

TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DEL SIDA GUIA DE PRINCIPIOS BÁSICOS PARA UNA ALTERNATIVA NO TÓXICA, EFECTIVA Y BARATA

Noviembre 2002

Roberto Giraldo [1], Pedro Ródenas [2], Juan José Flores [3] y Alfredo Embid [4]

Las evidencias científicas indican que el sida no es una enfermedad infectocontagiosa sino degenerativa tóxica y nutricional (1-11), causada por exposiciones involuntarias, y algunas veces voluntarias, a agentes estresantes para el sistema inmunológico, de origen químico, físico, biológico, mental y nutricional (1-4). Estos agentes estresantes, en alarmante incremento mundial (3), inducen un exceso de radicales libres del tipo de los agentes oxidantes (9-44), los cuales a su vez, deterioran 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 barata (45,a-c).

Ocho principios básicos pueden y deben orientar el tratamiento y la prevención del sida como lo que realmente es: una enfermedad tóxica y nutricional (a-c):

- 1) Señalar las causas reales del sida.
- 2) Diagnosticar con bases clínicas y de laboratorio.
- 3) Evitar exposición a agentes estresantes inmunológicos.
- 4) Desintoxicar al sistema inmune y otros sistemas.
- 5) Estimular y regenerar al 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.

El sida 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, similar a como lo hacen las personas que sufren de diabetes, hipertensión arterial, artritis, insuficiencia renal y similares.

Al final de éste artículo hemos colocado un listado extenso de referencias y bibliografía que sustenta la validez científica de esta alternativa para el tratamiento y la prevención del sida y cuya lectura recomendamos a quienes deseen profundizar en el tema. De igual manera, al final, incluimos una lista con sitios del Internet que contienen la argumentación científica y abundantes referencias del debate científico internacional acerca de las causas y soluciones del sida.

Los siguientes son los principios básicos para el tratamiento y la prevención del sida:

1. SEÑALAR LAS CAUSAS REALES DEL SIDA

1.1. 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 cura (1-11). Debe por lo tanto erradicarse la ecuación prevaleciente de que: VIH=SIDA=MUERTE

1.2. 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 oxidado (46).

1.3. Esas creencias equivocadas deterioran de por sí al sistema immune y contribuyen a la génesis del sida como lo demuestra la psiconeuroinmunología (47-53).

1.4. 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 al sistema inmune hasta colapsarlo, generando así el sida (4,54).

2. DIAGNOSTICAR CON BASES CLINICAS Y DE LABORATORIO

2.1. 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 (4,54). Además, la exposición a estos agentes tóxicos no afecta en igual forma a todas las personas, de tal suerte que similares situaciones de estrés pueden producir diferentes patrones de enfermedad (a-j,z).

2.2. En consecuencia, el estado completo de salud del individuo o la comunidad debe evaluarse cuidadosamente utilizando para ello técnicas clínicas y pruebas de laboratorio convencionales para determinar el estado de la sangre, suero, plasma, orina, materias fecales y otros líquidos corporales. Pueden utilizarse además las pruebas de diagnóstico alternativas y complementarias disponibles tales como iridología, kinesiología, bioelectrónica, pulsos de la medicina oriental y otras pruebas similares (d-j).

2.3. Es ideal poder evaluar en detalle el estado de funcionamiento del sistema immune, con exámenes tales como conteos de células T y B, respuestas blastogénicas de linfocitos, proliferación y diferenciación de células T, activación de linfocitos citotóxicos, actividad de la timulina, complemento total, C3, C4, dosificación de inmunoglobulinas (55-57).

2.4. Evaluar en detalle el estado de activación del sistema immune con pruebas tales como exámenes serológicos para hepatitis A, B, C, sífilis, toxoplasma, diferentes tipos de virus herpes, infección citomegálica, rubeola, mononucleosis, factor reumatoideo, antiestreptolisinas, eritrosedimentación, proteína C reactiva, beta 2 microglobulina, pruebas de Combs, aglutininas, complejos inmunes y pruebas cutaneas (55-57).

2.5. Evaluar el estado de funcionamiento de las glándulas endocrinas, los riñones, el hígado, la piel y todos los demás órganos y sistemas corporales.

2.6. Es conveniente evaluar meticulosamente los marcadores del estado nutricional con exámenes tales como proteínas totales, albumina, electroforesis de proteínas, hierro sérico, transferrina, ferritina, folatos, B12, B6, tiamina, niacina, biotina, riboflavina, ácido pantoténico, carnitina, inositol, biopterinas, colinas (58-77).

2.7. Evaluar los marcadores del estado de antioxidación con exámenes tales como dosificación de vitamina C, vitamina A, retinol, carotenos totales, alfacaroteno, betacaroteno, licopeno, luteína/zeaxantina, betacriptoxantina, flavonoides, vitamina E, alfatocoferol, gamatocoferol, cobre, ceruloplasmina, zinc, selenio, cromo, magnesio, manganeso, glutathione, glutatión peroxidasa, N-acetilcisteína y tiol sistémico (9-44,78,79).

2.8. También es conveniente evaluar los marcadores del estado de oxidación con exámenes tales como el biomarcador de la oxidación de bases del ADN (8-hidroxy-2-deoxiguanosina) y biomarcadores de la peroxidación de grasas tales como malondialdehído, hidroperóxidos grasos, proteínas oxidadas, prueba del salicilato, glutatión reducido, catalasas y superoxidodismutasa (80-83).

2.9. Las pruebas de ELISA, Western blot y Carga viral consideradas erróneamente como indicadoras de "infección VIH" (84-98), deben en realidad interpretarse como biomarcadores indirectos del estado de estrés oxidativo e intoxicación del individuo o la comunidad (46). En tal

sentido, el fenómeno conocido como VIH antes de ser causa es un efecto de las exposiciones a agentes estresantes e indica presencia de proteínas liberadas y acumuladas durante las respuestas al estrés (99-107). Debe entenderse con detalles cómo las denominadas “pruebas para VIH” no detectan infección con el “VIH” puesto que no existe ninguna evidencia científica de que el fenómeno conocido como “VIH” sea realmente un virus (108-113).

3. EVITAR EXPOSICION A AGENTES ESTRESANTES INMUNOLOGICOS

3.1. Debe evitarse mayor intoxicación de órganos y tejidos impidiendo al máximo posible la exposición a agentes estresantes inmunológicos (4,54), principalmente los relacionados en los puntos siguientes:

3.2. Estresantes de origen químico tales como tabaco, alcohol, drogas psicoactivas y afrodisíacos (cocaína, heroína, crack, nitritos inhalables o “poppers”, anfetaminas, etc.), contaminación química, lubricantes, detergentes, pinturas, aerosoles, pesticidas, preservativos de alimentos, fármacos tóxicos incluyendo a antibióticos, corticosteroides, quimioterápicos y antiretrovirales (4,6-8,114-118).

3.3. Estresantes de origen físico tales como radiaciones ionizantes y no ionizantes, campos electromagnéticos originados en instrumentos eléctricos y electrónicos, geopatías y cosmopatías (4,119).

3.4. Estresantes de origen biológico tales como sangre y derivados, semen, especialmente por vía rectal, vacunas, infecciones de transmisión sexual, otras infecciones y parasitosis (4,120,121). Evitar el sobrecrecimiento de *Candida albicans* en el tracto gastrointestinal y su diseminación a otros sitios (i, y). En lugares subdesarrollados es necesario garantizar agua potable, así como una buena disposición de excretas y basuras para evitar nuevas infecciones y parasitosis (121).

3.5. Estresantes de origen mental tales como ansiedad, fobias, temores, depresión y pánico (4,122). 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 comunidad (47-53). Debe comprenderse cómo desde el punto de vista científico, es posible curar y prevenir el sida.

3.6. Estresantes de origen nutricional tales como la falta de alimentación en países subdesarrollados y el exceso de comida “basura o chatarra” en países desarrollados (4,123). Nada nos pone más en contacto con el medio ambiente como los alimentos que ingerimos. En consecuencia, es necesario tener una alimentación lo más natural posible eliminando tabaco, alcohol, café, té, chocolate, colas, gaseosas o sodas, alimentos procesados, enlatados, que contengan conservantes y productos refinados como azúcar y harina blancas y edulcorantes con aspartamo. Reducir el consumo de proteína y grasa animal, incluidos los lácteos, así como el consumo de azúcares y dulces. De otro lado, en lugares subdesarrollados es un requisito absoluto y prioritario resolver la carencia de alimentos (123).

3.7. Hábitos de vida: La salud y la enfermedad están relacionados con nuestros hábitos diarios y con la actitud ante la vida (2,4,124-129). Es necesario adoptar una actitud positiva y crítico-constructiva, de tal manera que los “pacientes seropositivos” se conviertan en “inpacientes 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, bailar, cantar, pintar, reír. Preferible usar ropas de algodón y de colores claros. Realizar cepillado en seco y ducha con agua fría al final del baño, así como ejercicios respiratorios, de relajación, meditación y visualización. Tener una actividad sexual regular eliminando afrodisíacos, lubricantes y espermicidas tóxicos y prácticas sadomasoquistas. Apertura a la vida interior y al crecimiento personal protegiendo la naturaleza y ayudando a otras personas “seropositivas”, a otros enfermos con sida y a todos nuestros semejantes.

4. DESINTOXICAR AL SISTEMA INMUNE Y OTROS SISTEMAS

4.1. Además del sistema inmune deben desintoxicarse los sistemas de excreción: digestivo, hepático, renal, respiratorio y cutáneo y todos los demás que manifiesten signos de intoxicación (130-132).

4.2. Diferentes 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 (133-141 ,a-z). Algunas de ellas son 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, músicoterapia, cromoterapia, hipnósis, yoga, tai-chi, qigong o chi kung, tuina o masaje chino, reiki, magnetoterapia, sofrología, medicina ortomolecular, medicina funcional y cuidado espiritual (133-141). 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.

4.3. Algunas plantas medicinales útiles en la desintoxicación (124-129,137,r-v,z): Es conveniente usar 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. Forma de tomarse: se licuan 2 onzas de cristal o jugo de penca sábila, 2 cucharadas de miel de abejas, 4 granos de pimienta negra, un trocito pequeño de gengibre y el jugo de un limón amarillo. Se toma acabado de hacer, todos los días, por 30 a 60 días. Una buena higiene intestinal es crucial en la desintoxicación y puede lograrse en parte con lavativas de manzanilla seguida por lavativas de aceites de girasol y de lino y con aporte suplementario de lactobacilos.

4.4. Alimentación desintoxicante y antioxidante (2 ,4,123-128): Se sugiere limpieza orgánica por ejemplo con dieta depurativa, sin productos animales ni margarinas y con frutas y verduras biológicas u orgánicas. La dieta depurativa de la Dra. Kousmine es una buena opción (142). Se sugiere consumir cereales completos o integrales cocidos o crudos, enteros, aplastados o molidos (arroz, cebada mondada o perlada, trigo sarraceno, avena). Reducir el consumo de azúcares y dulces. Incrementar el consumo de frutas frescas y secas, verduras y legumbres crudas, orgánicas o biológicas y de la estación. Consumo abundante de líquidos: agua (al menos un litro y medio por día), zumos o jugos de frutas y verduras principalmente de zanahoria, caldos vegetales, y zumos verdes como fuente de clorofila (por ejemplo, licuar en agua: lechugas, espinacas, apio, hierbabuena, perejil, cilantro, y similares y tomar sin colar). Evitar productos lácteos, usando como alternativa leche de almendras, de nueces , de avellanas, de avena, de arroz. Evitar el uso de soja transgénica muy común en los Estados Unidos, Canadá y Argentina. Es aconsejable el ayuno desintoxicante supervisado (143). Es muy conveniente también, tomar alimentos bifidogénicos, por ejemplo yogur y kumis hechos con leche de ovejas o cabras, tufu y miso (144). El aceite de coco que es fuente de ácido láurico y caprílico tiene efectos anti cándida (i).

5. ESTIMULAR Y REGENERAR AL SISTEMA INMUNE Y OTROS SISTEMAS

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

5.2. Deben garantizarse niveles óptimos de antioxidantes (145-150,r,s) por ejemplo con el uso de vitamina A y carotenoides (151-170), vitamina E (preferiblemente Ed) (162,171,172), vitamina C (173-175), selenio (30-33), n-acetil cisteina (34-40), l-glutamina (i), zinc (41-44), cobre (44), manganeso (r), ácido alfalipoico (r), ubiquinona o coenzima Q10 (r) y flavonoides o vitamina P (r); evitando sobrepasar los niveles sanguíneos normales y recordando el potencial tóxico de metales y vitaminas liposolubles.

5.3. El tener niveles normales de vitamina A y otros carotenoides evita lo que erróneamente se conoce como “transmisión del VIH/sida” de persona a persona (176-178), de la madre al feto durante el embarazo y el parto (179-190) o durante la alimentación materna (191). Recordar el potencial teratogénico de la vitamina A, betacaroteno y otros carotenoides (192).

5.4. Algunas interleukinas como la IL2, factores de crecimiento, vitaminas del complejo B, vitamina D y litio tienen utilidad por sus efectos estimulantes y regeneradores (193-201).

5.5. Deben corregirse con meticulosidad las anomalías de macronutrientes y micronutrientes (202-212).

5.6. Algunas plantas inmunoestimulantes y/o antioxidantes (137,213-222): penca sábila (*Aloe vera*), astrágalo (*Astragalus membranaceus*), eleuterio o ginsén (*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 ginsén de Siberia (*Eleuterococcus senticosus*).

5.7. Alimentación antioxidante, estimulante y regeneradora (2,4,124-129): Además de la alimentación desintoxicante descrita en 4.4., 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 biológicos u orgánicos, frescos e integrales. Siempre que sea posible usar abundante ajo, cebolla, espárragos, cítricos, remolacha roja, col, repollo, brócoli, coliflor, repollitas de Bruselas, zanahoria, levadura de cerveza, germen de trigo, polen, leguminosas y cereales germinados. Usar aceites prensados al frío (por debajo de los 40 grados C), pues así conservan ácidos grasos poliinsaturados y esenciales, necesarios en la regeneración de tejidos y en procesos antiinflamatorios, de antioxidación e inmunoestimulantes. Los aceites de cárcamo, girasol y oliva, en su orden, son buena fuente de vitamina F o ácido linoleico. El aceite de lino es fuente de ácido alfa linoleico.

6. TRATAR LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL SIDA

6.1. Debe utilizarse el tratamiento específico convencional (223-227) y complementario o alternativo (a-z) 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, estrongiloidiasis, 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.

6.2. Corregir las manifestaciones del deterioro de otros órganos y tejidos.

6.3. El éxito del tratamiento del sida depende en gran medida de que se garantice un estado macro y micronutricional óptimos (58-77,201-212 ,k-v).

7. PREFERIR MEDIDAS NATURALES

Es ideal que además de los profesionales convencionales se consulte a terapeutas complementarios, alternativos u holísticos, puesto que estos utilizan técnicas terapéuticas de reconocida efectividad para el tratamiento y la prevención de enfermedades degenerativas tóxicas y nutricionales como el

sida (124-141,w-z).

8. HACERLO EN EL MOMENTO APROPIADO

8.1. 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, y

b) que el tratamiento y la prevención sean dirigidos por profesionales de la salud o terapeutas que también compartan enteramente que el sida es un síndrome tóxico y nutricional prevenible, curable y erradicable y que estén decididos y puedan hacerlo. Preferir individuos que tengan una visión amplia y global de la medicina convencional y de las medicinas alternativas o complementarias.

8.2. 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 enfermos (47-53).

8.3. Si un enfermo de sida o una persona que reacciona positivamente en las mal llamadas “pruebas para VIH” después de conocer toda la información disponible (228-230), 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 antioxidantes (231) y el suspenderlos en forma abrupta podría crear situaciones delicadas de estrés oxidativo e inmunosupresión.

Algunos sitios del Internet con referencias científicas de la polémica internacional sobre las causas y soluciones del sida:

www.robertogiraldo.com

www.duesberg.com

www.theperthgroup.com

www.virusmyth.com

www.rethinkingaids.com

www.toxi-health.com

www.aidsmyth.com

www.aliveandwell.org

www.heal aids.com

www.healtoronto.com

www.amcmh.org

www.vivoysano.com

REFERENCIAS

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, HERNANDEZ A, VELASCO M. *Relaciones internacionales, política social y salud: desafíos en la era de la globalización*. Memorias foro internacional. Bogotá , Colombia : Fundación Cultural Javeriana de Artes Plásticas; 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. DUESBERG 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; 55:201-277.
7. DUESBERG PH, RASNICK D. The drug-AIDS hypothesis. *Continuum* (London) 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. PAPADOPULOS-ELEOPULOS E. Reappraisal of AIDS - Is the oxidation induced by the risk factors the primary cause? *Medical Hypothesis* 1988; 25:151-162.
10. PAPADOPULOS-ELEOPULOS E, TURNER V & PAPADIMITRIOU J. Oxidative stress, HIV and AIDS. *Res Immunol* 1992; 143:145-148.
11. PAPADOPULOS-ELEOPULOS E. Looking back on the oxidative stress theory of AIDS. *Continuum* (London) 1998-1999; 5(5): 30-35
12. GIRALDO RA. Radicales libres e inmunodeficiencia. En: *Sida y agentes estresantes*. Medellín , Colombia : Editorial Universidad de Antioquia; 2002: 33-36.
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 Alpex, 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: 165-180.
16. FUCHS J et al. Oxidative imbalance in HIV infected patients. *Med Hypothesis* 1991; 36: 60-64.
17. JARSTRAND C, AKERLUND B. Oxygen radical release by neutrophils of HIV-infected patients. *Chemico-Biological Interactions* 1994; 91: 141-146.
18. LACEY CJ et al. Antioxidant-micronutrients and HIV infection. *International J STD & AIDS* 1996; 7: 485-489.
19. PASSI S. Progressive increase of oxidative stress in advanced human immunodeficiency. *Continuum* (London) 1998; 5(4): 20-26.
20. JAVIER JJ et al. Antioxidant micronutrients and immune function in HIV-1 infection. *FASEB Proc* 1990; 4A: 940-945.
21. ALLARD VP et al. Oxidative stress and plasma antioxidant micronutrients in humans with HIV infection. *Am J Clin Nutr* 1998; 67: 143-147.
22. REVILLARD JP, FAVIER AE, ZITTOUN MICHELE. Lipid peroxidation in human immunodeficiency virus infection. *J AIDS* 1992; 5: 637-638.
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: 111-114.

25. CONSTANS J et al. Fatty acids and plasma antioxidants in HIV-positive patients: correlation with nutritional and immunological status. *Clinical Biochemistry* 1995; 28: 421-426.
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: 311-315.
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 immuno-deficiency 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: 181-186.
32. CIRELLI A et al. Serum selenium concentration and disease progress in patients with HIV infection. *Clin Biochem* 1991; 24: 211-214.
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: 217-224.
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: 101-108.
36. BUHL R et al. Systemic glutathione deficiency in symptom-free HIV seropositive individuals. *Lancet* 1989; ii: 1294-1298.
37. DORGE W, ECK HL, 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: 169-177.
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: 2850-2851.
44. GRAHAM N et al. Relationship of serum copper and zinc levels to HIV-1 seropositivity and progression to AIDS. *JAIDS* 1991; 4: 976-980.
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 RA. El verdadero significado de ser "VIH positivo". En: *Sida y agentes estresantes*. Medellín , Colombia : Editorial Universidad de Antioquia; 2002: 109-112.
47. KIECOLT-GLASER JK, GLASER R. Psychological influences on immunity. Implications for AIDS. *Amer J Psychol* 1988; 43: 892-899.
48. KEMENY ME. Psychoneuroimmunology of HIV infection. En: ZEGANS LS, COATES TJ. Psychiatric manifestations of HIV disease. *Psychiat Clin N Am* 1994; 17: 55 -68.
49. 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: 273-286.
50. 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.
51. ADDER R, FELTEN DL, COHEN N. *Psychoneuroimmunology*. 3a ed. San Diego : Academic Press; 2001: Vol 1: 727p, Vol 2: 856p.
52. FRIEDMAN H, BENDINELLI M, SPECTER S. *Psychoneuroimmunology, stress and infections*. Nueva York: Plenum Press; 1995: 300.
53. KEMENY ME et al. Psychoneuroimmunology. En: NEMEROFF C. *Neuroendocrinology*. Telford , NJ : Telford Press; 1992: 563-591.
54. 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.
55. KIMBER I, SELGRADE MJK. *T lymphocyte subpopulations in immunotoxicology*. Chichester : John Wiley & Sons; 1998: 302.
56. BREEN C, GOLIGHTLY M. Immunodeficiency. In: LEHMANN CA. *Saunders manual of clinical laboratory science*. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1998; 307-324.
57. ROSE NR, HAMILTON RG, DETRICK B. *Manual of clinical laboratory immunology*. 6a ed. Washington : ASM Press; 2002: 1322.
58. BEACH RS, LAURA PF. Nutrition and the acquired immunodeficiency syndrome. *Ann Intern Med* 1983; 99: 565-566.
59. CHELLURI L, JASTREMSKI MS. Incidence of malnutrition in patients with acquired immunodeficiency syndrome. *Nutr Clin Pract* 1989; 4: 16 -18.
60. CHLEBOWSKI RT. Significance of altered nutritional status in acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Nutr Cancer* 1985; 7: 85-91.
61. COODLEY GO. Nutritional deficiency and AIDS. *Ann Intern Med* 1990; 113: 809.
62. GRAY RH. Similarities between AIDS and protein calorie malnutrition (PCM). *AJPH* 1983; 73: 1332
63. JAIN VK, CHANDRA RK. Does nutritional deficiency predispose to AIDS? *Nutr Res* 1984; 4: 537-542.
64. KEUSCH GT, FARTHING MJG. Nutritional aspects of AIDS. *Annu Rev Nutr* 1990; 10: 475-501.
65. KEUSCH GT, THEA DM. Malnutrition in AIDS. *Medical Clinics of North America : Clinical Nutrition* 1993; 77: 795-814.

66. KOTLER DP et al. Body composition studies in patients with the acquired immunodeficiency syndrome. *Am J Clin Nutr* 1985; 42: 1255-1265.
67. ABRAMS B et al. A prospective study of dietary intake and acquired immunodeficiency syndrome in HIV-seropositive homosexual men. *J AIDS* 1993; 6: 949-958.
68. BAUM MK et al. Micronutrients and HIV-1 disease progression. *AIDS*; 1995; 9: 1051-1056.
69. BEACH RS et al. Specific nutrient abnormalities in asymptomatic HIV-1 infection. *AIDS* 1992; 6: 701-708.
70. MELCHIOR JC et al. Resting energy expenditure is increased in stable malnourished HIV-infected patients. *Am J Clin Nutr* 1991; 53: 437-441.
71. PERIQUET BA et al. Micronutrient levels in HIV-1 infected children. *AIDS* 1995; 9: 887-893.
72. MOSESON M et al. The potential role of nutritional factors in the induction of immunologic abnormalities in HIV-positive homosexual men. *JAIDS* 1989; 2: 235-247.
73. SKURNICK JH, et al. Micronutrients profiles in HIV-1-infected heterosexual adults. *J Acq Immundef Syndr Hum Retrov* 1996; 12: 75-83.
74. 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.
75. TANG AM et al. Effects of micronutrients intake on survival in human immunodeficiency virus type 1 infection. *Am J Epidemiol* 1996; 143: 1244- 1256.
76. BOGDEN JD et al. Micronutrients status and human immunodeficiency virus (HIV) infection. *Ann NY Acad Sci* 1990; 547: 189-195.
77. COODLEY GO et al. Micronutrient concentrations in the HIV wasting syndrome. *AIDS* 1993; 7: 1595-1600.
78. KEHRER JP. Free radicals as mediators of tissue injury and disease. *Crit Rev Toxicol* 1993; 23: 21 -48.
79. REID L. Oxidative stress and antioxidants. A nutritional perspective. *Continuum* (London) 1998; 5(3): 52-54.
80. SLATER TF. Free radicals: formation, detection, reactivity, and citotoxicity. En: LACHMAN PJ, PETERS SK, ROSEN FS, WALPORT MJ. *Clinical aspects of immunology*. Boston : Blackwell Scientific Publications; 1993: 377-393.
81. SIMIC MG. DNA markers of oxidative processes in vivo: relevance to carcinogenesis and anticarcinogenesis. *Cancer Res* (Suppl) 1994; 54: 1918s.
82. JOVANOVIC S. Biomarkers of oxidative stress in clinical practice. *Townsend Letter for Doctors and Patients* 1998; August/September: 72-76.
83. ARMSTRONG D. *Oxidative stress biomarkers and antioxidant protocols*. Totowa , NJ ; 2002: 322.
84. PAPADOPULOS-ELEOPULOS E, TURNER V & PAPADIMITRIOU JM. Is a positive Western blot proof of HIV infection? *Bio/Technology* 1993; 11:696-707.
85. PAPADOPULOS-ELEOPULOS E, TURNER V, PAPADIMITRIOU J & CAUSER D. HIV Antibodies: further questions and a plea for clarification. *Curr Med Res Opin* 1997; 13: 627-634.
86. TURNER VF. Do HIV Antibody tests prove HIV infection? *Continuum* (London) 1996; 3:8-11.
87. TURNER VF. Do antibody tests prove HIV infection ?. Interview by Huw Christie editor of

- Continuum. *Continuum* (London) Winter 1997/8; 5(2): 10-19.
88. 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.
89. 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: 92-95.
90. CHRISTIE H. CONTINUUM. HIV Positive? - It depends where you live. Take a look at the criteria that determine a positive HIV test result. *Continuum* (London) 1995; 3(4): 20.
91. SHENTON J. *Positively false. Exposing the myths about HIV and AIDS*. London : I.B. Tauris; 1998: 277.
92. HODGKINSON N. Science fails the “AIDS test”. In: *AIDS: the failure of contemporary science. How a virus that never was deceived the world*. London : Fourth Estate, 1996: 232-262.
93. JOHNSON C. Playing Russian roulette in the lab: Can you really trust the AIDS test? New York : *The HEAL Bulletin*, Special Edition, 1993.
94. JOHNSON C. Is anyone really positive? *Continuum* (London); April/May 1995.
95. JOHNSON C. Factors known to cause false-Positive HIV antibody test results; *Zenger's San Diego* , California , September 1996: 8-9.
96. JOHNSON C. Whose antibodies are they anyway? *Continuum* (London), September/October 1996; 4(3):4-5.
97. JOHNSON C. The PCR to prove HIV infection. Viral load and why they can't be used. *Continuum* (London) 1996; 4:33 -37 and 39.
98. PHILPOTT P & JOHNSON C. Viral load of crap. *Reappraising AIDS* 1996; 4(10):1-4.
99. GIRALDO RA. Everybody Reacts Positive on the ELISA Test for HIV. *Continuum* (London) 1999; 5(5): 8-10.
100. WING MG. The molecular basis for a polyspecific antibody. *Clin Exp Immunol* 1995; 99: 313-315.
101. 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: 1617-1621.
102. 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: 1622-1626.
103. KOVAL TM. *Stress-Inducible Processes in Higher Eukaryotic Cells*. New York : Plenum Press, 1997: 256.
104. LATCHMAN DS. *Stress Proteins*. Springer, 1999: 422.
105. MORIMOTO R, TISSIERES A, GEORGOPOULOS C. *Stress Proteins in Biology and Medicine*. Cold Spring Harbor Laboratory Press 1990: 450.
106. SCHLESINGER MJ, SANTORO MG, GARACI E. *Stress Proteins: Induction and Function*. Berlin : Springer-Verlag 1990: 123.
107. VAN EDEN W, YOUNG DB. *Stress Proteins in Medicine*. New York : Marcel Dekker, Inc. 1996: 578.

108. PAPADOPULOS-ELEOPULOS E, TURNER VF, PAPADIMITRIOU JM & CAUSER D. The isolation of HIV: Has it really been achieved? The case against. *Continuum* (London) 1996; 4(3): S1-S24.
109. PAPADOPULOS-ELEOPULOS E, TURNER V, PAPADIMITRIOU J, et al. Why no whole virus? *Continuum* (London) 1997; 4(5): 27-30.
110. 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.
111. DE HARVEN E. Pioneer deplores "HIV" "Maintaining errors is evil" *Continuum* (London) 1997/8; 5(2): 24.
112. DE HARVEN E. Remarks on methods for retroviral isolation. *Continuum* (London) 1998; 5(3):20-21.
113. 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: 95-99.
114. 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. *Continuum* (London) 1999; 5(6): 38-52.
115. LAURITSEN J. Poison by prescription: the AZT story. Nueva York: Asklepios; 1990.
116. GIRALDO RA. Estresantes químicos e inmunodeficiencia. En: *Sida y agentes estresantes*. Medellín , Colombia : Editorial Universidad de Antioquia; 2002: 24-26.
117. AL-BAYATI MA. Are steroids the real cause of AIDS? *Zenger's magazine* January 2000 (Issue # 67).
118. EMBID A. Inmunosupresión y pesticidas. *Medicinas complementarias* 1997; No. 46: 152.
119. GIRALDO RA. Estresantes físicos e inmunodeficiencia. En: *Sida y agentes estresantes*. Medellín , Colombia : Editorial Universidad de Antioquia; 2002: 26-27.
120. GIRALDO RA. Estresantes biológicos e inmunodeficiencia. En: *Sida y agentes estresantes*. Medellín , Colombia : Editorial Universidad de Antioquia; 2002: 27-29.
121. 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.
122. GIRALDO RA. Estresantes mentales e inmunodeficiencia. En: *Sida y agentes estresantes*. Medellín , Colombia : Editorial Universidad de Antioquia; 2002: 29-31.
123. GIRALDO RA. Estresantes nutricionales e inmunodeficiencia. En: *Sida y agentes estresantes*. Medellín , Colombia : Editorial Universidad de Antioquia; 2002: 31-33.
124. RODENAS P. Alimentación y dietética. En: *El médico naturista opina. Una visión natural de la salud y la alimentación*. Barcelona : Océano Ambar; 2000: 151-199.
125. RODENAS P. El cuidado de nosotros mismos. *El médico naturista opina. Una visión natural de la salud y la alimentación*. Barcelona : Océano Ambar; 2000: 203-238.
126. ROGERS SA. *Man does not live by bread alone: enzymes, juicing, cleansing, flushing and brushing*. En: *Wellness against all odds*. Syracuse , NY : Prestige Publishing; 1994: 110-144.
127. 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.
128. LOCKIE A, GEDDES N. Estilo de vida y salud. En: *La guía completa de la homeopatía: los*

- principios y la práctica del tratamiento*. Buenos Aires : Javier Vergara; 1996: 26-29.
129. LANDABURU E. Sobre el bienestar físico. En: *Cuidate compa!* Barcelona : Txalaparta; 2001: 13-130.
130. HASS EM. *The detox diet*. Berkeley , California : Celestial arts; 1996.
131. HASS EM, NOVEY DW. Detoxification therapy. En: NOVEY DW. *Clinician's complete reference to complementary/alternative medicine*. St Louis : Mosby; 2000: 702-715.
132. GOLDBERG B. Detoxification therapy. En: *Alternative Medicine. The definitive guide*. Fife , Washington : Future Medicine Publishing Inc.; 1994: 156-166.
133. 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.
134. YUAN-KUN L et al. Modulation of immune responses. En: *Handbook of probiotics*. New York : John Wiley & Sons, Inc.; 1999: 161-177.
135. 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: 129-133.
136. REID D. *The complete book of Chinese health and healing*. Boston : Shambhala Publications Inc.; 1995: 484.
137. HALLOWELL M. *Herbal healing: a practical introduction to medicinal herbs*. Garden City Park , New York : Avery Publishing Group; 1994: 191.
138. BATMANGHELIDJ F. *Your body's many cries for water*. Fall Church , Virginia : Global Health Solutions Inc.; 1997: 181
139. MAHE A. *El plasma de Quinton. El agua de mar nuestro medio interno*. Barcelona : Romana/Valls, S. A.; 2001: 190.
140. EMBID A. Acción de la acupuntura-moxibustión sobre las reacciones inmunológicas. *Medicinas Complementarias* 1986; No. 2: 17-22.
141. EMBID A. Masaje, maduración e inmunidad. *Medicinas Complementarias* 1991 No. 27: 78.
142. KOUSMINE C. El método Kousmine. *Medicinas Complementarias* 1989; No. 17: 19-23.
143. BUCHINGER A. Fasting. En: NOVEY DW. *Clinician's complete reference to complementary/alternative medicine*. St. Louis : Mosby; 2000: 728-740.
144. EMBID A. El yogur estimula la inmunidad. *Medicinas Complementarias* 1994; No. 35: 171.
145. TURNER VF. Reducing agents and AIDS - Why are we waiting? *Med J Austr* 1990; 153:502.
146. HALLIWELL B, CROSS C. Reactive oxygen species, antioxidants and acquired immunodeficiency syndrome. *Arch Intern Med* 1991; 151: 29-31.
147. ADAM ES. Antioxidant supplementation in HIV/AIDS. *Nurse Practit* 1995; 20: 8.
148. BENDICH A. Role of antioxidants in the maintenance of immune function. En: FREI B. *Natural antioxidants in human health and disease*. (Chapter IV, Immunity and Infection). San Diego : Academic Press; 1994: 447-467.
149. BENDICH A. Antioxidant micronutrients and immunity. En: ROITT IM, DELVES PJ. *Encyclopedia of immunology*. San Diego : Academic Press; 1992: 151-153 ..
150. FAWZI WW, HUNTER DJ. Vitamins in HIV disease progression and vertical transmission. *Epidemiology* 1998; 9: 457-466.

151. SEMBA RD. Vitamin A, immunity, and infection. *Clin Inf Dis* 1994; 19: 489-499.
152. SEMBA RD. The role of vitamin A and related retinoids in immune function. *Nutr Rev* 1998; 56: S38-S48.
153. WARD BJ et al. Vitamin A status in HIV infection. *Nutr Res* 1993; 13: 157-166.
154. SEMBA RD et al. Increased mortality associated with vitamin A deficiency during human immunodeficiency virus type 1 infection. *Arch Intern Med* 1993; 153: 2149-2154.
155. SEMBA RD et al. Vitamin A deficiency and wasting as predictors of mortality in human immunodeficiency virus-infected injection drug users. *JID* 1995; 171: 1196-1202.
156. FAWZI WW et al. A randomized trial of vitamin A supplements in relation to mortality among human immunodeficiency virus-infected and uninfected children in Tanzania. *Pediatr Infect Dis J* 1999; 18: 127-133.
157. COUTSODIS A et al. The effects of vitamin A supplementation on the morbidity of children born to HIV-infected women. *Am J Public Health* 1995; 85: 1076-1081.
158. SEMBA RD et al. Vitamin A deficiency and wasting as predictors of mortality in human immunodeficiency virus-infected injection drug users. *JIF* 1994; 171: 1196-1202.
159. SEMBA RD. Vitamin A and human immunodeficiency virus infection. *Proc Nutr Soc* 1997; 56: 1-11.
160. KARTER DL et al. Vitamin A deficiency in non-vitamin-supplemented patients with AIDS: a cross-sectional study. *J AIDS Hum Retrovirol* 1995; 8: 199-203.
161. 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.
162. TANG AM et al. Association between serum vitamin A and E levels and HIV-1 disease progression. *AIDS* 1997; 11: 613-620.
163. COODLEY GO. Beta-carotene therapy in human immunodeficiency virus infection (Abstract). *Clin Res* 1991; 29: 634A.
164. COODLEY GO et al. Beta-carotene in HIV infection. *JAIDS* 1993; 272-276.
165. COODLEY et al. Beta-carotene in HIV infection: an extended evaluation. *AIDS* 1996; 10: 967-973.
166. GAREWAL HS et al. A preliminary trial of beta-carotene in subjects infected with the human immunodeficiency virus. *J Nutr* 1992; 122: 728-732.
167. ULLRICH R et al. Serum carotene deficiency in HIV-1 infected patients. *AIDS* 1994; 8: 661-665.
168. LOYA S et al. The carotenoid halocynthiaxanthin: a novel inhibitor of the reverse transcriptase of human immunodeficiency viruses type 1 and type 2. *Arch Biochem Biophys* 1992; 293: 208-212.
169. WATSON RR et al. Enhanced survival by vitamin A supplementation during retrovirus infection causing murine AIDS. *Life Sci* 1988; 43: 13-18.
170. YANG Y et al. Retinoic acid inhibition of *ex vivo* human immunodeficiency virus-associated apoptosis of peripheral blood cells. *Proc Natl Acad Sci USA* 1995; 92: 3051-3055.
171. WANG Y et al. Nutritional status and immune responses in mice with murine AIDS are normalized by vitamin E supplementation. *J Nutr* 1994; 124: 2024-2032.
172. WANG Y et al. Modulation of immune function and cytokine production by various levels of vitamin E supplementation during murine AIDS. *Immunopharmacol* 1995; 29: 225-233.

173. CATHART R. Vitamin C in the treatment of acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Med Hypothesis* 1984; 14: 423.
174. HARAKEH S, JARIWALLA RJ, PAULING L. Suppression of human immunodeficiency virus replication by ascarbate in chronically and acutely infected cell. *Proc Natl Acad Sci U.S.A.* 1990; 87: 7245-7249.
175. HARAKEH S et al. Mechanistic aspects of ascarbate inhibition of human immunodeficiency virus. *Chemico-biological Interactions* 1994; 91: 207-215.
176. MCDONALD KS et al. Vitamin A and risk of HIV-1 seroconversion among Kenyan men with genital ulcers. *AIDS* 2001; 15: 635-639.
177. MEHENDALE SM et al. Low carotenoid concentration and the risk of HIV seroconversion in Pune, India . *JAIDS* 2001; 26: 352-359.
178. MOORE PS et al. Role of nutritional status and weight loss in HIV seroconversion among Rwandan women. *JAIDS* 1993; 6: 611-616.
179. GREENBERG BL et al. Vitamin A deficiency and maternal-infant transmission of HIV in two metropolitan areas in the United States . *AIDS* 1997; 11: 325-332.
180. SEMBA RD et al. Maternal vitamin A deficiency and mother-to-child transmission of HIV-1. *Lancet* 1994; 343: 1593-1597.
181. FAWZI WW et al. Randomized trial of vitamin supplements in relation to vertical transmission of HIV-1 in Tanzania . *JAIDS* 2000; 23: 246-254.
182. PHUAPRADIT W et al. Serum vitamin A and betha-carotene levels in pregnant women infected with human immunodeficiency virus-1. *Ostet Gynecol* 1996; 87: 564-567.
183. SEMBA RD et al. Infant mortality and maternal vitamin A deficiency during human immunodeficiency virus infection. *Clin Inf Dis* 1995; 21: 966-972.
184. COUTSODIS A et al. Ramdomized trial testing the effect of vitamin A supplementation on pregnancy outcomes and early mother-to-child HIV-1 transmission in Durban, South Africa. *AIDS* 1999; 13: 1517-1524.
185. LAN Y et al. Carotenoid status of pregnant women with and without HIV infection in Malawi . *East Afr Med J* 1999; 76: 133-137.
186. FAWZI WW et al. Randomized trial of effects of vitamin supplements on pregnancy outcomes and T cell counts in HIV-1-infected women in Tanzania. *Lancet* 1998; 351: 1477-1482.
187. SEMBA RD et al. Maternal vitamin A deficiency and child growth failure during human immunodeficiency virus infection. *JAIDS* 1997; 14: 219-222.
188. COUTSODIS A et al. Effect of vitamin A supplementation on viral load in HIV-1 infected pregnant women. *JAIDS* 1997; 15: 86-87.
189. 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.
190. 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: 922-927.
191. NDUATI RW et al. Human immunodeficiency virus type-1 infected cells in breast milk: association with immunosuppression and vitamin A deficiency. *JID* 1995; 172: 1461-1468.
192. ROTHMAN KJ et al. Teratogenicity of high vitamin A intake. *NEJM* 1995; 333: 1369-1373.
193. 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.

194. BYRN RA, ROBERTS MR. Cellular therapy approaches to the treatment of AIDS. En: MORSTYN G, SHERIDAN W. *Cell Therapy: Stem cell transplantation, gene therapy, and cellular immunotherapy*. Cambridge : Cambridge University Press; 1996: 414-428.
195. MOORE MAS. Colony-stimulating factor. En: RICH RR. *Clinical immunology, principles and practice*. Chapter F Immune Modulation. London : Mosby; 2001: 114.1-114.13.
196. EHRENPREIS ED et al. Malabsorption and deficiency of vitamin B12 in HIV-infected patients with chronic diarrhea. *Dig Dis Sci* 1994; 39: 2159-2162.
197. 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: 345-351.
198. BAUM MK et al. Association of vitamin B6 status with parameters of immune function in early HIV-1 infection. *JAIDS* 1991; 4: 1122-1132.
199. 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: 889-893.
200. LIEB J. Lithium and immune function. *Med Hypothesis* 1987; 23: 73-93.
201. SHENKMAN L, BORKOWSKY W, SHOPSIN B. Lithium as an immunologic adjuvant. *Med Hypothesis* 1980; 6: 1-6.
202. 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.
203. ROMEYN M. *Nutrition and HIV*. San Francisco : Jossey-Bas Publishers; 1995: 353.
204. 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.
205. PASSI S, DE LUCA C. Dietetic advice for immunodeficiency. *Continuum* (London) 1998-1999; 5(5): 43-52.
206. FERGUSON A, GRIFFIN GE. Nutrition and the immune system. En: GARROW JS, JAMES WPT, RALPH A. *Human nutrition and dietetics*. Edinburgh : Churchill Livingstone; 2000: 747-766.
207. LABE RF. Nutrition support. *Clinics in Laboratory Medicine* 1993; 13: 323-530.
208. BEISEL WR. Single nutrients and immunity. *Am J Clin Nutr* 1982; 35: 417-468.
209. BEISEL WR. The history of nutritional immunology. *J Nutr Immunol* 1991; 1: 62-78.
210. CHANDRA RK. Micronutrients and immune functions, an overview. *Ann NY Acad Sci* 1990; 587: 9-16.
211. EMBID A. Inmunidad aumentada por incremento de micronutrientes. *Medicinas Complementarias* 1994; No. 35: 172.
212. EMBID A. Inmunoterapia a dosis infinitesimales. *Medicinas Complementarias* 1995; No. 38: 170.
213. TYLER VE, ROBBERS JE. Tyler 's *Herbs of choice: the therapeutic use of phytomedicinals*. New York : Pharmaceutical Products Press; 1999: 287.
214. ATKINS RC. Immune-enhancing herbs. Infection fighters. En: *Dr. Atkins' vita-nutrient solution. Nature's answer to drugs*. Nueva York: Fireside; 1999: 294-296 y 297-299.

215. FISHMAN RHB. Antioxidants and phytotherapy. *Lancet* 1994; 344: 1356.
216. GREENSPAN HC. The role of oxidative oxygen species, antioxidants and phytopharmaceuticals in human immunodeficiency virus activity. *Med Hypothesis* 1993; 40: 85.
217. 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.
218. 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: 187-197.
219. EMBID A. El polvo de defensa de jade, una receta clásica para estimular la inmunidad. *Medicinas Complementarias* 1993; No. 32: 73-87.
220. EMBID A. Astragalus un biomodulador del sistema inmunitario. *Medicinas Complementarias* 1994; No. 35: 67-71.
221. EMBID A. Más plantas para estimular la inmunidad. *Medicinas Complementarias* 1994; No. 36: 174.
222. EMBID A. Uña de gato para el sida. *Medicinas Complementarias* 1994; No. 36: 174.
223. MANN J, HOY J, MILLS J. *Management of the HIV-infected patient*. Cambridge : Cambridge University Press; 1996: 437.
224. BARLETT JG, FINKBEINER AK. *The guide to living with HIV infection*. Johns Hopkins AIDS Clinic. Baltimore : The Johns Hopkins University Press; 1996: 295.
225. DOLIN R, MASUR H, SAAG MS. *AIDS therapy*. New York : Churchill Livingstone; 1999: 864.
226. POWDERLY WG. *Manual of HIV therapeutics*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2001: 274.
227. CROWES S, HOY J, MILLS J. *Management of the HIV-infected patient*. London : Martin Dunitz; 2002: 630.
228. SILVERMAN WA. Informing and consenting. En: *Where's the evidence? Controversies in modern medicine*. Oxford : Oxford University PRESS; 1998: 78-84.
229. O'MARA P. Life, liberty, and informed consent. *Mothering* (September-October) 1998; (90): 6-9.
230. 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.
231. TANG AM et al. Improved antioxidant status among HIV-infected injecting drug users on potent antiretroviral therapy. *JAIDS* 2000; 23: 321-326.

BIBLIOGRAFIA

- a. GIRALDO R. Tratamiento y prevención del sida como síndrome tóxico-nutricional. En: *SIDA y agentes estresantes*. Medellín , Colombia : Editorial Universidad de Antioquia. 2002: 112-115.
- b. RODENAS P. ¿Cuál es el tratamiento del sida? En: *El médico naturista opina: Una vision natural de la salud y la alimentación*. Barcelona : Océano Grupo Editorial, S.A. 2000: 109-115.
- c. EMBID A. *Estimular las defensas de otra forma. Tratamientos de los síndromes de inmunodeficiencia*. Madrid : Medicinas complementarias 1992: 214.
- d. EMBID A. *Enciclopedia de medicina funcional y oligoterapia*. Madrid : Medicinas complementarias; 1992.

- e. NULL G. Alternative treatments. En: *AIDS: A second opinion*. New York : Seven Stories Press; 2002: 487-581.
- f. GOLDBERG B. AIDS. En: *Alternative Medicine. The definitive guide*. Fife , Washington : Future Medicine Publishing Inc.; 1994: 494-509.
- g. ABRAMS DI. Alternative therapies. En: SANDE MA, VOLBERDING PA. *The medical management of AIDS*. 6a ed. Filadelfia: W.B. Saunders Company; 1999: 601-612.
- h. BADGLEY L. *Healing AIDS naturally: natural therapies for the immune system*. Foster City , California : Human energy Press; 1990: 410.
- i. BYRNES S. *Overcoming AIDS with natural medicine: A program for recovery*. Revised, 2nd edition. Honolulu , Hawaii: Ecclesia Life Mana; 2001: 183.
- j. REILLO M. *AIDS under pressure: hyperbaric medicine in the management of HIV disease*. Seattle: Gogrefe & Huber Publishers; 1997: 124.
- k. 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.
- l. 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.
- m. ROMEYN M. *Nutrition and HIV*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1995: 355.
- n. BAHL SM, HICKSON JF. *Nutritional care for HIV-positive persons: a manual for individuals and their caregivers*. Boca Raton : CRC Press; 1995: 190.
- o. WATSON RR. *Nutrition and AIDS*. 2a ed. Boca Raton: CRC press; 2001: 231.
- p. BEISEL WR. AIDS. En: GERSHWIN ME, GERMAN JB, KEEN CL. *Nutrition and immunology: principles and practice*. Totowa: Human Press; 2000: 389-401.
- q. 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: 741-750.
- r. ZHANG Z, INSERRA PF, WATSON RR. Antioxidants and AIDS. En: GAREWAL HS. *Antioxidants and disease prevention*. Boca Raton: CRC Press; 1997: 31-43.
- s. 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: 447-467.
- t. GAREWAL HS. *Antioxidants and disease prevention*. Boca Raton: CRC Press; 1997: 186.
- u. SIES H. *Oxidative stress: oxidants and antioxidants*. London: Academic Press; 1991: 507.
- v. FREI B. *Natural antioxidants in human health and disease*. San Diego: Academic Press; 1994: 588.
- w. BRIGTHOPE I. *The AIDS fighters*. New Canaan, Connecticut: Keats Publishing; 1988: 184.
- x. CALLEN M. *Surviving AIDS*. Nueva York: Harper Collins; 1990.
- y. CHAITOW L. *Candida Albican, could yeast be your problem?* Expanded and revised edition. Rochester, Vermont : Healing Arts Press; 1998:1522.
- z. CHAITOW L. *The natural way: HIV & AIDS. Your guide to complementary therapies, alternative techniques and conventional treatments*. Shaftesbury, UK : Element Books Limited; 1999: 150.

[1] Médico, especialista en medicina interna, enfermedades infecciosas y tropicales. Nueva York
RobGiraldo@aol.com

[2] Médico naturista. Barcelona, España. pedrorodenas@integralcentremedic.com

[3] Médico, especialista en ginecología y obstetricia, reproducción humana y fisiología fetal.
Xalapa, Veracruz, México. juan@vivoysanomexico.com

[4] Acupuntor, coordinador de la Asociación de Medicinas Complementarias. Madrid, España.
amcmh@amcmh.org

Roberto A. Giraldo
www.RobertoGiraldo.com