando sobreparar los

niveles sanguíneos normales y recordando el potencial tóxico de metales y vitaminas liposolubles.

Mantener siempre en mente que el tener niveles normales de vitamina A y otros carotenoides evita lo que erróneamente se conoce como "transmisión del VIH/SIDA" de persona a persona (McDonald et al. 2001; Mehendale et al. 2001; Moore et al. 1993), de la madre al feto durante el embarazo y el parto (Greenberg et al. 1997; Semba et al. 1994b, 1995a, 1997; Fawzi et al. 1998, 2000; Phuapradit et al. 1996; Coutosidis et al. 1997, 1999; Man et al. 1996; Jhon et al. 1997; Mostand et al. 1997) o durante la lactación materna (Nduati et al. 1995). Recordar también el potencial teratogénico de la vitamina A, betacaroteno y otros carotenoides (Rothman et al. 1995).

e) Estimulantes inmunológicos comerciales. Algunas interleukinas como la IL2, factores de crecimiento, vitaminas del complejo B, vitamina D y litio tienen utilidad por sus efectos estimulantes y regeneradores del sistema inmunológico y de otros sistemas (Boumpas et al. 2001; Byrn y Roberts 1996; Moore 2001; Ehrenpreis et al. 1994; Tang et al. 1997b; Baum et al. 1991; Haug et al. 1994; Lieb 1987; Shenkman et al. 1980).

f) Plantas inmunoestimulantes. Algunas plantas inmunoestimulantes y/o antioxidantes son: peca sábila (*Aloe vera*), astrágalus (*Astragalus membranaceus*), eleuterio o ginsen (*Eleutherococcus senticosus*), Fofiti (*Polygonum multiflorum*), cúrcuma (*Curcuma longa*), equinácea (*Echinacea angustifolia* y *E. purpurea*), ajo (*Allium sativum*), regaliz (*Glycyrrhiza glabra*), hidratis o selo de oro (*Hydrastis Canadensis*), uña de gato (*Uncaria tomentosa*), ginkgo (*Ginkgo biloba*), semillas de toronja (*Vitis vinifera*), zarzaparrilla (*Smilax officinalis* y *S. aspera*). Tranquilizantes y relajantes naturales: pasiflora (*Passiflora incarnata*), valeriana (*Valeriana officinalis*), manzanilla (*Matricaria chamomilla*), hierbabuena (*Menta sativa*), lavanda (*Lavanda officinalis*), eleuterococo o ginsén de Siberia (*Eleutherococcus senticosus*) (Hallowell 1994; Tyler y Robbers 1999; Atkins 1999; Fishman 1994; Greenspan 1993; Greenspan y Arouma 1994a,b; Embid 1993, 1994a-e).

g) Terapia Nutricional. Deben corregirse con meticulosidad las anomalías de macronutrientes y micronutrientes (Fenton y Silverman 2000; Romeyn 1995; Hickson 1995; Passi y de Luca 1998-1999; Ferguson y Griffin 2000; Labe 1993; Beisel 1982, 1991; Chandra 1990; Embid 1994a, b, 1995).

h) Alimentación antioxidante, estimulante y regeneradora: Se sugiere una dieta un poco vegetariana o semivegetariana con abundantes frutas

principalmente papaya, mango, kiwi, piña, aguacate, bananas, frutas secas; verduras, cereales, legumbres y algas. Pocos productos animales. Preferir el pescado blanco con grasa y la carne de cordero y cabra. Preferible usar sal marina. Usar 60 a 80% de alimentos crudos con productos biológicos u orgánicos, frescos e integrales. Siempre que sea posible usar abundante ajo, cebolla, espárragos, cítricos, remolacha roja, col, repollo, brócoli, coliflor, repollitas de Bruselas, zanahoria, levadura de cerveza, germen de trigo, polen, leguminosas y cereales germinados. Usar aceites prensados al frío (por debajo de los 40 grados C), pues así conservan ácidos grasos poliinsaturados y esenciales, necesarios en la regeneración de tejidos y en procesos antiinflamatorios, de antioxidación e inmunoestimulantes. Los aceites de cárcamo, girasol y oliva, en su orden, son buena fuente de vitamina F o ácido linoleico. El aceite de lino es fuente de ácido alfa linoleico (Ródenas 2000a-c; Rogers 1994; Caudill-Slosberg y Friedman 1992; Lockie y Geddes 1996; Landabaru 2001).

Se sugiere limpieza orgánica por ejemplo con dieta depurativa, sin productos animales ni margarinas y con frutas y verduras biológicas u orgánicas. La dieta depurativa de la Dra. Kousmine es una buena opción (Kousmine 1989).

Se sugiere consumir cereales completos o integrales cocidos o crudos, enteros, aplastados o molidos (arroz, cebada mondada o perlada, trigo sarraceno, Avena). Reducir el consumo de azúcares y dulces. Incrementar el consumo de frutas frescas y secas, verduras y legumbres crudas, orgánicas o biológicas y de la estación. Consumo abundante de líquidos: agua (al menos un litro y medio por día), zumos o jugos de frutas y verduras principalmente de zanahoria, caldos vegetales, y zumos verdes como fuente de clorofila (por ejemplo, licuar en agua: lechugas, espinacas, apio, hierbabuena, perejil, cilantro, y similares y tomar sin colar). Evitar productos lácteos, usando como alternativa leche de almendras, de nueces, de avellanas, de avena, de arroz. Evitar el uso de soja transgénica muy común en los Estados Unidos, Canadá y Argentina.

Es aconsejable el ayuno desintoxicante supervisado (Buchinger 2000). Es muy conveniente también, tomar alimentos bifidogénicos, por ejemplo yogur y kumis hechos con leche de ovejas o cabras, tofu y miso (Embid 1994a,b). El aceite de coco que es fuente de ácido láurico y caprílico tiene efectos anti cándida (Byrnes 2001).

i) Alimentación alcalinizante.

- Evitar – racionalmente – alimentos acidificantes tales como: café, azúcar, sodas, refrigerantes o gaseosas, bebidas alcohólicas, leche de soya, aceite

de soya, semillas de soya, quesos, salsa de tomate, mostaza, carne de buey y puerco, harina de trigo, pan blanco e integral, lasaña, piza, pastas, maní, maíz, avena, aspartame, vinos (blanco y tinto), mariscos y sal iodada.

- Preferir – racionalmente – alimentos alcalinos tales como sal de mar, limón, limas, ajo, orégano, romero, avellanas, almendras, nueces del Brasil, lentejas, accitunas verdes, calabaza, rabanos, brocoli, repollo, melón (anaranjado), manzanas, papaya, kiwi, duraznos, ciruelas, te verde y algas marinas.

El limón por su contenido de ácido cítrico, una vez en el cuerpo se transforma en citrato de sodio que es un excelente alcalinizante.

El bicarbonato de sodio de reconocido valor antitumoral (www.cancerfungus.com y www.curenaturalicancro.com), es un extraordinario alcalinizante y puede tomarse por ejemplo, una cucharadita de café una hora después de cada comida y antes de dormir.

Acá es importante recordar que el ser humano no es lo que come como afirman muchos nutricionistas contemporáneos, ni tampoco es lo que piensa como dicen algunos filósofos. El ser humano es lo que él hace y será recordado bien o mal, según sea su obra en esta vida.

6.4.7.3. Estimulando el médico interior (Las emociones positivas).

Mejorías verdaderas, no transitorias, se pueden lograr y lo estamos logrando en muchos países, sin los efectos tóxicos de los antirretrovirales, siguiendo los 10 pasos del esquema de tratamiento arriba propuesto.

a) Programa mental. El control y la erradicación del SIDA son por lo tanto fácilmente posibles y ello depende del que se acepte los errores emocionales (la psicopatología) y se borre por completo el programa de muerte de la mente de las personas, se eviten las exposiciones a agentes estresantes inmunológicos, se desintoxique al individuo y se estimulen los órganos y sistemas debilitados. Sin embargo, debo insistir que mientras la persona no acepte con humildad sus propios errores psíquicos o mentales, no es posible ni prevenir ni curar el SIDA, ni ninguna otra enfermedad.

Debe erradicarse el mito de que ser “VH-positivo” indica estar infectado con el virus que supuestamente causa el SIDA, puesto que ser “VH-positivo” o seropositivo en realidad indirectamente significa estar intoxicado u oxidado como lo he explicado en los capítulos anteriores. La simple creencia o temor - programa mental - de estar infectado con “el

virus del SIDA” es terriblemente tóxica para el sistema inmune y se ha convertido en una nueva causa del SIDA (Irwin 2002).

- b) Miedo. Controlar el miedo es el primer requisito para lograr éxito en el tratamiento y la prevención del SIDA: es absolutamente necesario borrar completamente de la mente el programa oficial de que:

“VH = SIDA = Muerte”

- c) Hacer el bien a nosotros mismos, a nuestros semejantes y a todos los seres del universo.

También es importante recordar que la más efectiva y barata terapia natural es “*la práctica de la acción buena del acto puro*” (Keppe 1995; 2004b).

La aceptación de nuestro trabajo como algo bueno es un camino certero para la sanidad, es una forma de aceptar el paraíso en el que fuimos creados, es aceptar el bien, lo bueno y lo verdadero, es aceptar nuestra naturaleza espiritual eterna, es un camino para prepararnos para la vida eterna cerca del Creador, Dios.

Debemos siempre mantener en mente que, “*Toda verdadera acción es un acto de contemplación*”, “*Contemplación y acción son dos nombres para la misma actitud*”, “*la verdadera vida social está muy cerca de la Divina*”, “*toda verdadera acción humana es una santificación*”, “*los males que sufrimos provienen de nuestra actitud de negar, omitir o distorsionar la realidad*”, “*el acto puro es el que determina la verdadera existencia del ser*”, “*existe el acto puro (trascendental) y el rechazarlo causa la enfermedad*”, “*la acción pura es la base de todo el bien en la vida del ser humano*”, “*el acto (acción pura) constituye la fuente de todo conocimiento, salud y realización*”, “*la salud viene de la acción, en cambio la enfermedad viene de la impotencia*”, “*por la acción pura el ser humano entra en sintonía con el ser Divino*” (Keppe 2004b).

Similarmente, es equivocado pensar que hay que dejar de trabajar para poder mejorar y es así como muchos enfermos piensan regresar al trabajo solo después de mejorar. La verdad es que hay que trabajar para poder mejorar. El trabajo, cuando se hace con amor, cuando se es feliz en él, es una de las mejores terapias naturales, es una forma excelente para estimular nuestra farmacia interior y nuestro médico interior.

6.5. Peligro de algunas organizaciones que "apoyan" a los seropositivos.

Algunas organizaciones no gubernamentales (ONG) de los seropositivos disidentes, crean un ambiente para la enfermedad y no para la salud.

Algunos de sus miembros, se fanatizan tanto, que estudian día y noche los argumentos de la disidencia del SIDA, estudian y practican toda clase de terapias naturales, piensan más en enfermedad que en salud. Actúan en forma similar a las equivocadas organizaciones ortodoxas alópatas de alcohólicos anónimos, de viciados anónimos, de diabéticos, de hemofílicos, de párkinson, de lúpulos, de esclerosis múltiple, del "VIH"; donde se le hace culto al miedo y a la enfermedad y no a la salud. Los seropositivos deben utilizar sus organizaciones para entender su proceso, aceptarlo y rápidamente dedicarse a practicar la salud y a diseminarla entre sus semejantes.

6.6. ¿Usar o no usar antirretrovirales (ARVs)?

Medicamentos tales como el AZT, inhibidores de proteasa y otros antirretrovirales similares, deben eliminarse del tratamiento y de la prevención del SIDA, debido a que son agentes inmunotóxicos que contribuyen a generar el síndrome (Rasnick 1996; Chiu y Duesberg 1995; Duesberg 1992a, b, 1996; Lauritsen 1990, 1993; Duesberg y Rasnick 1997, 1998; Duesberg et al. 2003). Tampoco tiene sentido utilizar medicamentos para impedir la replicación del "VIH", puesto que nunca se ha demostrado científicamente que éste tenga algún papel causal en la patogénesis del SIDA. Además, es absurdo tratar de destruir a un virus cuya existencia jamás se ha demostrado.

Antes de 1996, todo aquel que recibió antirretrovirales está muerto! Esto lo aceptan los mismos defensores del VIH y así lo han manifestado en reuniones internacionales con nosotros.

Después de 1996, las personas que toman los "cócteles", que incluyen ya no solo al AZT y sus tóxicos derivados sino a inhibidores de proteasa, ya no se mueren tan rápido (al menos muchos de ellos) y pueden tener una mejoría clínica y de laboratorio transitoria que puede durar, días, semanas, meses y aún años, según la fortaleza o constitución de la persona. Esta "mejoría" se debe a las siguientes razones:

a) Efecto placebo. Desde la Conferencia Internacional de Vancouver en 1996 y en forma cotidiana se hace gran propaganda a los "cócteles" y esto tiene un efecto positivo en la mente de quien los toma. En la década

de los años 50 en los EEUU, por ejemplo, hicieron una investigación con mujeres con vómitos severos del embarazo (hiperémesis gravídica), les dijeron que habían encontrado la fórmula salvadora, les prescribieron el medicamento "salvador" y más del 90% dejaron de vomitar. Lo que les dieron fue un medicamento que hacía vomitar (un vomitivo). Este es el poder positivo de la mente. Hay cientos de experiencias similares (Martinez 2007);

b) Efecto antibiótico. Los inhibidores de proteasas, destruyen las proteasas de virus verdaderos, de bacterias, de hongos y de parásitos y si la persona ha generado infecciones oportunistas, pues mejoran transitoriamente;

c) Efecto antitumoral. Los inhibidores de proteasa tienen efectos antitumorales y si la persona tiene algún tumor, puede mejorar también;

d) Efecto antioxidante. Los inhibidores de proteasas tienen un efecto antioxidante (Tang et al. 2000), también transitorio, y como todo seropositivo o enfermo con SIDA, está oxidado - exceso de radicales libres - (Papadopoulos-Eleopoulos 1988, 1998/1999; Giraldo y de Harven 2006; Fuchs et al. 1991; Papadopoulos-Eleopoulos et al. 1992; Baruchel y Wainberg 1992; Greenspan 1993; Favier 1994; Favier et al. 1994; Shallenberger 1998; capítulo 5 de este libro), pues mejoran transitoriamente, puede disminuir la llamada "Carga Viral" que no es otra cosa que carga de intoxicación o de oxidación.

Pero tarde o temprano todo aquel que tome esos "cócteles" termina en el cementerio.

Puesto que todas las células humanas tienen proteasas, el tomar sus inhibidores las inhibe y de ahí su alta toxicidad sobre todos los órganos y sistemas corporales (Rasnick 1996; Chiu y Duesberg 1995; Duesberg 1992a, b, 1996; Lauritsen 1990, 1993).

En algunas pocas oportunidades y primeramente para evitar conflictos con los infectólogos y oncólogos ortodoxos que estén tratando a algún paciente por alguna enfermedad oportunista grave, o por algún tumor, es preferible aceptar transitoriamente el uso de ARVs, mientras dure la hospitalización. Esto se entiende solamente si se acepta que los conflictos emocionales son mucho más tóxicos para el sistema inmunológico del paciente que el uso de antirretrovirales u otros medicamentos tóxicos. Si esto se hace, el paciente no debe tener ningún miedo y aceptar el poder curativo de la mente (médico interior). He sido testigo de algunos pocos pacientes que tomaron ARVs mientras estaban hospitalizados y los suspendieron gradualmente después de salir del hospital curados o mucho mejor de alguna infección o tumor oportunista grave.

6.7. El poder y la capacidad de curación está dentro de nosotros.

El padre de la medicina dice: *“El poder de curación del paciente es esencial y debemos estimularlo”* Hipócrates (460-337 a.C.).

El padre de la homeopatía dice: *“Los remedios homeopáticos funcionan ayudando al sistema de defensas del organismo para que se ayude a sí mismo”* Samuel Hahnemann (1755-1843).

Un ganador del Premio Nobel de Medicina dice: *“En el interior de cada paciente existe un médico y nosotros mismos, cumplimos con nuestra misión, cuando ayudamos a nuestros pacientes a estar en contacto con sus médicos interiores”* Albert Schweitzer (1875-1965).

El presidente de la Sociedad Internacional de Trilogía Analítica (SITA), dice: *“El hombre se pasa la vida esperando recibir el bien que le llegará de afuera cuando ese bien ya existe en su propio ser”* Norberto Keppe (1927 -).

Indudablemente, el psicoanálisis integral de la Trilogía Analítica (www.trilogia.ws www.stop.org.br) descubierto por el científico brasileño Norberto Keppe es el camino más correcto y el más corto para lograr despertar nuestra farmacia interior y nuestro médico interior como un camino seguro para prevenir y curar las enfermedades psíquicas, orgánicas y sociales (Pacheco 2010).

Sin embargo, las personas que por motivos ajenos a su propia voluntad, no puedan someterse a psicoanálisis integral individual (personal o vía telefónica) o de grupo, se podrán beneficiar, aceptando con humildad e interiorizando su propia psicopatología por medio del estudio de la obra Keppe (más de 40 libros), asistiendo a los programas de televisión y radio de *“El hombre Universal”* y de *“Stop la destrucción del Mundo”* que se presentan en la actualidad en más de 75 países, asistiendo a conferencias, seminarios y cursos de la Trilogía Analítica, estudiando algún idioma en las Escuelas de Lenguas Terapéuticas Millennium, leyendo el periódico STOP y viviendo siempre felices a través de la práctica de la acción buena (www.trilogia.ws).

Recordemos y tratemos de practicar en todo momento las enseñanzas del Dr. Norberto Keppe:

“El gran problema del ser humano es no aceptar la salud que esta en su intimo”

“Todas las enfermedades organicas y mentales provienen de las emociones”

“El individuo que vive de acuerdo a sus emociones enferma, porque ellas constituyen un mal por sí mismas”

“Como las emociones constituyen un mal por sí mismas, tienen que ser eliminadas”

“La censura a la conciencia es el punto central de toda la problemática humana”

“La conciencia del sentimiento de culpa es fundamental para que haya sanidad”

“La resistencia para percibir los sentimientos de culpa causa enormes trastornos”

“Por causa de su arrogancia, el ser humano rechaza la conciencia de sus malas intenciones, dificultando el proceso de curación”

“El peor enemigo del hombre está en su interior”

“Sin conciencia de la enfermedad no puede existir sanidad”

“El gran problema del hombre es la censura que hace a la conciencia”

La interiorización es el camino para la curación”

“La conciencia es salud, en cambio la enfermedad es alienación, es la no conciencia”

“el mayor amor que existe es aceptar ver los propios errores”

“La existencia humana constituye un viaje para la eternidad”

Lo descrito en este capítulo es la forma como muchos seropositivos y personas con las manifestaciones clínicas del SIDA, están estimulando su médico interior y su farmacia interior para prevenir y curar las enfermedades.

Referencias

Abbott Laboratories. Human immunodeficiency virus types 1. HIV-1 EIA. Abbott Park, Illinois: Abbott Laboratories, Diagnostic division. (66-8805/R5), January 1997: 5 pages.

Abrams B et al. A prospective study of dietary intake and AIDS in HIV- seropositive homosexual men. *J AIDS* 1993; 6: 949-958.

Abrams DJ. Alternative therapies. En: Sande MA, Volverding PA. *The medical management of AIDS*. 6a ed. Filadelfia: W.B. Saunders Company; 1999: 601-612.

Adair LS, Prentice AM. A critical evaluation of the fetal origins hypothesis and its implications for developing countries. *J Nutr* 2004; 134: 191-193.

Adam ES. Antioxidant supplementation in HIV/AIDS. *Nurse Practit* 1995; 20: 8.

Adder R, Felten DL, Cohen N. *Psychoneuroimmunology*. 3a Ed. San Diego: Academic Press; 2001; Vol 1: 727 pag; Vol 2: 856 pag.

Agbalika F et al. False-positive antigens related to emergence of a 25-30 KD protein detected in organ recipients. *AIDS* 1992; 6: 959-962.

Al-Bayati MA. Are steroids the real cause of AIDS? *Zenger's magazine* January 2000 (Issue # 67).

Allard JP et al. Effects of vitamin E and C supplementation on oxidative stress and viral load in HIV-infected subjects. *AIDS* 1998a; 12: 1653-1659.

Allard JP et al. Oxidative stress and plasma antioxidant micronutrients in humans with HIV infection. *Am J Clin Nutr* 1998b; 67: 143-147.

Allavena C et al. Relationship of trace elements, immunological markers, and HIV-1 infection progression. *Biol Trace Elem Res* 1995; 47: 133-138.

Allen S et al. Effect of serotesting with counselling on condom use and seroconversion among HIV discordant couples in Africa. *BMJ* 1992; 304: 1605-1609.

Altman LK. “Long term survivors may hold key clues to puzzle of AIDS”. *The New York Times*. Science Times, enero 24 1995, p. C1 y C11.

Anderson R, et al. Vitamin C and cellular immune functions. In: Bendich A, Chandra RK. *Micronutrients and immune function*. New York: New York Academy of Sciences 1990a: 3-38.

Anderson RM, Gupta S, Ng W. The significance of sexual partner contact networks for the transmission dynamics of HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1990b; 3: 417-429.

- Andrade V et al. Leprosy as cause of false-positive results in serological assays for the detection of antibodies to HIV-1. *Int J Leprosy* 1991; 59: 125.
- Arcos JC. *Chemical induction of cancer: Modulation and combination effects. An inventory of the many factors which influence carcinogenesis*. Boston: Birkhauser; 1995.
- Arcos JC, Argus MF. Multifactor interaction network of carcinogenesis - "Tour guide". En: Arcos JC. *Chemical induction of cancer*. Boston: Birkhauser; 1995: 1-22.
- Armstrong D. *Oxidative stress biomarkers and antioxidant protocols*. Totowa, NJ; 2002:322.
- Arnold NL et al. Donor follow up of influenza vaccine-related multiple viral enzyme immunoassay reactivity. *Vox Sanguinis* 1994; 67: 191.
- Arpadi SM, et al. Growth velocity, fat-free mass and energy intake are inversely related to viral load in HIV-infected children. *J Nutr* 2000; 130: 2498-2502.
- Arthur JR, McKenzie RC, Beckett GJ. Selenium in the immune system. *J Nutr* 2003; 133: 14575-14595.
- Ascher D, Roberts C. Determination of the etiology of seroconversions in HIV testing by antibody fingerprinting. *AIDS* 1993; 6: 241.
- Atkins RC. Immune-enhancing herbs. Infection fighters. En: *Dr. Atkins' vita-nutrient solution. Nature's answer to drugs*. Nueva York: Fireside; 1999: 294-296 y 297-299.
- Auger J et al. Decline in semen quality among fertile men to Paris during the past 20 years. *NEJM* 1995; 332: 281-285.
- Auvert B et al. HIV infection among youth in a South African mining town is associated with herpes simplex virus-2 seropositivity and sexual behavior. *AIDS* 2001; 15: 885-898.
- Badgley L. *Healing AIDS naturally: natural therapies for the immune system*. Foster City, California: Human energy Press; 1990: 410.
- Bahl SM, Hickson JF. *Nutritional care for HIV-positive persons: a manual for individuals and their caregivers*. Boca Raton: CRC Press; 1995: 190.
- Baltimore D. Lessons from people with nonprogressive HIV infection. *NEJM* 1995; 332: 259-260.
- Bangigliolini M, Thelen M. The phagocytes and the respiratory burst. En: Sies H. *Oxidative stress: oxidants and antioxidants*. London: Academic Press; 1991: 399-420.
- Barbacid M, Bolognesi D, Aaronson SA. Humans have antibodies capable of recognizing oncoviral glycoproteins: demonstration that these antibodies are formed in response to cellular modification of glycoproteins rather than as a consequence of exposure to virus. *Proc Natl Acad Sci USA* 1989; 77: 1617-1621.
- Barbosa E, Faintuch J, Machado M, ET AL. Supplemental of vitamin E, vitamin C, and zinc attenuates oxidative stress in burned children: a randomized, Double-blind, placebo-controlled pilot study. *J Burn Care Res* 2009; 30(5): 859-866.
- Barker DJ. In utero programming of chronic disease. *Clin Sci (Colch)* 1998a; 95: 115-128.
- Barker DJ. *Fetal and infant origins of adult diseases*. London: BMJ Publishing Group; 1992; 343.
- Barker DJ. *Mothers, babies and diseases in later life*. London: BMJ Publishing Group; 1994.
- Barker DJ. *Mothers, babies & health in later life*. 2nd ed. Church Press 1998b; 217.
- Barré-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F et al. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for AIDS. *Science* 1983; 220: 868-871.
- Barlett JG, Finkbeiner AK. *The guide to living with HIV infection*. Johns Hopkins AIDS Clinic. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1996: 295.
- Baruchel S, Wainberg MA. The role of oxidative stress in disease progression in individuals infected by the human immunodeficiency virus. *J Leukocyte Biol* 1992; 52: 11-114
- Bate MW, Jassal SR, Bright DW. The human immunodeficiency virus LTR-Promoter region as a reporter of stress-induced gene expression. In: Keyse SM. *Stress response*. Totowa, NJ: Human Press, 2000: 277-295.
- Batmanghelidj F. *Your body's many cries for water*. Fall Church, Virginia: Global Health Solutions Inc.; 1997: 181
- Baum MK et al. Association of vitamin B6 status with parameters of immune function in early HIV-1 infection. *JAIDS* 1991; 4: 1122-1132.
- Baum MK, et al. Inadequate dietary intake and altered nutrition status in early HIV-1 infection. *Nutrition* 1994; 10: 16-20.
- Baum MK et al. Micronutrients and HIV-1 disease progression. *AIDS* 1995; 9: 1051-1056.
- Baum MK et al. HIV-1 infection in women is associated with severe nutritional deficiencies. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1997a; 16: 272-278.
- Baum MK et al. High risk of HIV-related mortality is associated with selenium deficiency. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1997b; 15: 370-374.

- Baum MK, et al. Zinc status in HIV infection. *J Nutr* 2000; 130: 1421S-1423S.
- Beach RS, Laura PF. Nutrition and the acquired immunodeficiency syndrome. *Ann Intern Med* 1983; 99: 565-566.
- Beach RS, Gershwin ME, Hurley LS. Gestational zinc deprivation in mice: persistence of immunodeficiency for three generations. *Science* 1982; 218: 469-471.
- Beach RS et al. Specific nutrient abnormalities in asymptomatic HIV-1 infection. *AIDS* 1992; 6: 701-708.
- Beck MA. Selenium and vitamin E status: Impact on viral pathogenicity. *J Nutr* 2007; 137: 1338-1340.
- Beckett GJ, Arthur JR. Selenium and endocrine systems. *J Endocrinol* 2005; 184: 455-465.
- Beisel WR. Single nutrients and immunity. *Am J Clin Nutr* 1982; 35: 417-468.
- Beisel WR. The history of nutritional immunology. *J Nutr Immunol* 1991; 1: 62-78.
- Beisel WR. AIDS. In: Gershwin ME, German JB, Keen CL. *Nutrition and immunology: Principles and practice*. Totowa, NJ: Human Press; 2000; 389-402.
- Beljanski M. Synthèse in vitro de l'ADN sur une matrice d'RNA par une transcriptase d'*Escherichia coli*. *CR Acad Sci* 1972; 274: 2801-2804.
- Bellavite P. The superoxide-forming enzymatic system of phagocytes. *Free Radical Biol Med* 1988; 4: 225-261.
- Benarde MA. *Our precarious habitat: fifteen years later*. Nova York: John Wiley & Sons; 1989:656.
- Bendich A. Antioxidant vitamins and immune responses. In: Chandra RK, Alan R. *Nutrition and immunology*. New York: Liss., Inc., 1988: 125-147.
- Bendich A. Role of antioxidants in the maintenance of immune function. En: Frei B. *Natural antioxidants in human health and disease*. (Chapter IV, Immunity and Infection). San Diego: Academic Press; 1994: 447-467.
- Bendich A, Chandra RK. Micronutrients and the immune function. Nova York: New York Academy of Sciences; 1990.
- Bendich A, Cohen M. B vitamins: effects on specific and non-specific immune responses. In: Chandra RK, Alan R. *Nutrition and immunology*. New York: Liss, Inc., 1988: 101-123.
- Bendich A, Shapiro SS. Effects of beta-carotene and canthaxanthin on the immune responses of the rat. *J Nutr* 1996; 116: 2254-2262.
- Bess JW, Gorelick RJ, Bosche WJ, et al. Microvesicles are a source of contaminating cellular proteins found in purified HIV-1 preparations. *Virology* 1997; 230: 134-144.
- Biagini RE. Epidemiology studies in immunotoxicity evaluation. *Toxicology*; 1998; 129(1): 37-54.
- Biggar RJ. The AIDS problem in Africa. *Lancet* 1986; I: 79-83.
- Biggar R et al. ELISA HTLV retrovirus antibody reactivity associated with malaria and immune complexes in healthy Africans. *Lancet* 1985; ii: 520-543.
- Black RE. Therapeutic and preventive effects of zinc on serious childhood infectious diseases in developing countries. *Am J Nutr* 1998; 68: 476S-479S.
- Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet* 2003; 361: 2226-2234.
- Blanton M et al. HLA antibodies in blood donors with reactive screening tests for antibody to the immunodeficiency virus. *Transfusion* 1987; 27: 118.
- Bogden JD et al. Micronutrients status and human immunodeficiency virus (HIV) infection. *Ann NY Acad Sci* 1990; 547: 189-195.
- Bogden JD et al. Status of selected nutrients and progression of HIV-1 infection. *Am J Clin Nutr* 2000; 72: 809-815.
- Bontempo M. *Guia médica de saúde natural*. Porto Alegre, RG: Terra Brasil, 2004: 557.
- Boring CC, Squires TS, Tong T, Montgomery S. Cancer statistics 1994. *CA* 1994; 44: 7-26.
- Boumpas DT et al. Interleukins and interferons. En: RICH RR. *Clinical immunology: principles and practice*. Chapter F, Immune Modulation. London: Mosby; 2001: 115.1-115.12.
- Boyle JM, Buckley RH. Population prevalence of diagnosed primary immunodeficiency diseases in the United States. *J Clin Immunol* 2007; 27(5): 497-502.
- Breen C, Golightly M. Immunodeficiency. In: Lehmann CA. *Saunders manual of clinical laboratory science*. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1998; 307-324.
- Brigelius-Flohé. Vitamin E: the shrew waiting to be tamed. *Free Radical Biol Med* 2009; 46(5): 543-554.
- Brigelius-Flohé; Traber MG Vitamin E: function and metabolism. *FASEB J*; 1999; 13 (10): 1145-1155.
- Brighthope I. *The AIDS fighters*. New Canaan, Connecticut: Keats Publishing; 1988: 184.
- Bristol-Myers. *Malnutrition and the immune response: Focus on cancer and AIDS*. Princeton, NJ; 1994; 26.

- Brown JE. Vitamins and your health. In: *Nutrition now*; 2002; Chapter 20: 1-20.
- Bryant HU, Cunningham KA, Jerralls TR. Effects of cocaine and other drugs of abuse on immune responses. En: Lakoski JM, Galloway MP, Whithe FJ. *Cocaine: Pharmacology, physiology and clinical strategies*. Boca Raton: CRC Press; 1992: 353-369.
- Buchinger A. Fasting. En: Novey DW. *Clinician's complete reference to complementary/alternative medicine*. St. Louis: Mosby; 2000: 728-740.
- Buhl R et al. Systemic glutathione deficiency in symptom-free HIV seropositive individuals. *Lancet* 1989;ii: 1294-1298.
- Burkhardt U et al. Comparison of two commercially available anti-HIV ELISA's: Abbott HTLV-III/ELISA and DuPont HTLVIII/ELISA. *J Med Vir* 1987; 23: 217.
- Burns JJ, Rivers JM, Machlin LJ. *Third conference on Vitamin C*. Annals NY Acad Sci 1987; 498: 1-535.
- Burns DN, et al. Vitamin A deficiency and other nutritional indices during pregnancy in HIV infection: prevalence, clinical correlates, and outcome. Women and Infants Transmission Study Group. *Clin Infect Dis* 1999; 29: 328-334.
- Bylund et al. Review of testing for human immunodeficiency virus. *Clin Lab Med* 1992; 12: 305-333.
- Byrn RA, Roberts MR. Cellular therapy approaches to the treatment of AIDS. En: Morstyn G, Sheridan W. *Cell Therapy: Stem cell transplantation, gene therapy, and cellular immunotherapy*. Cambridge: Cambridge University Press; 1996: 414-428.
- Byrnes S. Staying on top of oxidative stress. Healthy and Natural Journal, Millenium Wellness Guide 1999. sbyrnes@chaminade.edu. Disponible em <http://www.powerhealth.net>.
- Byrnes S. *Overcoming AIDS with natural medicine: A program for recovery*. Revised, 2nd edition. Honolulu, Hawaii: Ecclesia Life Mana; 2001: 183.
- Cabanillas F. Vitamin C and cancer: What can we conclude from 1609 patients and 33 years later? *Puerto Rico Health Sci J* 2010; 29 (3): 217-217.
- Callen M. *Surviving AIDS*. Nueva York: Harper Collins; 1990.
- Camp WL et al. Serum retinal and HIV-1 RNA viral load in rapid and slow progressors. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum retroviral* 1998; 18: 401-406.
- Campa A, et al. Mortality risk in selenium-deficiency HIV-positive children. *J AIDS Hum Retroviral* 1999; 20: 508-513.
- Cao X. Protective effect of accupuncture on immunosuppression. En: *NIH Consensus Development Conference on Accupuncture, November 3-5, 1997*. Bethesda, William Natcher Conference Center. Bethesda: NIH Continuing Medical Education. 1997: 129-133.
- Capen CC. Toxic Responses of the endocrine system. En: Klaassen CD. *Casarett and Dull's Toxicology: the basic science of poisons*. Nova York: McGraw-Hill: 1996: 617-640.
- Carel M et al. Sexual behavior in developing countries: implications for HIV control. *AIDS* 1995; 9: 1171-1175.
- Carpenter LM et al. Rates of HIV-1 transmission within marriage in rural Uganda in relation to HIV sero-status of the partners. *AIDS* 1999; 13: 1083-1089.
- Cartwright CP. Techniques and diagnostic applications of in vivo nucleic acid amplification. *Clin Microbiol News*; 1994; 16: 33-40.
- Castelbon K et al. Nutritional status and dietary intakes in human immunodeficiency virus (HIV)-infected outpatients in Abidjan, Cote d'Ivoire, 1995. *Eur J Clin Nutr* 1997; 51: 81-86.
- Cathart R. Vitamin C in the treatment of acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Med Hypothesis* 1984; 14: 423.
- Cates W Jr. The "other STD's": do they really matter? *JAMA* 1988; 259: 3606-3608.
- Caudill-Slosberg M, Friedman R. The mind/body model of health and illness. En: Benson H, Stuart EM. *The wellness book: The comprehensive guide to maintaining health and treating stress-related illness*. Boston: Birch Lane Press; 1992: 8-14.
- Caulfield LE, de Onis M, Blossner M, Black RE. Undernutrition as an underlying cause of child deaths associated with diarrhea, pneumonia, malaria, and measles. *Amer J Clin Nutr* 2004; 80: 193-198.
- CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Interpretation and Use of the Western Blot Assay For Serodiagnosis of Human Immunodeficiency Virus (Type 1 Infections. *MMWR* 1989; 38: S1-S7.
- CDC. Centers for Disease Control and Prevention. 1993 Revised Classification System for HIV Infection & Expanded Surveillance Case Definition for AIDS Among Adolescents & Adults. *MMWR* 1992; 41: 1-19.
- CDC. Centers for Disease Control and Prevention, United States The HIV/AIDS pandemic, 2006. UNAIDS annual report 2007. Knowing your epidemic. *AIDS epidemic 2007*. http://data.unaids.org/pub/report/2008/jc1535_annual_report07_en.pdf

- Cecchini E, Gonzalez SE. *Infectología y enfermedades infecciosas*. La Plara, Argentina: Ediciones Journal; 2008: 1500.
- Chaitow L. *Canadida Albican*, could yeast be your problem? Expanded and revised edition. Rochester, Vermont: Healing Arts Press; 1998:1522.
- Chaitow L. *The natural way: HIV & AIDS. Your guide to complementary therapies, alternative techniques and conventional treatments*. Shaftesbury, UK: Element Books Limited; 1999: 150.
- Challakere K, Rapaport M. False-positive human immunodeficiency virus Type 1 ELISA results in low-risk subjects. *Wes J Med* 1993; 159: 214-215.
- Chandra RK. Fetal malnutrition and postnatal immunocompetence. *Am J Dis Chil* 1975a; 125:450-455.
- Chandra RK. Reduced secretory antibody response to live attenuated measles and poliovirus vaccines in malnourished children. *BMJ* 1975b; 2: 583-585.
- Chandra RK. Antibody formation in first and second generation offspring of nutritional deprived rats. *Science* 1975c; 190: 289-290.
- Chandra RK. Serum thymic hormone activity and cell-mediated immunity in healthy neonates, preterm infants, and small-for-gestational age infants. *Pediatrics* 1981; 67:407-411.
- Chandra RK. Nutrition immunity and infection: present knowledge and future directions. *Lancet* 1983; i: 688-691.
- Chandra RK. Micronutrients and immune functions, an overview. *Ann NY Acad Sci* 1990; 587:9-16.
- Chandra RK. Interactions between early nutrition and the immune system. In: Barker DJL, Whelan J. *The childhood environment and adult disease*. Siba Foundation Symposium # 156. London: Wiley; 1991: 77-88.
- Chandra RK. Nutrition and Immunity. In: Lachmann PJ et al. *Clinical aspects of immunology*. Boston: Scientific Publications; 1993: 1325-1338.
- Chandra RK, Au B. Single nutrient deficiency and cell-mediated immune responses. III. Vitamin A. *Nutr Res* 1981; 1: 181-185.
- Chang LW, Dyer ED. *Handbook of neurotoxicology*. Nova York: Marcel Dekker; 1995.
- Chen C, et al. Effect of selenium supplementation on mice infected with LP-BM5 MuLV, a murine AIDS model. *Biol Trace Elem Res* 1997; 59: 187-193.
- Charmot G, Simon F. HIV infection and malaria. *Revue du Practicien* 1990; 40: 2141.
- Chelluri L, Jastremski MS. Incidence of malnutrition in patients with acquired immunodeficiency syndrome. *Nutr Clin Pract* 1989; 4: 16-18.
- Chin J, Sato PA, Mann JM. Projections of HIV infections and AIDS cases to the year 2000. *WHO Bull* 1990; 68: 1-11.
- Chiu DT, Duesberg PH. Toxicity of azidothymidine (AZT) on human and animal cells in culture at concentrations used for antiviral therapy. *Genetica* 1995; 95: 103-109.
- Chlebowski RT. Significance of altered nutritional status in acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Nutr Cancer* 1985; 7: 85-91.
- Choi WN. Principles of genetic toxicology. En: Fan AM, Chang LW. *Toxicology and risk assessment*. Nova York: Marcel Dekker; 1996; 25-36.
- Cirelli A et al. Serum selenium concentration and disease progress in patients with HIV infection. *Clin Biochem* 1991; 24: 211-214.
- Clark RH, et al. Nutritional treatment for acquired immunodeficiency virus-associated wasting using beta-hydroxy beta-methylbutyrate, glutamine, and arginine: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *JPEN* 2000; 24: 133-139.
- Coffin JM, Hughes SH, Varmus HE. *Retroviruses*. Cold Spring Harbor Laboratory Press; 1997.
- Cole SW, Kemeny ME. Psychosocial influences on the progression of HIV infection. En: Adder R, Felten DL, Cohen N. *Psychoneuroimmunology*. 3a ed. San Diego: Academic Press; 2001: 583-612.
- Collier J, Vallance P. Physiologic importance of nitric oxide, an endogenous vasodilator. *Brit Med J* 1991; 302: 1.289-1.290.
- Commenges D, et al. Estimating the incubation period of pediatric AIDS in Rwanda. *AIDS* 1992; 6: 1515-15-20.
- Constans J et al. Fatty acids and plasma antioxidants in HIV-positive patients: correlation with nutritional and immunological status. *Clinical Biochemistry* 1995; 28: 421-426.
- Continuum. HIV Positive? - It depends where you live. Take a look at the criteria that determine a positive HIV test result. *Continuum* (London) 1995; 3(4):20.
- Coodley GO. Nutritional deficiency and AIDS. *Ann Intern Med* 1990; 113: 809.
- Coodley GO. Beta-carotene therapy in human immunodeficiency virus infection. *Clin Res* 1991; 29: 634A.
- Coodley GO, Et al. The HIV wasting syndrome: A review. *J AIDS* 1992; 7: 681-694.

- Coodley GO et al. Micronutrient concentrations in the HIV wasting syndrome. *AIDS* 1993a; 7: 1595-1600.
- Coodley GO et al. Beta-carotene in HIV infection. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1993b; 6: 272-276.
- Coodley GO et al. Beta-carotene in HIV infection: an extended evaluation. *AIDS* 1996; 10: 967-973.
- Cordes R, Ryan M. Pitfalls in HIV testing. *Postgraduate Medicine* 1995; 98: 177.
- Crowes S, Hoy J, Mills J. *Management of the HIV-infected patient*. London : Martin Dunitz; 2002: 630.
- Coutsoudis A, Kiepiela P, Coovadia H, et al. Vitamin A supplementation enhances specific IgG antibody levels and total lymphocyte numbers while improving morbidity in measles. *Pediatr Infect Dis J* 1992; 11: 203-209.
- Coutsoudis A et al. The effects of vitamin A supplementation on the morbidity of children born to HIV-infected women. *Am J Public Health* 1995; 85: 1076-1081.
- Coutsoudis A et al. Effect of vitamin A supplementation on viral load in HIV-1 infected pregnant women. *AIDS* 1997; 15: 86-87.
- Coutsoudis A et al. Randomized trial testing the effect of vitamin A supplementation on pregnancy outcomes and early mother-to-child HIV-1 transmission in Durban, South Africa. *AIDS* 1999; 13: 1517-1524.
- Crowes S, Hoy J, Mills J. *Management of the HIV-infected patient*. London : Martin Dunitz; 2002: 630.
- Curzio M et al. Chemotactic activity of the lipid peroxidation product 4-hydroxynonenal and homologous hydroxyalkenals. *Biol Chem (Hoppe-Seyler)* 1986; 367: 321-329.
- Cushman P, Grieco M. Hyperimmunoglobulinemia associated with narcotic addiction. *Amer J Méd* 1973; 54: 320.
- Dannhauser A, et al. Nutritional status of HIV-1 seropositive patients in Free State Province of South Africa: Anthropometric and dietary profile. *Eur J Clin Nutr* 1999; 53: 165-173.
- Dardenne M. Zinc and immune function. *Eur J Clin Nutr* 2002; 56 (Suppl 3): S20-S23.
- Darrow WW, Jaffe HW, Curran JW. Passive anal intercourse as a risk factor for AIDS in homosexual men. *Lancet* 1983; ii: 160.
- Datta P, et al. Mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus, type 1: report from Nairobi study. *J Infect Dis* 1994; 170: 1134-1140.
- Dean JH, Luster MI, Munson AE, Kimber I. Immunosuppression and environmental agents. En: *Immunotoxicology and immunopharmacology*. Nova York: Raven Press; 1994: 97-362.
- De Cock KM, Selik RM, Soro B, et al. AIDS Surveillance in Africa: A Reappraisal of Case Definition. *BMJ* 1991; 303: 1185-1189.
- De Cock KM, et al. Retrospective study of maternal HIVB-1 and HIV-2 infections in child survival in Abidjan, Cote d'Ivoire. *BMJ* 1994; 308: 441-442.
- de Harven E. Viremia in Friend murine leukemia: the electron microscope approach to the problem. *Pathologie-Biologie* 1965a; 13: 125-134.
- de Harven E. Remarks on viruses, leukemia and electron microscopy. In: Defendi V. *Methodological approaches to the study of leukemias*. The Westar Institute Symposium Monograph No. 4. Philadelphia: The Wistar Institute Press; 1965b: 147-156.
- de Harven E. Remarks on the ultrastructure of type A, B, and C virus particles. *Advances in Virus Research* 1974; 19: 221-264.
- de Harven E. Pioneer deplores "HIV" "maintaining errors is evil." *Continuum* (London) 1997/1998; 5(2) 24.
- de Harven. Remarks on methods for retroviral isolation. *Continuum* (London) 1998; 5(3): 20-21.
- de Harven E. Viral etiology of human cancer: a historical perspective. *J Hematol (Haematologica)* 1999; 84: 385-389.
- de Harven. HIV has never been "isolated." Text of a conference presented in Barcelona, Spain on July 9, 2002a: 1-7.
- de Harven. "of mice and men." Text of a conference presented in Barcelona, Spain on July 9, 2002b: 1-3.
- de Harven E. Les problèmes de l'isolement du VIH (Problèmes with isolating HIV). *Actes du Colloque: Le SIDA en Afrique, quelles priorités pour l'aide sanitaire?* Debate at the European Parliament, Brussels, Belgium: Résurgence. December 8, 2003: 107-117.
- de Harven E. An apparently missing control experiment on HIV/AIDS. Published at the Rapid Responses of the BMJ Website, March 14, 2004.
- De La Fuente M, Hernandez A, Vallejo MC. The immune system in the oxidative stress conditions of aging and hypertension: Favorable effects of antioxidants and physical exercise. *Antiox Redox Signal* 2005; 7: 1356-1366.

- De La Fuente M, Miguel J. An update of the oxidation-inflammation theory of aging: the involvement of the immune system in oxi-inflamm-aging. *Curr Pharm Des* 2009; 15: 3003-3026.
- Delmas-Beauvieux MC et al. The enzymatic antioxidant system in blood and glutathione status in HIV-infected patients: effects of supplementation with selenium or beta-carotene. *Am J Clin Nutr* 1996; 64: 101-107.
- Descotes J. *Immunotoxicology of drugs and chemicals*. 2ed. Amsterdam: Elsevier; 1988: 397.
- Des Jarlais et al. CD4 Lymphocytopenia among injecting drug users in New York City. *J AIDS* 1993; 6: 820-822.
- de-Thé G, O'Connor TE. Structure of a murine leukemia virus after disruption with tween-ether and comparison with two myxoviruses. *Virology* 1966; 28: 713-728.
- Dethlefsen T, Dahleke R. *La enfermedad como camino. (The healing power of illness.)* Plaza y Janes, Agosto 1997.
- Devasagayan TPA, Tilac JC, Bolloor KK, et al. Free radicals and antioxidants in human health: Current status and future prospects. *J Association Physician of India* 2004; 52: 796.
- Dock N et al. Evaluation of atypical human immunodeficiency virus immunoblot reactivity in blood donors. *Transfusion* 1988; 28: 142.
- Dolin R, Masur H, Saag MS. *AIDS therapy*. New York: Churchill Livingstone; 1999: 864.
- Doll R, Fraumeni JF, Muir CS. *Trends in cancer incidence and mortality*. Nova York: Cold Spring Harbor Laboratory Press; 1994: 583.
- Dorge W, Eck HL, Mihm S. HIV-induced cysteine deficiency and T-cell dysfunction: a rationale for treatment with n-acetylcysteine. *Immunol Today* 1992; 13: 211.
- Dourmashkin RR, Bucher D, Oxford JS. Small virus-like particles bud from the cell membranes of normal as well as HIV-infected human lymphoid cells. *J Medical Virology* 1993; 39: 229-232.
- Draper GL, Kroll ME, Stiller CA. Childhood cancer. En: Doll R, Fraumeni JF, Muir CS. *Cancer incidence and mortality*. Nova York: Cold Spring Harbor Laboratory Press; 1994: 493.
- Duesberg PH. Retroviruses as carcinogens and pathogens: Expectations and reality. *Cancer Research* March 1, 1987; 47: 1199-1220.
- Duesberg P. Human immunodeficiency virus and acquired immunodeficiency syndrome: Correlation but not causation. *Proc Nat Acad Sci USA* 1989; 86: 755-754.
- Duesberg P. AIDS epidemiology: inconsistencies with Human Immunodeficiency Virus and with infectious disease. *Proc Nat Acad Sci USA* 1991; 88: 1575-1579.
- Duesberg PH. AIDS acquired by drug consumption and other noncontagious risk factors. *Pharmac Ther* 1992a; 55: 201-277.
- Duesberg PH. HIV, AIDS & zidovudine. *Lancet* 1992b; 339: 805-806.
- Duesberg PH. Foreign-protein-mediated immunodeficiency in hemophiliacs with and without HIV. *Genetica* 1995; 95: 51-70.
- Duesberg PH. With therapies like this who needs disease? En: *Inventing the AIDS Virus*. Forword by Nobel Laureate Kary Mullis. Washington, DC: Regnery Publishing Inc. 1996; 299-359.
- Duesberg PH, Rasnick D. The drug-AIDS hypothesis. *Continuum (London)* 1997; 4(5): S1-S24.
- Duesberg PH, Rasnick D. The AIDS dilemma: Drug diseases blamed on a passenger virus. *Genetica* 1998; 104: 85-132.
- Duesberg PH, Koehnlein C, Rasnick D. The chemical bases of the various AIDS epidemics: recreational drugs, anti-viral chemotherapy and malnutrition. *J. Biosci.* 2003; 28: 383-412.
- Duncan RA et al. Idiopathic CD4T-lymphocytopenia - Four patients with opportunistic infections and no evidence of HIV infection. *NEJM* 1993; 328: 393-398.
- Dworkin BM. Selenium deficiency in HIV infection and the aquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Chemico-Biological Interactions* 1994; 91: 181-186.
- Dworkin BM, Rosenthal W, Wormer G, Weiss L. Selenium deficiency in the acquired immuno-deficiency syndrome. *J Parenteral Enteral Nutr* 1986; 10: 405.
- Ebbing M, Nonna KH, Nygard O, et al. Cancer incidence and mortality after treatment with folic acid and vitamin B12. *JAMA* 2009; 302(19): 211902126.
- Ehrenpreis Ed et al. Malabsortion and deficiency of vitamin B12 in HIV-infected patients with chronic diarrhea. *Dig Dis sci* 1994; 39: 2159-2162.
- Eisenstein BI. The polymerase chain reaction. A new method of using molecular genetics for medical diagnosis. *NEJM* 1990; 332: 178-183
- Embid A. Acción de la acupuntura-moxibustión sobre las reacciones inmunológicas. *Medicinas Complementarias* 1986; No. 2: 17-22.
- Embid A. Masaje, maduración e inmunidad. *Medicinas Complementarias* 1991 No. 27: 78.

- Embid A. Estimular las defensas de otra forma. Tratamientos de los síndromes de inmunodeficiencia. Madrid: Medicinas complementarias 1992a: 214.
- Embid A. Enciclopedia de medicina funcional y oligoterapia. Madrid: Medicinas complementarias; 1992b.
- Embid A. El polvo de defensa de jade, una receta clásica para estimular la inmunidad. *Medicinas Complementarias* 1993; No. 32: 73-87.
- Embid A. El yogur estimula la inmunidad. *Medicinas Complementarias* 1994a; No. 35: 171.
- Embid A. Inmunidad aumentada por incremento de micronutrientes. *Medicinas Complementarias* 1994b; No. 35: 172.
- Embid A. Astragalus un biomodulador del sistema inmunitario. *Medicinas Complementarias* 1994c; No. 35: 67-71.
- Embid A. Uña de gato para el SIDA. *Medicinas Complementarias* 1994d; No. 36: 174.
- Embid A. Más plantas para estimular la inmunidad. *Medicinas Complementarias* 1994e; No. 36: 174.
- Embid A. Inmunoterapia a dosis infinitesimales. *Medicinas Complementarias* 1995; No. 38: 170.
- Embid A. Inmunosupresión y pesticidas. *Medicinas complementarias* 1997; No. 46: 152.227.
- Epitope, Organon Teknika. Human Immunodeficiency Virus Type 1 (HIV-1). HIV-1 Western Blot Kit. PN201-3039 Revision # 6, page 11.
- Escamilla R. Disorders immunitaires des toxicomanies: factors etiologiques. A propos de 129 cases. *Rev Fr Allergol* 1986; 26: 179.
- Esteva M et al. False-positive results for antibody to HIV in two men with systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis* 1992; 51: 1071-1073.
- Evans MD, Cooke MS. Factors contributing to the outcome of oxidative damage to nucleic acids. *Bioessays* 2004; 26(5): 533-542.
- Fabriz N et al. AIDS, zinc deficiency and thymic hormone failure. *JAMA* 1988; 259: 839.
- Falutz J et al. Zinc as a cofactor in HIV-induced immunosuppression. *JAMA* 1988; 259: 2850-2851.
- Farber C. HIV and breastfeeding. The fears, The misconceptions. The facts. *Mothering* 1998; Sep/Oct (90): 66-71
- Farber C. Out of control: AIDS and the corruption of medical science. *Harper's Magazine* March 2006: 37-52.
- Farber CM, Liebes LF, Kanganis DN, Silber R. Human B lymphocytes show greater susceptibility to H2O2 toxicity than T lymphocytes. *J Immunol* 1984; 132: 2.543-2.546.
- Fassbinder W et al. Prevalence of antibodies against LAV/HTLV-III [HIV] in patients with terminal renal insufficiency treated with hemodialysis and following renal transplantation. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 1986; 111: 1087.
- Fauci AS. Immunopathogenesis of HIV Infection. *J Acq Immunodeficiency Syndromes* 1993a; 6:655-662.
- Fauci AS. CD4 T-lymphocytopenia without HIV infection - No lights, no camera, just facts. *NEJM* 1993b; 328: 429-431.
- Favier A. The place of oxygen free radicals in HIV infection. A collection of papers presented at a conference on "The place of oxygen free radicals in HIV infection", Les Deux Alpex, France, January 1993. *Chemico-Biological Interactions* 1994; 91: 71-224.
- Favier A et al. Antioxidant status and lipid peroxidation in patients infected with HIV. *Chem Biol Interac* 1994; 91: 165-180.
- Fawzi WW. Nutritional factors and vertical transmission of HIV-1. Epidemiology and potential mechanisms. *Ann NY Acad Sci* 2000; 918: 99-114.
- Fawzi WW, Hunter DJ. Vitamins in HIV disease progression and vertical transmission. *Epidemiology* 1998; 9: 457-466.
- Fawzi WW et al. Randomized trial of effects of vitamin supplements on pregnancy outcomes and T cell counts in HIV-1-infected women in Tanzania. *Lancet* 1998; 351: 1477-1482.
- Fawzi WW et al. A randomized trial of vitamin A supplements in relation to mortality among human immunodeficiency virus-infected and uninfected children in Tanzania. *Pediatr Infect Dis J* 1999; 18: 127-133.
- Fawzi WW et al. Randomized trial of vitamin supplements in relation to vertical transmission of HIV-1 in Tanzania. *JAIDS* 2000; 23: 246-254.
- Fawzi WW et al. Randomized trial of vitamin supplements in relation to transmission of HIV-1 through breastfeeding and early child mortality. *AIDS*; 2002; 16: 1935-1944.
- Fawzi WW et al. Effect of providing vitamin supplements to HIV-infected, lactating women on their child's morbidity and CD4+ cell counts. *Clin Infect Dis* 2003; 36: 1053-1062.

- Fawzi WW, Msamanga GI, Spiegelman D, et al. A randomized trial of multivitamin supplements and HIV disease progression and mortality. *NEJM* 2004a; 351: 23-32.
- Fawzi WW et al. Effect of prenatal vitamin supplementation on lower-genital levels of HIV type 1 and interleukin type 1 beta at 36 weeks of gestation. *Clin Infect Dis* 2004b; 38: 716-722.
- Fawzi WW et al. Trial of zinc supplementation in relation to pregnancy outcomes, hematologic indicators, and T cell counts among HIV-1-infected women in Tanzania. *Amer J Clin Nutr* 2005; 81: 161-167.
- Fawzi WW et al. Multivitamin supplementation improves hematologic status in HIV-1 infected women and their children in Tanzania. *Am J Clin Nutr* 2007; 85: 1334-1343.
- Feldman JG et al. Serum Albumin as a predictor of survival in HIV-1-infected women in the Women's Interagency HIV study. *AIDS* 2000; 14: 863-870.
- Fenton M, Silverman E. Medical nutritional therapy for human immunodeficiency virus (HIV) infection and acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). En: Mahan K, Escott-Stump S. *Krause's Food, nutrition and diet therapy*. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2000: 889-911.
- Ferguson A, Griffin GE. Nutrition and the immune system. En: Garrow JS, James WPT, RALPH A. *Human nutrition and dietetics*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000: 747-766.
- Ferguson AC. Prolonged impairment of cellular immunity in children with intrauterine growth retardation. *J Pediatr* 1978; 93: 52-56.
- Fideli US et al. Virologic and immunologic determinants of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1 in Africa. *AIDS Res Hum Retrov* 2001; 17: 901-910.
- Fidellus RK. The generation of oxygen radicals: a positive signal for lymphocyte activation. *Cell Immunol* 1988; 113: 175-182.
- Fishman RHB. Antioxidants and phytotherapy. *Lancet* 1994; 344: 1356.
- Flaherty DK. *Immunotoxicology and risk assessment*. New York: Kluwer Academic Press; 1999.
- Fleck F. Poor countries lag behind on water goals. *BMJ* 2004; 328: 972.
- Fleming D et al. Acquired immunodeficiency syndrome in low-incidence areas. *JAMA* 1987; 258: 785.
- Frei B. *Natural antioxidants in human health and disease*. San Diego: Academic Press; 1994: 588.
- Friedman H, Klein TW, Specter S. Immunosuppression by marhuana and its components. En: Adder R, Felten DL, Cohen N. *Psychoneuroimmunology*. San Diego: Academic Press; 1991; 931-953.
- Friedman H, Bendinelli M, Specter S. *Psychoneuroimmunology, stress and infections*. Plenum Press, 1995a; 300.
- Friedman H, Bendinelli M, Specter S. *Drugs of abuse, immunity and infection*. New York: Plenum Press; 1995b; 350.
- Fuchs J et al. Oxidative imbalance in HIV infected patients. *Med Hypothesis* 1991; 36: 60-64.
- Gallo RC et al. Frequent detection and isolation of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS and at risk for AIDS. *Science* 1984; 224: 500-503.
- Gallon AA, Pryor WA. The identification of the allylic nitrite and nitro derivatives of methyl linoleate by negative chemical ionization mass spectroscopy. *Lipids* 1993; 28: 125-133.
- Garewal HS et al. A preliminary trial of beta-carotene in subjects infected with the human immunodeficiency virus. *J Nutr* 1992; E22: 728-732.
- Garewal HS. *Antioxidants and disease prevention*. Boca Raton: CRC Press; 1997: 186.
- Garret L. *The coming plague: newly emerging diseases in a world out of balance*. Nova York: Farra, Strauss & Giroux; 1994: 750.
- Gerrion J, Wanke C. Nutrition and immunodeficiency syndromes. En: Coulston AM, Rock CL, Monsen ER. *Nutrition in the prevention and treatment of disease*. San Diego: Academic Press; 2001: 741-750.
- Gill MJ et al. Five cases of erroneously diagnosed HIV infection. *Can Med Ass J* 1991; 145: 1593.
- Giraldo RA. AIDS and stressors I: worldwide rise of immunological stressors (Abstract). *Toxicology Letters* 1995a; Supplement 178: s34.
- Giraldo RA. AIDS and stressors II: a proposal for the pathogenesis of AIDS (Abstract). *Toxicology Letters* Supplement 178. 1995b; s34.
- Giraldo RA. AIDS and stressors III: a proposal for the natural history of AIDS (Abstract). *Toxicology Letters* Supplement 178. 1995c; s35.
- Giraldo RA. AIDS and stressors IV: the real meaning of HIV (Abstract). *Toxicology Letters* Supplement 178. 1995d; s35.
- Giraldo RA. Polémica científica internacional acerca de la causa del SIDA. *Investigación y Educación en Enfermería* 1996; 14(2): 55-74.

- Giraldo RA. AIDS and stressors I: Worldwide rise of immunological stressors. In: *AIDS and Stressors*. Medellín: Impresos Begón, 1997a: 23-56.
- Giraldo RA. AIDS and stressors II: A proposal for the pathogenesis of AIDS. In: *AIDS and Stressors*. Medellín: Impresos Begón, 1997b: 57-96.
- Giraldo RA. AIDS and stressors III: A proposal for the natural history of AIDS. In: *AIDS and Stressors*. Medellín: Impresos Begón, 1997c: 97-131.
- Giraldo RA. AIDS and stressors IV: The real meaning of HIV. In: *AIDS and Stressors*. Medellín, Colombia: Impresos Begón, 1997d: 133-173.
- Giraldo RA. AIDS and stressors: AIDS is neither an infectious disease nor is sexually transmitted. It is a toxic-nutritional syndrome caused by the alarming worldwide increment of immunological stressor agents. Medellín: Impresos Begón, 1997e: 205.
- Giraldo RA. Papel de estresantes inmunológicos en inmunodeficiencia. *latreia* 1997f; 10: 62-76.
- Giraldo RA. Role of free radicals in immunodeficiency. In: *Aids and Stressors*. Medellín: Impresos Begón; 1997g: 72-75.
- Giraldo RA. Milking the market. Will mothers dish out the W.H.O. formula? *Continuum* (London) 1998a; 5(4): 8-10.
- Giraldo. El alarmante incremento mundial de agentes estresantes inmunológicos. En: Ahumada C, Hernandez A, Velasco M. *Relaciones internacionales, política social y salud: desafíos en la era de la globalización*. Memorias foro internacional. Bogotá, Colombia: Fundación Cultural Javeriana de Artes Plásticas; 1998b: 49-73.
- Giraldo RA. Everibody reacts positive on the ELISA test for HIV. *Continuum* (London) 1998/1999; 5(5): 8-10.
- Giraldo RA. Tests for HIV are highly inaccurate. June 2000a: 11 pages. This article was written and posted during the Internet discussion of the South African Presidential AIDS Advisory Panel. www.robertogiraldo.com/eng/papers/TextsForHIVAreHighlyInaccurate.html
- Giraldo RA. "Co-factors" cause AIDS. 2000b: 12 pages. This article was written and posted during the Internet discussion of the South African Presidential AIDS Advisory Panel. www.robertogiraldo.com/eng/papers/CoFactorsCauseAIDS.html
- Giraldo RA. Los agentes estresantes inmunológicos son la verdadera causa del SIDA. In: *SIDA y agentes estresantes*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia. 2002a: 82-124.
- Giraldo RA. Papel de las enfermedades tropicales en el debilitamiento del sistema inmunológico y en la fisiopatogénesis del sida. In: *Sida y agentes estresantes*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002b: 37-46.
- Giraldo RA. El verdadero significado de ser "VIH positivo". En: *Sida y agentes estresantes*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia; 2002c: 109-112.
- Giraldo RA. Propuesta para la patogénesis y la historia natural del sida. En: *Sida y agentes estresantes*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia; 2002d: 47-71.
- Giraldo RA. Treating and preventing AIDS: Guide to basic principles for effective, nontoxic and inexpensive alternatives. 2003a. www.robertogiraldo.com/eng/papers/TreatingAndPreventingAIDS.html
- Giraldo RA. Terapia nutricional para el tratamiento y la prevención del SIDA: bases científicas. *Natura Medicatrix* 2003b: 218-230.
- Giraldo RA. Demolishing fear (Preface). En: Roberts Janine. *Fear of the invisible: How scared should you be of viruses and vaccines, HIV and AIDS?* London: Impact Investigative Media publication, June 30, 2008.
- Giraldo RA. *Usando nuestra farmacia interior para prevenir y curar el SIDA*. São Paulo: Proton Editora, 2009a: 104.
- Giraldo RA. *O papel do médico interior na prevencao e cura da Gripe Suína*. Sao Paulo: Proton Editora; 2009b.
- Giraldo RA. As raíces do aumento dos casos da AIDS no mundo e a política internacional na prevenção e terapia da AIDS. *Psicoimmunología da AIDS*. Pacheco C et al. *Medicina Psicossomática Trilógica: Saúde integral*. Capítulos 8 e 10. São Paulo: Próton Editora 2009c; 117-128 e 139-159.
- Giraldo RA, de Harven E. Las pruebas para VIH no pueden diagnosticar la infección VIH. 2006; www.robertogiraldo.com
- Giraldo RA, Ellner M, Farber C, et al. 1. The tests used for the diagnosis of "HIV infection" are highly inaccurate. 2. Being "HIV-positive" does not mean that the person is infected with "HIV". In: Is it rational to treat or prevent AIDS with toxic antiretroviral drugs in pregnant women, infants, children, and anybody else? The answer is negative. *Continuum* (London) 1999; 5(6): 38-52.
- Giraldo R, Ródenas P, Flores JJ, Embid A. Tratamiento y prevención del SIDA: Guía de principios básicos para una alternativa no tóxica, efectiva y barata. *Natura Medicatrix* 2003; 21: 66-75.

- Gisselquist D, Potterat J. Review of evidence from risk factor analyses associating HIV infection in African adults with medical injections and multiple sexual partners. *Int J STD & AIDS* 2004; 15: 222-233.
- Gisselquist D et al. HIV infections in sub-Saharan Africa not explained by sexual or vertical transmission. *Int J STD & AIDS* 2002; 13: 657-666.
- Glaser R, Kiecolt-Glaser JK. *Handbook of human stress and immunity*. San Diego: Academic Press, 1994: 414.
- Gluschankof P, Mondor I, Gelderblom HR, et al. Cell membrane vesicles are a major contaminant of gradient-enriched human immunodeficiency virus type-1 preparations. *Virology* 1997; 230: 125-133.
- Goedert JJ et al. Amyl nitrite may alter T lymphocytes in homosexual men. *Lancet* 1982; i: 412-416.
- Goedert JJ et al. Decreased helper T lymphocytes in homosexual men. II. Sexual practices. *Amer J Epidemiol* 1985; 121: 637-644.
- Goedert JJ et al. Risks of immunodeficiency, AIDS & death related to purity of Factor VIII concentrate. *Lancet* 1994; 344: 791-792.
- Goldberg B. AIDS. En: *Alternative Medicine. The definitive guide*. Fife, Washington: Future Medicine Publishing Inc.; 1994a: 494-509.
- Goldberg B. Detoxification therapy. En: *Alternative medicine. The definitive guide*. Washington: Future Medicine Publishing Inc.; 1994b; 156-166.
- Golstein RS, Dohnellmann RG. Toxic response of the kidney. En: Klaassen CD. *Casarett and Dull's toxicology: the basic science of poisons*. Nova York: McGraw-Hill; 1996: 417-442.
- Goodyear-Bruce C, Pierce JD. Oxidative stress in critically ill patients. *Amer J Nutr Care* 2002; 11 (6): 543-551.
- Gostin LO, Lazzarini Z. International human rights law in the AIDS pandemic. En: *Human rights and public health in the AIDS pandemic*. Nueva York: Oxford university Press; 1997: 1-42.
- Gottlieb MS et al. Pneumocystis pneumonia - Los Angeles. *MMWR* 1981; 30: 250-252.
- Graham N et al. Relationship of serum copper and zinc levels to HIV-1 seropositivity and progression to AIDS. *J AIDS* 1991; 4: 976-980.
- Graham N et al. Effects of maternal vitamin A deficiency on infant mortality and perinatal HIV transmission. Paper presented at the National Conference on Human Retroviruses and Related Infections: December 12-16, 1993; Baltimore, Maryland, USA.
- Gray RH. Similarities between AIDS and PCM (Protein Caloric Malnutrition). *Amer J Publ Health* 1983; 73: 1332.
- Greenberg BL et al. Vitamin A deficiency and maternal-infant transmission of HIV in two metropolitan areas in the United States. *AIDS* 1997; 11: 325-332.
- Greenspan HC. The role of oxidative oxygen species, antioxidants and phytopharmaceuticals in human immunodeficiency virus activity. *Med Hypothesis* 1993; 40: 85.
- Greenspan HC, Arouma O. Oxidative stress and apoptosis in HIV infection: a role for plant-derived metabolites with synergistic antioxidant activity. *Immunol Today* 1994a; 15: 209.
- Greenspan HC, Arouma O. Could oxidative stress initiate programmed cell death in HIV infection? A role for plant derived metabolites having synergistic antioxidant activity. *Chemico-Biological Interactions* 1994b; 91: 187-197.
- Grumfeld c, et al. Resting energy expenditure, caloric intake, and short-term weight change in HIV infection and the AIDS. *Am J Clin Nutr* 1992; 55: 455-460.
- Gurr ML. The role of lipids in the regulation of the immune system. *Prog Lip Res* 1983; 22: 257-287.
- Halliwell B, Cross C. Reactive oxygen species, antioxidants and acquired immunodeficiency syndrome. *Arch Intern Med* 1991; 151: 29-31.
- Hallowell M. *Herbal healing: a practical introduction to medicinal herbs*. Garden City Park, New York: Avery Publishing Group; 1994: 191.
- Haraguchi Y, et al. Inhibition of HIV infection by zinc group metal compounds. *Antiviral Res* 1999; 43: 132-133.
- Harakeh S, Jariwalla RJ, Pauling L. Suppression of human immunodeficiency virus replication by ascorbate in chronically and acutely infected cells. *Proc Natl Acad Sci U.S.A.* 1990; 87: 7.245-7.249.
- Harakeh S et al. Mechanistic aspects of ascorbate inhibition of human immunodeficiency virus. *Chemico-biological Interactions* 1994; 91: 207-215.
- Harrimann GR, et al. Vitamin B12 malabsorption in patients with AIDS. *Arch Inter Med* 1989; 149: 2039-2041.
- Hartman DE. *Neuropsychological toxicology: identification and assessment of human neurotoxic syndromes*. Nova York: Plenum Press; 1995.
- Hass EM. *The detox diet*. Berkeley, California: Celestial arts; 1996.

- Hass EM, Novey DW. Detoxification therapy. En: Novey DW. *Clinician's complete reference to complementary/alternative medicine*. St Louis : Mosby; 2000: 702-715.
- Hasselbach H *et al.* Thymus size in infants from birth until 24 months of age evaluated by ultrasound. *Acta Radiol* 1999; 40: 41-44.
- Haug C *et al.* Subnormal serum concentration of 1,25 -vitamin D in HIV infection: Correlation with degree of immune deficiency and survival. *JID* 1994; 169: 889-893.
- Haverkos HW, Dougherty JA. Health hazards of nitrite inhalants. Washington D. C.: United States Dept of Health & Human Services; 1988: 83.
- Haverkos HW, Drotman DP. Measuring inhalant nitrite exposure in gay men: Implications for elucidating the etiology of AIDS-related Kaposi's sarcoma. *Genetica* 1995; 95: 157-164.
- Healey D, Bolton W. Apparent HIV-1 glycoprotein reactivity on Western blot in uninfected blood donors. *AIDS* 1993; 7: 655-658.
- Heise ER. Diseases associated with immunosuppression. *Environ Health Perspect* 1982; 43:9.
- Heller L. Nutrition support for children with HIV/AIDS. *J Am Diet Assoc* 1997; 97: 473.
- Hemila H. vitamin C and infectious diseases. In: Pacler L, Fuchs J. Vitamin C in health and disease. New York: Marcel Dekker, 1997.
- Herberman RB. Cellular immunity. En: Mendelson J, Howlwy PM, Israel MA, Liotta LA. The molecular basis of cancer. 1995: 511-533.
- Herrera BC. Vitamin E: action, metabolism and perspectives. *J Physiol Bioch* 2001; 57 (2): 43-56.
- Hickson JF. Diet and nutrition for optimal immune function. En: Bahl SM, Hickson JF. *Nutritional care for HIV-positive persons: a manual for individuals and their caregivers*. Boca Raton: CRC Press; 1995: 1-36.
- Hira SK *et al.* Apparent vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1 by breast-feeding in Zambia. *J Pediatr* 1990; 117: 421-424.
- Ho DD. Time to hit HIV, early and hard. *NEJM* 1995; 333: 450-451.
- Ho DD *et al.* Idiopathic CD4 T-lymphocytopenia - Immunodeficiency without evidence of HIV infection. *NEJM* 1993; 328: 380-385.
- Hodgkinson N. Science fails the "AIDS test". In: *AIDS: The failure of contemporary science*. How a virus that never was deceived the world. London: Fourth Estate, 1996: 232-262.
- Hoffman MR. Chemical pollution of the environment: past, present, and future. En: Lake JV *et al.* *Environmental changes and human health*. Ciba Foundation Symposium 175. Chichester: John Wiley & Sons; 1993: 23-31.
- Holodny M, Busch MP. Establishing the diagnosis of HIV infection. In: Dolin R, Masur H, Saag MS. *AIDS theory*. New York: Churchill Livingstone; 2003: 3-20.
- Holsapple MP, Munson AE, Amos H. Immunotoxicology of abused drugs. En: Dean JH, Luster MI, Munson AE, Amos H. *Immunotoxicology and immunopharmacology*. Nova York: Raven Press; 1986: 381.
- Hommes MJT *et al.* Resting energy expenditure and substrate oxidation in human immunodeficiency virus (HIV)-infected asymptomatic men: HIV affects host metabolism in the early asymptomatic stage. *Am J Clin Nutr* 1991; 54: 311-315.
- Hori K, *et al.* Selenium supplementation suppresses tumor necrosis factor alpha-induced HIV type 1 replication in vitro. *AIDS Res Hum Retroviruses* 1997; 13: 1325-1332.
- Horrobin DF. The philosophical basis of peer review and the suppression of innovation. *JAMA* 1990; 263: 1438-1441.
- Horrobin DF. Peer review of grant applications: a harbinger for mediocrity in clinical research? *Lancet* 1996; 348: 1293-1295.
- Horrobin DF. Something rotten at the core of science? *Trends Pharmacol Sciences* 2001; 22(2): 51-52.
- Hsia J. False-positive ELISA for human immunodeficiency virus after influenza vaccination. *JID* 1993; 167: 989.
- Huang HY, Caballero B, Chang S, *et al.* Multivitamin/mineral supplements and prevention of chronic disease. *Amer J Clin Nutr* 2006; 85 (1): 265S-268S.
- Humphrey JH, *et al.* Short-term effects of large-dose vitamin A supplementation on viral load and immune response in HIV-infected women. *J AIDS Retrovirol* 1999; 20: 44-51.
- Hunter JB, Menitove JE. HLA antibodies detected by ELISA HTLV-III antibody kits. *Lancet* 1985; ii: 397.
- Hurwitz BE *et al.* Suppression of human immunodeficiency virus type 1 viral load with selenium supplementation: a randomized controlled trial. *Arch Inter Med* 2007; 167: 148-154.
- Hussey G *et al.* Vitamin A status and supplementation and its effects on immunity in children with AIDS. In: Program and abstracts of the XVII international vitamin A consultative group meeting: 1996, Guatemala City, Guatemala. Washington DC: International Life Sciences Institute: pages 6, 81.

- Ibs KH, Rink L. Zinc-altered immune function. *J Nutr* 2003; 133: 1452S-1456S.
- Imlay JA. Pathways of oxidative damage. *Ann Rev Microbiol* 2003; 57: 395-418.
- Institute of Medicine, National Academy of Sciences. *Confronting AIDS*. Washington DC: National Academy Press, 1986.
- Irwin M. AIDS and the voodoo hex. February 2002. <http://www.virusmyth.net/aids/data/mivoodoo.htm>
- Isaacman S. Positive HIV antibody test results after treatment with hepatitis B immune globulin. *JAMA* 1989; 262: 209.
- Jackson G et al. Passive immunoneutralization of human immunodeficiency virus in patients with advanced AIDS. *Lancet* 1988; Sep 17: 647.
- Jacobs RA, et al. Immunocompetence and oxidant defense during ascarbate depletion of healthy men. *Am J Clin Nutr* 1991; 54: 1302s-1309s.
- Jain VK, Chandra RD. Does nutritional deficiency predispose to acquired immunodeficiency syndrome? *Nutr Res* 1984; 4: 537.
- James K, Hargreave E. Immunosuppression by seminal plasma and its possible clinical significance. *Immunol today* 1984; 5: 357.
- Jarstrand C, Akerlund B. Oxygen radical release by neutrophils of HIV-infected patients. *Chemico-Biological Interactions* 1994; 91: 141-146.
- Javier JJ et al. Antioxidant micronutrients and immune function in HIV-1 infection. *FASEB Proc* 1990; 4A: 940-945.
- Jindal R et al. False-positive tests for HIV in a woman with lupus and renal failure. *NEJM* 1993; 328: 1281-1282.
- Johann-Liang R et al. Energy balance, viral burden, insulin-like growth factor-1, interleukin-6, and growth impairment in children infected with HIV. *AIDS* 2000; 14: 683-690.
- John GC et al. Genital shedding of human immunodeficiency virus type 1 DNA during pregnancy: association with immunosuppression, abnormal cervical or vaginal discharge, and severe vitamin A deficiency. *JID* 1997; 175: 57-62.
- Johnson AM, Laga M. Heterosexual transmission of HIV. *AIDS* 1988; 2 (Suppl 1): S49-S56.
- Johnson AM et al. Sexual lifestyles and HIV risk. *Nature* 1992; 360: 410-412.
- Johnson C. Playing Russian Roulette in the Lab: Can you Really Trust the AIDS Test? New York: *The HEAL Bulletin*, Special Edition, 1993.
- Johnson C. Is Anyone Really Positive? *Continuum* (London); April/May 1995.
- Johnson C. Factors Known to Cause False-Positive HIV Antibody Test Results; *Zenger's* San Diego, California, September 1996a: 8-9.
- Johnson C. Whose Antibodies Are They Anyway? *Continuum* (London), September/October 1996b; 4(3):4-5.
- Johnson C. The PCR to prove HIV infection. *Viral Load and why they Can't be used. Continuum* (London) 1996c; 4:33-37 and 39.
- Jovanovic S. Biomarkers of oxidative stress in clinical practice. *Townsend Letter for Doctors and Patients* 1998; August/September: 72-76.
- Jungkind D et al. Effect of using heat-inactivated serum with the Abbott human T-cell lymphotropic virus type III [HIV] antibody test. *J Clin Micro* 1986; 23: 381.
- Kabat GC, Miller AB, Jain M, et al. Dietary intake of selected B vitamins in relation to risk of major cancer in women. *Br J Cancer* 2008; 99(5): 816-821.
- Kalevic T, Kinter A, Poli G, Anderson ME, Meister A, Fauci AS. Suppression of human immunodeficiency virus expression in chronically infected monocytic cells by glutathione, glutathione ester and N-acetyl-cysteine. *Proc Natl Acad Sci USA* 1991; 88: 986.
- Kaminski NE. Mechanism of immune modulation by cannabinoids. En: Dean JH, Luster MI, Munson AE, Kimber. *Immunotoxicology and immunopharmacology*. New York: Raven Press; 1994; 349-362.
- Kaplan DR. A nobel mechanism of immunosuppression mediated by ethanol. *Cell Immunol* 1986; 102: 1.
- Karter DL et al. Vitamin A deficiency in non-vitamin-supplemented patients with AIDS: a cross-sectional study. *J AIDS Hum Retrovirol* 1995; 8: 199-203.
- Kashala O et al. Infection with human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) and human T-cell lymphotropic viruses among leprosy patients and contacts: correlation between HIV-1 cross reactivity and antibodies to lipoarabinoxymannan. *JID* 1994; 169: 296-304.
- Kawai K, et al. A randomized trial to determine the optimal dosage of multivitamin supplements to reduce adverse pregnancy outcomes among HIV-infected women in Tanzania. *Amer J Clin Nutr* 2010; 91: 391-397.
- Keherer JP. Free radicals as mediators of tissue injury and disease. *Crit Rev Toxicol* 1993; 23: 21-48.
- Kelly P, et al. Micronutrient supplementation in AIDS diarrhoea wasting syndrome in Zambia: A randomized controlled trial. *AIDS* 1999; 13: 495-500.

- Kemeny ME. Psychoneuroimmunology of HIV infection. En: Zegans LS, Coates TJ. Psychiatric manifestations of HIV disease. *Psychiat Clin NA* 1994; 17: 55-68.
- Kemeny ME et al. Psychoneuroimmunology. En: Nemeroff C. *Neuroendocrinology*. Telford, NJ: Telford Press; 1992: 563-591.
- Kennedy CM, et al. Randomized controlled trial assessing the effect of vitamin A supplementation on maternal mortality during pregnancy and post-partum among HIV-infected women. *J AIDS* 2000; 24: 37-44.
- Kent G, Delany L, Hope T, Grant V. Teaching analysis. Informed consent: A case for multidisciplinary teaching. *Health Care Analysis* 1996; 4(1):65-79.
- Keppe N. *A glorificação*. São Paulo: Próton Editora, 2ª Ed 1987: 168.
- Keppe N. *Metafísica trilogía, volume III: Cura através das forças energéticas. Medicina autêntica*. São Paulo: Próton Editora, 1995: 175.
- Keppe N. *A nova Física da metafísica desinvertida*. São Paulo: Próton Editora, 2ª Ed 2009: 130.
- Keppe N. *Metafísica trilogía, volume I: Alibertação do ser*. São Paulo: Próton Editora, 1999a: 203.
- Keppe N. *O homem universal*. São Paulo: Próton Editora, 1999b: página 115.
- Keppe N. *A libertação pelo conhecimento: a idade da razão*. São Paulo: Próton Editora, 2ª Ed 2001a: páginas 14, 16, 97, 115, 175.
- Keppe N. *A origem da sanidade*. São Paulo: Próton Editora, 1ª Ed 2001b: 132.
- Keppe N. *Sociopatología: Estudo sobre a patologia social. Bases para a nova civilização do terceiro milênio*. São Paulo: Próton Editora, 2ª Ed 2002a: 298.
- Keppe N. *Metafísica trilogía, volume II: Fenômenos sensoriais "transcendentais"*. São Paulo: Próton Editora, 2ª Ed 2002b: 226.
- Keppe N. *A consciência*. São Paulo: Próton Editora, 2ª Ed 2004a: 230.
- Keppe NR. *Contemplação e acção*. 2ª Ed. São Paulo: Próton Editora, 2004b: 199.
- Keppe N. *El origen de las enfermedades síquicas, orgánicas y sociales*. São Paulo: Próton Editora, 2005: 142.
- Keppe N. *Bíblia Trilogía*. São Paulo: Próton Editora, 2007: 144.
- Keppe N. *O reino Divino*. São Paulo: Próton Editora, 2008: 119.
- Keppe N. *Teología trilogía (Científica)*. São Paulo: Próton Editora, 2009: 138.
- Keusch GT, Farthing MJG. Nutritional aspects of AIDS. *Annu Rev Nutr* 1990; 10: 475-501.
- Keusch GT, Thea DM. Malnutrition in AIDS. *Med Clin NA* 1993; 77(4): 795-814.
- Khatami M. Inflammation, aging, and cancer: tumoricidal versus tumorigenesis of immunity. *Cell Bioch Biophys*; 2009; 55(2): 55-79.
- Kiecolt-Glaser JK, Glaser R. Psychological influences on immunity. Implications for AIDS. *Amer J Psychol* 1988; 43: 892-899.
- Kimber I, Selgrade MJK. *T lymphocyte subpopulations in immunotoxicology*. Chichester: John Wiley & Sons; 1998: 302.
- Kindt TJ, Osborne BA, Goldsby RA. *Kuby Immunology*. 6ª Edition; W.H. Freeman and Company; 2007: 574.
- King B et al. Voluntary confidential testing for couples in Kigali Rwanda [letter]. *AIDS* 1993; 7: 1393.
- Kiure AK, Msamanga GI, Fawzi WW. Nutrition and HIV infection. In: Essex M, Mboup S, Kanki PJ, Marlink RG, Thou SD. *AIDS in Africa*. 2ª edición. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers. 2002: 419-435.
- Koch J, et al. Steatorrhea: a common manifestation in patients with HIV/AIDS. *Nutrition* 1996; 12: 507-510.
- Konde-Lule JK et al. Adolescents, sexual behavior and HIV-1 in rural Rakai district, Uganda. *AIDS* 1997; 11: 791-799.
- Kotler DP et al. Body composition studies in patients with the acquired immunodeficiency syndrome. *Am J Clin Nutr* 1985; 42: 1255-1265.
- Kotler DP et al. Magnitud of body-cell-mass depletion and the timing of death from wasting in AIDS. *Am J Clin Nutr* 1989; 50: 444-447.
- Kousmine C. El método Kousmine. *Medicinas Complementarias* 1989; No. 17: 19-23.
- Koval TM. *Stress-Inducible Processes in Higher Eukaryotic Cells*. New York: Plenum Press, 1997: 256.
- Kowdley KV, Mason JB, Meydani SN, et al. Vitamin E deficiency and impaired cellular immunity related to intestinal fat malabsorption. *Gastroenterology* 1992; 102 (6): 2139-2142.
- Kuhn P, Seidl S, Holzberger G. HLA DR4 antibodies cause positive HTLV-III antibody ELISA results. *Lancet* 1985; i: 1222-1223.
- Kupka R et al. Randomized double-blind, placebo-controlled trial of selenium supplementation among HIV-infected pregnant women in Tanzania: effects on maternal and child outcomes. *Am J Clin Nutr* 2008; 87: 1802-1808.

- Labe RF. Nutrition support. *Clinics in Laboratory Medicine* 1993; 13: 323-530.
- Lacey CJ et al. Antioxidant-micronutrients and HIV infection. *International J STD & AIDS* 1996; 7: 485-489.
- Lai-Goldman, et al. Presence of HTLV-III (HIV) antibodies in immune serum globulin preparations. *Am J Clin Path* 1987; 87: 635.
- Lamoureaux G et al. Is prior mycobacterial infection a common predisposing factor to AIDS in Haitians and Africans? *Ann Inst Pasteur/Immunol* 1987; 138: 521-529.
- Lan Y et al. Carotenoid status of pregnant women with and without HIV infection in Malawi. *East Afr Med J* 1999; 76: 133-137.
- Landaburu E. Sobre el bienestar físico. En: *Cuidate compa/ Barcelona*: Txalaparta; 2001: 13-130.
- Landers DV. 1995 *Nutrition and immune function II: Maternal factors influencing transmission. Nutrition in pediatric HIV infection: Setting the research agenda*, Bethesda, MD, September 1995.
- Landesman S. Vitamin A relationships to mortality in HIV disease and effects on HIV infection: recent and late breaking studies. Presented at forum, Lawton Chile International House, *National Institutes of Health*, Bethesda, MD, May 16, 1996.
- Langedijk J et al. Identification of cross-reactive epitopes recognized by HIV-1 false positive-sera. *AIDS* 1992; 6: 1547-1548.
- Larrat PE, Zierler S. Entangled epidemics: Cocaine use and HIV disease. *J Psychoactive drugs* 1993; 25: 207-221.
- Latchman DS. *Stress Proteins*. Springer, 1999: 422.
- Lauritsen J. *Poison by prescription: The AZT story*. New York: Asklepios; 1990.
- Lauritsen J. The AIDS war. Propaganda, profiteering and genocide from the medical-industrial complex. New York: Asklepios; 1993; 480.
- Layon J et al. Altered T-lymphocyte subsets in hospitalized intravenous drug abusers. *Arch Intern Med* 1984; 144: 1376.
- Lee D et al. HIV false positivity after hepatitis B vaccination. *Lancet* 1992; 339: 1060.
- Leib-Mösch C, Brack-Werner R, Bachmann M et al. Endogenous retroviral elements in human DNA. *Cancer Research* 1990; 50: 5636s-5642s.
- Leo-Amador G et al. Antibodies against human immunodeficiency virus in generalized lupus erythematosus. *Salud Publica de Mexico* 1990; 32: 15.
- Leon DA. Fetal growth and adult disease. *Eur J Clin Nutr* 1998; 52(suppl): S72-S82.
- Lepage P et al. Are medical injections a risk factor for HIV infection in Children? *Lancet* 1986; ii: 1103-1104.
- Lerner WD. Cocaine abuse and acquired immunodeficiency syndrome: Tale of two epidemics. *Am J Med* 1989; 87: 661-663.
- Leroy V et al. Seroincidence of HIV-1 infection in African women of reproductive age: a prospective cohort study in Kigali, Rwanda, 1988-1992. *AIDS* 1994; 8: 683-686.
- Levy JA. Pathogenesis of human immunodeficiency virus infection. *Microbiological Reviews* 1993; 57: 183-289.
- Levy JA. Overall features of HIV pathogenesis: Prognosis for long-term survival. En: *HIV and the pathogenesis of AIDS*. Second Edition. Washington DC: ASM Press; 1998; 311-338.
- Levy JA, Hoffman AD, Kramer SM, et al. Isolation of lymphocytotropic retroviruses from San Francisco patients with AIDS. *Science* 1984; 225: 840-842.
- Lewis S, Ho D. The pathogenesis of HIV infection. In: Crowe S, Hoy J, Mills J. *Management of the HIV-infected patient*. London: Martin Dunitz; 2002: 35-50.
- Lewis D, Wilson C. Developmental immunology and the role of host defenses in neonatal susceptibility. In: Remington J, Klein J. *Infectious diseases of the fetus and newborn infant*. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1995; 108-139.
- Lezaeta-Acharán M. *Medicina natural ao alcance de todos*. São Paulo, Brasil: Hemus, 2003: 469.
- LiAP, Heflich RH. *Genetic toxicology*. Boca Raton: CRC; 1991.
- Lieb J. Lithium and immune function. *Med Hypothesis* 1987; 23: 73-93.
- Lim, M.S. & Elenitoba-Johnson, K.S. The molecular pathology of primary immunodeficiencies. *J Mol Diagn* 2004; 6, 59-83.
- Lindgren, M.L. et al. Applying public health strategies to primary immunodeficiency diseases: a potential approach to genetic disorders. *MMWR* 2004; Reconn Rep 53, 1-29.
- Lockie A, Geddes N. Estilo de vida y salud. En: *La guía completa de la homeopatía: los principios y la práctica del tratamiento*. Buenos Aires: Javier Vergara; 1996: 26-29.
- Locksley R. Immune responses to protozoa. En Rich RR et al. *Clinical immunology, principles and practice*. St. Lois: Mosby; 1996: 550-560.
- Loyn D. The vicious circle of AIDS and poverty. *BBC News World Edition*. November 11, 2003.

- Long C, Maull KI, Krishnan RS et al. Ascorbic acid dynamics in seriously ill and injured. *J Surg Res* 2003; 109(2): 144-148.
- Löwer R et al. The viruses in all of us: characteristics and biological significance of human endogenous retrovirus sequences. *Proc Natl Acad Sci USA* 1996; 93: 5177-5184.
- Loya S et al. The carotenoid halocynthiaxanthin: a novel inhibitor of the reverse transcriptase of human immunodeficiency viruses type 1 and type 2. *Arch Biochem Biophys* 1992; 293: 208-212.
- Lundberg GD. Serological Diagnosis of Human Immunodeficiency Virus Infection by Western Blot Testing. *JAMA* 1988; 260:674-679.
- Luster MI. Immunotoxicology: clinical consequences. *Toxicol and Health* 1996; 12 (3-4):533-535.
- MacKenzie DWR. Cryptococcosis in the AIDS era. *Epidem Inf* 1989; 102: 361-363.
- MacKenzie W et al. Multiple false-positive serologic tests for HIV, HTLV-1 and hepatitis C following influenza vaccination. *JAMA* 1992; 268: 1051-1017.
- Mager DL, Freeman JD. Human endogenous retroviruslike genome with type C pol; sequences and gag sequences related to human T-cell lymphotropic viruses. *J Virol* 1987; 61: 4060-4066.
- Mahan LK, Escott-Stump S. Medical nutritional therapy for human immunodeficiency virus (HIV) infection and acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). In: *Food, nutrition, and diet therapy*. Philadelphia: W.B. Saunders Company. 2000; 889-911.
- Mahe A. *El plasma de Quinton. El agua de mar nuestro medio interno*. Barcelona: Romana/Valls, S. A.; 2001: 190.
- Malamba SS et al. Risk factors for HIV-1 infection in adults in a rural Ugandan community: a case-control study. *AIDS* 1994; 8: 253-257.
- Mann JM et al. Risk factors for immunodeficiency virus seropositivity among children 1-24 months old in Kinshasha, Zaire. *Lancet* 1986; ii: 654-657.
- Mann JM. AIDS in Africa. *Sci Amer* 1987; March 26: 40-43.
- Mann JM. Heterosexual transmission of HIV: a global view a decade later. *Int J STD AIDS* 1993; 4: 353-356.
- Mann J, Hoy J, Mills J. *Management of the HIV-infected patient*. Cambridge: Cambridge University Press; 1996: 437.
- Mann JM et al. Risk factors for immunodeficiency virus seropositivity among children 1-24 months old in Kinshasha, Zaire. *Lancet* 1986; ii: 654-657.
- Marion SA et al. Evidence that prior immune dysfunction predisposes to human immunodeficiency virus infection in homosexual men. *J AIDS* 1989; 2: 178-186.
- Marston W. The fungus among us. *The New York Times Magazine* 11 de fevereiro de 1996:42-43.
- Martinez E. Tendencias Científicas. Descubren cómo funciona el efecto placebo. Julio 2007. www.tendencias21.net
- Maskill WJ, Gutz ID. HIV-1 Testing in Australia. *Australian Prescriber* 1992; 15: 11-13.
- Mathe G. Is the AIDS virus responsible for the disease? *Biomed Pharmacother* 1992; 46: 1-2.
- Mayne ST. Antioxidant nutrients and chronic disease: use of biomarkers of exposure and oxidative stress status in epidemiological research. *J Nutr* 2003; 133 Suppl 3: 933S-940S.
- McDade TW et al. Prenatal undernutrition is associated with reduced immune function in adolescence. *FASEB* 2000; 14: A792 (abs.).
- McDade TW et al. Prenatal undernutrition, postnatal environments, and antibody response to vaccination in adolescence. *Am J Clin Nutr* 2001a; 74: 543-548.
- McDade TW et al. Prenatal undernutrition and postnatal growth are associated with adolescent thymic function. *J Nutr* 2001b; 131: 1225-1231.
- McDonald KS et al. Vitamin A and risk of HIV-1 seroconversion among Kenyan men with genital ulcers. *AIDS* 2001; 15: 635-639.
- McGregor GP, Biesalski HK. Rational and impact of vitamin C in clinical nutrition. *Curr Op Clin Nutr Med Care* 2006; 9 (6): 697-703.
- McKenna St et al. Rapid HIV testing and counselling for voluntary testing in Africa. *AIDS* 1997; 11(suppl 1): S103-S110.
- McKenzie RC, Arthur JR, Miller SM, et al. Selenium and the immune system. In: Calder PC, Field CJ, Gill NS. *Nutrition and the immune function*. Oxford, UK: CAB International 2002: 229-250.
- McNeil DG. Daily vitamin can thwart AIDS progress, study says. *The New York Times* 2004, July 1: A8.
- Meadows NJ, Smith ME, Keeling PWN et al. Zinc and small babies. *Lancet* 1981; 2: 1135-1137.
- Mehendale SM et al. Low carotenoid concentration and the risk of HIV seroconversion in Pune, India. *AIDS* 2001; 26: 352-359.

- Melbye M, Biggar RJ. Interactions between persons at risk for AIDS and the general population in Denmark. *Am J Epidemiol* 1992; 135: 593-602.
- Melbye M et al. Evidence for heterosexual transmission and clinical manifestations of human immunodeficiency virus infection and related conditions in Lusaka, Zambia. *Lancet* 1986; ii: 1113-1115.
- Melchior JC et al. Resting energy expenditure is increased in stable malnourished HIV-infected patients. *Am J Clin Nutr* 1991; 53: 437-441.
- Melchior JC, et al. Resting energy expenditure in HIV-infected patients: Comparison between patients with and without secondary infections. *Amer J Clin Nutr* 1993; 57: 614-619.
- Melchior JC et al. Malnutrition and wasting, immunodeficiency, and chronic inflammation as independent predictors of survival in HIV-infected patients. *Nutrition* 1999; 15: 865-869.
- Mendenhall C et al. False-positive tests for HTLV-III [HIV] antibodies in alcoholic patients with hepatitis. *NEJM* 1986; 314: 921.
- Merchant AT et al. Multivitamin supplementation of HIV-positive women during pregnancy reduces hypertension. *J Nutr* 2005; 135: 1776-1781.
- Metcalfe JA, Davey RT, Lane HC. Acquired Immunodeficiency Syndrome: Serologic and Virologic Tests. In: Devita VT, Curran J, Hellman S, et al. *AIDS: Etiology, Diagnosis, Treatment and Prevention*. 4th Edition. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997: 177-196.
- Metha S, Fawzi WW. Effects of vitamins, including vitamin A, on HIV/AIDS patients. *Vitam Horm* 2007; 75: 355-383.
- Metha S, et al. Nutritional indicators of adverse pregnancy outcomes and mother-to-child transmission of HIV among HIV-infected women. *Amer J Clin Nutr* 2008; 87: 1639-1649.
- Melias R. Human Immunodeficiency Virus V3 peptide-reactive antibodies are present in normal HIV-negative sera. *AIDS Res Hum Retrov* 1999; 15: 671-677.
- Meydani SN et al. Vitamin E supplementation enhances cell-mediated immunity in healthy elderly subjects. *Am J Clin Nutr* 1990; 52: 557-563.
- Meydani SN et al. Vitamin B-6 deficiency impairs interleukin-2 production and lymphocyte proliferation in elderly adults. *Am J Clin Nutr* 1991; 53: 1275-1280.
- Meydani SN et al. Vitamin E supplementation enhances in vivo immune response in healthy elderly: a dose-response study. *JAMA* 1997; 277: 1380-1386.
- Meydani SN, Han SN, Wu D. Vitamin E and immune response in the aged: molecular mechanisms and clinical implications. *Immunol Rev* 2005; 205: 269-284.
- Mikhael NZ, Peel HW. Maternal drug abuse and subsequent effects on the newborn. En: Kacew S, Reasor MJ. *Toxicology and their newborn*. Amsterdam: Elsevier; 1984: 101-120.
- Müller K, Turk JL, Nicklin S. *Principles and practice of immunotoxicology*. Oxford: Blackwell Scientific; 1992: 379.
- Mims CA, Dimmock NJ, Nash A, Stephen J. The Immune Response to Infections. In: *Mims' Pathogenesis of Infectious Diseases*. Chapter 6. London: Academic Press, 1995: 136-167.
- Moore MAS. Colony-stimulating factor. En: RICHRR. *Clinical immunology, principles and practice*. Chapter F Immune Modulation. London: Mosby; 2001: 114.1-114.13.
- Moore J et al. HTLV-III [HIV] seropositivity in 1971-1972 parenteral drug abusers—a case of false-positives or evidence of viral exposure? *NEJM* 1986; 314: 1387-1388.
- Moore PS et al. Role of nutritional status and weight loss in HIV seroconversion among Rwandan women. *AIDS* 1993; 6: 611-616.
- Moore SE et al. Season of birth predicts mortality in rural Gambia. *Nature* 1997; 338: 434.
- Moore SE et al. Prenatal or early postnatal events predict infectious deaths in young adulthood in rural Africa. *Int J Epidemiol* 1999; 28: 1088-1095.
- Morimoto R, Tissieres A, Georgopoulos C. *Stress Proteins in Biology and Medicine*. Cold Spring Harbor Laboratory Press 1990: 450.
- Mortimer P et al. Which anti-HTLV-III/LAV [HIV] assays for screening and confirmatory testing? *Lancet* 1985; Oct 15: 873.
- Moscattelli P et al. Defective immunocompetence in foetal undernutrition. *Helv Paediatr Act* 1976; 31: 241-247.
- Moseson M et al. The potential role of nutritional factors in the induction of immunologic abnormalities in HIV-positive homosexual men. *AIDS* 1989; 2: 235-247.
- Mostlen MT. Toxic responses of the liver. En: Klaassen CD. *Cassarett and Dull's toxicology: the basic science of poisons*. Nova York: McGraw-Hill; 1996: 403-416.
- Most H. Manhattan: "A tropical isle?" *Amer J Trop Med Hyg* 1968; 17: 333-354.
- Mostand SB et al. Hormonal concentration, vitamin A deficiency, and other risk factors for shedding of HIV-1 infected cells from cervix and vagina. *Lancet* 1997; 350: 922-927.

- Mullis KB, Faloona FA. Specific synthesis of DNA in vitro via a polymerase-chain reaction. *Methods in Enzymology* 1987; 155: 335-350.
- Mullis KB. Dancing naked in the moon field. Pantheon; 1998.
- Naeye RL et al. Relation of poverty and race to birth weight and organ and cell structure in the newborn. *Pediatr Res* 1971; 5: 17-22.
- Nakajima H. Editorial: growing inequity is a matter of life and death. *World Health* 1994; 47:3.
- Nascimento-Spethmann CN. *Medicina alternativa de A a Z*. 7a edição. Uberlândia, MG: Editora Natureza, 2004: 391.
- Natarangelo LD, Fisher A, Geha S et al. Primary immunodeficiencies: 2009 update. The International Union of Immunological Societies (IUIS) Primary Immunodeficiencies (PID) Expert Committee. *J Allerg Clin Immunol* 2009; 124(6): 1161-1178.
- Nduati RW et al. Human immunodeficiency virus type-1 infected cells in breast milk: association with immunosuppression and vitamin A deficiency. *JID* 1995; 172: 1461-1468.
- Neale T et al. False-positive anti HTLV-III [HIV] serology. *New Zealand Med J* 1985; October 23.
- Needleman HI, Bellinger D. *Prenatal exposure to toxicants: Developmental consequences*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1994; 321.
- Newberne PM. Dietary fat, immunological response, and cancer in rats. *Cancer* (Philadelphia) 1981; 41: 3.783-3.785.
- N'Galy B, Ryder RW. Epidemiology of HIV infection in Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1988; 1: 551-558.
- Niles JL et al. Vasculitis. Kidney. Skin. Liver. Lung. Nervous System. En: Colvin RB, Bhan AK, McCluskey RT. *Diagnostic immunopathology*. 2a ed. Nova York: Raven Press; 1995: 95, 109, 123, 139, 155, 179.
- Null G. Alternative treatments. En: *AIDS: A second opinion*. New York: Seven Stories Press; 2002: 487-581.
- Nutman TB. Immune responses to helminth infections. En: Rich RR et al. *Clinical immunology, principles and practice*. St. Louis: Mosby; 1996: 561-570.
- O'Connor TE, Rauscher FJ, Ziegel RF. Density gradient centrifugation of a murine leukemia virus. *Science* 1964; 144: 1144-1147.
- Olayinka BA, Obi CL. Symptomatic HIV-infection in infants according to serostatus of mothers during pregnancy. *East Afr Med J* 1999; 76: 566-570.
- Oldham KT, Quice KS, Ward PA, Johnson KJ. The role of oxygen radicals in immune complex injury. *Free Radical Biol* 1988; 4: 387-397.
- Olmedo JM, Yiannias JA, Windgassen EB et al. Scurvy: a disease almost forgotten. *Int J Dermatol* 2006; 45(8): 909-913.
- Olmsted L, et al. Selenium supplementation of symptomatic HIV-infected patients. *Biol Trace Elem Res* 1989; 20: 59-65.
- Olszewer E, Jaldin C. *Vade Mécum ortomolecular de A a Z*. São Paulo: Multimédia Editora, 2007: 448.
- O'Mara P. Life, liberty, and informed consent. *Mothering* September/October 1998; (90): 6-9.
- Ortiz J, Pacheco C, Et Al. Stop a restrição do mundo. Lisboa: Proton Editora, 1991. www.stop.org.br
- Osterholm MT, Hedberg GW. Epidemiology of infectious diseases. En: Mandel GL et al. *Principles and practices of infectious diseases*. Nova York: Churchill Livingstone; 1995: 158-168.
- Ozanne G, Fauvel M. Performance and reability of five commercial enzyme-linked immunosorbent assay kits in screening for anti-human immunodeficiency virus antibody in high risk subjects. *J Clin Micro* 1988; 26: 1496.
- Pace GW, Leaf CD. The role of oxidative stress in HIV disease. *Free Radic Biol Med* 1995; 19: 523-528.
- Pacheco C. *A cura pela consciência: Teomania e stress*. São Paulo: Próton Editora, 4ª Ed 2001: 176.
- Pacheco C. *As mulheres no divã: Uma análise da psicopatologia feminina*. São Paulo: Próton Editora, 3ª Ed. 2004: 175.
- Pacheco C. *De olho na saúde – O ABC da psicossomática trilogica*. São Paulo: Próton Editora, 2007: 185.
- Pacheco C e outros autores. *Medicina psicossomática trilogica: Saúde integral*. São Paulo: Próton Editora, 2009: 202.
- Pacheco C. *ABC de la Trilogia Analítica. Psicoanálisis Integral*. São Paulo: Próton Editora, 2010: 158.
- Packer L. Vitamin C and redox cycling antioxidants. In: *Vitamin C in health and disease*. New York: Marcel Dekker; 1997.

- Papamantidis V et al. Supplementation of healthy volunteers with nutritionally relevant amounts of selenium increases the expression of lymphocyte protein biosynthesis genes. *Am J Clin Nutr* 2008; 87: 181-189.
- Panem S. C type virus expressions in the placenta. *Curr Top Pathol* 1979; 66: 175-189.
- Papadopoulos-Eleopoulos E. Reappraisal of AIDS - Is the oxidation induced by the risk factor the primary cause? *Medical Hypotheses* 1988; 25: 151-162.
- Papadopoulos-Eleopoulos E. Looking back on the oxidative stress theory of AIDS. *Continuum* (London) 1998/9; 5(5): 30-35.
- Papadopoulos-Eleopoulos E, Turner VF, Papadimitriou J. Oxidative stress, HIV and AIDS. *Res Immunol* 1992; 143: 145-148.
- Papadopoulos-Eleopoulos E, Turner VF, Papadimitriou JM. Is a positive Western blot proof of HIV infection? *Bio/Technology* 1993; 11: 696-707.
- Papadopoulos-Eleopoulos E, Turner VF, Papadimitriou JM & Causer D. A critical analysis of the HIV-T4-cell AIDS hypothesis. *Genetica* 1995; 95: 5-24.
- Papadopoulos-Eleopoulos E, Turner VF, Papadimitriou JM & Causer D. The isolation of HIV: Has it really been achieved: The case against. *Continuum* (London) 1996; 4(6): S1-S24.
- Papadopoulos-Eleopoulos E, Turner VF, Papadimitriou JM & Causer D. HIV antibodies: further questions and plea for clarification. *Curr Med Res Opin* 1997a; 13: 627-634.
- Papadopoulos-Eleopoulos E, Turner VF, Papadimitriou JM, et al. Why no whole virus? *Continuum* (London) 1997b; 4(5): 27-30.
- Papadopoulos-Eleopoulos E, Turner VF, Papadimitriou JM, et al. Between the lines: A critical analysis of Luc Montagnier's interview to Djamel Tah. *Continuum* (London) 1997/8; 5(2): 35-45.
- Papovic M, Sarnagadharan MG, Read E, et al. Detection, isolation, and continuous production of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS and pre-AIDS. *Science* 1984; 224: 497-500.
- Paradisi L et al. Effects of 4-hydroxynonenal on adenylate cyclase and 5'-nucleotidase activities in rat liver plasma membrane. *Chem Biol Interact* 1985; 53: 209-217.
- Parkin DM. Cancer in developing countries. En: Doll R et al. *Trends in cancer incidence and mortality*. Nova York: Cold Spring Harbor Laboratory Press; 1994: 519.
- Passi S. Progressive increase of oxidative stress in advancing human immunodeficiency. *Continuum* (London) 1998; 5(4): 20-26.
- Passi S, De Luca C. Dietetic advice for immuno efficiency. *Continuum* (London) 1998-1999; 5(5): 43-52.
- Passi S et al. Study on plasma polyunsaturated fatty acids and vitamin E, and on erythrocyte glutathione peroxidase in high risk HIV infection categories and AIDS patients. *Clin Chem Enzym Comms* 1993; 5: 169-177.
- Paul WE. *Fundamental immunology*. 4a ed. Filadelfia: Lippincott-Raven; 1999: 1.589.
- Pauling L. *Vitamin C, the common cold, and flu*. San Francisco, CA: W.H. Freeman and company 1976.
- Pearlman ES, Ballas SK. False-positive human immunodeficiency virus screening test related to rabies vaccination. *Arch Pathol Lab Med* 1994; 118: 805.
- Peretz A et al. Effects of selenium supplementation in immune parameters in gut failure patients on home potential nutrition. *Nutrition* 1991; 7: 215-221.
- Periquet B A et al. Micronutrient level in HIV-1 infected children. *AIDS* 1995; 9: 887-893.
- Pernet P et al. Intestinal absorption and permeability in HIV -infected patients. *Scand J Gastroenterol* 1999; 34: 29-34.
- Perry S. Psychoneuroimmunology and AIDS: Challenge or "challenger"? En: Stein M, Baum A. *Perspectives in behavioral medicine: Chronic diseases*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associated Publishers, 1995: 273-286.
- Pessanti EL. A history of tuberculosis. En: Lutwick LJ. *Tuberculosis: a clinical handbook*. London: Chapman & Hall Medical; 1995: 5-19.
- Peterman T et al. Hemodialysis/renal failure. *JAMA* 1986; 255: 2324.
- Peterson PK. Host defense abnormalities predisposing the patient to infection. *Amer J Med* 1984; 72: 2.
- Philpott P. HIV hysteria leads UN to launch anti-breastfeeding campaign. *Reappraising AIDS* 1998; 6(9): 1-3
- Phuapradit W et al. Serum vitamin A and beta-carotene levels in pregnant women infected with HIV-1. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 564-567.
- Piette J et al. Molecular mechanisms of virus activation by free radicals. Collection of 5 articles presented at a conference on "The place of oxygen free radicals in HIV infections", Les Deux Alpes, France, January 1993. *Chemico-Biological Interactions* 1994; 91: 79-132.
- Pinching AJ. AIDS in Africa: lessons for us all. *J Roy Soc Med* 1986; 79: 501-503.

- Pins MR, Teruya J, Stowell CP. Human Immunodeficiency Virus testing and case detection: pragmatic and technical issues. In: Cotton D, Watts DH. *The Medical Management of AIDS in Women*. New York: John Wiley & Sons, 1997: 163-176.
- Piszkiwicz D. HTLV-III [HIV] antibodies after immune globulin. *JAMA* 1987; 257: 316.
- Playfair JHL. Overview: parasitism and immunology. In: Lachmann PJ et al. *Clinical aspects of immunology*. Boston: Blackwell Scientific Publications; 1993: 1439-1454.
- Polkov VM et al. Superoxide anion production and enzymatic disbalance in peripheral blood cells isolated from HIV-infected children. *Free Radic Biol Med* 1994; 16: 15-21.
- Potts AM. Toxic responses of the eye. En: Klaassen CD. *Cassarett and Dull's toxicology: The basic science of poisons*. Nova York: McGraw-Hill; 1996: 583-616.
- Powerty WG. *Manual of HIV therapeutics*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001: 274.
- Prabhala RH et al. Immunomodulation in humans caused by beta-carotene and vitamin A. *Nutr Res* 1990; 10: 1473.
- Prabhala RH et al. The effects of 13-cis-retinoic acid and beta-carotene on cellular immunity in humans. *Cancer* 1997; 67: 1556-1560.
- Prasad AS. Effects of zinc deficiency on immune functions. *J Trace Elements Exp Med* 2000; 13: 1-20.
- Prazuck T, et al. HIV infection and severe malnutrition: a clinical epidemiological study in Burkina Faso. *AIDS* 1993; 7: 103-108.
- Proffitt MR, Yen-Lieberman B. Laboratory diagnosis of human immunodeficiency virus infection. *Inf Dis Clin NA* 1993; 7: 203.
- Pryor WA. Free radicals and lipid peroxidation: what they are and how they got that way. En: Frei B. *Natural antioxidants in human health and disease*. San Diego: Academic Press; 1994: 1-23.
- Pryor WA, Godber SS. Oxidative stress status: an introduction. *Free Radical Bio Med* 1991; 10: 173.
- Pryor WA, Stone K. Oxidants in cigarette smoke: radicals, hydrogen peroxide, peroxyinitrate, and peroxyacetaldehyde. Tobacco smoking nutrition: influence of nutrition on tobacco associated health risks. *Am NY Acad Sci* 1993; 686: 12-28.
- Puck, J.M. Primary immunodeficiency diseases. *JAMA* 1997; 278, 1835-41.
- Purtillo DT, Connor DH. Fatal infections in protein caloric malnourished children with thymolympathic atrophy. *Arch Dis Child* 1975; 50: 149-152.
- Qolohle DC et al. Serological screening for sexually transmitted infections in pregnancy; is there any value in re-screening for HIV and syphilis at the time of delivery? *Genotourin Med* 1995; 71: 65-67.
- Quey B, Malinverni R, Lautenburg BH. Glutathione depletion in HIV infected patients: role of cysteine deficiency and effect of oral N-acetyl-cysteine. *AIDS* 1992; 5: 814.
- Quinn TC, Mann JM, Curran JW, Piot P. AIDS in Africa: An epidemiologic paradigm. *Science* 1986; 234: 955-963.
- Raiten DJ. *Nutrition and HIV infection: A review and evaluation of the extant knowledge of the relationship between nutrition and HIV infection*. FDA Contract No. 223-88-2124; 1990.
- Ramos KS, Chacon E, Costa D. Toxic responses of the heart and vascular system. En: Klaassen CD. *Cassarett and Dull's toxicology: the basic science of poisons*. Nova York: McGraw-Hill; 1996: 487-528.
- Ranki A et al. Antibodies to retroviral proteins in autoimmune connective tissue disease. *Arthritis and Rheumatism* 1992; 35: 1483.
- Rasnick D. Inhibitors of HIV protease use less against AIDS, because HIV doesn't cause AIDS. *Reappraising AIDS* 1996; 4(8): 1-4.
- Rath M, Paulin L. Immunological evidence for the accumulation of lipoprotein in the arteriosclerotic lesion of the hypooscorbic guinea pig. *Procc NA Sci* 1990; 87 (23): 9388-9390.
- Ratner L, Haseltine W, Patarca R et al. Complete nucleotide sequence of the AIDS virus, HTLV-III. *Nature* 1985; 277-284.
- Rattan SI. Theories of biological aging: genes, proteins, and free radicals. *Free Rad Res* 2006; 40(12): 1230-1238.
- Reid D. *The complete book of Chinese health and healing*. Boston : Shambhala Publications Inc.; 1995: 484.
- Reid L. Oxidative stress and antioxidants. A nutritional perspective. *Continuum (London)* 1998; 5(3): 52-54.
- Reillo M. *AIDS under pressure: hyperbaric medicine in the management of HIV disease*. Seattle: Gogrefe & Huber Publishers; 1997: 124.
- Revillard JP, Favier AE, Zittoun M. Lipid peroxidation in human immunodeficiency virus infection. *J AIDS* 1992; 5: 637-638.
- Reyo Z. *Alquimia interior*. São Paulo: Editora Ground, 1989: 350.
- Ribiero T et al. Serologic validation of HIV infection in tropical area. *AIDS* 1993; 6: 119.

- Rieder H, Ramadori G, Meyer Z, Buschenfelde KH. Guinea pig Kuffer cells can be activated *in vitro* to a superoxide response. I. Comparison with peritoneal macrophages. *J Hepatol* 1988; 7: 338-344.
- Rietschel RL, Fowler JF. Occupational dermatitis. En: *Fisher's contact dermatitis*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995: 551.
- Roberts L, Cohen J. HIV/AIDS: Latin America & Caribbean. *Science* 2006; 313: 467-490.
- Roche. *Amplicor HIV-1 Monitor test version 1.5*. Roche Molecular Systems, Inc. # 00058003466-02. 11/2003.
- Ródenas P. Alimentación y dietética. En: *El médico naturista opina. Una visión natural de la salud y la alimentación*. Barcelona: Océano Ambar; 2000a: 151-199.
- Ródenas P. El cuidado de nosotros mismos. *El médico naturista opina. Una visión natural de la salud y la alimentación*. Barcelona: Océano Ambar; 2000b: 203-238.
- Ródenas P. ¿Cuál es el tratamiento del SIDA? En: *El médico naturista opina: Una visión natural de la salud y la alimentación*. Barcelona: Océano Grupo Editorial, S.A. 2000c: 109-115.
- Rogers SA. *Man does not live by bread alone: enzymes, juicing, cleansing, flushing and brushing*. En: *Wellness against all odds*. Syracuse, NY: Prestige Publishing; 1994: 110-144.
- Roitt I, Delves PJ. *Roitt's Essential immunology*. 10th Edition; London: Blackwell; 2004: 494.
- Romeyn M. *Nutrition and HIV*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1995: 353.
- Root-Bernstein RS, Hobbs De Witt S. Semen Alloantigens and Lymphocytotoxic Antibodies in AIDS and ICL. *Genetica* 1995; 95: 133-156.
- Rose NR, Hamilton RG, Detrick B. *Manual of clinical laboratory immunology*. 6a ed. Washington: ASM Press; 2002: 1322.
- Rosenthal KS, Tan JS. *Rapid Review: Microbiology and immunology*. Elsevier, Health Science Division; 2010: 240.
- Ross AC, Stephenson CB. Vitamin A and retinoids in antiviral responses. *FASEB J* 1996; 10: 979-985.
- Ross J et al. Separation of murine cellular and murine leukemia virus DNA polymerase. *Nature New Biology* 1971; 231: 163-167.
- Roth DJ et al. Sexual practices of HIV discordant and concordant couples in Rwanda: effects of a testing and counselling programme for men. *Int J STD AIDS* 2001; 12: 181-188.
- Rothman KJ et al. Teratogenicity of high vitamin A intake. *NEJM* 1995; 333: 1369-1373.
- Rothwell PM et al. Reproducibility of peer review in clinical neuroscience—is agreement between reviewers any greater than expected by chance alone? *Brain* 2000; 123: 1964-1969.
- Rotruck JT et al. Selenium: biochemical role as a component of glutathione peroxidases. *Science* 1973; 179: 588-590.
- Ryder RW, Ndilu M, Hassig SE. Heterosexual transmission of HIV-1 among employees and their spouses at two large business in Zaire. *AIDS* 1990; 4: 725-732.
- Salvain B, Mark AW. The role of oxidative stress in disease progression in individuals infected by the human immunodeficiency virus. *J Leukocyte Biol* 1992; 52: 111.
- Sancton TA. TIME Planet of the year: what on earth are we doing? *TIME* 1989; 133(1): 26-30.
- Sayers M et al. HLA antibodies as a cause of false-positive reactions in screening enzyme immunoassays for antibodies to human T-lymphotropic virus type III [HIV]. *Transfusion* 1986; 26: 114.
- Sayre KR et al. False-positive human immunodeficiency virus type 1 Western blot tests in non-infected blood donors. *Transfusion* 1996; 36: 45.
- Schafer FQ, Buettner GR. Redox environment of the cell as viewed through the redox state of glutathione. *Free Rad Biol Med* 2001; 30(11): 1191-212.
- Schlesinger MJ, Santoro MG, Garaci E. *Stress Proteins: Induction and Function*. Berlin: Springer-Verlag 1990: 123.
- Schleupner CJ. Detection of HIV infection. In: Mandell, G et al. *Principles and Practice Of Infectious Diseases*. 3rd edition. New York: Churchill Livingstone; 1990: 1092.
- Schochetman G, George J. Serologic tests for the detection of human immunodeficiency virus infection. In: *AIDS testing methodology and management*. New York: Springer-Verlag, 1992.
- Schultz V, Hansel R, Tyler VE. Agents that increase resistance to disease: adaptogens, immune stimulants; botanical antioxidants. En: *Rational phytotherapy. A physician's guide to herbal medicine*. Springer; 1998: 269-273, 273-281, 282-286.
- Schüpbach J et al. Serological analysis of a subgroup of human T-lymphotropic retroviruses (HTLV-III) associated with AIDS. *Science* 1984; 224: 503-505.
- Schrauzer GN, Sacher J. Selenium in the maintenance and therapy of HIV-infected patients. *Chem Biol Inter* 1994; 91: 199.

- Schwenk A et al. Phase angle from bioelectrical impedance analysis remains an independent predictive marker in HIV-infected patients in the era of highly active antiretroviral treatment. *Am J Clin Nutr* 2000; 72: 496-501.
- Selye H. A syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature* 1936; 138: 32.
- Selye H. The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *J Clin Endocrinol* 1946; 6: 117-230.
- Selye H. History and present status of the stress concept. In: Goldberg L, Breznitz S. *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*. New York: Free Press; 1982: 7-17.
- Semba RD. Vitamin A, immunity, and infection. *Clin Inf Dis* 1994; 19: 489-499.
- Semba RD. Vitamin A and HIV infection. *Proc Nutr Soc* 1997a; 56: 459-569.
- Semba RD. Vitamin A and human immunodeficiency virus infection. *Proc Nutr Soc* 1997b; 56: 1-11.
- Semba RD. The role of vitamin A and related retinoids in immune function. *Nutr Rev* 1998; 56: S38-S48.
- Semba RD. Vitamin A as "anti-infective" therapy, 1920-1940. *J Nutr* 1999; 129: 783-791.
- Semba RD. *Nutrition and HIV infection*. John Hopkins University, Bloomberg School of Public Health. 2006.
- Semba RD, Tang AM. Micronutrients and the pathogenesis of HIV infection. *Br J Nutr* 1999; 81: 181-189.
- Semba RD et al. Depressed immune response to tetanus in children with vitamin A deficiency. *J Nutr* 1992; 122: 101-107.
- Semba RD et al. Abnormal T-cell proportions in vitamin A-deficient children. *Lancet* 1993a; 341: 5-8.
- Semba RD et al. Increased mortality associated with vitamin A deficiency during human immunodeficiency virus type 1 infection. *Arch Intern Med* 1993b; 153: 2149-2154.
- Semba RD et al. Vitamin A deficiency and wasting as predictors of mortality in human immunodeficiency virus-infected injection drug users. *JIF* 1994a; 171: 1196-1202.
- Semba RD et al. Maternal vitamin A deficiency and mother-to-child transmission of HIV-1. *Lancet* 1994b; 343: 1593-1597.
- Semba RD et al. Infant mortality and maternal vitamin A deficiency during human immunodeficiency virus infection. *Clin Inf Dis* 1995a; 21: 966-972.
- Semba RD, et al. Vitamin A deficiency and wasting predictors of mortality in HIV-infected drug users. *J Infect Dis* 1995b; 171: 1196-1202.
- Semba RD et al. Maternal vitamin A deficiency and child growth failure during human immunodeficiency virus infection. *AIDS* 1997; 14: 219-222.
- Semba RD, et al. Vitamin supplementation and HIV load in injection drug users. *J Infect Dis* 1998; 177: 611-616.
- Semba RD et al. HIV load in breast milk, mastitis, and mother-to-child transmission of HIV-1. *J Inf Dis* 1999; 180: 93-98.
- Senkoro KP et al. HIV incidence and HIV-associated mortality in a cohort of factory workers and their spouses in Tanzania, 1991 through 1996. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2000; 23: 194-202.
- Serwadda D, et al. The social dynamics of HIV transmission as reflected through discordant couples in rural Uganda. *AIDS* 1995; 9: 745-750.
- Shah RS et al. Liver stores of vitamin A in human fetuses in relation to gestational age, fetal size and maternal nutritional status. *Br J Nutr* 1987; 58: 181-189.
- Shallenberger F. Selective compartmental dominance: An explanation for a noninfectious, multifactorial etiology for Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), and a rationale for ozone therapy and other immune modulating therapies. *Med Hypothesis* 1998; 50: 67-80.
- Shankar AH, Prasad AS. Zinc and immune function: the biological basis of altered resistance to infection. *Am J Nutr* 1998; 68: 447S-463S.
- Shearer W. Secondary immunodeficiencies. En: Rich RR et al. *Clinical immunology: principles and practice*. St. Louis: Mosby; 1996: 779-845.
- Shearer WT et al. Evaluation of immune survival factors in pediatric HIV-1 infection. *Ann NY Acad Sci* 2000; 918: 298-312.
- Shengying B, Ming-Jie L, Bryant L et al. Zinc modulates the innate immune response in vivo to polymicrobial sepsis through regulation of NF-[kappa]B. *Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol* 2010; 298: L744-L754.
- Shenkin A. The key role of micronutrients. *Clin Nutr* 2006; 25 (1): 1-13.
- Shenkman L, Borkowsky W, Shopsin B. Lithium as an immunologic adjuvant. *Med Hypothesis* 1980; 6: 1-6.
- Shenton J. Positively false: Exposing the myths around HIV and AIDS. London: I.B. Tauris; 1998: 277.
- Sies H. Oxidative stress: oxidants and antioxidants. London: Academic Press; 1991: 507.

- Silverman WA. Informing and consenting. In: *Where's the evidence? Controversies in modern medicine*. Oxford: Oxford University Press, 1998: 78-84.
- Simic MG. DNA markers of oxidative processes in vivo: relevance to carcinogenesis and anticarcinogenesis. *Cancer Res (Suppl)* 1994; 54: 1918s.
- Simon J. *A physiological essay on the thymus gland*. London: Ranshaw; 1845: 100.
- Simon G et al. Effects of glutathione precursors on huma immunodeficiency virus replication. *Chemico-Biological Interactions* 1994; 91: 217-224.
- Simonsen L et al. Multiple viral reaction in viral antibody screening assays after influenza vaccination. *Am J Epidemiol* 1995; 141: 1089.
- Skurnick JH, et al. Micronutrients profiles in HIV-1-infected heterosexual adults. *J Acq Immundef Syndr Hum Retrov* 1996; 12: 75-83.
- Slater TF. Free radicals mechanisms in tissue injury. *Biochem J* 1984; 222: 1-15.
- Slater TF, Cheeseman KH, Davi's MJ, Hurst JS. Free radicals mechanisms to cell injury and cell division. En: Benford DJ, Bridges JW, Gibson GG. *Drug metabolism: from molecules to man*. London: Taylor & Francis; 1987: 679-689.
- Slater TF. Free radicals: formation, detection, reactivity, and citotoxicity. En: Lachman PJ, Peters SK, Rosen FS, Walport MJ. *Clinical aspects of immunology*. Boston: Blackwell Scientific Publications; 1993: 377-393.
- Smith RP. Toxic responses of the blood. En: Klaassen CD. *Cassarett and Dull's Toxicology: the basic science of poisons*. Nova York: McGraw-Hill; 1996: 335-354.
- Smith DK, Neal JJ, SD, CDC. Idiopathic CD4 T-lymphocytopenia task force. Unexplained opportunistic infections and CD4 T-lymphocytopenia. *NEJM* 1993; 328: 373-379.
- Smith D et al. False-positive enzyme-linked immunoabsorbent assay reactions for antibody to human immunodeficiency virus in population of midwestern patients with congenital bleeding disorders. *Transfusion* 1987; 127: 112.
- Snyder HW, Fleissner E. Specificity of human antibodies to oncovirus glycoproteins: recognition of antigen by natural antibodies directed against carbohydrate structures. *Proc Nat Acad Sci USA* 1980; 77: 1622-1626.
- Sohal RS. Role of oxidative stress and protein oxidation in the aging process. *Free Rad Biol Med* 2002; 33(1): 37-44.
- Sommer A. Vitamin A deficiency and clinical disease: An historical overview. *J Nutr* 2008; 138: 1835-1839.
- Spira A et al. AIDS and sexual behavior in France. *Nature* 1992; 360: 407-409.
- Staal FJT et al. Intracellular glutathione levels in T-cells subsets decrease in the blood plasma of HIV-1 infected patients. *Biol Chem Hoppe Seyler* 1989; 370: 101-108.
- Staal FJT et al. Antioxidants inhibit stimulation of HIV transcription. *AIDS Res Hum Retroviruses* 1993; 9: 299-306.
- Staprans SI, Feinberg MB. Natural History and Immunopathogenesis of HIV-1 Disease. In: Sande MA, Volberding PA. *The Medical Management of AIDS*. 5th Edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1997: 29-56.
- Steckelberg JM, Cockerill F. Serologic testing for human immunodeficiency virus antibody. *Mayo Clin Proc* 1988; 63: 373.
- Stenberg S. The emerging fungal threat. *Science* 1994; 266: 1.632-1.634.
- Stiehm RE. Newborn factors in maternal-infant transmission of pediatric HIV infection. In: *Nutrition in pediatric HIV infection: Setting the Research Agenda*. Bethesda, MD: NIH, September 1995.
- Sungar C et al. Alpha interferon therapy in hemodialysis patients. *Nephron* 1994; 67: 251.
- Suskind RM. *Malnutrition and the immune response*. New York: Raven Press, 1977: 468.
- Taha TE, et al. Bacterial vaginosis and disturbances of vaginal flora: association with increased acquisition of HIV. *AIDS* 1998a; 12: 1699-1706.
- Taha TE, et al. Trends of HIV-1 and sexually transmitted diseases among pregnant and postpartum women in urban Malawi. *AIDS* 1998b; 12: 197-203.
- Tang AM et al. Dietary micronutrients intake and risk of progression to AIDS in HIV-1 infected homosexual men. *Am J Epidemiol* 1993; 138: 937-951.
- Tang AM, Graham NMH, Saah AJ. Effects of micronutrient intake on survival in HIV-1 infection. *Am J Epidemiol* 1996; 143: 1244-1256.
- Tang AM et al. Association between serum vitamin A and E levels and HIV-1 disease progression. *AIDS* 1997a; 11: 613-620.
- Tang AM et al. Low serum vitamin B12 concentrations are associated with faster human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) disease progression. *J Nutr* 1997b; 127: 345-351.
- Tang AM et al. Improved antioxidant status among HIV-1-infected injecting drug users on potent antiretroviral therapy. *AIDS* 2000; 23: 321-326.
- Teasdale G. A natureza cura. Itaquaquecetuba, SP: Edições Vida Plena, 1988: 169.

- Temoshok L, Zich J, Solomon MD, Stites DP. An intensive psychoimmunology study of men with AIDS. Paper presented at the First Research Workshop on the Psychoneuroimmunology of AIDS. Tiburon, CA 1987.
- Tengia-Kessy A et al. Assessment of behavioral risk factors associated with HIV infection among youth in Moshi rural district, Tanzania. *East Afr Med J* 1998; 75: 528-532.
- The Guardian. World poverty on the increase. *The Guardian*, July 18, 2008.
- Thomas JA. Toxic responses of the reproductive system. En: Klaassen CD. *Cassarett and Dull's toxicology: the basic science of poisons*. Nova York: McGraw-Hill; 1996: 547-582.
- Thomas PT. Immunotoxicology: hazard identification and risk assessment. *Nutr Rev* 1998; 56(1): S131-S134.
- Thompson J, Manore M. Nutrients involved in antioxidant function. In: *Nutrition: An applied approach*. Pearsons Education Inc. Publishers. 2005; Chapter 8: 276-283.
- Torres M. Diagnóstico de infecciones con técnicas de biología molecular. Universidad Católica de Chile, *Boletín de la Escuela de Medicina*; 1997; 26(3): 1-5.
- Traber MG, Atkinson J. Vitamin E, antioxidant and nothing more. *Free Radical Biol Med* 2007; 43(1): 4-15.
- Turner VF. Reducing agents and AIDS - Why are we waiting? *Med J Austr* 1990; 153: 502.
- Turner VF. Do HIV antibody tests prove HIV infection? *Continuum* (London) 1996; 3: 8-11.
- Turner VF. Do antibody tests prove HIV infection?. Interview by Huw Christie editor of *Continuum*. *Continuum* (London) Winter 1997/8; 5(2): 10-19.
- Turner V. Where have we got wrong? *Continuum* (London) 1998; 5(3): 38-44.
- Tyler VE, Robbers JE. Tyler's *Herbs of choice: the therapeutic use of phytochemicals*. New York: Pharmaceutical Products Press; 1999: 287.
- UNAIDS. Zimbabwe. Epidemiological Fact Sheet [2000 update]. Geneva: WHO, 2000a.
- UNAIDS. Kenya. Epidemiological fact sheet [2000 update]. Geneva: WHO, 2000b.
- UNAIDS. Rwanda. Epidemiological fact sheet [2000 update]. Geneva: WHO, 2000c.
- Ugazio G et al. Long-range effects of carbon tetrachloride-stimulants on lipid peroxidation. *Biochem Soc Trans* 1976; 4: 353-356.
- Ujehlyi E et al. Different type of false-positive anti HIV reactions in patients on hemodialysis. *Immunol Lett* 1989; 22: 35-40.
- Ulrich R et al. Serum carotene deficiency in HIV-infected patients. *AIDS* 1994; 8: 661-665.
- Universidad de Michigan. Dinamarca, Puerto Rico y Colombia son los países más felices del planeta. Julio 1 de 2008.
- Urnovitz HB et al. RNAs in the sera of Persian Gulf War veterans have segments of homologous to chromosome 22q11.2. *Clin Diag Lab Immunol* 1999; 6: 350-355.
- Van Beers D et al. Heat inactivation of serum may interfere with tests for antibodies to LAV/HIV-III [HIV]. *J Vir Meth* 1995; 12: 329.
- Van Eeden W, Young DB. *Stress Proteins in Medicine*. New York: Marcel Dekker, Inc. 1996: 578.
- Varmus H. Reverse transcription. *Science Am* 1987; 257: 48-54.
- Villamor E et al. Vitamin supplementation of HIV-1-infected women improves postnatal child growth. *Am J Clin Nutr* 2005; 81: 880-888.
- Villamor E et al. Zinc supplementation to HIV-1-infected pregnant women: effects on maternal anthropometry, viral load, and early mother-to-child transmission. *Eur J Clin Nutr* 2006; 60: 862-869.
- Villamor E et al. Effects of maternal vitamin supplementation on malaria in children born to HIV-1-infected women. *Am J Trop Med Hyg* 2007; 76: 1066-1071.
- Voevodin A. HIV Screening in Russia. *Lancet* 1992; 399: 1548.
- Volberding PA, Cohen PT. Natural history, clinical spectrum, and general management of HIV disease. In: Cohen PT, Sande MA, Volberding PA. *The AIDS knowledge base*. Boston: Little, Brown and Company, 1994: Section 4.
- Vyas D, Chandra RK. Thymic factor activity, lymphocyte stimulation response and antibody-forming cells in cooper deficiency. *Nutr Res* 1983; 3: 343-350.
- Walsh CT. Methods in gastrointestinal toxicology. En: Hayes AW. *Principles and methods in toxicology*. Nova York: Raven Press; 1994: 895-916.
- Walter R et al. Zinc status in human immunodeficiency virus infection. *Life Sci* 1990; 47: 1579.
- Wang Y et al. Nutritional status and immune responses in mice with murine AIDS are normalized by vitamin E supplementation. *J Nutr* 1994; 124: 2024-2032.
- Wang Y et al. Modulation of immune function and cytokine production by various levels of vitamin E supplementation during murine AIDS. *Immunopharmacol* 1995; 29: 225-233.
- Ward BJ et al. Vitamin A status in HIV infection. *Nutr Res* 1993; 13: 157-166.

- Ware RE, Kline MW. Immunodeficiency secondary to infectious disease. In: Rich RR et al. *Clinical immunology: principles & practice*. St. Louis: Mosby; 1996: 808-826.
- Watson RR. *Nutrition and AIDS*. 2nd Ed. Boca Raton: CRC Press; 2001: 231.
- Watson RR et al. Enhanced survival by vitamin A supplementation during retrovirus infection causing murine AIDS. *Life Sci* 1988; 43: 13-18.
- Watson RR et al. Effect of beta-carotene on lymphocyte subpopulations in elderly humans: evidence for a dose-response relationship. *Am J Clin Nutr* 1991; 53: 90-94.
- Wawer MJ, et al. Control of sexually transmitted diseases for AIDS prevention in Uganda: a randomized community trial. *Lancet* 1999; 353: 525-535.
- Webb AL, Villamor E. Update: effects of antioxidant and non-antioxidant vitamin supplementation on immune function. *Nutr Rev* 2007; 65: 181-217.
- Weiss SH, Mann DL, Murray C, Papovic M. HLA-DR antibodies and HTLV-III antibody ELISA testing. *Lancet* 1985; ii: 157.
- Wheeler DA et al. Weight loss as predictor of survival and disease progression in HIV-infection. Terry Bein Community Programs for Clinical Research on AIDS. *J Acquir Immune Def Syndr: Hum Retroviral* 1998; 18: 80-85.
- William RL. Free radicals and tissue damage: mechanistic damage from radiation studies. En: Slater TF. *Biochemistry of liver injury*. London: Academic Press; 1978: 122-224.
- Willumsen JF et al. Subclinical mastitis as a risk factor for mother-infant HIV transmission. *Adv Exp Med Biol* 2000; 478: 211-223.
- Wilson WR. *Diagnostico y tratamiento de enfermedades infecciosas*. México, D.F.: Manual Moderno, 2004.
- Wintergerst ES, Maggini S, Hornig DH. Immune-enhancing role of vitamin C and zinc and effect on clinical conditions. *Ann Nutr Metab* 2006; 50 (2): 85-94.
- Witschi HR, Last JA. Toxic responses of the respiratory system. En: Klaassen CD. Cassarett and Dull's toxicology: the basic science of poisons. Nova York: McGraw-Hill; 1996: 443-462.
- Wolff SP, Dean RT. Fragmentation of proteins by free radicals and its effects on their susceptibility to enzymatic hydrolysis. *Biochem J* 1988; 234: 399-403.
- World Health. Reaching out to the poorest. *World Health* 1994; 47(6): 1-31.
- World Hunger Education Service. *2011 world hunger and poverty facts and statistics*. www.worldhunger.org 2011:1-6.
- Wormser GP. *AIDS and other manifestations of HIV infection*. Amsterdam: Elsevier Academic Press; 2004: 1076.
- Yale S et al. Unusual aspects of acute Q fever associated hepatitis. *Mayo Clin Proc* 1994; 69: 769.
- Yang Y et al. Retinoic acid inhibition of *ex vivo* human immunodeficiency virus-associated apoptosis of peripheral blood cells. *Proc Natl Acad Sci USA* 1995; 92: 3051-3055.
- Yoshida T et al. Evaluation of passive particle agglutination test for antibody to human immunodeficiency virus. *J Clin Micro* 1987; Aug: 1433.
- Yu S et al. A false-positive antibody reaction due to transfusion-induced HLA-DR4 sensitization. *NEJM* 1989; 320: 1495.
- Yuan-Kun L et al. Modulation of immune responses. En: *Handbook of probiotics*. New York: John Wiley & Sons, Inc.; 1999: 161-177.
- Zaba MW et al. Adjusting ante-natal clinic data for improved estimates of HIV prevalence among women in sub-Saharan Africa. *AIDS* 2000; 14: 2741-2750.
- Zegers BJM, Stoop JW. Metabolic causes of immune deficiency: mechanisms and treatment. En: Eebster ABD. *Immunodeficiency and disease*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1988: 113-148.
- Zeigler JL, Kotongole-Mbidde E. Kaposi's sarcoma in childhood: an analysis of 100 cases from Uganda and relationship of HIV infection. *Int J Cancer* 1996; 65: 200-203.
- Zhang Z, Inerra PF, Watson RR. Antioxidants and AIDS. En: Garewal HS. *Antioxidants and disease prevention*. Boca Raton: CRC Press; 1997: 31-43.
- Zinkernagel RM. Immunity to Viruses. In: PAUL WE. *Fundamental Immunology*. Third Edition. New York: Raven Press, 1993: 1211-1250.
- Zolla-Pazner S, Gorny MK, Hommen WJ. Reinterpretation of Human Immunodeficiency Virus Western Blot Patterns. *NEJM* 1989; 320:1280-1281.

Sobre o Autor

Médico, especialista en medicina interna con énfasis en enfermedades infecciosas de la Universidad de Antioquia, Colombia. Graduado con distinción de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de la Universidad de Londres al obtener un Magister de Ciencia en Medicina Clínica Tropical.

Por cuatro décadas se ha dedicado a actividades clínicas, académicas e investigativas en diferentes aspectos de las enfermedades infecciosas, inmunológicas y tropicales en varias regiones de Colombia, Brasil, los Estados Unidos, Europa y África.

La mayor parte de su carrera investigativa ha sido en el campo de las inmunodeficiencias secundarias o adquiridas, especialmente aquellas que ocurren en los países subdesarrollados. En 1967, con el professor Jacob Frenkel del Centro Médico de la Universidad de Kansas, estudió las infecciones por el *Toxoplasma gondii* y por el *Pneumocystis carinii*, como marcadores de riesgo para inmunodeficiencias humanas severas. También durante 1967, estudió las micosis oportunistas con el professor Donald Greer del Centro para el Control y Prevención de las Enfermedades (CDC) de la ciudad de Kansas. Durante 1974 y 1975 en la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de la Universidad de Londres, estudió los principales factores de riesgo para el sarcoma de Kaposi, como un marcador de inmunodeficiencia severa en varios países del África.

De 1979 a 1987 ejerció su profesión en una región selvática de Colombia. Allí tuvo la oportunidad de trabajar hombro a hombro con curanderos tradicionales y de explorar las diferentes condiciones médicas relacionadas con la pobreza y la malnutrición tales como las infecciones, las parasitosis y toda una gama de inmunodeficiencias adquiridas.

Investigador independiente del SIDA desde 1981 y tiene varias publicaciones sobre el tema.

En 1997 escribió el libro: "*El SIDA y los agentes estresantes inmunológicos: El SIDA no es una enfermedad infecciosa ni se transmite sexualmente. Este es un síndrome tóxico-nutricional causado por el alarmante incremento mundial de agentes estresantes para el sistema inmunológico*" Este libro escrito originalmente en inglés, fué

modificado, ampliado, traducido al español y publicado en 2002 por la Universidad de Antioquia, Colombia. En el año 2006 fue publicado en portugués em São Paulo. En 2009 escribió el libro "Usando nuestra farmacia interior para prevenir y curar el SIDA", traducido al inglés, al portugués y publicado en Brasil.

De 1993 a 2007 trabajó en los laboratorios de inmunología y de diagnóstico molecular del "New York Presbyterian Hospital, Weill Cornell Medical Center" en la ciudad de Nueva York. Acá tuvo la oportunidad de realizar y conocer en detalle las pruebas de Elisa, Western blot y Carga Viral para el VIH.

En el año 2000 hizo parte de un panel internacional de expertos para asesorar al gobierno del Presidente Thabo Mbeki de la República de Sudáfrica en asuntos relacionados con el SIDA. En el año 2003 fue invitado por los Ministros de Salud de 14 países del África y les presentó su propuesta de "Terapia nutricional para el tratamiento y la prevención del SIDA: Bases científicas".

Debido a la importancia de los aspectos mentales tanto para la génesis como para la prevención y el tratamiento del SIDA y de todo tipo de enfermedad, desde abril de 2007 coordina y trabaja en el Departamento de Medicina Psicosomática Integral de la Sociedad Internacional de Trilogía Analítica (SITA), que dirige em São Paulo, Brasil el Profesor Norberto Keppe (www.trilogia.ws). Aquí se formo como Psicoanalista Integral o Trilógico (ciencia, filosofía, teología).

Miembro de la Junta Directiva actual y expresidente de "Rethinking AIDS" el grupo internacional por el replanteamiento científico del SIDA. Asesor científico en asuntos relacionados con el SIDA de varias organizaciones no gubernamentales en México, Nicaragua, Honduras, Colombia, Perú, Brasil, Argentina, Chile, Bolivia y España.

São Paulo septiembre de 2011

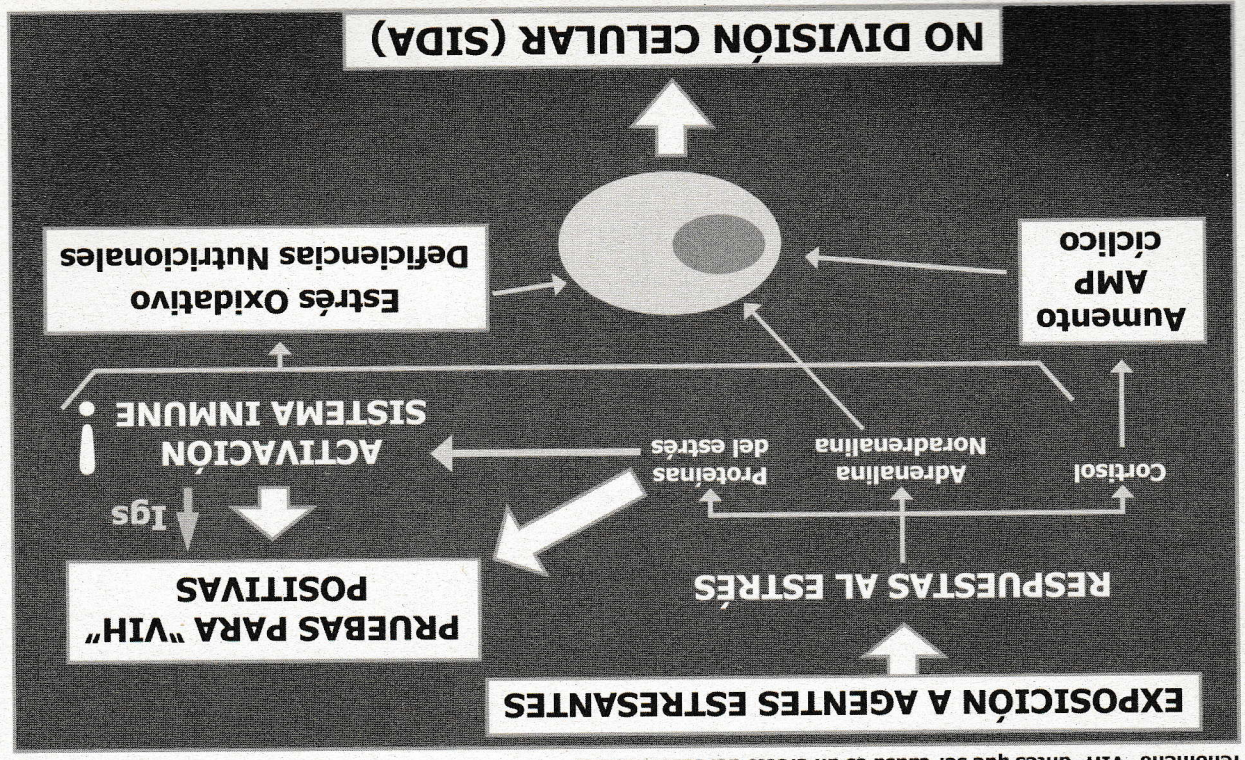


FIGURA 1 Patogénesis del SIDA. La seropositividad es una consecuencia de la patogénesis del SIDA. El fenómeno "VIH" antes que ser causa es un efecto del SIDA mismo.

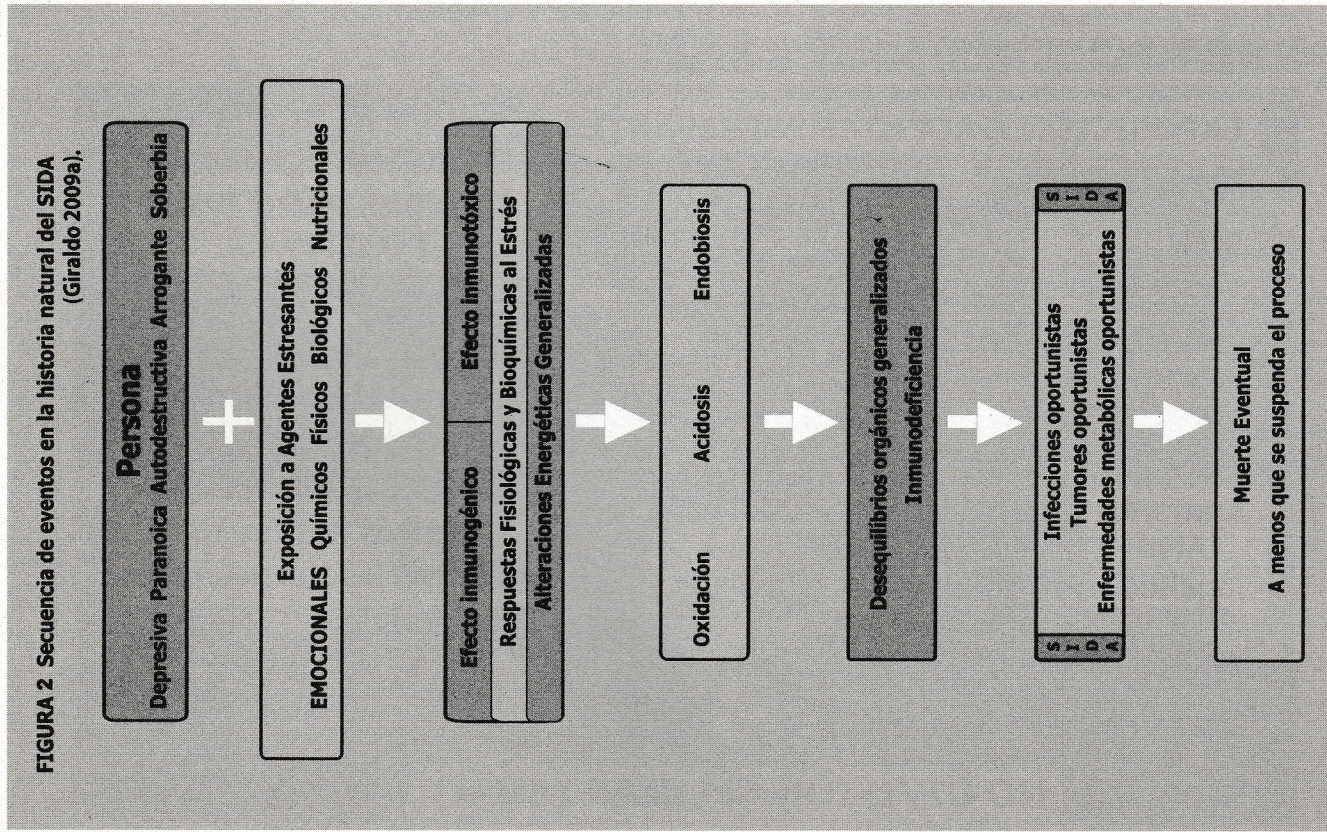


FIGURA 3 El origen de las enfermedades psíquicas, orgánicas y sociales (Keppe 2005).

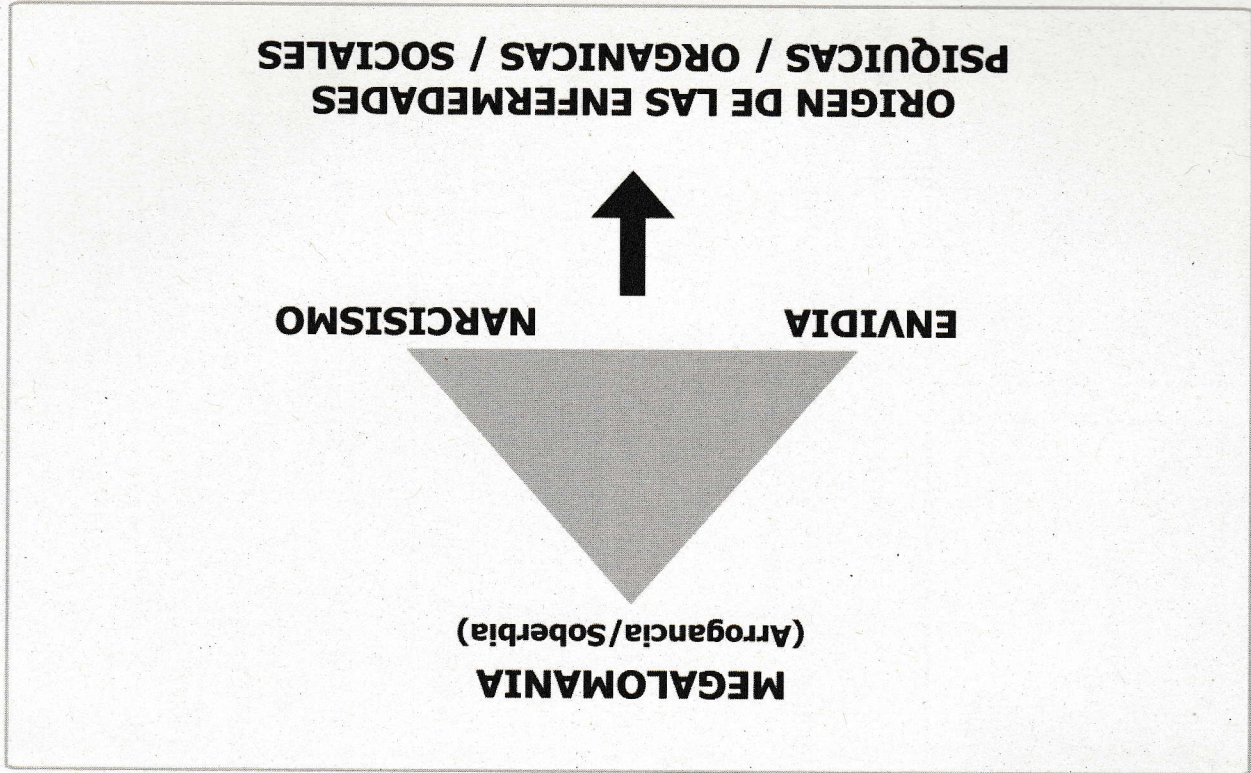


Figura # 4. La oxidación, la acidosis y los cambios en los endobiontes son consecuencias de la psicopatología inconcientizada.

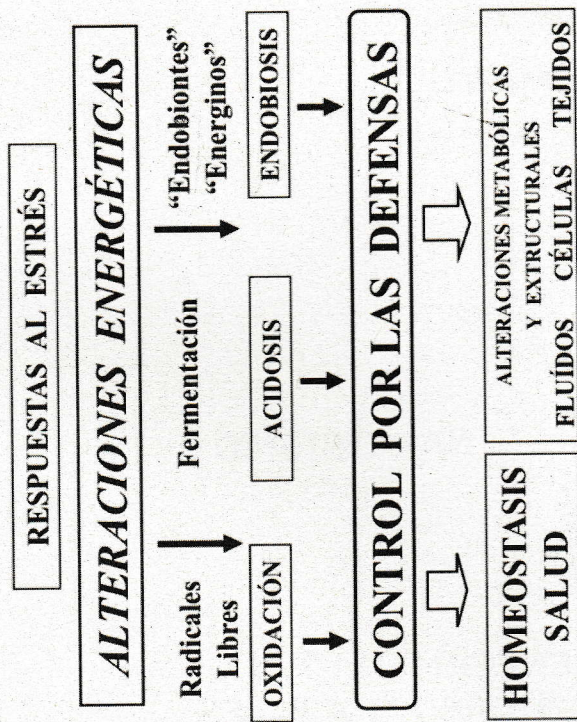


Foto # 1. "Fotos del VIH" publicadas mundialmente....
Fotografías de microscopio electrónico de membranas de linfocitos supuestamente "infectados con VIH", cultivados y estimulados, liberando microvesículas similares a virus.

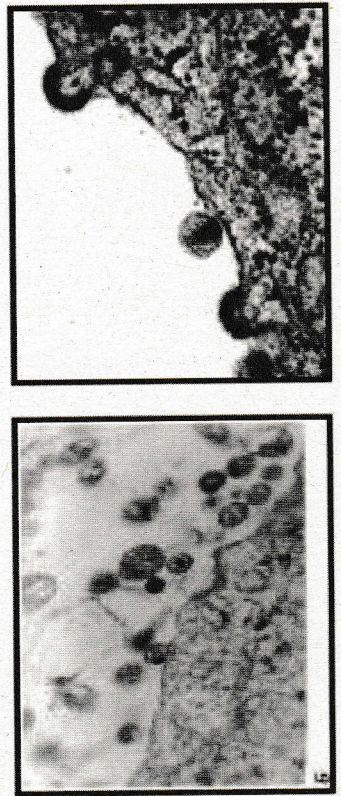


Foto # 2. Fotografía de microscopio electrónico de cultivo de linfocitos supuestamente "infectados con VIH" en densidad de: 1,16 g/ml de sacarosa. No se observan partículas virales aisladas y purificadas, solamente se ven restos celulares.

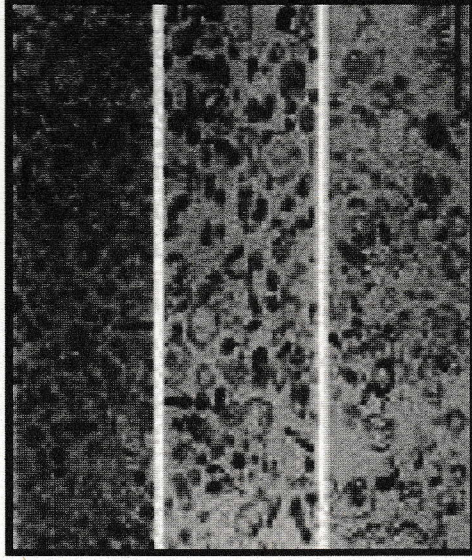


Foto # 3. Fotografía de microscopio electrónico de retrovirus aislados, concentrados y purificados de un animal con cáncer. Foto facilitada por el Profesor Etienne de Harven.

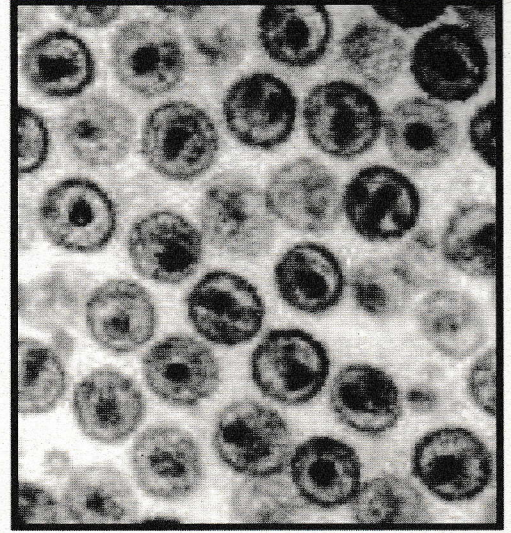
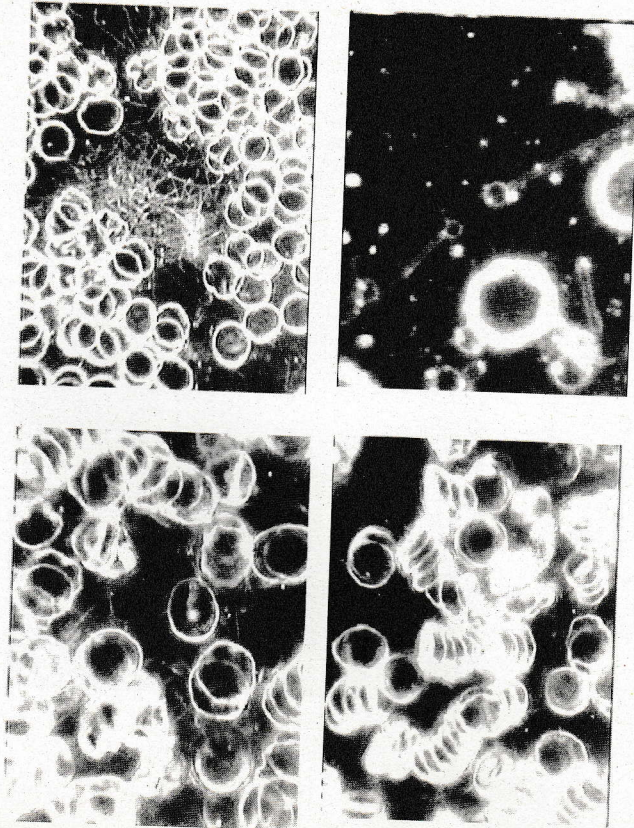



Foto # 4. Algunas alteraciones en la Prueba de Sangre Viva con Microscopio de Campo Oscuro.



 **Proton Editora**

2011

Proton Editora e Tecnologia Ltda.
Avenida Rebouças 3819 – CEP 05401-450
São Paulo - SP, Brasil
Tel (55 11) 3032-3616 . Fax (5511) 3815-9920
proton@editoraproton.com.br
www.editoraproton.com.br
www.trilogia.ws

"El científico tiene la obligación importante de respetar la realidad – sin hacer ningún pacto en su vida, con nadie – para que la sociedad se pueda beneficiar de su ciencia; Y para esto, debe tener una conciencia ética absoluta"

Norberto R. Keppe

(Libro: "Sociopatología"; Año 2002, página 1)

"Por naturaleza poseemos todo lo necesario para disfrutar de una excelente salud psicológica y orgánica. Debido a nuestra excesiva envidia al Creador no aceptamos eso; lo que nos lleva a alterar, omitir o negar esa realidad, cometiendo las más diversas agresiones, desatinos y errores que son registrados constantemente por nuestra conciencia. Podemos reaccionar con miedo o rabia ante este conocimiento, cayendo en enfermedades mentales y orgánicas, pero su aceptación nos garantizará paz y salud"

Cláudia Bernhardt de Souza Pacheco

(Libro: "La curación a través de La conciencia"; Año 2001, página 48)

