

¿Es un virus la verdadera causa del SIDA?

Los Agentes Estresantes Inmunológicos podrían ser la verdadera causa del SIDA*

Dr. Roberto Giraldo

Médico. Investigador independiente del SIDA. "New York Presbyterian Hospital, Weill Cornell Medical Center" en la ciudad de Nueva York.

IS THE TRUE CAUSE OF AIDS A VIRUS? THE IMMUNOLOGICAL STRESS AGENTS COULD BE THE TRUE CAUSE OF AIDS. GIRALDÓ, R.

Key words: Immunodeficiency syndrome. Virus. Immunologic system. Cause. AIDS.

Summary: Numerous scientific studies provide sufficient data to question extensively the viral theory as the cause of the human acquired immunodeficiency syndrome in favour of a group of stress factors that weaken the immunologic system.

Palabras clave: Síndrome inmunodeficiencia. Virus. Sistema inmunológico. Causa. SIDA

Resumen: Numerosos estudios científicos proporcionan datos suficientes para cuestionarse ampliamente la teoría vírica como causa del síndrome de inmunodeficiencia adquirida humana, a favor de un conjunto de factores estresantes que debiliten el sistema inmunológico.

El VIH no puede ser la causa del SIDA

Existen suficientes hechos científicos que indican cómo el denominado 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^{18,28,41-45,49-52,72,88-92}.

El VIH no es ni necesario, ni suficiente, ni siempre antecede al desarrollo del síndrome^{18,28,41-45,49-52,72,88-92}. Así lo constatan los miles de casos de SIDA que son VIH negativos^{29,33,64,107} y toda una multitud de personas absolutamente sanas y que nunca desarrollan SIDA, a pesar de ser VIH positivas^{3,3,82}. Además, hay muchos individuos que primero desarrollan inmunodeficiencia y sólo des-

pués se tornan VIH positivos^{17,59,79}.

El VIH no es un virus patógeno y por lo tanto no puede explicar las alteraciones inmunológicas, ni la patogénesis, ni la historia natural del SIDA^{18-28,41-45,49-52,72,88-92}. Aún más, existe una abundante documentación objetiva que señala cómo lo que conocemos como VIH ni siquiera parece que sea un virus con existencia real. El VIH jamás ha sido aislado o purificado partícula viral libre e independiente^{16,75,91,93}.

Debido a que nunca ha podido demostrarse que el VIH destruya el sistema inmune y cause el SIDA, los investigadores que defienden con entusiasmo el VIH como la causa del síndrome proponen una gran variedad de agentes como cofactores o ayudadores del VIH en la génesis del SIDA^{32,81,98}. Sin embargo, esos

"cofactores" son por sí mismos agentes inmunosupresores y generan SIDA sin necesidad de la presencia del VIH^{7,48}. Prefiero llamar a esos cofactores agentes estresantes inmunológicos^{41-44,49-52}.

Los siguientes son algunos de los agentes inmunosupresores que han sido reportados como "cofactores" del VIH: Alcohol, cocaína, heroína, marihuana, cigarrillo, anfetaminas, nitritos 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, filariasis y otras enfermedades tropicales, enfermedades de transmisión sexual, semen, sangre, factor VIII de la coagu-

Correspondencia:
Roberto A. Giraldo
www.RobertoGiraldo.com

*Resumen de la conferencia presentada en el seminario organizado por la Unión por Soluciones Alternativas para el SIDA (USAS). Miami, Florida Septiembre 9 de 2001.

lación, ansiedad, depresión, pánico, insomnio, falta de reposo, ejercicio extenuante, malas condiciones sanitarias, pobreza, malnutrición y varias deficiencias vitamínicas^{7,9,15,37-39,60,63, 65-67,70,71,74,83,87,96}.

El estudio cuidadoso de la literatura científica permite concluir por consiguiente, que el SIDA no es una enfermedad infecciosa y que tampoco se transmite sexualmente^{18-28,41-45,49-52,72,88-92}. La transmisión del SIDA de la madre al feto o a través de la leche materna son simples mitos o suposiciones sin ninguna evidencia objetiva^{31,54,95}. La transmisión del SIDA por la sangre supuestamente infectada con el VIH tampoco es cierta^{24,42,50,92}.

Las verdaderas causas del SIDA

La circunstancia realmente nueva que rodea a todos los grupos de personas que con mayor frecuencia desarrollan el SIDA es su exposición exagerada en las últimas décadas a una variedad de agentes estresantes inmunológicos^{41,49,55}. 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^{21,27,28,76,80,84,86}. En el África, el Asia y el Caribe las circunstancias nuevas son los niveles insoportables de pobreza a que han sido sometidos sus habitantes. Nunca antes la pobreza había sido tanta y tan generalizada y la riqueza tanta y tan concentrada en las manos de unos pocos^{85,109}.

Los agentes estresantes varían por lo tanto de persona a persona, de grupo a grupo y de continente a continente. En los países industrializados las drogas psicoactivas son el principal factor de riesgo para el SIDA^{21,27,28,76,80,84}. En cambio, en los países subdesarrollados la pobreza con todas sus consecuencias como la malnutrición, infecciones y parásitos son el principal factor de riesgo para el SIDA^{66,74,85,97,109}.

Coincidentalmente, el SIDA aparece en distintos y dis-

tintos grupos de personas en la segunda mitad del siglo veinte, en un momento cuando el sistema inmune de los humanos ya está saturado y se ha deteriorado seriamente, debido a exposiciones involuntarias a través de las condiciones de vida -a que son sometidas las personas- y a veces voluntarias a través del estilo de vida -a que son forzados-, a agentes estresantes para el sistema inmunológico^{6,41,49,55,104}.

En las últimas décadas, estos agentes estresantes han estado en aumento constante tanto en cantidad como en variedad, en todo el planeta^{6,104}. Las posibilidades del sistema inmune no son infalibles ni infinitas. Ellas tienen límites. El SIDA es el peor estado de deterioro al que puede llegar el sistema inmune de las personas. En el SIDA otros sistemas corporales se encuentran también seriamente deteriorados. Con el SIDA se inaugura por lo tanto, una nueva época en la historia de las enfermedades del hombre^{41,49}. El incremento de agentes estresantes en el ecosistema humano, está poniendo en serio peligro la preservación de nuestra especie^{6,41,49,55,104}. El SIDA es una campana de alerta. Sin embargo, el VIH no permite ver la grave situación en que se encuentra sumida la especie humana.

Abundantes hechos reales indican cómo una variedad de agentes estresantes para el sistema inmune de origen químico, físico, biológico, mental y nutricional, son los verdaderos agentes etiológicos o causales del SIDA^{21,42,88-90}.

Los agentes estresantes actúan por sí mismos o estimulan la producción de radicales libres del tipo de los agentes oxidantes, los cuales causan daño entre otras muchas a las células y a las funciones inmunocompetentes^{4,34,40,42,62,88-90,103}.

Esta es la razón por medio de la cual los agentes antioxidantes tienen un papel crucial en el tratamiento y en la prevención del SIDA^{1,68,105,108,110}.

Propuesta de definición para el SIDA

Para evitar continuar confundiendo a las personas de que VIH y SIDA son una misma cosa; y como lo que se conoce como VIH no es la causa del SIDA y además, como nunca se ha demostrado que sea un virus real, la palabra VIH debe quitarse de toda definición del SIDA.

Puede y debe entenderse al SIDA como la más severa de todas las inmunodeficiencias adquiridas, debida a exposiciones múltiples, repetidas y crónicas a agentes estresantes para el sistema inmune, y cuya distribución varía dentro de los grupos de personas que con mayor frecuencia desarrollan el síndrome^{42,50}. Los agentes estresantes inmunológicos ejercen efectos inmunotóxicos, inmunogénicos o ambos, los cuales generan un estado de estrés oxidativo en las células inmunocompetentes y en las reacciones metabólicas del sistema inmune^{42,88-90}. El deterioro progresivo y continuo del trabajo del sistema inmune, lleva al individuo a un déficit severo de las funciones inmunológicas de defensa, homeóstasis, y vigilancia, con la subsiguiente aparición simultánea de infecciones, neoplasias y alteraciones metabólicas. El colapso del sistema inmune causa eventualmente la muerte del individuo^{43,51}.

Tratamiento y prevención del SIDA

Este enfoque del SIDA como entidad tóxica, nutricional y oxidativa permite que pueda tratarse, prevenirse y erradicarse de forma efectiva, fácil y barata^{1,8,43,51, 61,68,105, 108,110}.

Para el tratamiento 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 los órganos y sistemas

El VIH no es ni necesario, ni suficiente, ni siempre antecede al desarrollo del síndrome

intoxicados y estimular al sistema inmune^{1,8,43,51,61,68,105,108,110}.

Medicamentos tales como el AZT, inhibidores de proteasa y otros antiretrovirales similares, deben eliminarse del tratamiento y de la prevención del SIDA, debido a que son agentes inmunotóxicos que potencialmente pueden contribuir a generar el síndrome^{10,22,26,58,77}. 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^{38,97}. Además, es absurdo tratar de destruir a un virus cuya existencia jamás se ha demostrado.

El control y la erradicación del SIDA son fácilmente posibles y ello depende del que se eviten las exposiciones a agentes estresantes inmunológicos, se desintoxique al individuo y se estimulen los órganos y sistemas debilitados^{1,8,43,51,61,68,105,108,110}.

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^{43,51}. Igualmente, las campañas estadounidenses de regalar jeringas "limpias" - sin VIH - a los drogadictos, además de ayudar a generar el SIDA, estimulan la drogadicción y el tráfico de drogas^{43,51}. Todas las drogas psicoactivas que se introducen al cuerpo por cualquier vía, son inmunotóxicos potentes^{37,39,63,65}.

Las "pruebas para VIH" que se realizan no son las adecuadas

Las denominadas pruebas para el VIH - ELISA, Western Blot, Carga Viral - no son sensibles ni específicas para detectar infección pasada o reciente con el VIH^{56,57,69,88,91,93,94,106}.

Mientras no se haya aislado y purificado al VIH, no se puede garantizar que los resultados positivos en estas pruebas indiquen infección por el VIH.

Las personas que reaccionan positivamente en estas pruebas no están infectadas con el virus que supuestamente causa el SIDA. Estas personas reaccionan positivamente en dichas pruebas, por haber estado expuestas a muchos retos antigénicos y tóxicos y muy probablemente sus sistemas inmunes están oxidados y debilitados y ésta es la razón por la cual estas personas tienen un mayor riesgo de desarrollar el SIDA⁵⁸.

Lo que conocemos como VIH es entonces un marcador de inmunodeficiencia pero no es la causa del SIDA, antes por el contrario, el fenómeno VIH es una consecuencia de la patogénesis del SIDA^{30,88}.

Por qué se cometió el error acerca de las causas del SIDA

Este error se cometió debido en parte al exceso de teoría infecciosa o prejuicio microbiológico en la mente de investigadores, profesionales de la salud, periodistas y en el público en general^{44,52}. Este prejuicio proviene de la exageración de la teoría germinal promulgada por Pasteur y Koch, la cual brindó a su tiempo beneficios a la medicina. Desafortunadamente, hoy se sigue pensando como a finales del siglo XIX, que todo es infeccioso, que todo es contagia y que debe haber un microbio que lo cause. El mundo se preparó a través de un siglo de pánico a los microbios, para cometer el error acerca de la etiología del SIDA. No había manera de evitarlo.

Otro de los hechos que más favoreció llegar al error cometido está en las fallas de la metodología investigativa, es decir, en el incumplimiento de los requerimientos epidemiológicos⁹⁹⁻¹⁰². Ninguno de

los postulados en que se basa la teoría infecciosa del SIDA cumple los requisitos del método investigativo^{20,23,43,51}. Ninguna de las bases de la hipótesis VIH-sida, ha sido demostrada a nivel objetivo^{18,42,88}. No son más que simples suposiciones teóricas creadas por las mentes de los generadores de esa teoría.

Prácticamente, el mundo entero se acostumbró a creer todo lo que nos dicen los llamados hombres de ciencia. Desafortunadamente en la actualidad, la capacidad crítica y de cuestionamiento de las personas es prácticamente nula. No se piden las pruebas necesarias para las afirmaciones aparentemente científicas y con frecuencia los asuntos de la ciencia se definen en ruedas de prensa^{13,14}.

La peor epidemia que sufre el mundo contemporáneo, es una epidemia de crisis en la metodología científica⁵³. Ella es mucho más grave y extensa que la epidemia del SIDA. La creencia internacional de que el SIDA es una enfermedad infecciosa y de transmisión sexual, es una de las consecuencias de la crisis del método científico. Y sobrevendrán más consecuencias, a no ser que corrijamos el rumbo y tomemos una vía pavimentada con una metodología investigativa auténticamente objetiva.

La corrupción en todas las esferas de la sociedad es otro factor que ayudó a que se cometiera el error y lo perpetuara^{5,35,73}. Muchos investigadores trabajan no por el interés de servicio a sus semejantes, sino por conseguir fama, reconocimientos y premios^{11,36}.

Además, se ha creado una industria del SIDA muy rentable y aquellos que se benefician de ella, se oponen y se opondrán con todas sus fuerzas a que se corrija el rumbo^{12,46,78}.

La comunidad científica se ha equivocado muchas veces en el último siglo al considerar infecciosas muchas enfermedades que no lo son, como sucedió con la pelagra, el escorbuto y el beriberi, por

Nunca antes la pobreza había sido tanta y tan generalizada y la riqueza tanta y tan concentrada en las manos de unos pocos

mencionar sólo algunos ejemplos²⁵. El error cometido esta vez con el SIDA tiene una magnitud muchísimo mayor por las repercusiones catastróficas sobre miles de personas que sufren de éste síndrome tóxico/nutricional, en diferentes grupos sociales de todos los continentes^{44,52}. La culpabilidad del error cometido con el SIDA recae sobre algunos pocos investigadores e instituciones de salud del gobierno de los Estados Unidos. La mayoría de las personas del mundo simplemente le creyó a los "hombres de ciencia."

Conclusiones

Esta hipótesis tóxico/nutricional del SIDA resuelve todos los problemas que la hipótesis infecciosa/viral no ha logrado resolver, a pesar de las millonarias sumas invertidas en investigación, prevención y cuidado de los pacientes^{12,46,78}.

El SIDA es el peor estado de deterioro al que puede llegar el sistema inmune de las personas. En el SIDA otros sistemas corporales se encuentran también seriamente deteriorados. Con el SIDA se inaugura por lo tanto, una nueva época en la historia de las enfermedades del hombre^{41,49}. El incremento de agentes estresantes en el ecosistema humano, está poniendo en serio peligro la preservación de nuestra especie^{6,41,49,55,104}. El SIDA es una campana de alerta. EL VIH encubre y no permite ver el peligro en que se encuentra sumida nuestra especie.

El análisis, entendimiento y resolución del error cometido acerca de la causa del SIDA obligará a las autoridades médicas mundiales a replantear sus tácticas y estrategias en el cuidado de la salud de las personas. También cuestionará, hará diagnósticos y planteará soluciones a las formas injustas en como se relacionan socialmente los hombres de la sociedad moderna, y que en última instancia son las responsables de la existencia del SIDA.

El salir de la crisis es un problema que compete a todos: La gravedad de esta situación exige que actuemos en consecuencia y con resolución.

Bibliografía

1. Adam ES. Antioxidant supplementation in HIV/AIDS. *Nurse Practit* 1995; 20: 8.

2. 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.

3. Baltimore D. Lessons from people with nonprogressive HIV infection. *NEJM* 1995; 332: 259-260.

4. 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

5. Bell R. Impure Science: Fraud, compromise, and political influence in scientific research. : John Wiley & Sons; 1992; 301.

6. Benarde MA. Our precarious habitat: fifteen years later. New York: John Wiley & Sons; 1989; 656.

7. Bryant HU, Cunningham KA, Jerrells 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.

8. Byrnes SC. Overcoming AIDS with natural medicine. Honolulu: Centaur Books; 1997; 219.

9. Cates W Jr. The "Other STD's": do they really matter? *JAMA* 1988; 259: 3606-3608.

10. 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.

11. Cohen J. HHS: Gallo guilty of misconduct. *Science* 1993; 259: 168-170.

12. Cohen J. Money Matters: the marketplace of HIV/AIDS. *Science* 1996; 272: 1880-1881.

13. Craddock M. HIV: Science by press conference. En: Duesberg PH. AIDS: virus or drug induced. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1996a; 127-130.

14. Craddock M. Doesn't anybody read anymore? Reappraising AIDS 1996b; 4(11); 1-4.

15. Darrow WW, Jaffe HW, Curran JW. Passive anal intercourse as a risk factor for AIDS in homosexual men. *Lancet* 1983; ii: 160.

16. De Harven E. Remarks on methods for retroviral isolation. *Continuum (London)* 1998; 5(3); 20-21.

17. Des Jarlais et al. CD4 Lymphocytopenia among injecting drug users in New York City. *J AIDS* 1993; 6: 820-822.

18. Duesberg PH. Retroviruses as carcinogens and pathogens: Expectations and reality. *Cancer Research* 1987; 47: 1199-1220.

19. Duesberg PH. Human immunodeficiency virus and acquired immunodeficiency syndrome: Correlation but no causation. *Proc Natl Acad Sci USA* 1989; 86: 755-764.

20. Duesberg PH. AIDS Epidemiology: Inconsistencies with HIV and with infectious diseases. *Proc Natl Acad Sci USA* 1991; 88: 1575-1579.

21. Duesberg PH. AIDS acquired by drug consumption and other noncontagious risk factors. *Pharmac Ther* 1992; 55:201-277.

22. Duesberg PH. HIV, AIDS & zidovudine. *Lancet* 1992; 339: 805-806.

23. Duesberg PH. Can Epidemiology determine whether drugs or HIV cause AIDS? *AIDS-Forschung* 1993; 12: 627-635.

24. Duesberg PH. Foreign-protein-mediated immunodeficiency in hemophiliacs with & without HIV. *Genetica* 1995; 95: 51-70.

25. Duesberg PH. Inventing the AIDS virus. Washington DC: Regnery Publishing Inc. 1996; 722.

26. Duesberg PH. With therapies like this who needs disease? En: Inventing the AIDS Virus. Forward by Nobel Laureate Kary Mullis. Washington, DC: Regnery Publishing Inc. 1996; 299-359.

27. Duesberg PH, Rasnick D. The Drug-AIDS hypothesis. *Continuum (London)* 1997; 4(5); S1-S24.

28. Duesberg PH, Rasnick D. The AIDS dilemma. Drug diseases blamed on a passenger virus. *Genetica* 1998; 104: 85-132.

29. Duncan RA et al. Idiopathic CD4 T-lymphocytopenia - Four patients with opportunistic infections and no evidence of HIV infection. *NEJM* 1993; 329: 393-398.

30. Ellison BJ, Downey AB, Duesberg PH. HIV as a surrogate marker for drug use: A reanalysis of the San Francisco men's health study. *Genetica* 1995; 95: 165-171.

31. Farber C. HIV and breastfeeding. The fears. The misconceptions. The facts. *Mothering* 1998; Sep/Oct (90); 66-71.

32. Fauci Immunopathogenesis of HIV infection. *J Acq Immunodeficiency Syndromes* 1993a; 6: 655-662.

33. Fauci CD4 T-lymphocytopenia without HIV infection - No lights, no camera, just facts. *NEJM* 1993b; 328: 429-431.

34. Favier A. The place of oxygen free radicals in HIV infections. A collection of papers presented at a conference on "The place of oxygen free radicals in HIV infection", Les Deux Alpex, France, January 1993. *Chem Biol Interac* 1994; 91: 91-100.

35. Feyerabend P. How to defend society against science. En: *Hacking Scientific Revolutions*. : Oxford University Press, 1988, 1981; 156-167.

36. Fischer HD. Medicine, media and morality. Malabar, Florida: Krieger Publishing Company, 1992; 263.

37. Friedman H, Bendinelli M, Specter S. Drugs of abuse, immunity and infection. New York: Plenum Press; 1995a: 350.
38. Friedman H, Bendinelli M, Specter S. Psychoneuroimmunology, stress and infections. : Plenum Press, 1995b; 300.
39. Friedman H, Klein TW, Specter S. Immunosuppression by marihuana and its components. En: AderR, Felten DL, Cohen N. Psychoneuroimmunology. San Diego: Academic Press; 1991; 931-953.
40. Fuchs J et al. Oxidative imbalance in HIV infected patients. Medical Hypothesis 1991; 36:60-64.
41. Giraldo RA. AIDS and stressors I: Worldwide rise of immunological stressors (Abstract). Toxicology Letters Supplement 1/78. 1995: s34.
42. Giraldo RA. AIDS and stressors II: A proposal for the pathogenesis of AIDS (Abstract). Toxicology Letters Supplement 1/78. 1995: s34.
43. Giraldo RA. AIDS and stressors III: A proposal for the natural history of AIDS (Abstract). Toxicology Letters Supplement 1/78. 1995: s35.
44. Giraldo RA. AIDS and stressors IV: The real meaning of HIV (Abstract). Toxicology Letters Supplement 1/78. 1995: s35. Los resúmenes de SIDA y estresantes I, II, III y IV se encuentran publicados en español en "El Pequeño Periódico", publicación de la Fundación Arte y Ciencia, Medellín, Colombia, Marzo de 1996 (46); p. 8-10.
45. Giraldo RA. Polemica científica internacional acerca de la causa del SIDA. Investigación y Educación en Enfermería (Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería, Colombia) 1996; 14(2); 55-74.
46. Giraldo RA. La industria del SIDA: Manipulación de un error científico. "El Pequeño Periódico", publicación de la Fundación Arte y Ciencia, Medellín, Colombia, Noviembre de 1996; (48); p. 8,9.
47. Giraldo RA. Papel de estresantes inmunológicos en la inmunodeficiencia. IATREIA (Universidad de Antioquia, Facultad de Medicina,) 1997; 10: 62-76.
48. Giraldo RA. AIDS and stressors: AIDS in 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, Colombia: Impresos Begón; 1997; 205.
49. Giraldo RA. AIDS and stressors I: Worldwide rise of immunological stressors. En: AIDS and stressors. Medellín: Impresos Begón; 1997; 23-56.
50. Giraldo RA. AIDS and stressors II: A proposal for the pathogenesis of AIDS. En: AIDS and stressors. Medellín: Impresos Begón; 1997; 57-96.
51. Giraldo RA. AIDS and stressors III: A proposal for the natural history of AIDS. En: AIDS and stressors. Medellín: Impresos Begón; 1997; 97-131.
52. Giraldo RA. AIDS and stressors IV: The real meaning of HIV. En: AIDS and stressors. , Colombia: Impresos Begón; 1997; 133-173.
53. Giraldo RA. SIDA: Crisis en el método científico. "El Pequeño Periódico", Publicación de la Fundación Arte y Ciencia, Medellín, Colombia, Mayo de 1997; (49); p. 7-11.
54. Giraldo RA. Milking the market. Will mothers dish out the W.H.O. formula? Continuum () 1998; 5(4); 8-10.
55. Giraldo RA. 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. Bogotá: Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas. 1998; 49-73.
56. Giraldo RA. Everybody reacts positive on the ELISA test for HIV. Continuum (London): 1999; 5(5); 8-10.
57. Giraldo RA. Las pruebas para el VIH no son adecuadas. "El Pequeño Periódico" Publicación de la Fundación Arte y Ciencia, Medellín, Colombia, Julio/Agosto 1999; (52); 12-15.
58. Giraldo RA et al. 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.
59. Goedert JJ et al. Decreased helper T lymphocytes in homosexual men. II. Sexual practices. Amer J Epidemiol 1985; 121: 637-644.
60. Gold JM. The enemy within. The high cost of living near nuclear reactors. Breast cancer, AIDS, low birthweights, and other radiation-induced immune deficiency defects. New York: Four Walls Eight Windows; 1996; 346.
61. Goldberg B. Detoxification therapy. En: Alternative medicine. The definitive guide. , Washington: Future Medicine Publishing Inc.; 1994a; 156-166.
62. Greenspan HC. The role of oxidative oxygen species, antioxidants and phytopharmaceuticals in human immunodeficiency virus activity. Med Hypothesis 1993; 40: 85.
63. 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.
64. Ho DD et al. Idiopathic CD4 T-lymphocytopenia - Immunodeficiency without evidence of HIV infection. NEJM 1993; 328: 380-385.
65. Holsapple MP, Munson AE, Amos H. Immunotoxicology of abused drugs. En: Dean JH, Luster MI, Munson AE, Amos H. Immunotoxicology and immunopharmacology. New York: Raven Press; 1986; 381.
66. Jain VK, Chandra RK. Does Nutritional deficiency predispose to acquired immunodeficiency syndrome? Nutr Res 1984; 4: 537-542.
67. James K, Hargreave E. Immunosuppression by seminal plasma and its possible clinical significance. Immunol today 1984; 5: 357.
68. Javier JJ et al. Antioxidant micronutrients and immune function in HIV-1 infection. FASEB Proc 1990; 4A: 940-945.
69. Johnson C. Factors known to cause false-positive HIV antibody test results; Zenger's San Diego, California, September 1996b; p. 8-9.
70. 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.
71. Kiecolt-Glaser JK, Glaser R. Psychological influences on immunity. Implications for AIDS. Amer J Psychol 1988; 43: 892-899.
72. Koliadin VL. Critical analysis of the current views on the nature of AIDS. Genetica 1995; 95: 71-90.
73. Kuhn TS. Crisis in the emergence of scientific theories. The response to crisis. The nature and necessity of scientific revolutions. En: The structure of scientific revolutions. Second edition. Chicago: University of Chicago Press; 1970; 66-76, 77-91, 92-110.
74. 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.
75. Lanka S. No viral identification: No cloning as proof of isolation. Continuum () 1997; 4(5); 31-33.
76. Larrat , Zierler S. Entangled epidemics: Cocaine use and HIV disease. J Psychoactive drugs 1993; 25: 207-221.
77. Lauritsen J. Poison by prescription: The AZT story. New York: Asklepios; 1990.
78. Lauritsen J. The AIDS war. Propaganda, profiteering and genocide from the medical-industrial complex. New York: Asklepios; 1993; 480.

79. Layon J et al. Altered T-lymphocyte subsets in hospitalized intravenous drug abusers. *Arch Intern Med* 1984; 144: 1376.
80. Lerner WD. Cocaine abuse and acquired immunodeficiency syndrome: Tale of two epidemics. *Am J Med* 1989; 87: 661-663.
81. Levy JA. Pathogenesis of human immunodeficiency virus infection. *Microbiological Reviews* 1993; 57: 183-289.
82. 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.
83. Melbye M, Grossman RJ, Goedert JJ, Eyster ME, Biggar RJ. Risk of AIDS after herpes zoster. *Lancet* 1987; i; 728-730.
84. 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.
85. Nakajima H. Editorial: Growing inequity is a matter of life and death. *World Health* 1994; 47: 3.
86. Needleman HI, Bellinger D. Prenatal exposure to toxicants: Developmental consequences. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1994; 321.
87. Nussenzweig RS. Parasitic disease as a cause of immunosuppression. *NEJM* 1982; 306: 423-424.
88. Papadopoulos-Eleopoulos E. Reappraisal of AIDS - Is the Oxidation Induced by the Risk Factors the Primary Cause? *Medical Hypothesis* 1988; 25: 151-162.
89. Papadopoulos-Eleopoulos E. Looking Back on the Oxidative Stress Theory of AIDS. *Continuum* () 1998/9; 5(5); 30-35.
90. Papadopoulos-Eleopoulos E, Turner V, Papadimitriou JM. Oxidative Stress, HIV and AIDS. *Res Immunol* 1992; 143: 145-148.
91. Papadopoulos-Eleopoulos E, Turner V, Papadimitriou JM. Is a Positive Western Blot Proof of HIV Infection ? *Bio/Technology* 1993; 11: 696-707.
92. Papadopoulos-Eleopoulos E, Turner VF, Papadimitriou JM, Caser D. A Critical Analysis of the HIV-T4-Cell AIDS Hypothesis. *Genetica* 1995; 95: 5-24.
93. Papadopoulos-Eleopoulos E, Turner VF, Papadimitriou JM, Caser D. The Isolation of HIV: Has it Really Been Achieved? The Case Against. *Continuum* (London) September/October 1996; 4(3); S1-S24.
94. Papadopoulos-Eleopoulos E, Turner V, Papadimitriou JM, Caser D. HIV Antibodies: Further Questions and a Plea for Clarification. *Curr Med Res Opin* 1997; 13: 627-634.
95. Philpott P. HIV Hysteria Leads UN to Launch Anti-Breastfeeding Campaign. *Reappraising AIDS* 1998; 6(9); 1-3.
96. Quinn TC, Mann JM, Curran JW, Piot P. AIDS in : An Epidemiologic Paradigm. *Science* 1986; 234: 955-963.
97. Rasnick D. Inhibitors of HIV Protease Useless Against AIDS, Because HIV Doesn't Cause AIDS. *Reappraising AIDS* 1996; 4(8); 1-4.
98. Root-Bernstein RS, Hobbs De Witt S. Semen Alloantigens and Lymphocytotoxic Antibodies in AIDS and ICL. *Genetica* 1995; 95: 133-156.
99. Rothman KJ. Causal Inference in Epidemiology. Multiple Analysis. Interactions Between Causes. Analysis with Multiple Levels of Exposure. En: *Modern Epidemiology*. : Little Brown; 1986: 7-22, 285-310, 311-326 y 327-350.
100. Rothman KJ. Causal Inference. Chestnut Hill, MA: *Epidemiology Resources*; 1988; 207.
101. Rothman KJ. Adjustments are Needed for Multiple Comparison. *Epidemiol* 1990; -46.
102. Greenland S. Causation and Causal Inference. En: *Detels R, WW, McEwen J, Omenn GS. Textbook of Public Health. Third Edition. Volume 2; The Methods of Public Health.* New York Oxford University Press; 1997; 617-630.
103. 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.
104. Sancton TA. TIME Planet of the Year: What on Earth Are We Doing? *TIME* 1989; 133(1); 26-30.
105. 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.
106. Shenton J. Positively False. Exposing the Myths about HIV and AIDS. : I.B. Tauris; 1998; 277.
107. Smith DK, Neal JJ, SD, CDC. Idiopathic CD4 T-Lymphocytopenia Task Force. Unexplained Opportunistic Infections and CD4 T-Lymphocytopenia. *NEJM* 1993; 328: 373-379.
108. Turner VF. Reducing Agents and AIDS - Why Are We Waiting? *Med J Austr* 1990; 153: 502.
109. World Health. Reaching Out to the Poorest. *World Health* 1994; 47(6); 1-31.
110. Zhang Z, Inserra PF, Watson RR. Antioxidants and AIDS. En: *Garewal HS. Antioxidants and Disease Prevention.* Boca Raton: CRC Press; 1997; 45-66.