

SIDA:

Un mito que se derrumba



Recopilación de textos de la página web *Superando El Sida*

<http://superandoelsida.ning.com/>

"SIDA, un mito que se derrumba" Un resumen general del fiasco del Sida.

Por Manuel Garrido. 20-7-2009

Introducción

Poner en duda, hoy en día, que el virus VIH cause el Sida puede parecer de entrada disparatado e irresponsable, sobre todo si quien lo hace es un médico, incluso puede parecer complaciente con la epidemia y poco solidario con las víctimas. Pero por extraño que parezca, las dudas acerca de si un virus, llámesele VIH o como se quiera, causa el Sida, tienen mucho más fundamento de lo que se piensa, como veremos.

Lo que sucede es que nuestra fascinación ante los avances médicos y la biotecnología, sobre todo si es “made in USA”, es tan grande, que nos parece impensable que se hayan podido cometer errores grandes en el Sida y tampoco resulta fácil de creer que, de haberse cometido errores, no digamos si estos son graves, no hayamos tenido ninguna noticia de ello durante 20 años, sobre todo los médicos, que nos tenemos por personas bien informadas, por no hablar ya de los especialistas.

Y resulta que quien ahora habla de errores en el Sida es un simple médico, desconocido, que ni siquiera es especialista, con respecto a lo cual se debe decir que los méritos personales o el “currículum” de quien únicamente se limita a transmitir lo que toda una corriente de investigadores de prestigio intentan decirnos desde hace años, poco o nada deben importar, salvo que se quiera, como vulgarmente se dice, “matar al mensajero”.

Pero antes de nada, se debe dejar bien claro que el hecho de dudar, o más bien negar, que el virus VIH cause el Sida, no le quita validez a las recomendaciones sanitarias referentes al uso de jeringas estériles o las referentes al uso del preservativo, si bien en este último caso con matizaciones.

En el caso del uso de jeringas estériles por parte de los usuarios de drogas intravenosas, por razones obvias, de hecho, su uso ya era aconsejado diez años antes de que surgiera el VIH, por lo menos en algunos países.

Con respecto al uso del preservativo, mientras todo esto no se aclare y por mera tranquilidad de las personas, quizás su uso sea recomendable y desde luego, tal como están las cosas hoy, es aconsejable su uso por los mal llamados “portadores” para evitar... posibles demandas judiciales.

¿Ciencia-ficción?

Vista por encima, la teoría o hipótesis VIH-Sida es un punto de vista, al que se le supone base científica, que afirma que existe una epidemia mundial causada por un virus de origen desconocido, que produce la muerte por inmunodeficiencia en aquellas personas que infecta. Veamos algunas particularidades.

Para empezar, a este virus los defensores de este punto de vista le han atribuido toda una serie de propiedades raras o características muy especiales, entre las que están:

- Una prodigiosa capacidad para “mutar” o cambiar, que sirve de excusa para explicar la imposibilidad, después de 20 años, para encontrar una vacuna.
- La capacidad, también fuera de lo común, de poder destruir las células de la inmunidad por medio de “mecanismos indirectos”, léase por medios ocultos o desconocidos. Se han publicado teorías de lo más curiosas acerca de cómo el virus destruiría los linfocitos T: que si el virus induciría el suicidio celular, que si el virus actuaría como el jefe de una banda de matones que ordenaría a sus secuaces...
- Y esa capacidad, sin precedente en la historia de la Biología, de poder estar “latente”, es decir, dormido y a la espera, por períodos de ¡hasta 50 años!, hasta que produce la enfermedad.

Con respecto a estas características, que más parecen propias de “algunos virólogos” que de un virus, el **Dr. Beverly Griffin**, Director del Departamento de Virología del Royal Postgraduate Medical School, de Londres, dice: *“Todas esas suposiciones carecen de pruebas y de claridad, invenciones como estas pueden ser utilizadas para acusar a cualquier microbio de cualquier enfermedad”*.

Por si todo esto no fuera suficiente, resulta que la mayoría de las personas supuestamente infectadas por esta especie de “supervirus”, van a ser, ¡Qué casualidad! O drogadictos, o bien homosexuales, o negros, o personas de conducta sexual dudosa, lo que ya parece una capacidad demasiado sospechosa del virus para seleccionar.

Según la lista oficial establecida de enfermedades producidas por el virus, las personas infectadas van a verse aquejadas por problemas de lo más variado, que van desde enfermedades infecciosas, (bien sea por hongos, bacterias o virus), lo que tiene cierta lógica; cánceres, (como el de cuello de útero o el linfoma), cosa ya no tan lógica, pues implica que el supuesto virus produciría al mismo tiempo muerte y proliferación celular; o bien otras patologías que ya no sabemos qué pintan aquí, como el adelgazamiento extremo, la demencia, la diarrea.

Es más, este virus parece producir a cada grupo o persona un problema diferente, pues hay enfermedades que casi son exclusivas de unos grupos o personas y que no se dan en los otros, como es el caso del sarcoma de Kaposi, prácticamente exclusivo de “gays” y que no se ve en mujeres o niños, por ejemplo.

Al mismo tiempo, no deja de ser un contrasentido el hecho de que mientras que en el mundo occidental el virus afecta preponderantemente a hombres, (92% en EE UU y 86% en Europa), en África afecta por igual a hombres, mujeres y niños, lo que en epidemiología viene a ser como el día y la noche. El **Dr. Peter Duesberg**, en su documentado trabajo “*Sida adquirido por consumo de drogas y otros factores de riesgo no contagiosos*” señala numerosas contradicciones como las que se acaban de exponer¹.

Y puestos a atribuir al virus extravagancias epidemiológicas y raras facultades, ya para colmo, también se admite que pueda volverse invisible, dado que los científicos ven normal el hecho de que, tras 20 años de presupuestos millonarios y un ejército de investigadores en la labor, todavía no se disponga de ninguna fotografía del virus al microscopio electrónico, tomada a partir de la sangre fresca de los enfermos o portadores. Todo ello en una época en la que incluso llegamos a tener evidencias directas de las partículas subatómicas.

Métodos ilícitos, abuso de autoridad, censura

Las incongruencias en el Sida no han pasado desapercibidas a una serie de

¹ “**Sida adquirido por consumo de drogas y otros factores de riesgo no contagiosos**”, Peter Duesberg, rev. “*Farmacology and Therapeutics*, vol 55, 1992, pp 201-277. Según el biólogo molecular Harvey Byaly, ex director de la revista “*Biotechnology*”, el trabajo citado es la mejor refutación que se ha hecho hasta la fecha de la Hipótesis VIH-Sida. Disponible en castellano en la Asociación SAS.

investigadores que llevan años denunciándolas, el que los medios de comunicación no nos hayan informado de estos extremos no debería extrañar a nadie, una epidemia es como una situación de guerra al parecer y proporciona una buena excusa para la adopción de medidas irregulares, como la censura,... sobre todo si hay intereses económicos por medio.

Por la trascendencia y las consecuencias que tuvo, uno de los sucesos más graves fue el que esa situación de epidemia fuese anunciada o declarada, por las autoridades sanitarias americanas, en una multitudinaria rueda de prensa en **Washington en abril de 1984**, sin que hubiera sido publicado en ningún medio científico un solo estudio o trabajo que, de alguna manera, relacionara al virus presuntamente descubierto con la enfermedad.

Eso habría permitido a la comunidad científica verificar de algún modo la hipótesis. La rueda de prensa sustituyó a los trabajos científicos. Se inauguró así una nueva etapa en la Historia de la Ciencia, “la era de la ciencia a base de ruedas de prensa”, según expresión del especialista en análisis matemático **Mark Craddock**, quien en un artículo con ese mismo título y tras analizar algunos de los más destacados trabajos sobre el Sida, el último de ellos sobre la llamada “carga viral”, llega a decir: “*(en el Sida), una cosa es lo que los científicos encuentran realmente, otra cosa es lo que cuentan en las ruedas de prensa y otra lo que los medios de comunicación cuentan al público, suponer que las tres son idénticas, incluso similares, es pura locura*”. El Sida quizás sea la primera epidemia de la historia creada y mantenida “desde los medios de comunicación”, donde las noticias en los medios van siempre por delante de los hallazgos científicos.

Por lo de pronto, los trabajos científicos que no se publicaron en las revistas científicas antes de la rueda de prensa, (siempre cabe la excusa de que la urgencia de la acción contra la epidemia hiciera pasar por alto ese “detalle”), nunca se publicaron. De haberlo sido, que era lo obligado y preceptivo, es seguro que la teoría del virus del Sida no hubiera durado un mes, tal es la cantidad de afirmaciones gratuitas, lagunas y contradicciones que contiene. De hecho, no son precisamente razones científicas las que explican su vigencia actual, sino otras.

Pero una vez proclamada oficialmente la causa viral mediante el “golpe de mano” de dicha rueda de prensa del 23 de abril de 1984, (el pánico y el alarmismo entre la población debido a la “nueva epidemia” -como luego veremos- ya habían sido creados años antes por el propio **CDC de Atlanta, el Centro de Control de**

Enfermedades Infecciosas de los EE UU), fue bastante fácil neutralizar a los pocos científicos que mostraban dudas y objeciones al tiempo que pedían calma y reflexión.

Argumentos de este tipo fueron esgrimidos por altos oficiales del CDC para callar las voces discrepantes: *“Cuando tu casa arde no te paras a reflexionar porque arde, corres rápidamente a apagar el fuego”*. Mejor ejemplo de alarmismo, imposible, (como que provenía de auténticos agitadores profesionales, como veremos).

Prueba del nulo respeto por la metodología científica es que si a cualquier persona se le ocurre investigar sobre el Sida y decide buscar las fuentes, es decir los trabajos científicos originales donde supuestamente se demuestra que el virus VIH causa el Sida, se encontrará con una enorme sorpresa, no existen siquiera las simples referencias científicas de tales trabajos en ningún lugar del mundo y ¿Por qué no existen esas referencias? Porque sencillamente no existen tales trabajos.

El **Dr. Kary Mullis, Nóbel de Química de 1993** por la invención de la PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa), tras años de inútil búsqueda de esas referencias, se ha cansado de denunciarlo, “con la sensación –como él dice- de predicar en el desierto”².

Lo único que trascendió a la opinión pública fue el pleito entre Montagnier y Gallo por la paternidad del descubrimiento del virus, -supuesto- y los derechos comerciales derivados, lo que pareció confirmar el hecho de que: a) existía un virus y b) ese virus causaba el Sida. Hoy sabemos que ni siquiera la primera afirmación, es decir que existe el virus, se cumple, como veremos, lo que convierte la situación actual en algo especialmente patético. Una circunstancia que llama la atención y que contribuye a aumentar la credibilidad de los científicos que denuncian estas graves irregularidades, (dejando de lado su reputación científica), es el hecho de que estén sufriendo una auténtica persecución por defender honestamente sus conclusiones, pérdida de las subvenciones para investigar incluido, cosa hoy en día bien rara por cierto, pues es sabido que buena parte de los investigadores “maquillan” los resultados de sus investigaciones, es decir mienten, para no perder las subvenciones. Ese es el caso del **Dr. Peter Duesberg, profesor de Biología Molecular de la**

² Prólogo de Kary Mullis al libro “Inventing the AIDS virus”, de Peter Duesberg, Regnery Publishing Inc, Washington 1996, disponible en la Biblioteca Central de la Universidad de Santiago de Compostela.

Universidad de California-Berkeley, el primer científico que discrepó públicamente de la hipótesis VIH-Sida, cuyos trabajos y opiniones han sido boicoteados y censurados. Primero le amenazaron y después le privaron de su bolsa de investigación.

Mientras, los paladines del VIH, metidos hasta el cuello en el –llamémosle– “dinero del VIH”, reciben honores, reconocimientos y galardones, aunque alguno tenga que ir a las conferencias internacionales de Sida rodeado de guardaespaldas, como es el caso del **Dr. Gallo**, para protegerse sí, pero de las preguntas de los periodistas.³

Los expertos oficiales del Sida llevan años huyendo del debate científico solicitado por los científicos críticos, alegando que estos “son una minoría” o que sus ideas “son peligrosas”, al tiempo que no dudan lo más mínimo en infundir miedo a la población con todo tipo de noticias catastrofistas sobre el Sida, sin la más mínima base objetiva, como es el caso de la pretendida “epidemia galopante de Sida en África”.

La censura, por muy nobles y elevadas que sean las razones que se aleguen, es un grave atentado contra todos nosotros, pues impide que conozcamos aquello que nos afecta, “sin conocimiento no hay libertad”.

Pero la censura acapara aún más nuestro interés, pues supone la incapacidad de los defensores de un determinado punto de vista, como es el caso de los defensores de la visión oficial del Sida, para defenderse con argumentos, con lo que implica de pérdida de credibilidad, (cosa que no parece importarles mucho, mientras puedan seguir disponiendo a su antojo de los medios de comunicación, incluida prensa científica). **Kary Mullis** lo dice así: “*Llaman ciencia a lo que se publica en las revistas, pero lo que se publica en las revistas está escrito por ellos*”.

La coacción, las amenazas y la censura constituyen, por otro lado, la única explicación lógica al hecho incomprensible de que se haya mantenido 25 años algo tan absurdo y pernicioso como es la visión VIH-Sida.

Una teoría costosa, inútil, perjudicial

³ “*En la conferencia Internacional de Sida de Berlín, Gallo estaba muy tenso, iba a todas las partes acompañado de tres guardaespaldas y perdió los estribos un par de veces*”... (John Lauritsen, Zenger’s Newsmagazine, 1998).

¿Qué utilidad, qué beneficios ha aportado esta estrafalaria visión del virus del Sida? Veamos:

- No aclara ni explica las numerosas contradicciones de la supuesta epidemia.
- No ha sabido predecir, ni de manera aproximada, el curso de la epidemia, ni ha sabido realizar un pronóstico mínimamente acertado sobre las expectativas de vida de los supuestos infectados. Todas las predicciones han resultado ser escandalosamente erróneas, (afortunadamente).
- Ha sido incapaz de prevenir o de curar. ¿Dónde está la vacuna? ¿Dónde el tratamiento eficaz?
- Ha creado pánico innecesario en la población, al tiempo que marginación social y xenofobia.
- Supone costes desorbitados, imposibles de soportar por las economías de muchos países.
- Supone un peligro para la salud de millones de ciudadanos, crea problemas en quien no los tiene y los agrava en quien los tiene, al tiempo que viola los derechos más elementales de las personas.
- Es algo que envenena, hasta extremos inverosímiles, las relaciones humanas más íntimas.
- Implica dar por válidas actuaciones ilícitas y nada éticas de investigadores, autoridades sanitarias –sobre todo americanas- industria farmacéutica, medios de comunicación, etc.

Todo ello a pesar de que la idea de que existe un virus que se transmite por vía sanguínea o sexual y provoca la muerte por inmunodeficiencia, sigue siendo, 20 años más tarde de ser anunciada en una multitudinaria rueda de prensa, un simple rumor – muy grande sí, pero...- sin confirmación científica de ningún tipo y a pesar de que, según el retrovirólogo **Peter Duesberg**, como base de una política sanitaria a nivel mundial, la teoría del virus *“tiene la misma credibilidad científica que la idea de que vamos a ser invadidos por los marcianos de modo inminente”*.

Las autoridades sanitarias de la mayoría de los países cometieron simplemente el error de fiarse sin más de las autoridades sanitarias americanas, actuaron de “buena fe”, es decir, se comportaron como auténticos creyentes en un terreno donde la fe, buena o mala, no cuenta, sólo las pruebas cuentan y, aunque tengan nuestra comprensión, lo cierto es que no solicitaron ni examinaron las pruebas

pertinentes antes de embarcarse, y embarcarnos a todos, en este fiasco. Y no importa ya quién diga estas cosas, siempre que estas cosas se digan y, en la medida en que se conozcan, tenemos todos el deber moral de no colaborar con este fraude.

El Sida, un enfoque equivocado del resurgimiento de un problema antiguo

Entonces, ¿Cuál es el problema? Porque evidentemente la gente enferma y muere por algo.

Para responder a esta pregunta, debemos antes quitarnos las gafas de “horrible epidemia” que, tras 20 años de bombardeo informativo, todos llevamos puestas y atrevernos a ver, con los ojos del sentido común, tanto los orígenes del Sida como lo que la Medicina ya sabía desde antiguo sobre la inmunodeficiencia adquirida.

¿Existe el Sida? Por supuesto, es un hecho demostrado, al igual que es un hecho demostrado que siempre ha existido, es decir, existe y siempre ha existido la inmunodeficiencia adquirida como resultado de un conjunto de causas, documentadas por la Medicina desde muchos años antes de que se inventara la palabra Sida, en 1982.

Todo hace pensar que, en un momento dado -a principios de los 80- como resultado del incremento de algunas de estas causas que la producen, mayormente drogas, se produce en ciertos grupos de los EE UU un aumento de casos de inmunodeficiencia, (con aumento brusco de enfermedades que aunque conocidas, eran muy raras, como son la neumonía por pneumocystis carini y el sarcoma de Kaposi).

A pesar de las evidencias que apuntaban hacia un origen multifactorial, sobre todo factores tóxicos, dos circunstancias van a contribuir a que la investigación se encamine a la búsqueda, en exclusiva, de una causa infecciosa: por un lado la posición destacada e influyente en ese momento en la ciencia de los llamados “cazadores de virus”, los virólogos del **INC, Instituto Nacional del Cáncer**, cuyo exponente máximo es **Robert Gallo**, interesados lógicamente en una causa viral; por otro lado el papel jugado por el organismo sanitario encargado del control de las enfermedades infecciosas, **el CDC de Atlanta**, cuyos dirigentes, descaradamente interesados en una causa infecciosa actuaron, ya desde el principio, más como agitadores que como investigadores.

Con el empleo de todo tipo de métodos irregulares e ilícitos, que no tienen nada de científicos, como la manipulación informativa, la censura, las coacciones, más el correspondiente aporte de fondos billonarios, la visión del Sida infeccioso se acabará imponiendo, primero en los EE UU y después en el mundo entero.

La comunidad científica tarda tiempo en reaccionar y lo hará de forma independiente en países como Alemania, (**Drs. Heinrich Kremer y Stefan Lanka**), Colombia, (**Dr. Roberto Giraldo**), Australia, (**Dra. Eleni Papadopulos-Eleopulos**), EE UU, (**Dr. Peter Duesberg**), Suiza, (**Dr. Alfred Hässig**), Reino Unido, (**Dr. Gordon Stewart**, epidemiólogo), etc. Paradójicamente, los argumentos relacionados con los aspectos más elementales, como la propia existencia del virus, serán los últimos en salir a la luz.

El científico más conocido por poner en duda la tesis oficial es el **Dr. Peter Duesberg**, considerado en aquel entonces por el propio **Gallo** como “la máxima autoridad mundial en retrovirus”, quien hace su denuncia pública contra la hipótesis viral en 1987. A Duesberg se le irán sumando otros científicos que llegan a constituir, en 1991, el “**Grupo Internacional Para la Reevaluación de la Hipótesis VIH-Sida**”, formado en la actualidad por más de dos mil investigadores de todo el mundo, destacando no tanto el número sino la cualificación de sus miembros.

Los integrantes de este grupo enviaron, nada más constituirse, un breve comunicado a las principales revistas científicas, en el que simplemente pedían que, dadas las dudas existentes, un grupo independiente de científicos examinara las evidencias a favor y en contra de la hipótesis del virus y se llevaran a cabo estudios epidemiológicos. A pesar de ir avalado por las firmas de 40 destacados investigadores, las principales revistas se negaron a publicarlo.

Durante años las ideas predominantes en el Grupo fueron las tesis de Peter Duesberg, apoyadas por numerosos datos, que plantean que el VIH, un supuesto retrovirus, no reúne las condiciones como para ser considerado la causa del Sida, siendo un pasajero oportunista más.

A mediados de los 90, a medida que empiezan a ser conocidos los trabajos de la biofísica australiana **Eleni Papadopulos-Eleopulos**, (alguno publicado ya en 1988), referentes al aislamiento del virus⁴, sus argumentos comienzan a

⁴ “El aislamiento del VIH: ¿Se ha llevado a cabo realmente?”, Eleni Papadopulos-Eleopulos, Departamento de Física Médica del Royal Perth Hospital, (Universidad de Australia Occidental) y

imponerse, siendo hoy en día los que gozan de mayor aceptación en el Grupo.

La tesis de Papadopoulos se resume así: al contrario que todos los virus conocidos que causan enfermedades, el VIH nunca fue hallado, como partícula estable independiente, en la sangre fresca o tejidos sin cultivar de ningún ser humano, con o sin Sida. Por lo tanto, no podemos afirmar su existencia.

En lo que se refiere ya a las causas del Sida, el acuerdo dentro del Grupo es casi total, sus causas son predominantemente tóxicas y nutricionales, lo que coincide con lo que la Medicina ya sabía desde antiguo.

En resumen, nada nuevo, en la lista de enfermedades incluidas en la definición oficial del Sida, por otro lado, no existe ningún problema que sea nuevo, lo único nuevo aquí es la idea, nunca demostrada, de que un virus nuevo causa todos esos viejos y conocidos problemas, lo cual sí es por cierto bastante novedoso.

La Inmunodeficiencia Adquirida (IA) o Sida, sus causas

La IA es el debilitamiento de la capacidad de nuestro organismo para combatir las infecciones, por causas que nos van a influir después de nacer, (caso contrario la llamaríamos inmunodeficiencia congénita).

La inmunodeficiencia se va a poner de manifiesto por la presencia de infecciones.

¿Es nuevo esto? Definitivamente no, salvo que los médicos se hayan vuelto amnésicos de repente y se hayan olvidado de lo que figura en sus propios libros. La IA, al igual que la debida a causas congénitas, es algo conocido y documentado, junto con sus causas, mucho antes de que se creara el término Sida en 1982.

Pero a pesar de ser sus causas algo documentado, lo cierto es que, antes del VIH, por parte de los médicos no se les concedían demasiada importancia, pronto veremos porqué. Y después del VIH casi dejan de existir.

¿Qué causas producen IA? Hay registradas muchas causas que la provocan, pero antes de referirnos a ellas, debemos recordar algo que es de sentido común y es que una buena defensa frente a las infecciones requiere el buen estado o funcionamiento no sólo del sistema inmune, constituido básicamente por los

David Caser, Físico Decano del mismo departamento, rev. "Continuum", Londres 1996, 4(3), suplemento 1-24. Disponible en inglés en la Asociación SAS.

glóbulos blancos o leucocitos, sino que precisa también del buen estado del resto de órganos y funciones.

Está comprobado que todo aquello que debilita de modo importante al organismo en general o a cualquier órgano vital en particular, va a dar como resultado una disminución de nuestra capacidad para combatir las infecciones, que será más acentuada si existe algún tipo de déficit o daño en nuestro sistema inmunológico.

Así, los médicos han visto desde antiguo que la presencia de infecciones, que es el modo de manifestarse la inmunodeficiencia, es algo frecuente en una serie de enfermedades, p. e., en personas con diabetes, con importante anemia, cirrosis hepática, otros problemas crónicos de hígado o de riñón, en problemas tiroideos, etc., así como en situaciones de estrés, agotamiento físico, etc., algo –esto último– que confirma la experiencia de cada uno.

Dentro de las numerosas causas que originan una mayor facilidad para las infecciones, vamos a fijarnos en las más importantes o aquellas que, por su coincidencia en el Sida, tienen más interés.

La desnutrición

La principal de estas causas, que es con mucho la principal causa de inmunodeficiencia a nivel mundial, la que más muertes por inmunodeficiencia causa en individuos de todas las edades actualmente en el mundo, es la desnutrición, (el hambre) o su variante, la malnutrición.

Esta causa de inmunodeficiencia figura desde antiguo en los textos médicos, siendo incomprensible lo rápidamente que nos hemos olvidado de ella, ¿Será porque la correcta nutrición –algo que se debería enseñar a la gente– brilla por su ausencia en las facultades de Medicina? “la desnutrición y la infección van invariablemente juntas y cada una agrava a la otra”⁵. Problemas como la neumonía por “pneumocystis carini”, típica enfermedad que todo el mundo asocia al VIH, han sido vistos desde antiguo en situaciones de grave desnutrición, por ejemplo, la padecieron los niños del “gueto” de Varsovia en la Segunda Guerra Mundial.

⁵ “Sida y agentes estresantes”, p. 33, Dr. Roberto Giraldo, Edit. Universidad de Antioquia, Colombia. Disponible en castellano As. SAS-seres Positivos.

Las personas que consumen habitualmente drogas como heroína, cocaína, crack y anfetaminas, incluso los alcohólicos, sufren a menudo de importante desnutrición.

Drogas y medicamentos

Otra fuente importante de IA son drogas y medicamentos. Está muy documentado desde antiguo el papel inmunodepresor de heroína, cocaína, crack, anfetaminas y alcohol, así como el de muchos medicamentos.

Heroína

Veamos estos síntomas: “adelgazamiento, sudores nocturnos, propensión a infecciones bucales, propensión a tuberculosis, endocarditis”,... ¿Recuerdan a algo? Pues bien, estos síntomas, tomados de una publicación médica de 1909, se refieren a los efectos del consumo crónico de opiáceos.

Estudios más actuales en heroínómanos “seronegativos”, citados por Duesberg, muestran que sus niveles de glóbulos blancos, incluidos los linfocitos T4 ó CD4, popularmente las “defensas”, suelen estar más bajos de lo normal, al igual que sucede en los heroínómanos “seropositivos”, lo que demuestra que la heroína causa Sida por sí misma.

Además, la inyección de heroína a menudo no es estéril, lo que implica infecciones de todo tipo como hepatitis, septicemia o infección de la sangre, flebitis, candidas, etc. A ello se suma el papel jugado por un sinnúmero de sustancias extrañas con las que se rebaja o “corta” la pureza de la heroína.

Hechos similares se observan en consumidores de cocaína y derivados como el “crack”, problemas como fiebre, adelgazamiento y propensión a problemas pulmonares, (bronquitis, neumonía, tuberculosis), se ven a menudo en consumidores de estas sustancias.

Anfetaminas y derivados como la metanfetamina, (“cristal”, “speed”), afectan a la nutrición y causan agotamiento físico.

En cuanto al consumo abusivo de alcohol, se debe saber que es conocido desde antiguo que los alcohólicos tienen desnutrición crónica, presentan con frecuencia infecciones y a menudo presentan “leucopenias”, es decir, disminución de todos los tipos de glóbulos blancos, incluidos los T4 ó CD4, es decir, Sida.

En el apartado de los tóxicos es obligado incluir a los niños nacidos de madres adictas a la heroína, cocaína, crack o de madres alcohólicas. ¿Qué tiene de extraño que estos bebés desarrollen deficiencias inmunes, entre otros problemas, si en el seno de la madre están expuestos a estos tóxicos que la provocan?

Una mención aparte merecen los “poppers”, nitritos inhalables, profusamente usados como afrodisíacos por una minoría de “gays” americanos, (asiduos de las “bath houses”, tan en boga en los años 70-80). Inhalados antes de las relaciones, producen relajación de la musculatura anal, facilitando las relaciones anales y prolongando el orgasmo.

Los nitritos son agentes oxidantes muy potentes y reaccionan con muchas moléculas del organismo, incluso el agua, de ahí que sean de las sustancias más conocidas como agentes cancerígenos, además de ser inmunodepresores. Están íntimamente unidos al sarcoma de Kaposi y al nacimiento del Sida (ver nota 8).

En cuanto al papel de los medicamentos en la inmunodeficiencia, muchos son los fármacos que pueden originarla de una forma u otra, pero vamos a fijarnos solamente en algunos, como son los fármacos de quimioterapia del cáncer, el uso prolongado de cortisona y el uso prolongado o intensivo de antibióticos.

Los fármacos de quimioterapia del cáncer producen, entre otros efectos tóxicos, una disminución en la producción de células sanguíneas por la médula ósea, es decir, de glóbulos rojos, plaquetas y glóbulos blancos, estos, (recordémoslo), son las células de la inmunidad, por lo que se puede decir con toda propiedad que causan Sida por sí mismos. Se usan en los enfermos de cáncer por períodos cortos precisamente debido a su alta toxicidad. ¿Qué pasaría si se usaran por tiempo indefinido? ¿Qué se supone pasaría si se usaran en embarazadas?

El AZT o Zidovudina, (el tristemente conocido Retrovir), es un fármaco que se investigó a mediados de los años 60 para ver su posible utilidad en el cáncer y se desechó inmediatamente porque era demasiado tóxico. Pues bien, 20 años más tarde era aprobado, incomprensiblemente, para ser usado en los enfermos de Sida, es decir, lo que no servía ni para ser usado siquiera por períodos cortos en los enfermos de cáncer, debido a su alta toxicidad, ¿Se aprueba 20 años más tarde para su uso indefinido en los enfermos de Sida, embarazadas incluidas!

Se puede afirmar que, tras años de uso y a las dosis que se recetaban a los “seropositivos” cuando se empleaba en “monoterapia”, (AZT sólo), prácticamente

no ha dejado supervivientes. ¿Y las consecuencias de su uso en embarazadas? Mejor ya ni imaginárnoslas. Aunque estuviera demostrado que el virus VIH es la causa del Sida, ¿Hay alguna justificación para el empleo en cualquier ser humano de algo tan sumamente tóxico como lo es el AZT?

Estudios hechos en supervivientes de Sida de larga duración, es decir personas que sobrevivían 5 años o más tras el diagnóstico de Sida, publicados a principios de los 90, confirmaron que la práctica totalidad de ellos no usaba fármacos antivirales, al tiempo que habían modificado sustancialmente su “estilo de vida” en lo que se refiere sobre todo al abandono de drogas y mejora en los hábitos nutricionales⁶.

La mayoría de los fármacos que se emplean en la actualidad para tratar el Sida, formando parte de llamado “cóctel” antivírico, son fármacos -AZT incluido- de la misma familia química del AZT, (análogos nucleósidos), si bien es cierto que a dosis sensiblemente menores, lo que no elimina su letalidad a medio-largo plazo⁷.

Fármacos de quimioterapia de cáncer son usados hoy en día por la Medicina, para tratar problemas distintos del cáncer, Sida o el rechazo en los trasplantes, empleándose de modo habitual en otras enfermedades, como las llamadas “autoinmunes”, (artritis reumatoide, esclerosis múltiple, lupus, etc.).

Los tratamientos prolongados con cortisona son conocidos también por provocar una disminución de la inmunidad y aumento de infecciones oportunistas, incluida la neumonía por p. carini.

El uso prolongado o intensivo de antibióticos también es conocido por aumentar la incidencia de infecciones oportunistas. Los antibióticos son drogas pensadas para uso a corto plazo, nunca se usaron por tiempo indefinido para prevenir infecciones, práctica habitual en el Sida, sino para tratarlas cuando las hay.

Las mismas infecciones, cuando son repetidas o graves, en especial las víricas, debilitan también la inmunidad.

Las transfusiones de sangre o derivados sanguíneos también figuran asociadas desde antiguo a la IA. Es un hecho documentado que las personas que reciben transfusiones desarrollan con frecuencia neumonías. En cuanto a los

⁶ “Surviving AIDS”, Michael Callen, Harper Collins, N. York 1990.

⁷ Ver las declaraciones sobre el llamado “cóctel antiviral” del Dr. Anthony Fauci, Director del Instituto de Alergias y Enfermedades Infecciosas de los EE UU, recogidas en el diario “El país” del 6-2-2001.

hemofílicos, que reciben a menudo transfusiones de determinados derivados sanguíneos, es sabido desde siempre que presentan un mayor índice de infecciones que el resto de la población así como unas expectativas de vida más cortas.

Factores físicos como las radiaciones ionizantes: neumonías por “pneumocystis carini” y “sarcomas de Kaposi”, las dos enfermedades más típicas del Sida, ya habían sido observadas hace muchos años en personas que recibían radioterapia contra el cáncer.

Se mencionan finalmente los factores psicológicos, ya que también es sabido que emociones sostenidas como la ansiedad, el miedo, la depresión y el estrés pueden influir poderosamente en nuestra salud y causar síntomas idénticos al Sida, quizás una de las razones de ello sea el aumento de cortisol, (hormona similar en sus efectos a la cortisona), que se produce en nuestro organismo en estas situaciones.

Pensemos, sin ir más lejos, en el efecto devastador que puede tener para la vida de una persona el simple hecho de que el doctor le diga a uno, “Verá, es usted seropositivo”, (y lo que después sigue, tratamientos oficiales incluidos). La razón de que los médicos apenas concedieran demasiada importancia a estas causas tiene sencilla respuesta si tenemos en cuenta que la primera causa indiscutible de IA, es decir, de Sida, es la desnutrición y en cuanto a las restantes, como se puede observar, muchas de ellas son casualmente tratamientos médicos.

En resumen, a la vista de todas estas causas que se han mencionado, podemos afirmar:

- 1 - Que estas causas, solas o combinadas, bastan por sí mismas para causar inmunodeficiencia, en muchos casos grave, es decir, causan Sida por sí mismas.
- 2 - Que si ahora descubriéramos una nueva causa que provoca IA, por ejemplo un virus, no por ello deberíamos olvidarnos de ellas, como ha sucedido desde que entró en escena el VIH, pues estas causas siempre serían factores agravantes que es preciso corregir.
- 3 - Que en todas las personas que tienen inmunodeficiencia grave, es decir Sida, es prácticamente imposible no encontrar alguna de estas causas -tratamientos oficiales del Sida incluidos- solas o combinadas.

¿Tiene cura el Sida, la IA?

En contra de la idea de que la IA o Sida es un problema originado por una única causa, un virus, que no tiene cura y que es algo que se contagia, los hechos y la experiencia demuestran que la IA, es decir el Sida, obedece a múltiples causas, corrigiendo las cuales se corrige el problema y, mientras no se demuestre lo contrario, no se transmite de unas personas a otras, o sea, no es contagioso, al igual que no lo es el cáncer ni la cirrosis etílica.

¿Cómo sabemos si una persona tiene IA, es decir, Sida?

Se manifiesta por el grado o frecuencia de las infecciones, si bien la existencia de estas no implica, en la mayoría de los casos, una merma en el sistema inmunológico como tal. Una forma sencilla de comprobar esto último, que no precisa de analíticas especiales, es la cifra total de glóbulos blancos, que figura en una simple analítica general. Los linfocitos T4 ó CD4, popularmente llamados “las defensas”, son tan sólo una pequeña fracción dentro de las células del sistema inmunológico y este tan sólo es una parte, aunque importante, de nuestras defensas.

Consecuentemente, lo de T4=defensas, como si fuera el depósito de la gasolina, suena un poco a estupidez, ya que sin negar el valor de los T4, está comprobado que su nivel muy bajo sólo tiene valor cuando coincide con una cifra alarmantemente baja del resto de los leucocitos. En todo caso conocemos muy poco aún sobre su papel como para atribuirle ese valor tan determinante como se hace hoy en día en el Sida.

¿Dónde y cómo nace el Sida?

Si entendemos el Sida como lo que es, es decir, como inmunodeficiencia adquirida, debemos saber que el Sida es casi tan antiguo como el hombre o, por lo menos, su principal causa, la desnutrición o el hambre, lo es. Lo que ocurre es que como nosotros no la padecemos, a veces nos olvidamos que existe.

Pero si entendemos el Sida como IA provocada por un virus eso es pura y simplemente un rumor” –muy sospechoso- que nace a principio de los 80 en los EE UU, siendo imposible que pudiera nacer en ningún otro lugar, puesto que

como veremos sólo allí se daban las especiales circunstancias que hicieron posible disparate tal.

No hay más que hacer memoria y recordar la década los 70 en los EE UU, es la época de los “hippies”, de las protestas contra la guerra de Vietnam, de la lucha por los derechos civiles de la minoría negra, de la llamada revolución sexual, el “haz el amor y no la guerra”, es también cuando irrumpe con fuerza el movimiento “gay”. En cierto modo esa época puede resumirse con la frase tópica “sexo, droga y rock and roll”.

Las estadísticas sanitarias de los EE UU reflejan muy bien que en esa década tiene lugar un aumento epidémico en el consumo de drogas y un incremento espectacular en las enfermedades de transmisión sexual, (e incremento, lógicamente de consumo de antibióticos), tanto en la población heterosexual como homosexual.⁸

¿Qué tiene de extraño que tras esa década aparezcan muchos casos de inmunodeficiencia, algunos muy graves, con la aparición de problemas que aunque no eran nuevos eran muy poco frecuentes? Este es el caso de la neumonía por “pneumocystis carini”, conocida desde 1911, y del “sarcoma de Kaposi” una especie de tumor de piel, conocido por los médicos desde 1872. Pero vayamos a los primeros casos documentados de la historia del Sida.

A fines de 1980, el **inmunólogo Michael Gottlieb** ve, en la Clínica Universitaria de Los Angeles, 5 casos de neumonía por “p. carini” en 5 jóvenes “gays”. En el primer informe oficial del CDC consta que “los 5 tenían un grave historial de enfermedades sexualmente transmisibles y los 5 inhalaban sustancias tóxicas” (es decir, “poppers”).

A principios de 1981 se detectan, también en “gays”, “sarcomas de Kaposi” , a pesar de que también había una clara relación entre el uso de “poppers” y este sarcoma – las correlaciones eran de hasta el 100% en los estudios iniciales del

⁸ En 1974, 5,4 millones de americanos consumieron cocaína en algún momento de su vida y en 1985 esa cifra era de 22,2 millones, por otra parte, el uso de **nitritos inhalables o “poppers”** comenzó en los años 60 y alcanzó proporciones epidémicas a mediados de los 70, unos años antes de que apareciera el Sida, (Duesberg, opus cit.). De 1971 a 1976, el nº de casos de blenorragia pasó de 624.371 a 1.011.014, (sólo los casos declarados) y de 1960 a 1980 los casos de sífilis aumentaron en un 300%. Sólo los gastos anuales, en los asilos y clínicas dedicados a tratar las complicaciones neurológicas de la sífilis, superaban los 50 millones de dólares (Dominique Lapierre, “Más grandes que el amor”, p. 56).

propio CDC- este, ya desde el primer momento, empieza a sugerir una causa infecciosa común⁹.

A finales de 1981 los astutos epidemiólogos del CDC realizan una gran encuesta epidemiológica, el famoso “**Protocolo 577**”, para determinar según ellos las causas de aquellas patologías. Las conclusiones de este estudio, una auténtica majadería, fueron que lo único relevante en los enfermos de Sida era el “elevado número de relaciones sexuales que tenían”, por lo que la causa “tenía que ser forzosamente infecciosa”¹⁰.

Para nada se hablaba del altísimo índice de enfermedades sexualmente transmisibles que tenían, que le es inseparable –de aquella no usaban condón- ni del elevado consumo de antibióticos para tratarlas, (antibióticos como las tetraciclinas eran consumidos por los “gays” en las “bath houses” incluso como preventivos). ¿Y qué hay del importantísimo consumo de “poppers”? Como que podían haberse ahorrado perfectamente la encuesta.

Es obligado aquí hacer un inciso para recordar que a estas alturas los agentes del CDC eran ya consumados expertos en intentar hacer pasar por epidemia infecciosa a todo cuanto problema echaban el guante, sin importar lo poco o nada infeccioso que este fuera, así habían hecho en los 60 con ciertos núcleos de leucemias y años más tarde con la enfermedad de Lyme. Que eran unos expertos en crear alarmismo y en manipular la información quedó demostrado con ocasión de la famosa “gripe porcina” en 1976, unos años antes del Sida. El CDC había alertado de que se avecinaba una gran epidemia de gripe, transmitida del cerdo al hombre, por lo que los americanos debían vacunarse. Ese mismo año estalló en Filadelfia un brote de neumonía que mató a 29 veteranos de la Legión Americana y el CDC anunció que la gripe porcina ya había estallado. Cuando se comprobó que la causa de las muertes de los legionarios era una vulgar bacteria, la legionella pneumofila, ya habían sido vacunados contra la gripe porcina 50 millones de

⁹ De hecho el Sida fue bautizado inicialmente por el CDC con el nombre de **G R I D**, (**I**mmunodeficiencia **R**elacionada con **G**ays).

¹⁰ Sacar como conclusión, a partir del elevado nº de relaciones sexuales, que algo es transmisible o contagioso, es lo mismo que atribuir los problemas de salud que tienen los deportistas que se dopan al ejercicio físico. El único requisito, imprescindible para poder hablar de problema transmisible o contagioso, es que hallemos en los enfermos un agente infeccioso común que cumpla ciertas condiciones.

americanos. La gripe nunca se presentó y cientos de personas quedaron paralizadas por las vacunas. El estado fue condenado a pagar más de 100 millones de dólares a las víctimas y el director del CDC fue despedido.

Volviendo al Sida, como consecuencia de la irresponsable labor de agitación del CDC, al sugerir una causa infecciosa sin tener prueba alguna, (aún faltaban más de dos años para que el científico **Robert Gallo** afirme en su famosa rueda de prensa haber descubierto el “virus del Sida”), el pánico empezó a cundir y en los hospitales, donde estos problemas ya eran conocidos como “la cólera de Dios”, (el castigo divino de los viciosos), nadie osaba acercarse y la comida se amontonaba a la entrada de las habitaciones de los enfermos, por miedo al “contagio”.

Llegó un momento en que los hospitales se negaron a aceptar a estos enfermos y hasta el obispo de Nueva York tuvo que intervenir para decir: “Aunque el pecado es condenable, no debemos abandonar al pecador”.

El CDC va a ir amasando estos problemas que aparecen en “gays” con otros problemas dispares, como los que aparecen en heroinómanos, o los de los hemofílicos o los que tenían las personas que recibían transfusiones, (incluso en los primeros momentos se metió dentro del saco del Sida a los haitianos), dando a todo este conglomerado de problemas la apariencia de una única epidemia infecciosa, causada por un único agente, “probablemente un virus”.

¿Qué tiene que ver Robert Gallo con todo esto?

Robert Gallo, investigador fracasado de los inexistentes virus del cáncer, con historial de “trepa” y corrupto, era un alto cargo en el Instituto Nacional del Cáncer, era un virólogo de los muchos que había en aquella época en ese importante centro. Durante muchos años la investigación del cáncer estuvo controlada por ellos, lo que explica su fracaso, pues no se investigó otra cosa que no fuera el papel de los virus en el cáncer. Al ser abandonada por fin esa inútil investigación de los virus en el cáncer, dejándonos como recuerdo la curiosa teoría de los “virus lentos”, Gallo siguió, empeñado en la búsqueda de virus donde fuera, viendo finalmente su oportunidad de oro con el Sida. Por aquel entonces, hacia 1983, **Luc Montagnier**, otro virólogo pero del Instituto Pasteur de París, cree haber descubierto un retrovirus en glóbulos blancos procedentes de nódulos linfáticos de un enfermo y lo publica en una revista. El

CDC declara inmediatamente que ese virus “probablemente sea la causa del Sida”.

Robert Gallo entonces, viendo que se le esfuma el negocio, actúa rápido. Le pide unas muestras de su “virus” a Montagnier que este le envía, convence a la ministra de salud americana y convocan la rueda de prensa donde anuncian al mundo que el virus del Sida ha sido descubierto, (por Gallo naturalmente). Pero ojo, no sin antes registrar, cosa de horas antes, la patente americana de un supuesto test de detección del virus.

Al mes siguiente Gallo publicó en la revista “Science” unas fotos de su “virus”, que no era otro que el supuesto virus de Montagnier, con lo que el pleito entre ambos estaba servido. El mito del VIH había nacido y el CDC va a ser quien marque las pautas y directrices a seguir, a nivel mundial, en todo lo referente a la “pandemia del Sida”.

¿Existe el virus?

La única forma que tiene la ciencia de demostrar su existencia, es el aislamiento y el aislamiento quiere decir, ni más ni menos, la identificación del virus en sangre fresca o tejidos sin cultivar de enfermos o portadores. Pues bien, esto no se ha producido hasta la fecha, es decir, no se ha visto jamás un VIH en la sangre fresca de ningún ser humano, de hecho, como llegó a admitir el **Dr. David Ho** en la Conferencia Internacional de Sida de Ginebra de 1998, ante las preguntas del periodista **Huw Christie**, y como antes se dijo, todavía hoy no disponemos de ninguna fotografía del virus al microscopio electrónico, pero tomada del único sitio que vale, que es la sangre fresca o tejidos sin cultivar de los enfermos o llamados portadores. Este simple hecho, comprensible por todo el mundo, echa por tierra sin remedio toda la teoría del VIH al completo.

Otra forma de decirlo es que las condiciones establecidas por la ciencia para el aislamiento de virus, incluidas las condiciones, más restringidas, para el aislamiento de retrovirus, no se cumplen, argumentos defendidos tanto por virólogos como el **Dr. Stefan Lanka**, retrovirólogos como el **Dr. Fidias León Sarmiento**, especialistas en microscopio electrónico como el **Dr. Etien De Harven**, o biofísicos como la **Dra Papadopulos**.

Por otro lado, el considerado como el “descubridor del virus”, el propio **Lluc Montagnier**, admitió en julio de 1997, en una entrevista para la televisión

realizada por **Djamel Tahi**¹¹, en el Instituto Pasteur de París, que no había purificado el virus o, lo que es lo mismo, que no lo había aislado. El aislamiento de un virus implica su purificación de material extraño, de otro modo, ¿Cómo íbamos a poder asegurar que tales o cuales proteínas, material genético, etc., son del virus?

El “santo” de **Lluc Montagnier**, a quien el sinvergüenza de Robert Gallo robó el supuesto retrovirus, (el “robo del diamante falso”, según Duesberg), resultó ser otro sinvergüenza que no hizo bien su trabajo y presentó como un nuevo retrovirus algo que no lo era y que no cumplía ni las condiciones establecidas para el aislamiento de virus, ni las condiciones para el aislamiento de retrovirus, establecidas estas últimas en 1972 precisamente en el Instituto Pasteur de París, el mismo centro donde Montagnier trabajaba.

Y quienes crean que, frente a unos pocos que defienden que el virus no existe, está la “gran mayoría de los científicos” que dicen que sí existe, ignoran lo sucedido hace años en el famoso **juicio “por la sangre contaminada” de Göttingen, Alemania (1995-97)**. En este juicio se pidió al tribunal que encontrara un solo científico, de los miles que acuden a los Congresos del Sida, que fuera capaz de comparecer para aportar pruebas y declarar, bajo juramento, que el VIH existía y causaba el Sida. ¡Nadie compareció!¹². La prensa, por supuesto, no dijo “ni pío”.

Así que el actual consenso mundial de los científicos acerca de que un virus, el VIH, es la causa del Sida, no es el producto de la existencia de pruebas sólidas que así lo demuestren, sino el resultado de la desinformación, la censura y el miedo a perder sus trabajos o subvenciones, que es bien distinto. Podrán decirnos que sí, que “el virus existe”, que “está aislado”, que los científicos “trabajan con él a diario”, que “conocen sus proteínas”, etc., etc., pero nosotros, que somos ignorantes, sólo sabemos que en un momento determinado el dinero hace maravillas y nos parece ya mucho pedirnos el que creamos, a la vista de todo este panorama que nadie, en su sano juicio, puede tomar en serio.

¿De dónde proceden entonces esas fotografías del “virus” que nos muestran?

¹¹ En esta entrevista, Montagnier dice textualmente: “*¡Le repito, (al VIH) no lo hemos purificado!*”. Rev. “Continuum”/ 1997/8, 5:30-34.

¹² El tribunal dictó sentencia absolutoria el 24-feb-97, tras serle imposible encontrar un solo científico que compareciera.

Si eso no es un virus, ¿Qué es entonces? Según estos científicos críticos “excomulgados de la Ciencia”, que por todo lo que llevamos visto nos merecen bastante más credibilidad, las partículas que nos muestran las fotos no proceden de la sangre fresca de los enfermos -el único sitio válido- sino que son el resultado de un sofisticado proceso de laboratorio, que consiste más o menos en lo siguiente:

- Se toman glóbulos blancos de nódulos linfáticos de un “portador” y se cultivan en laboratorio.
- A esos cultivos se les añade, o bien células leucémicas, (que es el método empleado por Gallo), o bien células de cordón umbilical, (método empleado por Montagnier).
- A este conglomerado de células se lo estimula debidamente con sustancias de tipo oxidante.

Es entonces ¡Oh maravilla! que se van a producir los “virus VIH”: una conjunto de partículas inestables, (al contrario que los virus, los cuales son siempre partículas estables, un virus tiene que serlo para poder salir de la célula, incluso del propio organismo, para infectar otra célula) y heterogéneas, de distinto tamaño y forma, (otra característica de los virus, que aquí no se cumple, es que las especies víricas son siempre homogéneas).

Parece ser que si en vez de un “portador”, es un “no portador”, el resultado es el mismo, es decir se producen también esos “virus VIH”, (después de todo, el llamado “test de VIH” o “test del Sida”, que es lo que decide si se es o no portador, como ya debemos suponer, es algo que carece de la más mínima validez científica).

Y esto es en resumen lo que nos venden por VIH, una sopa de partículas diversas, producidas por células anormales en circunstancias anormales y, según todo parece indicar, inofensivas, (se producen por millones y los glóbulos blancos de los cultivos siguen tan campantes), el hecho de que no tengan estabilidad, (para ser fotografiadas al microscopio electrónico requieren cortes ultrafinos y fijación química, al contrario que los virus, que se pueden ver directamente), confirma su exclusivo uso celular, (una vez cumplida su función, se destruyen).

Y, se debe repetir, estas partículas que se ven en laboratorio, nunca se han visto en ningún ser humano.

¿Qué pasa con el test de VIH?

Este test pretende detectar por métodos indirectos el virus en las personas, o sea, un test que pretende detectar en las personas algo que, como hemos visto antes, jamás hemos observado en ningún ser humano. Es como si pretendiéramos detectar con un test al “virus del cáncer” o al “virus de la locura” o... al mismo demonio.

No podemos detectar, con ningún tipo de test, algo que jamás se ha visto en ningún ser humano, pues la única forma que existe de validar el test, es decir de comprobar que es fiable, (y no digamos ya si es un test indirecto cual es el caso de todos los tests relacionados con el VIH), es con la propia detección del virus en la sangre fresca. Por lo que podemos asegurar que todos los tipos de test que se emplean para la detección del VIH, sean de antígenos, anticuerpos o de “carga viral”, carecen de validez científica, por lo que su uso no está justificado¹³.

Así que sabemos qué es lo que no detecta el test de VIH, que es precisamente el VIH, luego está mal llamarlo así, salvo que VIH signifique “Virus de la Imaginación Humana”, como bien dice el **Dr. Fidas León Sarmiento**.

Sabemos lo que no detecta y sabemos algo sobre lo que detecta, de entrada sabemos que detecta anticuerpos y algo más, puesto que existen más de 60 causas documentadas que tienden a dar positivos con los tests, mal llamados de VIH. Cuando se echa un vistazo por encima a esas causas: exposición a infecciones, (tuberculosis, malaria, hepatitis, herpes, gripe); vacunaciones, (gripe, tétanos), problemas autoinmunes, (artritis reumatoide, lupus, etc.), problemas crónicos de hígado, de riñón, aumentos de bilirrubina, de colesterol, etc.¹⁴, salta a la vista algo evidente y es que en general se dan aumentos de anticuerpos de todo tipo o de muchos tipos. Pero aún hay más.

¹³ Gallo patentó en 1984 un sistema para producir sus “virus VIH”, con fines de investigación o para los “tests del Sida”, mediante el cual millones de esas partículas son producidas en los laboratorios de todo el mundo en cultivos de linfocitos T, (los mismos a los que se supone que mata), los cuales viven indefinidamente sin ser afectados por esa ingente cantidad de supuestos virus, (Duesberg, opus cit.). El autor de la afirmación de que el VIH mata a los linfocitos T en la práctica “se está forrando” gracias al hecho de que suceda algo bien diferente.

¹⁴ Ver causas documentadas que tienden a dar positivo en los tests, (artículo de Christine Johnson en revista “Continuum”, vol. 4, nº 3).

Habitualmente, para hacer el test de VIH a las personas, se procede a diluir mucho su suero sanguíneo y se pone en contacto con las proteínas del test. Ahora bien, se ha observado que cuando se utiliza el suero sin diluir, el 100% de las personas damos positivo en este test¹⁵. ¿Qué significado tiene esto? Veamos.

Si el test da positivo en todo el mundo en esa circunstancia, eso significa que detecta algo que todos tenemos que, por lógica, no pueden ser anticuerpos contra el VIH, por lo que teniendo en cuenta la relación de causas anterior, debemos concluir que el “test de VIH” detecta anticuerpos de muchos tipos que todo el mundo tiene.

Ahora bien, si después de diluir el suero, sólo unas pocas personas dan positivo, ¿Qué debemos suponer? Sencillamente que esas personas, a las cuales el test da positivo, tienen lo mismo que tiene todo el mundo, es decir anticuerpos de todo tipo o de muchos tipos, pero en mayor cantidad.

Por otra parte, ¿Qué es lo que tienen en común todos los llamados “grupos de riesgo” o con “prácticas de riesgo” del Sida? ¿Qué es lo que tienen en común drogadictos intravenosos, receptores de transfusiones, hemofílicos, relaciones anales -sobre todo sexo anal receptivo- bebés de madres toxicómanas, etc.? Acaso estas situaciones, como consecuencia de estímulos tóxicos, infecciosos, incorporación de proteínas extrañas a la sangre, etc. ¿No es lógico que conlleven aumentos de anticuerpos en sangre? ¿Tiene algo de extraño entonces que el test de VIH tienda a dar más resultados positivos en estas personas de “grupos o prácticas de riesgo” del Sida?

En definitiva, el mal llamado test de VIH, o prueba del Sida, es un simple indicador de estrés inmune, algo que indica, cuando da positivo en las personas, que sus sistemas inmunes han sido estimulados o estresados por circunstancias de muy diversa índole, lo que origina aumentos en los niveles de anticuerpos, algo que ocurre con frecuencia y de modo normal a lo largo de la vida de las personas,

¹⁵ Esta comprobación fue realizada, según el **Dr. Giraldo, actual Presidente del “Grupo Para la Reevaluación de la Hipótesis VIH-Sida”**, con el test ELISA, y sus resultados pueden extrapolarse perfectamente al Western Blot, dado que constan de las mismas proteínas antigénicas, con la diferencia de que en el WB están separadas en bandas y en el ELISA están todas juntas. Y aunque el WB en España se considera más fiable que el ELISA, su sensibilidad es equivalente, de hecho en el Reino Unido el WB está prohibido y sólo se usa el ELISA, aunque con un dintel más alto. Así, en el Reino Unido, con una población mucho mayor que la española, (y consecuentemente una población de riesgo mucho mayor), existen muchos menos seropositivos que en España.

por ejemplo tras vacunaciones, tras gripes, con la misma edad, etc. y en otras situaciones, (problemas crónicos de hígado, de riñón, problemas autoinmunes, etc.). Cabiendo esperar un mayor aumento en los niveles de anticuerpos tras una estimulación inmune más intensa (“grupos o prácticas de riesgo”). Que algunas de estas personas tengan además inmunodeficiencia no implica que vayan a tenerla necesariamente por el hecho de tener mayores niveles de anticuerpos, que causan los resultados positivos del test.

Si ahora tomáramos a 100 monjas de clausura mayores de 75 años y les hiciéramos el test de VIH, es muy probable que quedáramos bastante sorprendidos de la cantidad de resultados positivos y esta circunstancia no implicaría precisamente que hubieran incumplido su voto de castidad. El test de VIH, dada su nula validez científica y su enorme toxicidad psicológica para las personas, debe ser abolido cuanto antes. Como una medida precautoria, en tanto que un resultado positivo del test puede correlacionar con un estrés tóxico, infeccioso o con ciertos disturbios inmunológicos, podría rechazarse para las transfusiones la sangre positiva al test, pero no usar este test como diagnóstico de infección por VIH, como en su día señaló el biólogo molecular **Harvey Byaly**.

Otras aspectos, como la falacia de la “carga viral” o supuesta cantidad de virus que tienen las personas, el mito del Sida en Africa, o que aquellos a quienes se ha etiquetado de “seropositivos” se morirán de Sida si no toman los fármacos antivirales, etc. son algunas facetas más del mismo fiasco, cuya finalidad, nos tememos, es infundir miedo, (con seguridad el peor virus y el más contagioso), muy útil para que las personas consuman unos fármacos tóxicos que de otro modo no tomarían, muy conveniente para alimentar un negocio inmoral.

Galicia, enero 2005.

Manuel Garrido Sotelo.

Médico, miembro del “Grupo Internacional Para la Reevaluación de la Hipótesis VIH-Sida

Miembro fundador de la Red Internacional de Orientación y Apoyo Mutuo Superando el Sida

www.superandoelsida.ning.com

e-mail: superandoelsida@gmail.com

“Supervivientes de Sida de larga duración”, una referencia importante

Por Manuel Garrido. 19-12-09

Introducción

Usamos la palabra “supervivientes” a falta de una expresión mejor para referirnos a las personas que llevan muchos años vivas y sanas después de haber tenido alguna enfermedad incluida en la lista de enfermedades que atribuyen al virus VIH.

Pero es preciso advertir que la misma palabra “superviviente” es muy engañosa, porque lleva en sí la idea de que superar el Sida es algo que sólo consiguen unas cuantas personas, muy pocas, cuando la realidad nos muestra que si bien las personas que llevan por ejemplo 24 ó más años, (que las hay desde luego), pudieran ser pocas, todo parece indicar que el número de personas que, o bien se mantienen vivas y sanas después de haber pasado cinco años o más tras pasar por alguna de estas enfermedades, o bien se mantienen un mínimo de 15-20 años vivas y sin mayores problemas de salud, sin tomar fármacos, no sólo son muchísimas sino que es posible que incluso sean la mayoría, o en todo caso más de la mitad del total de las personas que se etiquetan como "seropositivas".

Los médicos no suelen hablar de estas personas, porque no suelen ser personas que vayan mucho al médico o al hospital, entre otras razones.

El estudio de Michael Callen

Hacia el año 1990, el “enfermo de Sida” Michael Callen, él mismo superviviente de más de 5 años de Sida, realizó un interesantísimo estudio en “supervivientes de Sida de larga duración”, es decir, personas que sobrevivían 5 años o más después de haber sido diagnosticados como enfermos de Sida. Las conclusiones de este estudio fueron publicadas en el libro “Surviving AIDS” (Harper Collins, 1990, N. York).

El estudio tiene un indudable valor, pues no estamos hablando de personas a las que simplemente el test dio positivo, sino de personas que habían sobrevivido

como mínimo 5 años tras haber tenido cualquiera de las enfermedades definitivas de Sida. ¿Qué mejor referencia, a la hora de extraer unas pautas que nos orienten, que el ejemplo de los que sobreviven más tiempo después de pasar por situaciones de lo más crítico?

Michael Callen entrevistó de modo intensivo a 48 supervivientes de Sida, como él, de más de 5 años, preguntándoles por un lado a qué atribuían ellos el hecho de mantenerse vivos y por otro lado indagando acerca de una serie de aspectos que a él le parecían importantes, consumo de fármacos o de drogas, alimentación, relaciones afectivas, familiares, relación con sus médicos e incluso aspectos espirituales.

Michael Callen no es evidentemente un médico, su libro tampoco es un estudio “científico”, pero sus conclusiones tienen un enorme valor, máxime cuando coinciden a grandes rasgos con ciertos datos epidemiológicos, hechos médicos contrastados e incluso con las conclusiones de algunos estudios científicos. Personalmente he de decir que el estudio de Callen fue para mí algo fundamental a la hora de elaborar unas pautas para aconsejar a las personas.

Se intenta aquí recoger, de un modo práctico, el espíritu de esas conclusiones, con una finalidad por así decirlo informativa o educativa, tanto para las personas consideradas erróneamente como “portadoras” como para sus familias.

Rasgos más destacados de los supervivientes a largo plazo.

Como dice Michael Callen “cada persona con Sida es única, diferente, probablemente llega a esta situación de una forma distinta, cada persona es bioquímica, biológica y genéticamente única, por eso no espero que una aproximación sirva para todas las personas con Sida, pero las pautas que encuentro me parecen en verdad sugerentes y os las comunicaré”.

Existe una “personalidad o perfil del superviviente”, según Callen, con una serie de rasgos comunes, aunque para cada uno de estos rasgos existan excepciones. Hagamos un recorrido por estos rasgos:

1) Si se tuviera que resumir con una sola palabra la característica común de estos “supervivientes”, esta sería **“coraje”**. ¿Nos dice esto algo nuevo? No, como todos sabemos el coraje, llámesele valor, valentía, determinación, amor por la vida, etc., es prácticamente el rasgo común en los supervivientes de cualquier situación

imaginable, desde los naufragos a los supervivientes de los campos de concentración. El coraje implica una actitud positiva de esperanza, de apuesta por la vida, de creencia firme en que si bien sabemos que hemos de morir inevitablemente un día, la supervivencia a largo plazo es posible, en abierta oposición con las actitudes fatalistas, de resignación, de asumir la muerte como un hecho inevitable a corto plazo.

2) Prácticamente todos los supervivientes a largo plazo mencionaron la frase “**cambios importantes en el estilo de vida**”. Lo que esto quiere decir está bastante claro e implica empezar a ver, de un modo realista, el papel que uno mismo puede haber jugado en el origen de los problemas de salud que uno tiene y consecuentemente el papel que uno puede jugar en su solución. Pero especifiquemos más eso “cambios en el estilo de vida”:

- a) La mayoría **dejaron las drogas**, sobre todo aquellas llamadas “duras” o que crean fuerte adicción, aunque algunos no lo hicieran completamente. Es sabido por otro lado que drogas como la heroína, cocaína, abuso de alcohol y consumo de “poppers” son drogas que socavan la inmunidad.

- b) Entre los cambios en el estilo de vida, muchos supervivientes se interesaron también por los aspectos dietéticos, llevando a cabo **cambios importantes en su alimentación**. Hay que decir que, según el estudio, si bien estos cambios fueron importantes, en la mayoría de los entrevistados no fueron cambios demasiado radicales.

3) En el terreno de las relaciones humanas y afectivas, todos mencionan la **necesidad de rodearse de personas que apoyen tu esperanza en la supervivencia**, cortando si es preciso con aquellas personas que no te apoyan. Es muy interesante el hecho de que la mitad más o menos de los entrevistados **mantuvieran relaciones amorosas**, atribuyendo en parte su supervivencia al apoyo de sus parejas. En todo caso, las personas con Sida que no mantenían relaciones estaban dispuestas a tenerlas, de hecho las buscaban. Dada la importancia de la sexualidad en el ser humano, sobre todo en los más jóvenes, sobran comentarios. Otro detalle significativo que todos mencionan es que el hecho de **conocer a otro superviviente prolongado** resultó esencial para afianzar su confianza. Si nos paramos a pensarlo esto no tiene nada de misterio, no es lo mismo que te propongas hacer algo que nadie ha hecho, que hacer algo que otros

ya hicieron antes, es por esta razón que los supervivientes prolongados calificaron como muy importante el conocimiento de la existencia de otros supervivientes. Esto último no es fácil a veces, visto el anonimato con que las personas llevan el estatus VIH, nadie gana nada, salvo problemas, diciéndolo.

4) Otro punto interesante es que casi todos **se habían interesado por otro tipo de medicinas alternativas**, sin dejar de lado la medicina convencional. Es preciso decir que jamás se debería poner ninguna objeción a que las personas hagan aquello que les hace sentirse mejor, tanto si se considera “científico” como si no, después de todo las terapias llamadas alternativas son inocuas, es decir, no entrañan efectos adversos.

5) Decir también que la mayoría mantenía buena relación con su médico, siendo en general personas informadas, que no hacían las cosas sólo porque se lo decían, es decir, querían saber el porqué y en todos los casos **querían conocer las opciones de que disponían**, así como los inconvenientes y los efectos colaterales.

6) La mayoría eran personas **implicadas** en la lucha política para acabar con el Sida, es decir, que no se encerraban en su vida y si bien algunas personas pensamos que el mejor activismo es mantenerse sano, nadie duda de la utilidad de implicarse en la búsqueda de soluciones a los problemas, siempre que esa actividad se realice de modo responsable, sin descuidar la propia salud.

7) Michael Callen, ferviente opositor al AZT, como cualquiera que tenga dos dedos de frente y sepa un mínimo sobre esta droga, el fármaco más usado en aquellos tiempos como monoterapia o único fármaco, no esperaba encontrar una oposición semejante en los supervivientes prolongados, pero sucedió. **De los 48 supervivientes, sólo cuatro habían tomado AZT alguna vez.** En lo tocante a los nuevos fármacos que iban apareciendo, la mayoría mantenían una actitud de esperar y ver. Con los nuevos fármacos el panorama ha cambiado, aunque no demasiado.

8) El resultado más sorprendente para Callen fue un claro **resurgimiento de la espiritualidad**, con la excepción de dos casos, bien con una vuelta a la religión de su infancia en la mitad de los casos, aunque no fuese de un modo fundamentalista, o bien intentando encontrar un sentido a la vida y al sufrimiento. En todo caso estas creencias o actitudes les proporcionaban mucha tranquilidad.

Enfermedades ocasionadas por la medicación para el "VIH"

Por Manu. 6-7-2010

Zidovudina se ha asociado a **toxicidad hematológica** incluyendo **neutropenia**, **anemia ematológica**...El uso prolongado se ha asociado con **miopática sintomática**... La **acidosis láctica** y **hepatomegalia** severa con **esteatosis**, incluyendo casos mortales, han sido reportados con el uso de **análogos de nucleósidos**... Suspender el tratamiento si los hallazgos clínicos o de laboratorio son sugestivos de acidosis láctica o **hepatotoxicidad** pronunciada...

Eso no suena tan mal, pero... mmmh ¿qué significa de forma sencilla?

La Zidovudina (y otros medicamentos contra el SIDA) provocan graves alteraciones en el hígado, el riñón , así como enfermedades inmunes. Las personas sanas o enfermas que toman medicamentos contra el VIH eventualmente mueren de cáncer o enferman del síndrome de inmunodeficiencia al que se culpa.

Esta impactante guía(en inglés) es una importante fuente de documentación sobre los "medicamentos" contra el VIH/SIDA y sus efectos secundarios. Con enlaces directos de las empresas que los fabrican. Si estas tomando medicamentos contra el VIH haz clic en el enlace y confirma por ti mismo las enfermedades que la medicación recetada para el VIH/SIDA ocasiona.

<http://www.omsj.org/drugs/matrix.htm>

Todos los medicamentos contra el VIH que se enumeran provocan enfermedades mortales y / o adicción al tratamiento. Con el tiempo, estas enfermedades comprometen la función del sistema inmune y provocan los mismos síntomas que los médicos utilizan para diagnosticar la aparición del SIDA. (haz clic sobre la medicación que estés tomando y amplia tu información..).

Fuente: [OMSJ](#)

"El test de VIH", ¿cómo interpretar un resultado positivo del test de VIH si has resultado positivo?

por Manuel Garrido. 23-12-09

1- ¿Están los llamados “seropositivos” infectados por un virus, el llamado virus VIH?

Un “seropositivo” es una persona que se cree que está infectada por el virus llamado VIH, razón por la cual también se usa palabra “infectado”, “portador”, etc. Lo que determina esta condición es el resultado positivo en el mal llamado “test de VIH”, decimos mal llamado por las razones que veréis.

Es sabido que se puede detectar prácticamente cualquier agente infeccioso, sea bacteria, hongo o virus, en la sangre de las personas, todo ello con distintos tipos de tests, siempre que ese agente que queremos detectar lo hayamos visto antes en la sangre o tejidos de los enfermos. El haber visto antes el agente infeccioso, en este caso el virus VIH, en el organismo de los enfermos, es fundamental además para poder acusarlo de la enfermedad, en este caso el Sida, de otro modo, ¿Cómo íbamos a poder hablar de un virus que causa el Sida y se transmite “por sangre”, si resulta que no hemos visto ese virus en la sangre de ningún enfermo de Sida?

Y ahora viene lo más extraño, no se ha visto hasta la fecha eso que se llama VIH en la sangre de ningún ser humano, con o sin Sida. Y si no lo hemos visto, ni tenemos ninguna evidencia de su presencia, ¿Cómo podemos atribuirle el ser la causa de enfermedad alguna? ¿Cómo podemos afirmar siquiera que ese virus existe realmente y no es algo imaginario? Pues bien, al contrario de lo que sucede con todos los virus conocidos, sobre los cuales tenemos pruebas directas de su existencia, como por ejemplo una simple fotografía al microscopio electrónico, por lo que respecta al virus VIH hasta la fecha no se dispone de ninguna prueba en forma de fotografía al microscopio electrónico de él, tomada de la sangre, o tejidos sin cultivar, de los enfermos o “portadores”.

Este hecho indiscutible echa por tierra sin remedio toda la versión oficial del VIH y el Sida al completo.

Por lo que se ve, todos habíamos creído hasta ahora en el virus VIH como un virus:

- - Que puede estar muchos años “latente”, es decir dormido, desde que infecta a la persona hasta que produce la enfermedad. En realidad el llamado “período de latencia del virus”, o tiempo que transcurre desde que el virus infecta a una persona hasta que desarrolla la enfermedad, ha sido aumentado periódicamente con los años, conforme los defensores del VIH iban viendo que los supuestos infectados no se morían en el plazo profetizado.

- - Que puede causar la enfermedad por medios ocultos, desconocidos, (las “expertos” en el VIH aún no se han puesto de acuerdo en cómo el virus destruiría las células del sistema inmune, entre las teorías que han barajado están algunas curiosas, que el virus provocaría el suicidio celular, que actuaría como el jefe de una banda de matones que ordenaría a sus matones, los linfocitos X...).

- - Que puede “mutar” de forma asombrosa, mera excusa para justificar la dificultad de una imposible vacuna, que recuerda la famosa búsqueda de la, también imposible, “vacuna del cáncer”, allá por los años setenta del pasado siglo.

Pero visto ahora en retrospectiva, ¿No parecían ya un poco raras para un virus todas estas cualidades? ¿No eran como un poco sospechosas? ¿No sería ya el colmo que ahora fuéramos a creer también que el VIH tiene la capacidad de volverse invisible a voluntad o de producir la enfermedad por control remoto?

En resumen, si para algo no sirve el llamado test de VIH, es precisamente para detectar el virus VIH, al no haberse visto jamás ese virus en ningún ser humano, pretender detectarlo con un test es igual de absurdo que pretender detectar con un test al diablo.

No deberíamos hablar por tanto ni de test de VIH, ni de seropositivos, ni de portadores, ni de infectados, sino en todo caso de supuesto...test de VIH, supuestos portadores, supuestos seropositivos o supuestos infectados.

2- ¿Qué dicen las compañías que fabrican y venden los “tests de VIH”?

Las propias compañías farmacéuticas que fabrican y venden los llamados tests de VIH hacen referencia, en los folletos de instrucciones de los tests, al hecho de que al VIH no se le encuentra, ni se le ve, en la sangre de las personas. ¿Cómo es que lo dicen? Dado que sería perjudicial para ellas decir claramente “no se ve el virus VIH en la sangre de las personas”, porque además de ser escandaloso los

tests no se venderían, la solución es decirlo, pero de forma disimulada, de ese modo, además de no verse perjudicada la venta de los tests, siempre pueden alegar, llegado el momento de las demandas, que ya lo habían advertido.

Recordemos que los principales tests que se utilizan para detectar la supuesta infección por VIH son el test llamado test ELISA y el test llamado Western Blot, uno llamado test de exploración, (test ELISA), y el otro, (el Western Blot), test de confirmación. Ambos tests son indirectos, es decir, no detectan virus sino algo relacionado con ellos, en este caso anticuerpos, que son proteínas que nuestro organismo fabrica contra ellos.

Aunque no detecten virus, los tests de anticuerpos usados habitualmente, en la práctica es como si los detectasen, es decir, si dan positivo a la persona se la considera infectada o que ha tenido contacto con el virus, o al menos eso es lo que sucede normalmente con ese tipo de tests, esto es así porque se les considera fiables. Un ejemplo de test de este tipo, que está considerado fiable, es el test de anticuerpos que se usa para detectar al virus de la hepatitis B y se considera fiable porque el resultado positivo del test de ha podido ser comprobado con la visualización del virus de la hepatitis B en los tejidos de los enfermos de hepatitis.

Pero en el caso del VIH este esquema se viene abajo desde el momento en que no se ha podido ver el VIH en la sangre de ningún ser humano, por lo que no hemos podido validar los tests, (por si ya no resultara poco absurdo el hecho de intentar detectar con un test algo que jamás ha sido visto en nadie). La única forma de comprobar la fiabilidad de todos los tests virales indirectos, sean tests que detectan anticuerpos, (como es el caso del ELISA y del W. Blot), o antígenos, (proteínas del virus), o secuencias genéticas del virus, (como por ejemplo, los tests llamados de carga viral), es comprobar, antes de usarlos en la población, que en las personas que dan positivo en el test, el virus está. Por lo tanto, para que los tests de VIH tuvieran validez, tenía que haberse comprobado que en las personas que dan positivo se encuentra el virus en su sangre, cosa imposible porque como hemos dicho nunca se ha visto el VIH en nadie. Es decir, el estándar o referencia que sirve para verificar la fiabilidad de todos los tests virales indirectos es la visualización del propio virus.

De ahí que cuando la compañía Abbot, (uno de los fabricantes del test ELISA), dice en los prospectos de instrucciones del test, como se aprecia más adelante, que “no existe estándar reconocido para establecer la presencia de anticuerpos anti VIH”, está reconociendo que no se ha comprobado que, en las personas que dan

positivo en sus tests, el virus está, o lo que es lo mismo, está reconociendo la total invalidez de ese test para detectar al VIH, (si la referencia o estándar es el propio virus, decir que no hay estándar es lo mismo que decir que no hay virus con qué comparar). Pero además, como este estándar o referencia es el mismo para todos los tests virales indirectos, (sean de anticuerpos, de antígenos, o de carga viral), la invalidez del test Elisa podemos hacerla extensible al resto de los tests indirectos relacionados con el VIH, como es el caso del W. Blot, que es también un test indirecto que pretende detectar anticuerpos, o los mismos tests de carga viral, que pretenden detectar material genético del virus. Ninguno de estos tests tiene, por tanto, validez, es por ello que las compañías que los fabrican advierten, de una u otra forma, de que no deben ser usados para diagnosticar infección por VIH, como se aprecia a continuación.

HIV TEST KIT DISCLAIMERS / ADVERTENCIAS EN LOS TEST DE VIH

Test ELISA

"At present there is no recognized standard for establishing the presence or absence of HIV-1 antibody in human blood." (Abbott Laboratories, ELISA HIV Antibody Test Insert, section "Sensitivity and Specificity")

“A día de hoy, no hay un estándar reconocido para establecer la presencia o ausencia de anticuerpos de HIV-1 en sangre humana”.

"EIA testing cannot be used to diagnose AIDS... The risk of an asymptomatic person with a repeatedly reactive serum developing AIDS or an AIDS-related condition is not known." (Abbott Laboratories, ELISA HIV Antibody Test Insert, section "Limitations of the Procedure").

“El test EIA no puede ser usado para diagnosticar SIDA... El riesgo de que una persona asintomática con un suero reactivo repetidamente contraiga SIDA o una condición relacionada con el SIDA, es desconocido”

"Clinical studies continue to clarify and refine the interpretation and medical significance of the presence of antibodies to HIV-1." (Abbott Laboratories, ELISA HIV Antibody Test Insert, section "Limitations of the Procedure")

“Estudios clínicos continúan clarificando y afinando la interpretación y el significado médico de la presencia de anticuerpos del HIV-1”

Test Western Blot

"Do not use this kit as the sole basis of diagnosis of HIV-1 infection." (Eptope, Inc., Western Blot HIV Antibody Test Insert, section "Limitations of the Procedure")

“No use este kit como la única base para el diagnóstico de infección por HIV-1”

"The clinical implications of antibodies to HIV-1 in an asymptomatic person are not known." (Calypte, Cambridge Biotech HIV-1 Western Blot Kit, section "Limitations of the Serum and Plasma Procedure”).

“Las implicaciones clínicas de los anticuerpos del HIV-1 en personas asintomáticas son desconocidas”

Test PCR "Viral Load" (Carga Viral)

"The AMPLICOR HIV-1 MONITOR test, is not intended to be used as a screening test for HIV or as a diagnostic test to confirm the presence of HIV infection." (Roche, Amplicor HIV-1 Monitor Test Kit, section "Intended Use")

“El test del MONITOR DE AMPLIFICADOR DEL HIV-1, no tiene la intención de que sea usado como test para visualizar el HIV o como un test de diagnóstico para confirmar la presencia de infección por HIV”.

3- ¿Qué detecta entonces el test si no detecta el VIH?

Por si lo todo lo anterior no bastara, se sabe que existen al menos cerca de 70 situaciones o circunstancias que pueden provocar reacciones positivas con estos mal llamados tests de VIH, (ver la relación completa, que aporta Christine Jonson, al final del capítulo), veamos algunas de ellas:

- Administración de gammaglobulinas como prevención, por ejemplo la gamma del tétanos.
- Vacuna del tétanos.

- Vacuna contra la hepatitis B.
- Vacuna antigripal.
- Tuberculosis.
- Malaria.
- Gripe.
- Hepatitis.
- Herpes I.
- Herpes II.
- Infecciones de las vías aéreas superiores.
- Infecciones víricas recientes.
- Embarazos repetidos.
- Cánceres.
- Múltiples transfusiones de sangre.
- Enfermedad hepática alcohólica.
- Artritis reumatoide.
- Lupus eritematoso sistémico.
- Personas con problemas de coagulación, (hemofílicos por ejemplo).
- Personas con bilirrubina alta.
- Personas con aumento de grasas en la sangre, (colesterol por ejemplo).
- Personas que han sufrido trasplantes de órganos.

Y así hasta cerca de 70 causas.

¿Qué conclusión podemos extraer de esto? Pues que además de no servir para detectar el virus VIH, parece que las causas que pueden hacer que una persona dé positivo en el mal llamado test de VIH son muchas y variadas, unas tienen que ver con haber sufrido determinadas infecciones, otras con vacunaciones, algunas tienen que ver con problemas serios de salud, otras no tienen nada de patológico, (haber tenido varios embarazos, o una gripe, o haber sido vacunado de ella). Lo único que vemos de común en esas causas es que en general son situaciones en las que cabe esperar aumentos en los niveles de distintos tipos de anticuerpos, (en otras situaciones ni siquiera eso), pero no podemos sacar mucho en conclusión acerca del tipo de anticuerpos pues los hay de todo tipo.

4- Causas documentadas que causan resultados positivos en los tests de VIH

Introducción

En este artículo, la periodista de investigación Christine Johnson aporta una relación de esas casi 70 causas, documentadas en la literatura científica, que pueden producir resultados positivos en el –mal llamado- test de VIH. Nótese que la autora se refiere a estos resultados positivos como “falsos positivos” y se debe aclarar que lo de “falsos” resulta engañoso, pues da a entender que existen positivos “verdaderos”, cuando la realidad es más simple, puesto que el mal llamado test de VIH no puede detectar jamás al VIH ya que este virus nunca ha sido visto, todos los resultados positivos del test son falsos. Sin embargo, como consecuencia de toda la propaganda vertida en los medios durante 25 años, las personas, cuando el mal llamado test de VIH les da positivo, piensan ya inmediatamente que están infectadas por el virus VIH y ellas mismas se encuadran dentro de un “grupo de riesgo” o con “prácticas de riesgo”, (homosexuales, toxicómanos vía intravenosa, heterosexuales, receptores de transfusiones, etc.), todo ello según la vía por la que ellos suponen que han sido “infectados”. Lo que menos se imaginan las personas que resultan positivas en el test de VIH es que si por algo no están infectados es por el virus VIH y que el resultado positivo puede estar provocado por cualquiera de estas casi 70 causas conocidas, o por otras no conocidas.

Artículo de Christine Johnson: Causas documentadas que producen falsos positivos en el test de VIH

Abundantes publicaciones científicas explican que hay más de 70 diferentes condiciones documentadas que pueden causar que el test de anticuerpos reaccione positivamente sin infección por VIH. (Johnson 1993, 1995, 1996a,b; Hodgkinson 1996; Turner 1996, 1997/8; Shenton 1998; Papadopulos-Eleopulos et al 1993; Giraldo 1997d, 2000a; Giraldo et al 1999).

Alguna de las condiciones que causan falsos positivos del así llamado “test del SIDA” son: infección presente o pasada con una variedad de bacterias, parásitos, virus y hongos, incluyendo tuberculosis, malaria, leishmaniasis, influenza,

resfriado común, lepra y un historial de enfermedades de transmisión sexual; la presencia de anticuerpos poliespecíficos, hipergammaglobulinemias, la presencia de auto-anticuerpos contra una variedad de células y tejidos, vacunas, y la administración de gammaglobulinas o inmunoglobulinas; la presencia de enfermedades auto-inmunes como: lupus sistémico eritematoso, esclerodermia, dermatomyositis y artritis reumatoide; la existencia de embarazo y múltiparas; historia de inseminación rectal; adicción a drogas recreacionales; diversas enfermedades del riñón, fracaso renal y hemodiálisis; historia de trasplante de órganos; presencia de una variedad de tumores y quimioterapia contra el cáncer; muchas enfermedades hepáticas incluida la enfermedad del hígado alcohólico; hemofilia, transfusiones de sangre y administración de factor de coagulación; e incluso la simple condición del envejecimiento y algunas vacunas, por mencionar las más importantes (Johnson 1993, 1995, 1996a,b; Hodgkinson 1996; Turner 1996, 1997(8; Sentón 1998; Papadopulos-Eleopulos et al 1993; Giraldo 1997d, 2000a).

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

- Presencia natural de anticuerpos poliespecíficos (Barbacid et al 1989; Healey & Bolton 1993).
- Anticuerpos a anti-carbohidratos (Zinder & Fleissner 1989; Healey & Bolton 1993; CORDES & Ryan 1995).
- Anticuerpos con alta afinidad por el poliestireno usado en los envases de los tests (Arnold et al 1994; Pearlman & Ballar 1994; Yoshida et al 1987).
- Anticuerpos HLA a leucocitos antígenos clase I y II (Blanton et al 1987; Bylund 1992; CORDES & Ryan 1995; Profitt & Yen-Lieberman 1993; Sayers et al 1986; Schlepner 1990; Schochetman & George 1992; Steckelberg & Cockerill 1988; Yu et al 1989).
- Inmunización pasiva (recepción de gammaglobulinas o inmuno-globulinas como profilaxis contra infección) (Ascher & Roberts 1993; CORDES & Ryan 1995; Gill et al 1991; Jackson et al 1988; Lai-Goldman et al 1987; Isaacman 1989; M Profitt & Yen-Lieberman 1993; Piszkiwicz 1987; Yale et al 1994).
- Administración de preparados de inmunoglobulina humana (Bylund et al 1992).
- Hipergammaglobulinemia (alto nivel de anticuerpos) (More et al 1986; Peterman et al 1986).

- Globulinas producidas durante gammapatías policlonales, muy común en grupos con riesgo de SIDA (Bylund et al 1992; Cordes & Ryan 1995; Schleupner 1990).
- Anticuerpos anti-linfocitos (Mathe 1992; Ujehelyi et al 1989).
- Anticuerpos anti-colágeno (encontrados en hombres gay, hemofílicos, Africanos de ambos sexos y gente con lepra) (Mathe 1992).
- Múltiples transfusiones de sangre (Cordes & Ryan 1995; Ng 1991; Peterman et al 1986; Proffit & Yen-Lieberman 1993; Schochetman & George 1992; Yu et al 1989; Sayre 1996).
- Individuos con defectos de coagulación (Bylund et al 1992; Schochetman & George 1992).
- Vacuna de la hepatitis B (Jackson et al 1988; Lee et al 1992; Pearlman & Ballas 1994; Proffit & Yen-Lieberman 1993).
- Vacuna antitetánica (Pearlman & Ballas 1994).
- Falsos positivos en otros tests serológicos, incluyendo RPR para sífilis (Bylund et al 1992; Fleming et al 1987; Moore et al 1986; Schleupner 1990; Schochetman & George 1992).
- Individuos sanos como resultado de malinterpretación de reacciones cruzadas (Bylund et al 1992).
- Anticuerpos IgM anti-hepatitis A (Schleupner 1990).
- Altos niveles de circulación de complejos inmunes (Biggar et al 1985; Moore et al 1986).
- Presencia de ribonucleoproteínas normales en humanos (Cordes & Ryan 1995; Schleupner 1990).
- Malaria (Biggar et al 1985; Charmot & Simon 1990).
- Leishmaniasis Visceral (Ribiero et al 1994).
- Tuberculosis (Kashala et al 1994).
- Micobacteria avium (Kashala et al 1994).
- Enfermedades autoinmunes: lupus sistémico eritematoso, escleroderma, enfermedad del tejido conjuntivo, dermatomiositis (Bylund et al 1992; Leo-Amador et al 1990; Pearlman & Ballas 1994; Proffit & Yen-Lieberman 1993; Ranki et al 1992; Schochetman & George 1992).
- Lupus Sistémico eritematoso (Esteva et al 1992; Jindal et al 1993).
- Artritis reumatoide (Ng 1991).
- Seropositivo por factor reumatoide, anticuerpos antinucleares, y otros autoanticuerpos (Kock et al 1988; Steckelberg & Cockerill 1988; Yoshida et al 1987).
- Anticuerpos anti-músculos lisos (Schleupner 1990).
- Anticuerpos anti-mitocondriales (Cordes & Ryan 1995; Schleupner 1990).
- Anticuerpos anti-microsomal (Mortimer et al 1985).
- Otros anticuerpos antinucleares (Cordes & Ryan 1995; Schleupner 1990).

- Anticuerpos anti-antígenos de células T (Cordes & Ryan 1995; Schlepner 1990).
- Fracaso renal (Cordes & Ryan 1995; Jindal et al 1993; Schlepner 1990).
- Hemodiálisis (Bylund et al 1992; Fassbinder et al 1986; Peterman et al 1986; Schochetman & George 1992; Ujhelyi et al 1989).
- Terapia de interferón alfa en pacientes de hemodiálisis (Sungar et al 1994).
- Trasplante renal (Burkhardt et al 1987; Cordes & Ryan 1995; Neale et al 1985; Schlepner 1990; Ujhelyi et al 1989).
- Trasplante de órganos (Agbalika et al 1992; Ng 1991).
- Infección de las vías respiratorias superiores (resfriado o gripe)(Challakere & Rapaport 1993).
- Infecciones víricas agudas, infecciones víricas del ADN (Cordes & Ryan 1995; Pearlman & Ballas 1994, Profitt & Yen-Lieberman 1993; Schlepner 1990; Steckelberg & Cockerill 1988; Voevodin 1992).
- Gripe (Ng 1991).
- Vacunación de la gripe (Arnold et al 1994; Challakere & Rapaport 1993; Cordes & Ryan 1995; Hsia 1993; MacKenzie et al 1992; Profitt & Yen-Lieberman 1993; Simonsen et al 1995).
- Herpes simple I (Langedijk et al 1992).
- Herpes simple II (Challakere & Rapaport 1993).
- Virus de Epstein-Barr (Ozanne & Fauvel 1988).
- Exposición a vacunas víricas o infección vírica reciente (Challakere & Rapaport 1993).
- Embarazo en mujeres multíparas (Cordes & Ryan 1995; Ng 1991; Profitt & Yen-Lieberman 1993; Steckelberg & Cockerill 1988; Ujhelyi et al 1989; Abbott 1997).
- Cánceres (Pearlman & Ballas 1994).
- Mieloma múltiple (Bylund et al 1992; Profitt & Yen-Lieberman 1993; Steckelberg & Cockerill 1988).
- Trastornos hematológicos malignos y linfomas (Burkhardt et al 1987; Cordes & Ryan 1995; Profitt & Yen-Lieberman 1993; Schlepner 1990; Steckelberg & Cockerill 1988).
- Fiebre Q con hepatitis asociada (Yale et al 1994).
- Hepatitis (Sungar 1994).
- Enfermedad hepática alcohólica (Bylund et al 1992; Cordes & Ryan 1995; Mendenhall et al 1986; Pearlman & Ballas 1994; Schlepner 1990; Schochetman & George 1992; Steckelberg & Cockerill 1988).
- Colangitis esclerosante primaria (Schochetman & George 1992; Steckelberg & Cockerill 1988).
- Cirrosis biliar primaria (Cordes & Ryan 1995; Profitt & Yen-Lieberman 1993; Schlepner 1990; Steckelberg & Cockerill 1988).
- Síndrome de Stevens-Johnson (Burkhardt et al 1987; Cordes & Ryan 1995; Profitt & Yen-Lieberman 1993).

- Sangre “pegajosa” en Africanos (Jungkind et al 1986; Schleupner 1990; Schochetman & George 1992; Smith et al 1987; Van Brees et al 1985).
- Suero lipémico (sangre con niveles altos de grasas o lípidos) (Schochetman & George 1992).
- Suero hemolizado (Schochetman & George 1992).
- Hiperbilirrubinemia (Bylund et al 1992; Cordes & Ryan 1995).
- Proteínas en el equipamiento usado para estos tests (Cordes & Ryan 1995).
- Otros retrovirus (Blomberg et al 1990; Cordes & Ryan 1995; Dock et al 1988; Schleupner 1990; Tribe et al 1988).

Por lo tanto, hay un número creciente de condiciones conocidas que provocan que los tests de VIH reaccionen positivamente en ausencia del VIH, es decir, falsos positivos.

Es interesante que todas las condiciones que causan reacciones positivas en los “tests VIH” en ausencia de VIH son condiciones que están presentes, con variedad en su distribución y concentración, en muchos “grupos de riesgo de SIDA” reconocidos en los países desarrollados, así como en un amplio porcentaje de Africanos y gente de otras partes del mundo desarrollado. Esto quiere decir que muy probablemente muchos usuarios de drogas (incluidas algunas madres), ciertos varones gay, y algunos hemofílicos en los países desarrollados, así como la vasta mayoría de los habitantes en la mayor parte de los países de África, Asia, América del Sur y el Caribe, que reaccionan positivamente al test para el VIH, pueden muy bien ser debido a otras condiciones que la de estar infectado con VIH (Johnson 1993, 1995, 1996a,b; Hodgkinson 1996; Turner 1996, 1997/8; Shenton 1998; Papadopulos-Eleopulos et al 1993, 1997; Giraldo 1997c, 2000a). Es escandaloso darse cuenta de que una diagnosis de infección por VIH sea tan frecuentemente en tests que no son específicos para el VIH, e incluso peor cuando uno se da cuenta de que estos tests no específicos guían la prescripción de drogas antirretrovirales altamente tóxicas.

5- ¿Cómo interpretar entonces un resultado positivo del test?

Yendo a lo que interesa, la importancia que pueda tener desde el punto de vista de nuestra salud, dar positivo en el test de VIH, vista la cantidad y variedad de circunstancias que pueden hacer que una persona dé positivo, no hay forma de saberlo, por lo que a efectos prácticos no nos sirve de mucho, por no decir que no

nos sirve para nada, ¿Para qué nos serviría un test de embarazo que diera positivo con más de 50 circunstancias frecuentes y que jamás se hubiera comprobado su fiabilidad en las embarazadas?

Por si todavía quedara alguna duda sobre el hecho de que el test de VIH detecta aumentos de anticuerpos de muchos tipos o que están en gran cantidad, veamos lo que sucede según se haga el test de VIH con suero diluido o sin diluir, lo que requiere una pequeña explicación.

Para hacerle la mal llamada “prueba del Sida” o “test de VIH” a la gente, se toma su suero sanguíneo, que es la sangre sin sus células, (es decir, el líquido que queda tras retirar los glóbulos blancos, plaquetas y glóbulos rojos), y se pone en contacto con las proteínas del test, (proteínas que supuestamente pertenecen al virus, aunque todo parece indicar que tienen un origen celular). Estas proteínas, (que en el caso del test ELISA y del Western Blot son las mismas, con la diferencia que en el ELISA están juntas y en el Western Blot separadas en bandas), reaccionarán, caso de haberlos, con los anticuerpos que hay en el suero de las personas, produciendo los resultados positivos. Habitualmente estos tests se suelen hacer con el suero sin diluir o con diluciones bajas, pero en el caso del test de VIH el suero se diluye con agua hasta 400 veces, siendo el único test de anticuerpos conocido en el que se usan diluciones tan altas.

Pero, ¿qué pasaría si en vez de usar el suero diluido 400 veces usamos el suero sin diluir, como se hace normalmente con prácticamente todos los tests de anticuerpos? Pues que se ha visto que cuando se le hace el test ELISA usando el suero sin diluir, todo el mundo da positivo. ¿Y qué significado puede tener esto? Pues que ese test, si da positivo en todo el mundo, es que detecta algo evidentemente que tiene todo el mundo y eso que todo el mundo tiene no pueden ser anticuerpos contra el VIH, porque de ser así, todos, sin excepción, estarían infectados. Así que, si no son anticuerpos anti VIH, serán anticuerpos contra otra cosa y como no sabemos contra qué exactamente, ya que hay muchas causas que pueden dar positivo, dejémoslo en aumentos de anticuerpos de distintos tipos.

Ahora bien, si diluimos el suero 400 veces y sólo unas cuantas personas dan positivo, ¿Qué debemos deducir de esto? Pues que esas personas tienen lo mismo que tienen todas las personas, es decir, anticuerpos de distintos tipos, pero en mayor cantidad, lo cual coincide cuando se observa lo que tienen en común todas o casi todas esas causas que pueden provocar resultados positivos del test, y es

que en general son situaciones en las que cabe esperar aumentos en los niveles de anticuerpos, (vacunaciones, exposición a determinadas infecciones, etc.).

Por otra parte, ¿Qué es lo que tienen en común las personas de los llamados grupos “de riesgo” o con “prácticas de riesgo” del Sida, como hemofílicos, drogadictos vía intravenosa, esperma vía rectal, etc.- de los que sabemos que suelen dar más resultados positivos en el test? Lo que tienen en común es que cabe esperar en su sangre mayores niveles de anticuerpos que en el resto de la población, todo ello como consecuencia de una mayor estimulación de su sistema inmunológico, debido a causas tóxicas, infecciosas, (como hepatitis), proteínas extrañas, (transfusiones, recepción de derivados sanguíneos, caso de los hemofílicos, o es esperma vía rectal, que es muy inmunógeno, es decir, aumenta la producción de anticuerpos, etc.). Veámoslo más detenidamente.

En el caso de los heroínómanos, esas personas han tenido en muchos casos hepatitis u otras infecciones, (hemos visto que producen positivos), y han sido sometidos a muchos estímulos tóxicos, (el material con que se rebaja la pureza de la heroína, por ejemplo, incluye de todo), en consecuencia es normal que tengan mayores cantidades de anticuerpos, suficiente para dar positivo en un test que precisamente sabemos que reacciona positivo en presencia de aumentos de anticuerpos de muchos tipos.

En el caso de los hemofílicos y de las personas que reciben transfusiones, hay que decir que cuando una persona recibe sangre o derivados sanguíneos de otra, recibe proteínas que su cuerpo percibe como extrañas, lo que va a producir un aumento de anticuerpos en su sangre, esto y dar positivo en el test de VIH, como hemos visto, es todo uno.

El caso de los hijos de madres adictas a drogas intravenosas, esos bebés, mientras no empiecen a producir sus propios anticuerpos, tienen durante un tiempo los anticuerpos de la madre, si la madre da positivo es normal que ellos también. Con respecto a estos niños cuyo test al nacer resulta positivo, es conocido el hecho de que en las dos terceras partes de ellos el test se vuelve negativo al cabo de un tiempo.

En el caso de los homosexuales, porque al parecer el contacto del esperma con la mucosa rectal es muy inmunógeno, es decir, estimula fuertemente la producción de anticuerpos, (lo que coincide con el hecho comprobado de que haya más positivos en los practicantes de sexo anal receptivo).

El caso de los africanos también es lógico, ya que están expuestos a una gran variedad de estímulos de naturaleza infecciosa, siendo de esperar que tengan mayores niveles de distintos anticuerpos.

El llamado test de VIH por lo tanto, lejos de detectar al virus VIH, es una ambigua prueba que detecta un estrés inmune, es decir, detecta situaciones en que, como consecuencia de una mayor estimulación inmunológica, (infecciones, proteínas extrañas, tóxicos, etc.), hay aumentos de anticuerpos.

Resumiendo, el resultado positivo en el test de VIH no indica otra cosa que el sistema inmune de una persona ha sido estimulado por una serie de factores biológicos, químicos, etc., lo que ha dado lugar a aumentos en los niveles de distintos tipos de anticuerpos.

¿Debemos considerar esto como algo patológico en sí mismo? Decididamente no, dado que es algo que sucede de modo natural en la vida de las personas, (por ejemplo, tras una vacunación, o tras haber pasado una simple gripe, o tras haber tenido sencillamente varios embarazos, o con la misma edad, las personas mayores tienen más anticuerpos), aunque pueda suceder de modo más frecuente en aquellas personas con una estimulación inmune más intensa, como es el caso de algunos de los llamados grupos con “prácticas de riesgo”, en los que de hecho el test resulta positivo con más frecuencia. El hecho de que entre las personas que más dan positivo al test, (como es por ejemplo el caso de los adictos a drogas intravenosas), se presenten más casos de inmunodeficiencia no quiere decir que las personas vayan a desarrollarla necesariamente por el hecho de haber dado positivo en el test.



POPPERS: Subidón mortal!!!!

Por Superando el SIDA. 18-11-2011

Mi primera experiencia con el poppers fue en casa de un amigo. Estábamos sentados alrededor de unas cervezas y sacó un diminuto frasco que parecía una de esas botellitas que contienen aceites esenciales.

- "¿Quieres poppers?"
- "¿Qué es eso?"
- "Es lo "más" en los circuitos gays, relaja el culo y facilita la penetración."

Esto no me convenció del todo...

- "¿Así qué lo que hace es facilitar la "relajación muscular", lo suficiente para que Michael Jordan pueda metértela sin dificultad?, pregunté.

Mi amigo añadió que provoca el aumento del ritmo cardíaco, seguido de un estado de euforia y una oleada de calor anula el cerebro liberando el instinto. Dijo que le gustaba usarlo además para la auto estimulación, junto con otros fetiches de moda que crean una sensación de euforia leve, o como se le conocer en la calle, dulce colocón.

Decidí pegar una pequeña esnifada y sentir "el estallido del poppers". Pronto estuvimos mirando videos de gatos tocando el piano en *YouTube* y pasándonos la botella. Tiene un intenso olor a disolvente pero menos fuerte y el subidón sólo dura 30 segundos.

No noté ningún efecto con los poppers que me excitase mentalmente, excepto un dolor de cabeza leve y la sensación de estupidez personal aumentada después de probarlo.

Sin embargo, casi con toda seguridad alguien tarde o temprano volverá a traer a colación el poppers a nuestro entorno más cercano y, para explicarle que es, tendríamos que decirle que el consumo de nitritos eleva los niveles de compuestos N-nitroso cancerígenos en nuestro organismo. Suprime la función inmune y produce síntomas identificables con la aparición del SIDA.

Repitiendo, que es una droga sexual de culto gay en raves y discotecas, lo que hacemos probablemente es potenciar el "atractivo" mensaje publicitario - Ooh! ¡Caliente! ¡Exótico! ¡Experimental! Yuhuuuu!!!!!!- que específicamente utiliza la publicidad para perpetuar su reclamo.

Para ser más precisos, tendríamos que explicar qué el nitrito de Amilo, conocido popularmente como "Popper" fue descubierto en 1852, es un líquido amarillo claro con un olor aromático y un gusto picante. Empleado en medicina desde 1867, en el tratamiento de angina de pecho.

Vale la pena por tanto examinar los antecedentes más importantes, ocurridos casi exclusivamente entre hombres homosexuales para conocer los mortales efectos que astutamente se comercializan bajo este vaporoso estimulante sexual.

Antes que diese comienzo la supuesta epidemia de SIDA, el Sarcoma pulmonar de Kaposi (SK) no se había observado. **Después** hasta un 32% de hombres homosexuales fueron diagnosticados con SK pulmonar. Lo que sugiere que el mayor consumo de "poppers" ocurrido durante la década de 1970 entre hombres homosexuales urbanos causa SK, porque los pulmones son la principal vía de exposición de los nitritos.

Para el hombre gay de los años 70, los "poppers" eran una parte importante de su estilo de vida, los anuncios bajo una brillante campaña marketing transmitían en las publicaciones de la época un mensaje que relacionaban al producto con hombres musculosos. Aunque su consumo nunca estuvo relacionado con la musculatura. En pocos años la adicción al poppers en las grandes ciudades de los EE.UU. y Europa fue algo común. Como lo eran sus camisas de franela cuadrada o sus grandes bigotes. Accesorios comercializados: para las reinas del cuero, como arneses, cock ring o inhaladores de metal para el "poppers" con unas fundas de piel que permitían llevar colgada la pequeña botella del cuello y facilitar su uso. También existía un popular **héroe** y un comic titulado "**Poppers**" sobre Billy, un jovencito rubio y sexy con dos metas en la vida: sexo y poppers.

Años más tarde, cuando el consumo de los nitritos se redujo, el Sarcoma de Kaposi disminuyó entre la población gay.

Aunque oficialmente, el popper para usos no médicos no existe, el químico psicoactivo que se fabrican en EE.UU. se importa como ambientador y se venden

en pequeñas botellas de color marrón, similares a los botelleros de gotas oculares. Así como en envases de aspecto más comercial. Debido a que la droga no se encuentra dentro de las listas de psicotrópicos no pueden tomarse acciones legales. Lo que da lugar a que se comercialice bajo una engañosa apariencia que sugiere otros usos. Como productos de limpieza para el hogar o "incienso" con una amplia lista de nombres exóticos. Llegando finalmente al consumidor principalmente a través de la venta por correo, o directamente en determinados locales gays y sexshops.

Para aquellos que todavía no creen que el Poppers causa SIDA, aquí encontrarán algunos artículos científicos, ¡¡¡**POR FAVOR LEAN !!!!**

Pagan Press: *Poppers: An ugly side of gay business* (Popper: El lado feo de los negocios gays). Artículo de prensa de 1981 [justo después que tuviesen lugar los primeros casos anuncios de 'GRID', también conocido como SIDA] .Su autor Arthur Evans (activistas y fundador de la Alianza Gay [GAA] que murió de una afección cardiaca el 11 de septiembre de 2011), advierte sobre el peligro del Popper en la comunidad gay.

CLEAN HANDS *Poppers: una misma tendencia sexual no significa aprobar el uso de cualquier cosa.*

Enkidu Magazine. *Poppers: Peligros y Riesgos.*

Recopilado, corregido y fanzineado por la **Distribuidora Peligrosidad Social**.
Madriz, junio de 2015.

www.distribuidorapeligrosidadsocial.wordpress.com
distribuidorapeligrosidadsocial@riseup.net

Si hay beneficios de este fanzine, se destinarán a la lucha contra el estado de las cosas vigente, única cura real para los males sanitarios que nos aquejan.