

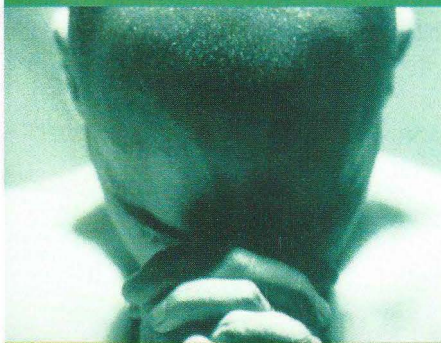
Roberto Giraldo¹
 Pedro Ródenas²
 Juan José Flores³
 Alfredo Embid⁴

¹Médico, especialista en medicina interna, enfermedades infecciosas y tropicales Nueva York

²Médico naturista Barcelona, España

³Médico, especialista en ginecología y obstetricia, reproducción humana y fisiología fetal Xalapa, Veracruz, México

⁴Acupuntor, coordinador de la Asociación de Medicinas Complementarias Madrid, España



Correspondencia

Roberto Giraldo
 e-mail: RobGiraldo@aol.com

Tratamiento y prevención del sida:

guía de principios básicos para una alternativa no tóxica, efectiva y barata

Resumen

Las evidencias científicas indican que el sida no es una enfermedad infectocontagiosa sino degenerativa tóxica y nutricional, causada por exposiciones involuntarias, y algunas veces voluntarias, a agentes estresantes para el sistema inmunológico, de origen químico, físico, biológico, mental y nutricional. Estos agentes estresantes, en alarmante incremento mundial, inducen un exceso de radicales libres del tipo de los agentes oxidantes, los cuales a su vez, deterioran progresivamente al sistema inmunológico hasta colapsarlo, con la subsiguiente aparición simultánea de infecciones oportunistas, tumores y enfermedades metabólicas. En consecuencia, el sida puede tratarse, prevenirse y erradicarse en forma efectiva, fácil y barata.

Palabras Clave: SIDA. Seropositivo. Sistema inmunitario. Intoxicación. Desintoxicación. Agentes estresantes. Inmunoestimulación.

Summary

Scientific evidence indicates that aids is not an infectious /contagious disease but a degenerative toxic and nutritional one, caused by involuntary and sometimes voluntary exposure, to agents stressful to the immunologic system, of chemical, physical, biological, mental and nutritional origin. These stress agents, increasing alarmingly worldwide, induce an excess of free radicals of the oxidizing agents type, which in their turn progressively deteriorate the immune system till breakdown, with the subsequent simultaneous appearance of opportunistic infections, tumours and metabolic diseases. In consequence, aids can be treated, prevented and eradicated effectively, easily and cheaply.

Key words: AIDS. HIV positive. Immune system. Intoxication. Disintoxication Stress agents. Immunologic stimulus.

Las evidencias científicas permiten afirmar que el sida no es una enfermedad infectocontagiosa sino degenerativa tóxica y nutricional¹⁻¹¹, causada por exposiciones involuntarias, y algunas veces voluntarias, a agentes estresantes para el sistema inmunológico, de origen químico, físico, biológico, mental y nutricional¹⁻⁴. Estos agentes estresantes, en alarmante incremento mundial³, inducen un exceso de radicales libres del tipo de los agentes oxidantes⁹⁻⁴⁴, los cuales a su vez, deterioran

La actual expresión "VIH-positivo" indica estar infectado con el virus que supuestamente causa el sida, pero ser "VIH-positivo" o "seropositivo" en realidad significa estar intoxicado u oxidado

ran progresivamente al sistema inmunológico hasta colapsarlo, con la subsiguiente aparición simultánea de infecciones oportunistas, tumores y enfermedades metabólicas. Como consecuencia de lo anterior, el sida puede tratarse, prevenirse y erradicarse en forma efectiva, fácil y barata⁴⁵⁻⁴⁸.

El sida puede y debe ser manejado como cualquier otra enfermedad degenerativa crónica. Es decir, una vez que una persona manifiesta deficiencia leve, moderada o severa de su sistema inmune, deberá tomar precauciones por el resto de su vida, como lo hacen las personas que sufren de diabetes, hipertensión arterial, artritis, insuficiencia renal y similares. Ocho principios básicos pueden y deben orientar el tratamiento y la prevención del sida como lo que realmente es: una enfermedad tóxica y nutricional⁴⁶⁻⁴⁸:

1. Informar correctamente sobre las causas reales del sida.
2. Diagnosticar con bases clínicas y de laboratorio.
3. Evitar la exposición a agentes estresantes inmunológicos.
4. Desintoxicar el sistema inmune y otros sistemas.
5. Estimular y regenerar el sistema inmune y otros sistemas.
6. Tratar las manifestaciones clínicas del sida.
7. Preferir medidas naturales.
8. Hacerlo en el momento apropiado.

La aplicación de estos principios básicos depende de las condiciones concretas de cada individuo o comunidad y debe ser decidida en cada caso específico por los profesionales o terapeutas que dirijan el tratamiento o la prevención y de común acuerdo con los interesados y afectados.

Informar correctamente sobre las causas reales del SIDA

- a. 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 cura¹⁻¹¹. Debe por lo tanto erradicarse la ecuación prevaleciente de que: VIH = SIDA = MUERTE
- b. Igualmente debe erradicarse el mito de que ser "VIH-positivo" indica estar infectado con el virus que supuestamente causa el sida, puesto que ser "VIH-positivo" o "seropositivo" en realidad significa estar intoxicado u oxidado⁴⁹.
- c. Estas creencias equivocadas, tal como lo demuestra la psiconeuroinmunología, deterioran de por sí al sistema inmune y contribuyen a la génesis del sida⁵⁰⁻⁵⁶.

- d. Debe explicarse detalladamente cómo las exposiciones involuntarias y algunas veces voluntarias, múltiples, repetidas y crónicas a los agentes estresantes inmunológicos de origen químico, físico, biológico, mental y nutricional, intoxican, oxidan y deterioran progresivamente el sistema inmune hasta colapsarlo, generando así la inmunodeficiencia^{4,57}.

Diagnosticar con bases clínicas y de laboratorio

- a. Mantener en mente que las exposiciones involuntarias o voluntarias, múltiples, repetidas y crónicas a agentes estresantes no sólo intoxican y deterioran progresivamente al sistema inmune sino también a los demás órganos y sistemas corporales^{4,57}. Asimismo, 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^{46-48,58-65}. En consecuencia, el estado completo de salud del individuo o la comunidad debe evaluarse cuidadosamente utilizando para ello tanto técnicas clínicas y pruebas de laboratorio convencionales para determinar el estado de la sangre, suero, plasma, orina, materias fecales y otros líquidos corporales, como pruebas de diagnóstico alternativas y complementarias: iridología, kinesiología, bioelectrónica, pulsos de la medicina oriental y otras pruebas similares⁵⁸⁻⁶⁴.
- b. Es ideal poder evaluar en detalle el estado de funcionamiento del sistema inmune, con exámenes 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 inmunoglobulinas⁶⁶⁻⁶⁸.
- c. Evaluar en detalle el estado de activación del sistema inmune: exámenes serológicos para hepatitis A, B, C, sífilis, toxoplasma, diferentes tipos de virus herpes, infección citomegálica, rubéola, mononucleosis, factor reumatoideo, antiestreptolisinas, eritrosedimentación, proteína C reactiva, beta 2 microglobulina, pruebas de Combs, aglutininas, complejos inmunes y pruebas cutáneas⁶⁶⁻⁶⁸.
- d. Evaluación del estado de funcionamiento de las glándulas endocrinas, los riñones, el hígado, la piel y todos los demás órganos y sistemas corporales.

Es necesario adoptar una actitud positiva y crítico-constructiva, de tal manera que los "pacientes seropositivos" se conviertan en "impacientes seropositivos"

- e. Es conveniente evaluar meticulosamente los marcadores del estado nutricional: proteínas totales, albúmina, electroforesis de proteínas, hierro sérico, transferrina, ferritina, folatos, B12, B6, tiamina, niacina, biotina, riboflavina, ácido pantoténico, carnitina, inositol, biopterinas, colinas⁶⁹⁻⁸⁸.
- f. Evaluación de los marcadores del estado de antioxidación: dosificación de vitamina C, vitamina A, retinol, carotenos totales, alfacaroteno, betacaroteno, licopeno, luteína/zeaxantina, betacriptoxantina, flavonoides, vitamina E, alfatocoferol, gamatocoferol, cobre, ceruloplasmina, zinc, selenio, cromo, magnesio, manganeso, glutatión, glutatión peroxidasa, N-acetilcisteína y tiol sistémico^{9-44,89,90}.
- g. También es conveniente evaluar los marcadores del estado de oxidación: 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 superoxidodismutasa⁹¹⁻⁹⁴.

Las pruebas de ELISA, Western blot y Carga viral consideradas erróneamente como indicadoras de "infección VIH"⁹⁵⁻¹⁰⁹, deben en realidad interpretarse como biomarcadores indirectos del estado de estrés oxidativo e intoxicación del individuo o la comunidad⁴⁹. En tal sentido, el fenómeno conocido como VIH, antes que ser causa, es un efecto de las exposiciones a agentes estresantes, e indica presencia de proteínas liberadas y acumuladas durante las respuestas al estrés¹¹⁰⁻¹¹⁸. Debe entenderse con detalle 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 virus¹¹⁹⁻¹²⁴.

Evitar la exposición a agentes estresantes inmunológicos

Debe evitarse mayor intoxicación de órganos y tejidos impidiendo al máximo posible la exposición a agentes estresantes inmunológicos^{4,57}:

- a. Estresantes de origen químico: tabaco, alcohol, drogas psicoactivas y afrodisíacos (cocaína, heroína, crack, nitritos inhalables o "poppers", anfetaminas, etc.), polución química, lubricantes, detergentes, pinturas, aerosoles, pesticidas, preservativos de alimentos, fármacos tóxicos inclu-

yendo a antibióticos, corticosteroides, quimioterápicos y antiretrovirales^{4,6-8,125-129}.

- a. Estresantes de origen físico: radiaciones ionizantes y no ionizantes, campos electromagnéticos originados en instrumentos eléctricos y electrónicos, geopatías y cosmopatías^{4,130}.
- b. Estresantes de origen biológico: sangre y derivados, semen, especialmente por vía rectal, vacunas, infecciones de transmisión sexual, otras infecciones y parasitosis^{4,131,132}. Evitar el sobrecrecimiento de *Candida albicans* en el tracto gastrointestinal y su diseminación a otros sitios^{63,133}. En lugares subdesarrollados es necesario garantizar agua potable, así como una buena disposición de excretas y basuras para evitar nuevas infecciones y parasitosis¹³².
- c. Estresantes de origen mental: ansiedad, fobias, temores, depresión y pánico^{4,134}. Es absolutamente necesario erradicar toda duda acerca de lo que realmente es el sida y su tratamiento y prevención en el individuo, su familia y en la comunidad⁵⁰⁻⁵⁶, debe comprenderse como desde el punto de vista científico, es posible curar y prevenir el sida.
- d. Estresantes de origen nutricional: falta de alimentación en países subdesarrollados y el exceso de comida "basura o chatarra" en países desarrollados^{4,135}. Nada nos pone más en contacto con el medio ambiente como los alimentos que ingerimos; en consecuencia, la alimentación debe ser 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 aspartamo. Reducir el consumo de proteína y grasa animal, incluidos los lácteos, así como el consumo de azúcares y dulces. En las regiones subdesarrolladas es un requisito absoluto y prioritario resolver la carencia de alimentos¹³⁵.
- e. Hábitos de vida: La salud y la enfermedad están relacionados con nuestros hábitos diarios y con la actitud ante la vida^{2,4,136-141}. Es necesario adoptar una actitud positiva y crítico-constructiva, de tal manera que los "pacientes seropositivos" se conviertan en "impacientes seropositivos". 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, bai-

El éxito del tratamiento del SIDA depende en gran medida de que se garantice un estado macro y micronutricional óptimo

lar, cantar, pintar, reír. Preferible usar prendas de algodón, fibras naturales 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 y a todos nuestros semejantes.

Desintoxicar el sistema inmune y otros sistemas

Además del sistema inmune deben desintoxicarse los sistemas de excreción: digestivo, hepático, renal, respiratorio y cutáneo y todos los demás que manifiesten signos de intoxicación¹⁴²⁻¹⁴⁴.

- a. Técnicas nutricionales, energéticas, magnéticas, físicas, mentales y espirituales han demostrado efectividad tanto en la desintoxicación como en la estimulación y regeneración del sistema inmune y otros sistemas^{46,48,58-65,133,145-167}; medicina naturista y homeopatía, acupuntura y moxibustión, terapia neural, digitopuntura, medicina china, fitoterapia, terapia nutricional, terapia con agentes quelantes, hidroterapia, terapia con agua de mar, reflejoterapia, masaje linfático, ayurveda, flores de Bach, hipertermia, oxigenoterapia biocatalítica, aromaterapia, masaje terapéutico, arteterapia, musicoterapia, cromoterapia, hipnosis, yoga, tai-chi, qigong o chi kung, tuina o masaje chino, reiki, magnetoterapia, sofrología, medicina ortomolecular, medicina funcional y cuidado espiritual¹⁴⁵⁻¹⁵³. Al igual que como sucede con la medicina convencional, la efectividad de cada una de estas técnicas terapéuticas depende en gran medida del conocimiento y experiencia de quien las aplique y de la aceptación por parte de quien las recibe.
- b. Fitoterapia: existen plantas medicinales útiles en la desintoxicación^{65,136-141,149,161-165}; plantas diuréticas como la cola de caballo (*Equisetum arvense*) y plantas protectoras hepáticas como el cardo mariano (*Silybum marianum*), el boldo (*Pneumus 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 y se prepara de la siguiente manera: se licuan 2 onzas de cristal o jugo de penca sábila, 2 cucharadas de miel de abeja, 4 granos de pimienta negra, un trocito de jengibre y el jugo de un limón amarillo. Se toma acabado de hacer todos los días, durante 30 ó 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.

- c. Alimentación desintoxicante y antioxidante^{2,4,135-140}: 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 opción¹⁶⁸. Se basa en el consumo de cereales completos o integrales cocidos o crudos, enteros, aplastados o molidos (arroz, cebada monda o perlada, trigo sarraceno, avena). Reducción del 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 supervisado¹⁶⁹. Es muy conveniente también, tomar alimentos bifidogénicos, por ejemplo yogur y kumis hechos con leche de oveja o cabra, tofu y miso¹⁷⁰. El aceite de coco que es fuente de ácido láurico y caprílico tiene efectos anti cándida⁶³.

Estimular y regenerar el sistema inmune y otros sistemas

Debe iniciarse éste proceso junto con el de desintoxicación y esto puede durar meses, años, o toda la vida, dependiendo de las condiciones específicas de cada persona o comunidad.

El fenómeno conocido como VIH, antes que ser causa, es un efecto de las exposiciones a agentes estresantes, e indica presencia de proteínas liberadas y acumuladas durante las respuestas al estrés

- a. Garantizar niveles óptimos de antioxidantes^{161,162,171-176} por ejemplo con el uso de vitamina A y carotenoides¹⁷⁷⁻¹⁹⁶, vitamina E (preferiblemente Ed)^{188,197,198}, vitamina C¹⁹⁹⁻²⁰¹, selenio³⁰⁻³³, n-acetil cisteína³⁴⁻⁴⁰, l-glutamina⁶³, zinc⁴¹⁻⁴⁴, cobre⁴⁴, manganeso¹⁶¹, ácido alfalipoico¹⁶¹, ubiquinona o coenzima Q10¹⁶¹ y flavonoides o vitamina P¹⁶¹; evitando sobrepasar los niveles sanguíneos normales y recordando el potencial tóxico de metales y vitaminas liposolubles. Tener niveles normales de vitamina A y otros carotenoides evita lo que erróneamente se conoce como "transmisión del VIH/sida" de persona a persona²⁰²⁻²⁰⁴, de la madre al feto durante el embarazo y el parto²⁰⁵⁻²¹⁶ o durante la alimentación materna²¹⁷. Sin embargo hay que tener en cuenta el potencial teratogénico de la vitamina A, betacaroteno y otros carotenoides²¹⁸.
- b. Algunas interleukinas como la IL2, factores de crecimiento, vitaminas del complejo B, vitamina D y litio tienen utilidad por sus efectos estimulantes y regeneradores²¹⁹⁻²²⁷.
- c. Corregir con meticulosidad las anormalidades de macronutrientes y micronutrientes²²⁸⁻²³⁸.
- d. Existen algunas plantas inmuoestimulantes y/o antioxidantes^{149,239-248}: penca sábila (*Aloe vera*), astrágalus (*Astragalus membranaceus*), eleuterio o ginseng (*Eleutherococcus senticosus*), Fo-ti (*Polygonum multiflorum*), cúrcuma (*Curcuma longa*), equinácea (*Echinacea angustifolia* y *E. purpurea*), ajo (*Allium sativum*), regaliz (*Glycyrrhiza glabra*), hidrastis o sello 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: pasiflora (*Passiflora incarnata*), valeriana (*Valeriana officinalis*), manzanilla (*Matricaria chamomilla*), hierbabuena (*Menta sativa*), lavanda (*Lavanda officinalis*), eleuterococo o ginseng de Siberia (*Eleuterococcus senticosus*).
- e. Favorecer un tipo de alimentación antioxidante, estimulante y regeneradora^{2,4,136-141}: además de la alimentación desintoxicante descrita en 4-d), se sugiere una dieta 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 bioló-

gicos 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 en 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 inmuoestimulantes. 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.

Tratar las manifestaciones clínicas del SIDA

- a. 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, estrogiloidiasis, 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, síndrome caquetizante), y las demás manifestaciones clínicas que se presenten del deterioro respectivo de los mecanismos de defensa, de vigilancia y de homeostasis del sistema inmune, debe utilizarse el tratamiento específico convencional²⁴⁹⁻²⁵³ junto al complementario o alternativo^{46-48,58-65,133,154-167}.
- b. Corregir las manifestaciones de deterioro de otros órganos y tejidos.
- c. El éxito del tratamiento del sida depende en gran medida de que se garantice un estado macro y micronutricional óptimo^{69-88,154-165,227-238}.

Preferir medidas naturales

Es ideal que además de los profesionales convencionales se consulte a terapeutas complementarios, alternativos u holísticos, de solvencia reconocida, puesto que éstos utilizan técnicas terapéuticas de reconocida efectividad para el trata-

miento y la prevención de enfermedades degenerativas tóxicas y nutricionales como el sida^{65-133,136-153, 166,167}.

Hacerlo en el momento adecuado

El tratamiento y la prevención del sida como síndrome tóxico y nutricional solamente podrá ser efectivo si:

- a. 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 y nutricional, causado por exposiciones involuntarias y algunas veces voluntarias, múltiples, repetidas y crónicas a agentes estresantes inmunológicos, los cuales inducen un estado de intoxicación u oxidación del sistema inmune y los demás sistemas corporales. Es ideal que los familiares y amigos cercanos también lo entiendan así.
- b. El tratamiento y la prevención son dirigidos por profesionales de la salud o terapeutas cualificados, que comparan enteramente que el sida es un síndrome tóxico y nutri-

cional prevenible, curable y erradicable, y que estén decididos y puedan hacerlo. Preferir profesionales que tengan una visión amplia y global de la medicina convencional y de las medicinas alternativas o complementarias.

Es frecuente que se presenten discusiones entre las personas "seropositivas" y las enfermas, con los profesionales de la salud o con los terapeutas que consideran que el sida es una enfermedad causada por un virus denominado "VIH". En caso de que esto suceda, deben evitarse las confrontaciones radicales que traigan mayor ansiedad y depresión a las personas "seropositivas" y a los enfermos⁵⁰⁻⁵⁶.

Si un enfermo de sida o una persona que reacciona positivamente en las mal llamadas "pruebas para VIH" después de conocer toda la información disponible²⁵⁴⁻²⁵⁶, 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 acciones antioxidantes²⁵⁷ y el suspenderlos en forma abrupta podría crear situaciones delicadas de estrés oxidativo e inmunosupresión.

Bibliografía

1. Giraldo RA. *Polémica científica internacional acerca de la causa del sida*. Investigación y Educación en Enfermería (Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia), 1996;14(2):55-74.
2. Giraldo RA. *Papel de estresantes inmunológicos en inmunodeficiencia*. IATREIA (Universidad de Antioquia, Facultad de Medicina, Medellín, Colombia), 1997;10: 62-76.
3. Giraldo RA. El alarmante incremento mundial de agentes estresantes inmunológicos. En: Ahumada C, Hernández 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, 1998;49-73.
4. Giraldo RA. Los agentes estresantes inmunológicos son la verdadera causa del sida. En: *Sida y agentes estresantes*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia, 2002;82-123.
5. Duesber PH. Retroviruses as carcinogens and pathogens: expectations and reality. *Cancer Research* 1987.
6. Duesberg PH. AIDS acquired by drug consumption and other non contagious risk factors. *Pharmac Ther* 1992;55:201-77.
7. Duesberg PH, Rasnick D. *The drug-AIDS hypothesis*. London: Continuum, 1997;4 (5):S1-S24.
8. Duesberg PH, Rasnick D. The AIDS dilemma: Drug diseases blamed on a passenger virus. *Genetica* 1998; 104:85-132.
9. Papadopoulos-Eleopoulos E. Reappraisal of AIDS - Is the oxidation induced by the risk factors the primary cause? *Medical Hypothesis* 1988;25:151-62.
10. Papadopoulos-Eleopoulos E, Turner V & Papadimitriou J. Oxidative stress, HIV and AIDS. *Res Immunol* 1992; 143:145-8.
11. Papadopoulos-Eleopoulos E. *Looking back on the oxidative stress theory of AIDS*. London: Continuum, 1998-1999;5(5):30-5.
12. Giraldo RA. Radicales libres e inmunodeficiencia. En: *Sida y agentes estresantes*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia, 2002;33-6.
13. 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 Alpes, France, January 1993. *Chemico-Biological Interactions* 1994;91:77-224.
14. Piette, 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 infection" Les Deux Alpes, France, January 1993. *Chemico-Biological Interactions* 1994;91:79-132.
15. Favier A, et al. Antioxidant status and lipid peroxidation in patients infected with HIV. *Chemico-Biological Interactions* 1994;91:165-80.
16. Fuchs J, et al. Oxidative imbalance in HIV infected patients. *Med Hypothesis* 1991; 36:60-4.
17. Jarstrand C, Akerlund B. Oxygen radical release by neutrophils of HIV-infected patients. *Chemico-Biological Interactions* 1994;91:141-6.
18. Lacey CJ, et al. Antioxidant-micronutrients and HIV infection. *International J STD & AIDS* 1996;7:485-9.
19. Passi S. *Progressive increase of oxidative stress in advanced human immunodeficiency*. London: Continuum, 1998;5(4):20-6.
20. Javier JJ, et al. Antioxidant micronutrients and immune function in HIV-1 infection. *FASEB Proc* 1990;4A: 940-5.
21. Allard VP, et al. Oxidative stress and plasma antioxidant micronutrients in humans with HIV infection. *Am J Clin Nutr* 1998;67:143-7.
22. Revillard JP, Favier AE, Zittoun Michele. Lipid peroxidation in human immunodeficiency virus infection. *J AIDS* 1992;5:637-8.
23. 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.
24. Baruchel S, Wainberg MA. The role of oxidative stress in disease progression in individuals infected by the human immunodeficiency virus. *J Leukocyte Biol* 1992;51: 111-4.

Bibliografía

25. Constans J, et al. Fatty acids and plasma antioxidants in HIV-positive patients: correlation with nutritional and immunological status. *Clinical Biochemistry* 1995;28: 421-6.
26. Polyakov 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.
27. 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;54:311-5.
28. 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.
29. Staal FJT, et al. Antioxidants inhibit stimulation of HIV transcription. *AIDS Res Hum Retroviruses* 1993;9: 299-306.
30. Dworkin BM, Rosenthal W, Wormser G, Weiss L. Selenium deficiency in the acquired immunodeficiency syndrome. *J Parenteral Enteral Nutr* 1986;10: 405.
31. Dworkin BM. Selenium deficiency in HIV infection and the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Chemico-Biological Interactions* 1994;91:181-6.
32. Cirelli A, et al. Serum selenium concentration and disease progress in patients with HIV infection. *Clin Biochem* 1991;24:211-4.
33. Schrauzer GN, Sacher J. Selenium in the maintenance and therapy of HIV-infected patients. *Chem Biol Inter* 1994;91:199.
34. Simon G, et al. Effects of glutathione precursors on human immunodeficiency virus replication. *Chemico-Biological Interactions* 1994;91:217-24.
35. 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: 101-8.
36. Buhl R, et al. Systemic glutathione deficiency in symptom-free HIV seropositive individuals. *Lancet* 1989;ii: 1294-8.
37. Dorge W, Eck HJ, Mihm S. HIV-induced cysteine deficiency and T-cell dysfunction: a rationale for treatment with n-acetyl-cysteine. *Immunol Today* 1992;13:211.
38. Passi S, et al. Study on plasma polyunsaturated fatty acids and vitamin E, and on erythrocyte glutathione peroxidase in highrisk HIV infection categories and AIDS patients. *Clin Chem Enzym Comms* 1993;5:169-77.
39. Quey B, et al. Glutathione depletion in HIV-infected patients: role of cysteine deficiency and effect of oral n-acetyl-cysteine. *AIDS* 1992;5:814.
40. Kalevic T, et al. Suppression of human immunodeficiency virus expression in chronically infected monocytic cells by glutathione, glutathione ester and N-acetyl-cysteine. *Proc Natl Acad Sci U.S.A.* 1991;88:986.
41. Fabris N, et al. AIDS, zinc deficiency and thymic hormone failure. *JAMA* 1988;259: 839.
42. Walter R, et al. Zinc status in human immunodeficiency virus infection. *Life Sci* 1990;47:1579.
43. Falutz J, et al. Zinc as a cofactor in HIV-induced immunosuppression. *JAMA* 1988; 259:2850-1.
44. Graham N, et al. Relationship of serum copper and zinc levels to HIV-1 seropositivity and progression to AIDS. *J AIDS* 1991;4:976-80.
45. 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.
46. Giraldo R. Tratamiento y prevención del sida como síndrome tóxico-nutricional. En: *SIDA y agentes estresantes*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia. 2002;112-5.
47. 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. 2000; 109-15.
48. Embid A. *Estimular las defensas de otra forma. Tratamientos de los síndromes de inmunodeficiencia*. Madrid: Medicinas complementarias, 1992;214.
49. Giraldo RA. El verdadero significado de ser "VIH positivo". En: *Sida y agentes estresantes*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia, 2002; 109-12.
50. Kiecolt-Glaser JK, Glaser R. Psychological influences on immunity. Implications for AIDS. *Amer J Psychol* 1988;43:892-9.
51. Kemeny ME. Psychoneuroimmunology of HIV infection. En: Zegans LS, Coates TJ. Psychiatric manifestations of HIV disease. *Psychiat Clin N Am* 1994;17:55-68.
52. Perry S. Psychoneuroimmunology and AIDS: challenge or "challenger"? En: Stein M, Baum A. *Perspectives in behavioral medicine: chronic diseases*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associated Publishers, 1995;273-86.
53. 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.
54. Adder R, Felten DL, Cohen N. *Psychoneuroimmunology*. 3a ed. San Diego: Academic Press, 2001;Vol 1:727p, Vol 2:856p.
55. Friedman H, Bendinelli M, Specter S. *Psychoneuroimmunology, stress and infections*. Nueva York: Plenum Press, 1995;300.
56. Kemeny ME, et al. Psychoneuroimmunology. En: Nemeroff C. *Neuroendocrinology*. Telford, NJ: Telford Press; 1992;563-591.
57. Giraldo RA. Propuesta para la patogénesis y la historia natural del sida. En: *Sida y agentes estresantes*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia, 2002; 47-71.
58. Embid A. *Enciclopedia de medicina funcional y oligoterapia*. Madrid: Medicinas complementarias, 1992.
59. Null G. Alternative treatments. En: *AIDS: A second opinion*. New York: Seven Stories Press, 2002;487-581.
60. Goldberg B. AIDS. En: *Alternative Medicine. The definitive guide*. Fife, Washington: Future Medicine Publishing Inc, 1994;494-509.
61. Abrams DI. Alternative therapies. En: Sande MA, Volberding PA. *The medical management of AIDS*. 6a ed. Filadelfia: W.B. Saunders Company, 1999;601-12.
62. Badgley L. *Healing AIDS naturally: natural therapies for the immune system*. Foster City, California: Human energy Press, 1990;410.
63. Byrnes S. *Overcoming AIDS with natural medicine: A program for recovery*. Revised, 2nd edition. Honolulu, Hawaii: Ecclesia Life Mana, 2001;183.
64. Reillo M. *AIDS under pressure: hyperbaric medicine in the management of HIV disease*. Seattle: Gogrefe & Huber Publishers, 1997;124.
65. Chaitow L. *The natural way: HIV & AIDS. Your guide to complementary therapies, alternative techniques and conventional treatments*. Shaftesbury, UK: Element Books Limited, 1999;150.
66. Kimber I, Selgrade MJ. *T lymphocyte subpopulations in immunotoxicology*. Chichester: John Wiley & Sons, 1998;302.
67. Breen C, Golightly M. Immunodeficiency. In: Lehmann CA. *Saunders manual of clinical laboratory science*. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1998;307-24.
68. Rose NR, Hamilton RG, Detrick B. *Manual of clinical laboratory immunology*. 6a ed. Washington: ASM Press, 2002;1322.
69. Beach RS, Laura PF. Nutrition and the acquired immunodeficiency syndrome. *Ann Intern Med* 1983;99: 565-6.
70. Chelluri L, Jastremski MS. Incidence of malnutrition in patients with acquired immunodeficiency syndrome. *Nutr Clin Pract* 1989;4:16-8.
71. Chlebowski RT. Significance of altered nutritional status in acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Nutr Cancer* 1985;7:85-91.
72. Coodley GO. Nutritional deficiency and AIDS. *Ann Intern Med* 1990;113:809.
73. Gray RH. Similarities between AIDS and protein calorie malnutrition (PCM). *AJPH* 1983;73:1332.
74. Jain VK, Chandra RK. Does nutritional deficiency predispose to AIDS? *Nutr Res* 1984; 4:537-42.
75. Keusch GT, Farthing MJG. Nutritional aspects of AIDS. *Annu Rev Nutr* 1990;10: 475-501.
76. Keusch GT, Thea DM. Malnutrition in AIDS. *Medical Clinics of North America: Clinical Nutrition* 1993;77: 795-814.
77. Kotler DP, et al. Body composition studies in patients with the acquired immunodeficiency syndrome. *Am J Clin Nutr* 1985;42:1255-65.
78. ABRAMS B, et al. A prospective study of dietary intake and acquired immunodeficiency syndrome in HIV-seropositive homosexual men. *J AIDS* 1993;6:949-58.
79. Baum MK, et al. Micronutrients and HIV-1 disease progression. *AIDS* 1995;9:1051-6.
80. Beach RS, et al. Specific nutrient abnormalities in asymptomatic HIV-1 infection. *AIDS* 1992;6:701-8.
81. Melchior JC, et al. Resting energy expenditure is increased in stable malnourished HIV-infected patients. *Am J Clin Nutr* 1991;53:437-41.

Bibliografía

82. Periquet BA, et al. Micronutrient levels in HIV-1 infected children. *AIDS* 1995;9: 887-93.
83. Moseson M, et al. The potential role of nutritional factors in the induction of immunologic abnormalities in HIV-positive homosexual men. *JAIDS* 1989;2:235-47.
84. Skurnick JH, et al. Micronutrients profiles in HIV-1 infected heterosexual adults. *J Acq Immunodef Syndr Hum Retrov* 1996;12:75-83.
85. Tang AM, et al. Dietary micronutrient intake and risk progression to acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) in human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1)-infected homosexual men. *Am J Epidemiol* 1993;138:1-15.
86. Tang AM, et al. Effects of micronutrients intake on survival in human immunodeficiency virus type 1 infection. *Am J Epidemiol* 1996;143:1244-56.
87. Bogden JD, et al. Micronutrients status and human immunodeficiency virus (HIV) infection. *Ann NY Acad Sci* 1990;547:189-95.
88. Coodley GO, et al. Micronutrient concentrations in the HIV wasting syndrome. *AIDS* 1993;7:1595-600.
89. Kehrer JP. Free radicals as mediators of tissue injury and disease. *Crit Rev Toxicol* 1993;23:21-48.
90. Reid L. Oxidative stress and antioxidants. *A nutritional perspective*. London: Continuum, 1998;5(3):52-4.
91. Slater TF. Free radicals: formation, detection, reactivity, and cytotoxicity. En: Lachman PJ, Peters SK, Rosen FS, Walport MJ. *Clinical aspects of immunology*. Boston: Blackwell Scientific Publications, 1993:377-93.
92. Simic MG. DNA markers of oxidative processes in vivo: relevance to carcinogenesis and anticarcinogenesis. *Cancer Res (Suppl)* 1994;54:1918s.
93. Jovanovic S. Biomarkers of oxidative stress in clinical practice. *Townsend Letter for Doctors and Patients* 1998; August/September:72-6.
94. Armstrong D. *Oxidative stress biomarkers and antioxidant protocols*. NJ: Totowa, 2002:322.
95. Papadopoulos-Eleopoulos E, Turner V & Papadimitriou JM. Is a positive Western blot proof of HIV infection? *BioTechnology* 1993;11:696-707.
96. Papadopoulos-Eleopoulos E, Turner V, Papadimitriou J & Causser D. HIV Antibodies: further questions and a plea for clarification. *Curr Med Res Opin* 1997;13:627-34.
97. Turner VF. Do HIV Antibody tests prove HIV infection? London: Continuum, 1996; 3:8-11.
98. Turner VF. *Do antibody tests prove HIV infection?* Interview by Huw Christie editor of Continuum. London: Continuum Winter, 1997/8;5(2):10-9.
99. Giraldo RA. Las pruebas de ELISA, Western blot y carga viral usadas en el diagnóstico de la "infección VIH" no son adecuadas. En: *Sida y agentes estresantes*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia, 2002;87-92.
100. Giraldo RA. Ser "VIH positivo" o "seropositivo" no indica estar infectado con el "VIH". En: *Sida y agentes estresantes*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia, 2002;92-5.
101. Christie H. *Continuum. HIV Positive? - It depends where you live. Take a look at the criteria that determine a positive HIV test result*. London: Continuum, 1995;3(4):20.
102. Shenton J. *Positively false. Exposing the myths about HIV and AIDS*. London: I.B. Tauris, 1998;277.
103. 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; 232-62.
104. Johnson C. *Playing Russian roulette in the lab: Can you really trust the AIDS test?* New York: The HEAL Bulletin, Special Edition, 1993.
105. Johnson C. *Is anyone really positive?* London: Continuum, April/May 1995.
106. Johnson C. *Factors known to cause false-Positive HIV antibody test results*. San Diego, California: Zenger's, 1996;September 8-9.
107. Johnson C. *Whose antibodies are they anyway?* London: Continuum, 1996;September/ October 4(3):4-5.
108. Johnson C. *The PCR to prove HIV infection. Viral load and why they can't be used*. London: Continuum, 1996;4:33-37 and 39.
109. Philpott P & Johnson C. Viral load of crap. *Reappraising AIDS* 1996;4(10):1-4.
110. Giraldo RA. *Everybody Reacts Positive on the ELISA Test for HIV*. London: Continuum, 1999;5(5):8-10.
111. Wing MG. The molecular basis for a polyspecific antibody. *Clin Exp Immunol* 1995; 99:313-5.
112. 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 consequence of exposure to virus. *Proc Nat Acad Sci USA* 1980;77:1617-21.
113. Snyder HW, Fleissner E. Specificity of human antibodies to oncovirus glycoproteins: recognition of antigen by natural antibodies directed against carbohydrate structures. *Pro Nat Acad Sci USA* 1980;77:1622-6.
114. Koval TM. *Stress-Inducible Processes in Higher Eukaryotic Cells*. New York: Plenum Press, 1997;256.
115. Latchman DS. *Stress Proteins* 1999;Springer 422.
116. Morimoto R, Tissieres A, Georgopoulos C. *Stress Proteins in Biology and Medicine*. Cold Spring Harbor Laboratory Press 1990;450.
117. Schlesinger MJ, Santoro MG, Garaci E. *Stress Proteins: Induction and Function*. Berlin: Springer-Verlag, 1990;123.
118. Van Eden W, Young DB. *Stress Proteins in Medicine*. New York: Marcel Dekker, Inc. 1996;578.
119. Papadopoulos-Eleopoulos E, Turner VF, Papadimitriou JM & Causser D. *The isolation of HIV: Has it really been achieved? The case against*. London: Continuum, 1996;4(3): S1-S24.
120. Papadopoulos-Eleopoulos E, Turner V, Papadimitriou J, et al. *Why no whole virus?* London: Continuum, 1997;4(5):27-30.
121. Philpott P. The isolation question. Does HIV exist? Do HIV tests indicate HIV infection? Here's why some scientists say no. How an Australian biophysicist and her simple observations have taken center stage among AIDS reappraisers. *Reappraising AIDS* 1997;5(6):1-12.
122. De Harven E. *Pioneer deplores "HIV" "Maintaining errors is evil"* London: Continuum, 1997/8;5(2):24.
123. De Harven E. *Remarks on methods for retroviral isolation*. London: Continuum, 1998; 5(3):20-1.
124. Giraldo RA. El denominado "virus del sida" o VIH parece que ni siquiera existe. En: *Sida y agentes estresantes*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia, 2002;95-9.
125. Giraldo RA, Ellner M, Farber C, 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*. London: Continuum, 1999;5 (6):38-52.
126. Lauritsen J. *Poison by prescription: the AZT story*. Nueva York: Asklepios, 1990.
127. Giraldo RA. *Estresantes químicos e inmunodeficiencia*. En: *Sida y agentes estresantes*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia; 2002;24-26.
128. Al-Bayati MA. Are steroids the real cause of AIDS? *Zenger's magazine January* 2000 (Issue # 67).
129. Embid A. Inmunosupresión y pesticidas. *Medicinas complementarias* 1997;46:152.
130. Giraldo RA. *Estresantes físicos e inmunodeficiencia*. En: *Sida y agentes estresantes*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia, 2002;26-7.
131. Giraldo RA. *Estresantes biológicos e inmunodeficiencia*. En: *Sida y agentes estresantes*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia, 2002; 27-9.
132. Giraldo RA. Papel de las enfermedades tropicales en el debilitamiento del sistema inmunológico y en la fisiopatogénesis del sida. En: *Sida y agentes estresantes*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia, 2002;37-46.
133. Chaitow L. *Candida Albican, could yeast be your problem? Expanded and revised edition*. Rochester, Vermont: Healing Arts Press, 1998;1522.
134. Giraldo RA. *Estresantes mentales e inmunodeficiencia*. En: *Sida y agentes estresantes*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia, 2002;29-31.
135. Giraldo RA. *Estresantes nutricionales e inmunodeficiencia*. En: *Sida y agentes estresantes*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia 2002; 31-33.
136. Rodenas P. Alimentación y dietética. En: *El médico naturista opina. Una visión natural de la salud y la alimentación*. Barcelona: Océano Ambar, 2000;151-99.
137. Rodenas P. *El cuidado de nosotros mismos. El médico naturista opina. Una visión natural de la salud y la alimentación*. Barcelona: Océano Ambar, 2000;203-38.
138. 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;110-44.
139. 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.

Bibliografía

140. 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;26-9.
141. Landaburu E. Sobre el bienestar físico. En: *Cuidate compa!* Barcelona: Txalaparta; 2001;13-130.
142. Hass EM. *The detox diet*. Berkeley, California: Celestial arts, 1996.
143. Hass EM, Novey DW. Detoxification therapy. En: Novey DW. *Clinician's complete reference to complementary/alternative medicine*. St Louis: Mosby, 2000;702-15.
144. Goldberg B. Detoxification therapy. En: *Alternative Medicine. The definitive guide*. Fife, Washington: Future Medicine Publishing Inc, 1994;156-66.
145. Schultz V, Hansel R, Tyler VE. Agents that increase resistance to disease: adaptogens; immune stimulants; botanical antioxidants. En: *Rational phytotherapy. A physician guide to herbal medicine*. Springer, 1998;269-273,273-281,282-286.
146. Yuan-Kun L, et al. Modulation of immune responses. En: *Handbook of probiotics*. New York: John Wiley & Sons, Inc, 1999;161-77.
147. Cao X. Protective effect of acupuncture on immunosuppression. En: NIH Consensus Development Conference on Acupuncture, November 3-5, 1997. Bethesda, William Natcher Conference Center. Bethesda: NIH Continuing Medical Education, 1997; 129-33.
148. Reid D. *The complete book of Chinese health and healing*. Boston: Shambhala Publications Inc, 1995;484.
149. Hallowell M. *Herbal healing: a practical introduction to medicinal herbs*. Garden City Park, New York: Avery Publishing Group; 1994;191.
150. Batmanghelidj F. *Your body's many cries for water*. Fall Church, Virginia: Global Health Solutions Inc, 1997; 181
151. Mahe A. El plasma de Quinton. *El agua de mar nuestro medio interno*. Barcelona: Romanya/Valls, S.A, 2001;190.
152. Embid A. Acción de la acupuntura-moxibustión sobre las reacciones inmunológicas. *Medicinas Complementarias* 1986;2:17-22.
153. Embid A. Masaje, maduración e inmunidad. *Medicinas Complementarias* 1991;27: 78.
154. Fenton M, Silverman E. Medical nutrition therapy for human immunodeficiency virus (HIV) infection and acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). En: Mahan LK, Escott-Stump S. *Food, nutrition, & diet therapy*. Philadelphia: W.B. Saunders Company 2000; 889-911.
155. Mahan LK, Escott-Stump S. Medical nutrition therapy for human immunodeficiency virus (HIV) infection and acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). En: *Krause's food, nutrition and diet therapy*. Philadelphia: W. B. Saunders 2000;889-911.
156. Romeyn M. *Nutrition and HIV*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1995;355.
157. Bahl SM, Hickson JF. *Nutritional care for HIV-positive persons: a manual for individuals and their caregivers*. Boca Raton: CRC Press, 1995;190.
158. Watson RR. *Nutrition and AIDS*. 2a ed. Boca Raton: CRC press, 2001;231.
159. Beisel WR. AIDS. En: Gershwin ME, German JB, Keen CL. *Nutrition and immunology: principles and practice*. Totowa: Human Press, 2000;389-401.
160. Gerrior 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;741-50.
161. Zhang Z, Inserra PF, Watson RR. Antioxidants and AIDS. En: Garewal HS. *Antioxidants and disease prevention*. Boca Raton: CRC Press, 1997;31-43.
162. Bendich A. Role of antioxidants in the maintenance of immune system. En: FREI B. *Natural antioxidants in human health and disease*. (Chapter IV Immunity and Infection). San Diego: Academic Press,1994;447-67.
163. Garewal HS. *Antioxidants and disease prevention*. Boca Raton: CRC Press, 1997;186.
164. Sies H. *Oxidative stress: oxidants and antioxidants*. London: Academic Press, 1991; 507.
165. Frei B. *Natural antioxidants in human health and disease*. San Diego: Academic Press; 1994;588.
166. Brighthope I. *The AIDS fighters*. New Canaan, Connecticut: Keats Publishing, 1988; 184.
167. Callen M. *Surviving AIDS*. Nueva York: Harper Collins, 1990.
168. Kousmine C. El método Kousmine. *Medicinas Complementarias* 1989;17:19-23.
169. Buchinger A. Fasting. En: Novey DW. *Clinician's complete reference to complementary/alternative medicine*. St. Louis: Mosby, 2000;728-40.
170. Embid A. El yogur estimula la inmunidad. *Medicinas Complementarias* 1994;35: 171.
171. Turner VF. Reducing agents and AIDS - Why are we waiting? *Med J Austr* 1990; 153:502.
172. Halliwell B, Cross C. Reactive oxygen species, antioxidants and acquired immunodeficiency syndrome. *Arch Intern Med* 1991;151:29-31.
173. Adam ES. Antioxidant supplementation in HIV/AIDS. *Nurse Practit* 1995;20:8.
174. 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;447-67.
175. Bendich A. Antioxidant micronutrients and immunity. En: Roitt IM, Delves PJ. *Encyclopedia of immunology*. San Diego: Academic Press, 1992;151-3.
176. Fawzi WW, Hunter DJ. Vitamins in HIV disease progression and vertical transmission. *Epidemiology* 1998;9:457-66.
177. Semba RD. Vitamin A, immunity, and infection. *Clin Inf Dis* 1994;19:489-99.
178. Semba RD. The role of vitamin A and related retinoids in immune function. *Nutr Rev* 1998;56:S38-S48.
179. Ward BJ, et al. Vitamin A status in HIV infection. *Nutr Res* 1993;13:157-66.
180. Semba RD, et al. Increased mortality associated with vitamin A deficiency during human immunodeficiency virus type 1 infection. *Arch Intern Med* 1993;153: 2149-54.
181. Semba RD, et al. Vitamin A deficiency and wasting as predictors of mortality in human immunodeficiency virus-infected injection drug users. *JID* 1995;171: 1196-202.
182. 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;18:127-33.
183. 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;85:1076-81.
184. Semba RD, et al. Vitamin A deficiency and wasting as predictors of mortality in human immunodeficiency virus-infected injection drug users. *JIF* 1994;171: 1196-202.
185. Semba RD. Vitamin A and human immunodeficiency virus infection. *Proc Nutr Soc* 1997;56:1-11.
186. Karter DL, et al. Vitamin A deficiency in non-vitamin-supplemented patients with AIDS: a cross-sectional study. *J AIDS Hum Retroviral* 1995;8:199-203.
187. Landesman S. Vitamin A relationships to mortality in HIV disease and effects on HIV infection: recent and late breaking studies. Presented at forum, Lawton Chiles International House, National Institutes of Health, Bethesda, MD, May 16, 1996.
188. Tang AM, et al. Association between serum vitamin A and E levels and HIV-1 disease progression. *AIDS* 1997;11:613-20.
189. Coodley GO. Beta-carotene therapy in human immunodeficiency virus infection (Abstract). *Clin Res* 1991;29:634A.
190. Coodley GO, et al. Beta-carotene in HIV infection. *JAIDS* 1993;272-6.
191. Coodley, et al. Beta-carotene in HIV infection: an extended evaluation. *AIDS* 1996; 10:967-73.
192. Garewal HS, et al. A preliminary trial of beta-carotene in subjects infected with the human immunodeficiency virus. *J Nutr* 1992;122:728-32.
193. Ullrich R, et al. Serum carotene deficiency in HIV-1 infected patients. *AIDS* 1994;8: 661-5.
194. 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;293:208-12.
195. Watson RR, et al. Enhanced survival by vitamin A supplementation during retrovirus infection causing murine AIDS. *Life Sci* 1988;43:13-8.
196. 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: 3051-5.
197. Wang Y, et al. Nutritional status and immune responses in mice with murine AIDS are normalized by vitamin E supplementation. *J Nutr* 1994;124:2024-32.
198. Wang Y, et al. Modulation of immune function and cytokine production by various levels of vitamin E supplementation during murine AIDS. *Immunopharmacol* 1995; 29:225-33.
199. Cathart R. Vitamin C in the treatment of acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Med Hypothesis* 1984;14:423.
200. Harakeh S, Jariwalla RJ, Pauling L. Suppression of human immunodeficiency virus replication by ascorbate in chronically and acutely infected cell. *Proc Natl Acad Sci U.S.A.* 1990;87:7245-9.
201. Harakeh S, et al. Mechanistic aspects of ascorbate inhibition of human immunodeficiency virus. *Chemico-biological Interactions* 1994;91:207-15.
202. McDonald KS, et al. Vitamin A and risk of HIV-1 seroconversion among Kenyan men with genital ulcers. *AIDS* 2001;15:635-9.
203. Mehendale SM, et al. Low carotenoid concentration and the risk of HIV seroconversion in Pune, India. *JAIDS* 2001;26:352-9.

Bibliografía

204. Moore PS, *et al.* Role of nutritional status and weight loss in HIV seroconversion among Rwandan women. *JAIDS* 1993;6:611-6.
205. Greenberg BL, *et al.* Vitamin A deficiency and maternal-infant transmission of HIV in two metropolitan areas in the United States. *AIDS* 1997;11:325-32.
206. Semba RD, *et al.* Maternal vitamin A deficiency and mother-to-child transmission of HIV-1. *Lancet* 1994;343:1593-7.
207. Fawzi WW, *et al.* Randomized trial of vitamin supplements in relation to vertical transmission of HIV-1 in Tanzania. *JAIDS* 2000;23:246-54.
208. Phuapradit W, *et al.* Serum vitamin A and beta-carotene levels in pregnant women infected with human immunodeficiency virus-1. *Ostef Gynecol* 1996;87: 564-7.
209. Semba RD, *et al.* Infant mortality and maternal vitamin A deficiency during human immunodeficiency virus infection. *Clin Inf Dis* 1995;21:966-72.
210. 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;13:1517-24.
211. Lan Y, *et al.* Carotenoid status of pregnant women with and without HIV infection in Malawi. *East Afr Med J* 1999;76:133-7.
212. 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; 351:1477-82.
213. Semba RD, *et al.* Maternal vitamin A deficiency and child growth failure during human immunodeficiency virus infection. *JAIDS* 1997; 14: 219-22.
214. Coutsoudis A, *et al.* Effect of vitamin A supplementation on viral load in HIV-1 infected pregnant women. *JAIDS* 1997;15:86-7.
215. 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.
216. Mostad 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: 922-7.
217. Nduati RW, *et al.* Human immunodeficiency virus type-1 infected cells in breast milk: association with immunosuppression and vitamin A deficiency. *JID* 1995;172:1461-8.
218. Rothman KJ, *et al.* Teratogenicity of high vitamin A intake. *NEJM* 1995;333:1369-73.
219. 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.
220. 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;414-28.
221. Moore MAS. Colony-stimulating factor. En: Rich RR. *Clinical immunology, principles and practice. Chapter F Immune Modulation*. London: Mosby, 2001;114.1-114.13.
222. Ehrenpreis ED, *et al.* Malabsorption and deficiency of vitamin B12 in HIV-infected patients with chronic diarrhea. *Dig Dis Sci* 1994;39:2159-62.
223. Tang AM, *et al.* Low serum vitamin B12 concentrations are associated with faster human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) disease progression. *J Nutr* 1997; 127:345-51.
224. Baum MK, *et al.* Association of vitamin B6 status with parameters of immune function in early HIV-1 infection. *JAIDS* 1991;4:1122-32.
225. Haug C, *et al.* Subnormal serum concentration of 1,25-vitamin D in human immunodeficiency infection: correlation with degree of immune deficiency and survival. *JID* 1994;169:889-93.
226. Lieb J. Lithium and immune function. *Med Hypothesis* 1987;23:73-93.
227. Shenkman L, Borkowsky W, Shopsin B. Lithium as an immunologic adjuvant. *Med Hypothesis* 1980;6:1-6.
228. 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.
229. Romeyn M. *Nutrition and HIV*. San Francisco: Jossey-Bas Publishers, 1995;353.
230. 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.
231. Passi S, De Luca C. *Dietetic advice for immunodeficiency*. London: Continuum, 1998-1999;5(5):43-52.
232. Ferguson A, Griffin GE. Nutrition and the immune system. En: GARROW JS, JAMES WPT, RALPH A. *Human nutrition and dietetics*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000: 747-66.
233. Labe RF. Nutrition support. *Clinics in Laboratory Medicine* 1993;13:323-530.
234. Beisel WR. Single nutrients and immunity. *Am J Clin Nutr* 1982;35:417-68.
235. Beisel WR. The history of nutritional immunology. *J Nutr Immunol* 1991;1:62-78.
236. Chandra RK. Micronutrients and immune functions, an overview. *Ann NY Acad Sci* 1990;587:9-16.
237. Embid A. Inmunidad aumentada por incremento de micronutrientes. *Medicinas Complementarias* 1994; 35: 172.
238. Embid A. Inmunoterapia a dosis infinitesimales. *Medicinas Complementarias* 1995; 38:170.
239. Tyler VE, Robbers JE. *Tyler's Herbs of choice: the therapeutic use of phytomedicinals*. New York: Pharmaceutical Products Press, 1999;287.
240. Atkins RC. Immune-enhancing herbs. Infection fighters. En: *Dr. Atkins' vita-nutrient solution. Nature's answer to drugs*. Nueva York: Fireside, 1999:294-6, 297-9.
241. Fishman RHB. Antioxidants and phytotherapy. *Lancet* 1994;344:1356.
242. Greenspan HC. The role of oxidative oxygen species, antioxidants and phytopharmaceuticals in human immunodeficiency virus activity. *Med Hypothesis* 1993;40:85.
243. Greenspan HC, Arouma O. Oxidative stress and apoptosis in HIV infection: a role for plant-derived metabolites with synergistic antioxidant activity. *Immunol Today* 1994; 15: 209.
244. 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* 1994; 91:187-97.
245. Embid A. El polvo de defensa de jade, una receta clásica para estimular la inmunidad. *Medicinas Complementarias* 1993;32:73-87.
246. Embid A. Astragalus un biomodulador del sistema inmunitario. *Medicinas Complementarias* 1994; 35:67-71.
247. Embid A. Más plantas para estimular la inmunidad. *Medicinas Complementarias* 1994;36:174.
248. Embid A. Uña de gato para el sida. *Medicinas Complementarias* 1994;36:174.
249. Mann J, Hoy J, Mills J. *Management of the HIV-infected patient*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996;437.
250. Bartlett JG, Finkbeiner AK. *The guide to living with HIV infection. Johns Hopkins AIDS Clinic*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1996;295.
251. Dolin R, Masur H, Saag MS. *AIDS therapy*. New York: Churchill Livingstone, 1999; 864.
252. Powderly WG. *Manual of HIV therapeutics*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001; 274.
253. Crowes S, Hoy J, Mills J. *Management of the HIV-infected patient*. London: Martin Dunitz, 2002;630.
254. Silverman WA. Informing and consenting. En: *Where's the evidence? Controversies in modern medicine*. Oxford: Oxford University PRESS, 1998,78-84.
255. O'Mara P. Life, liberty, and informed consent. *Mothering* (September-October) 1998; (90):6-9.
256. 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.
257. Tang AM, *et al.* Improved antioxidant status among HIV-infected injecting drug users on potent antiretroviral therapy. *JAIDS* 2000;23:321-6.

Sitios de internet:

- www.robertogiraldo.com
www.duesberg.com
www.thepertgroup.com
www.virusmyth.com
www.rethinkingaids.com
www.toxi-health.com
www.aidsmyth.com
www.aliveandwell.org
www.healaid.com
www.healtoronto.com
www.amcmh.org
www.vivoysano.com