



Kit de supervivencia para la salud mental y retirada de psicofármacos

Peter C. Gøtzsche

Instituto para la Libertad Científica

Peter C. Gøtzsche

Kit de supervivencia para la salud mental y retirada de psicofármacos

Instituto para la Libertad Científica

Equipo de traducción (por orden alfabético):
Daniel Álvarez, Enric Garcia, Marta Gutiérrez Valencia,
Leire Leache, Luis Carlos Saiz

Kit de supervivencia para la salud mental y retirada de psicofármacos

Fecha de traducción al español, 14-09-2020

© Peter C. Gøtzsche 2020

Portada: el autor

ISBN: 978-87-972291-4-9

1ª Edición

Impreso en Dinamarca 2020

Equipo de traducción (por orden alfabético):

Daniel Álvarez, Enric Garcia, Marta Gutiérrez Valencia, Leire Leache,
Luis Carlos Saiz

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida o almacenada en un sistema de recuperación de datos, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, de fotocopiado, de grabación o de otro tipo, sin el permiso previo del editor.

Este libro se vende con la condición de que no sea prestado, revendido, alquilado o distribuido sin el previo consentimiento del editor, en cualquier forma de vinculación distinta a la que se publica y sin que se imponga una condición similar, incluida esta misma condición, al comprador posterior.

Instituto para la Libertad Científica

Copenhague

www.scientificfreedom.dk

Contenido

Agradecimientos.....	5
Abreviaturas	5
1 Este libro podría salvar su vida	6
El “currículum” psiquiátrico de una paciente	11
2 ¿La psiquiatría se basa en la evidencia?.....	17
¿Son los diagnósticos psiquiátricos específicos y fiables?	21
Kit de iniciación a la psiquiatría: fármacos para la depresión	25
¿Los pacientes enferman debido a un desequilibrio químico en el cerebro?	27
¿Son los psicofármacos específicos y valen la pena?	34
Los ensayos con deficiencias han llevado a los psiquiatras por el camino equivocado.....	38
Suicidios, otras muertes y otros daños graves.....	48
Neurolépticos.....	49
Fármacos para la depresión	62
Las pastillas que destruyen tu vida sexual se llaman pastillas de la felicidad	71
Litio.....	74
Medicamentos antiepilépticos	76
Fármacos para el constructo social llamado TDAH.....	77
Los últimos clavos en el ataúd de la psiquiatría biológica	83
Información falsa de los psiquiatras del Reino Unido sobre la abstinencia.....	93
El uso de fármacos para la depresión en los niños cayó un 41%	103
El número necesario para tratar es muy engañoso	104
Electroshock	106
3 Psicoterapia.....	108
4 Retirada de psicofármacos.....	112
MIND Dinamarca no quiere ayudar a los pacientes a dejar los psicofármacos	119
El gremio psiquiátrico no quiere ayudar a los pacientes a dejar los psicofármacos	122
La Colaboración Cochrane no quiere ayudar a los pacientes a dejar los psicofármacos.....	127
Guía para dejar los psicofármacos	135

Personas de apoyo	139
El Comité Ético de Investigación Clínica puso fin a nuestro proyecto de discontinuación.....	142
Consejos sobre la retirada.....	146
Lista de los síntomas de abstinencia que puede experimentar	154
Dividir comprimidos y cápsulas.....	159
El tratamiento forzado, una violación terrible de los derechos humanos	161
5 Kit de supervivencia para jóvenes psiquiatras en un sistema enfermo	166
Un debate en la reunión anual de jóvenes psiquiatras suecos.....	172
Las Juntas Nacionales de Salud son indiferentes a los suicidios infantiles	175
La censura en las revistas médicas y en los medios de comunicación	177
No hay esperanza para la psiquiatría: sugerencias para un nuevo sistema	192
Historias de pacientes.....	195
Videos de conferencias y entrevistas	203
Sobre el autor.....	205
Referencias	207
Índice	228

Agradecimientos

Agradezco los miles de correos electrónicos que he recibido de pacientes y familiares que describen los daños y abusos que han experimentado por parte de la psiquiatría, así como las muchas interacciones que he tenido con psiquiatras, psicólogos, farmacéuticos y otros profesionales inspiradores, incluido Peter Breggin, Jane Bækgaard, James Davies, Magnus Hald, David Healy, Göran Högberg, Niall McLaren, Joanna Moncrieff, Luke Montagu, Klaus Munkholm, Peer Nielsen, Åsa Nilsson, John Read, Bertel Rüdinger, Olga Runciman, Kristian Sloth, Anders Sørensen, Sami Timimi, Birgit Toft y Robert Whitaker.

Abreviaturas

DSM: Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales

EMA: Agencia Europea de Medicamentos

FDA: Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos

ISRS: Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina

OMS: Organización Mundial de la Salud

1 Este libro podría salvar su vida

He escrito este libro para ayudar a los pacientes y, cuando decidí escribirlo, uno de mis títulos provisionales era "Escuchar las voces de los pacientes". La mayoría de las personas con las que he hablado sobre temas de salud mental, ya sea mi familia, amigos, colegas, compañeros de deporte, cineastas, jardineros, limpiadores, camareros y recepcionistas de hotel, han tenido malas experiencias con la psiquiatría o conocen a alguien que las ha tenido.

Habiéndome formado como especialista en Medicina Interna, que es algo completamente diferente, lentamente me di cuenta de lo dañina que es la psiquiatría. Lleva años de estudio minucioso descubrir que la psiquiatría hace mucho más daño que bien,¹ y mi propia investigación ha contribuido a revelarlo.

Mis hallazgos resuenan mucho con lo que el público en general ha concluido en base a sus propias experiencias. Una encuesta realizada a 2.031 australianos mostró que la gente pensaba que los fármacos para la depresión (también llamados antidepresivos), los neurolépticos (también llamados antipsicóticos), el electroshock y el ingreso en una unidad de psiquiatría eran a menudo más perjudiciales que beneficiosos.² Los psiquiatras sociales que habían hecho la encuesta no quedaron satisfechos con las respuestas y sostuvieron que se debía capacitar a las personas para llegar a la "opinión correcta".

A principios de 1992, el Royal College of Psychiatrists, junto con el Royal College of General Practitioners, lanzó una "*Campaña para derrotar la depresión*" de cinco años de duración en el Reino Unido.³ Su objetivo era proporcionar educación pública sobre la depresión y su tratamiento a fin de fomentar la búsqueda temprana de tratamiento y reducir el estigma. Las actividades de la campaña incluían artículos de periódicos y revistas, entrevistas en televisión y radio, conferencias de prensa, folletos, hojas informativas en idiomas de minorías étnicas, casetes de audio, un vídeo de autoayuda y dos libros.⁴ Cuando se encuestó a 2.003 personas legas en esta cuestión justo antes del lanzamiento de la campaña, el 91% pensaba que a las personas con depresión se les debía ofrecer asesoramiento; sólo el 16% pensaba que se les debían ofrecer fármacos para la depresión; sólo el 46% decía que eran efectivos; y el 78% las consideraba adictivas.³ La opinión de los psiquiatras sobre estas respuestas fue que: "Los médicos tienen un papel

importante en la educación del público sobre la depresión y la justificación del tratamiento antidepresivo. En particular, los pacientes deben saber que la dependencia no supone un problema en relación a los antidepresivos".

Cuando se les cuestionó el hecho de que los colegios profesionales habían aceptado donaciones para la campaña de todos los principales fabricantes de fármacos ISRS para la depresión, el presidente del Royal College of Psychiatrists, Robert Kendall, reconoció que "uno de sus principales motivos era la esperanza de que un mayor reconocimiento de los trastornos depresivos tanto por parte del público en general como por los médicos de familia, se tradujera en un aumento de las ventas para ellos".⁵ No dijo cuáles eran los otros motivos principales de las empresas. Dudo que los hubiera. El dinero es el único motivo que tienen las compañías farmacéuticas.

Los psiquiatras se embarcaron en su campaña de reeducación. Pero la gente no se convenció fácilmente de que estaban equivocados. Un periódico de 1998 informó que los cambios eran del orden de sólo el 5-10% y que los fármacos para la depresión seguían siendo considerados como adictivos y menos efectivos que el *counselling*.⁴ Curiosamente, el 81% de la gente de a pie estaba de acuerdo en que "la depresión es una afección médica como otras enfermedades" y el 43% atribuía la depresión a cambios biológicos en el cerebro, pero la mayoría de la gente, sin embargo, la atribuía a causas sociales, como la pérdida de un ser querido (83%), el desempleo (83%), problemas financieros (82%), estrés (83%), soledad/aislamiento (79%) y divorcio/fin de una relación (83%).⁴ Algo no encajaba.

Mi interpretación es que, a pesar de que durante muchos años, también mucho antes de 1992,¹ se ha afirmado que los trastornos psiquiátricos son causados por desequilibrios químicos en el cerebro, el público no está tan dispuesto a aceptar esta falsedad.

En 2005, los psiquiatras daneses informaron de lo que 493 pacientes les habían dicho sobre su tratamiento con fármacos para la depresión.⁶ Cerca de la mitad de los pacientes estuvieron de acuerdo en que el tratamiento podía alterar su personalidad y que tenían menos control sobre sus pensamientos y sentimientos. Cuatro de cada cinco estuvieron de acuerdo en que mientras tomaban los fármacos no sabían realmente si eran necesarios, y el 56% estuvo de acuerdo con la afirmación de que, "Tu cuerpo puede volverse adicto a los antidepresivos". Los psiquiatras se negaron rotundamente a creer lo que los pacientes les habían dicho, lo cual ellos consideraban erró-

neo, y los llamaron ignorantes. También sintieron que los pacientes necesitaban "psicoeducación". El problema con esto era que los familiares compartían la opinión de los pacientes.

"Educar al público" y "psicoeducación" para que puedan llegar a la "opinión correcta" es lo que normalmente llamamos lavado de cerebro. Especialmente cuando lo que los pacientes y el público expresaban son más que simples opiniones; sacaron conclusiones basadas en su propia experiencia y en la de otros.

No sólo en la investigación desestiman los psiquiatras lo que sus pacientes les dicen, sino que también lo hacen en la práctica clínica. A menudo, o no escuchan o no hacen las preguntas apropiadas sobre la experiencia y la historia de sus pacientes y, por lo tanto, no descubren que los síntomas actuales son muy probablemente causados por un trauma o un estrés grave, y no por ningún "trastorno psiquiátrico".

Por favor, tenga en cuenta que, cuando generalizo, por supuesto no se aplica a todo el mundo. Algunos psiquiatras son excelentes, pero son una pequeña minoría. No es de extrañar que la encuesta pre-campaña del Reino Unido encontrara que "la palabra psiquiatra tiene connotaciones de estigma e incluso de miedo".³ Esto es comprensible, dado que los fármacos psiquiátricos matan a cientos de miles de personas cada año e incapacitan a millones, física y mentalmente.¹

El término "superviviente psiquiátrico" lo dice todo en sólo dos palabras. En ninguna otra especialidad médica los pacientes se llaman a sí mismos supervivientes en el sentido de que sobrevivieron *a pesar de* estar expuestos a esa especialidad. Lucharon por salir de un sistema que raramente es útil, y que muchos supervivientes han descrito como una prisión psiquiátrica, o una instalación en la que hay una puerta de entrada, pero no de salida.

En otras especialidades médicas los pacientes están agradecidos de haber sobrevivido *gracias a* los tratamientos que sus médicos les aplicaron. Nunca hemos oído hablar de un superviviente de cardiología o de una enfermedad infecciosa. Si ha sobrevivido a un ataque al corazón, no se siente tentado a hacer lo contrario de lo que su médico le recomienda. En la psiquiatría, podría morir si hace lo que su médico le dice que haga.

Muchos supervivientes psiquiátricos han descrito cómo la psiquiatría, con su uso excesivo de fármacos dañinos e ineficaces, les había robado 10 ó 15 años de su vida antes de que, un día, decidieran recuperar la responsabilidad

sobre su vida, antes en manos de sus psiquiatras, y descubrieran que la vida es mucho mejor sin fármacos. A menudo dicen que lo que les despertó fue leer algunos de los libros sobre psiquiatría de los psiquiatras David Healy, Peter Breggin o Joanna Moncrieff, del periodista científico Robert Whitaker o los míos.

Hay miles de historias personales de supervivientes psiquiátricos en Internet, por ejemplo en survivingantidepressants.org. En muchas de ellas, las personas explican cómo dejaron los psicofármacos, uno a uno, a menudo en contra del consejo de su médico y a menudo con gran dificultad, porque los fármacos los habían vuelto dependientes y porque la profesión psiquiátrica había fracasado totalmente en proporcionar una orientación adecuada sobre cómo hacerlo. Los psiquiatras no sólo no se han interesado en abordar este inmenso problema, sino que han negado activamente su existencia, como acaban de ver y verán mucho más en este libro.

Los problemas de salud mental impiden que vivas una vida plena y siguen en tu mente. A todos los pacientes se les debería ofrecer psicoterapia, que es también lo que quiere el 75% de ellos.⁷ Sin embargo, esto no es lo que reciben, lo que demuestra una vez más que la profesión psiquiátrica no escucha a sus pacientes. Una gran encuesta realizada en los Estados Unidos entre personas con depresión mostró que el 87% recibía fármacos para la depresión, el 23% psicoterapia, el 14% ansiolíticos, el 7% neurolepticos y el 5% "estabilizadores del estado de ánimo" (un eufemismo que los psiquiatras nunca definieron, pero generalmente se refieren a los medicamentos antiepilépticos y al litio, cuyo principal efecto es sedar a las personas).⁸

La mayoría de la gente tiene problemas con su salud mental de vez en cuando, al igual que con su salud física. No hay nada anormal en eso.

A lo largo de este libro daré consejos basados en la evidencia científica que, tengo buenas razones para creerlo, conducirán a mejores resultados que si se ignoran mis consejos. Pero tenga en cuenta que, haga lo que haga y sea cual sea el resultado, no puede hacerme responsable. La información que proporciono no sustituye a las consultas con los profesionales sanitarios, sino que puede capacitarle para participar en discusiones valiosas e informadas o para decidir manejar los temas usted mismo.

Empezaré con un pequeño consejo y comentaré los datos que lo sustentan en el resto del libro:

1 **ADVERTENCIA!** Los psicofármacos son adictivos. Nunca los deje abruptamente porque las reacciones de retirada pueden consistir en graves síntomas emocionales y físicos que pueden ser peligrosos y llevar al suicidio, la violencia y el homicidio.¹

2 Si tiene un problema de salud mental, no vaya a un psiquiatra. Es demasiado peligroso y podría revelarse como el mayor error que haya cometido en toda su vida.⁹

3 No crea lo que le digan sobre los trastornos psiquiátricos o los psicofármacos. Es muy probable que sea erróneo.¹

4 Crea en usted mismo. Es probable que usted tenga razón y que su médico se equivoque. No ignore sus corazonadas o sentimientos. Puede ser fácilmente llevado por mal camino si no confía en sí mismo.¹⁰

5 Nunca deje que otros tengan la responsabilidad de su vida. Mantenga el control y haga preguntas.

6 Su cónyuge o su padre puede ser su mejor amigo o su peor enemigo. Puede que crean lo que los médicos les digan e incluso pueden ver como una ventaja el mantenerle medicado.

Muchas de las historias que he recibido de los pacientes tienen un tema en común. Los pacientes no tenían idea de lo peligroso que es convertirse en un paciente psiquiátrico y confiaban en sus médicos, siguiendo de buena gana sus consejos, hasta que descubrieron años después que sus vidas se habían arruinado.

Lo que es particularmente diabólico es que el deterioro psicológico y físico a menudo ocurre gradualmente y, por lo tanto, pasa desapercibido, como si uno se volviera miope, lo cual no se descubre hasta que un día un amigo se pregunta por qué no puedes leer una señal de tráfico cercana. Los

pacientes pueden incluso estar agradecidos por los fármacos que recibían, aunque pueda ser obvio para otros que han sido perjudicados.

El deterioro gradual e inadvertido no es el único problema. Un cerebro bajo influencia química puede no ser capaz de evaluarse a sí mismo. Cuando el cerebro está adormecido por sustancias psicoactivas, los pacientes pueden no ser conscientes de que ya no pueden pensar con claridad o evaluarse a sí mismos. Esta falta de comprensión de los sentimientos, pensamientos y comportamientos se denomina "hechizo de la medicación".^{11,12} El hechizo de la medicación suele ser ignorado, tanto por los pacientes como por sus médicos, lo que resulta sorprendente porque todos sabemos que las personas que han bebido demasiado no pueden juzgar su capacidad para conducir.

He aquí la historia de una paciente que ilustra muchos de los problemas habituales.

El “currículum” psiquiátrico de una paciente

En noviembre de 2019, recibí un relato extraordinario de Stine Toft, una paciente danesa que conocí cuando di una conferencia para "Better Psychiatry", una organización de familiares de pacientes psiquiátricos.¹³

Stine se vio gravemente perjudicada por los psicofármacos; su vida corrió peligro y sufrió una fase de retirada insoportable porque no recibió la orientación necesaria. Pero ella está bien hoy, a sus 44 años.

Stine dio a luz a su segunda hija en 2002 después de una época difícil con "todo tipo de pruebas y tratamientos hormonales". Después de aquello, no se encontraba bien. Tenía miedo de perder a su hija y de no poder protegerla lo suficiente. Su médico le diagnosticó depresión, y le dijo que era perfectamente normal y que sólo debía tomar Effexor (venlafaxina, un fármaco para la depresión) para que su cerebro funcionara de nuevo, posiblemente durante el resto de su vida pero al menos durante cinco años.

Su vida cambió notablemente. Engordó 50 kg y tuvo varios episodios extraños que no entendía. Una vez quiso cavar un arenero para sus hijas, pero terminó poniendo un trampolín entero de 70 cm en el suelo quitando siete metros cúbicos de tierra con una pala. También derribó una pared en la cocina sin avisar y sin tener nociones de albañilería, porque sentía que la familia necesitaba un espacio más apropiado en la cocina para conversar. Un día, durante un proceso de orientación laboral, le dijo al orientador que

quería ser abogada a pesar de que es disléxica y que nunca lo habría logrado.

Stine volvió a ver a un psiquiatra y 15 minutos después el caso estaba claro, se había vuelto bipolar. Fue enviada a psicoeducación y se le dijo que su enfermedad definitivamente duraría el resto de su vida. Se le enseñó a percibir incluso las pequeñas cosas que confirmaban que estaba enferma, y se puso especial cuidado en que tomara sus medicamentos.

"Se las arreglaron para infundir un miedo masivo en mí", escribió Stine, y se identificó claramente con una persona enferma que tuvo que enfrentar la vida de cierta manera para sobrevivir.

El tiempo pasó y ella terminó dejando al que era su marido desde hacía 15 años. En 2013 conoció a su actual marido y él le preguntó rápidamente "de qué se trataba la enfermedad", porque él no podía verla. Después de un año y medio ella se rindió y aceptó hacer una pequeña prueba con una pequeña retirada de la medicación. Se alegró por ello, porque había visto varias veces lo desastroso que resultaba cuando se olvidaba de tomar la medicación. En una ocasión arruinó un viaje a un parque de atracciones de verano porque se había olvidado de llevar los medicamentos. A medida que pasaba el día fue empeorando con dolores de cabeza y vómitos; estaba confundida y sólo quería acostarse y dormir hasta que volviera a tomar los medicamentos.

Su lista de medicamentos incluía Effexor, que más tarde se cambió a Cymbalta (duloxetina), lamotrigina y Lyrica (pregabalina), dos antiepilépticos, y Seroquel (quetiapina, un neuroléptico). Además, se le administró medicación para los efectos adversos causados por los fármacos y para su problema metabólico.

Este es un cóctel peligroso. Los fármacos para la depresión duplican el riesgo de suicidio, no sólo en los niños sino también en los adultos,^{1,14-18} los antiepilépticos también duplican el riesgo de suicidio,¹⁹ y tanto los fármacos para la depresión como los antiepilépticos pueden hacer que las personas se vuelvan maníacas,^{18,19} lo cual le sucedió a ella y desembocó en el diagnóstico erróneo de haberse vuelto bipolar.

El proceso de retirada se prolongó a lo largo de dos años y medio, con su marido ayudando lo mejor que pudo para que el proceso fuera lo más suave posible. No lo entendían en ese momento, pero descubrieron en el camino lo que significa la curva de saturación de los receptores, es decir, que hay que reducir la dosis cada vez en menor proporción a medida que esta se va

reduciendo. Muy pocos médicos son conscientes de esto²⁰ y la mayoría de las recomendaciones oficiales son muy peligrosas. Por ejemplo pueden decir que, cuando se quiere reducir la medicación antidepresiva, hay que reducir la dosis en un 50% cada dos semanas.²¹ Por lo tanto, ya después de dos reducciones, se baja a sólo el 25% de la dosis inicial, lo que es demasiado rápido para la mayoría de los pacientes.

La vida de Stine se puso en peligro. Tenía miedo de que terminara mal y a menudo pensaba en rendirse. Hizo varias pausas en el proceso. Los pensamientos de suicidio eran muy apremiantes durante las épocas en que estaba reduciendo su medicación, porque la situación era absolutamente terrible.

Inexplicablemente, Stine había aceptado que claramente odiaba la vida y quería ponerle fin. Por el contrario, ella es una persona enérgica que ama la vida y nunca había tenido pensamientos suicidas hasta que empezó a tomar fármacos, tampoco después de dejarlos. Pero el proceso de retirada fue una completa "locura", y a menudo consideraba si quitarse la vida sería más humano.

Durante la retirada tuvo algunas "experiencias muy extrañas". Una vez alcanzado el final feliz, se propuso a sí misma varias veces escuchar la naturaleza y los pájaros. Fue una experiencia poderosa, porque no podía recordar cuándo fue la última vez que lo experimentó en los años que estuvo "dopada". Algo más tristes fueron los otros síntomas que se presentaron durante la retirada. Los síntomas de abstinencia incluían bajadas de ánimo que podían ser fácilmente interpretadas como depresión, y durante la retirada de Lyrica, estaba ansiosa y sentía que la vida era insostenible. Una mañana en el baño comenzó a llorar porque el simple hecho de sentir el agua en su cuerpo era algo que no había notado durante muchos años.

En ese momento tuvo conocimiento de dos de mis libros sobre psiquiatría^{1,22} y se dio cuenta de que todo lo que había experimentado era bien conocido y perfectamente normal. Fue realmente impactante para ella leer acerca de cómo es una práctica habitual el estar expuesto al infierno que había pasado, aunque también liberador descubrir que es normal; que probablemente no estaba enferma; y que no había nada malo en ella.

Al final de la retirada tuvo una extraña experiencia en la que, durante aproximadamente medio año, presentó problemas de equilibrio. Constantemente tenía la sensación de inclinarse hacia la izquierda y le costaba

mucho caminar derecho. Durante varios períodos de tiempo, otros grupos de músculos fallaron. Cuando en una ocasión jugó a un juego en el que se lanza un palo tras unos bloques de madera, su mano no soltó el palo.

Después de la retirada, las cosas empezaron a mejorar y ella quería trabajar de nuevo, a pesar de que había estado fuera del mercado laboral durante muchos años y tenía una pensión de invalidez. Planeó sacarse el carné de conducir y conducir un taxi, pero "¡Oh no, oh no! Hubo un gran NO de la policía." Enviaron una carta diciendo que su licencia de conducir estaba limitada en el tiempo y que tendría que presentar documentación cada dos años confirmando que no estaba enferma.

"El hecho de que se elija añadir un diagnóstico extra a alguien que toma fármacos para la depresión es bastante terrible", escribió. "Hoy en día, debo renovar mi licencia de conducir cada dos años por esa razón. Pero no te imaginas lo difícil que fue evitar que me la quitaran por completo. Cuando me puse en contacto con los psiquiatras a raíz de mi contacto con la policía, primero se negaron a verme, porque estaba bien. Así que no pude conseguir su ayuda para probar que no estaba enferma y por lo tanto en condiciones de conducir. Después de una intensa presión por mi parte, mi propio médico finalmente les convenció para que me llevaran a hablar y hacer una declaración, en la que se señalaba secamente que mi "enfermedad" no estaba activa. Podría haberlos estrangulado, porque eso significa que sigo enferma y, a los ojos de la policía, alguien que necesita ser supervisada en el futuro".

Stine está completamente en desacuerdo con el diagnóstico de bipolaridad. Nunca tuvo episodios maníacos antes de empezar a tomar la medicación, y nunca los tuvo después de dejarla. Pero el diagnóstico está adherido a ella para el resto de su vida, aunque es bien sabido que los fármacos para la depresión pueden desencadenar manía y por lo tanto hacer que los psiquiatras hagan un diagnóstico equivocado, confundiendo el daño del fármaco con una nueva enfermedad.

<p>Es negligencia médica hacer un nuevo diagnóstico, como si hubiera algo malo en el paciente, cuando la enfermedad podría ser un daño causado por la medicación. Los psiquiatras hacen esto constantemente.</p>
--

Stine abandonó la idea de convertirse en taxista. Se inició como *coach* y siguió estudiando para convertirse en psicoterapeuta. Trabaja con muchas personas diferentes y ayuda a los pacientes a disminuir sus fármacos para la depresión, con gran éxito. Están reclamando la vida y viéndola avanzar. Sabe que es importante apoyarlos cuando dejan la medicación para que no se enfrenten a los mismos problemas que ella. Hay muchos pensamientos y miedos, y muchas personas tienen dificultad para definirse a sí mismas si no es como enfermas. La combinación de la reducción de la dosis y la terapia parece tener un efecto extremadamente beneficioso.

Es difícil convencer a la gente de que dejar sus medicamentos es una buena idea. Muchos creen apasionadamente en ellos, porque se les ha dicho que están enfermos, y a menudo hay una gran presión de sus familiares. Stine experimentó por sí misma lo que significa estar sola en el proceso de retirada. Hoy en día ya no ve a su familia. Mantuvieron la afirmación de que estaba enferma y que sólo necesitaba tomar su medicación. Esta visión errónea se alimenta del hecho de que tres cuartas partes de los sitios web, incluso hoy en día, siguen afirmando falsamente que las personas enferman de depresión debido a un desequilibrio químico en su cerebro (véase más abajo).²³ Si usted cree en esta falsedad, también creerá que no puede prescindir del medicamento.

Hace unos años, Stine compró el dominio *medicin-fri.dk* (*medicin-free.dk*) porque quiere proporcionar información sobre el consumo de fármacos y sus daños, en cooperación con otros, así como proporcionar ayuda y apoyo para su retirada.

Muy pocas personas saben de los problemas o han oído hablar de ellos. Stine quiere cambiar eso y quiere asegurarse de no dar consejos e información incorrecta. De esta forma me escribió y me preguntó si conocía a otros que quisieran unirse a una red organizada sobre estos temas.

Además de su trabajo diario con los clientes, Stine da conferencias, pero encuentra difícil "que se le permita" difundir el mensaje. Ha dado conferencias para Psiquiatría de la Región Capital sobre ser bipolar, lo cual fue fácil, ya que todos quieren ver a un enfermo y escuchar su historia. Pero una historia de éxito que pone en duda el sistema no es interesante.

A Stine le apasiona cambiar las cosas y, por ejemplo, ha establecido varios grupos de autoayuda; ha dado conferencias para la Asociación de la Depresión; ha sido voluntaria en la Cruz Roja; ha iniciado grupos para

personas solitarias; y ha asesorado a jóvenes.

Le sugirió a Better Psychiatry en su ciudad natal que me invitaran a dar una conferencia. No sabían quién era yo, y la presidenta presentó la reunión diciendo que si se asignaba más dinero a la psiquiatría probablemente estaría bien. Empecé mi conferencia diciendo que no estaba seguro de que fuera una buena idea. Si se asignara más dinero se harían aún más diagnósticos, se utilizarían aún más fármacos y más personas acabarían recibiendo una pensión de invalidez porque no pueden desenvolverse en la vida diaria cuando están medicados.²⁴

Stine quiere dar una conferencia sobre el tema "Psiquiatría de supervivencia". Le resulta abrumador vivir una vida que, después de tantos años de medicación, pensaba que estaba completamente fuera de su alcance. Aunque su vida pasada fue "manejada tontamente por varios psiquiatras y otros médicos bien intencionados", no quiere estropearla pidiendo acceso a sus archivos. Prefiere mirar hacia adelante e informar a otros a través de sitios web y conferencias sobre lo perjudicial que es medicarse a ciegas, a menudo sin ningún motivo.

Stine está convencida de que prácticamente ninguna de sus extrañas experiencias durante los 14 años en que estaba medicada habría ocurrido si no se le hubiera dado medicación. Su memoria sufrió un duro golpe, pero está mejorando.

No puede entender por qué sus médicos no dejaron de medicarla. Nada podía justificar el uso masivo de medicación, e incluso cuando aumentó de peso de 70 a 120 kg, los médicos no reaccionaron, además de darle medicación para aumentar el metabolismo, lo cual era "completamente loco... extremadamente incapacitante de todas las maneras imaginables y en sí mismo casi algo por lo que podían hacer un diagnóstico de depresión, porque era algo triste a lo que exponer tu cuerpo".

Stine considera que el sistema no tiene remedio. El colosal uso excesivo de fármacos psicoactivos produce pacientes crónicos, a menudo basados en problemas temporales,²⁴ como explicaré a continuación.

2 ¿La psiquiatría se basa en la evidencia?

La psiquiatría se encontraba en un estado de crisis en los Estados Unidos a mediados del siglo pasado porque los psicólogos gozaban de más éxito que los psiquiatras.¹ El gremio de psiquiatras decidió por lo tanto hacer de la psiquiatría una especialidad médica, lo que haría que los psiquiatras parecieran verdaderos doctores y los distinguiría de los psicólogos a los que no se les permitía prescribir medicamentos.

Desde entonces, la propaganda masiva, el fraude, las manipulaciones con los datos de la investigación, el ocultamiento de suicidios y otras muertes, así como las mentiras en la comercialización de fármacos, han allanado el camino para la ilusión de que la psiquiatría es una disciplina respetable que proporciona fármacos que curan a los pacientes.¹⁻⁴

Como se explica en el primer capítulo, los "clientes", los pacientes y sus familiares, no están de acuerdo con los vendedores. Cuando esto ocurre, los proveedores suelen cambiar rápidamente sus productos o servicios, pero esto no ocurre en la psiquiatría, que tiene el monopolio del tratamiento de pacientes con problemas de salud mental, a quienes se añaden los médicos de familia como su complaciente personal de ventas de primera línea que no hacen preguntas incómodas sobre lo que están vendiendo.

El médico de cabecera es el puerto de entrada de la mayoría de la gente a la psiquiatría. Aquí es donde las personas tristes, preocupadas, estresadas o agotadas abordan sus síntomas. El médico rara vez dedica el tiempo necesario para preguntar sobre los eventos que causaron que el paciente terminara en esta situación. La consulta suele terminar después de unos minutos con un diagnóstico, que puede no ser correcto, y una prescripción de uno o más psicofármacos, aunque la terapia de conversación podría haber sido mejor. Un estudio realizado en los Estados Unidos demostró que más de la mitad de los médicos prescribieron recetas después de hablar de la depresión con los pacientes durante menos de cuatro minutos.⁵

Es posible que recibas un psicofármaco aunque no haya una buena razón para recetártelo, por ejemplo, un fármaco para la depresión por insomnio, problemas en la escuela, ansiedad por los exámenes, acoso en el trabajo, abuso marital, ruptura con un novio, duelo, problemas económicos o divorcio. Esto también es común si ves a un psiquiatra.

A diferencia de otras especialidades médicas, la psiquiatría se basa en una serie de mitos que han sido rechazados tan firmemente por la buena investigación que es apropiado llamarlos mentiras. Por lo tanto, les advierto de nuevo. La mayor parte de lo que se le ha dicho o que escuchará sobre la psiquiatría, los psicofármacos, el electroshock, y el ingreso y el tratamiento forzado, es erróneo. Esto ha sido documentado en numerosos artículos de investigación y libros.¹

Aquí hay algunos consejos generales, los cuales conducirán a mejores resultados que si se ignoran:

1 Rara vez es una buena idea ver a un médico de familia si tiene un problema de salud mental. Como los médicos están entrenados para usar fármacos, lo más probable es que le hagan daño. Si no es a corto plazo, entonces a largo plazo.

2 Si su médico de familia le receta un psicofármaco, no vaya a la farmacia a recogerlo.

3 Encuentre a alguien que sea bueno en la terapia de conversación, por ejemplo, un psicólogo. Si no puede permitírselo o si hay una larga lista de espera, recuerde que normalmente es mejor no hacer nada que ver a su médico.

4 Considere si necesita un asistente social o un abogado. Los médicos no pueden ayudarte con un matrimonio roto, por ejemplo, y las pastillas tampoco le ayudarán.

Veamos más de cerca lo que está mal en la psiquiatría actual. Los psiquiatras afirman que su especialidad se basa en el modelo biopsicosocial de la enfermedad que tiene en cuenta la biología, la psicología y los factores socio-ambientales al tratar de explicar por qué la gente se enferma.

La realidad es muy diferente. La psiquiatría biológica ha sido el modelo de enfermedad predominante desde que el presidente de la Sociedad Americana de Psiquiatría Biológica, Harold Himwich, en 1955, tuvo la idea totalmente absurda de que los neurolépticos funcionan como la insulina para

la diabetes.⁹

Incluso parece estar empeorando. Hace quince años, algunos de los portavoces de la psiquiatría estaban más preocupados que los líderes de hoy en día por los peligros de estar demasiado cerca de la industria farmacéutica. Steven Sharfstein, presidente de la Asociación Americana de Psiquiatría, escribió en 2005:

"Al abordar estos temas del Big Pharma, debemos examinar el hecho de que como profesión, hemos permitido que el modelo biopsicosocial se convierta en el modelo bio-bio-bio... Los representantes de las compañías farmacéuticas que llevan regalos son visitantes frecuentes en los despachos de los psiquiatras y las consultas médicas. Debemos tener la sabiduría y la distancia para llamar a estos regalos lo que son, sobornos y coimas ... Si somos vistos como meros vendedores de pastillas y empleados de la industria farmacéutica, nuestra credibilidad como profesión se ve comprometida".¹²

Otras declaraciones fueron menos afortunadas: "Las compañías farmacéuticas han desarrollado y comercializado medicamentos que han transformado la vida de millones de pacientes psiquiátricos". Por supuesto, pero no para mejor.

"La eficacia demostrada de los medicamentos antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo y antipsicóticos ha ayudado a sensibilizar al público sobre la realidad de las enfermedades mentales y les ha enseñado que el tratamiento funciona. De esta manera, el Big Pharma ha ayudado a reducir el estigma asociado con el tratamiento psiquiátrico y con los psiquiatras".

Los tratamientos no proporcionan efectos que valgan la pena, en particular cuando se consideran también sus daños, y el estigma ha aumentado.⁴ Pero así es como los líderes psiquiátricos engañan a la gente. Una revisión sistemática de 33 estudios encontró que las atribuciones causales biogenéticas no estaban asociadas con actitudes más tolerantes; estaban relacionadas con un rechazo más fuerte en la mayoría de los estudios que examinaban la esquizofrenia.¹³ Las pseudoexplicaciones biológicas aumentan la peligrosidad percibida, el miedo y el deseo de distanciarse de los pacientes con esquizofrenia porque hacen creer que los pacientes son impredecibles,¹³⁻¹⁵ y también conducen a una reducción de la empatía de los médicos y a la exclusión social.¹⁷

El modelo biológico genera un pesimismo indebido sobre las posibilidades de recuperación y reduce los esfuerzos para cambiar, en comparación con una explicación psicosocial. Muchos pacientes describen la discriminación como más duradera e incapacitante que la psicosis en sí misma, y como una importante barrera para la recuperación.^{14,15} Los pacientes y sus familias sufren más estigma y discriminación por parte de los profesionales de la salud mental que cualquier otro sector de la sociedad, y más del 80% de las personas con la etiqueta de esquizofrenia piensan que el diagnóstico en sí es perjudicial y peligroso. Por lo tanto, algunos psiquiatras ahora evitan utilizar el término "esquizofrenia".¹⁵

Sharfstein admitió que "hay menos psicoterapia proporcionada por los psiquiatras que hace 10 años". Esto es cierto a pesar de la fuerte base de evidencia de que muchas psicoterapias son efectivas usadas solas o en combinación con medicamentos". Qué tragedia es esto. Este no es el progreso del que tanto escuchamos hablar.

Sharfstein no pudo resistir la tentación de jugar la carta de la "antipsiquiatría": "Respondiendo a los comentarios de la antipsiquiatría... uno de los cargos contra la psiquiatría... es que a muchos pacientes se les prescriben los fármacos equivocados o fármacos que no necesitan. Estos cargos son ciertos, pero no es culpa de la psiquiatría, es culpa del sistema de atención de salud roto que Estados Unidos parece estar dispuesto a soportar."

Por supuesto. Todos los daños que los psiquiatras causan por sobredosis a poblaciones enteras NUNCA son su culpa, sino de otros.

El psiquiatra Niall McLaren ha escrito un libro muy instructivo con muchas historias de pacientes que nos dicen que la ansiedad es un síntoma clave en la psiquiatría.¹¹ Si un psiquiatra o un médico de familia no realiza una historia muy cuidadosa, podrían pasar por alto que el actual episodio de angustia, que diagnostican como depresión, comenzó como ansiedad muchos años antes cuando el paciente era un adolescente. Por lo tanto, deberían haber tratado la ansiedad con terapia de conversación en lugar de repartir pastillas.

Niall ha desarrollado una forma estándar con la que se acerca a todos los nuevos pacientes para no pasar por alto nada importante. Lleva tiempo, pero el tiempo invertido inicialmente se recupera muchas veces y conduce a mejores resultados para sus pacientes que el enfoque estándar en psiquiatría.

Niall se interesa por la filosofía, pero se ha encontrado con una hostilidad extrema cuando ha desafiado a sus colegas preguntándoles cuáles eran los fundamentos de su modelo biológico de trastornos psiquiátricos. No hay ninguno. En sus propias palabras:¹¹

"Podemos olvidarnos de la psiquiatría biológica. El problema es que mucha gente tiene mucho dinero invertido en dar tratamientos biológicos para los trastornos mentales, y no lo dejarán sin luchar. Peor aún, hay un montón de psiquiatras académicos de alto nivel en todo el mundo que han invertido toda su carrera y sus egos (lo que es mucho peor), en afirmar que el trastorno mental es de naturaleza biológica. Lucharán tenazmente para salvar sus trabajos y sus reputaciones. Así que estamos atascados con la psiquiatría biológica por un tiempo. Sólo porque se haya probado que está mal no significa que se desvanecerá de la noche a la mañana. El valor de la psiquiatría biológica es que no es necesario hablar con un paciente más allá de hacer unas pocas preguntas estándar para averiguar qué enfermedad tiene, y eso puede ser fácilmente hecho por una enfermera armada con un cuestionario. Esto dará un diagnóstico que luego dictará los fármacos que debe tomar".

La psiquiatría biológica supone que existen diagnósticos específicos que resultan de cambios específicos en el cerebro, y que hay medicamentos específicos que corrigen estos cambios, que por lo tanto son beneficiosos. Vamos a ver estos supuestos uno por uno.

¿Son los diagnósticos psiquiátricos específicos y fiables?

Los diagnósticos psiquiátricos no son ni específicos ni fiables.^{4,6,18,19} Son altamente inespecíficos, y los psiquiatras discrepan ampliamente cuando se les pide que diagnostiquen a los mismos pacientes independientemente unos de otros. Hay pocos estudios de este tipo, y sus resultados fueron tan embarazosos para la Asociación Americana de Psiquiatría que los enterraron tan profundamente que se requirió de un extenso trabajo de detective para encontrarlos.¹⁹ El funeral se llevó a cabo en un humo de retórica positiva en artículos sorprendentemente cortos, dada la importancia del tema. Incluso el estudio más grande, de 592 participantes, fue decepcionante, aunque los investigadores tuvieron mucho cuidado en la formación de los asesores.²⁰

Los diagnósticos psiquiátricos no se basan en la ciencia, sino que son ejercicios de consenso en los que se decide a mano alzada qué síntomas deben incluirse en una prueba de diagnóstico.¹⁸ Este enfoque de lista de comprobación es como el conocido juego de salón *Encuentra Cinco Errores*. Una persona que tiene al menos cinco síntomas de los nueve es declarada deprimida.

Si buscamos lo suficiente, encontraremos "errores" en todas las personas. No hay nada objetivo y verificable en esta forma de hacer diagnósticos, que se derivan de una arbitraria constelación de síntomas. ¿Cuántos criterios y cuáles son los que votamos que deben estar presentes para hacer un diagnóstico determinado?

Doy muchas conferencias para diversos públicos, tanto profesionales como legos, y a menudo expongo a las personas a la prueba recomendada para el TDAH de adultos (trastorno de déficit de atención con hiperactividad).^{4,21} Nunca falla. Entre un tercio y la mitad de la audiencia da positivo en la prueba. Cuando le hice la prueba a mi esposa, ella obtuvo un full, lo cual es seis de seis criterios. Sólo se necesitan cuatro respuestas positivas al cuestionario para el diagnóstico. Una vez, cuando una de mis hijas y su novio nos visitaron para cenar, discutimos la estupidez de los diagnósticos psiquiátricos y para ilustrarlo, los sometí a la prueba. Mi hija sacó cinco puntos, como yo, y su relajado novio, del que nunca sospecharía que sería positivo, sacó cuatro. Así que éramos cuatro personas disfrutando de nuestra cena y compañía, todos con un diagnóstico psiquiátrico falso.

Mi pequeño ejercicio hace que la gente se dé cuenta de lo tonto y poco científico que es el diagnóstico psiquiátrico. Siempre le digo a la gente que estoy en el mismo barco que ellos y que no deben preocuparse sino estar contentos (*don't worry, be happy*), como dice la canción de Bobby McFerrin, porque algunas de las personas más interesantes que he conocido cumplen criterios para el diagnóstico de TDAH. Son dinámicos y creativos y tienen dificultad para sentarse quietos en sus sillas fingiendo que están escuchando si el ponente es aburrido. Sin embargo, los psiquiatras han tenido el descarado descaro de decirle al mundo entero que las personas con un diagnóstico de TDAH sufren de un "trastorno del desarrollo neurológico". Por ejemplo, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) utilizado en EEUU y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) utilizada en Europa, ambos dicen

esto.

Postular que miles de millones de personas tienen cerebros defectuosos es tan escandaloso como parece.

Una de las veces en que di una conferencia para "Better Psychiatry", una mujer del público dijo: "Tengo TDAH". Yo respondí: "No, no lo tiene. Puedes tener un perro, un coche o un novio, pero no puedes tener TDAH. Es una construcción social". Le expliqué que es sólo una etiqueta, no algo que existe en la naturaleza, como un elefante que todo el mundo puede ver. La gente tiende a pensar que obtiene una explicación para sus problemas cuando los psiquiatras les dan un nombre, pero esto es un razonamiento circular. Pablo se comporta de cierta manera, y le daremos a este comportamiento un nombre, TDAH. Pablo se comporta de esta manera porque tiene TDAH. Lógicamente, es imposible argumentar de esta manera.

A menudo he bromeado durante mis conferencias con el hecho de que también necesitamos un diagnóstico para aquellos niños que son *demasiado buenos en sentarse quietos* y no se hacen ver ni oír en clase. Esto se hizo realidad con la invención del diagnóstico TDA, trastorno por déficit de atención, sin hiperactividad. Desde ese día, he bromeado sobre cuánto tiempo debemos esperar antes de que también veamos un diagnóstico para los que están en el medio, porque entonces habrá un medicamento para todos y la industria farmacéutica habrá alcanzado su objetivo final, que nadie escape a ser tratado.

El diagnóstico de la depresión no es mucho mejor. Es muy fácil recibir este diagnóstico aunque no estés realmente deprimido, sino que solo te sientes un poco fuera de lo normal.⁴

Incluso los diagnósticos más serios son altamente inciertos. Mucha gente, en algunos estudios la mayoría de los individuos incluidos, han sido diagnosticadas erróneamente de esquizofrenia.⁴

Dada esta inmensa incertidumbre, desacuerdo y arbitrariedad, debería ser muy fácil deshacerse de un diagnóstico erróneo. Sin embargo es imposible, y no hay un tribunal de apelación como en los casos penales. Es como en la época medieval, donde la gente era condenada sin razón y sin posibilidad de apelación. Como verán en la sección sobre el tratamiento forzado del

capítulo 4, la ley está siendo violada de forma rutinaria, lo que no toleraríamos en ningún otro sector de la sociedad.

No parece importar si un diagnóstico es correcto o incorrecto. Te sigue por el resto de tu vida y puede dificultar la educación con la que sueñas, un trabajo, ciertas pensiones, la aprobación de la adopción o incluso conservar el carné de conducir.^{22,23} Además, se abusa frecuentemente de los diagnósticos psiquiátricos en los casos de custodia de niños cuando los padres se divorcian.²² Incluso cuando el diagnóstico es obviamente erróneo y la propia psiquiatra lo dudó seriamente en el momento de emitirlo, no se puede retirar.²³ Se te pega para siempre, como si fueras una vaca marcada.

La cineasta danesa Anahi Testa Pedersen dirigió la película "Diagnosticando la Psiquiatría"²⁴ sobre mis intentos de promover una mejor psiquiatría y sobre sus propias luchas con el sistema. Ella recibió el diagnóstico de esquizotipia, que es un concepto muy vago y altamente dudoso (véase el capítulo 5), cuando fue ingresada en una unidad de psiquiatría debido a una grave angustia por un divorcio. Era obvio que sufría de angustia aguda y que nunca debió haber recibido un diagnóstico psiquiátrico o haber sido tratada con fármacos, pero en la unidad le dieron quetiapina, un neuroléptico, y escitalopram, un fármaco para la depresión. Anahi se sorprendió profundamente al saber que aunque había contactado voluntariamente con la unidad de psiquiatría, las puertas estaban cerradas con llave detrás de ella. Cuando cuestionó su diagnóstico al ser dada de alta, se le dijo: "¡Aquí hacemos diagnósticos!"²² Los fármacos la doparon y la dejaron apática, y dejó de tomarlos.

Otra sorpresa llegó ocho años después cuando recibió una carta de Psiquiatría de la Región Capital. Querían examinar a su hija. Creían que los trastornos psiquiátricos son hereditarios y que, por lo tanto, es probable que los hijos de los enfermos mentales también enfermen.

Anahi se enfadó. Su hija está bien, feliz, sana y tiene muchos amigos. La citación llegó sin que se le preguntara sobre su evolución después del alta, o la situación y el bienestar de su hija, y la carta la estigmatizó tanto a ella como a su hija. Llamó a un psiquiatra del departamento donde había estado ocho años antes pero, aunque su médico de cabecera le aseguró que se encontraba bien y que era llamativo que la hubieran diagnosticado en el pasado, cuando dicho médico pidió al psiquiatra una nueva valoración el psiquiatra le dijo: "¡El sistema no hace eso!" Le dejaron con una sentencia

de por vida, aunque errónea. Esto no habría pasado si hubiera sido sentenciada erróneamente por un crimen, pero en psiquiatría, esto es perfectamente "normal".

El problema del “diagnóstico pegajoso” es una muy buena razón para *no* ver a un psiquiatra.

Kit de iniciación a la psiquiatría: fármacos para la depresión

Los pacientes y sus familiares comúnmente se refieren a los fármacos para la depresión como "Kit de iniciación a la psiquiatría". Esto se debe a que muchas personas comienzan su "curriculum" psiquiátrico consultando a su médico de familia con algún problema que muchos de nosotros tenemos de vez en cuando, saliendo de la consulta con una receta de un fármaco para la depresión, lo que les trae problemas.

Como ya se ha señalado, los fármacos para la depresión se suelen recetar para indicaciones no aprobadas, el llamado uso *off-label*. Cuando los problemas se acumulan, el médico de familia puede remitir al paciente a un tratamiento psiquiátrico. La mayoría de estos problemas son iatrogénicos (en griego, algo causado por un médico). Si se leen los prospectos de los fármacos para la depresión, que son fáciles de encontrar en una búsqueda en Google, por ejemplo, *duloxetina fda*, se verá que estos fármacos hacen que algunas personas se vuelvan hipomaníacas, maníacas o psicóticas en modos alternativos. Cuando esto sucede, es probable que el médico concluya que te has vuelto bipolar o que sufres de depresión psicótica y te dará otros medicamentos, por ejemplo, un neuroléptico, litio, un antiepiléptico o los tres, además del fármaco para la depresión.

Hay una superposición considerable entre los daños de los psicofármacos y los síntomas que los psiquiatras utilizan al hacer los diagnósticos, por lo que no tardará mucho en tener varios diagnósticos y estar tomando varios fármacos.^{2,4}

En 2015, fui invitado a dar una conferencia en un gran hospital de Dinamarca por la organización psiquiátrica de esa región. Rasmus Licht, catedrático de psiquiatría, dio una conferencia después de mí y hubo una discusión general. Rasmus es un especialista en el trastorno bipolar, y yo fui uno de los examinadores cuando defendió su doctorado sobre la manía 17 años atrás.

Le pregunté cómo podía saber, cuando hizo el diagnóstico bipolar en un paciente que recibió un medicamento para el TDAH, que no eran únicamente los daños del fármaco lo que vio, dado que son muy similares a los síntomas que los médicos usan cuando diagnostican el trastorno bipolar. Me quedé atónito cuando dijo que un psiquiatra era capaz de distinguir entre estas dos posibilidades. Decidí no entrar más en la discusión.

Rasmus dijo muchas otras cosas que no eran correctas, ilustrando lo que la psiquiatría hace a su propia gente. Cuando lo conocí, era un joven brillante que me impresionó. No lo había visto en todos esos años, y fue impactante ver cómo había asimilado todas las ideas equivocadas de la psiquiatría. Nos escribimos un poco después de manera muy amistosa, pero mis intentos de convencerle de que estaba equivocado fracasaron.

Una de las cosas que Rasmus escribió fue que "no importa lo que escribas, no se ha demostrado claramente que los antidepresivos puedan cambiar [sic] el trastorno bipolar. Hasta ahora se ha creído, por lo que se menciona en el CIE 10 y en el DSM IV, que si la manía sólo se produce cuando el paciente ha recibido un antidepresivo al mismo tiempo, habla en contra del trastorno bipolar, ya que se entiende que podría ser una manía inducida por el fármaco. Sin embargo, en cambio, el DSM 5 ha asumido las consecuencias de recientes estudios epidemiológicos y ha escrito que, aunque se produzca una manía durante el tratamiento con un antidepresivo, esta debe percibirse como algo verdadero, es decir, un trastorno bipolar primario. Así que, en este caso, usted habla en contra del conocimiento mejor establecido".

Me preguntaba cómo era posible que Rasmus creyera en esas tonterías. Es una tontería total postular que una manía que se produce durante el tratamiento con un fármaco para la depresión es un nuevo trastorno cuando bien podría ser un daño iatrogénico. No es más que un truco inteligente que los psiquiatras usan para distanciarse de los daños que causan y de su responsabilidad. Siempre es el paciente quien tiene la culpa, nunca nosotros o nuestros fármacos, es el mensaje que envían.

Rasmus debería haber criticado a los psiquiatras que elaboraron el DSM-5 de tal manera que fueran irreprochables. Piense también en Stine Toft cuya historia describí en el primer capítulo. Ella nunca ha sido maníaca, aparte del momento en que recibió un fármaco para la depresión.

He tenido muchas experiencias de este tipo, por lo que no veo ninguna esperanza en la psiquiatría. Las personas con problemas de salud mental deben consultar a profesionales que no los traten con psicofármacos, sino que los escuchen y los ayuden de otras maneras.²⁵

He descrito en otro lugar lo devastadora que es la ceguera autoinfligida de los psiquiatras ante la realidad, de cara a sus pacientes.⁴ El más prominente psiquiatra infantil americano, Joseph Biederman, es también uno de los más dañinos. Él inventó el diagnóstico de trastorno bipolar juvenil, y él y sus compañeros de trabajo hicieron un diagnóstico de bipolaridad en el 23% de 128 niños con TDAH.²⁶ Esta enfermedad era virtualmente desconocida antes de que Biederman entrara en escena, pero en sólo ocho años, de 1994-95 a 2002-03, el número de visitas médicas en los Estados Unidos para niños diagnosticados con trastorno bipolar aumentó 40 veces (un incremento del 3900%).²⁷

¿Los pacientes enferman debido a un desequilibrio químico en el cerebro?

No hay cambios químicos específicos en el cerebro que causen trastornos psiquiátricos. Los estudios que han afirmado que un trastorno mental común como la depresión y la psicosis comienzan con un desequilibrio químico en el cerebro no son fiables.⁴

Una diferencia en los niveles de dopamina entre los pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia y las personas sanas no puede decirnos nada sobre lo que inició la psicosis. Si una casa se incendia y encontramos cenizas, no significa que fueron las cenizas las que incendiaron la casa. Del mismo modo, si un león nos ataca, nos asustamos terriblemente y producimos hormonas de estrés, pero esto no prueba que hayan sido las hormonas de estrés las que nos asustaron. Las personas con psicosis han sufrido a menudo experiencias traumáticas en el pasado, por lo que deberíamos ver estos traumas como factores causales contribuyentes y no reducir el sufrimiento a algún desequilibrio bioquímico que, de existir, es

más probable que sea el resultado de la psicosis que su causa.²⁸

En un documento en el que se analizaban los 41 estudios más rigurosos se constató que las personas que habían sufrido adversidades en la infancia tenían 2,8 veces más probabilidades de desarrollar psicosis que las que no las habían sufrido ($p < 0,001$, lo que significa que la probabilidad de obtener ese resultado, o un número aún mayor que 2,8, cuando en realidad no hay relación, es inferior a una entre mil).²⁹ Nueve de los diez estudios que analizaron la relación dosis-respuesta la encontraron.²⁹ Otro estudio determinó que las personas que habían experimentado tres tipos de traumas (por ejemplo, abuso sexual, abuso físico y acoso) tenían una probabilidad 18 veces mayor de ser psicóticas que las personas que no habían sufrido abusos, y si habían experimentado cinco tipos de traumas, tenían una probabilidad 193 veces mayor de ser psicóticas (intervalo de confianza del 95%, 51 a 736 veces, lo que significa que el verdadero riesgo tiene una probabilidad del 95% de estar dentro del intervalo de 51 a 736 veces el riesgo de una persona que no ha estado expuesta a un trauma).³⁰

Esos datos son muy convincentes, a menos que seas un psiquiatra. Una encuesta realizada a 2813 psiquiatras del Reino Unido mostró que, por cada psiquiatra que piensa que la esquizofrenia está causada principalmente por factores sociales, hay 115 que piensan que está causada principalmente por factores biológicos.³¹

El mito de que un desequilibrio químico en el cerebro es la causa de los trastornos psiquiátricos es una de las mayores mentiras de la psiquiatría y también una de las más dañinas. Como se ha señalado anteriormente, ha existido por lo menos durante 65 años, desde que Himwich afirmó que los neurolépticos funcionan como la insulina para la diabetes.⁹ Parece imposible hacer desaparecer el mito, al ser tan útil para el gremio psiquiátrico mantenerlo. Les da una coartada para tratar a sus pacientes con fármacos dañinos y los hace parecer verdaderos doctores a la vista del público.

En 2019, Maryanne Demasi y yo reunimos información sobre la depresión a partir de 39 conocidos sitios web de 10 países: Australia, Canadá, Dinamarca, Irlanda, Nueva Zelanda, Noruega, Sudáfrica, Suecia, Reino Unido y Estados Unidos. Encontramos que 29 sitios web (74%) atribuían la depresión a un desequilibrio químico o afirmaban que los fármacos para la depresión podían arreglar o corregir dicho desequilibrio.³²

Tengo buenas razones para llamar a mi libro de psiquiatría de 2015

"Psiquiatría mortal y negación organizada".⁴ La negación, no sólo de la realidad sino incluso de la propia postura de la psiquiatría cuando se la desafía, es tan inmensa que la ilustraré con algún detalle, usando mi propio país como ejemplo. Es igual en todas partes, así que no importa si nunca has oído hablar de las personas que menciono.

En 2005, el catedrático de psiquiatría Lars Kessing y sus colegas publicaron una encuesta a 493 pacientes con trastorno depresivo o bipolar que mostró que el 80% de los pacientes estaban de acuerdo con la afirmación: "Los antidepresivos corrigen los cambios que se produjeron en mi cerebro debido al estrés o a problemas".³³ Diré más sobre Kessing en el capítulo 5, donde también describiré lo que sucede cuando los programas de televisión críticos intentan decir la verdad sobre la psiquiatría.³⁴⁻³⁶ En 2013, Thomas Middelboe, el presidente de la Asociación Psiquiátrica Danesa, describió el término desequilibrio químico como una metáfora que la psiquiatría ha captado en un intento de explicar las enfermedades cuyas causas son desconocidas:³⁷ "Es un poco tonto decir que la gente carece de una sustancia en el cerebro, pero desequilibrio químico... podría usar ese término. Estamos tratando con procesos neurobiológicos que están alterados".

En 2014, debatí con el catedrático de psiquiatría Poul Videbech en una reunión pública organizada por estudiantes de medicina. Después de explicar y documentar cuidadosamente por qué demasiadas personas están en tratamiento con fármacos para la depresión y sugerir que disminuiríamos la dosis de los medicamentos, Videbech dijo, frente a 600 personas incluyendo pacientes y sus familiares: "¿Quién le quitaría la insulina a un diabético?"

En 2015, la Psiquiatría de la Región Capital y el Consejo Conjunto de Sociedades Psiquiátricas celebraron una reunión con el título "Verdades o falsedades sobre los psicofármacos". La ocasión se dio ya que yo había iniciado un prolongado debate sobre los psicofármacos un año antes, cuando publiqué en un periódico diez mitos de la psiquiatría que son perjudiciales para los pacientes.⁴ El artículo también existe en inglés.³⁸ Oficialmente, el objetivo de la reunión era proporcionar "una evaluación neutral y sobria de los fármacos", pero su verdadero propósito era proteger el status quo. Hubo una larga introducción en la que no se mencionó mi nombre aunque yo era el motivo directo de la reunión, y no se me invitó a hablar. La psicóloga

Olga Runciman señaló que la historia sobre los trastornos mentales causados por un desequilibrio químico había muerto en el extranjero y preguntó si también había muerto en Dinamarca. Ninguno de los catedráticos de psiquiatría quiso responder, y el presidente no les pidió cuentas, ni siquiera después de que yo dijera dos veces que no habían respondido.

Ocho meses después, el día antes de que saliera mi libro de psiquiatría,⁴ hubo una larga entrevista conmigo en el periódico donde describí los diez mitos.³⁹ Destaqué que uno de los mayores mitos, que se le había dicho a más de la mitad de los pacientes,³³ es que sufren de un desequilibrio químico en el cerebro. También dije que muchos pacientes terminaban tomando fármacos el resto de sus vidas porque se les había engañado de esta manera o se les había dicho que sufrirían daños cerebrales si no tomaban los fármacos.

Videbech también fue entrevistado y dijo: "En contra de lo que se sabe, asigna a su oponente todo tipo de motivos injustos. Por ejemplo, sabemos desde hace 20 años que la teoría del desequilibrio químico en el cerebro para la depresión es demasiado simple. He escrito sobre esto en mis libros de texto durante muchos años. Por lo tanto, está totalmente fuera de los límites cuando a mí y a otros se nos asignan tales puntos de vista."

Bueno, en realidad no. El mito sobre el desequilibrio químico es sólo una cosa del pasado cuando se lo cuestiona. La catedrática de psiquiatría Birte Glenthøj también fue entrevistada y confirmó que el mito seguía vivo: "Sabemos por las investigaciones que los pacientes que sufren de esquizofrenia tienen en promedio un incremento en la formación y liberación de dopamina, y que esto está relacionado con el desarrollo de los síntomas psicóticos. El aumento de la actividad de la dopamina también se observa antes de que los pacientes reciban por primera vez la medicación antipsicótica, por lo que no tiene nada que ver con la medicación".

Dos semanas después de publicar mi libro de psiquiatría, la psiquiatra Marianne Geoffroy escribió en una desechable revista apoyada por la industria que utilicé fondos públicos para publicar libros privados no científicos, que ella comparó con los libros de la Cienciología. Afirmó que yo asustaba a los ciudadanos que sufrían de trastornos psiquiátricos para que no recibieran un tratamiento relevante.⁴⁰ En un comentario electrónico, el psiquiatra Lars Søndergård (ver más sobre él en el capítulo 5) dijo que no conocía a ningún psiquiatra que atribuyera las enfermedades mentales a un

"desequilibrio químico en el cerebro".

Otro psiquiatra, Julius Nissen, respondió: "He pasado mis muchos años en la psiquiatría hablando con mucha gente que ha recibido exactamente esta explicación y la comparación con la insulina, que es una sustancia que necesitan. Esta convicción hace que sea muy difícil motivarlos para que dejen los fármacos. Es precisamente porque ellos, durante la retirada, experimentan de facto un 'desequilibrio químico', ahora que el cerebro está acostumbrado a la sustancia. Por lo tanto, sienten que se confirma que la hipótesis es cierta dado que están enfermos, aunque son los efectos secundarios los que deben ser superados.

A principios de 2017, Videbech postuló de nuevo que cuando las personas están deprimidas, hay un desequilibrio en el cerebro.⁴¹ Me quejé al editor del Manual para Pacientes, que tiene carácter oficial en Dinamarca, de que Kessing y Videbech habían escrito en sus dos contribuciones que la depresión está causada por un desequilibrio químico.^{42,43}

No llegué a ninguna parte, por supuesto, pero sentí que era mi deber con los pacientes al menos intentarlo. Kessing y Videbech cambiaron algunas cosas menores e introdujeron nuevas afirmaciones que empeoraron sus artículos. Me quejé una y otra vez sin éxito, y la mentira sobre el desequilibrio químico continuó.

En su actualización, Kessing añadió que "se sabe que los medicamentos antidepresivos estimulan el cerebro para producir nuevas células nerviosas en ciertas áreas". Videbech escribió lo mismo, pero no había referencias. Si esto puede suceder, sólo significa que los fármacos para la depresión son dañinos para las células cerebrales, ya que el cerebro forma nuevas células en respuesta a una lesión cerebral. Esto está bien documentado, por ejemplo para la terapia de electroshock y los neurolépticos.⁷ Los principales psiquiatras consideran que sus pacientes son ignorantes, pero debo decir que el nivel de ignorancia entre ellos sobre su propia especialidad es asombroso.

Al igual que Kessing, Videbech sostuvo que el tratamiento con fármacos para la depresión puede ser de por vida, por ejemplo, si la depresión aparece después de los 50 años de edad. Nunca he oído hablar de ninguna evidencia científica fiable que apoye esto.

En 2018, un paciente escribió en un periódico:⁴⁴ "Cuando un psiquiatra me cambió la medicación... 'funcionó' engordando unos 20 kilos. Cuando quise dejar el fármaco, me dijo la mentira habitual: que tenía un

desequilibrio químico y necesitaba las pastillas. Así que continué... Mi madre siempre decía, "no vayas a la panadería a por carne". Y acudir a un doctor con formación médica con la esperanza de obtener respuestas a los problemas mentales es exactamente eso." Posteriormente, mi estudiante de doctorado Anders Sørensen le ayudó a dejar los fármacos.

¿Por qué necesitamos escuchar a los pacientes y no a los psiquiatras si queremos saber la verdad sobre los psicofármacos y el electroshock?^{4,23} Una paciente no podía recordar ni siquiera las cosas más comunes, como el nombre de la capital danesa, después de haber recibido electroshock.²³ Ella sufrió daños cerebrales permanentes y graves por los electroshocks que nunca debió haber recibido, pero le dijeron que era su "enfermedad", aunque no tenía ningún trastorno psiquiátrico; fue víctima de abuso sexual cuando era niña. Su libro es un relato aterrador de prácticamente todo lo que está mal en la psiquiatría,²³ así como el libro sobre una joven que los psiquiatras mataron con neurolépticos (véase el capítulo 4).^{4,45}

Antes de pasar a la cuestión sobre si los psicofármacos tienen efectos específicos y valiosos, de acuerdo con la doctrina de la psiquiatría biológica, expondré la idea de un desequilibrio químico con un poco de lógica.

Si la causa de la depresión es un déficit de serotonina y un fármaco que aumenta la serotonina funciona para la depresión, entonces no esperaríamos que un fármaco que disminuye la serotonina funcionara para la depresión. Sin embargo, este es el caso, por ejemplo, de la tianeptina.^{2,3} En términos más generales, parece que casi todo lo que causa efectos secundarios, que es lo que hacen todos los medicamentos, "funciona" para la depresión,⁸ incluidos varios medicamentos que no aumentan la serotonina, por ejemplo, la mirtazapina. Esta y otras pruebas que discutiré más adelante, sugieren que los fármacos para la depresión no funcionan para la depresión. Los pacientes creen que son útiles porque pueden sentir que algo está sucediendo en su cuerpo, y los psiquiatras se engañan a sí mismos.

Si la causa de la depresión es un déficit de serotonina, los ratones genéticamente modificados con menos serotonina cerebral deberían estar seriamente deprimidos, pero se comportan igual que otros ratones.⁴⁶

Si la causa de la depresión es un déficit de serotonina, los fármacos para la depresión deben actuar con bastante rapidez porque los niveles de monoamina en el cerebro aumentan en uno o dos días después del inicio del

tratamiento.⁴⁷ No lo hacen. La mejoría llega gradualmente, con muy poca diferencia entre el fármaco y el placebo y, reciban el fármaco o el placebo, por lo general pasan semanas antes de que los pacientes puedan sentir que su depresión ha desaparecido.^{4,48}

Si los fármacos para la depresión funcionan aumentando el nivel de serotonina, no se esperaría que funcionaran en enfermedades de las que nunca se ha afirmado que tengan algo que ver con la falta de serotonina, por ejemplo, la fobia social.⁴⁷ Cuando mi grupo de investigación revisó el tipo de diagnósticos que se habían investigado en los ensayos clínicos controlados con placebo de los fármacos para la depresión, contabilizamos 214 diagnósticos distintos, además de la depresión y la ansiedad.⁴⁹ Los ensayos fueron impulsados por intereses comerciales, centrándose en enfermedades prevalentes y problemas cotidianos hasta tal punto que nadie puede vivir una vida plena sin experimentar varios de los problemas para los que se probaron estos fármacos. Concluimos que los fármacos para la depresión son la versión moderna de la droga soma de Aldous Huxley, destinada a mantener a todos felices en "*Un Mundo Feliz*".

En 1996, Steven Hyman, ex director del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, señaló que los fármacos para la depresión no corrigen un desequilibrio químico en el cerebro sino que, por el contrario, crean un desequilibrio químico.⁵⁰ Por eso ocurre que tantas personas luchan por dejar los psicofármacos (ver capítulo 4). El mito del desequilibrio químico es muy perjudicial por otras razones. Hace creer a la gente que hay algo muy malo en ellos, y a veces incluso se les dice que es hereditario. El resultado es que los pacientes temen lo que sucedería si lo dejaran, incluso si realizan la disminución lentamente. Del mismo modo, el mito convence a los médicos de que tienen razón cuando convencen a sus pacientes de que tomen medicamentos que no les gustan o que temen.

La industria del medicamento y sus aliados pagados en la profesión psiquiátrica han traicionado al mundo entero, y la receta es simple. Tomas un fármaco y descubres que aumenta X, por ejemplo la serotonina, o baja Y, por ejemplo la dopamina. Entonces inventas la hipótesis de que las personas que tratas son deficientes en X o producen demasiado Y. No hay nada malo en plantear hipótesis. Así es como funciona la ciencia. Pero cuando tu hipótesis es rechazada, una y otra vez, no importa lo que hagas y lo ingenioso que seas y lo mucho que manipules tu diseño y los datos, es

hora de enterrar la hipótesis para siempre.

Esto no sucederá. El mito del desequilibrio químico no es una cuestión de ciencia, sino de dinero, prestigio e intereses gremiales.

¿Te imaginas a un cardiólogo diciendo: "Tienes un desequilibrio químico en tu corazón, así que necesitas tomar este fármaco durante el resto de tu vida", cuando no tiene ni idea de lo que está hablando?

¿Son los psicofármacos específicos y valen la pena?

Los psiquiatras dicen constantemente que usan fármacos con efectos específicos que son tan eficaces como muchos otros fármacos, por ejemplo, los que se usan para el dolor reumático y el asma.

En el caso de muchos psicofármacos, podemos saber a qué receptor principal del cerebro se dirigen, lo que resulta en el bloqueo o la potenciación del efecto de un neurotransmisor en particular, por ejemplo, la serotonina, la dopamina o el ácido gamma-aminobutírico (GABA).

Esto parece un efecto específico, como la insulina para la diabetes, pero no lo es. Si su nivel de azúcar en la sangre es muy alto, puede terminar en un coma hiperglucémico, que puede conducir a un daño cerebral permanente y a la muerte. Sin embargo, si se le trata con insulina, líquidos intravenosos y electrolitos, normalmente se recuperará completamente. El efecto es dramático y rápido.

Los antibióticos son también tratamientos muy específicos. Usted puede enfermar mortalmente si está infectado con estreptococos, pero puede recuperarse en una o dos horas, si recibe penicilina.

Los psicofármacos interactúan con varios receptores y hay receptores en otras partes del cuerpo, fuera del cerebro. Se han descrito más de cien neurotransmisores, y el cerebro es un sistema muy complicado, lo que hace imposible saber qué pasará cuando se altere este sistema con un fármaco.

Es revelador ver lo que sucede cuando las personas están expuestas a psicofármacos y otras sustancias activas para el cerebro. Hay similitudes notables, no importa qué fármaco o sustancia usemos, ya sean medicamentos con receta, narcóticos comprados en la calle, alcohol u opio. Los efectos comunes son el entumecimiento de los sentimientos, el embotamiento emocional, la somnolencia, la falta de control sobre los pensamientos, la menor preocupación por uno mismo y por los demás, y la

capacidad reducida o ausente de tener relaciones sexuales y de enamorarse.

Las sustancias psicoactivas alteran el cerebro y, si se deja de tomar un fármaco abruptamente, los síntomas de retirada también son notablemente similares, sin importar el fármaco que sea. También hay diferencias, pero está claro que los psicofármacos no tienen acciones específicas. Si se dan a voluntarios sanos o a animales, experimentarán los mismos efectos inespecíficos que los pacientes. Esto no es así para los fármacos específicos. Si le das penicilina a una persona sana, esa persona no mejorará y probablemente no sentirá nada.

Tenemos muchos medicamentos específicos que pueden aumentar la supervivencia. Antibióticos, antihipertensivos, estreptoquinasa para infartos, aspirina para prevenir nuevos infartos, factores de coagulación para personas con defectos de coagulación hereditarios, vitaminas para personas con graves deficiencias vitamínicas, hormonas tiroideas para el mixedema, y mucho más.

Los medicamentos psiquiátricos no pueden curar a las personas, sólo amortiguar sus síntomas, que se acompañan con muchos efectos nocivos. Y no salvan la vida de la gente; matan a la gente. He estimado, basándome en la mejor ciencia que he podido encontrar, que los psicofármacos son la tercera causa de muerte, después de las enfermedades del corazón y el cáncer.⁴ Tal vez no sean tan perjudiciales, pero no hay duda de que matan a cientos de miles de personas cada año. He estimado que sólo un fármaco neuroléptico, la olanzapina (Zyprexa), había matado a 200.000 pacientes hasta 2007.⁵¹ Lo que resulta particularmente entristecedor es que, con mucho, la mayoría de estos pacientes nunca deberían haber sido tratados con Zyprexa.

¿Quieren los psiquiatras escuchar esto? No. En octubre de 2017 impartí dos charlas como invitado en el 17º Congreso Mundial de Psiquiatría de la Asociación Mundial de Psiquiatría en Berlín. Cuando hablé sobre "La retirada de psicotrópicos" había alrededor de 150 psiquiatras en la audiencia. Quince minutos después, hablé sobre "¿Por qué son los psicofármacos la tercera causa de muerte después de las enfermedades cardíacas y el cáncer?" Acudieron tres de los más de 10.000 psiquiatras que asistieron al congreso, los cuales se negaron a dar entrevistas y evitaron cuidadosamente ser filmados por el equipo de grabación de documentales que me siguió, como

si estuviesen de camino a ver una película porno.

Lo primero que la gente experimenta cuando empieza a tomar un psicofármaco son sus daños. Pocas personas no experimentarán ningún daño. La reacción obvia a esto sería decirle a tu médico que no quieres el fármaco. Pero, conforme al guión de la psiquiatría, tu médico te convencerá de que continúes y te dirá que tardará un tiempo en hacer efecto y que los daños, a lo que los médicos llaman efectos secundarios porque suena mejor, serán menos molestos con el tiempo.

Así que sigues adelante. Incluso cuando te hayas recuperado, lo que habría ocurrido en la mayoría de los casos también sin fármacos, tu médico insistirá, según las guías basadas en estudios con muchas deficiencias que a menudo han sido escritos por médicos en nómina de la industria,⁴ en que debes continuar durante algunos meses más, a veces años, o durante el resto de tu vida.

En su artículo, "Los fármacos para la depresión, ¿curan o crean estados cerebrales anormales?", Joanna Moncrieff y David Cohen explican por qué es incorrecto el modelo centrado en la enfermedad que asume que los fármacos rectifican las anormalidades biológicas.⁵² Un modelo centrado en el fármaco es mucho más plausible. En este modelo, que no es un modelo sino la pura realidad, los fármacos psicotrópicos crean estados anormales que pueden casualmente aliviar síntomas. Los efectos desinhibidores del alcohol pueden aliviar los síntomas de la fobia social, pero eso no implica que el alcohol corrija el desequilibrio químico subyacente a la fobia social.

Los autores sostienen que un modelo basado en la enfermedad, como la insulina para la diabetes, podría considerarse establecido si:

la patología de las enfermedades o síntomas psiquiátricos se hubiera delineado independientemente de la caracterización de la acción del fármaco, y la acción del fármaco pudiera extrapolarse a partir de esa patología;

las escalas de valoración utilizadas para evaluar el tratamiento farmacológico en los ensayos clínicos detectaran con fiabilidad los cambios en las manifestaciones de un curso de enfermedad subyacente, más que detectar los efectos inducidos por los fármacos;

los modelos animales de las enfermedades psiquiátricas seleccionaran fármacos específicos;

los fármacos que se cree que tienen una acción específica en determinadas enfermedades demostraran ser superiores a los fármacos que se cree que tienen efectos no específicos;

los voluntarios sanos mostraran patrones de efectos diferentes o ausencia de los mismos, en comparación con los pacientes diagnosticados, ya que se esperaría que los fármacos ejercieran sus efectos terapéuticos sólo en un sistema nervioso anormal; y

el uso generalizado de fármacos supuestamente específicos para la enfermedad condujera a mejoras demostrables en los resultados a corto o largo plazo de los trastornos psiquiátricos.

Nada de esto es cierto para los psicofármacos. En una cadena circular de lógica, la teoría de las monoaminas de la depresión se formuló principalmente en respuesta a las observaciones de que los primeros fármacos para la depresión comercializados aumentaron los niveles de monoamina del cerebro. Las monoaminas incluyen la serotonina, la dopamina y la noradrenalina, pero no hay evidencia de que exista una anomalía de las monoaminas en la depresión.

Las escalas de valoración de la depresión, por ejemplo la escala de Hamilton,⁵³ contienen elementos que no son específicos de la depresión, como las dificultades para dormir, ansiedad, agitación y las quejas somáticas. Es probable que estos síntomas respondan a los efectos sedantes inespecíficos que se producen con muchos fármacos para la depresión y otras sustancias, por ejemplo el alcohol, el opio y los neurolépticos, que en ese caso también podrían considerarse fármacos para la depresión. Sin embargo, no prescribimos alcohol ni morfina a las personas con depresión ni los llamamos fármacos para la depresión.

Utilizando la escala de Hamilton, incluso los estimulantes como la cocaína, el éxtasis, las anfetaminas y los fármacos para el TDAH podrían ser considerados fármacos para la depresión. Casi todo podría. De hecho, muchos fármacos que no se consideran fármacos para la depresión muestran efectos comparables a estos, por ejemplo las benzodiazepinas, los opiáceos, la buspirona, los estimulantes, la reserpina y otros neurolépticos.⁵²

Los recientes y pronunciados aumentos en el uso de fármacos para la depresión han ido acompañados de una mayor prevalencia y duración de los

episodios depresivos y niveles crecientes de ausencia de enfermedad.⁵² En todos los países en que se ha examinado esta relación, el aumento del uso de psicofármacos ha ido acompañado de un incremento de las pensiones de invalidez por motivos de salud mental.³ Esto demuestra que los psicofármacos son perjudiciales.

1 Todos deberíamos contribuir a cambiar el discurso seriamente engañoso de la psiquiatría.

2 El término correcto para un "antidepresivo" es "fármaco para la depresión", ya que no hace ninguna promesa.

3 El término correcto para un "antipsicótico" es "tranquilizante mayor", ya que esto es lo que hace el fármaco a los pacientes, voluntarios sanos y animales. También puede ser llamado neuroléptico, que no hace ninguna promesa.

4 El término correcto para un fármaco "anti-ansiedad" es "sedante", ya que esto es lo que el fármaco hace a los pacientes, voluntarios sanos y animales.

5 El término correcto para los fármacos contra el TDAH es "speed con receta", ya que funcionan como las anfetaminas, y algunos de ellos son anfetaminas.

6 Los "estabilizadores del estado de ánimo" son como el unicornio. Dado que tal fármaco no existe, el término no debe ser utilizado.

Los ensayos con deficiencias han llevado a los psiquiatras por el camino equivocado

Las escalas de valoración utilizadas en los ensayos clínicos de psicofármacos controlados con placebo para medir la reducción de los síntomas, han hecho a los psiquiatras creer que los fármacos funcionan y que el efecto es específico para el trastorno que se está tratando. Sin

embargo, estos resultados no dicen nada acerca de si los pacientes se han curado o pueden llevar una vida razonablemente normal.

Además, los efectos medidos con estas escalas no son fiables. Prácticamente todos los ensayos clínicos de fármacos controlados por placebo en psiquiatría presentan deficiencias.^{4,54}

Como los ensayos clínicos tienen deficiencias, las revisiones sistemáticas de los ensayos también son deficientes, y las guías son deficientes. Incluso el proceso de aprobación de medicamentos es deficiente. Los reguladores de medicamentos no prestan suficiente atención a las deficiencias. Ni siquiera preguntan a las compañías farmacéuticas por los muchos datos o apéndices faltantes que, según los índices que proporcionan las compañías, deberían haber sido incluidos en sus solicitudes.⁵⁵

Síndrome de abstinencia en el grupo de placebo

En la gran mayoría de los ensayos, los pacientes ya estaban tomando un fármaco similar al que se está evaluando frente a placebo. Después de un corto período de lavado sin este fármaco, los pacientes son aleatorizados al nuevo fármaco o a placebo. Hay tres problemas principales con este diseño.

En primer lugar, los pacientes que se reclutan para los ensayos clínicos son aquellos que no han reaccionado de manera demasiado negativa al recibir dicho fármaco anteriormente.⁵² Por lo tanto, es probable que no reaccionen negativamente al nuevo fármaco, lo que significa que los ensayos subestimarán los daños de los psicofármacos.

En segundo lugar, cuando los pacientes que han tolerado un psicofármaco son aleatorizados a placebo, es probable que reaccionen de manera más negativa a este que si no hubiesen sido tratados anteriormente. Esto se debe a que los psicofármacos tienen una amplia gama de efectos, algunos de los cuales pueden ser percibidos como positivos, por ejemplo la euforia o el adormecimiento emocional.

Tercero, el síndrome de abstinencia que sufren algunos pacientes del grupo placebo los perjudica. Por lo tanto, no es sorprendente que el nuevo fármaco parezca ser mejor que un placebo. La introducción de períodos de lavado más prolongados no elimina este problema. Si las personas han sufrido daños cerebrales permanentes antes de entrar en los ensayos clínicos, los períodos de lavado no los pueden compensar, e incluso si ese no es el

caso, podrían sufrir síntomas de abstinencia durante meses o años.^{7,56,57}

Se han llevado a cabo miles de ensayos clínicos de neurolépticos, pero cuando recientemente mi grupo de investigación buscó ensayos controlados con placebo en psicosis que sólo incluyesen pacientes que no habían recibido tal fármaco anteriormente, sólo encontramos un ensayo clínico.⁵⁸ Era de China y parecía ser fraudulento. Por lo tanto, todos los ensayos clínicos aleatorizados controlados con placebo de fármacos neurolépticos en pacientes con trastornos del espectro de la esquizofrenia presentaban deficiencias, lo que significa que el uso de fármacos neurolépticos no puede justificarse sobre la evidencia de que disponemos actualmente.⁴

El primer ensayo clínico que no presentaba deficiencias se publicó el 20 de marzo de 2020,⁵⁹ setenta años después del descubrimiento del primer neuroléptico, la clorpromazina, que Rhône-Poulenc comercializó en 1953 bajo el nombre comercial Largactil, que significa amplia actividad.

Sin embargo, ni siquiera 70 años fueron suficientes para que los psiquiatras entrasen en razón. Aún no estaban preparados para extraer las consecuencias de sus resultados, lo que demuestra su resumen:⁵⁹

"Las diferencias de grupo fueron pequeñas y clínicamente triviales, lo que indica que el tratamiento con placebo no fue menos efectivo que el tratamiento antipsicótico convencional (Diferencia media = -0,2, intervalo de confianza del 95% a dos colas -7,5 a 7,0, $t = 0,060$, $p = 0,95$). En el contexto de un servicio especializado de intervención temprana, y con una corta duración de la psicosis no tratada, la introducción inmediata de medicación antipsicótica puede no ser necesaria en todos los casos de primeros episodios psicóticos para ver una mejoría funcional. Sin embargo, este hallazgo sólo puede generalizarse a una proporción muy pequeña de casos de PEP [primer episodio psicótico] en esta etapa, y se requiere un ensayo clínico más amplio para aclarar si puede recomendarse el tratamiento libre de antipsicóticos en subgrupos específicos de personas con PEP".

He traducido lo que esto significa para los que no tenemos intereses gremiales que defender:

"Nuestro estudio fue pequeño, pero es único porque sólo incluyó pacientes que no habían sido tratados con un neuroléptico previamente. Encontramos que los neurolépticos no son necesarios para los pacientes con psicosis no tratada. Esto es un gran progreso para los pacientes, ya que estos fármacos son altamente tóxicos y dificultan su vuelta a una vida normal.

Basándonos en la totalidad de la evidencia no puede justificarse el uso de neurolépticos en la psicosis. Los neurolépticos sólo deben ser usados en ensayos clínicos aleatorizados controlados por placebo en pacientes sin tratamiento previo".

Los autores de una revisión sistemática Cochrane de 2011 sobre neurolépticos para los episodios tempranos de esquizofrenia señalaron que la evidencia disponible no apoya la conclusión de que el tratamiento antipsicótico en un episodio temprano agudo de esquizofrenia sea efectivo.⁶⁰ Esta es una de las muy pocas revisiones Cochrane de fármacos psiquiátricos en las que se puede confiar.^{4,54} Existen enormes problemas con la mayoría de las revisiones Cochrane, por ejemplo, las revisiones Cochrane sobre esquizofrenia incluyen en un metaanálisis (que es un resumen estadístico de los resultados de varios ensayos clínicos) de forma rutinaria ensayos clínicos en los cuales falta la mitad de los datos.⁴ Esto es basura que entra y sale, con un pequeño y bonito logo de Cochrane, como dijo Tom Jefferson en una entrevista en el artículo "Cochrane, ¿un barco que se hunde?"⁶¹

Para averiguar durante cuánto tiempo se debe aconsejar a los pacientes que sigan tomando sus medicamentos, se han llevado a cabo los llamados estudios de mantenimiento, también llamados estudios de retirada. Estos estudios son muy engañosos debido a los efectos del síndrome de abstinencia. Un amplio metaanálisis de 65 ensayos clínicos controlados con placebo encontró que sólo tres pacientes necesitaron ser tratados con neurolépticos para prevenir una recaída después de un año.⁶² Esto parece muy impresionante, pero el resultado no es fiable de ninguna manera. El beneficio aparente del tratamiento continuado con neurolépticos disminuyó con el tiempo y fue casi nulo después de tres años. Por lo tanto, lo que se vio después de un año fue un daño iatrogénico, que fue descrito como un beneficio.

Cuando el seguimiento es superior a tres años, resulta que *discontinuar* los neurolépticos es la mejor opción. Sólo hay un ensayo clínico de mantenimiento adecuadamente planificado y llevado a cabo, realizado en Holanda. Tiene un seguimiento de siete años, y a los pacientes a los que se les redujo la dosis o que discontinuaron el tratamiento les fue mucho mejor que a los que continuaron tomando neurolépticos: 21 de 52 (40%) versus 9 de 51 (18%) se recuperaron de su primer episodio de esquizofrenia.⁶³

La interpretación que los psiquiatras destacados hacen de los estudios de mantenimiento de neurolépticos y fármacos para la depresión es que estos fármacos son altamente efectivos en prevenir nuevos episodios de psicosis y depresión, respectivamente,⁴ y que, por tanto, los pacientes deben seguir tomando los fármacos durante años o incluso de por vida.

Unos investigadores daneses trataron de repetir el estudio holandés, pero su ensayo fue abandonado porque los pacientes tenían miedo de lo que sucedería si no continuaban tomando sus fármacos. Un psiquiatra involucrado en el ensayo clínico fallido me habló de otro ensayo clínico recientemente retirado, llevado a cabo en Hong Kong.⁶⁴ Los investigadores trataron a los pacientes con un primer episodio con quetiapina (Seroquel) durante dos años; interrumpieron el tratamiento en la mitad de los pacientes introduciendo placebo; e informaron de los resultados a los diez años. Descubrieron que se produjo un resultado clínico deficiente en 35 (39%) de los 89 pacientes del grupo de discontinuación y en sólo 19 (21%) de los 89 pacientes del grupo con tratamiento de mantenimiento.

Inmediatamente sospeché que el ensayo presentaba deficiencias, ya que este resultado era exactamente opuesto al resultado holandés, y que habían disminuido el neuroléptico demasiado rápido y habían causado un síndrome de abstinencia. Como no había nada sobre su esquema de disminución en el artículo, busqué una publicación anterior, de los resultados a los tres años.⁶⁵ No habían reducido la dosis gradualmente; todos los pacientes aleatorizados a placebo fueron expuestos a un síndrome de abstinencia.

El informe de los diez años fue muy revelador: "Un análisis post-hoc sugirió que las consecuencias adversas de la interrupción temprana estuvieron mediadas en parte por una recaída temprana durante el período de un año posterior a la interrupción de la medicación."⁶⁴

Los investigadores definieron un resultado deficiente como una combinación de síntomas psicóticos persistentes, un requisito para el tratamiento con clozapina, o la muerte por suicidio. Llamaron a su ensayo doble ciego, pero es imposible mantener el cegamiento en un ensayo con síntomas de síndrome de abstinencia, y es altamente subjetiva la presencia de algún síntoma psicótico y la necesidad de administrar la clozapina. Me interesa mucho más si los pacientes vuelven a una vida normal, y una tabla mostró que después de diez años, el 69% de los que continuaron tomando su fármaco fueron empleados frente al 71% en el grupo de síndrome de

abstinencia, un resultado bastante notable considerando los daños iatrogénicos infligidos en este último grupo.

Considero que este ensayo es muy poco ético porque algunos pacientes se suicidan cuando experimentan los efectos del síndrome de abstinencia. Robert Whitaker ha demostrado que el diseño de este ensayo clínico es letal.^{1,66} Uno de cada 145 pacientes que entraron en los ensayos de risperidona (Janssen), olanzapina (Eli Lilly), quetiapina (AstraZeneca) y sertindol (Lundbeck) murieron, pero ninguna de estas muertes se mencionó en la literatura científica, y la FDA no les requirió que lo mencionasen. La tasa de suicidio en estos ensayos clínicos fue de 2 a 5 veces más alta que la norma.

No es de extrañar que AstraZeneca, que vende quetiapina, estuviese encantada de financiar un ensayo en Hong Kong que estaba seriamente sesgado a favor de su fármaco.⁶⁴

El intento de los investigadores de explicar lo que encontraron es impresionante. Escribieron que su resultado en el tercer año planteó la sugerencia de que "podría haber una ventana de tiempo o un período crítico durante el cual una recaída podría modificar la evolución". La plausibilidad de la existencia de tal ventana de tiempo entre el segundo y el tercer año es cero. Dado que es altamente variable cuándo un paciente recae o si recae, no puede existir tal ventana de tiempo. Los psiquiatras dañaron deliberadamente a la mitad de sus pacientes, pero llegaron a la conclusión de que no hicieron nada malo y que los culpables eran sus pacientes, o su enfermedad, o una "ventana de tiempo".

La falta de cegamiento

Debido a los evidentes efectos secundarios de los psicofármacos, los ensayos etiquetados como doble ciego no son doble ciego. Bastantes pacientes, y sus médicos, saben quién está recibiendo el fármaco y quién está recibiendo placebo.⁴ Solo son necesarios ligeros problemas en el cegamiento de un ensayo para que las pequeñas diferencias registradas puedan explicarse puramente por el sesgo en la evaluación de los resultados en una escala de calificación subjetiva.⁴

En los ensayos supuestamente doble ciego, los investigadores pueden informar de efectos positivos que solo existen en su imaginación. Esto

ocurrió en un famoso ensayo financiado por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos en 1964, que sigue siendo muy citado como evidencia de que los neurolépticos son efectivos. Se trata de un ensayo de 344 pacientes recién ingresados con esquizofrenia que fueron aleatorizados a fenotiazinas, como la clorpromazina, o a placebo.⁶⁷ Los investigadores informaron, sin ofrecer ningún dato numérico, que los fármacos reducían la apatía y hacían que los movimientos fueran menos retardados, exactamente lo contrario de lo que estos fármacos hacen a las personas, como los psiquiatras habían admitido una década antes.³ Los investigadores afirmaron un enorme beneficio para la participación social (tamaño del efecto de 1,02) y que los fármacos hacen que los pacientes sean menos indiferentes al entorno (tamaño del efecto de 0,50). Los fármacos hacen lo contrario. También afirmaron, sin datos, que el 75% frente al 23% mejoraron de forma notable o moderada y sugirieron que los fármacos ya no deberían llamarse tranquilizantes sino fármacos anti-esquizofrénicos. Su estudio contribuyó a dar forma a las creencias erróneas de que la esquizofrenia se puede curar con fármacos y que los neurolépticos deben tomarse indefinidamente.¹

Los neurolépticos no tienen efectos clínicamente relevantes sobre la psicosis. A pesar de los enormes sesgos, el síndrome de abstinencia, la falta de cegamiento y la financiación de la industria que implica la tortura de los datos hasta que confiesan,^{4,51} los resultados publicados han sido muy pobres.⁴ El menor efecto clínicamente relevante que puede estimarse corresponde a unos 15 puntos en la Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS)⁶⁸ comúnmente utilizada en los ensayos. Sin embargo, lo que se informó en los ensayos controlados con placebo de los recientes fármacos presentados a la FDA fue sólo 6 puntos,⁶⁹ aunque las puntuaciones mejoran fácilmente cuando alguien es abatido por un tranquilizante y expresa ideas anormales con menos frecuencia.⁹

Los fármacos para la depresión tampoco funcionan. El efecto más pequeño que se puede percibir en la escala Hamilton es de 5-6,⁷⁰ pero sólo se obtiene alrededor de 2 en ensayos con deficiencias.^{71,72}

Algunos metaanálisis han encontrado que el efecto de los fármacos para la depresión es mayor si los pacientes están gravemente deprimidos.^{71,73,74} Generalmente estos fármacos se recomiendan para la depresión grave y a veces también para la moderada. Sin embargo, los efectos reportados son

muy pequeños para todos los grados de depresión, por ejemplo, 2,7 para pacientes con una puntuación de Hamilton basal superior a 23, que se considera depresión muy grave,⁷⁴ y 1,3 para grados más leves.⁷¹ Además, es probable que el hecho de que el efecto parezca ser ligeramente superior en la depresión grave sea un artefacto matemático.⁷⁵ Dado que las puntuaciones basales para la depresión grave son mayores que para la depresión leve, cualquier sesgo influirá en el resultado medido en mayor medida en los pacientes con depresión grave que en aquellos con depresión leve. Si asumimos que, al estimar el efecto en el grupo del fármaco, el sesgo de no cegamiento es del 10% y, para simplificar el ejemplo, que en el grupo con placebo no hay sesgo y no hay mejora entre la situación basal y la visita final, entonces una puntuación basal en Hamilton de 25 seguiría siendo 25 después del tratamiento. Pero, debido al sesgo, habría una diferencia de 2,5 puntos entre el fármaco y el placebo. Si la puntuación basal fuera 15, esa diferencia sería sólo de 1,5.

El pequeño efecto de los fármacos para la depresión medido en ensayos con deficiencias desaparece si el placebo contiene atropina, que tiene efectos secundarios similares a estos fármacos, por ejemplo, sequedad de boca.⁷⁶ Dichos ensayos se hicieron hace muchos años, cuando los fármacos para la depresión eran los tricíclicos. Muchos psiquiatras dicen que estos son más eficaces que los nuevos fármacos para la depresión (pero también más peligrosos, que es por lo que son raramente usados). A pesar de ello, el efecto en siete ensayos con atropina en el placebo sólo correspondió a 1,3 puntos en la escala de Hamilton.⁷⁶ El "efecto" de los nuevos fármacos es de alrededor de 2,3 puntos, casi el doble.^{71,72}

Es muy fácil hacer que casi cualquier sustancia con efectos secundarios "funcione" para la depresión, incluidos los estimulantes.⁷⁷ Tres de los 17 items de la escala de Hamilton se refieren al insomnio, y ese aspecto por sí solo puede dar seis puntos en la escala,⁵³ o un "efecto" tres veces superior en ensayos sesgados. Y si una persona pasa de la máxima ansiedad a no ansiedad, se pueden ganar ocho puntos.

Resultados irrelevantes

¿Qué quieren lograr los médicos con los fármacos? Sobre todo, evitar los suicidios y las muertes por otras causas. Además, que los pacientes vuelvan

a una vida normal, con buenas relaciones sociales.

A veces, esto no se puede obtener. La mayoría de los pacientes a los que se les diagnostica de depresión viven vidas depresivas. Por ejemplo, están casados con la persona equivocada, tienen un jefe que los intimida, un trabajo tedioso o una enfermedad crónica, y difícilmente es el trabajo de los médicos tratar de sacarlos de este aprieto. Además, no hay pastillas para esto, pero a estas personas se les prescriben rutinariamente fármacos para la depresión, que se consideran la "solución" a los problemas de la vida.

Una puntuación en una escala de valoración no nos dice si el paciente está bien. Se han llevado a cabo más de mil ensayos controlados con placebo de fármacos para la depresión, pero no he visto ninguno que midiera si los pacientes se *curaron* con un fármaco, es decir, si volvieron a una vida productiva normal. Si existiera algún ensayo de este tipo, lo habríamos conocido. A no ser que demostraran que los fármacos empeoraron la situación y por tanto fueran enterrados en los archivos de la compañía.⁴

Según el manual de enfermedades de la Asociación Americana de Psiquiatría, DSM-5, la depresión mayor se presenta cuando el paciente presenta 5 o más de un total de 9 síntomas que "causan una angustia o afectación clínicamente significativa de las áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento". Dado el modo en que se define la alteración, no tiene sentido que los ensayos clínicos no utilicen estos resultados.

Un ensayo que utilizó dichas variables no resultó apropiado, ya que se trataba de un ensayo de retirada que sólo nos decía que los daños del síndrome de abstinencia que los psiquiatras causaban a los pacientes eran mayores para algunos fármacos que para otros.⁷⁸ Como era de esperar, los pacientes que tomaban fluoxetina (el producto del patrocinador, Eli Lilly) pudieron aguantar una interrupción corta del tratamiento durante el cual los pacientes recibieron placebo porque este fármaco tiene un metabolito activo con una vida media muy larga. La paroxetina tiene una vida media corta, e incluso tras saltarse una única dosis, se produjo un aumento estadísticamente significativo de los daños, que empeoraron durante los cinco días siguientes.

El ensayo de Lilly fue muy poco ético. Los síntomas de abstinencia después de la retirada de paroxetina fueron graves, lo cual era de esperar según las observaciones clínicas y un estudio previo similar también patrocinado por Lilly.⁷⁹ Los pacientes experimentaron "un empeoramiento

estadísticamente significativo de la gravedad de las náuseas, sueños inusuales, cansancio o fatiga, irritabilidad, estado de ánimo inestable o rápidamente cambiante, dificultad para la concentración, dolores musculares, sensación de tensión, escalofríos, problemas para dormir, agitación y diarrea durante la sustitución por placebo."⁷⁸ En el ensayo anterior de Lilly,⁷⁹ aproximadamente un tercio de los pacientes que tomaban paroxetina o sertralina experimentaron un empeoramiento del estado de ánimo, irritabilidad y agitación, y registraron un aumento en la puntuación de la escala Hamilton de al menos 8, que es la diferencia entre estar ligeramente deprimido y gravemente deprimido.⁷⁴

Lilly sacrificó a los pacientes por una ventaja comercial. Muchos pacientes sufrieron una depresión asociada a la abstinencia causada por el cruel diseño del ensayo, y los diversos daños que experimentaron aumentaron el riesgo de suicidio, violencia y homicidio.⁴ Esto se sabía mucho antes de que se llevara a cabo el ensayo.^{2,4,80} Como cabía esperar, "los pacientes tratados con paroxetina reportaron un deterioro estadísticamente significativo en el funcionamiento en el trabajo, las relaciones, las actividades sociales y el funcionamiento en general".⁷⁸

1 Si a usted se le pide que participe en un ensayo clínico con un psicofármaco, deberá investigar muy cuidadosamente de qué se trata y si es éticamente aceptable.

2 Pídale al médico toda la documentación, incluyendo el protocolo completo del ensayo y el cuaderno del investigador, que podría ser el único lugar donde se han enumerado los daños, también de los experimentos con animales.

3 Preste atención a los conflictos de intereses. ¿Se beneficiarán económicamente el médico o el departamento de llevar a cabo el ensayo?

4 ¿Se pondrán a disposición de los científicos y de los investigadores independientes los datos crudos anonimizados permitiéndoles hacer sus propios análisis? ¿Recibirán estos datos

todos los pacientes que los soliciten?

5 Asegúrese de obtener una confirmación por escrito antes de tomar una decisión. Si los datos no estarán disponibles, o si su médico se siente incómodo cuando usted lo pide, usted debería negarse a participar, publicando sus experiencias como un elemento disuasorio frente a las malas prácticas de la investigación y para advertir a otros pacientes.

Suicidios, otras muertes y otros daños graves

Es un secreto bien guardado cuántas personas mueren a causa de los psicofármacos, lo cual ha sido ocultado de muchas maneras.

La forma más fácil es ocultar las muertes bajo la alfombra, "para que no nos preocupemos", como se le dijo a un científico de Merck cuando fue desautorizado por su jefe.⁵¹ El científico había concluido que una mujer que tomaba el medicamento de Merck para la artritis, Vioxx (rofecoxib), había muerto de un ataque al corazón, pero la causa de la muerte se cambió a desconocida, también en el informe que Merck envió a la FDA. Otras muertes cardíacas repentinas con Vioxx desaparecieron antes de que se publicaran los resultados del ensayo. Cuando tantas muertes ya no pudieron ser ocultadas, Merck retiró Vioxx en 2004. He estimado que Vioxx mató a alrededor de 200.000 personas, la mayoría de las cuales ni siquiera habían necesitado el fármaco.⁵¹

El fraude con consecuencias letales es común en los ensayos con medicamentos^{4,51} y nuestras principales revistas médicas, en este caso concreto el *New England Journal of Medicine*, a menudo contribuyen de buen grado a él publicando ensayos con deficiencias y no tomando medidas cuando estas son claramente necesarias para salvar la vida de los pacientes.⁵¹

La psiquiatría no es una excepción. Sólo se publican aproximadamente la mitad de los suicidios y otras muertes que ocurren en los ensayos de psicofármacos.⁸¹

Otro gran problema es el síndrome de abstinencia en el grupo de placebo. Como prácticamente todos los ensayos adolecen de este defecto de diseño, subestimarán lo letales que los psicofármacos son.

Neurolépticos

Los neurolépticos son muy tóxicos y probablemente los más letales de entre todos los psicofármacos.⁴ Cuando quise averiguar cuán letales son, decidí concentrarme en los pacientes ancianos con demencia. Asumí que pocos de ellos estarían en tratamiento antes de haber sido aleatorizados y que habría suficientes pacientes para llegar a una conclusión porque muchos de ellos mueren, estando con o sin tratamiento.

Encontré un metaanálisis de ensayos controlados con placebo en demencia con un total de unos 5.000 pacientes.⁸² Después de tan solo diez semanas, el 3,5% había muerto mientras recibían uno de los nuevos neurolépticos, olanzapina (Zyprexa), risperidona (Risperdal), quetiapina (Seroquel) o aripiprazol (Abilify), mientras que el 2,3% había muerto con placebo. Así, por cada 100 personas tratadas durante diez semanas, se provocaba la muerte de un paciente con un neuroléptico. *Esta es una tasa de mortalidad extremadamente alta para un fármaco.*

Dado que en las investigaciones publicadas faltan en promedio la mitad de las muertes,⁸¹ busqué los datos correspondientes de la FDA basados en los mismos fármacos y ensayos. Como era de esperar, en las publicaciones se habían omitido algunas muertes, y las tasas de mortalidad eran ahora del 4,5% frente al 2,6%, lo que significa que los neurolépticos matan a dos pacientes de cada cien en sólo diez semanas.⁸³ También encontré un estudio finlandés con 70.718 personas no institucionalizadas y recientemente diagnosticadas de enfermedad de Alzheimer, que informó que los neurolépticos mataron de 4 a 5 personas por año en comparación con los pacientes que no fueron tratados.⁸⁴ Cuando los pacientes recibieron más de un fármaco neuroléptico, el riesgo de muerte se incrementó en un 57%. Como no se trataba de un ensayo aleatorizado, los resultados no son totalmente fiables pero, en conjunto, estos datos muestran una tasa de mortalidad tan grande que no recuerdo haber visto otro fármaco que los pacientes no necesiten y que sea tan letal.

¿Podemos extrapolar estos resultados a los jóvenes con esquizofrenia? Sí. En la asistencia sanitaria basada en la evidencia, basamos nuestras decisiones en la mejor evidencia disponible. Esto significa la evidencia más fiable, que corresponde a los datos indicados más arriba. Por lo tanto, en ausencia de otra evidencia fiable, tendremos que asumir que los neuro-

lépticos también son altamente letales para los jóvenes. Por lo tanto, no debemos usar los neurolépticos en nadie, también porque nunca se ha demostrado un efecto en la psicosis en ensayos fiables.

No necesitamos ir más lejos, pero aún así podría ser interesante. Según la FDA, la mayoría de las muertes en los pacientes con demencia parecen ser cardiovasculares (por ejemplo, insuficiencia cardíaca, muerte súbita) o infecciosas (por ejemplo, neumonía).⁸³ Los jóvenes que toman neurolépticos también suelen morir por causas cardiovasculares y de forma repentina. Y es de esperar que algunos de ellos mueran de neumonía. Los neurolépticos y el ingreso forzado en una unidad cerrada vuelve a la gente inactiva. Cuando permanecen inmóviles en su cama, el riesgo de neumonía aumenta. Los fármacos para la depresión, los sedantes/hipnóticos y los antiepilépticos también aumentan el riesgo de neumonía. Además, una unidad psiquiátrica cerrada no es un departamento de medicina interna, y si un paciente desarrolla neumonía mientras está tumbado como un zombi en una cama, podría pasar inadvertida.

Los psiquiatras son plenamente conscientes, y a menudo han escrito sobre ello, de que la vida de los pacientes con esquizofrenia es 15 años más corta que la de otras personas, pero no culpan a sus fármacos ni a sí mismos, sino a los pacientes.⁸⁴ Es cierto que estas personas tienen estilos de vida poco saludables y pueden abusar de otras sustancias, en particular del tabaco. Pero también es cierto que parte de esto es consecuencia de los fármacos que reciben. Algunos pacientes dicen que fuman porque contrarresta algunos de los daños de los neurolépticos, lo cual es correcto porque el tabaco aumenta la dopamina mientras que los fármacos la disminuyen.

También es indiscutible que los neurolépticos matan a algunos pacientes con esquizofrenia porque pueden causar enormes aumentos de peso, hipertensión y diabetes, pero ¿cómo de común es esto?

Cuando intenté averiguar por qué mueren los jóvenes con esquizofrenia, me enfrenté a una barricada cuidadosamente custodiada por el gremio psiquiátrico. Uno de los secretos mejor guardados de la psiquiatría es que los psiquiatras matan a muchos de sus pacientes con neurolépticos. Describí mis experiencias con los guardianes de la barricada en 2017, en el sitio web *Mad in America*: "La psiquiatría ignora a un elefante en la habitación,"⁸⁵ pero los acontecimientos sucesivos fueron aún peores.

Los grandes estudios de cohorte de personas con un primer episodio de psicosis ofrecen una oportunidad única para averiguar por qué mueren las personas. Sin embargo, como hay muy poca o ninguna información en estos estudios sobre las causas de la muerte, es necesario preguntar.

En el estudio TIPS, el 12% de los pacientes murieron en sólo 10 años

En 2012, Wenche ten Velden Hegelstad y 16 colaboradores publicaron los datos de seguimiento a 10 años de 281 pacientes con un primer episodio de psicosis (el estudio TIPS).⁸⁶ Aunque su edad media en la entrada al estudio era sólo de 29 años, 31 pacientes (12%) murieron en menos de 10 años. Sin embargo, el detallado artículo de los autores trataba sobre la recuperación y las puntuaciones de los síntomas.

No se interesaron por todas estas muertes, que aparecieron en un diagrama de flujo de los pacientes perdidos en el seguimiento y no fueron comentadas en ninguna parte de su artículo.

En el texto, mencionaron sólo 28 muertes (11%), así que ni siquiera estaba claro cuántos murieron. En marzo de 2017, escribí a Hegelstad y le pregunté sobre las causas de la muerte. La mayoría de los pacientes seguían tomando neurolépticos 10 años después de haber empezado, lo que consideré aterrador porque alrededor de la mitad de ellos habrían desarrollado discinesia tardía (un terrible trastorno del movimiento, a menudo irreversible pero enmascarado por el tratamiento en curso) y porque muchos, si no todos, habrían desarrollado un daño cerebral permanente en ese momento.

Envié un recordatorio diez días después y me dijeron que recibiría una respuesta en breve. Dos meses después, volví a escribir y mencioné que era importante para el mundo saber de qué habían muerto todos estos pacientes jóvenes. También pregunté si necesitábamos presentar una solicitud de Libertad de Información para obtener esta información.

Hegelstad respondió que estaban preparando un manuscrito detallando la información que había solicitado. El artículo salió al mes siguiente, en *World Psychiatry*, pero el número de muertes era ahora diferente al de su primer artículo, y la información que yo había pedido no estaba en ninguna parte.⁸⁷

Dos meses después, Robert Whitaker y yo escribimos al editor de *World Psychiatry*, el catedrático Mario Maj, pidiéndole su ayuda para obtener una comprensión única de por qué tantos pacientes habían muerto tan jóvenes. Confiábamos en que se aseguraría de que la información que los investigadores tenían en sus archivos se hiciera pública publicando nuestra breve carta al editor y pidiéndoles que respondieran. "Eso sería un gran servicio a la psiquiatría, a los pacientes, y a todos los demás interesados en este asunto de vital importancia".

Explicamos en nuestra carta que los autores habían informado de que 16 pacientes habían muerto por suicidio, 7 por sobredosis accidental u otros accidentes, y 8 por enfermedades físicas, incluyendo 3 por enfermedades cardiovasculares:

"Para intentar separar las causas iatrogénicas de muerte de las muertes causadas por el trastorno, necesitamos saber: ¿Cuándo se produjeron los suicidios? Los suicidios a menudo ocurren temprano, después de que los pacientes han salido del hospital,⁸⁸ y a veces son iatrogénicos. Un estudio del registro danés de 2.429 suicidios demostró que, en comparación con las personas que no habían recibido ningún tratamiento psiquiátrico en el año anterior, la tasa ajustada de suicidio era de 44 para las personas que habían sido ingresadas en un hospital psiquiátrico.⁸⁹ Por supuesto, cabría esperar que esos pacientes tuviesen un mayor riesgo de suicidio porque estaban más enfermos que los demás (confusión por indicación), pero los hallazgos fueron robustos y la mayoría de los posibles sesgos del estudio fueron en realidad conservadores, es decir, favorecieron la hipótesis nula de que no existía ninguna relación. Un editorial acompañante señaló que no cabe duda de que el suicidio está relacionado tanto con el estigma como con el trauma y que es totalmente plausible que el estigma y el trauma inherentes al tratamiento psiquiátrico —en particular si es involuntario— puedan causar suicidio.⁹⁰

¿Qué significa sobredosis accidental y otros accidentes? ¿Causaron los médicos una sobredosis o fueron los mismos pacientes los que se sobredosificaron por error, y qué tipo de accidentes se produjeron? Los psicofármacos pueden provocar caídas, que pueden ser mortales, y los suicidios a veces se codifican erróneamente como accidentes.⁹¹

Es sorprendente que 8 jóvenes hubiesen muerto por enfermedades físicas. ¿Cuáles fueron estas enfermedades exactamente y cuáles fueron las

enfermedades cardiovasculares? Si algunas de estas personas murieron repentinamente, podría ser porque los antipsicóticos pueden causar prolongación del QT".

Ocho días después, Maj nos dijo que, "Desafortunadamente, aunque es un escrito interesante, no es prioritaria para ocupar uno de los huecos que tenemos disponibles en la revista para las cartas."

Por lo tanto, no había espacio en la revista para nuestra carta de 346 palabras, no más larga que un resumen de revista, y no había interés en ayudar a los jóvenes a sobrevivir descubriendo lo que los mata a tan temprana edad. Así es como la psiquiatría tocaba fondo, protegiéndose a sí misma mientras literalmente mataba a los pacientes.

Cinco días después, apelé la decisión de Maj:

"Permítame añadir que las personas con las que he hablado en varios países sobre las muertes de jóvenes con esquizofrenia —psiquiatras, expertos forenses y pacientes— han coincidido todos en que necesitamos desesperadamente el tipo de información que le pedimos que se asegurara de que obteníamos del muy valioso grupo de pacientes de Melle y col. aparecido en su revista.

Existe la sospecha generalizada y bien fundamentada de que la razón por la que no hemos visto una relación detallada de las causas de muerte en cohortes como la del estudio TIPS de Melle y col. publicado en su revista es que los psiquiatras dan prioridad a la protección de sus intereses gremiales en lugar de proteger a los pacientes. Al negarse a publicar nuestra carta y sacar los datos que Melle y col. tienen en sus archivos, usted contribuye a esa sospecha. Anteriormente pedimos a uno de los investigadores, Wenche ten Velden Hegelstad, que nos proporcionase estos datos, pero el 10 de mayo de este año se nos dijo que se publicarían ... No se han publicado, pues lo que Melle y col. han publicado en su revista no es un relato adecuado de por qué murieron estos jóvenes.

Por lo tanto, le pedimos que se asegure de que estos datos salgan a la luz, para el beneficio de los pacientes. Creemos que es su deber profesional y ético —como editor de una revista y como médico— hacer que esto suceda. No se trata de los espacios que tiene disponibles en la revista para las cartas. Es una cuestión de priorización".

No volvimos a saber nada de Maj.

Al contrario que los autores del estudio TIPS, la catedrática danesa de psiquiatría Merete Nordentoft estuvo colaboradora cuando le pregunté sobre las causas de muerte de 33 pacientes después de 10 años de seguimiento en el estudio OPUS, también de pacientes con un primer episodio de psicosis.⁹² Mencioné específicamente que los suicidios, los accidentes y las muertes súbitas inexplicadas podrían estar relacionados con los fármacos. Nordentoft me envió una lista de las muertes y me explicó que la razón por la que las muertes cardíacas no estaban en la lista era probablemente porque los pacientes habían muerto muy jóvenes. En los certificados de defunción, había visto a algunos pacientes que simplemente habían caído muertos, uno de ellos mientras estaba sentado en una silla.

Así es como debe ser. La apertura es necesaria si queremos reducir las muchas muertes que ocurren en los pacientes jóvenes de salud mental, pero muy pocos psiquiatras son tan abiertos como Nordentoft. Le pregunté a Hegelstad sobre el conflictivo número de muertes y también le pedí detalles sobre las causas de muerte. No volví a saber nada de Hegelstad.

El TIPS recibió el apoyo de 15 financiadores, entre ellos el Consejo de Investigación de Noruega, el Instituto Nacional de Salud Mental de Unidos, tres empresas farmacéuticas (Janssen-Cilag, Eli Lilly y Lundbeck) y otros financiadores de Noruega, Dinamarca y Estados Unidos. Pedí a todos los financiadores información detallada sobre las muertes, haciendo hincapié en que los financiadores tienen la obligación ética de garantizar que se publique la información de gran importancia para la salud pública, que ha sido recogida en un estudio financiado.

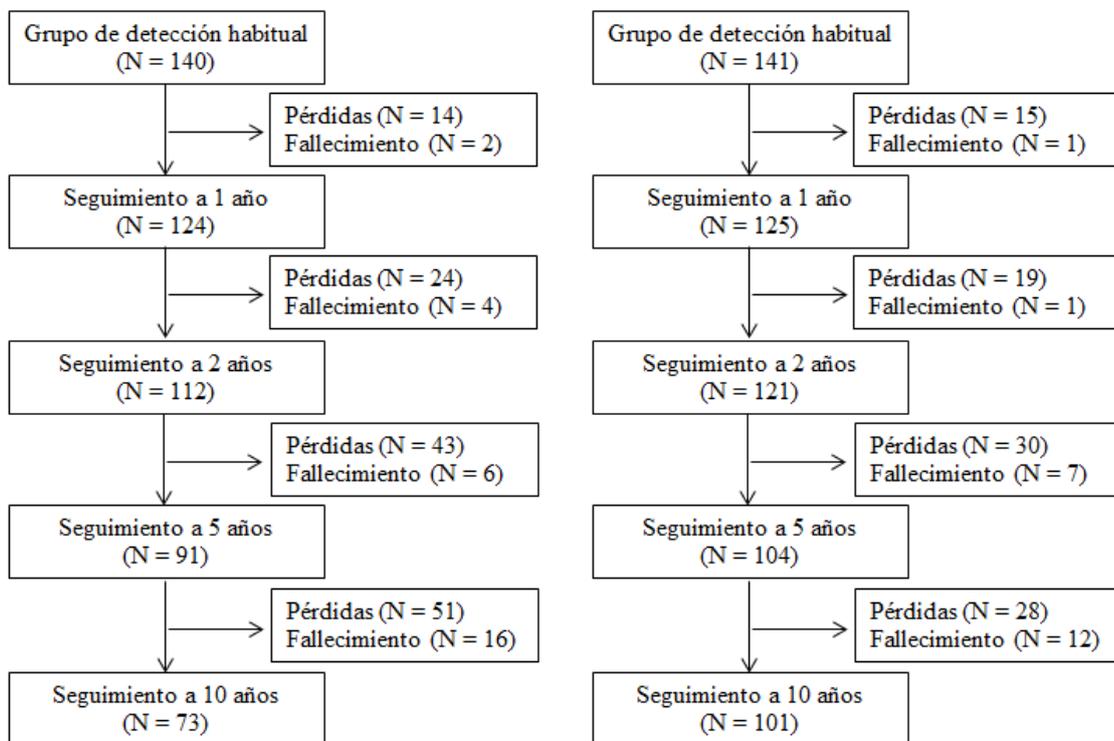
El silencio fue desalentador. En diciembre de 2017, el Consejo Noruego de Investigación publicó su política sobre hacer accesibles los datos de la investigación para otros investigadores, la cual no dejaba lugar a dudas de que esto debería ocurrir, sin demora, y a más tardar cuando los investigadores publicaran sus investigaciones.

Janssen-Cilag respondió: "Encontramos los datos de mortalidad publicados por Melle y col. 2017 en *World Psychiatry* plenamente satisfactorios". Tanto ellos como Eli Lilly nos animaron a contactar con los autores, lo cual era absurdo, pues yo había escrito a las empresas que los autores se habían negado a compartir sus datos con nosotros. Lundbeck no respondió.

Cinco meses después de haber escrito al Consejo de Investigación de Noruega, recibí una carta de Ingrid Melle a la que el Consejo pidió que me

respondiera. Me dijo que había leído mal la Figura 1 del documento original,⁸⁶ donde había contado 49 muertes. No lo había hecho. Su figura es seriamente engañosa porque los diagramas de flujo, por lo demás, siempre muestran el número de pacientes que se perdieron o murieron durante un estudio. He vuelto a dibujar la figura aquí:

Visión general de la participación de los pacientes en el estudio de seguimiento a largo plazo de la detección temprana de la psicosis



La razón por la que hubo 31 muertes en el artículo de Melle, y no 28, fue porque habían añadido 1-3 años de tiempo de observación, lo que no hizo exactamente más transparente lo que los investigadores habían estado haciendo.

Melle me envió una tabla, que no era particularmente informativa:

Tabla 1. Causas de muerte durante los primeros diez años después del inicio del tratamiento		
	N	%
Vivos	250	89
Suicidio	16	6
Suicidio confirmado; causas violentas	4	1,4
Suicidio confirmado; otros medios altamente letales	5	1,8
Suicidio confirmado; sobredosis u otras intoxicaciones	2	0,7
Suicidio confirmado; otros medios	2	0,7
Probable suicidio; sobredosis u otras intoxicaciones	3	1,1
Otras causas de muerte	15	5
Sobredosis accidental	5	1,8
Accidentes	2	0,7
Muerte natural, enfermedad cardiovascular	3	1,1
Muerte natural, otras enfermedades	2	0,7
Muerte natural por causas desconocidas	3	1,1

Melle explicó que la sobredosis accidental significa tomar demasiada cantidad de una sustancia ilegal, o una sustancia, o una sustancia demasiado fuerte por accidente, y que no se refiere a los fármacos bajo prescripción. Si la información sobre las sobredosis era ambigua, se definía como suicidio probable.

Esto era realmente interesante. ¿Por qué 16 jóvenes (6%) se suicidaron en sólo 10 años? ¿Y por qué esta información de vital importancia no fue explorada por los investigadores? No podemos concluir que fue su esquizofrenia la que los llevó al suicidio. Es más probable que se debiese a los fármacos que se les impusieron, a otros tratamientos forzados, a los ingresos involuntarios en unidades psiquiátricas, a la humillación, la estigmatización y la pérdida de la esperanza, por ejemplo, cuando se les dice

a los pacientes que su enfermedad es genética, o que puede verse en un escáner cerebral, o que es de por vida, o que requiere un tratamiento de por vida con neurolépticos. No me lo estoy inventando.⁴ Todo sucede, y algunos pacientes lo tienen todo. No es de extrañar que acaben con su vida cuando no hay esperanza.

Las sobredosis accidentales de fármacos también son de interés. El término es un poco tragicómico porque los pacientes con esquizofrenia están generalmente sobredosificados por parte de sus médicos con fármacos bajo prescripción y si además toman una droga ilegal, raramente podría decirse que fue la droga ilegal la que los mató y no los medicamentos bajo prescripción. Podría ser la combinación, y podría no haber sucedido si el paciente no se hubiera visto obligado a tomar neurolépticos y otros fármacos peligrosos, por ejemplo, fármacos para la depresión y antiepilépticos, que duplican el riesgo de suicidio (véase el capítulo 1).

Finalmente, hubo ocho muertes por "causas naturales". No es natural que una persona joven muera. Me hubiese gustado saber en detalle lo que pasó.

Puede ser "natural" para los psiquiatras que los jóvenes mueran en la psiquiatría, pero eso es porque los psiquiatras ignoran su propio papel en esto.

Escribí de nuevo al Consejo Noruego de Investigación, señalando que Melle me había dicho que los datos sobre las causas de muerte contenían toda la información disponible para los médicos que redactaron los certificados de defunción. Pedí ver esta información, en un formato anónimo. También señalé que los neurolépticos se habían utilizado generosamente en el estudio y que algunas o todas las muertes podrían haber sido causadas potencialmente por los fármacos que los pacientes tomaban, que a menudo implican la polifarmacia. Me pareció curioso, teniendo en cuenta la elevadísima tasa de mortalidad del 12% (véase la tabla 1), que los autores no hubiesen discutido si las muertes podrían haber sido causadas por los fármacos y no hubiesen informado de qué medicamentos estaban tomando los pacientes.

Finalmente, me di cuenta de que Melle me había preguntado: "Ya que escribes con el membrete del Centro Cochrane Nórdico, tengo curiosidad por saber si Cochrane tiene algún plan para hacer algo en esta área". Me di cuenta de que no entendí la relevancia de esta cuestión. ¿Por qué *no* iba a usar el membrete de mi propio centro?

No oí nada más. Pero el comentario inapropiado de Melle sobre el membrete de mi centro, que usaba en toda la correspondencia oficial, parecía haber sido parte de un esfuerzo concertado con el objetivo de destituirme de mi trabajo como director de Cochrane.³⁶

El acoso de los psiquiatras y de Cochrane

En mi carta a los 15 financiadores, el último párrafo fue:

"Puede considerar esto como una solicitud de Libertad de Información, lo que significa que si su organización no tiene información detallada sobre las muertes en el estudio TIPS, esperamos que su organización obtenga esta información de Hegelstad y nos la envíe. Cualquier otra cosa sería poco ética en nuestra opinión, y estamos convencidos de que los pacientes con trastornos psicóticos están de acuerdo con nosotros (Soy Protector de la *Hearing Voices Network* de Dinamarca)".

Esto parecería sencillo, pero el Instituto de Investigación Médica Stanley de Estados Unidos no me escribió. En su lugar, el psiquiatra Edwin Fuller Torrey, director asociado de investigación del instituto, se quejó de mí en dos cartas al CEO de la Colaboración Cochrane, el periodista Mark Wilson, donde, entre otras cosas, escribió:³⁶

La credibilidad de la Colaboración Cochrane se basa en la suposición de objetividad ... Dicha objetividad parece estar muy en duda para el Dr. Peter C. Gøtzsche que se identifica a sí mismo como el Director del Centro Cochrane Nórdico y como el Protector de la Hearing Voices Network de Dinamarca. Esta organización promueve la creencia de que las alucinaciones auditivas son sólo un extremo del espectro de comportamiento normal, lo que arrojaría dudas sobre la existencia de la esquizofrenia como enfermedad, y de que oír voces esté causado por traumas en la infancia, sobre lo que no hay evidencia sólida. Dada esta clara falta de objetividad, personalmente no encontraría creíble ninguna publicación Cochrane sobre enfermedades mentales.

Torrey también escribió que la *Hearing Voices Movement* anima a las personas que toman neurolépticos para su esquizofrenia a dejar de tomar su medicación, y que, "Es muy difícil imaginar cómo alguien con esos puntos de vista pudiese ser objetivo con respecto a un estudio Cochrane sobre antipsicóticos, impugnando así su credibilidad que es su activo más

importante".

Esto era extraño. ¿Cómo puede mi objetividad estar "muy en duda" cuando sólo pregunto por el número de muertes y sus causas? Además, en contra de las afirmaciones de Torrey, hay evidencias sólidas de que la psicosis está relacionada con traumas infantiles, con una clara relación dosis-respuesta.^{29,30}

Torrey también sacó la conclusión lógicamente falsa de que como soy protector de la *Hearing Voices Network*, ninguna publicación Cochrane sobre enfermedades mentales es creíble. No hay relación entre estas dos cosas. Aquí hay un extracto de un comentario que la Red me envió:

Discrepamos de los intentos de Torrey de desacreditar el Hearing Voices Movement para contribuir en su intento de desacreditar al catedrático Peter Gøtzsche. En 2016, invitamos a Gøtzsche a ser protector por su trabajo pionero en la investigación psiquiátrica. Nos sentimos honrados de tenerlo como nuestro protector. Creemos que los comentarios de Torrey hacia el Sr. Wilson sobre el hecho de que Gøtzsche sea nuestro protector rozan el ridículo cuando intenta desacreditar a toda la Colaboración Cochrane.

Pedimos que Torrey deje de usar la red como plataforma para insultar a un respetado catedrático además de a la Colaboración Cochrane. También sugerimos que considere disculparse por sus comentarios irrespetuosos sobre las personas que oyen voces.

El lema de la Colaboración Cochrane es "Evidencia fiable", el cual Wilson había exigido que todos utilizáramos, también en nuestros membretes, como si fuéramos una empresa farmacéutica y no una organización científica independiente registrada como una organización benéfica. También exigió que usáramos nombres cortos para nuestros centros, lo que creó una gran confusión entre los periodistas que a menudo escribían "Cochrane Nordic Centre", a pesar de que el nombre de mi centro era "Nordic Cochrane Centre:"



Trusted evidence. Informed decisions. Better health.

Nordic Cochrane Centre
Rigshospitalet, Dept. 7811
Blegdamsvej 9
2100 Copenhagen Ø, Denmark
Tel: +45 35 45 71 12
E-mail: general@cochrane.dk
www.nordic.cochrane.org

El lema de Cochrane es muy engañoso cuando se trata de sus revisiones sobre fármacos psiquiátricos. Como he explicado anteriormente, muy pocas de ellas son fiables.

Mi crítica al crimen organizado de la industria farmacéutica,^{4,51} los ensayos clínicos sobre psicofármacos y la sobreutilización de psicofármacos nunca fue popular en la sede de Cochrane después de que Wilson tomó el cargo en 2012 y cambió un movimiento de base idealista en un negocio con un enfoque en la marca y las ventas.³⁶ Los acosos de Wilson y su adjunto hacia mí fueron particularmente perjudiciales después de que publicara el artículo sobre diez mitos de la psiquiatría que son perjudiciales para los pacientes en 2014,³⁸ y cuando expliqué en el *BMJ* en 2015 por qué el tratamiento a largo plazo con psicofármacos causa más mal que bien.^{36,94}

Wilson también me intimidó en esta ocasión. En lugar de desestimar la queja de Torrey, que era lo correcto, Wilson me escribió que había roto la Política de Portavoces de Cochrane usando el membrete de mi centro y mi título y que esto llevaría razonablemente a cualquier lector a asumir que la petición era del Centro Cochrane Nórdico y que las opiniones expresadas eran las del centro. Wilson quería pedir disculpas a Torrey por "cualquier confusión en este sentido". Llama la atención que un matón quisiera pedir disculpas a otro matón cuando la persona entre los matones no había hecho nada malo.

El montaje fue ridículo, e incluso el propio abogado contratado por Cochrane no encontró que hubiera roto la política, ni en este caso, ni en otro caso similar que también era sobre psiquiatría,³⁶ pero esas nimiedades no importan para los matones. No había ningún problema, pero Wilson inventó uno. Estaba claro que la solicitud procedía del centro; que yo, como director, estaba autorizado a hablar en nombre de mi centro; e incluso mis opiniones eran compartidas por mi equipo. Además, mi carta no era un anuncio público, sino una carta a un financiador. Nadie podía "confundirse".

El abogado estadounidense Ryan Horath describió la farsa de esta manera:³⁶

Los líderes de Cochrane se obsesionaron por la utilización que Gøtzsche hizo del membrete del Centro Cochrane Nórdico para enviar esta solicitud. Y un gran número de personas parecen estar de acuerdo con la obsesión de la junta... JESUCRISTO, ¿QUÉ LES PASA A USTEDES? Un investigador

está haciendo averiguaciones sobre la supresión de información sobre los niños que murieron en un ensayo clínico ¿y todo el mundo está preocupado por el membrete que aparece escrito? ... Peor aún, está claro que la indignación por el uso del membrete de Cochrane es una indignación fingida, ya que se trataba de una carta privada. ¿Estaba Fuller Torrey confundido sobre si la carta representaba las opiniones de Cochrane? Aparentemente no ... En cambio, Torrey argumentó que Gøtzsche no era "objetivo" y esto dañó la reputación de Cochrane —algo totalmente diferente ... Por lo tanto, el uso de esta queja por parte de la dirección de Cochrane en su caso fue engañoso. La queja es sobre una cosa, y la usaron como evidencia de otra (falsa acusación). Así es como operan los juicios amañados.

¿Cuál es el balance final de los neurolépticos?

Incontables estudios poco fiables han sido inventados para fabricar un cuento de hadas sobre que los neurolépticos ayudan a la gente a sobrevivir a su psicosis. He diseccionado algunos de ellos en mi libro anterior.⁴ Tienen graves defectos y los pacientes que se están comparando —los que están tratados con neurolépticos y los que no —para empezar no son comparables. Particularmente un doctor finlandés, Jari Tiihonen, ha publicado un estudio engañoso tras otro.⁴

No preste atención a estos informes. Whitaker me escribió una vez que se requería una extraordinaria gimnasia mental por parte de los psiquiatras para concluir que estos fármacos, que causan obesidad, disfunción metabólica, diabetes, discinesia tardía, arritmias cardíacas letales, etc., protegen contra la muerte. Además, como se ha señalado anteriormente, los psiquiatras a menudo quitan a los pacientes la esperanza de vivir una vida normal. ¿Para qué molestarse en tener un estilo de vida saludable, si la vida nunca valdrá la pena? No son sólo los neurolépticos, a menudo en combinación con muchos otros psicofármacos, los que matan a los pacientes, sino todo el paquete que la psiquiatría les entrega.

Si los pacientes agudamente perturbados necesitan algo que les calme, las benzodiazepinas son mucho menos peligrosas e incluso parecen funcionar mejor.⁹⁵ Cuando he preguntado a los pacientes si preferirían una benzodiazepina o un neuroléptico la próxima vez que desarrollasen una

psicosis y sintiesen la necesidad de un fármaco, todos ellos han dicho que preferían una benzodiazepina. ¿Por qué no la reciben entonces?

1 Haga todo lo que pueda para evitar ser tratado con un neuroléptico.

2 Haga todo lo que pueda para evitar que alguien querido por usted sea tratado con un neuroléptico.

3 Si un médico insiste, dele al doctor una copia de mi libro y dígame que le demandará si el doctor le ignora.

4 Asegúrese de que puede documentar que ha advertido al médico, por ejemplo, grabando la conversación, trayendo un periodista a la reunión, o exigiendo una nota escrita del médico en el acto, no más tarde. Si los médicos se meten en problemas, a menudo niegan lo sucedido, e incluso pueden cambiar los registros escritos.⁴⁵

Fármacos para la depresión

Los fármacos para la depresión son el paradigma de la psiquiatría, los fármacos de los que más se habla y los más utilizados, en algunos países por más del 10% de la población.

Como se ha señalado, uno de los secretos mejor guardados de la psiquiatría es que los psiquiatras matan a muchos pacientes con neurolépticos. Otro secreto bien guardado es que también matan a muchos pacientes con fármacos para la depresión, por ejemplo, pacientes ancianos que pierden el equilibrio y se fracturan la cadera.^{4,96}

Los psiquiatras han luchado muy duramente para ocultar la terrible verdad que los fármacos para la depresión duplican el riesgo de suicidio, no sólo en niños sino también en los adultos.^{2,4,97-100} Los ensayos controlados por placebo son enormemente engañosos en este sentido, y se ha escrito mucho sobre cómo las compañías farmacéuticas han ocultado en sus informes publicados sobre los ensayos los pensamientos suicidas, la conducta suicida, los intentos de suicidio y los suicidios, ya sea ocultando los eventos bajo la

alfombra para que nadie los vea, o llamándolos de otra manera.^{2,4,101} Este fraude masivo es rutinario en las compañías farmacéuticas. En mi libro de psiquiatría de 2015 dediqué gran parte al fraude,⁴ por lo que aquí sólo mencionaré algunos resultados de investigaciones recientes.

Mi grupo de investigación descubrió que, en comparación con el placebo, los fármacos para la depresión duplican la incidencia de los eventos precursores de suicidio definidos por la FDA y la violencia en voluntarios adultos sanos;⁹⁷ que aumentan 2-3 veces la agresión en niños y adolescentes,⁵⁵ un hallazgo muy importante teniendo en cuenta los numerosos tiroteos en escuelas donde los asesinos tomaban fármacos para la depresión; y que aumentan el riesgo de suicidio y violencia 4-5 veces en mujeres de mediana edad con incontinencia urinaria de esfuerzo, a juzgar por los eventos precursores definidos por la FDA.⁹⁸ Además, el doble de mujeres experimentaron un evento psicótico central o potencial.⁹⁸

Los psiquiatras descartan los resultados de las investigaciones que van en contra de sus intereses. También han criticado nuestro uso de eventos precursores, pero no hay nada malo en ello. El uso de eventos precursores del suicidio y la violencia es similar al uso de factores de pronóstico para las enfermedades cardíacas. Como el fumar y la inactividad aumentan el riesgo de ataques al corazón, recomendamos a las personas que dejen de fumar y comiencen a hacer ejercicio.

Es cruel que la mayoría de los líderes psiquiátricos digan —incluso en la televisión nacional¹⁰² —que los fármacos para la depresión se pueden dar con seguridad a los niños porque no hubo un aumento estadísticamente significativo de los suicidios en los ensayos, sólo en los pensamientos y el comportamiento suicida, como si no hubiera relación entre ambos.⁴ Los psiquiatras recompensan a las compañías por su fraude mientras sacrifican a los niños. Todos sabemos que un suicidio comienza con un pensamiento suicida seguido de preparaciones y uno o más intentos.

Un psiquiatra estadounidense que argumentó que la conducta suicida no debería contar porque es "un subrogado inapropiado y no validado" se contradijo a sí mismo, ya que escribió en el mismo documento que "un antecedente de intento de suicidio previo es uno de los predictores más potentes de un suicidio completo", y también escribió que la tasa de suicidio es 30 veces superior en quienes ya lo han intentado que en quienes no.¹⁰³ Esta es una disonancia cognitiva total con consecuencias mortales para

nuestros hijos.

Cuando escribí mi libro de 2015, me quedó claro que los suicidios aumentan no sólo en los niños, sino también en los adultos, pero los numerosos análisis e informes eran confusos, ya que algunos habían hallado esto y otros no.⁴

El quid de la cuestión es que muchos intentos de suicidio y suicidios se dejan fuera de los informes. En 2019, encontré evidencia adicional de esto, cuando comparé una publicación de ensayo¹⁰⁴ con el correspondiente informe del estudio clínico de 1008 páginas presentado a los reguladores de medicamentos.¹⁰⁵ Los autores de la publicación no mencionaron que dos de los 48 niños que tomaban fluoxetina intentaron suicidarse frente a ninguno de los 48 niños que tomaban placebo. El primer autor, Graham Emslie, atribuyó falsamente la financiación del ensayo al Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, pero los datos de la FDA demostraron que el estudio fue patrocinado por el fabricante de la fluoxetina, Eli Lilly.¹⁰⁶

Los intentos de suicidio y los suicidios no sólo se ocultan durante el ensayo. En la mayoría de los casos, también se omiten cuando ocurren justo después de haber terminado la fase aleatorizada.⁴

Ensayos con sertralina en adultos; n: número de suicidios e intentos de suicidio; N: número de pacientes; seguimiento: tiempo después de la finalización de la fase aleatorizada; RR: riesgo relativo; CI: intervalo de confianza.

	Seguimiento	sertralina		placebo		RR (95% IC)
		n	N	n	N	
FDA 2006 ¹⁷	24 horas	7	6,950	7	6,047	0,87 (0,31 a 2,48)
Pfizer 2009 ⁸³	24 horas	5	6,561	8	5,480	0,52 (0,17 a 1,59)
Pfizer 2009 ⁸³	30 días	25	10,917	14	9,006	1,47 (0,77 a 2,83)
Gunnel 2005 ⁸⁴	> 24 horas	24	7,169	8	5,108	2,14 (0,96 a 4,75)

Cuando la FDA hizo un metaanálisis de la sertralina utilizada en adultos (Tabla 30 de su informe),¹⁰⁷ no encontró un aumento de suicidio, intento de suicidio o daño autoinfligido combinado, riesgo relativo 0,87, intervalo de confianza del 95% 0,31 a 2,48.

El propio metaanálisis de Pfizer encontró una reducción a la mitad de los suicidios e intentos de suicidio cuando se omitieron todos los eventos que ocurrieron más de 24 horas después de la finalización de la fase aleatorizada.¹⁰⁸ Sin embargo, cuando Pfizer incluyó los eventos que ocurrieron hasta 30 días después, hubo un aumento de los suicidios e intentos de suicidio de alrededor del 50%.

Un metaanálisis realizado en 2005 por investigadores independientes con datos de los reguladores farmacéuticos del Reino Unido obtuvo que se duplicaban los suicidios o las autolesiones cuando se incluían los acontecimientos ocurridos después de 24 horas.¹⁰⁹ Estos investigadores observaron que las empresas habían infranotificado el riesgo de suicidio en sus ensayos, y también encontraron que las autolesiones no mortales y la tendencia suicida estaban gravemente infranotificadas en comparación con los suicidios informados.

Otro metaanálisis realizado en 2005 por investigadores independientes de los ensayos publicados fue muy amplio, ya que incluía todos los fármacos (87.650 pacientes) y todas las edades.¹¹⁰ Encontró el doble de intentos de suicidio con fármaco que con placebo, odds ratio (que es el mismo que el riesgo relativo cuando los eventos son raros) 2,28, IC95% 1,14 a 4,55. Los investigadores denunciaron que debían de faltar muchos intentos de suicidio. Algunos de los investigadores del ensayo les respondieron que había intentos de suicidio que no se habían comunicado, mientras que otros respondieron que ni siquiera los habían buscado. Además, no se contaron los acontecimientos ocurridos poco después de que se interrumpiera el tratamiento activo.

La razón por la que es tan importante incluir los eventos suicidas que ocurren después de que haya terminado la fase aleatorizada es que refleja mucho mejor lo que sucede en la vida real, más que en un ensayo estrictamente controlado en el que los investigadores motivan a los pacientes a tomar cada una de las dosis del fármaco del ensayo. En la vida real, los pacientes se saltan las dosis porque olvidan llevar las pastillas para ir al trabajo, a la escuela o a una estancia de fin de semana, o introducen vacaciones terapéuticas porque las pastillas les han impedido tener relaciones sexuales (véase más abajo).

Lo que sucede cuando termina un ensayo difiere de uno a otro. A veces se ofrece a los pacientes el tratamiento activo, a veces sólo los pacientes

tratados continúan con el tratamiento activo, y a veces no hay tratamiento.

En 2019, dos investigadores europeos finalmente pusieron fin a la férrea negativa de los psiquiatras de que los fármacos para la depresión también son peligrosos para los adultos. Volvieron a analizar los datos de la FDA e incluyeron los daños que ocurrieron durante el seguimiento.⁹⁹ Fueron criticados y publicaron análisis adicionales.¹⁰⁰ Como otros investigadores, encontraron que los eventos de suicidio habían sido manipulados, por ejemplo, "se eliminaron dos suicidios erróneamente registrados en el grupo placebo del programa de aprobación de paroxetina".¹⁰⁰ Informaron del doble de suicidios en los grupos activos que en los grupos placebo, con un odds ratio de 2,48 (IC95% 1,13 a 5,44).

No debería haber más debate sobre si los fármacos para la depresión causan suicidios en todas las edades. Lo hacen. Incluso la FDA, que ha hecho todo lo posible para proteger a las compañías farmacéuticas que comercializan fármacos para la depresión^{2,4} se vio obligada a ceder cuando admitió en 2007, al menos indirectamente, que los fármacos para la depresión pueden causar suicidio en cualquier edad.^{4,111}

"Todos los pacientes que están siendo tratados con fármacos para la depresión para cualquier indicación deben ser monitorizados apropiadamente y observados de cerca para detectar un empeoramiento clínico, tendencias suicidas y cambios inusuales en el comportamiento, especialmente durante los meses iniciales de un curso de tratamiento farmacológico, o en momentos de cambios de dosis, ya sea aumentos o descensos. En pacientes adultos y pediátricos tratados con fármacos para la depresión se han notificado los siguientes síntomas: ansiedad, agitación, ataques de pánico, insomnio, irritabilidad, hostilidad, agresividad, impulsividad, acatisia (inquietud psicomotora), hipomanía y manía ... Se debe aconsejar a las familias y a los cuidadores de los pacientes que busquen la aparición de tales síntomas a diario, ya que los cambios pueden ser repentinos".

La FDA finalmente admitió que los fármacos para la depresión pueden causar locura en todas las edades y que los fármacos son muy peligrosos — de lo contrario no sería necesaria una monitorización diaria. Sin embargo, es necesario decir que la monitorización diaria es una falsa solución para un problema de fármacos mortales. No se puede monitorizar a las personas cada minuto, y muchas se han matado a sí mismas de maneras violentas, por

ejemplo, ahorcándose, disparándose, apuñalándose o saltando delante de un tren, poco después de que parecieran estar perfectamente bien para sus seres queridos.^{2,4}

Pero la negación organizada sigue sin detenerse.⁴ Dos años después del anuncio de la FDA, el gobierno australiano declaró: "El término "tendencia suicida" abarca la ideación suicida (pensamientos serios sobre quitarse la vida), los planes de suicidio y los intentos de suicidio. Las personas que experimentan ideación suicida y hacen planes de suicidio corren un mayor riesgo de intentos de suicidio, y las personas que experimentan todo tipo de pensamientos y conductas suicidas corren un mayor riesgo de completar el suicidio".¹¹²

Cierto, pero ¿por qué la tendencia suicida no incluye el suicidio? Si quiere averiguar lo peligroso que es el montañismo, e incluye las lesiones cuando las personas tienen pensamientos serios sobre escalar montañas y acuden a un centro de fitness, y las lesiones cuando planean escalar una montaña y cuando intentan hacerlo, ¿excluiría entonces las muertes por caídas? Por supuesto que no, pero esto fue lo que hizo el gobierno australiano. Mostraron la prevalencia de la suicidalidad a lo largo de la vida, dividida en ideación suicida, plan de suicidio e intento de suicidio, pero no había datos sobre suicidios.¹¹²

Hay un largo camino por recorrer. En nuestra revisión de 39 páginas web populares en 10 países que realizamos en 2018, encontramos que 25 declararon que los fármacos para la depresión pueden causar un aumento de la ideación suicida, pero 23 (92%) de ellas contenían información incorrecta, y sólo dos (5%) sitios web señalaron que el riesgo de suicidio es superior en personas de todas las edades.³²

Los fármacos para la depresión pueden causar violencia y homicidio.^{2,4} Pero este es también uno de los secretos bien guardados de la psiquiatría. Particularmente en Estados Unidos, los psiquiatras y las autoridades no le dirán al público si el perpetrador estaba tomando un fármaco para la depresión. Puede llevar mucho tiempo e involucrar solicitudes de Libertad de Información o demandas judiciales antes de que se revele algo.

Pasó bastante tiempo hasta que nos enteramos de que el piloto de German Wing que se llevó un avión entero con él cuando se suicidó en los Alpes, y que el conductor de autobús belga que mató a muchos niños al estrellar su

autobús contra un muro, también en los Alpes, tomaban antidepresivos.

Aunque sospechábamos graves infranotificaciones de daños en los informes de los estudios clínicos que examinamos —algunos resultados sólo aparecían en los listados de pacientes individuales en los apéndices, los cuales teníamos para sólo 32 de nuestros 70 ensayos, y no teníamos formularios de informes de casos para ninguno de los ensayos— encontramos acontecimientos alarmantes, que nunca se verán en las publicaciones de las revistas médicas.⁵⁵ Aquí hay algunos ejemplos:

Cuatro muertes fueron notificadas erróneamente por la compañía, en todos los casos favoreciendo el fármaco activo.

Un paciente que recibía venlafaxina intentó suicidarse por estrangulamiento sin previo aviso y murió cinco días después en el hospital. Aunque el intento de suicidio se produjo el día 21 de los 56 días de tratamiento aleatorizado, la muerte se calificó de acontecimiento posterior al estudio, ya que ocurrió en el hospital y el tratamiento se había interrumpido a causa del intento de suicidio.

Aunque las narrativas de los pacientes o los listados de pacientes individuales mostraban que eran intentos de suicidio, 27 de 62 de esos intentos fueron codificados como labilidad emocional o empeoramiento de la depresión, que es lo que se ve en las publicaciones, no los intentos de suicidio.

Un intento de suicidio (sobredosis intencional con paracetamol en un paciente que tomaba fluoxetina) fue descrito en las tablas de eventos adversos como "enzimas hepáticas elevadas", que es lo que se obtiene si se bebe un poco de alcohol.

Es de particular relevancia para los numerosos tiroteos escolares que los siguientes eventos en 11 pacientes que tomaban un fármaco para la depresión se incluyeran en la categoría de agresión en las narrativas de eventos adversos graves de los pacientes: amenaza homicida, ideación homicida, agresión, acoso sexual, amenaza de llevar un arma a la escuela, daños a la propiedad, golpeo de objetos domésticos, asalto agresivo, amenazas verbalmente abusivas y agresivas, y beligerancia.

La acatisia es una horrible sensación de inquietud interna, que aumenta el riesgo de suicidio, violencia y homicidio. Sólo pudimos identificar la acatisia si teníamos acceso a los términos literales, pero no obstante encontramos que, como la agresión, la acatisia se veía el doble de veces con los

fármacos que con el placebo. En tres ensayos con sertralina a los que tuvimos acceso tanto a los términos literales como a los términos predefinidos codificados, la acatisia se codificó como "hiperquinesia", y la codificación errónea parecía haber sido frecuente también en los ensayos con paroxetina, ya que no encontramos ni un solo caso de acatisia.

Para los fármacos de Eli Lilly, la fluoxetina y la duloxetina, comparamos nuestros hallazgos con los informes resumidos de los ensayos que están disponibles en la página web de la compañía.

En la mayoría de los casos, los eventos adversos sólo se mostraban si se producían en, por ejemplo, al menos el 5% de los pacientes. De esta manera, las empresas pueden evitar informar muchos daños graves. Encontramos que los eventos suicidas y los daños que aumentan el riesgo de violencia estaban gravemente infranotificados:

Sólo se documentaron 2 de 20 intentos de suicidio (17 con fármaco, 3 con placebo). Ninguno de los 14 eventos de ideación suicida (11 vs 3) fueron mencionados. Sólo se mencionaron 3 eventos de acatisia (15 vs 2).

La acatisia también se observa con otros psicofármacos, por ejemplo, los neurolépticos (véase más abajo). Akathisia es griego y significa incapacidad para mantenerse quieto. Los pacientes pueden comportarse de una manera agitada que no pueden controlar, y pueden experimentar una rabia insoportable, delirios y disociación.⁸⁰ Pueden caminar sin parar, moverse en sus sillas y estrujarse las manos —lo que se ha descrito como acciones que reflejan un tormento interior.¹ La acatisia no tiene por qué tener síntomas visibles, pero puede suponer una ansiedad e inquietud interior extrema, que es como se describe este daño en la información del medicamento Zyprexa. En un estudio, el 79% de los pacientes con enfermedades mentales que habían intentado suicidarse sufrían de acatisia.¹ Otro estudio informó que la mitad de todas las peleas de una unidad psiquiátrica estaban relacionadas con la acatisia,^{5,113} y un tercer estudio encontró que las dosis de moderadas a altas de haloperidol, un neuroléptico, volvieron a la mitad de los pacientes marcadamente más agresivos, a veces hasta el punto de querer matar a sus psiquiatras.¹

Dado que los fármacos para la depresión tienen efectos puramente sintomáticos y muchos daños, es muy importante averiguar lo que los

pacientes piensan sobre estos cuando sopesan los beneficios frente a los daños. Lo hacen cuando deciden si continúan en un ensayo hasta el final o lo abandonan.

Fue un trabajo enorme estudiar los abandonos en los ensayos controlados por placebo. Incluimos 71 informes de estudios clínicos que habíamos obtenido de las agencias de medicamentos de Europa y el Reino Unido, que tenían información sobre 73 ensayos y 18.426 pacientes. Nunca nadie, aparte de mi grupo de investigación, había leído antes las 67.319 páginas sobre estos ensayos, que ascienden a 7 m si se apilan. Pero valió la pena el esfuerzo; un 12% más de pacientes abandonaron el tratamiento mientras estaban bajo el efecto del fármaco que mientras estaban con placebo.¹¹⁴

Este es un resultado tremendamente importante. La opinión de los psiquiatras es que los fármacos para la depresión hacen más bien que mal,⁴ y la opinión de los pacientes es la opuesta. Los pacientes prefirieron el placebo aunque algunos de ellos fueron perjudicados por los efectos del síndrome de abstinencia. Eso significa que los fármacos son aún peores que lo hallado en los ensayos de retirada de la medicación.

Como teníamos acceso a los datos detallados, podíamos incluir en nuestros análisis pacientes que los investigadores habían excluido, por ejemplo, porque no se habían hecho algunas mediciones. Nuestro resultado es único y fiable, al contrario que las anteriores revisiones en las que se utilizaron principalmente datos publicados. No encontraron más abandonos con fármacos que con placebo,¹¹⁴ por ejemplo, una revisión grande de 40 ensayos (6391 pacientes) informó que los abandonos eran los mismos (riesgo relativo 0,99) cuando se comparaba la paroxetina con placebo.

A continuación decidimos examinar la calidad de vida en los mismos ensayos. Dado nuestro resultado de abandonos; el pequeño beneficio de los fármacos para la depresión que carece de relevancia para los pacientes; y los muchos y frecuentes daños de los fármacos, esperábamos que la calidad de vida fuera peor con los fármacos que con el placebo.

Quizás fuimos un poco ingenuos, porque ahora nos habíamos acercado demasiado a los secretos de los fármacos para la depresión. Lo que encontramos —o más bien no encontramos— fue impactante.¹¹⁵ La información sobre la calidad de vida relacionada con la salud era prácticamente inexistente. En cinco ensayos, no estaba claro qué instrumento se utilizó y no había resultados disponibles. Se incluyeron 15

ensayos (4.717 pacientes y 19.015 páginas de informes del estudio), una cantidad sustancial de datos en los que basar las conclusiones. Sin embargo, 9 de los 15 informes de estudios clínicos mostraron notificación selectiva y en los registros online de las compañías hubo notificación selectiva para los 15 ensayos. Recibimos 20 publicaciones de Eli Lilly y recuperamos 6 del registro de GlaxoSmithKline. Hubo notificación selectiva en 24 de las 26 publicaciones. A pesar de esta extensa notificación selectiva, sólo encontramos pequeñas diferencias entre el fármaco y el placebo.

Esto era más que una barricada; era sabotaje. Las compañías están obligadas a asegurar que lo que presentan a los reguladores de medicamentos para obtener la aprobación de comercialización es un relato honesto de lo ocurrido, y que no se han dejado de lado datos o información importantes. Nos preguntamos por qué los reguladores de medicamentos no han pedido a las empresas los datos faltantes.

Las pastillas que destruyen tu vida sexual se llaman pastillas de la felicidad

En el mundo al revés de la psiquiatría, las pastillas que destruyen tu vida sexual se llaman pastillas de la felicidad. La mitad de los pacientes que tenían una vida sexual normal antes de empezar a tomar fármacos para la depresión, verán su vida sexual alterada o imposibilitada.^{4,116} Los trastornos sexuales pueden llegar a ser permanentes y cuando los pacientes descubren que nunca más podrán tener relaciones sexuales, por ejemplo debido a la impotencia, algunos se suicidan.^{117,118} Cuando di una conferencia para psiquiatras infantiles australianos en 2015, uno de ellos dijo que conocía a tres adolescentes que tomaban fármacos para la depresión que habían intentado suicidarse porque no pudieron tener una erección la primera vez que intentaron tener relaciones sexuales.

Es tan cruel. Y aún así, la negación profesional es generalizada. Los pacientes son a menudo humillados o ignorados por sus médicos que se niegan a creerles. A algunos pacientes se les dice que tales complicaciones por fármacos para la depresión son imposibles, y a otros se les dan neurolépticos después de haberles dicho que su problema es psicossomático.¹¹⁸

Una paciente que había enviado un par de enlaces a estudios y revisiones sobre la disfunción sexual post-ISRS recibió esta respuesta: "Si desea tener tal 'síndrome' continúe con lo que está haciendo... lea estudios y revisiones oscuras en bases de datos oscuras y le puedo garantizar que ¡lo tendrá hasta el final de su vida!"

La mayoría de los pacientes que toman fármacos para la depresión sentirán que algo ha cambiado en sus genitales, y muchos se quejan de que mucho tiempo después de dejar las pastillas, sus emociones continúan adormecidas; además, tampoco les importa la vida o las otras personas como antes de las pastillas.

El catedrático de psiquiatría David Healy me ha dicho que algunos pacientes pueden frotar pasta de chile en sus genitales y no sentirla. En su trabajo como testigo experto, ha visto datos que nadie fuera de la industria farmacéutica ha visto nunca, que se sellan tan pronto como la compañía llega a acuerdos extrajudiciales con las víctimas. Healy ha descrito que, en algunos ensayos de fase 1 no publicados, que se realizan antes de que se pruebe un fármaco en pacientes, más de la mitad de los voluntarios sanos tenían una disfunción sexual grave que en algunos casos perduraba después de interrumpir el tratamiento.¹¹⁹

El entumecimiento de los genitales se utiliza en marketing. El fármaco para la depresión Priligy (dapoxetina) ha sido aprobado en la Unión Europea para el tratamiento de la eyaculación precoz.

Es interesante contrastar esto con la información proporcionada en los prospectos, por ejemplo, para Prozac (fluoxetina).¹²⁰ Desde el principio, se culpa al paciente y no al fármaco: "Los cambios en el deseo sexual, el rendimiento sexual y la satisfacción sexual suelen ocurrir como manifestaciones de un trastorno psiquiátrico". Igualmente, un científico de la FDA descubrió que Smith-Kline Beecham había ocultado los problemas sexuales con paroxetina culpando a los pacientes, por ejemplo, la anorgasmia femenina fue codificada como "Trastorno genital femenino".¹²¹

Healy envió una petición a Guido Rasi, director de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) en junio de 2019 firmada por un gran grupo de clínicos e investigadores. La EMA indicó que pediría a las empresas que mencionasen la disfunción sexual duradera en los prospectos de los fármacos para la depresión. Seis meses después, Healy envió una nueva carta a Rasi afirmando que las agencias de medicamentos habían respondido

que estas condiciones podrían derivarse de la enfermedad en lugar del tratamiento. Añadió: "La melancolía, que es muy rara, puede llevar a una disminución de la libido, pero el tipo de depresión para la que se dan los ISRS no disminuye la libido. De hecho, al igual que las personas se consuelan comiendo cuando tienen 'nervios', a menudo tienen más sexo en un intento de manejar su 'depresión'".

En el prospecto del envase,¹²⁰ Eli Lilly declaró que, "cierta evidencia sugiere que los ISRS pueden causar tales experiencias sexuales perjudiciales". No es *cierta* evidencia. Cuando miras *toda* la evidencia, queda suficientemente claro que estos fármacos arruinan la vida sexual de la gente.

Lilly continúa en modo negación: "Estimaciones fiables de la incidencia y gravedad de las experiencias adversas que involucran el deseo sexual, el rendimiento y la satisfacción son difíciles de obtener, sin embargo, en parte porque los pacientes y los médicos pueden ser reacios a comentarlas". Ya que disponemos de tales evidencias, ¿qué problema tiene Lilly en reconocer lo que muestran?

En los ensayos de Lilly,¹²⁰ "la reducción de la libido fue el único evento adverso sexual reportado por al menos el 2% de los pacientes que tomaron fluoxetina (4% fluoxetina, <1% placebo)". Si uno no pregunta, no verá los problemas. En un estudio cuidadosamente llevado a cabo, el 57% de 1022 personas que tenían una vida sexual normal antes de empezar a tomar un fármaco para la depresión experimentaron una reducción de la libido; el 57% tuvo un retraso en el orgasmo o la eyaculación; el 46% no tuvo orgasmo ni eyaculación; y el 31% tuvo una disfunción eréctil o una reducción de la lubricación vaginal.¹¹⁶ No había nada sobre esto en el prospecto de Lilly aparte de: "Ha habido notificaciones espontáneas de disfunción orgásmica, incluyendo anorgasmia, en mujeres que tomaban fluoxetina. No hay estudios adecuados y bien controlados que examinen la disfunción sexual en el tratamiento con fluoxetina. Los síntomas de disfunción sexual ocasionalmente persisten después de la interrupción del tratamiento con fluoxetina".

Algunos prospectos son más verídicos, por ejemplo para la venlafaxina:¹²² disminución de la libido 2%, eyaculación/orgasmo anormal 12%, impotencia 6%, y alteración del orgasmo 2%. Pero esto todavía está lejos de la verdad.

- 1 Si se siente deprimido, no acuda a su médico, quien muy probablemente le prescribirá un fármaco para la depresión.
- 2 Nunca acepte el tratamiento con un fármaco para la depresión. Es probable que haga su vida más miserable.
- 3 No crea nada de lo que le digan los médicos sobre los fármacos para la depresión. Es muy probable que sea erróneo.
- 4 Los fármacos para la depresión son peligrosos. Aumentan el riesgo de suicidio, violencia y homicidio en todas las edades.
- 5 Los fármacos para la depresión probablemente destruyan su vida sexual, en el peor de los casos de forma permanente.
- 6 Consulte a un psicoterapeuta. También puede considerar si necesita un trabajador social, consejero o abogado.

Litio

El litio es un metal altamente tóxico utilizado para el trastorno bipolar. Como la mayoría de los psicofármacos, seda a las personas y las vuelve inactivas. Las concentraciones séricas deben ser controladas cuidadosamente porque la toxicidad se produce con dosis cercanas a las concentraciones terapéuticas.

En los prospectos, se advierte a los pacientes y a sus familias de que el paciente debe suspender la terapia con litio y ponerse en contacto con su médico si experimenta diarrea, vómitos, temblores, ataxia leve (término no explicado, aunque pocos pacientes sepan que significa la pérdida de control sobre los movimientos corporales), somnolencia o debilidad muscular.

El riesgo de toxicidad por litio aumenta en los pacientes que padecen una enfermedad renal o cardiovascular importante, debilitamiento o deshidratación graves, disminución de sodio, y en los pacientes que reciben medica-

mentos que pueden afectar a la función renal como, por ejemplo, algunos antihipertensivos, diuréticos y medicamentos que alivian el dolor en la artrosis. Muchos medicamentos pueden modificar los niveles séricos de litio, el cual es por tanto muy difícil de utilizar con seguridad, conllevando una lista de daños graves larga y alarmante.¹²³

Los psiquiatras elogian este fármaco altamente peligroso, diciendo que funciona y previene el suicidio. Sin embargo, los psiquiatras que revisaron el litio en 2013 emitieron sus conclusiones con cautela.¹²⁴ Hubo seis suicidios en los ensayos clínicos, todos con placebo, pero los autores señalaron que la existencia de sólo uno o dos ensayos de tamaño moderado con resultados neutros o negativos podría cambiar sustancialmente sus hallazgos. La publicación selectiva de las muertes es siempre un problema, en particular en los ensayos antiguos, y la mayoría de los ensayos son antiguos. Además, a menudo se titulaba a los pacientes a la dosis más apropiada antes de que la mitad de ellos fueran abruptamente asignados a recibir un placebo.

Un psiquiatra sueco y yo hicimos nuestro propio metaanálisis excluyendo los ensayos con retirada súbita de la medicación. Sólo encontramos cuatro ensayos. Hubo tres suicidios en los grupos con placebo, y nueve frente a dos muertes a favor del litio, pero debido a los números pequeños y a los datos poco fiables (alrededor de la mitad de todas las muertes faltan en los ensayos con psicofármacos),⁸¹ no se llegó a ninguna conclusión firme.¹²⁵

¿Ayuda el litio? Soy reacio a usar los cuatro ensayos que encontramos para responder a esa pregunta. Tuvieron resultados muy subjetivos, como por ejemplo si los pacientes habían recaído o habían mejorado en cierta medida, y los ensayos deben haber sido cegados de forma deficiente porque los efectos secundarios del litio son muy pronunciados.

Si queremos saber lo que el litio hace a las personas, necesitamos grandes ensayos con algo en el placebo que produzca efectos secundarios para que sea más difícil romper el cegamiento y, después de que la fase con aleatorización termine, debería haber un seguimiento largo en el que se reduzca lentamente el litio a los pacientes, para que podamos ver cuáles son los daños a largo plazo. Ya sabemos que el litio puede causar daños cerebrales irreversibles.¹²³

Este es un fármaco que yo no recomendaría a nadie.

Medicamentos antiepilépticos

Como ya se ha señalado, los antiepilépticos duplican el riesgo de suicidio.¹²⁶ Los psiquiatras los usan mucho, pero, como la mayoría de los fármacos utilizados en psiquiatría, su principal efecto es suprimir la capacidad de respuesta emocional adormeciendo y sedando a las personas.⁵⁶

También, como la mayoría de los psicofármacos, se usan prácticamente para todo. He visto a muchos pacientes que entran por la puerta de la psiquiatría con variedad de "diagnósticos iniciales", y a todos se les termina prescribiendo un espantoso cóctel de fármacos entre los que se incluyen antiepilépticos.

No me sorprende que los psiquiatras piensen que los antiepilépticos "funcionan" para la manía, porque cualquier cosa que tumbe a las personas y las incapacite parece "funcionar" para la manía. Pero no es más que una camisa de fuerza química.

Los antiepilépticos no sólo sedan a las personas, también pueden tener el efecto contrario y convertirlas en maníacas¹²⁶ Los fármacos para la depresión también pueden hacer que las personas se vuelvan maníacas,¹²² pero esto no es deseable ya que suele dar lugar a una cascada de fármacos adicionales y peligrosos como los neurolépticos y el litio, que aumentan el riesgo de muerte y hacen muy difícil a los pacientes volver a llevar una vida normal. Además, los pacientes son ahora llamados bipolares aunque en realidad padezcan el daño de un medicamento.

Los medicamentos para la epilepsia tienen muchos otros efectos perjudiciales, por ejemplo, 1 de cada 14 pacientes que toman gabapentina desarrolla ataxia que, como se acaba de explicar, es una falta de coordinación voluntaria de los movimientos musculares.

Los psiquiatras llaman a estos horribles fármacos "estabilizadores del estado de ánimo", que no es lo que hacen, y nunca han aclarado el significado preciso de este término.⁹ Busqué en Google el significado de *estabilizadores del estado de ánimo*: "Los estabilizadores del estado de ánimo son psicofármacos que ayudan a controlar los cambios entre la depresión y la manía... comúnmente utilizados para tratar a personas con trastorno bipolar y a veces a personas con trastorno esquizoafectivo y trastorno límite de la personalidad".

Bueno, se usan para muchas otras cosas, y prácticamente todos los

pacientes con un "currículum" psiquiátrico los reciben. Justo debajo de esa entrada de Google pude leer que los estabilizadores del estado de ánimo no sólo incluyen antiepilépticos y litio, sino también asenapina, que es un neuroléptico. Por lo tanto, estabilizador del estado de ánimo parece ser un término flexible. Se olvidaron de mencionar el alcohol y el cannabis, tal vez porque no son medicamentos de venta con receta, y por lo tanto no tienen interés comercial para la industria farmacéutica.

A menudo me he encontrado con pacientes que toman el antiepiléptico lamotrigina. Sólo se publicaron dos ensayos positivos para este fármaco, mientras que siete grandes ensayos negativos no fueron publicados.¹²⁷ Dos ensayos positivos es todo lo que se necesita para la aprobación de la FDA y la agencia considera los otros como ensayos fallidos, aunque nosotros en realidad veamos un medicamento fallido. Es necesario tener una imaginación muy viva para concebir lo que sucede en las agencias de medicamentos, y lo mucho que están dispuestas a hacer para dar cabida a los intereses de la industria farmacéutica.⁵¹ La conclusión es que la regulación de los medicamentos no funciona. Si lo hiciera, nuestros medicamentos de prescripción no serían la tercera causa de muerte¹²⁸⁻¹³⁸ y nuestros psicofármacos no se habrían acercado al récord.⁴

La cantidad de fraude en los ensayos clínicos en esta área es enorme.⁴ Usted no debería creer nada de lo que lea. A menos que padezca epilepsia olvídense de estos fármacos y, si los toma, busque ayuda para dejarlos, lo más rápido posible.

Fármacos para el constructo social llamado TDAH

Nunca he oído hablar de un psicofármaco que se use principalmente a corto plazo. Todos ellos, incluso las benzodiazepinas, se usan durante años en la mayoría de los pacientes, y los fármacos para el constructo social llamado TDAH no son una excepción.

Estos fármacos son estimulantes y funcionan como la anfetamina; de hecho, algunas de ellas *son* anfetamina. La forma en que la OMS las describe es interesante.¹³⁹ Bajo el título "Gestión del abuso de sustancias: estimulantes de tipo anfetamínico", dicen:

"Los estimulantes de tipo anfetamínico se refieren a un grupo de medicamentos cuyos principales miembros incluyen la anfetamina y la

metanfetamina. Sin embargo, en este grupo también se incluyen otras sustancias como la metcatinona, fenetilina [sic], efedrina, pseudoefedrina, metilfenidato y la MDMA o "éxtasis", un derivado de tipo anfetamínico con propiedades alucinógenas. El uso de los estimulantes de tipo anfetamínico es un fenómeno mundial creciente, y en los últimos años se ha producido un pronunciado aumento de su producción y utilización en todo el mundo. En el último decenio, el abuso de estimulantes de tipo anfetamínico se ha infiltrado en la cultura dominante de algunos países. Los jóvenes, en particular, parecen tener un sentido sesgado de la seguridad de estas sustancias, creyendo erróneamente que son seguras y benéficas... la situación actual merece una atención inmediata".

El "cristal" es el nombre común de la metanfetamina de cristal, una droga potente y altamente adictiva. En 2017, cerca del 0,6% de la población de los EEUU. reconocía que había consumido metanfetamina en el último año.¹⁴⁰ El uso de estimulantes con receta médica fue del 0,8% de la población danesa, también en 2017.

¿Por qué, entonces, la OMS no menciona una sola palabra de que el creciente uso de estimulantes prescritos con receta es también un gran problema? ¿Por qué este doble estándar?

En 2017 se produjeron en los Estados Unidos 10.333 muertes por sobredosis de medicamentos relacionados con los estimulantes,¹⁴⁰ en comparación con sólo 1.378 en 2007.

La metanfetamina se considera particularmente peligrosa. No sabemos cuántas personas mueren a causa de los estimulantes que se venden con receta, pero sí sabemos que niños consumidores de estos medicamentos han muerto repentinamente en el aula.

También sabemos que los estimulantes aumentan el riesgo de violencia,¹²⁹ lo que no es sorprendente, dados sus efectos farmacológicos. Pero los psiquiatras dicen lo contrario. Los he oído argumentar muchas veces, también en una audiencia en el Parlamento danés, que Ritalin® (metilfenidato) protege contra el crimen, la delincuencia y el abuso de sustancias. Esto no es cierto —en todo caso, hacen lo contrario.¹⁴²

Como en el caso de otros psicofármacos, los efectos a largo plazo son perjudiciales.⁴ Esto se demostró en el gran ensayo clínico MTA de EEUU. que aleatorizó a 579 niños e informó de los resultados después de 3, 6, 8 y 16 años.¹⁴²⁻¹⁴⁶ Después de 16 años, los que tomaban con regularidad sus

medicamentos eran 5 cm más bajos que aquellos que los tomaban con poca frecuencia, y había muchos otros daños.¹⁴⁶ Sólo podemos especular acerca de qué efectos permanentes podrían tener estos fármacos en los cerebros en desarrollo de los niños.

A corto plazo estos fármacos pueden hacer que los niños se queden quietos en clase, pero ese efecto desaparece bastante rápido. Los daños a corto plazo incluyen tics, espasmos y otros comportamientos similares a síntomas obsesivos compulsivos, todos los cuales pueden llegar a ser bastante comunes.^{9,147} Los estimulantes reducen la actividad mental y conductual espontánea en general, incluido el interés social, lo que conduce a apatía o indiferencia, y muchos niños —más de la mitad en algunos estudios— desarrollan depresión y conductas compulsivas sin sentido.^{56,148}

Los estudios con animales han confirmado esto¹⁴⁸ y hemos documentado otros daños, por ejemplo, que los medicamentos perjudican la reproducción incluso después de que estos se les retiraran a los animales.¹⁴⁹

En la escuela, el comportamiento compulsivo es a menudo malinterpretado como una mejora, aunque el niño pueda simplemente copiar obsesivamente todo lo que se muestra en la pizarra sin aprender nada. Algunos niños desarrollan manías u otras psicosis,^{56,150} y los daños de los fármacos se confunden a menudo con un empeoramiento de la construcción social denominada "enfermedad", que conduce a diagnósticos adicionales, por ejemplo, depresión, trastorno obsesivo compulsivo o bipolar - y fármacos adicionales, que conducen a la cronicidad.¹⁴⁸

Los ensayos de medicamentos para el TDAH están sesgados en un grado excepcional, incluso según los estándares psiquiátricos, y por lo tanto la mayoría de las revisiones sistemáticas de los ensayos clínicos también están muy sesgadas. Una revisión Cochrane del metilfenidato en adultos era tan mala que las críticas planteadas por nosotros y otros investigadores llevaron a su retirada de la Biblioteca Cochrane.¹⁵¹ Dos revisiones Cochrane realizadas por mis antiguos empleados, que prestaron suficiente atención a sus defectos, encontraron que todos y cada uno de los ensayos clínicos realizados presentaban un alto riesgo de sesgo.^{152,153}

También encontramos que la notificación de daños es extremadamente poco fiable.¹⁵³ En el examen de la agencia británica de medicamentos (MHRA), se informó de que la "psicosis/ manía" se producía en el 3% de los pacientes tratados con metilfenidato y en el 1% de los que recibían

placebo. La estimación del 3% es 30 veces mayor que el riesgo del 0,1% de "nuevos síntomas psicóticos o maníacos" sobre los que advierte la información de prescripción de la FDA. También encontramos discrepancias en los documentos de regulación. En el informe de evaluación pública de la MHRA, se notificó que la tasa de agresión de los que toman metilfenidato se produce en el 1,2% (página 61) y en el 11,9% (página 63), sobre la base de la misma población y el mismo tiempo de seguimiento.¹⁵³ Además, entre los ensayos clínicos, observamos enormes diferencias que no podían explicarse por el diseño del ensayo o las poblaciones de pacientes. Por ejemplo, en el grupo con metilfenidato la disminución de la libido se experimentó en un 11% en un ensayo frente a sólo un 1% en un análisis combinado de otros tres ensayos. Dado que la calidad de vida se midió en 11 ensayos pero sólo se notificó en 5, donde se encontró un efecto minúsculo,¹⁵³ es razonable suponer que la calidad de vida empeora con los fármacos para el TDAH, que es también lo que experimentan los niños. A ellos no les gustan los medicamentos.

Hacer lo correcto, en psiquiatría, casi nunca es posible. Un psiquiatra infantil irlandés me dijo que fue suspendido porque no dio psicofármacos a sus niños, incluyendo medicamentos para el TDAH.

En lugar de cambiar el cerebro de nuestros hijos deberíamos cambiar su entorno. También deberíamos cambiar el cerebro de los psiquiatras para que dejen de querer drogar a los niños con "speed con receta"; ¿tal vez la "psicoeducación" ayudaría? Los medicamentos para el TDAH se prescriben mucho más a los hijos de padres con trabajos poco cualificados, en comparación con los hijos de padres con mayor nivel académico.¹⁵⁴ Estos fármacos se utilizan como una forma de control social, al igual que los neurolépticos.

Un documental británico fue muy revelado, en relación a lo que es necesario. Mostraba niños altamente perturbadores, que eran tan difíciles de tratar que incluso los psiquiatras críticos podrían concluir que los medicamentos para el TDAH eran necesarios. "No podemos tener niños colgando de las cortinas", como me dijo un psiquiatra infantil en una audiencia parlamentaria sobre medicación infantil. Sin embargo, las familias recibieron ayuda de psicólogos y resultó que los niños estaban perturbados por otros factores, razón por la cual eran perturbadores. A una madre que siempre reprendía a su hija como "imposible", se le enseñó en

cambio a elogiarla y, pasado un tiempo, se había convertido en una niña muy agradable que ya no era hostil hacia su madre.

El abuso sexual infantil es terriblemente común y enormemente perjudicial. En Internet se pueden encontrar fácilmente referencias al hecho de que aproximadamente uno de cada diez niños ha sufrido abusos sexuales antes de cumplir 18 años. Si un niño se comporta mal, es provocativo y desafiante, esto puede llevar fácilmente a un diagnóstico de TDAH o trastorno límite de la personalidad, aunque sea una reacción a una situación horrible de abuso sexual continuado de la que el niño no se atreve a hablar con nadie.

Uno de mis colegas, el psiquiatra infantil Sami Timimi, a menudo pregunta a los padres que quieren medicar a su hijo para el TDAH:⁵⁴ "Imagine que este medicamento funciona a la perfección; ¿qué cambios espera que resulten del mismo?" Esa pregunta puede sorprender a los padres, pero es importante no decir nada más hasta que uno de ellos rompa el silencio y empiece a hablar de los cambios que imagina que ocurrirán. Eso ayuda a Timimi a entender las áreas específicas de preocupación de los padres. ¿Se trata, por ejemplo, del comportamiento en el hogar, de las relaciones con los compañeros, del rendimiento académico en la escuela, de la falta de sensación de peligro? Timimi puede que entonces responda que ningún medicamento en el mundo puede alterar tales cosas en su hijo. Los medicamentos no toman decisiones, no tienen sueños ni ambiciones, ni realizan acciones.

Al descubrir los detalles de lo que los padres quieren ver cambiar, Timimi puede desviar su interés de los medicamentos hacia medidas más específicas, como el desarrollo de habilidades de gestión parental para los niños que son más "intensos" que la mayoría. Les ayuda a comprender las ansiedades y el estrés que sus hijos pueden estar sintiendo, o les apoya para que obtengan intervenciones más estructuradas en las escuelas. También les recuerda a los padres que una cosa es cierta acerca de los niños: cambian a medida que crecen y a menudo los problemas etiquetados como TDAH (particularmente la hiperactividad e impulsividad) tienden a disminuir y desaparecer a medida que el niño madura durante la adolescencia.

Dado que el TDAH es sólo una etiqueta y no una enfermedad del cerebro, esperaríamos que los niños de una clase nacidos en diciembre recibieran un diagnóstico de TDAH y estuvieran en tratamiento con medicamentos en

mayor proporción que los nacidos en enero, ya que han tenido 11 meses menos para desarrollar sus cerebros. Un estudio canadiense de un millón de niños en edad escolar confirmó esto mismo.¹⁵⁵ La prevalencia de niños en tratamiento aumentó de manera bastante lineal de enero a diciembre, y un 50% más de los nacidos en diciembre estaban en tratamiento con medicamentos.

El diagnóstico de TDAH no debería ser un prerrequisito para obtener ayuda extra o dinero para las escuelas, como ocurre ahora. Este factor motiva el constante aumento de la prevalencia de este diagnóstico y también del uso de medicamentos para el TDAH, que fue 3,4 veces más alto en Dinamarca en 2017 que en 2007, un aumento del 240%.

Algunos países han experimentado un aumento vertiginoso del uso de psicofármacos en niños que es directamente atribuible a las asociaciones de las escuelas con los hospitales. En una región canadiense, los hospitales presionaron agresivamente al personal de educación especial y a los consejeros de orientación de las escuelas secundarias, quienes a su vez remitieron a todo niño que se encontrara en situación de estrés al departamento de psiquiatría del hospital infantil. La junta escolar contrató a un psiquiatra escolar que se reunía con el personal sobre situaciones de rechazo a la escuela y problemas de comportamiento, y recomendaba pastillas para la depresión o medicamentos para el TDAH.

Las escuelas y los hospitales se han convertido en lugares peligrosos para los niños y los adolescentes. ¡Qué triste es esto! Las escuelas deberían estimular a los niños, no amansarlos con “speed con receta”.

1 No acepte nunca que su hijo sea tratado con “speed con receta”.

2 Tampoco lo acepte usted, resístase a convertirse en un número sin rostro en el nuevo mercado para adultos.

3 Trate a los niños con la paciencia y empatía que les permita crecer y madurar, sin fármacos.

Los últimos clavos en el ataúd de la psiquiatría biológica

Cuando discuto el estado de la psiquiatría con los psiquiatras, psicólogos y farmacéuticos con los que colaboro, a veces nos preguntamos: "¿Quiénes están más locos, de promedio, los psiquiatras o sus pacientes?"

No es una pregunta tan descabellada o retórica como puede parecer. Cuando busqué en Google *'delirio'*, la primera entrada era de un diccionario de Oxford: "Una creencia o impresión idiosincrásica mantenida a pesar de ser contradicha por la realidad o el argumento racional, típicamente como un síntoma de trastorno mental."

Como ya se ha visto desde el principio del capítulo 1, y más se verá en lo que sigue, toda la psiquiatría se caracteriza precisamente por esto. Las creencias idiosincrásicas predominantes de los psiquiatras no son compartidas por las personas consideradas cuerdas, es decir, la población en general, pero los psiquiatras las mantienen a la fuerza, incluso cuando la realidad, incluida la ciencia más fiable que tenemos, y el argumento racional muestran claramente que sus creencias básicas son erróneas.

Si la psiquiatría hubiera sido un negocio habría quebrado, así que concluyamos en cambio que está moral y científicamente en bancarrota.

Una definición de locura es hacer lo mismo una y otra vez esperando un resultado diferente. Cuando un medicamento no parece funcionar bien, que es la mayoría de las veces, los psiquiatras aumentan la dosis, cambian a otro fármaco de la misma clase, añaden otro fármaco de la misma clase o añaden un fármaco de otra clase.

La ciencia nos dice muy claramente que estas maniobras no beneficiarán a los pacientes. Cambiar de medicamentos, añadir medicamentos o aumentar sus dosis no produce mejores resultados.¹⁵⁶⁻¹⁵⁸ Lo que sí es cierto es que el aumento de la dosis total o del número de fármacos aumentará la incidencia de daños graves, incluidos los daños cerebrales irreversibles, los suicidios y otras muertes.^{4,159,160} Los neurolepticos 'encogen' el cerebro de manera dependiente de la dosis; en cambio, la gravedad de la enfermedad tiene un efecto mínimo o nulo.¹⁶⁰

No hay pruebas fiables de que la psicosis en sí pueda dañar el cerebro.¹⁶¹ Lo mismo se aplica a otros trastornos psiquiátricos, pero los psiquiatras mienten a menudo a sus pacientes diciéndoles que su enfermedad puede dañar a sus cerebros si no toman psicofármacos. El catedrático de psiquiatría

Poul Videbech escribió en 2014 que la depresión duplica el riesgo de demencia,¹⁶² pero el metaanálisis que citó no dedicaba una sola palabra a los tratamientos que habían recibido los pacientes.¹⁶³ Otros estudios indican que son los fármacos los que vuelven a las personas dementes.^{164,165}

Es habitual en todas partes aumentar la dosis, incluso cuando el paciente ha mejorado. Un comentario que se escucha a menudo en las conferencias de los departamentos de psiquiatría es: "El paciente está bien después de dos semanas con Zyprexa, así que doblaré la dosis". Esta costumbre es a la vez demencial y perjudicial. El psiquiatra no puede saber si el paciente podría haber mejorado más sin Zyprexa. Los médicos se engañan a sí mismos y a sus pacientes todo el tiempo basándose en su engañosa "experiencia clínica" y sus rituales de tratamiento van directamente contra la ciencia.

De esta manera, muchos pacientes terminan con cócteles de fármacos terriblemente dañinos de los que podrían no escapar nunca. Aunque es difícil de creer, la cosa está empeorando. Un estudio estadounidense sobre psiquiatría en consultas encontró que el número de medicamentos psicotrópicos prescritos aumentó notablemente en sólo nueve años hasta 2006: las visitas con tres o más medicamentos se duplicaron, del 17% al 33%.¹⁶⁶ También aumentaron las recetas de dos o más medicamentos de la misma clase, aunque esto no debería ocurrir en absoluto.

Una vez me invitaron a seguir al jefe de psiquiatría durante un día en un pabellón cerrado. Hablamos con varios pacientes. Uno de ellos me pareció totalmente normal y razonable, pero para mi gran sorpresa, el psiquiatra me preguntó después si pude ver que estaba delirando. Como no pude, me explicó que el paciente estaba delirando porque había estado en Internet y había descubierto que los neurolépticos son peligrosos. Le respondí que los neurolépticos son de hecho peligrosos y que no hay nada de delirante en creer esto. Yo estaba tan sorprendido que no dije nada más.

En otra ocasión, llamé por teléfono a un departamento psiquiátrico de Copenhague que tiene muy mala reputación a causa de los pacientes que los psiquiatras han matado allí con sus fármacos.⁴⁵ Me había llamado un paciente desesperado y con gran angustia, pero no me fue posible comunicarme con un psiquiatra, aunque también soy médico y ocurrió dentro del horario normal de trabajo. Insistí en que necesitaba hablar con alguien y me pusieron en contacto con una enfermera jefe. Me dijo que no me involucrara porque el paciente estaba delirando. Cuando le pregunté el

motivo, ella dijo que había descubierto que los neurolépticos eran peligrosos. Le pregunté si sabía con quién estaba hablando. Oh sí, ella me conocía.

Ahora ilustraré un poco más el absurdo y delirante mundo de la psiquiatría con algunos ejemplos.

Uno de mis amigos psiquiatras envió una carta a un médico de familia con relación a una estudiante de 21 años, recientemente dada de alta de un hospital privado después de que se le hubieran administrado 21 TCMS. Cuando le pregunté qué era esto, mi amigo respondió: "Estimulación magnética transcraneal, la última de una larga lista de modas chifladas que llegan a la psiquiatría, diseñada para separar a los preocupados de su dinero".

Cuando se puso cada vez más ansiosa, recibió 12 electroshocks. Tenía dos diagnósticos, trastorno límite de la personalidad y trastorno afectivo bipolar, y fue dada de alta con estos medicamentos (prn: si precisa; bd: dos veces al día):

Medicamento	Tipo de medicamento
diazepam, 20 mg/día	pastilla para dormir (hipnótico/sedante)
fluvoxamina, 300 mg/día	píldora para la depresión
mirtazapina, 45 mg por la noche	píldora para la depresión
quetiapina, 400 mg por la noche	neuroléptico
quetiapina, 600 mg/día prn	neuroléptico
aripiprazol, 10 mg por la mañana	neuroléptico
olanzapina, hasta 20 mg/día prn	neuroléptico
valproato, 1000 mg por la noche	medicamento antiepiléptico
lamotrigina, 100 mg bd	medicamento antiepiléptico
topiramato, 50 mg bd	medicamento antiepiléptico
litio, 1250 mg/día	“estabilizador del estado de ánimo”

Esto es una locura y constituye una grave negligencia médica. Nadie en el mundo entero sabe lo que sucederá cuando se administren todos estos

fármacos juntos, sólo que es mucho más peligroso que si se usan menos medicamentos.

La nota de derivación señala que la paciente duerme mucho y que su apetito es excesivo. Está tratando de hacer dieta, ya que ha ganado unos 50 kg con los medicamentos. Tiene poca energía, interés o motivación, no hace ejercicio ni se relaciona socialmente y no tiene deseo sexual. Tiene episodios de sentirse deprimida y abatida con ideas suicidas ocasionales debido a que no se gusta a sí misma, y también tiene episodios de sentirse "maníaca", durante los cuales se encuentra desagradablemente agitada y tiende a gastar más de la cuenta con la esperanza de sentirse mejor.

También tiene frecuentes episodios de agitación e irritabilidad y ha experimentado la acatisia clásica. No tiene ideas paranoicas; es ritualista en cuanto a la seguridad y el orden, pero no tiene verdaderos rasgos obsesivo-compulsivos. Ha sido ansiosa desde la escuela primaria.

Mi colega terminó su carta diciéndole al médico de cabecera que este caso era una perfecta demostración de por qué había publicado importantes objeciones a la psiquiatría convencional. La paciente tenía una personalidad ansiosa con depresión secundaria y no tenía un trastorno límite de la personalidad; aparte de esto, nadie de los que usan tal diagnóstico podría decir con qué limita.

"Si se mantiene en este nivel de consumo de medicamentos, estará muerta a los cuarenta. Ella es consciente de esto y quiere que se reduzcan, pero todos son altamente adictivos y pueden producir graves síndromes de abstinencia, los cuales imitan los principales trastornos mentales."

Un caso judicial en el que he estado involucrado no es en modo alguno diferente. Es una historia típica que ilustra el papel de una píldora para la depresión como "Kit para iniciarse en la psiquiatría".

Hasta donde puedo ver, a este joven nunca se le debería haber ofrecido un psicofármaco. Debería habersele ofrecido psicoterapia para sus problemas que parecían ser transitorios. Además de esto, él tenía una buena funcionalidad cuando su psiquiatra decidió darle una píldora para la "depresión".

Su "currículum" psiquiátrico duró 33 años antes de que finalmente lograra dejar el último medicamento, pero todavía sufre efectos de abstinencia de larga duración. Su lista de fármacos durante todos estos años es alucinante.

Le recetaron los tres tipos principales de psicofármacos: sedantes/hipnóticos, fármacos para la depresión y neurolépticos, de vez en cuando en varias combinaciones, sumando un total de tres sedantes/hipnóticos diferentes, cinco fármacos para la depresión y seis neurolépticos. También desarrolló parkinsonismo, muy probablemente inducido por los medicamentos, y fue tratado también por eso. Se le recetaron sedantes/hipnóticos durante unos 10 años, pastillas para la depresión durante unos 25 años y neurolépticos durante unos 30 años, y hubo un grado considerable de polifarmacia.

Es sorprendente que alguien pueda sobrevivir a todo esto y seguir trabajando.

El psiquiatra retiró los fármacos abruptamente muchas veces. El hecho de no disminuir lentamente estos fármacos después de haberlos indicado a un paciente durante largos períodos de tiempo constituye una negligencia muy peligrosa.

Espero que gane el caso, pero desafortunadamente, los jueces son autoritarios y siempre enfatizan lo que otros psiquiatras hacen en situaciones similares. Esto es sabio, como precaución general, pero no cuando prácticamente todo el mundo es culpable. Si un banco estafa a sus clientes, no ayuda en sede judicial que otros bancos hagan lo mismo. Por lo tanto, ¿por qué todo el mundo está exonerado en psiquiatría? ¿Cómo será posible ganar casos judiciales, dada esta injusticia?

De vez en cuando, se gana un caso.⁴ Wendy Dolin demandó en Chicago a GlaxoSmith-Kline después de que a su marido, un abogado de gran éxito que amaba la vida y no tenía problemas psiquiátricos, se le recetara paroxetina porque desarrolló cierta ansiedad en el trabajo. Sufrió acatisia y se arrojó a un tren seis días después de comenzar a tomar paroxetina, sin darse cuenta de que no era él el que se había vuelto loco; fue la píldora la que le volvió loco. Baum & Hedlund ganó el caso en Los Ángeles, pero entonces... GlaxoSmith-Kline apeló el veredicto.

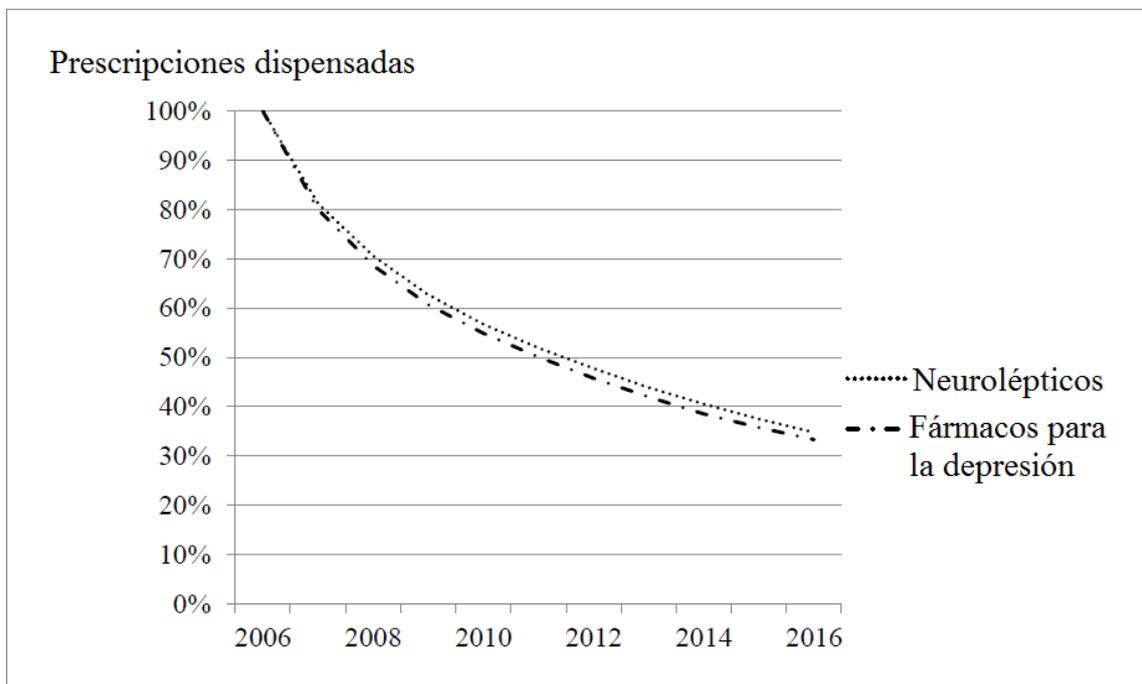
Cuando Wendy se enteró de que yo había organizado una reunión sobre psiquiatría en relación con el lanzamiento de mi libro en 2015,⁴ decidió ir a Copenhague y contar su historia. Otras cuatro mujeres que habían perdido a su marido, un hijo o una hija por suicidio inducido por medicamentos cuando no había ninguna buena razón para prescribir una píldora para la

depresión, también vinieron por su propia cuenta. Mi programa ya estaba lleno, pero les hice un hueco. Esta fue la parte más conmovedora de todo el día. Hubo un silencio impresionante mientras contaban sus historias, que pueden verse en YouTube.¹⁶⁷

El uso desmesurado de fármacos psiquiátricos no se basa en pruebas, sino que está impulsado por las presiones comerciales. Estudié si dos clases de medicamentos muy diferentes, los neurolépticos y los fármacos para la depresión, mostraban patrones similares en el uso a largo plazo. Los patrones de uso deberían ser muy diferentes porque la principal indicación de los neurolépticos, la esquizofrenia, ha sido tradicionalmente percibida como una enfermedad crónica mientras que la principal indicación de los fármacos para la depresión, la depresión, ha sido concebida como episódica.

Sin embargo, no eran diferentes. Eran iguales.¹⁶⁸

Porcentaje de consumidores actuales en Dinamarca a los que se dispensó el mismo medicamento o uno similar en cada uno de los años siguientes a 2006.



Puse el reloj en marcha en 2006, siguiendo a los pacientes en el tiempo. Ese año, al 2,0% de la población danesa se le dispensó un neuroléptico y al 7,3% una píldora para la depresión. Muchos de los pacientes ya habían tomado

sus fármacos durante años, pero este grupo también incluía a algunos que eran usuarios por primera vez en 2006, a saber, el 19,8% de quienes tomaban neurolépticos frente al 20,0% de quienes recibían antidepresivos. Se trataba de un porcentaje notablemente similar para dos grupos de medicamentos muy diferentes utilizados para trastornos muy distintos.

Los pacientes recibían una nueva prescripción cada año hasta que estas se interrumpían o hasta el año 2016, mi último año de observación, cuando el 35% de quienes recibían neurolépticos y el 33% de quienes recibían antidepresivos todavía estaban en tratamiento.

Estos resultados son impactantes. Sea lo que sea que las guías de práctica clínica hayan tratado de decirle a los médicos, no funcionaron como se esperaba y, claramente, el uso de los medicamentos no estaba basado en la evidencia. Casi sentí que había descubierto una nueva ley en la naturaleza. Contrariamente a nuestras corazonadas, 1 kg de plumas caen con la misma velocidad que 1 kg de plomo, siempre que caigan en el vacío, de acuerdo con la ley de la gravedad. Del mismo modo, el uso de estas dos clases muy diferentes de medicamentos cayó con la misma velocidad. Una enorme proporción de pacientes continúa tomando su medicamento, año tras año, durante más de una década.

Esto es un daño iatrogénico de proporciones épicas. A los pacientes les disgustan tanto los medicamentos que sus médicos necesitan persuadirlos para que los tomen. Tal persuasión no es necesaria para motivar a la gente a tomar aspirina a dosis bajas después de un ataque cardíaco para reducir el riesgo de un nuevo ataque. Los pacientes son incluso forzados a tomar neurolépticos contra su voluntad, "por su propio bien". Si no se les forzara, pocos los tomarían. Cuando personas sanas han tomado un neuroléptico solo para experimentar cómo es, me han dicho, o han publicado, que estuvieron incapacitados ¡durante varios días!¹⁶⁹ La dificultad para leer o concentrarse y la incapacidad para trabajar son daños habituales, pero todo el cuerpo se ve afectado. No podemos dudar del poder de estas toxinas.

Lo que estamos viendo es el resultado de un engaño sistemático a los médicos y pacientes. A los pacientes se les pide constantemente que soporten los daños porque puede pasar algún tiempo antes de que el efecto del medicamento se manifieste. No se les dice que lo que perciben como un efecto del medicamento es la mejora espontánea que se habría producido sin el fármaco, o que puede ser difícil abandonar el medicamento una vez

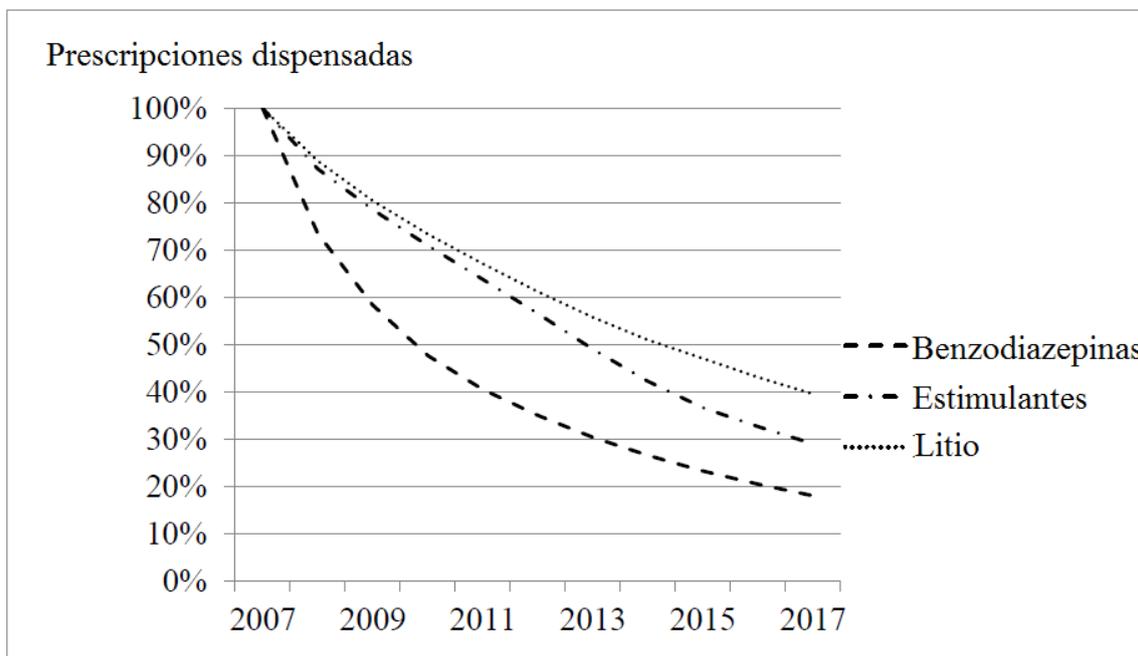
iniciado. También ha contribuido la mentira acerca del desequilibrio químico. Los pacientes suelen decir que tienen miedo de volver a enfermarse si dejan de tomar el fármaco porque creen que hay algo químicamente anómalo en ellos.

La psiquiatría convencional no se preocupa por las pruebas, sino que continuará como siempre fingiendo que mis resultados no existen, y dirán que "todos sabemos que el tratamiento a largo plazo es bueno para la gente; si no reciben sus medicamentos, recaerán". En 2014, los psiquiatras noruegos escribieron sobre lo que llamaron una tasa de "discontinuación alarmantemente alta" de neurolepticos en pacientes con esquizofrenia, el 74% en 18 meses. Yo llamaría a esto una señal saludable, pero los psiquiatras argumentaron que resaltaba "la necesidad de los clínicos de estar equipados con estrategias de tratamiento que optimicen el tratamiento continuo con fármacos antipsicóticos".¹⁷⁰ ¿En serio? ¿Por qué no la alimentación forzada con píldoras, como se alimenta a los gansos de Estrasburgo para producir foie gras? Los neurolepticos hacen que la gente engorde. Pero los psiquiatras no necesitan hacer esto. Cuando no obtienen su consentimiento, o los pacientes escupen las pastillas, pueden usar inyecciones depot con liberación prolongada del fármaco.

A continuación, decidí averiguar si había un patrón similar de uso de benzodiazepinas y fármacos similares (hipnóticos/sedantes), litio y estimulantes (fármacos para el TDAH).

Como sabemos desde hace décadas que las benzodiazepinas y otros fármacos similares son muy adictivos y sólo deben utilizarse durante un máximo de cuatro semanas (en el Reino Unido ya se recomendó su uso restringido en 1980),^{171,172} también debido a que el efecto terapéutico desaparece rápidamente, el uso de estos fármacos debería ser muy bajo y, por lo tanto, la mayoría de los usuarios en un año determinado deberían ser nuevos usuarios. Esto no es así en absoluto.¹⁷³

Porcentaje de consumidores actuales en Dinamarca a los que se dispensó el mismo fármaco o uno similar en cada uno de los años siguientes a 2007.



En 2007, al 8,8% de la población danesa se le había dispensado con receta una benzodiazepina o fármaco similar, al 0,24% litio y al 0,16% un estimulante. En el caso de las benzodiazepinas, sólo el 13,0% eran nuevos consumidores. En el caso de los otros dos fármacos, las cifras fueron del 40,4% y el 11,2%, respectivamente.

Los pacientes recibieron una nueva receta cada año hasta que se interrumpió la prescripción o se llegó a 2017, mi último año de observación, cuando el 18%, 29% y 40%, respectivamente, seguían en tratamiento.

Estos hallazgos también son inquietantes. Independientemente del psicofármaco que tomen las personas o del problema que tengan, aproximadamente un tercio de los pacientes siguen en tratamiento con el mismo medicamento o uno similar diez años después. En el caso de las benzodiazepinas y fármacos similares, el uso continuado después de diez años fue "sólo" el 18%, pero dado lo que sabemos sobre estas sustancias, se puede argumentar que debería haber sido cero muchos años antes de 2017. Esto es un desastre. Lo mismo puede decirse del uso de los otros cuatro tipos de medicamentos, el cual fue muy similar ya que el intervalo sólo abarca del 29% al 40% (ver cifras).

Si aceptamos las premisas basadas en la evidencia de que estos

medicamentos no tienen efectos que valgan la pena, sin considerar sus importantes daños, y que a los pacientes generalmente les desagradan, los datos muestran un colosal uso excesivo de los fármacos y todos en un grado similar.

El principal objetivo de la psiquiatría en las próximas décadas debería ser ayudar a los pacientes a abandonar lentamente y con seguridad los medicamentos que están tomando, en lugar de decirles que tienen que seguir tomándolos. Pero eso no sucederá. La psiquiatría se centra en sí misma, una especie de selfie eterno que envía al mundo constantemente.

El uso de psicofármacos sigue aumentando notablemente en prácticamente todos los países. En el Reino Unido, las prescripciones de neurolépticos aumentaron un 5% anual en promedio y los fármacos para la depresión un 10%, de 1998 a 2010.¹⁷⁴

En Dinamarca, las ventas de antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) aumentaron de forma lineal por un factor de 18 desde un nivel bajo en 1992, íntimamente relacionado con el número de productos en el mercado que se incrementaron por un factor de 16 ($r = 0,97$, la cual es una correlación casi perfecta).¹⁷⁵ Esto confirma que el uso está determinado por la comercialización.

Pasaron casi 30 años después de que se dispusiera de pruebas antes de que se aceptara ampliamente que las benzodiazepinas son adictivas.¹⁷¹ Esto era de esperar y debería haberse investigado desde el principio porque sus precursores, los barbitúricos, son altamente adictivos. El primer barbitúrico, el barbital, se introdujo en 1903, pero pasaron 50 años antes de que se aceptara que los barbitúricos son adictivos.

La dependencia a las benzodiazepinas se documentó en 1961 y se describió en el *BMJ* en 1964. Dieciséis años más tarde, el Comité del Reino Unido para la Revisión de Medicamentos publicó una revisión sistemática de las benzodiazepinas,¹⁷² en la que concluía que el potencial de adicción era bajo y estimaba que sólo 28 personas habían pasado a ser dependientes de 1960 a 1977. El hecho era que millones de personas se habían vuelto dependientes. En 1988, la Agencia de Control de Medicamentos finalmente despertó y escribió a los médicos sobre sus inquietudes.¹⁷¹

Pero la fiesta continuó y la historia se repitió. El uso decreciente de las benzodiazepinas fue sustituido por un aumento similar en el uso de los fármacos para la depresión,¹⁷⁵ y mucho de lo que antes se llamaba ansiedad

y se trataba con benzodiazepinas ahora se llamaba de forma conveniente depresión.⁵ Las empresas farmacéuticas, los médicos y las autoridades negaron durante décadas que los fármacos para la depresión también crean dependencia.¹⁷¹ Llevamos a cabo una revisión sistemática de los síntomas de abstinencia y encontramos que eran descritos con términos similares para las benzodiazepinas y los ISRS, siendo muy similares en 37 de los 42 síntomas identificados.¹⁷⁶

Nuestro estudio de 2018 sobre 39 conocidos sitios web en 10 países también fue revelador:³² 28 sitios web advertían a los pacientes sobre los efectos de la abstinencia, pero 22 declararon que los ISRS no son adictivos; sólo uno declaró que los fármacos pueden ser adictivos y advirtió de que las personas "pueden presentar síntomas de abstinencia".

La imipramina salió al mercado en 1957 y en un documento de 1971 se describe la dependencia a este fármaco cuando se probó en seis voluntarios sanos.¹⁷⁷ Como comenté en la primera página de este libro, un estudio de 1991 reveló que el 78% de un total de 2.003 personas sin conocimientos específicos en la materia consideraron que los fármacos para la depresión eran adictivos.¹⁷⁸

Por lo tanto, hemos sabido durante 50 años o más que los fármacos para la depresión eran adictivos, y los pacientes lo han sabido durante al menos 30 años. Sin embargo, 50 años después de que lo supiéramos el problema de la dependencia seguía siendo trivializado por el Colegio Real de Psiquiatras del Reino Unido y el Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y el Cuidado (NICE),¹⁷⁹ así como en el resto del mundo.

Información falsa de los psiquiatras del Reino Unido sobre la abstinencia

En 2020, fui coautor de un artículo escrito por el catedrático de psicología John Read, "¿Por qué los relatos oficiales sobre los síntomas de abstinencia de los antidepresivos difieren tanto de los hallazgos de las investigaciones y las experiencias de los pacientes?"¹⁷⁹ Nos dimos cuenta de que las guías de práctica clínica del NICE en 2018 establecían que los síntomas de abstinencia de los fármacos para la depresión "suelen ser leves y autolimitados durante aproximadamente una semana, pero pueden ser graves, en particular si el medicamento se suspende abruptamente", y que

las pautas de la Asociación Americana de Psiquiatría afirmaban que los síntomas "suelen resolverse sin un tratamiento específico en una o dos semanas".

Sin embargo, una revisión sistemática realizada por James Davies y John Read demostró que la mitad de los pacientes experimentan síntomas de abstinencia; la mitad de los que tienen síntomas experimentan la clasificación de gravedad más extrema posible; y algunas personas experimentan síntomas de abstinencia durante meses o incluso años.⁵⁷ Una encuesta a 580 personas informó de que en el 16% de los pacientes, los síntomas de abstinencia duraban más de 3 años.⁵⁷

En febrero de 2018, Wendy Burn, presidenta del Colegio Real de Psiquiatras y David Baldwin, presidente de su Comité de Psicofarmacología, escribieron en *The Times* que "sabemos que en la gran mayoría de los pacientes, cualquier síntoma desagradable que se experimente al suspender los antidepresivos se ha resuelto en las dos semanas siguientes a la suspensión del tratamiento".

Nueve médicos y académicos escribieron a Burn y Baldwin que su declaración era incorrecta y que habían engañado al público en un importante asunto de seguridad pública. También nos dimos cuenta de que la propia encuesta del Colegio a más de 800 usuarios de antidepresivos (*Coming Off Antidepressants*) encontró que los síntomas de abstinencia eran experimentados por el 63% de los encuestados y duraban hasta 6 semanas, y que una cuarta parte declaró haber sufrido ansiedad con duración mayor a 12 semanas. Además, también señalamos que en las 48 horas siguientes a publicar su engañosa declaración en *The Times*, el Colegio retiró el documento *Coming Off Antidepressants* del sitio web.

Les pedimos que se retractaran de su declaración o que proporcionaran evidencia en apoyo de sus afirmaciones. Baldwin envió dos trabajos financiados por la industria farmacéutica con él mismo como primer autor. Ninguno de ellos proporcionó datos sobre la duración de los síntomas de abstinencia.

A continuación, enviamos una queja formal al Colegio, firmada por 30 personas, entre ellas diez que habían experimentado efectos de abstinencia durante uno a diez años, diez psiquiatras y ocho catedráticos. En la queja señalamos que "las personas pueden ser engañadas por esta falsa declaración y pensar que es fácil dejar la medicación y, por lo tanto, pueden

tratar de hacerlo con demasiada rapidez o sin el apoyo del prescriptor, de otros profesionales o de sus seres queridos. Otras personas, al sopesar los pros y los contras de empezar a tomar antidepresivos, pueden tomar su decisión basándose en parte en esta información errónea. Una preocupación secundaria es el hecho de que esas declaraciones irresponsables desacreditan al Colegio, a la profesión de la psiquiatría (a la que algunos de nosotros pertenecemos), e —indirectamente— a todos los profesionales de la salud mental".

También proporcionamos numerosos estudios y revisiones que mostraban que la declaración de Baldwin-Burn era falsa y les pedimos que se retractaran, dieran explicaciones y se disculparan públicamente por su declaración engañosa; que proporcionaran orientación o capacitación a todos los portavoces del Colegio, incluido el actual presidente, sobre la importancia de asegurar que las declaraciones públicas estén basadas en pruebas y sobre las limitaciones de confiar en colegas que reciben pagos de la industria farmacéutica (por ejemplo, Baldwin); por último, que volvieran a incluir en el sitio web del Colegio el documento *Coming Off Antidepressants*.

El secretario del Colegio, Adrian James, respondió que "no había evidencia de que la declaración en *The Times* fuera engañosa". Desestimaron la queja y James dio cuatro razones, tres de las cuales eran irrelevantes o poco sinceras. Repitió una afirmación anterior de Burn referente a que la eliminación de la encuesta de su sitio web se produjo porque estaba desactualizada. Incluso cuando señalamos que la eliminación se hizo horas después de que hubiéramos mostrado que incluía datos que contradecían la declaración de Baldwin-Burn, y que más de otros 50 artículos en su sitio web estaban desactualizados pero no fueron eliminados, James continuó manteniendo su explicación.

El único comentario pertinente fue que la declaración de Baldwin-Burn era coherente con las recomendaciones del NICE, que establecían que los médicos debían aconsejar a los pacientes que los síntomas de discontinuación del tratamiento eran "generalmente leves y autolimitados durante aproximadamente una semana".

Sin embargo, James tergiversó la declaración de NICE dejando fuera la siguiente frase: "...pero puede ser grave, particularmente si el medicamento es interrumpido de forma abrupta."

Cuatro meses después de la carta de *The Times*, el CEO del Colegio, Paul Rees, envió una larga respuesta que sólo se hacía eco de la de James. Respondimos que la enfática declaración de Rees de que "no es función del Colegio 'vigilar' este debate" implicaba que incluso sus más altos representantes pueden decir lo que quieran, por más falso o dañino que sea, y recibir el apoyo del Colegio - como, de hecho, hizo en este caso.

Explicamos que ahora estábamos seguros de que el Real Colegio de Psiquiatras da prioridad a los intereses del Colegio y la profesión que representa por encima del bienestar de los pacientes; que no valora los estudios de investigación empírica como base adecuada para hacer declaraciones públicas y resolver controversias, por lo que se ha situado fuera del dominio de la medicina basada en la evidencia; que tiene un procedimiento de quejas que da lugar a que no se investiguen quejas fundadas y cuidadosamente documentadas sobre cuestiones graves de seguridad pública, sino que un solo individuo las desestima de plano; que no tiene interés en entablar un debate útil con grupos profesionales y de pacientes que cuestionan la posición del Colegio sobre un determinado asunto; que está dispuesto a utilizar tácticas manifiestamente hipócritas para tratar de desacreditar las quejas razonables, y por lo tanto se ha situado fuera del ámbito de los organismos éticos y profesionales; que no es consciente de, o no le preocupa, la influencia distorsionadora de la industria farmacéutica, y la necesidad de mantener un límite ético fuerte entre la institución y las organizaciones con fines de lucro.

Aunque el Colegio no rinde cuentas ante el Parlamento, o eso parece, escribimos al Ministro de Salud y Asistencia Social e informamos al gobierno de que:

"El Real Colegio de Psiquiatras funciona actualmente fuera de las normas éticas, profesionales y científicas que se esperan de un organismo que representa a los profesionales de la medicina... Creemos que las respuestas del Colegio muestran una estela de confusión, falta de honestidad e incapacidad o falta de voluntad para interactuar con un grupo preocupado de profesionales, científicos y pacientes.

Si un grupo de científicos y psiquiatras no pueden cuestionar al Colegio de manera que se obtenga una respuesta apropiada y considerada, y una relación productiva con los reclamantes, ¿qué esperanza hay de que tome en serio una reclamación individual?"

Burn y Baldwin nunca se retractaron de su falsa declaración, ni proporcionaron estudios en su defensa o se disculparon por engañar a la población. Ni James ni Rees abordaron nunca nuestras objeciones al procedimiento de denuncia.

Hicimos pública nuestra queja, y el programa *Today* de la BBC Radio 4 la cubrió el 3 de octubre de 2018. El Colegio se negó a facilitar un portavoz para debatir con John Read. En su lugar, Clare Gerada, ex presidenta del Real Colegio de Médicos Generales, representó su perspectiva. Denunció la queja como una "historia de anti-antidepresivos" y defendió con vehemencia la postura de los representantes del Colegio diciendo que "la gran mayoría de los pacientes que dejan los antidepresivos no tienen ningún problema".

Más adelante, la Real Sociedad de Medicina (RSM) lanzó una serie de podcasts, "RSM Health Matters". El tema inicial fueron los fármacos para la depresión y el síndrome de abstinencia. Uno de los dos entrevistados fue Sir Simon Wessely, presidente de la RSM (y expresidente reciente de Colegio Real de Psiquiatras). El otro era Gerada. Ninguno de ellos reveló que estaban casados, y ambos enfatizaron que los fármacos para la depresión permiten a las personas "llevar una vida normal".

Wessely rechazó categóricamente cualquier vínculo entre los fármacos para la depresión y el suicidio, a pesar de que estaba suficientemente demostrado como para que los fármacos portaran una advertencia tipo 'Black Box'. También declaró, de forma categórica, que los fármacos para la depresión "no son adictivos". Gerada se quejó de que "una vez al año, cuando se conocen las cifras de prescripción, tenemos este examen de conciencia - por qué estamos prescribiendo demasiado este medicamento." Dijo que, personalmente, incluso los prescribe para personas que sabe que "se van a deprimir" en el futuro y animó a los psiquiatras "a alejarse del miedo, que ha sido propagado, pienso, por los medios de comunicación y ciertas personas, para de verdad decir, ¿hay espacio para los antidepresivos en la prevención de la depresión?".

En cuanto a su retirada, Gerada declaró: "Como médico de familia desde hace 26 años... probablemente el 50% de las decenas de miles de pacientes que he visto han acudido con un problema de salud mental y puedo contar con los dedos de una mano el número de los que han tenido problemas a largo plazo tras dejar los antidepresivos o problemas para dejar los antidepresivos".

Si interpretamos que "decenas de miles" puede significar 30.000, Gerada hablaba de unas 15.000 personas con problemas de salud mental. Dado su entusiasmo por los fármacos para la depresión, que usa incluso "profilácticamente", asumimos que se los prescribió al 25% de estos pacientes, unas 3.750 personas. Incluso si sólo la mitad de ellos han tratado de dejar los fármacos, entonces ella afirma una incidencia de efectos de abstinencia de cinco casos entre 1.875 personas (el 0,3%). La estimación de la tasa real basada en investigación reciente, 56%,⁵⁷ es 210 veces mayor que la experiencia clínica de Gerada.

El 27 de noviembre de 2018 el programa de radio de la BBC *All in the Mind* invitó a John Read y al psiquiatra Sameer Jauhar a hablar de la revisión de Davies y Read. Jauhar explicó que: "Mi esperanza es que la gente no tenga miedo a los antidepresivos... pensando que las cifras que se han dado se refieren a ellos". Cuando el entrevistador preguntó si se advierte con antelación a los pacientes sobre los efectos de la abstinencia cuando empiezan a tomar antidepresivos, Jauhar respondió: "Sí. Como con cualquier otro medicamento en medicina general, se advierte a los pacientes de cualquier efecto secundario." Read dijo: "En las dos mayores encuestas que hemos realizado, de 1800 y 1400 personas, cuando se les preguntó si alguna vez se les dijo algo sobre los efectos de la abstinencia, menos del 2% en ambas encuestas lo corroboraron."¹⁷⁹

En abril de 2019, el *Journal of Psychopharmacology* publicó una crítica de la revisión de Davies and Read, que fue desestimada como "una narrativa partidista". El autor principal fue Jauhar, acompañado, entre otros, de Baldwin y el psiquiatra David Nutt, editor de la revista. Tres de los seis autores, Nutt, Baldwin, y el psiquiatra de la Universidad de Oxford Guy Goodwin, revelaron pagos de 26 compañías farmacéuticas diferentes, pero Jauhar no reveló la financiación de su investigación por parte de Alkermes o el pago de sus conferencias para Lundbeck.

El *Journal of Psychopharmacology* es propiedad de la Asociación Británica de Psicofarmacología, el cual acepta dinero de la industria en forma de simposios satélites patrocinados que no están controlados por la Asociación. Tanto el actual presidente, Allan Young, como los anteriores presidentes, incluido Nutt, han recibido dinero de la industria farmacéutica.

La tenacidad de John Read ha dado sus frutos. El 30 de mayo de 2019, el Colegio publicó una declaración en la que señalaba que: "La

discontinuación de los antidepresivos debería implicar que la dosis se reduzca o disminuya lentamente para reducir el riesgo de síntomas angustiantes, los cuales pueden ocurrir a lo largo de varios meses... El uso de antidepresivos siempre debería estar respaldado por un debate sobre el nivel potencial de beneficios y daños, incluyendo la abstinencia".

En pocas horas, sin embargo, Allan Young trató de socavar este giro de 180° emprendido por el Colegio. Repitió el argumento de su compañía farmacéutica: "Las llamadas reacciones de abstinencia suelen ser de leves a moderadas y responden bien a un manejo sencillo. La preocupación por este aspecto no debería oscurecer los beneficios reales de este tipo de tratamiento".

En septiembre de 2019, Salud Pública de Inglaterra publicó una histórica revisión de evidencias de 152 páginas en la que se hacían importantes recomendaciones, entre otras cosas servicios para ayudar a las personas a dejar los fármacos para la depresión y otros psicofármacos, así como mejor investigación y guías nacionales de práctica clínica más precisas.¹⁸⁰ El mes siguiente, NICE actualizó sus pautas en línea con la revisión de Davies y Read.

Lo que esto ilustra es lo siguiente: Ya sabíamos que las compañías farmacéuticas no se preocupan por la seguridad de los pacientes si puede perjudicar las ventas.^{4,51} Ahora sabemos que a los líderes de la psiquiatría tampoco les importa la seguridad del paciente si puede amenazar su propia reputación, el gremio que representan o el flujo de dinero que reciben de las compañías farmacéuticas. Esta corrupción de toda una especialidad médica impregna también a nuestras autoridades, que dependen en gran medida de los especialistas cuando emiten directrices.

También desenmascararé a algunas de estas mismas personas en mi libro de 2015 bajo el título: "Los 'espaldas plateadas' británicos evidencian la negación organizada de la psiquiatría".⁴ Comenzó con mi conferencia en la reunión de apertura del Consejo de Psiquiatría Basada en la Evidencia el 30 de abril de 2014 en la Cámara de los Lores, presidida por el Conde de Sandwich, titulada "Por qué el uso de psicofármacos puede estar haciendo más daño que beneficio". Los otros oradores, la psiquiatra Joanna Moncrieff y el antropólogo James Davies, dieron charlas similares.

Dos meses después, Nutt, Goodwin y otros tres colegas varones me acosaron en el primer número de una nueva revista, *Lancet Psychiatry*.¹⁸¹

Su estilo y sus argumentos revelaron la arrogancia y la ceguera de la cúpula del gremio psiquiátrico en todo el mundo. El título de su artículo fue: "Ataques a los antidepresivos: ¿señales de un estigma profundamente arraigado?" Se me acusó, directa o indirectamente, de defender la "antipsiquiatría", ser "anticapitalista", mantener "opiniones políticas extremas o alternativas", introducir un "nuevo nadir en la polémica irracional", el cual había suspendido mi "formación en análisis de la evidencia para la polémica popular" y me hizo "preferir la anécdota a la prueba", lo que era "insultante para la disciplina de la psiquiatría".

Esto era retórica vacía. Lo que era insultante para la psiquiatría y para los pacientes era su artículo. Afirmaban que los fármacos para la depresión están entre los medicamentos más eficaces del conjunto de la medicina, con un efecto impresionante en la depresión aguda y en la prevención de la recurrencia.

También señalaron que un menor número de pacientes de los que tomaban un fármaco para la depresión en comparación a los que tomaban un placebo abandonaban los ensayos debido a la ineficacia del tratamiento, razón por la que creían que se demostraba la eficacia de los fármacos. Esto no es así. Muchos más pacientes abandonan los ensayos debido a eventos adversos en los grupos con medicamento que con placebo.¹¹⁴ Esto tiende a suceder pronto, lo que provoca que haya menos pacientes que pueden abandonar debido a la falta de efecto en el grupo del medicamento que en el grupo del placebo. Por lo tanto, es un error tremendo considerar los abandonos debido a la falta de eficacia. Nosotros incluimos todos los abandonos y encontramos que el placebo es mejor que un fármaco para la depresión.¹¹⁴

Mencionaron que muchas personas que no toman fármacos para la depresión se suicidan, afirmando que "una condena generalizada de los antidepresivos por parte de lobbies y colegas corre el riesgo de aumentar esa proporción". Este es un argumento increíble considerando que los fármacos para la depresión *causan* suicidio!

Afirmaron que la mayoría de los que se suicidan están deprimidos, pero los datos subyacentes no permiten sacar esta conclusión.¹⁸² Sólo alrededor de un cuarto de las personas que se suicidan tienen un diagnóstico de depresión. Muchos más reciben un diagnóstico post-mortem basado en la

llamada autopsia psicológica. Establecer un diagnóstico de un trastorno psiquiátrico en una persona muerta conlleva un proceso altamente sesgado. El sesgo de aceptación social amenaza la validez de tal diagnóstico retrospectivo. Los parientes suelen buscar explicaciones socialmente aceptables y pueden no ser conscientes o no estar dispuestos a revelar ciertos problemas, en particular los que generan vergüenza o focalizan parte de la culpa en sí mismos.

"Algunos de los fármacos más seguros de la historia", escribieron. Esto es difícil de conciliar con los resultados de un estudio de cohorte cuidadosamente realizado que demostró que los ISRS matan a una de cada 28 personas mayores de 65 años tratadas con estos medicamentos durante un año,⁹⁶ y con el hecho de que los fármacos duplican los suicidios.⁹⁷⁻¹⁰⁰

"El movimiento antipsiquiatría se ha reavivado con la reciente teoría de la conspiración de que la industria farmacéutica, en alianza con los psiquiatras, conspira activamente para crear enfermedades y fabricar medicamentos que no son mejores que el placebo". No vieron la ironía. No es una teoría conspirativa sino un simple hecho que los psiquiatras han creado tantas "enfermedades" que hay al menos una por cada ciudadano, y también es correcto que no vale la pena usar los medicamentos.

El colmo de la negación profesional y la arrogancia llegó cuando sugirieron que debíamos ignorar "las experiencias graves con los medicamentos", las cuales despreciaron como anécdotas y afirmaron que podrían estar distorsionadas por el "incentivo del litigio". Es profundamente insultante para los padres que han perdido un hijo y para los cónyuges que han perdido a su pareja porque los fármacos para la depresión llevaron a algunos a suicidarse, a cometer un homicidio o a ambas cosas. En sus comentarios finales, los psiquiatras dijeron que mis "afirmaciones extremas... expresan y refuerzan el estigma contra las enfermedades mentales y las personas que las padecen". Se ha documentado que son los psiquiatras los que estigmatizan a los pacientes, no aquellos que critican la psiquiatría.⁴

Sami Timimi es miembro del Colegio y escribió a Burn, el presidente del Colegio, en una carta firmada por 30 personas, solicitando que dicha institución reemplazara a Baldwin como su representante en el Grupo de Referencia Experto de la Revisión de Medicamentos Prescritos de Public

Health England, por un miembro del Colegio que no estuviera influido por conflictos de intereses con la industria farmacéutica. Burn respondió que la relación de Baldwin con la industria no cuestionaba de ninguna manera su trabajo y advirtió a Timimi que él necesitaba defender "los valores que el Colegio espera de sus miembros". Como DN y otros 'espaldas plateadas', Burn no vio la ironía de su comentario. Los valores parecen permitir la corrupción.

Cuando el psiquiatra escocés Peter Gordon expresó a finales de 2019 su opinión sobre la sobremedicación psiquiátrica y su potencial de daño, el presidente de la División Escocesa del Colegio Real de Psiquiatras hizo una llamada telefónica al Director Médico Adjunto de la Junta del Servicio Nacional de Salud en el que Gordon trabajaba y expresó su preocupación por su salud mental.¹⁷⁹ Varios de nosotros hemos experimentado ser "diagnosticados" por nuestros oponentes psiquiátricos, por mi parte en un periódico, durante un juicio en el que fui testigo experto⁵⁴ y en una conversación entre dos psiquiatras en una fiesta privada que uno de mis amigos escuchó por casualidad.

Otro ejemplo de falsos diagnósticos proviene de la Universidad de Emory en EEUU, donde trabajó el catedrático de psiquiatría Charles Nemeroff.⁴ Millones de dólares de la industria farmacéutica cambiaron de manos secretamente durante más de una década, y una de las razones por las que la estafa pudo continuar durante tanto tiempo fue que al menos 15 denunciadores fueron obligados a recibir evaluaciones psiquiátricas por parte de los psiquiatras de Emory que, según se informa, redactaron tales exámenes sin ni siquiera valorar a los médicos o recopilar pruebas objetivas, donde más tarde varios de ellos fueron despedidos. Algunas de estas "evaluaciones" fueron hechas por el propio Nemeroff. En la Unión Soviética, los disidentes recibían diagnósticos psiquiátricos falsos y eran encerrados o desaparecían para siempre.

Estas graves transgresiones éticas son específicas de la psiquiatría; ni siquiera son posibles en otras especialidades. Si un cardiólogo pierde una discusión académica, o su colega ha revelado su fraude, no le ayudará afirmar repentinamente que su oponente sufrió un ataque al corazón.

El uso de fármacos para la depresión en los niños cayó un 41%

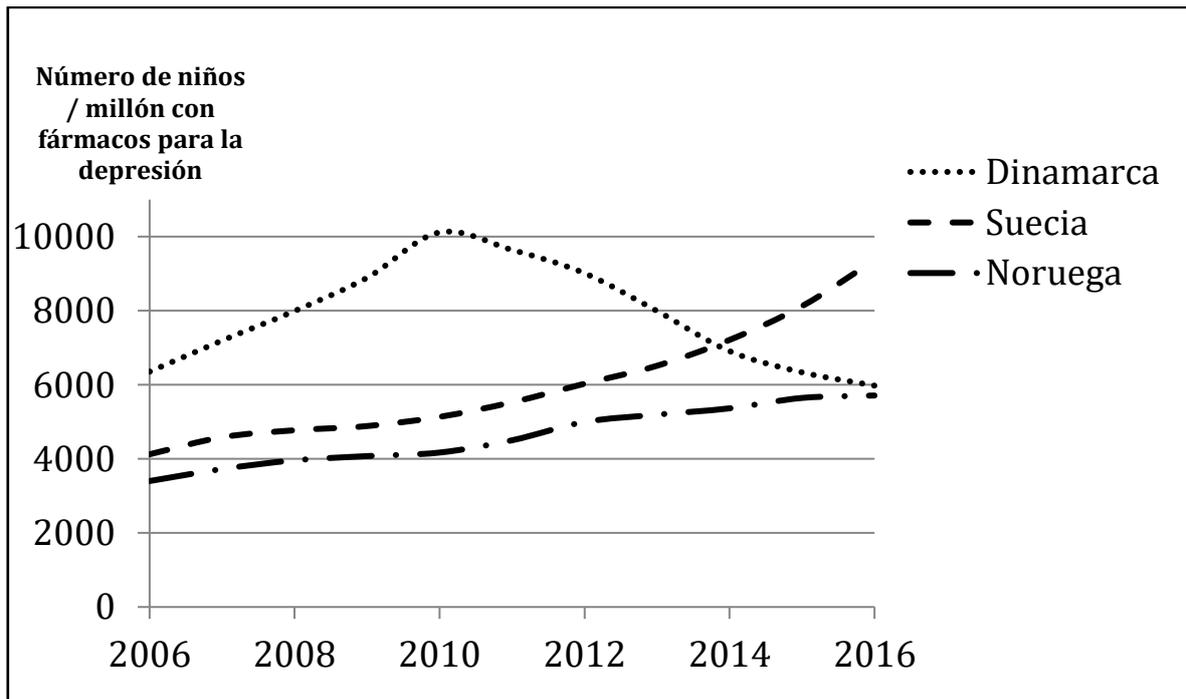
A continuación, viene un pequeño atisbo de esperanza desafiando al agujero negro de la psiquiatría, que absorbe todo el pensamiento racional como los agujeros negros del universo absorben todo lo que se acerca a ellos.

Es posible revertir las tendencias crecientes en el uso de psicofármacos si se es tan tenaz como lo fue John Read en relación con la Real Sociedad de Psiquiatría del Reino Unido.

Debido a la preocupación por el riesgo de suicidio, la Junta Nacional de Salud de Dinamarca recordó a los médicos de familia en el verano de 2011 que no debían recetar fármacos para la depresión en los niños, lo cual estaba reservado a los psiquiatras.¹⁸³ En aquel tiempo empecé a advertir con insistencia acerca del riesgo de suicidio de estos fármacos. Repetí mis advertencias innumerables veces en los años siguientes en la radio y la televisión, y en artículos, libros y conferencias. Comenzó con una entrevista con el director general de Lundbeck, Ulf Wiinberg, quien en 2011 afirmó que los fármacos para la depresión *protegen a* los niños contra el suicidio. La entrevista tuvo lugar mientras el socio estadounidense de Lundbeck, Forest Laboratories, negociaba una compensación con 54 familias cuyos hijos habían intentado suicidarse o se habían suicidado bajo la influencia de los fármacos para la depresión de Lundbeck. En otro lugar he descrito el comportamiento irresponsable de Lundbeck, también en relación con un artículo que publiqué sobre la entrevista.⁴

En Noruega y Suecia no ha habido iniciativas de este tipo. El número de niños en tratamiento aumentó en un 40% en Noruega (0-19 años) y en un 82% en Suecia (0-17 años) de 2010 a 2016, mientras que disminuyó en un 41% en Dinamarca (0-19 años) a pesar de que los catedráticos de psiquiatría siguieron propagando también en Dinamarca sus falsas afirmaciones de que los fármacos para la depresión protegen a los niños contra el suicidio.¹⁸³

La Junta Nacional de Salud de Dinamarca ha emitido varias advertencias contra el uso de fármacos para la depresión en los niños antes de 2011. Por lo tanto, creo que el uso se redujo en Dinamarca principalmente debido a mi tenacidad. Digo esto para animar a la gente a luchar por una buena causa. A pesar de las tremendas dificultades, es posible cambiar a mejor las cosas en la psiquiatría. No es mucho, pero no debemos abandonar la lucha.



El número necesario para tratar es muy engañoso

Es habitual en los artículos de investigación psiquiátrica el mencionar el número de pacientes que necesitan ser tratados (NNT) para beneficiar a uno de ellos. Los psiquiatras mencionan el NNT todo el tiempo como evidencia de que sus fármacos son muy efectivos. Pero el NNT es tan engañoso que usted debería ignorar todo lo que lee sobre él.

Técnicamente, el NNT se calcula como el inverso de la diferencia de riesgo (en realidad es una diferencia de beneficio), lo cual es un estimador muy simple. Si el 30% ha mejorado con un fármaco y el 20% con un placebo, $NNT = 1/(0,3-0,2) = 10$. Aquí vienen los principales problemas:

En primer lugar, el NNT se calcula a partir de ensayos clínicos seriamente defectuosos, con la retirada súbita de la medicación en el grupo de placebo, cegamiento insuficiente, y el patrocinio de la industria con publicación selectiva de los resultados positivos y tortura de datos.

En segundo lugar, la NNT sólo tiene en cuenta a los pacientes que han mejorado en cierta medida. Si un número similar de pacientes se hubieran deteriorado, no habría NNT, ya que sería infinito (1 dividido por cero es infinito). Por ejemplo, si un fármaco es totalmente inútil y sólo hace que la enfermedad después del tratamiento sea más variable, de modo que más pacientes mejoran y más pacientes se deterioran que en el grupo placebo, el

fármaco parecería eficaz basado en el NNT porque más pacientes del grupo del medicamento habrían mejorado en comparación con el grupo placebo.

En tercer lugar, el NNT abre la puerta a un sesgo adicional. Si el corte elegido para la mejora no arroja un resultado que guste al departamento de marketing de la empresa, pueden probar otros cortes hasta que los datos confiesen. Tales manipulaciones de los datos durante el análisis estadístico, donde los resultados preespecificados se cambian después de que los empleados de la compañía hayan visto los datos, son muy comunes.^{4,51,101,184} Mi grupo de investigación lo demostró en 2004, comparando los protocolos de los ensayos que habíamos adquirido a través de los comités éticos de investigación clínica con las publicaciones de dichos ensayos. En dos tercios de los ensayos, al menos se había modificado, introducido u omitido una variable principal, mientras que el 86% de los investigadores de los ensayos negaron la existencia de resultados no comunicados (no sabían, por supuesto, que teníamos acceso a sus protocolos cuando se los pedimos).¹⁸⁴ Estas graves manipulaciones no se describieron en ninguna de las 51 publicaciones.

En cuarto lugar, el NNT sólo estima el beneficio e ignora por completo que los medicamentos producen daños, los cuales son mucho más probables que sus posibles beneficios.

En quinto lugar, si se combinan los beneficios y los daños en una medida de preferencia, no es probable que se pueda calcular un NNT porque los psicofármacos producen más daño que beneficio. En este caso sólo podemos calcular el número necesario para dañar (NNH). Los abandonos durante los ensayos de fármacos para la depresión ilustran este aspecto. Dado que un 12% más de pacientes abandonan el fármaco que el placebo,¹¹⁴ el NNH es 1/0,12, o sea 8.

Los ‘espaldas plateadas’ del Reino Unido no tuvieron en cuenta ninguno de estos defectos cuando afirmaron que los fármacos para la depresión tienen un efecto impresionante en la recurrencia, con un NNT de alrededor de 3 para prevenir una recurrencia.¹⁸¹ No es sorprendente que los pacientes quieran volver a tomar el medicamento cuando sus psiquiatras los han arrojado al infierno de la abstinencia aguda al sustituir repentinamente su fármaco por un placebo. Como sólo se necesitan dos pacientes para conseguir uno con síntomas de abstinencia,⁵⁷ no puede existir un NNT para prevenir la recurrencia, sólo un NNH para dañar, que es 2.

No puede existir un NNT en otros ensayos de depresión, ya que la diferencia entre el fármaco y el placebo en los ensayos defectuosos es alrededor del 10%,⁴ o un NNT de 10, que es mucho menor que el NNH. Por ejemplo, el NNH para provocar problemas sexuales es menor que 2 para los fármacos para la depresión. Argumentos y ejemplos similares pueden ser invocados para todos los psicofármacos. Por lo tanto, el NNT en psiquiatría es falso. No existe.

Electroshock

Como este libro es sobre medicamentos no diré mucho sobre el electroshock.⁴ Algunos pacientes y psiquiatras dicen que puede tener un efecto impresionante. Esto podría ser cierto, pero el efecto promedio es menos impresionante y, si el electroshock fuera efectivo, la gente no necesitaría recibir una larga serie de descargas, lo cual es habitualmente el caso. Además, el efecto de la descarga no dura más allá del período de tratamiento, y el electroshock "funciona" causando daño cerebral, lo cual es aterrador.⁴

Una vez me preguntaron en una reunión cuál era mi opinión sobre una mujer que estaba tan deprimida que apenas se podía entrar en comunicación con ella, pero pidió un vaso de agua después de un electroshock. Dije que como era una anécdota, le respondería con una anécdota. Una vez me pidieron atender a un hombre recién ingresado en el hospital, un alcohólico inconsciente. Como necesitaba descartar la meningitis, intenté insertar una aguja en su espalda para extraer líquido cefalorraquídeo para microscopía y cultivo. Fue muy difícil entrar y alcancé su hueso varias veces. De repente, el borracho exclamó en voz alta: "¡Maldita sea, deja de pincharme en la espalda!" ¿Había causado un milagro con mi aguja y curado al tipo? No. Cosas extrañas suceden constantemente en la asistencia sanitaria. ¿Podría haber despertado a la mujer profundamente deprimida con mi aguja? Quién sabe, pero ¿por qué no?

Los psiquiatras suelen decir que el electroshock puede salvar vidas pero no hay evidencia fiable para esta afirmación, mientras que sí sabemos que el electroshock puede matar a la gente.⁴ Además puede provocar una pérdida de memoria grave y permanente, lo que algunos líderes de la psiquiatría

niegan ferozmente que pueda suceder,^{4,23} aunque esté bien documentado que el electroshock provoca pérdida de memoria en la mayoría de los pacientes.^{4,185-187}

Encuentro totalmente inaceptable que el electroshock pueda aplicarse a los pacientes en contra de su voluntad, porque algunos pacientes morirán, alrededor del 1 por 1000¹⁸⁶ y otros sufrirán daños cerebrales graves e irreversibles.^{4,23}

1 Usted no debería tomar psicofármacos. La única excepción que puedo concebir es una situación aguda de grave alteración en la que puede necesitar descansar.

2 Si usted tiene suerte y cuenta con un buen psiquiatra que comprende la falibilidad de los diagnósticos psiquiátricos y que los medicamentos o el electroshock no son la solución a su problema, siga hablando con este médico.

3 No acepte el electroshock. No es curativo, y algunos pacientes mueren o sufren daños cerebrales graves y permanentes que reducen su memoria y otras funciones cognitivas.

4 Si usted, después de haber leído todo lo anterior, cree que la psiquiatría está basada en la evidencia, que los psiquiatras generalmente saben lo que hacen y que, por lo tanto, quiere consultar a uno que no conoce, le deseo buena suerte. La necesitará.

3 Psicoterapia

Conozco a psiquiatras en varios países que no usan psicofármacos o electroshocks. Manejan incluso a los pacientes más gravemente alterados con empatía, psicoterapia y paciencia.¹ El objetivo de los tratamientos psicológicos es modificar un cerebro que no funciona bien por un estado más normal. Los psicofármacos también cambian el cerebro, pero crean un tercer estado artificial —un territorio desconocido— que no es ni el normal ni el estado de mal funcionamiento del que vino el paciente.²

Esto es problemático porque no se puede pasar del tercer estado inducido químicamente a la normalidad a menos que se disminuyan los medicamentos e, incluso entonces, no siempre será posible ya que el paciente podría haber desarrollado un daño cerebral irreversible.

Un enfoque humano del dolor emocional es muy importante, y los resultados del tratamiento dependen más de las alianzas terapéuticas que de si se utiliza la psicoterapia o la farmacoterapia.³ Además, cuanto más de acuerdo estén los médicos y los pacientes sobre lo que es importante cuando están siendo curados de una depresión, mejores serán los resultados en cuanto al afecto positivo, la ansiedad y las relaciones sociales.⁴

La mayoría de los problemas a los que se enfrentan los pacientes están causados por la regulación maladaptativa de las emociones, y los psicofármacos empeoran las cosas, ya que sus efectos constituyen precisamente una regulación maladaptativa de las emociones.⁵ Por el contrario, la psicoterapia tiene por objeto enseñar a los pacientes a manejar mejor sus sentimientos, pensamientos y comportamiento. A esto se denomina regulación adaptativa de las emociones. Puede mejorar a los pacientes de forma permanente y hacerlos más fuertes cuando se enfrentan a los desafíos de la vida. De acuerdo con esto, los metaanálisis han encontrado que la efectividad de la psicoterapia comparada con los fármacos para la depresión depende de la duración del ensayo. La psicoterapia tiene un efecto duradero que supera claramente a la farmacoterapia en el largo plazo.^{6,7}

Hay cuestiones sustanciales a considerar cuando se leen los informes sobre los ensayos que han comparado la psicoterapia con los medicamentos. Los ensayos no están adecuadamente cegados, ni para la psicoterapia ni para

los medicamentos, y sería esperable que la creencia predominante en el modelo biomédico influyera en el comportamiento de los psiquiatras durante el ensayo, sesgando sus evaluaciones de resultados a favor de los medicamentos y en detrimento de la psicoterapia. Los ensayos que muestran que los efectos combinados de un medicamento y psicoterapia son mejores que cualquiera de los dos tratamientos por separado también deben interpretarse con cautela, y los resultados a corto plazo son engañosos. Sólo se deberían tener en cuenta los resultados a largo plazo, por ejemplo los resultados obtenidos después de un año o más.

No abogaré por la terapia combinada. Conseguir una psicoterapia eficaz puede ser difícil cuando los cerebros de los pacientes están adormecidos por sustancias psicoactivas, las cuales pueden volverles incapaces para pensar con claridad o de evaluarse a sí mismos. Como se ha señalado anteriormente, la falta de comprensión de los sentimientos, los pensamientos y los comportamientos es conocida como "hechizo de la medicación".^{8,9} El principal efecto sesgado del hechizo de la medicación es que los pacientes subestiman los daños de los psicofármacos.

No entraré en detalles acerca de la psicoterapia. Hay muchas escuelas y métodos que compiten entre sí, y no es tan importante el método que se use. Es mucho más importante que seas un buen oyente y te encuentres con tu semejante donde esa persona está, como el filósofo danés Søren Kierkegaard nos aconsejó hace dos siglos. Como hay muchos ensayos con la terapia cognitivo-conductual este tiende a ser el método preferido pero, si se usa demasiado indiscriminadamente, puede degenerar en una suerte de recetario de cocina que presta muy poca atención a las circunstancias especiales, los deseos y la historia del paciente concreto.

Cuando quisimos estudiar el efecto de la psicoterapia en el riesgo de suicidio, mi hija mayor y yo nos centramos en la terapia cognitivo-conductual por la sencilla razón de que la mayoría de los ensayos habían utilizado este método. Como ya se ha mencionado, descubrimos que la psicoterapia reduce a la mitad el riesgo de un nuevo intento de suicidio en las personas ingresadas de forma aguda tras un intento de suicidio.¹⁰ Este es un resultado muy importante que no se limita a la terapia cognitivo-conductual. La psicoterapia de regulación emocional y la psicoterapia dialéctica conductual también son eficaces para las personas con conductas autolesivas.¹¹

La psicoterapia parece ser útil para toda la gama de trastornos psiquiátricos, también para las psicosis.^{1,12} Una comparación entre Laponia y Estocolmo ilustra la diferencia entre un enfoque empático y la aplicación inmediata de fármacos a los pacientes con un primer episodio de psicosis.^{13,14} El *Open Dialogue Family and Network Approach* (diálogo abierto) en Laponia tiene por objeto tratar a los pacientes psicóticos en sus hogares. El tratamiento integra a la red social del paciente y comienza en las 24 horas siguientes al contacto.¹³ Los pacientes eran muy similares a los de Estocolmo, pero en Estocolmo el 93% fueron tratados con neurolepticos frente a solo el 33% en Laponia y, cinco años más tarde, el uso continuado era del 75% frente al 17%. Después de cinco años, el 62% de los pacientes en Estocolmo frente al 19% en Laponia recibían subsidio por discapacidad o estaban de baja por enfermedad. El uso de camas de hospital también había sido mucho mayor en Estocolmo, 110 días frente a solo 31 días de promedio. No fue una comparación aleatorizada, pero los resultados son tan sorprendentemente diferentes que sería irresponsable descartarlos. Hay muchos otros resultados que apoyan el enfoque no farmacológico¹, y el modelo de Open Dialogue está ganando impulso en varios países.

La psicoterapia no funciona para todo el mundo. Tenemos que aceptar que algunas personas no pueden ser ayudadas independientemente de lo que hagamos, lo cual es cierto también en otras áreas de la salud. Algunos terapeutas no son tan competentes o no trabajan bien con algunos pacientes; por lo tanto, puede ser necesario probar más de un terapeuta.

Como todas las intervenciones, la psicoterapia también puede ser perjudicial. Los niños soldados de Uganda que fueron obligados a cometer las más horribles atrocidades han sobrevivido notablemente bien al trauma psicológico evitando el afrontamiento.¹⁵ Si un terapeuta hubiera insistido en confrontar a estas personas con su trauma encapsulado, podría haber salido muy mal parado. En la medicina somática, la mayoría de las veces una herida que necesita cura debe dejarse en paz, y los seres humanos tienen una notable capacidad de autocuración, tanto física como psicológica. Obviamente, si la curación va mal, por ejemplo, porque un hueso roto no se unió apropiadamente, o un trauma continúa impidiendo que el paciente viva una vida plena, puede ser necesario abrir la herida.

El dolor físico y el emocional tienen similitudes. Así como necesitamos

del dolor físico para evitar los peligros, necesitamos el dolor emocional para guiarnos en la vida.¹⁶ Las afecciones agudas como la psicosis y la depresión suelen estar relacionadas con un trauma y tienden a curarse por sí solas si tenemos un poco de paciencia. A través del proceso de curación, ya sea con la ayuda de la psicoterapia o no, aprendemos algo importante que puede ser útil si nos volvemos a meter en problemas. Estas experiencias también pueden aumentar nuestra confianza en nosotros mismos, mientras que los fármacos pueden impedirnos aprender algo porque adormecen nuestros sentimientos y a veces también nuestros pensamientos. Los fármacos también pueden proporcionar una falsa sensación de seguridad, privar al paciente de una verdadera terapia y otras interacciones humanas curativas —los médicos pueden pensar que no necesitan involucrarse tanto cuando un paciente está tomando medicamentos.¹⁶

Ser tratado con humanidad es difícil en la psiquiatría actual. Si te entra el pánico y acudes a un servicio de emergencias psiquiátricas, probablemente te dirán que necesitas un medicamento. Y si te niegas y dices que sólo necesitas descansar para recuperarte, puede que te digan que ese lugar no es un hotel.¹⁶

4 Retirada de psicofármacos

Como se ha señalado anteriormente, la profesión psiquiátrica y las autoridades tardaron casi 30 años en admitir que las benzodiazepinas son extremadamente adictivas. La propaganda es muy eficaz, y se tardó tanto tiempo porque era un gran gancho comercial para la industria farmacéutica el que no fueran adictivas, en contraste con los barbitúricos a los que sustituyeron, al igual que se convirtió en un gran gancho comercial alrededor de 1988 el que los nuevos fármacos para la depresión no fueran adictivos, en contraste con las benzodiazepinas a las que sustituyeron.

Las mentiras no cambian, por la simple razón de que la industria farmacéutica no vende medicamentos, sino mentiras acerca de los medicamentos, lo cual representa la parte más importante de sus actividades delictivas organizadas.¹ La industria es tan buena mintiendo que pasaron unos 50 años antes de que las autoridades finalmente admitieran que los fármacos para la depresión también son adictivos. Incluso después de tan colosal demora, todavía no están preparadas para llamar a las cosas por su nombre. Evitan usar palabras como adicción y dependencia y, en cambio, hablan de síntomas de abstinencia.

El peor argumento que he oído –por parte de varios catedráticos de psiquiatría–, es que los pacientes no están enganchados porque no ansían dosis más altas. De ser esto cierto, sería una buena noticia para los fumadores, quienes después de haber fumado un paquete de cigarrillos todos los días durante 40 años, pueden dejar de fumar de un día para otro, sin síntomas de abstinencia.

A los pacientes no les importan los juegos de palabras académicos, cuya única finalidad es permitir que las compañías farmacéuticas sigan intoxicando a poblaciones enteras con medicamentos que alteran la mente. Los pacientes saben cuándo están enganchados (ver capítulo 2); no necesitan la aprobación de un psiquiatra para saber que su experiencia es correcta, y algunos afirman que dejar un antidepresivo fue peor que su depresión.²

El progreso es muy lento. En un programa de la BBC de 2020, la organización benéfica de salud mental *MIND* dijo que está derivando a las personas a organizaciones benéficas destinadas a drogadictos para ayudarles

a dejar los antidepresivos debido a la falta de alternativas disponibles. Desgraciadamente, siempre se rinde homenaje a las ideas equivocadas con las que se lava el cerebro de las personas: "Aunque no son adictivas, pueden conducir a problemas de dependencia", dijo una voz en off a los espectadores. ¿No hemos escuchado ya suficientes tonterías?

Una de las cosas más significativas que puede hacer un médico es ayudar a algunos de los cientos de millones de personas que se han vuelto adictas a los fármacos a dejarlos. Algo que puede ser muy difícil. Muchos psiquiatras me han dicho que es mucho más fácil desenganchar a un heroinómano que a un paciente que toma benzodiazepinas o antidepresivos.

Los mayores obstáculos para dejar los psicofármacos son la ignorancia, las falsas creencias, el miedo, la presión de los familiares y los profesionales de la salud, y cuestiones prácticas como la falta de medicamentos en dosis adecuadamente pequeñas.

Muy pocos médicos saben algo acerca de retirar psicofármacos y cometen errores terribles. Si los reducen, lo hacen demasiado rápido, porque el conocimiento prevalente es que la abstinencia sólo es un problema con las benzodiazepinas y porque las pocas guías que existen recomiendan una reducción demasiado rápida.

La situación en el Reino Unido mejoró en 2019 (véase el capítulo 2), pero no he visto todavía ninguna mejora en otros países, y he aquí un ejemplo. En noviembre de 2019, la Junta Nacional de Salud de Dinamarca emitió una guía clínica sobre los antidepresivos para los médicos de familia, la cual fue incluida en el *Diario de la Asociación Médica Danesa*, asegurándose de que todo el mundo la viera.

El remitente era "Farmacoterapia Racional", pero no era racional. Dado que las guías clínicas son peligrosas, quise advertir a la gente en contra de ellas, pero sabía por experiencia que quejarse a las autoridades no funciona, pues piensan que son irreprochables. Así que publiqué mis críticas en un periódico.³ La Junta de Salud tuvo la oportunidad de responder, pero la declinó, otra señal de la arrogancia que hay en las cúpulas de nuestras instituciones, pues se trata de un asunto de salud pública de gran importancia.

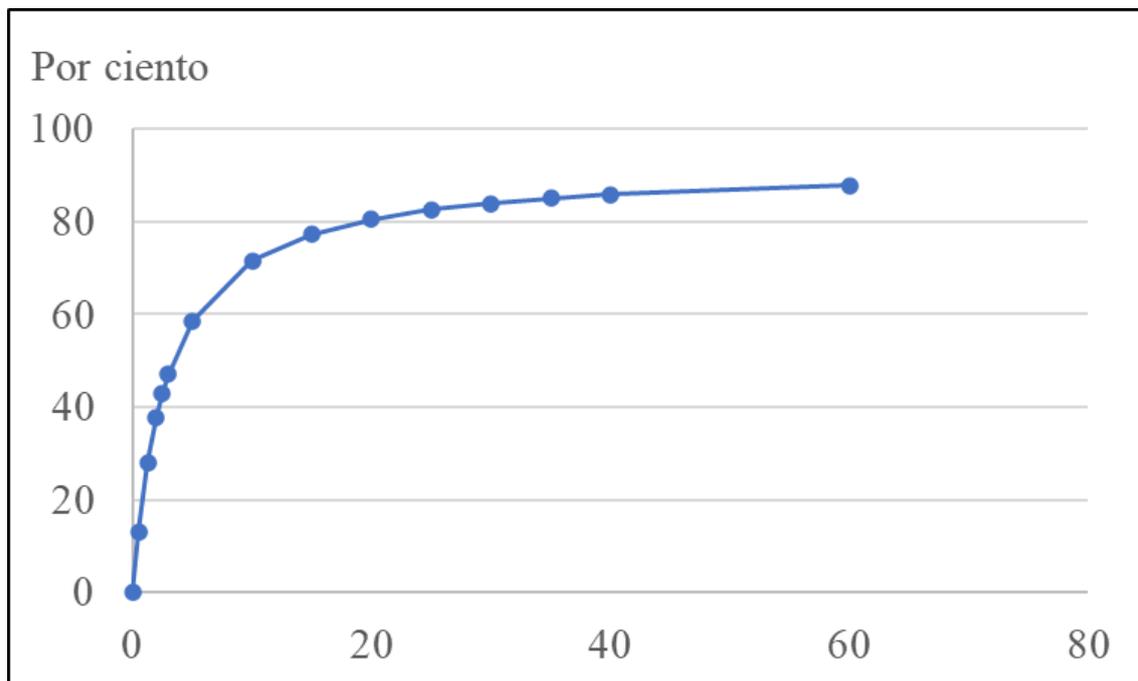
Aunque el grupo de autores de la guía incluía un psiquiatra y un farmacólogo clínico, no parecían saber cómo es una curva de unión de los antidepresivos a los receptores. Al igual que con otros medicamentos, es

hiperbólica. Es muy pronunciada al principio cuando la dosis es baja, y luego se aplana y se vuelve casi horizontal en la parte superior (ver figura).⁴

Es importante saber esto. La junta recomienda reducir la dosis a la mitad cada dos semanas, lo cual es demasiado arriesgado. En dosis normales, la mayoría de los receptores están ocupados porque estamos en la parte superior de la curva de unión, donde es plana. Dado que prácticamente todos los pacientes están sobremedicados, pueden permanecer en la parte plana de la curva de unión después de la primera reducción de dosis y no experimentar ningún síntoma de abstinencia. Por lo tanto, podría estar de acuerdo con reducir la dosis a la mitad la primera vez.

Pero ya la próxima vez, al pasar del 50% de la dosis inicial al 25%, las cosas pueden ir mal. De no producirse síntomas de abstinencia esta vez tampoco, es casi seguro que vendrán cuando se dé el siguiente paso y se baje al 12,5%.

Relación hiperbólica entre la ocupación de los receptores y la dosis de citalopram en mg.



(Cortesía de Mark Horowitz)

Cambiar la dosis cada dos semanas también es ir demasiado rápido para muchos pacientes. La dependencia física de las pastillas puede ser tan intensa que se tarde meses o años en dejarlas por completo.

La retirada rápida es peligrosa. Como se ha señalado anteriormente, uno de los peores síntomas de abstinencia es la inquietud extrema (acatisia), que predispone al suicidio, la violencia y el homicidio.

Un proceso de retirada debe respetar la forma de la curva de unión y, por lo tanto, ser cada vez más lento, cuanto más baja sea la dosis. Estos principios se conocen desde hace decenios y fueron explicados en un instructivo artículo publicado en *Lancet Psychiatry* el 5 de marzo de 2019 por Horowitz y Taylor.⁴ Dado que mis colegas, que han retirado la medicación a muchos pacientes, y yo hemos escrito repetidamente sobre dichos principios en los periódicos nacionales daneses y en otros lugares desde 2017, no había excusa para que las personas que trabajaban en la Junta Nacional de Salud no los conocieran.

Los psicofármacos representan el santo grial para los psiquiatras, y son lo único que los separa de los psicólogos, aparte de su calificación como médicos. Cabe, por tanto, esperar una fuerte oposición del gremio psiquiátrico y sus aliados cuando se le cuenta a la gente la verdad sobre estos fármacos y se les comienza a educar sobre cómo dejarlos de manera segura.

Esto me ha pasado en muchas ocasiones. Como se ha indicado en el capítulo 2, mi conferencia de apertura en la reunión inaugural del Consejo de Psiquiatría Basada en la Evidencia de 2014 fue inmediatamente atacada por la cúpula de la psiquiatría británica. El Consejo fue establecido por el cineasta y empresario Luke Montagu, quien sufrió terribles síntomas de abstinencia durante muchos años después de dejar los psicofármacos, y quiso divulgar sus daños.

Mencioné el nombre de Luke en 2015 en un artículo que me invitaron a escribir para el *Daily Mail*.⁵ Vió la luz dos semanas después de publicar mi libro sobre psiquiatría, donde estaban todas las pruebas.⁶ El editor hizo muchos cambios en mi artículo e insistió en que añadiera esta declaración: "Como investigador de la Colaboración Cochrane independiente –un organismo internacional que evalúa la investigación médica–, mi labor es examinar minuciosamente la evidencia de los tratamientos."

Mi investigación fue denigrada públicamente por los líderes de Cochrane, quienes subieron a la red una declaración que sigue allí.⁷ Afirmaron que mis declaraciones sobre los psicofármacos y el uso que los médicos británicos hacen de ellos podrían ser malinterpretadas como una indicación de que

estaba llevando a cabo mi trabajo en nombre de Cochrane. También dijeron que mis opiniones sobre los beneficios y daños de los psicofármacos no eran las de la organización.

Cochrane tiene tres grupos de salud mental que han publicado cientos de revisiones sistemáticas sobre fármacos psiquiátricos gravemente engañosas, en las que los autores no prestaron suficiente atención a los defectos de los ensayos, sino que actuaron como portavoces de la industria farmacéutica.⁶

Cochrane trató de negar mis conclusiones sobre los psicofármacos, pero la organización no puede tener "opiniones" sobre estos temas que pesen más que las de un investigador que los ha estudiado en detalle. Pero la táctica funcionó, por supuesto. Cinco días después de que subieran la declaración, el *BMJ* publicó una noticia: "Cochrane se distancia de las opiniones controvertidas sobre los psicofármacos."⁷

Tanto entonces como posteriormente, el apoyo de Cochrane al gremio psiquiátrico y a la industria farmacéutica ha sido objeto de muy mal uso por parte de los principales psiquiatras. David Nutt (ver más sobre él en el capítulo 2) dijo durante una conferencia en Nueva Zelanda, en febrero de 2018, que me habían echado de Cochrane. Se adelantó siete meses a los acontecimientos.⁷

Luke escribió sobre su propio "currículum" como paciente psiquiátrico en el artículo del *Daily Mail*.⁵ Los síntomas eran de tal naturaleza y gravedad que al principio me costó creerle. Nunca había oído nada remotamente similar durante mis estudios de medicina o más tarde. Pero pronto me di cuenta de que Luke no bromeaba y que no tenía ninguna condición psiquiátrica en absoluto, sino que era una persona encantadora que sin saberlo había caído en la trampa de los psicofármacos.

Luke, heredero del Conde de Sandwich, se sometió a una operación de senos nasales a los 19 años que le dejó con dolores de cabeza y una sensación de distanciamiento con el mundo. Su médico de cabecera le dijo que tenía un desequilibrio químico en el cerebro. El verdadero problema fue probablemente una reacción a la anestesia, pero a Luke le recetaron varios fármacos para la depresión que no le ayudaron.

Tampoco ninguno de los otros doctores y psiquiatras que Luke consultó le escuchó cuando dijo que había comenzado con la operación. Le ofrecieron diferentes diagnósticos, y todos le dieron medicamentos; nueve pastillas diferentes en cuatro años. Como sucede a menudo, Luke concluyó

a regañadientes que había algo malo en él. Trató de dejar los medicamentos en un par de ocasiones, pero se sentía tan mal que volvió a tomarlos. Pensó, lo que también es típico, que necesitaba la medicación, aunque lo que pasó fue que experimentó abstinencia.

En 1995 se le recetó Seroxat (paroxetina) y lo tomó durante siete años. Cuando intentó dejar de tomarlo, se sentía mareado, no podía dormir y tenía una ansiedad extrema. Pensando que estaba gravemente enfermo, fue a ver a un psiquiatra que le dio cuatro medicamentos más, incluyendo una pastilla para dormir. Pronto se sintió mejor, sin darse cuenta de que se había vuelto "tan dependiente como un drogadicto a la heroína".

Funcionó bien durante unos años, pero poco a poco se fue sintiendo más cansado y desmemoriado. Así que, en 2009, creyendo que se debía a los fármacos, entró en una clínica de adicciones. Su psiquiatra le aconsejó que dejara el somnífero inmediatamente y al cabo de tres días le golpeó un tsunami de síntomas horribles –se sentía como si su cerebro se hubiera partido en dos, había un zumbido agudo en sus oídos y no podía pensar.

Fue una terrible negligencia profesional. La interrupción rápida del uso a largo plazo de un somnífero es desastrosa. La desintoxicación fue el comienzo de casi siete años de infierno. Era como si partes de su cerebro hubieran sido borradas.

Tres años más tarde, comenzó a recuperarse muy lentamente, pero todavía tenía una sensación de ardor en todo el cuerpo, un fuerte zumbido en los oídos y una intensa sensación de agitación.

La última vez que me reuní con Luke, en junio de 2019, todavía sufría de síntomas de abstinencia, pero podía trabajar a tiempo completo.

Está decidido a tratar de ayudar a otros a evitar la terrible trampa de la medicación. Después de establecer el Consejo, Luke fundó el Grupo Parlamentario Transversal sobre la Dependencia a Fármacos por Prescripción (APPG, por sus siglas en inglés), que presionó con éxito al Gobierno británico para que reconociera el problema. Reclutó a la Asociación Médica Británica y al Real Colegio de Psiquiatras para que lo apoyaran. Esto condujo a una evaluación revolucionaria por parte de la Salud Pública de Inglaterra con varias recomendaciones clave, incluida una línea telefónica nacional de ayuda las 24 horas y servicios de apoyo para la abstinencia.⁸ Estas recomendaciones no sólo se centran en los culpables habituales, los opiáceos y las benzodiazepinas, sino también en los fármacos

para la depresión. En diciembre de 2019, la APPG y el Consejo publicaron la "Guía para psicólogos: Conversaciones con clientes que toman o están dejando los psicofármacos", de 112 páginas. Esta guía es muy detallada y útil, tanto en relación a los medicamentos que describe como en la orientación concreta que ofrece a los terapeutas.

Se hizo cada vez más difícil ignorar el enorme problema de los pacientes que son adictos a los fármacos para la depresión. En 2016, cofundé el Instituto Internacional para la Retirada de los Psicofármacos (iipdw.org), con sede en Suecia. Hemos tenido varias reuniones internacionales y hemos establecido una red de personas de muchos países con ideas afines, y el interés por hacer algo finalmente se está extendiendo rápidamente.

Llevo más de diez años presionando a portavoces de salud del Parlamento danés, y siempre se han mostrado favorables cuando les he explicado que hacen falta cambios importantes en psiquiatría. Pero tienen miedo de ir en contra de los psiquiatras, que se apresuran a decirles que la psiquiatría está fuera de su ámbito de competencias. Así que no ha ocurrido nada importante.

En diciembre de 2016, hubo una audiencia en el Parlamento sobre la importancia de la retirada de fármacos psiquiátricos y cómo llevarla a cabo, que coincidió con el título de mi charla. Hubo contribuciones de un psicólogo y un farmacéutico con experiencia en la retirada de fármacos, y de un familiar de un paciente. No hubo ni un solo psiquiatra con experiencia en la abstinencia en el programa. El único psiquiatra fue Bjørn Epdrup, quien explicó cuándo y por qué se necesitan los neurolépticos –y se olvidó de decirnos cuándo no se necesitan–, y afirmó que podía ver la esquizofrenia en un escáner cerebral. Tal cosa es imposible. Los estudios con escáneres en psiquiatría son muy poco fiables,⁶ pero Epdrup dejó la reunión antes de que alguien pudiera contradecir su afirmación. ¡Lo único que se puede observar en un escáner cerebral es el encogimiento del cerebro que han causado los neurolépticos!^{6,10,11}

En enero de 2017, fui invitado a dar una charla en una reunión acerca del sobrediagnóstico y la sobremedicación en psiquiatría, en Sherbrooke (Canadá). La reunión fue certificada y contó como formación continua en el currículo de los médicos. Aunque la mayoría de los asistentes eran psiquiatras, 74 de los 84 participantes consideraron que mi presentación había respondido a sus necesidades. No me lo esperaba, sobre todo después

de un debate algo tenso.

Sentí que se avecinaban cambios. Dos meses después, el psicólogo Allan Holmgren y un partido político organizaron una conferencia en el Parlamento con el tema: "Una psiquiatría sin fármacos". Robert Whitaker dio una conferencia sobre la epidemia de los psicofármacos y mi título también fue directo: "El mito de la psiquiatría biológica; el uso de psicofármacos hace mucho más daño que bien".

MIND Dinamarca no quiere ayudar a los pacientes a dejar los psicofármacos

En junio de 2017, impartí un curso de un día entero sobre la abstinencia de los psicofármacos en Copenhague. Lo había planeado desde hacía tiempo, pero la iniciativa fue demasiado para la psiquiatría convencional, que intentó sabotearlo.

El primer obstáculo apareció cuando intenté poner un anuncio para el curso en *MIND*, la revista para miembros de la organización de pacientes psiquiátricos más importante de Dinamarca:

"¿Cómo debería dejar los psicofármacos y evitar los peores síntomas de abstinencia? El curso es para todos, tanto para pacientes, como para familiares y profesionales de la salud. Consiste en conferencias y debates para pequeños grupos. Los conferenciantes son el catedrático Peter C. Gøtzsche, la psiquiatra infantojuvenil Lisbeth Kortegaard, la farmacéutica Birgit Toft, la psicóloga Olga Runciman y el farmacéutico Bertel Rüdinger".

El 6 de febrero, llamé al periodista *de MIND* Henrik Harring Jørgensen, que también es responsable de la revista *MIND*, para preguntarle si estaría interesado en hablarle a sus miembros de nuestro curso. Cuando ello no fue posible, pregunté si podía poner un anuncio en la revista. Jørgensen se sintió muy incómodo y dijo que, siendo funcionario, no debería involucrarse en debates sobre psicofármacos. Le expliqué que no era necesario, porque independientemente de lo que uno pensara sobre los psicofármacos, era un hecho que muchos pacientes querían dejarlos, pero que no conseguían ayuda, y por eso precisamente queríamos ofrecer nuestro curso, que era para todos, tanto pacientes como médicos.

No pude conseguir que Jørgensen se comprometiera a poner mi anuncio en la revista. Estaba convencido de que no podía tomar esa decisión por sí

mismo, sino que necesitaba el visto bueno de más arriba, y que probablemente no aceptarían mi anuncio.

Sabía muy bien que el Presidente Nacional *de MIND*, Knud Kristensen, sentía antipatía hacia mí, de lo cual ha hablado con otros, y que aprecia mucho los psicofármacos, de los cuales habla muy bien en los medios de comunicación cuando yo los critico. Cuando di una conferencia para *MIND* en Copenhague en mayo de 2016, Kristensen viajó desde el otro extremo del país para presidir la reunión y hacer preguntas críticas después de mi charla. Sus preguntas fueron poco amigables, y fue muy crítico conmigo como persona. Pero los participantes le desafiaron repetidamente y dijeron que lo que yo había contado era cierto, por ejemplo en relación a los síntomas de abstinencia y lo difícil que es dejar los psicofármacos, lo cual ellos mismos habían experimentado.

Envié mi anuncio a Jørgensen al día siguiente de haber hablado con él por teléfono. Silencio total. Llamé varias veces y la secretaria me pasó con Jørgensen, la cual me dijo que estaba en su oficina, pero no cogía el teléfono cuando era yo quien llamaba. Le envié un mensaje diciendo que debía llamarme, lo cual no hizo.

Me puse cada vez más nervioso porque la revista *MIND* sólo sale cada dos meses y la fecha límite para el anuncio era el 2 de marzo. Era mi única oportunidad de anunciarlo en la revista.

El 17 de febrero, escribí a Jørgensen, mencionando que no cogía el teléfono cuando le llamaba. Le dije que muchos miembros de *MIND* me escriben y preguntan a quién deben acudir para pedir ayuda con la abstinencia de los psicofármacos. También escribí a la dirección de correo electrónico general de la asociación, pero todavía no ha habido respuesta.

El 22 de febrero, fui a la sede central de *MIND* para obtener una respuesta. Me reuní con tres personas afuera que estaban haciendo documentales sobre psiquiatría y que se unieron a mí dentro del edificio.

Quedó inmediatamente claro que *MIND* no quería anunciar nuestro curso. El director de *MIND*, Ole Riisgaard, me trató de manera increíblemente grosera y condescendiente, igual que un maestro de escuela reprendiendo a un estudiante travieso en los años 50. Aparentemente, Riisgaard tampoco pudo tomar una decisión sobre mi anuncio sin la aprobación de Kristensen; dijo que volvería "al cabo de unos días".

Todos concluimos que el director estaba completamente al corriente de mi caso antes de saber de nuestra inesperada visita y que *MIND* había planeado evitar que mi anuncio fuera publicado en la revista *MIND*. Cuando le dije que ésa era mi impresión, también cuando hablé con Jørgensen por teléfono dos semanas antes, Jørgensen se puso muy agresivo y me preguntó si había grabado la conversación.

Al día siguiente, Riisgaard escribió que publicarían mi anuncio, añadiendo: "Como continuación a su grave y totalmente inaceptable conducta de ayer, donde se presentó sin acuerdo ni permiso, y con las cámaras encendidas grabando al personal de *MIND*, varios de los cuales son psicológicamente vulnerables y están empleados bajo disposiciones especiales, la condición para publicar el anuncio es que usted, antes de la fecha límite, me envíe una garantía escrita (firmada) de que ninguno de los empleados de *MIND* participará en ningún tipo de emisión sin el consentimiento escrito de cada uno de ellos".

Las cámaras no estaban encendidas, y los tres que estábamos en la habitación estuvimos muy tranquilos. Las únicas personas que mostraron mal comportamiento fueron Riisgaard y Jørgensen, a los que grabamos con un micrófono oculto porque es importante documentar el acoso y otros abusos de poder.

Uno de los realizadores de documentales escribió a Riisgaard que su gente me había seguido durante algún tiempo y por lo tanto también a *MIND*, y que había pedido permiso para grabar, lo cual un empleado de *MIND* le había concedido. En cuanto se lo prohibieron en otra planta, el trabajo de filmación se detuvo. El único que había sido filmado era yo.

Le escribí a Riisgaard que nuestra percepción de los acontecimientos era diferente. Habíamos cumplido todas las reglas, pero como Jørgensen nunca contestó el teléfono, no tuvimos otra opción que visitar la sede central de *MIND* para saber si *MIND* publicaría nuestro anuncio.

"Me explicó que *MIND* es una asociación pequeña y que queda mucho por hacer, por lo que no había oído nada. Permítame señalar que cuando llamé a Henrik tuvo mucho tiempo para preguntarle sobre un posible anuncio. Y que sólo habría tardado unos segundos en aceptar, cuando le envié el anuncio al día siguiente. No es más difícil que eso. Hubiera sido lógico para usted, cuando nos conocimos, decir que, por supuesto, pondría el anuncio en la revista *MIND*, porque obviamente es una ayuda para los

muchos miembros *de MIND* que quieren dejar los psicofármacos pero que no reciben ayuda de su médico, entre otras razones porque muy pocos médicos saben cómo hacerlo. Otros médicos piensan equivocadamente que hay que tomar los medicamentos durante el resto de la vida, lo cual está científicamente probado que es muy perjudicial. En cambio, usted dijo que obtendría respuesta en pocos días. ¿Cree que ésta es manera de tratar a un cliente que paga para obtener un anuncio en su revista, el cual, además, es muy relevante para sus suscriptores?"

El día anterior a nuestra visita a *MIND*, Riisgaard recibió un correo electrónico de una sucursal local explicando que en una reunión de la junta habían discutido sobre la correspondencia que yo había mantenido con Jørgensen, sobre un anuncio de un curso de abstinencia. "En base a ello, parece que se está aplicando alguna forma de censura. Tenemos la impresión de que muchos de nuestros miembros están interesados en el trabajo de Peter Gøtzsche. No entendemos esta actitud."

Riisgaard respondió a la sucursal local, después de habernos reunido con él y de haberle escrito: "En cuanto a la publicidad, ciertamente aplicamos censura (edición), por ejemplo, no aceptamos publicidad de la industria farmacéutica. Pero a Gøtske [sic] no se le ha negado la oportunidad de hacer publicidad. Si da otra impresión, es sólo para hacerse el interesante".

Riisgaard mintió y siguió siendo arrogante. Escribí a la sucursal local que alguien de la cúpula de *MIND* cree que los psicofármacos sólo hacen bien a la gente; que nadie debe recibir ayuda para dejarlos; y que los psiquiatras lo tienen todo bajo control, lo cual en absoluto es así.

El Presidente Nacional de *MIND*, Knud Kristensen, tiene demasiado poder y promueve sus propios intereses, no los de sus miembros.

El gremio psiquiátrico no quiere ayudar a los pacientes a dejar los psicofármacos

El segundo obstáculo apareció cuando informé a Psiquiatría de la Región Capital sobre nuestro curso, en enero de 2017. Escribí que colaboraba con psiquiatras, psicólogos y farmacéuticos cualificados de varios países, y con muchos consumidores con amplia experiencia en la abstinencia; que éramos 11 personas de 7 países que nos habíamos reunido en Gotemburgo en octubre de 2016 y decidimos establecer el Instituto Internacional para la

Suspensión del Tratamiento con Psicofármacos; que uno de nosotros era un psiquiatra noruego que acababa de abrir la primera unidad libre de fármacos en Noruega; que tenía un estudiante de doctorado que estudiaba cómo retirar los psicofármacos de forma segura; y que haríamos todo lo posible por satisfacer las necesidades e intereses de los participantes.

Tres días después, el catedrático de psiquiatría Poul Videbech se quejó a la Autoridad para la Seguridad del Paciente: "Un tal Peter Gøtzsche, especialista en medicina interna, ha anunciado el siguiente curso para pacientes y demás. Por supuesto, es mi opinión que asume una enorme responsabilidad, para lo cual no dispone de ningún conocimiento. ¿Pueden los médicos hacer este tipo de cosas sin tener los conocimientos profesionales necesarios? También se trata de una iniciativa privada que hace mal uso del nombre del Centro Cochrane".

La arrogancia de Videbech no debe pasarse por alto. "Un tal Peter Gøtzsche" es una expresión que se usa para personas desconocidas, y yo era muy conocido, tanto por Videbech como por las personas de la Autoridad.

La Autoridad no tomó en serio la queja de Videbech. Tardaron cuatro meses en pedirme que explicara hasta qué punto se daría consejo profesional clínico a los participantes del curso. El 19 de mayo informé a la Autoridad de que no había nada en la descripción del curso acerca de dar consejo individual. Un proceso de retirada requiere tiempo, y obviamente no teníamos intención de empezar a suspender la medicación a los participantes durante el curso.

También me preguntaron por las cualificaciones o experiencias que tenía con la suspensión individual de la medicación neuroléptica. Respondí que esto no era relevante porque el propósito del curso era que aprendiéramos unos de otros, incluyendo escuchar las experiencias presentes y pasadas de los pacientes. Añadí que habría psiquiatras y otros profesionales de la salud en la sala.

Por último, la Autoridad me pidió que indicara qué papel desempeñaba el Centro Cochrane Nórdico en la organización del curso, ya que había utilizado esta afiliación en mi correo electrónico a la Región Capital. Como no había ninguna mención del Centro en el anuncio del curso, no respondí a esta pregunta, por ser irrelevante y trascender las competencias de control de la Autoridad.

El 1 de junio, la Autoridad me pidió la información que ya les había enviado, y que habían pasado por alto. Cuatro días después de haber realizado el curso, la Autoridad anunció que no tenía intención de tomar ninguna acción.

Subí vídeos de nuestras conferencias y otras informaciones a mi página web, deadlymedicines.dk. También organizamos varias reuniones para el público y di muchas conferencias, en varios países. Siempre explicamos que la retirada debía ser mucho más lenta de lo que recomendaban las guías oficiales. Por lo tanto, la Autoridad para la Seguridad del Paciente debería haberse interesado por las guías, las cuales eran peligrosas, ¡y no por nosotros!

Tras considerar los obstáculos en el camino y nuestra creciente red internacional, sentimos que estábamos avanzando. En octubre de 2017 fue el estreno mundial en Copenhague de la película de Anahi Testa Pedersen, "Diagnosticando la Psiquiatría" (ver el capítulo 2). Me preguntó si tenía alguna sugerencia para el título, así que le sugerí uno, porque la película muestra que la psiquiatría es un paciente enfermo que también infecta a otros pacientes. Podría haber elegido el mismo título para este libro, pero no quise usar la palabra psiquiatría sino el término positivo, salud mental.

En noviembre de 2017, el psiquiatra Jan Vestergaard intentó que un simposio de dos horas sobre las benzodiazepinas se incluyera en el programa de la reunión anual de la Asociación Psiquiátrica Danesa, cuatro meses después. A pesar de que la reunión duraba cuatro días, con sesiones paralelas, la junta declaró que no había lugar para el simposio. Éste trataba de la dependencia y la suspensión del tratamiento, y estaba previsto que hablara de la abstinencia en general, no sólo de las benzodiazepinas.

Como el hotel de la conferencia es enorme, llamé para ver si había salas libres. Reservé una y por la mañana organicé un simposio de dos horas para los psiquiatras, el cual repetimos por la tarde. Les di la oportunidad de aprender algo sobre la dependencia y el síndrome de abstinencia, a pesar de que la junta tuviera poco interés en el tema.

Luego se presentó otro bache en el camino, en la forma del catedrático de microbiología clínica Niels Høiby, elegido para un partido político conservador de la Región Capital. Me pregunté por qué se sintió obligado a interferir en nuestra iniciativa altruista (no cobramos ninguna cuota de

entrada), ya que las bacterias no tienen mucho que ver con la suspensión de los psicofármacos. Planteó una cuestión supuestamente política y mencionó que yo había escrito un libro sobre el uso de psicofármacos, y que realizaba cursos para que los pacientes redujeran el uso de psicofármacos. Høiby preguntó si la Junta Ejecutiva del Hospital Nacional y la Región Capital, posiblemente en colaboración con el Consejo de Salud Psiquiátrica, habían averiguado si los psiquiatras de la región, los psiquiatras en prácticas especializadas y los médicos de familia apoyaban o se distanciaban de las actividades del director del Centro Cochrane en relación al uso de psicofármacos.

La respuesta fue tan interesante como la pregunta estúpida y maligna de Høiby. La Psiquiatría de la Región Capital declaró que habían informado a todos sus centros sobre las actividades que Høiby mencionaba y que eran críticos con mi propuesta, y que habían pedido que se prestara atención a los pacientes que pudieran aceptar la propuesta. Además, señalaron que varios jefes de departamento y catedráticos habían expresado públicamente su desacuerdo conmigo y con mis actividades; por ejemplo, en el evento "El arte de discontinuar un fármaco" organizado por la Región Capital, y en un debate público sobre psicofármacos organizado por la Psiquiatría de la Región Capital. "El mismo Peter Gøtzsche participó en ambos eventos".

¡Díos mío, Dios mío, él "mismo" se presentó en nuestros bonitos eventos e incluso se atrevió a hacer preguntas! Entonces, ¿está mal que alguien haga esto y que algunas eminencias –a las que yo llamo espaldas plateadas, ya que así es como se comportan⁶–, no estén de acuerdo con él? Tales perspectivas resultan sombrías. Obviamente, es inaceptable para el *establishment* que yo trate de satisfacer las necesidades de los pacientes cuando los psiquiatras no quieren, aunque el *establishment* habla constantemente de poner al paciente en el centro de sus actividades.

Publicité los simposios en el *Journal of the Danish Medical Association* y mi estudiante de doctorado Anders Sørensen también impartió una conferencia. Más tarde, cuando dimos una vuelta por los pasillos, nos enteramos de que los psiquiatras jóvenes tuvieron miedo de asistir porque sus jefes los verían como herejes y podrían tomar represalias. Este comportamiento intimidatorio también se observa en las manadas de leones –si un león deja la manada y vuelve más tarde, el león es castigado. Esto explicaba por qué la mayoría de los 60 participantes eran enfermeras,

trabajadores sociales, pacientes y familiares. Sólo siete se identificaron como psiquiatras, pero probablemente hubo ocho más, ya que éstos evitaron facilitar su titulación, a pesar de que se les pidió que lo hicieran cuando entraron en la sala.

En otras ocasiones, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras que deseaban asistir a mis conferencias o cursos me han contado historias similares sobre haber recibido terribles advertencias por parte de sus superiores de que si se presentaban, no sería bien recibido en su departamento. Esto es aterrador y también sirve para el diagnóstico de una especialidad enferma. Cuenta la historia de un gremio que se comporta más como una secta religiosa que como una disciplina científica, porque en ciencia siempre estamos dispuestos a prestar atención a los nuevos resultados de las investigaciones y otros puntos de vista, que nos hacen más sabios.

Había dos conferencias en nuestro programa: "¿Por qué la mayoría de personas que toman psicofármacos deberían dejarlos?" y "¿Cómo se debe hacer en la práctica?" En el anuncio mencionamos que varios psiquiatras nos habían instado a celebrar un curso sobre la retirada de fármacos psiquiátricos coincidiendo con su reunión anual.

Los simposios fueron un éxito. El psiquiatra más experimentado de la sala le dijo más tarde a uno de sus colegas jóvenes que yo hacía sombra a los psiquiatras más importantes. Por eso no querían que sus médicos residentes me escucharan. Podría resultar demasiado incómodo para ellos que éstos volvieran e hicieran preguntas. También apreciaron la conferencia de Anders. Tiene mucha experiencia en discontinuación y es un muy buen orador.

Una tarde de junio de 2018, celebramos un seminario de investigación en Copenhague. Como ponentes invitados tuvimos a Laura Delano, una superviviente psiquiátrica de los EEUU, y al farmacéutico Bertel Rüdinger de Copenhague, también un superviviente psiquiátrico.⁶ Laura presentó unos protocolos de retirada de medicación con reducción de riesgos basados en una síntesis general de los métodos que habían dado los mejores resultados entre la comunidad de pacientes que habían dejado los psicofármacos. La psiquiatría les robó, respectivamente, 14 y 10 años de sus vidas y provocó que ambos estuvieran muy cerca del suicidio.

La Colaboración Cochrane no quiere ayudar a los pacientes a dejar los psicofármacos

El mayor obstáculo lo puso la Colaboración Cochrane. Como se ha señalado, mi crítica a los psicofármacos fue la razón directa de que el director general de Cochrane, Mark Wilson, considerara que yo estaba en mal lugar, como se dice en los círculos de gánsters, dentro de la organización que cofundé en 1993. Escribí el libro "*Muerte de un denunciante y colapso moral de Cochrane*"⁷ sobre la historia reciente de Cochrane y mi expulsión de la Colaboración y de su Junta de Gobierno, para la que fui elegido con la mayoría de votos de los 11 candidatos. Wilson incluso consiguió que en octubre de 2018 me despidieran de mi trabajo en Copenhague, que había mantenido desde que establecí el Centro Nórdico Cochrane en 1993.⁷

Las acciones de Cochrane en mi contra fueron ampliamente condenadas y hubo artículos en *Science*, *Nature*, *Lancet* y *BMJ*.⁷ El psiquiatra infantojuvenil Sami Timimi revisó mi libro,¹² y he aquí un extracto:

Este libro relata cómo cuando el marketing triunfa sobre la ciencia se crea un mundo al revés; donde al auténtico blanco de una campaña de acoso que dura años se le hace cargar con la culpa... El convincente relato de Gøtzsche incluye citas y documentación de fuentes escritas y orales, incluyendo transcripciones de lo que realmente se dijo en varias reuniones. El libro es un estudio detallado de cómo las organizaciones se corrompen a menos que hayan formulado con cuidado procesos que eviten que las fuerzas antidemocráticas tomen el control, una vez que esa organización ha tenido éxito y ha alcanzado un cierto tamaño. Este es un libro que expone cómo Cochrane cayó en las garras de una jerarquía más preocupada por las finanzas y el marketing que por las razones por las que fue creada. El fin de su integridad significa que la institución más importante que quedaba y en la que se podía confiar cuando de la ciencia médica se trataba, se ha hundido en el abismo del comercialismo que captura tanto de la (así llamada) ciencia médica moderna. Ciertamente, fue debido a que el profesor Gøtzsche estaba dispuesto a criticar la caída de los estándares científicos en Cochrane que la jerarquía se sintió obligada a maquinar su desaparición.

Gøtzsche ... creó muchas de las herramientas metodológicas utilizadas por las revisiones Cochrane y nunca ha eludido dejar que los datos hablen por sí mismos, por muy impopulares que sean los hallazgos de algunos médicos, investigadores y, en particular, de los fabricantes de medicamentos y otros dispositivos médicos. Cochrane, bajo la influencia de Gøtzsche y otros como él, se dio a conocer como una fuente de revisiones creíbles, fiables e independientes ... ayudando a los médicos a entender qué funcionaba y en qué medida, pero, con la misma importancia, lo que no funcionaba y los daños que los tratamientos pueden causar. Son estas últimas cuestiones las que hicieron que Gøtzsche fuera, y sea, una inspiración para aquellos de nosotros que queremos que la práctica médica sea tan objetiva, libre de prejuicios y segura como sea posible; pero una amenaza para aquellos que convierten los asuntos comerciales, la comercialización y la imagen en su principal preocupación.

La brillantez de Gøtzsche y su intrépido enfoque le hicieron ganar muchos enemigos. Es uno de los investigadores más conocidos de Dinamarca y es respetado en los círculos de investigación de todo el mundo. Pero durante años ha documentado cómo muchos productos promovidos por la industria farmacéutica y los fabricantes de dispositivos médicos pueden causar más daño que beneficios; con un análisis detallado de cómo la investigación de estas empresas engaña, ofusca o a veces miente directamente para proteger y promover sus productos ... Su trabajo sobre los psicofármacos, que muestra cuán poco contribuye a mejorar la vida de aquellos que los toman, al mismo tiempo que causan enormes daños a millones de personas, le ha granjeado la ira de gran parte del establishment psiquiátrico, incluyendo algunos grupos Cochrane... En lugar de felicitar a Gøtzsche por asegurar la integridad de la ciencia producida por Cochrane, comenzaron a desafiar a este buscador de la verdad por transmitir "el mensaje equivocado".

Este libro relata detalladamente este período oscuro de la ciencia médica en el que una institución de confianza llevó a cabo uno de los peores juicios amañados jamás realizados dentro del mundo académico. El CEO y sus colaboradores desempeñaron su labor de una manera semejante a cómo opera la industria farmacéutica. Sus empleados están obligados a proteger las ventas de medicamentos y por lo tanto no pueden criticar públicamente las investigaciones de la empresa. En el libro hay muchos ejemplos de cómo una vez que se le cuelga una etiqueta a alguien, sus acciones pueden ser

interpretadas como el cumplimiento de esa etiqueta. Por ejemplo, después de haber esperado durante horas fuera de una habitación donde está teniendo lugar una reunión en la que se discute su posible expulsión, un comprensiblemente frustrado profesor Gøtzsche decide llamar a la puerta y entrar para preguntar si está bien que vuelva al hotel en lugar de seguir esperando. Es reprendido por entrar en la reunión y se produce un breve altercado, antes de que el profesor Gøtzsche se vaya. Luego éste deviene el único ejemplo real de su presunta "mala conducta" y parte de la "evidencia" que justifica su despido.

Después de su expulsión de Cochrane, mediante una mayoría de votos de los miembros de la junta de sólo 6 contra 5, y con una abstención, otros cuatro miembros abandonaron la junta en protesta. Destacados científicos médicos de todo el mundo expresaron su solidaridad con Gøtzsche y su indignación por lo que Cochrane había hecho. Alabaron universalmente a Gøtzsche como un defensor incansable de la excelencia en la investigación, un intrépido crítico de la mala conducta científica y un poderoso oponente de la corrupción de la investigación por parte de los intereses de la industria, y criticaron las indefendibles acciones de Cochrane. La historia se referirá a este episodio como la muerte de Cochrane, en vez de la del denunciante.

Fue consecuencia directa del colapso moral de Cochrane, el que Anders y yo fracasáramos cuando intentamos que se aprobara un protocolo para una revisión Cochrane sobre la discontinuación de antidepresivos.¹³ El grupo sobre depresión de Cochrane nos encomendó una misión de dos años que fue imposible de cumplir, elevando sus exigencias sobre la marcha a niveles absurdos con muchos requisitos irrelevantes, incluyendo exigencias de insertar mensajes de marketing sobre los milagros que los fármacos para la depresión pueden hacer, de acuerdo con el dogma de Cochrane. A Cochrane no le interesa una revisión sobre la discontinuación segura de fármacos para la depresión, pero hizo todo lo posible por defender el gremio psiquiátrico, sus muchas y falsas creencias, y la industria farmacéutica, olvidando que la misión de Cochrane es la de ayudar a los pacientes; por ello la fundamos en 1993, y por ello la llamamos una colaboración.

En 2016, me puse en contacto con la psiquiatra Rachel Churchill, la editora coordinadora del grupo de depresión Cochrane, que mostró gran interés en mi propuesta de hacer una revisión. Contraté a Anders, un

psicólogo recién cualificado, pero cuando presentamos un protocolo para la revisión, no fue bien recibido. Pasaron nueve meses antes de que recibiéramos alguna respuesta. Respondimos a los comentarios y presentamos dos versiones revisadas, pero las exigencias a nuestro protocolo aumentaron y los retrasos editoriales fueron tan notables que llegamos a la conclusión de que los editores obstruyeron deliberadamente el proceso para desgastarnos, con la esperanza de que nosotros mismos retirásemos la revisión mientras no notásemos lo poco colaborador que estaba siendo el grupo.

En un momento dado, Churchill adjuntó un documento de 30 páginas con 86 puntos al que no menos de cuatro editores y tres revisores habían contribuido, con comentarios individuales identificables. El documento contenía 12.044 palabras incluyendo nuestras respuestas a los comentarios anteriores, siendo siete veces más largo que nuestro protocolo original de 2017. Anders me dijo que nuestra revisión era bastante simple, ya que sólo queríamos ayudar a las personas que deseaban pero a quienes no se les permitía dejar sus medicamentos: "¿Qué clase de mundo es éste?"

Cuando Churchill nos envió la octava y última revisión, su invitación para abordar las valoraciones de repente se había transformado en un rechazo total. Las revisiones Cochrane sobre fármacos tratan sobre dar fármacos a las personas, no de su retirada, y la octava revisión es una de las peores que he visto. Es tan larga como un artículo de investigación, 1830 palabras, y proporcionó al grupo el Traje Nuevo del Emperador que necesitaba para deshacerse de nosotros. En contraste con las otras siete revisiones, el verdugo era anónimo. Preguntamos la identidad del revisor, pero no nos fue concedida.

Apelamos la negativa de Churchill, respondimos a los comentarios y presentamos la versión final de nuestro protocolo. Subimos las 8 revisiones, nuestros comentarios y nuestro protocolo final, como parte del artículo que publicamos sobre el asunto.¹³ Esto permite a los observadores independientes concluir por sí mismos si Cochrane o nosotros somos los culpables de que los pacientes no obtengan la revisión Cochrane sobre la discontinuación de fármacos que merecen.

Hicieron falta muy pocos cambios en el protocolo. El octavo revisor había negado una larga serie de hechos científicos y había usado varias falacias acusándonos de cosas que nunca habíamos afirmado.

Se nos acusó de "inventar una historia" sobre la evitación del uso de fármacos para la depresión, lo cual no representaba el consenso científico, un comentario totalmente irrelevante y engañoso para una revisión sobre la retirada de estos fármacos. El revisor quería que "empezáramos con una declaración acerca de por qué la comunidad científica considera que los antidepresivos son beneficiosos... para el tratamiento de una amplia gama de problemas de salud mental altamente incapacitantes y debilitantes" y nos acusó de no ser científicos porque no habíamos mencionado los efectos beneficiosos. Respondimos que nuestra revisión no era un anuncio de medicamentos y que no era relevante discutir su efecto en una revisión sobre la interrupción de su uso. Además, una revisión Cochrane no debería ser un informe de consenso.

También los editores de Cochrane nos habían pedido que escribiéramos sobre los beneficios y que mencionáramos que "algunos antidepresivos pueden ser más eficaces que otros", en referencia a un metaanálisis publicado en *Lancet* en 2018, de Andrea Cipriani y colegas.¹⁴ Sin embargo, aunque hay un estadístico de Cochrane entre sus autores, Julian Higgins, editor del Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones que describe en más de 636 páginas cómo realizar revisiones Cochrane,¹⁵ la revisión es seriamente defectuosa. Lo demostré en el artículo "Recompensando a las compañías que más engañaron en los ensayos de antidepresivos",¹⁶ y un nuevo análisis realizado por mis colegas del Centro Cochrane Nórdico demostró que los datos de resultados reportados en *Lancet* diferían de los informes de los estudios clínicos en 12 de los 19 ensayos que examinaron.¹⁷

Un editor de Cochrane nos pidió que describiéramos cómo funcionan los fármacos para la depresión y cuáles son las diferencias entre ellos, y un revisor quiso que explicáramos cuándo era apropiado e inapropiado usar fármacos para la depresión. Sin embargo, no estábamos escribiendo un libro de texto sobre farmacología clínica, sólo tratábamos de ayudar a los pacientes a dejar los medicamentos.

Escribimos en nuestro protocolo que: "Algunos pacientes mencionan la desacreditada hipótesis de que hay un desequilibrio químico en su cerebro como la causa de su trastorno y por ello no se atreven a interrumpir el tratamiento". El 8º revisor, que creía claramente en la tontería del desequilibrio químico, opinó que omitíamos muchas décadas de pruebas

sobre cambios neuroquímicos observados en la depresión, y nos acusaba de haber sugerido sin pruebas que los prescriptores perpetúan falsedades para justificar la prescripción de fármacos.

Seguro que sí, pero Cochrane usó la conocida táctica de culpar a los pacientes por las fechorías y mentiras de los psiquiatras. Respondiendo a la misma afirmación, la editora coordinadora Sarah Hetrick nos pidió que escribiéramos: "Las personas que toman antidepresivos pueden creer que es necesario porque creen que las dificultades que experimentan se deben a un desequilibrio químico en el cerebro". Los pacientes no inventaron esta mentira; ¡lo hicieron los psiquiatras!⁶

El octavo revisor nos pidió que explicáramos el concepto de tratamiento profiláctico de la depresión con medicamentos, "una estrategia clínica bien aceptada", pero eso estaba fuera del alcance de nuestra revisión. Además, como se ha señalado en el capítulo 2, todos los ensayos aleatorios que comparan la terapia de mantenimiento con la discontinuación del fármaco son defectuosos debido a los efectos de la abstinencia en este último grupo.

Se nos acusó erróneamente de haber confundido la reaparición de la enfermedad con los síntomas de abstinencia, y el revisor incluso sostuvo que la mayoría de las personas que habían tomado fármacos para la depresión durante períodos prolongados podían dejar de hacerlo sin problemas, lo que es descaradamente falso.

El revisor quiso que elimináramos esta frase: "la condición de los pacientes es mejor descrita como dependencia de los fármacos", refiriéndose al criterio de dependencia de fármacos del MDE-IV. Respondimos que, según esos criterios, nadie que fume 20 cigarrillos al día es adicto al tabaco.

El nivel de negación, ofuscación y confusión fue realmente alto durante los dos años del proceso. Un revisor nos pidió que diéramos referencias sobre las tasas de dependencia, pero ya lo habíamos hecho hasta tal punto que un editor nos pidió que lo sintetizáramos.

Nuestra antigua sospecha de que Cochrane no estaba interesada en ayudar a los pacientes a dejar los psicofármacos se había convertido en una certeza. Pero no nos rendimos y presentamos tres apelaciones, una a Churchill, otra a Chris Eccleston, Editor de la Red Cochrane de Salud Mental y Neurociencia y catedrático de psicología médica, y finalmente, a la Editora en Jefe de Cochrane, Karla Soares-Weiser, que es psiquiatra.

Hicimos hincapié en que la Colaboración Cochrane no debería poner obstáculos cada vez mayores en el camino de quienes se ofrecen como voluntarios para ayudar a los pacientes que sufren, sino que debería ser accesible y servicial. Anteriormente, habíamos escrito a los editores que "están convirtiendo algo muy simple en algo muy complicado. Nuestra revisión tiene un objetivo muy sencillo: ayudar a los pacientes a dejar los fármacos que quieren dejar". Un editor nos escribió que nuestro resultado principal de "cese completo del uso de fármacos antidepresivos" debería ser definido con mayor claridad, ya que podría no ser un cese de por vida. Tal vez no, pero ningún estudio en psiquiatría ha seguido a todos los pacientes hasta su muerte.

Nuestra primera apelación no fue gestionada por Churchill sino por la editora coordinadora del grupo Vías Respiratorias de Cochrane, Rebecca Fortescue. Según ella, "un lector tendrá pocas dudas sobre la postura de los revisores en cuanto a los daños y beneficios relativos de los psicofármacos, lo cual no refleja plenamente el consenso internacional actual y podría causar alarma entre los usuarios de la revisión que confían en la imparcialidad de Cochrane". Respondimos con una sutileza británica: "Estamos algo sorprendidos por este comentario". Cochrane no se ocupa del consenso, sino de acertar con la ciencia, y está muy lejos de ser imparcial.^{6,7} Además, la evaluación de los daños y beneficios de los psicofármacos estaba fuera del alcance de nuestra revisión. No habíamos escrito sobre este tema en nuestro protocolo ni ofrecimos "postura" alguna.

Aunque lo habíamos señalado repetidamente, Fortescue, los otros editores Cochrane y los revisores no entendían que los "tipos de participantes" eran personas que querían dejar las pastillas que tomaban. Como los síntomas de abstinencia son similares para cualquier tipo de paciente, enfermedad o medicamento, este enfoque amplio es el correcto, como ya expliqué en 2000 en el artículo del *BMJ*: "Porqué necesitamos una perspectiva amplia en metaanálisis: Podría ser de importancia crucial para los pacientes".¹⁸ Fortescue pidió una descripción más clara de la población, la intervención y los comparadores; por ejemplo, si incluiríamos ensayos sobre profilaxis de la migraña, el dolor crónico o la incontinencia urinaria, y otro editor pidió detalles sobre qué edades, sexos, entornos, diagnósticos de depresión y tipos de fármacos para la depresión incluiríamos, como si estuviéramos planeando hacer un ensayo aleatorio. ¡AYUDA! Estas exigencias eran

totalmente absurdas y poco profesionales. ¡Lo incluimos todo!

Aunque le explicamos a Eccleston que había muy poco que nos separara del grupo de Trastornos Mentales Comunes de Cochrane después de nuestra última revisión, la cual Fortescue no había visto, él –a pesar de ser un psicólogo– se unió a las filas de Cochrane y rechazó sumariamente nuestra apelación en sólo 56 palabras: "Lamento mucho que este título no haya tenido éxito porque estoy de acuerdo con la importancia de la cuestión. Espero sinceramente que ambos tomen lo que se ha hecho y lo completen en otro medio. Necesitamos estimular el debate sobre este tema tan importante, el cual con el tiempo ha cobrado más relevancia, no menos".

La editora en jefe de Cochrane, Karla Soares-Weiser, rechazó nuestra apelación en 72 palabras: "He tenido la oportunidad de examinar cuidadosamente el protocolo, el editorial y los comentarios de la revisión por expertos, junto con sus respuestas y los intercambios de correo electrónico entre su equipo y los editores del Grupo de Revisión. Los comentarios obtenidos del proceso abierto de revisión por expertos indicaban una falta constante de claridad en relación a los métodos de revisión propuestos y, a pesar de que hubo más de una ocasión para abordar este tema, el protocolo no mostró suficientes evidencias de que ello avanzara".

Nos preguntamos cómo puede tratarse de un "proceso abierto de revisión por pares" cuando el verdugo iba deliberadamente disfrazado. No podemos siquiera comprobar si esa persona tenía conflictos de interés inaceptables. Tampoco es correcto que haya habido una falta de claridad sobre nuestros métodos. Aunque muchas de las exigencias nos parecieron irrazonables, hicimos todo lo posible para estar a su altura, y siendo autor de unas 20 revisiones Cochrane y otras innumerables revisiones sistemáticas, habiendo defendido la que podría ser la primera tesis doctoral del mundo sobre meta-análisis en la atención sanitaria, y habiendo desarrollado varios de los métodos que Cochrane utiliza, creo que sé lo que estoy haciendo, en contraste con los editores de Cochrane.

El hecho de que los pacientes se organicen en grupos de supervivientes y varias iniciativas relacionadas con la discontinuación en todo el mundo es una clara señal de que el gremio psiquiátrico los ignora, lo que también hace Cochrane. Aunque es cierto que "algunas personas tienen terribles síntomas de abstinencia", un revisor quiso que trivializáramos totalmente este daño

escribiendo que "algunas personas tienen síntomas de abstinencia que pueden impactar negativamente en la calidad de vida del paciente". Ésta debe contarse entre las mayores de las sutilezas británicas. Finalmente cambiamos "terrible" por "grave", lo cual ha sido registrado usando exactamente esta palabra.⁸

Cochrane protegió los intereses del gremio de la psiquiatría, los intereses comerciales de la industria farmacéutica y las falsas creencias de la especialidad también en 2015, cuando expliqué en un documento del *BMJ* por qué el uso a largo plazo de psicofármacos causa más daños que beneficios y que por lo tanto deberíamos usar estos fármacos con mucha moderación.¹⁹ El mismo día, el entonces Editor en Jefe de Cochrane, David Tovey, que no es psiquiatra sino que se formó como médico de familia, y los tres editores a cargo de los tres grupos de salud mental de Cochrane, Rachel Churchill incluida, atacaron mi credibilidad científica en una pronta respuesta a mi artículo.⁷ Varios editores de otros grupos Cochrane me dijeron que estaban consternados con que estos editores hubieran tratado de denigrar mi investigación apelando a la autoridad en lugar de a la razón, lo que consideraban que no debía suceder en Cochrane.

Publicaremos nuestra revisión sobre la discontinuación de psicofármacos en una revista cuyos editores no estén moralmente corrompidos y tengan como principal prioridad los intereses de los pacientes.

Guía para dejar los psicofármacos

Los médicos de familia son los mayores prescriptores de psicofármacos, pero se supone que los psiquiatras son los expertos en cómo y cuándo usarlos, y cómo dejarlos. Por lo tanto, son responsables del desastre farmacológico que nos asola.

Los psiquiatras han hecho que cientos de millones de personas sean adictos a los psicofármacos y, sin embargo, no han hecho prácticamente nada para averiguar cómo ayudar a los pacientes a dejarlos. Han llevado a cabo decenas de miles de ensayos farmacéuticos, pero sólo un puñado de estudios sobre la discontinuación segura. Por lo tanto, tenemos muy poco conocimiento basado en la investigación sobre cómo desenganchar a las personas.

No sólo no ha existido ninguna evidencia fundamental durante más de 150 años sobre cómo dejar de consumir psicofármacos adictivos –incluidos los bromuros, el opio y los barbitúricos–, sino que las guías oficiales en todo el mundo han sido insuficientes, confusas y peligrosas.^{3,9,20,21} En todos estos años, los médicos han ignorado a sus pacientes cuando se quejaban de dificultades para dejar los fármacos y no han sabido ayudarlos.

Como resultado, los pacientes comenzaron a buscar soluciones por su cuenta, y a aconsejar a otros pacientes sobre cómo dejar los medicamentos de forma segura.²¹⁻²⁷ Este amplio conjunto de conocimientos de los usuarios, basado en la labor de quienes han experimentado la abstinencia, es mucho más fiable, pertinente y útil que lo poco que hay en términos de los llamados conocimientos profesionales. Por lo tanto, me centraré en las experiencias de los usuarios y en los consejos de colegas que han retirado los fármacos a muchos pacientes. Pasaré de describir el síndrome de abstinencia desde el punto de vista del paciente a hacerlo desde el punto de vista del terapeuta.

Muchos psiquiatras siguen haciendo la vista gorda ante el desastre y argumentan que necesitamos más evidencias de ensayos aleatorios, pero es poco probable que tales evidencias sean útiles, ya que el síndrome de abstinencia es un proceso muy individual y variable. Además, ¿no son suficientes más de 150 años de espera?

Hay muchas cosas que deben considerarse cuidadosamente antes de comenzar un proceso de retirada. Si es posible, debería encontrar un profesional que le ayude a superarlo. Éste podría ser su médico, pero a menudo no. Es probable que su médico no sepa cómo debe hacerse. Incluso hoy en día, muchos médicos aconsejan a sus pacientes que tomen los medicamentos cada dos días,² lo que causará síntomas de abstinencia horribles y peligrosos en muchos pacientes y conducirá a completos fracasos. La mayoría de los médicos, y los psiquiatras no son la excepción, exponen a sus pacientes al síndrome de abstinencia porque interrumpen el fármaco demasiado rápido, y los fracasos que causan hacen que muchos de ellos decidan no intentar volver a ayudar a los pacientes, mientras se convencen a sí mismos de que sus pacientes siguen enfermos y necesitan la pastilla.

Es aterrador lo que sucede en la "vida real", sobre la cual a los psiquiatras les encanta hablar cuando tratan de distanciarse de personas como yo, que

obtienen sus conocimientos principalmente de la lectura y de su propia investigación. La realidad es muy diferente del mundo de fantasía que los psiquiatras describen en sus artículos, libros de texto y manifiestos destinados a influenciar a los políticos y a preservar el statu quo. Ésta es una historia típica que me envió un paciente:¹

Después de un evento traumático (conmoción, crisis y depresión), me recetaron pastillas de la felicidad sin la información adecuada sobre los posibles efectos secundarios. Un año después, le pedí a la psiquiatra que me ayudara a dejar el medicamento, ya que no me parecía útil... Cuando salí de consulta, me había convencido... de que estaba inframedicado y que debía tomar una dosis más alta... Me advirtió de que no dejara el medicamento, ya que podría llevar a una depresión crónica. Durante un período en que la psiquiatra tuvo una larga baja por enfermedad, tuve el coraje, con el apoyo de un psicólogo, de ir disminuyendo el fármaco. Llevaba 3 años y medio tomándolo y me había vuelto cada vez más letárgico e indiferente a todo. Fue como escapar de una prisión. La reducción no es fácil, causa muchos síntomas de abstinencia... Cuando la psiquiatra regresó después de su enfermedad, se sintió "insultada" por mi decisión de dejar el tratamiento. Sin embargo, yo estaba mucho mejor, y en respuesta a mi pregunta de si ya no estaba deprimido, ella dijo, "No lo sé". "Pero, ¿y si no quiero pastillas de la felicidad?" "¡Bueno, entonces no puedo ayudarte!" fue la respuesta... esta psiquiatra tenía una estrecha relación con un fabricante de pastillas de la felicidad.

Está mal que el respeto de los psiquiatras por sí mismos esté relacionado con el hecho de que a sus pacientes les gusten los fármacos que prescriben, y que no vean alternativas a las pastillas, pero es común que despachen a los pacientes que no quieren fármacos. Aunque los psiquiatras desean mucho ser vistos como verdaderos médicos, han olvidado lo que eso significa: Primero, no hacer daño. Con sus medicamentos, lo han puesto todo patas arriba: Primero, hacer daño. Y decirle a los pacientes que ya se acostumbrarán.

Es una batalla ardua, pero si uno tiene suerte y tiene un buen médico que esté dispuesto a escuchar y a admitir su propia incertidumbre, tal vez quiera intentar educarlo como parte del proceso de retirada, lo que beneficiaría a otros pacientes.

Hace años, uno de mis colegas, la farmacéutica Birgit Toft, decidió hacer justamente eso: Educar a los médicos de familia. Se centró en las benzodiazepinas y en su suspensión, y sus resultados fueron notables.²⁸ A partir de 2005, Birgit se esforzó mucho con los médicos de familia de una región danesa para reducir el uso excesivo de somníferos. Como las recomendaciones y guías no habían dado resultado, sus esfuerzos se dirigieron a la actitud de los médicos y a la renovación de las recetas.

De 2004 a 2008, su consumo disminuyó en un 27%. En 2008 el modelo se extendió a nivel nacional, y después de unos años, el consumo en todo el país había disminuido significativamente.

Lo que funcionó fue el compromiso y el cambio de actitud de los médicos; que ellos y sus secretarías adquirieran nuevos conocimientos; y la colaboración entre los profesionales. Además, fue esencial que los pacientes se presentaran personalmente en la clínica si se renovaban las recetas y los médicos fueran supervisados de cerca por inspectores de calidad de la región.

La mayoría de las recetas se renuevan por teléfono con la secretaria, o por Internet. La secretaria prepara una renovación de la receta, que el médico aprueba pulsando un botón en el ordenador. Esta facilidad para renovar las recetas es una de las razones por las que los tratamientos se alargan durante demasiado tiempo. La atención del médico no es lo suficientemente buena cuando el paciente no se presenta en la clínica. Por lo tanto, debemos exigir la comparecencia en persona para todos los psicofármacos, y deben producirse cambios de actitud, para que la interrupción sea al menos tan importante como el inicio del tratamiento.

Se celebraron conferencias para médicos y secretarías, se escribieron folletos para médicos, secretarías y pacientes, y la prensa semanal local informó a los ciudadanos de que podían contar con ver a su médico la próxima vez que llamaran a la clínica para pedir una receta.

La pedagogía se centró en los perjuicios de la medicación, especialmente los síntomas de abstinencia. Se instó a los médicos a que empezaran por los pacientes más fáciles, experimentando así que era posible reducir la medicación.

Muchos médicos se mostraron escépticos. Sin embargo, no habían probado la reducción lenta que Birgit introdujo, sino que la reducían durante unos días o provocaban en los pacientes una retirada súbita de la

medicación. A pesar de su reticencia, muchos médicos terminaron disculpándose con sus pacientes por haberlos enganchado a los fármacos. Las estadísticas de consumo se percibieron inicialmente como una amenaza, pero cuando los médicos revisaron las prescripciones de sus pacientes, fue toda una revelación, y finalmente pidieron las estadísticas de consumo para ver si sus esfuerzos habían funcionado.

Desafortunadamente, el éxito fue efímero, ya que los médicos utilizaron los nuevos fármacos para la depresión en su lugar. El trabajo de Birgit nos revela que es útil comprometerse con el trabajo de los facultativos, pero también que el efecto desaparece rápidamente si el proceso no es permanente.

Personas de apoyo

Algunos médicos no querrán que usted deje los psicofármacos. O no quieren dedicar el tiempo necesario, ya que los ingresos por hacer recetas después de unos minutos de consulta son mucho mayores que si se ocupan de los problemas de abstinencia de las personas y proporcionan apoyo psicológico durante el proceso. Hay tantos obstáculos en el sistema, el cual no está en absoluto orientado a ayudar a las personas a dejar la medicación, que parece como si se asumiera tácitamente que la medicación de por vida es algo bueno.

¿Quién debería ayudarle si no es un médico? Intente encontrar una persona que haya tenido éxito en dejar los psicofármacos, un llamado mentor de recuperación, e implique a esa persona en su proceso de retirada, si puede. En la mayoría de los países hay organizaciones con supervivientes psiquiátricos que están dispuestos a ayudar.²²⁻²⁶ Vaya a Internet y encuéntrelas.

Aparte de los mentores de recuperación, los mejores ayudantes son las personas capacitadas en psicoterapia, por ejemplo, los psicólogos. Puede ser abrumador cuando las emociones, que han estado reprimidas durante tanto tiempo, vuelven, y en esta fase puede ser crucial que reciba apoyo psicológico de alguien que pueda enseñarle a manejar la transición de vivir bajo una prisión a vivir una vida plena, para que no se rinda y vuelva a esconderse tras una nube de fármacos, olvidando que el sol le está esperando al otro lado.

Algunos psicólogos se niegan a ayudar a los pacientes con la discontinuación porque han sido adoctrinados durante sus estudios universitarios por catedráticos que son psiquiatras biológicos empedernidos, que propagan las muchas mentiras de la especialidad. Por lo tanto, podrían creer que los psicofármacos son tan buenos y necesarios que no hace falta dejarlos. La mayoría de los psicólogos creen que los psiquiatras saben lo que hacen. En otros casos creen que no les está permitido interferir en las prescripciones y órdenes de los médicos.

Esto no es correcto. Los psicólogos pueden ayudar a los pacientes con sus problemas y dar aquellos consejos con los que se sientan cómodos, apoyándolos tanto como puedan, sin importar cuál sea el problema, e igualmente cuando los pacientes han decidido que quieren dejar sus medicamentos. En diciembre de 2019 se publicó una amplia guía para psicólogos que puede ayudar a quienes tengan dudas sobre qué pueden hacer y cómo hacerlo.⁹

Conozco a varios psicólogos que ayudan a los pacientes a dejar todo tipo de medicamentos, incluidos los neurolépticos. Los psiquiatras pueden tratar de evitar que otros médicos hagan esto (ver la queja de Videbech sobre mí más arriba), diciéndoles que, según la ley, sólo los psiquiatras pueden determinar si un paciente debe continuar con un neuroléptico. Lo que significa esta ley puede ser discutido e interpretado, pero como sólo se aplica a los médicos, los psicólogos y otros terapeutas son libres de hacer lo que consideren apropiado.

Un profesional de la salud o un mentor de recuperación rara vez podrá apoyarle a diario. Por lo tanto, necesita una o dos personas que estén dispuestas a hacerlo, ya que es posible que no pueda evaluarse a sí mismo durante la abstinencia. También debe decidir si las personas que se preocupan por usted e intentan ayudarle están autorizadas a ponerse en contacto con su médico y con otras personas, si observan problemas o reacciones graves que usted no puede ver por sí mismo o niega que existan. Dígales lo que ha decidido.

La persona de apoyo diario podría ser un miembro de su familia o un buen amigo, siempre que esta persona comparta su opinión de que una vida sin fármacos es mejor que una vida con fármacos en la que ha cedido el control de su vida a psiquiatras u otros médicos.

Su persona de apoyo no debe ser una persona con ideas frívolas, ya que esto podría distraerle en lugar de ayudarlo. Muchas personas bienintencionadas han publicado en Internet y en folletos recomendaciones extrañas sobre la abstinencia que usted debe ignorar; por ejemplo, beber mucha agua, la homeopatía, la acupuntura, las vitaminas, otros tipos de medicina alternativa y diversas dietas no le ayudarán.²⁹ Lo que podría ser útil es centrarse en algo positivo, algo que le guste, por ejemplo, tocar el piano, hacer deporte o pasear por el bosque. Evite los pensamientos negativos tanto como pueda. Tienden a atraparle a uno en una espiral descendente.

Para el terapeuta, un enfoque estructurado es muy útil. Debe dedicar suficiente tiempo en la primera consulta, y debe hacer una anamnesis completa para entender cómo puede ayudar mejor. ¿Cuándo comenzó el problema de salud mental y cuál fue? El primer síntoma suele ser la ansiedad,³⁰ pero esto tiende a olvidarse, a medida que la condición se deteriora y aparecen otros síntomas, y especialmente después de un largo "currículum" psiquiátrico en el que el paciente no puede ni siquiera recordar que hubo un tiempo en el que estaba bien y cómo se sentía.

¿Se le dijo al paciente que tenía un desequilibrio químico, que los medicamentos funcionan como la insulina para la diabetes, que su enfermedad está en sus genes y que duraría toda la vida, o que podría volverse demente o sufrir daños cerebrales si no tomaba los medicamentos? Todas estas mentiras son perjudiciales porque convencen a los pacientes de que deben tomar fármacos que no les gustan porque piensan que la alternativa es peor.

¿Ha tratado de dejar los psicofármacos antes, tuvo algún apoyo, o sólo encontró resistencia? ¿Por qué fracasó?

Una ventaja adicional de dedicar suficiente tiempo en la primera reunión es que se refuerza la confianza del paciente en sí mismo y la determinación para finalmente hacer algo. Podría ser la primera vez que alguien muestra interés en hacer una anamnesis completa del paciente, o en escucharle atentamente cuando decide tomar las riendas de su propio destino. Es un momento de vulnerabilidad crucial en el que se debe dar al paciente todo el apoyo emocional que se pueda.

A menudo es un trabajo enorme ayudar a un paciente a superar la retirada de la medicación, y ni siquiera termina ahí. El terapeuta debe establecer todos los detalles finales con el paciente y resumir el proceso de discontinuación, incluyendo los síntomas más importantes que se experimentaron a lo largo del camino. También debería seguir ofreciéndole apoyo.

Como en la mayoría de las otras condiciones, los síntomas de abstinencia van y vienen. Si usted se estresa, algunos de los síntomas de abstinencia pueden reaparecer,²¹ lo que aumenta drásticamente el riesgo de que vuelva a caer en la trampa de los fármacos, sobre todo porque la mayoría de los médicos descartarán la posibilidad de que los síntomas de abstinencia puedan reaparecer mucho después de una retirada exitosa y le dirán que son síntomas de la enfermedad. Los síntomas también pueden reaparecer sin motivo aparente o en respuesta a otros medicamentos, ya que muchos medicamentos no psiquiátricos tienen efectos sobre el cerebro. Recuerde que pueden pasar muchos años antes de que su cerebro se haya recuperado completamente.

El o la paciente necesita saber que siempre estará disponible para él o ella. Esta sensación de seguridad y de que alguien se preocupa puede tener un fuerte efecto curativo (ver también el capítulo 3 sobre la psicoterapia).

El Comité Ético de Investigación Clínica puso fin a nuestro proyecto de discontinuación

He tenido siete estudiantes de doctorado en psiquiatría que han producido resultados de investigación únicos de gran beneficio para los pacientes, pero nuestros resultados fueron prácticamente todos objeto de intensa aversión por parte de los líderes psiquiátricos y otros médicos atrapados de manera similar en la mitología psiquiátrica.

Nos pusieron obstáculos desde que empezamos a querer explorar el entorno psiquiátrico. Mi primera estudiante de doctorado en psiquiatría, Margrethe Nielsen del Consejo Danés del Consumidor, demostró en su doctorado que habíamos repetido con los nuevos fármacos para la depresión los mismos errores que habíamos cometido antes con las benzodiazepinas, y antes con los barbitúricos. He citado sus estudios en capítulos anteriores. Eran sólidos pero no fueron bien recibidos por dos de sus examinadores, que

tenían territorios que defender.⁶ Uno, Steffen Thirstrup, trabajaba para la agencia reguladora danesa, el otro, John Sahl Andersen, era médico de familia.

Quisieron rechazar su tesis sin motivo alguno, y el tercer examinador, el catedrático de psiquiatría David Healy, no estuvo de acuerdo con ellos. Fue una situación delicada, y un funcionario de la universidad me llamó para discutir lo que debíamos hacer. Estuvimos de acuerdo en tratar las desestimaciones, que no eran en absoluto convincentes, como si se tratara de revisiones por expertos. Margrethe respondió a los comentarios y reescribió un poco su tesis, y después de haber apelado a la universidad, la defendió con éxito. Si no hubiera habido un tercer examinador, podría no haber obtenido su doctorado, lo que habría sido una gran injusticia, pues su tesis es considerablemente mejor que muchas de las que he visto.

Anders y yo decidimos que él debería instruir a 30 pacientes consecutivos que acudieron a nosotros en busca de ayuda con la discontinuación, sin importar qué fármacos tomaban, y escribir sobre ello porque no había un solo artículo de este tipo en la literatura. Concluimos que sería mejor manejar esta idea "herética" –a la que la psiquiatría convencional se opondría vehementemente–, con sumo cuidado y, por lo tanto, escribimos un protocolo de investigación que presentamos ante el Comité Ético de Investigación Clínica.

Consideramos la posibilidad de hacer un ensayo aleatorio, porque es lo que normalmente se necesita para convencer a la gente de que deben seguir el consejo de uno cuando retiran la medicación a la gente. Pero no supimos ver qué debíamos aleatorizar. ¿Intervalos cortos o largos entre las reducciones de dosis? No es relevante, ya que es muy individual la rapidez con que se puede reducir. ¿Reducción de dosis del 10% o el 20% a la vez? Podríamos haber hecho eso y tal vez habría dado resultados interesantes. Pero como no nos pareció probable, presentamos un protocolo sin aleatorización que describía lo que planeábamos hacer, para todos los pacientes.

Pensamos que era muy sencillo y directo, pero nos encontramos con un obstáculo formidable. El comité respondió que, aunque dos psiquiatras experimentados participaban en nuestro proyecto, el investigador principal, Anders, era un psicólogo y no había una descripción clara de quién era el responsable de la retirada de fármacos, que, por razones de seguridad del

paciente, tenía que ser un psiquiatra.

Una observación interesante, teniendo en cuenta que uno de los miembros del comité era un psiquiatra que trabajaba en el hospital psiquiátrico de Copenhague que mató a dos pacientes con neurolépticos en un corto intervalo de tiempo, debido a la incompetencia de los psiquiatras.³¹ Ambos cayeron repentinamente muertos al suelo. El primero murió justo delante del segundo, Luise, que le dijo a su madre: "Yo seré la siguiente". Luise sabía que los psiquiatras la matarían. Sobrevivió un tiempo porque toleraba tan poco la sobremedicación con neurolépticos que volvía a vomitar la mayoría de ellos. Al final, rompieron su mecanismo de defensa con una inyección letal de un fármaco depot. Se la denominó una "muerte natural". Tanto ella como su madre habían advertido al departamento sobre la dosis demasiado alta, pero los psiquiatras las ignoraron.

Cada año, el día que mataron a su hija, hay una manifestación con pancartas frente al hospital organizada por la asociación "Muertos de la Psiquiatría", que su madre Dorrit Cato Christensen creó. A veces, hay alrededor de 20 familiares de pacientes psiquiátricos asesinados de la misma manera.

El desgarrador libro de Dorrit sobre su hija es una larga historia de terror sobre delitos psiquiátricos. Ni siquiera después de su muerte, hubo justicia. Dorrit se quejó, pero la arrogancia del sistema, tanto antes como después del asesinato, fue increíble. Le dijeron que el tratamiento había estado a la altura de los estándares profesionales en psiquiatría, lo que por desgracia no está muy lejos de la verdad, pues los estándares son horribles en todas partes. El prólogo, escrito por el anterior primer ministro Poul Nyrup Rasmussen, comienza con: "Mamá, ¿no le dirás al mundo cómo nos tratan?"³¹ Ésta fue la última petición de la hija a su madre antes de ser asesinada.

Así que no podíamos ver en absoluto por qué, por cuestiones de seguridad del paciente, un psiquiatra tenía que ser responsable de la retirada de los fármacos en nuestro proyecto. Además, no es un requisito legal.

Con el fin de evaluar si el ensayo era seguro para los pacientes, el comité solicitó que se realizara una revisión de la literatura sobre el riesgo de intentos de suicidio y de suicidios consumados entre estos pacientes. Ésta fue también una observación interesante teniendo en cuenta que los fármacos aumentan el riesgo de suicidio y que no existen fármacos que lo reduzcan.

Se nos pidió que explicáramos con detalle cómo íbamos a garantizar que sólo se retirarían los fármacos a los sujetos del ensayo que toleraran la abstinencia. Ésta fue una trampa que puso fin a nuestro proyecto, ya que nadie, ni siquiera los psiquiatras, podían garantizar tal cosa. Habría que utilizar el método de prueba y error.

Las otras exigencias eran igual de irracionales. El comité quería que los criterios de inclusión y exclusión fueran más específicos y pidió una explicación de qué criterios de valoración utilizaríamos y si nuestros cuestionarios estaban validados y permitían sacar conclusiones fiables. Nuestro criterio de valoración era si el paciente quedaba libre de medicamentos, lo que no requiere que los cuestionarios validados sean fiables.

También se nos pidió que hiciéramos muchas adiciones a la información del paciente. Piénselo. Si a un Comité Ético de Investigación Clínica le parece tan peligroso ayudar a los pacientes que quieren dejar sus medicamentos, entonces ¿por qué demonios se aprobaron los medicamentos en primer lugar? ¿No son demasiado peligrosos para usarlos? Creo que ésta debe ser la conclusión lógica, pero la atención sanitaria no se basa en la lógica, sino en el poder.

Después de que el comité acabara con nuestro proyecto, llamé a una abogada que trabajaba para el comité y le dije que podíamos retirar los fármacos de los pacientes como estaba previsto, sin llamarlo investigación. No ofreció buenos argumentos en contra, por lo que así lo hicimos.

Actualmente se están llevando a cabo ensayos que aleatorizan a los pacientes entre una retirada súbita de la medicación y una disminución lenta. Tales ensayos son muy poco éticos, ya que se perjudica innecesariamente a la mitad de los pacientes. Visité clinicaltrials.gov por diversión y busqué en *depresión y reducción*. El primer ensayo que encontré carecía de toda ética, para todos los pacientes. Compara una reducción de dos semanas con una reducción de una semana (Identificador de ClinicalTrials.gov: NCT02661828): "Como el cese abrupto de la medicación antidepresiva puede causar síntomas angustiosos (incluyendo y no limitándose a un empeoramiento del humor, irritabilidad/agitación, ansiedad, mareos, confusión y dolor de cabeza), el objetivo de este estudio es comparar la tolerancia de dos regímenes de reducción con la hipótesis de que la

reducción de la dosis de antidepresivos en el transcurso de dos semanas producirá menos síntomas de interrupción que un régimen de reducción de una semana". Este ensayo fue patrocinado por la Universidad de Emory, célebre por un gran escándalo de corrupción (ver capítulo 2).⁶ No hace falta decir más. La psiquiatría es un manicomio, pero no a causa de los pacientes.

Consejos sobre la retirada

Anders reunió una cohorte de 30 pacientes consecutivos que contactaron con nosotros para pedir ayuda. No establecimos limitaciones en el tipo de fármaco, el diagnóstico, la duración de la toma del fármaco, la severidad sintomatológica actual, anteriores tentativas de retirada, o la evaluación del psiquiatra sobre si la suspensión era recomendable.

Alrededor de la mitad de los 30 pacientes habían consumido fármacos durante 15 años o más; la mayoría de ellos habían intentado dejarlos varias veces sin éxito, y se trataba de todo tipo de psicofármacos. A pesar de graves dificultades, Anders ha recorrido un largo camino y ha retirado la medicación a la mayoría de los pacientes, en su tiempo libre y sin cobrar.

El trabajo de Anders es impresionante, y sus pacientes le están inmensamente agradecidos por su ayuda y altruismo. Conciertan visitas específicas para consultarle según sus necesidades, y él organiza encuentros en grupo cuatro veces al año en los que comparten sus experiencias. Tienen su número de móvil y pueden llamarlo en cualquier momento. Desde un punto de vista psicológico, esto es importante y ha supuesto una carga extra para él. Muchos han utilizado esta opción, lo cual ilustra lo exigente que resulta ayudar a la gente con la abstinencia.

Los pacientes rellenan tres cuestionarios:

1. Una entrevista estructurada y cualitativa antes de la primera reducción de la dosis, que incluye su historia y experiencia con la psiquiatría, detalles sobre tentativas anteriores de discontinuación, sus propias opiniones sobre sus síntomas y su condición, detalles sobre lo que les han contado sus psiquiatras, y los temores y esperanzas relativos a la tentativa de discontinuación prevista.

2. Una entrevista cualitativa tras haber dejado los fármacos, sobre sus experiencias durante la abstinencia y la recuperación psicopatológica, sugerencia de consejos para otros pacientes, barreras con las que toparon y

qué les sirvió de ayuda concretamente.

3. Un cuestionario sobre la calidad de vida (Q-les-Q) antes de la primera reducción de la dosis y seis meses después de estar libres de psicofármacos.

Una vez al año, se invita a todos los pacientes y a sus familiares más cercanos a una velada informativa en la que se explican detalladamente los fundamentos de la retirada de psicofármacos y la recuperación psicopatológica, y en la que se pueden hacer preguntas. El objetivo es fortalecer la función de apoyo de los familiares y evitar que éstos se opongan a la decisión de los pacientes de desengancharse, lo que suele ser un problema.

Se ha creado una red de apoyo entre pares en la que los pacientes pueden compartir información y apoyarse mutuamente al margen de las reuniones oficiales.

La terapia consiste en ayudar a los pacientes a superar las dificultades que experimentan. Esto incluye la gestión de los síntomas de abstinencia –qué son, cómo minimizarlos, cómo tratarlos psicológicamente y cómo evitar que se conviertan en ansiedad destructiva y fracase la discontinuación. También implica hacer frente a la ansiedad y a las emociones a medida que éstas vuelven a aflorar (cese del embotamiento emocional), el regreso a la sociedad y las relaciones sociales, la crisis tras comprender cuánta vida le ha robado a uno la psiquiatría biológica, y someterse a un tratamiento genuino no farmacológico de la afección si ésta sigue presente después de una retirada exitosa.

Sin un enfoque sistemático y sin apoyo durante la retirada, es probable que el resultado sea mucho menos positivo de lo que Anders ha conseguido. Entre los 250 adultos con enfermedades mentales graves que querían dejar los psicofármacos, de los cuales el 71% los había tomado durante más de nueve años, sólo el 54% cumplió su objetivo de suspender completamente uno o más medicamentos.^{32,33} Utilizaron varias estrategias para hacer frente a los síntomas de abstinencia, que el 54% calificó como graves. El autoaprendizaje y el contacto con amigos y con otras personas que habían dejado de tomar o reducido los medicamentos fueron considerados útiles con gran frecuencia. Sólo el 45% calificó a los médicos como útiles durante la retirada; el 16% comenzó el proceso en contra del consejo de su médico, y el 27% no se lo dijo a su médico, dejó de ver al médico o vio a un nuevo

médico. De los encuestados que lo lograron, el 82% estaba satisfecho con su decisión.

En Holanda, el ex-paciente Peter Groot y el catedrático de psiquiatría Jim van Os han llevado a cabo una iniciativa extraordinaria. Una farmacia holandesa produce tiras de reducción, con dosis cada vez más pequeñas del fármaco, lo que facilita su retirada. Sus resultados también son extraordinarios: En un grupo de 895 pacientes que tomaban fármacos para la depresión, el 62% había intentado previamente dejarlos sin éxito, y el 49% de ellos había experimentado síntomas de abstinencia graves (7 en una escala de 1 a 7).³³ Después de una media de sólo 56 días, el 71% de los 895 pacientes habían dejado el fármaco. Cada tira cubre 28 días y los pacientes pueden utilizar una o más tiras para regular el grado de reducción de la dosis. Existe una página web dedicada a esto donde se puede encontrar información actualizada: taperingstrip.org.

La venlafaxina puede ser un fármaco particularmente difícil, pero Groot y van Os mostraron que el 90% de 810 pacientes que comenzaron con la dosis más baja disponible, 37,5 mg, la dejaron en tres meses o menos.²¹ Algunos necesitaron más de medio año, ya que sufrían de graves síntomas de abstinencia, y muchos de los que lo lograron en sólo tres meses se habrían beneficiado de un período de retirada más largo, pues los síntomas de abstinencia pueden reducirse notablemente si la retirada dura más de seis meses.³⁴

Sin embargo, hay un problema con la cobertura sanitaria. Las aseguradoras de salud holandesas se niegan a reembolsar los medicamentos para reducir la dosis durante tanto tiempo porque "en la literatura no hay evidencias" de que la discontinuación deba ser tan lenta. El Instituto Nacional de Salud holandés se ha puesto del lado de las aseguradoras de salud en todos los casos en que los pacientes han presentado una queja oficial, incluso cuando sus médicos han atestiguado la gravedad de sus síntomas de abstinencia.²¹

<p>1 ADVERTENCIA! Los psicofármacos crean dependencia. Nunca los deje abruptamente porque las reacciones de abstinencia pueden consistir en graves síntomas emocionales y físicos que pueden ser peligrosos y llevar al suicidio, la violencia y el</p>
--

homicidio.⁶

2 Nunca trate de discontinuar a un paciente que no tenga un deseo genuino de dejar los psicofármacos. No funcionará.

3 Es de suma importancia que USTED esté a cargo de la discontinuación. No vaya más rápido de lo que se sienta capaz.

4 Busque a alguien que le pueda observar de cerca durante el síndrome de abstinencia, ya que es posible que no se dé cuenta si se irrita o se inquieta, que son algunas de las señales de peligro.

5 La discontinuación podría ser la peor experiencia de su vida. Por lo tanto, debe estar preparado para ello. No debería empezar si está sobrecargado de trabajo o estresado, porque ello podría empeorar los síntomas de abstinencia.

6 Recuerde siempre, sobre todo si la cosa se pone difícil, que al otro lado le espera una vida mejor sin fármacos, la cual usted se merece.

7 No se culpe si se siente miserable. Es culpa del médico que le recetó los medicamentos. No pierda la esperanza ni la confianza en sí mismo.

8 No crea a los médicos que le digan que se siente miserable porque su enfermedad ha vuelto. Rara vez se da el caso. Si los síntomas aparecen rápidamente y usted se siente mejor a las pocas horas de aumentar la dosis de nuevo, es porque tiene síntomas de abstinencia, no porque su enfermedad haya vuelto.

En 2017, Sørensen, Rüdinger, Toft y yo redactamos una breve guía para dejar los psicofármacos, con consejos sobre cómo dividir las tabletas y cápsulas, e hicimos una tabla de abstinencia. En 2020 actualizamos la información en mi página web, deadlymedicines.dk, donde también hay una

lista de personas de varios países que están dispuestas a ayudar a otros a dejar los psicofármacos, y enlaces a vídeos de nuestras conferencias de 2017 sobre la discontinuación.³⁵

Más adelante ampliaré esta información. Me han inspirado muchas personas, además de numerosos pacientes y los profesionales ya mencionados, en particular los psiquiatras Jens Frydenlund y Peter Breggin, cuyo libro sobre dejar los psicofármacos es muy útil.³⁶

Hay una enorme coincidencia de síntomas de abstinencia entre las diferentes clases de medicamentos, y aunque hay diferencias importantes, es más fácil seguir los consejos si son los mismos para todos los fármacos. Dado que aquello que las personas experimentan es muy variable, incluso cuando dejan el mismo fármaco, ello también justifica que se den consejos generales. Por lo tanto, puede seguir mis consejos tanto si está tomando neurolépticos como litio, sedantes, pastillas para dormir, fármacos para la depresión, anfetaminas o antiepilépticos.

Antes de iniciar un proceso de retirada, debe prepararse con mucho cuidado. Familiarícese con el tipo de síntomas de abstinencia que pueda experimentar, en forma de síntomas físicos y sentimientos y pensamientos inesperados. Lea el prospecto del medicamento y asegúrese de contar con el apoyo de personas cercanas. Debe estar decidido a dejar los medicamentos, ya que puede no ser fácil.

Los síntomas de abstinencia son positivos, ya que indican que su cuerpo está a punto de volver a la normalidad. No significan "yo sin fármacos" sino "yo en vías de dejar los fármacos". Durante una disminución lenta, los síntomas de abstinencia desaparecerán en la mayoría de las personas después de unos días o 1-2 semanas.

Como ya se ha dicho, los síntomas de abstinencia pueden reaparecer repentinamente después de un período libre de ellos, por ejemplo, si se produce estrés.³⁶ Esto es normal y no significa que su enfermedad haya vuelto.

Es importante que tenga éxito al comienzo. Por lo tanto, a menudo es mejor retirar el fármaco que se ha empezado a tomar más recientemente,³⁶ ya que la abstinencia se hace más difícil cuanto más tiempo se lleva tomando el fármaco.^{33,36} También es importante retirar los neurolépticos y el litio desde el principio, ya que causan muchos daños.³⁶ La abstinencia puede causar problemas de sueño, lo cual es una buena razón para eliminar los

somníferos en último lugar.

No es aconsejable retirar más de un medicamento a la vez, ya que dificulta poder determinar qué fármaco causa los síntomas de la abstinencia.

Rara vez es buena idea sustituir un fármaco por otro, incluso si el fármaco nuevo tiene una vida media más larga y, por tanto, uno espera que sea más fácil trabajar con él. Algunos médicos lo hacen, pero un cambio puede provocar problemas de abstinencia o lo contrario, una sobredosis, ya que es difícil saber qué dosis deben utilizarse para ambos fármacos durante la fase de transición. Pero puede ser necesario, por ejemplo, si el comprimido o la cápsula no pueden dividirse (véase más abajo).

En general, no es aconsejable introducir un nuevo medicamento, por ejemplo, un somnífero, si los síntomas de abstinencia dificultan el sueño. Si los problemas se vuelven insoportables, es mejor aumentar un poco la dosis antes de intentar reducirla de nuevo, esta vez en una cantidad menor o en intervalos más largos, o ambas cosas. Usted decide, ya que está a cargo de la discontinuación de los fármacos; las demás personas son sus ayudantes.

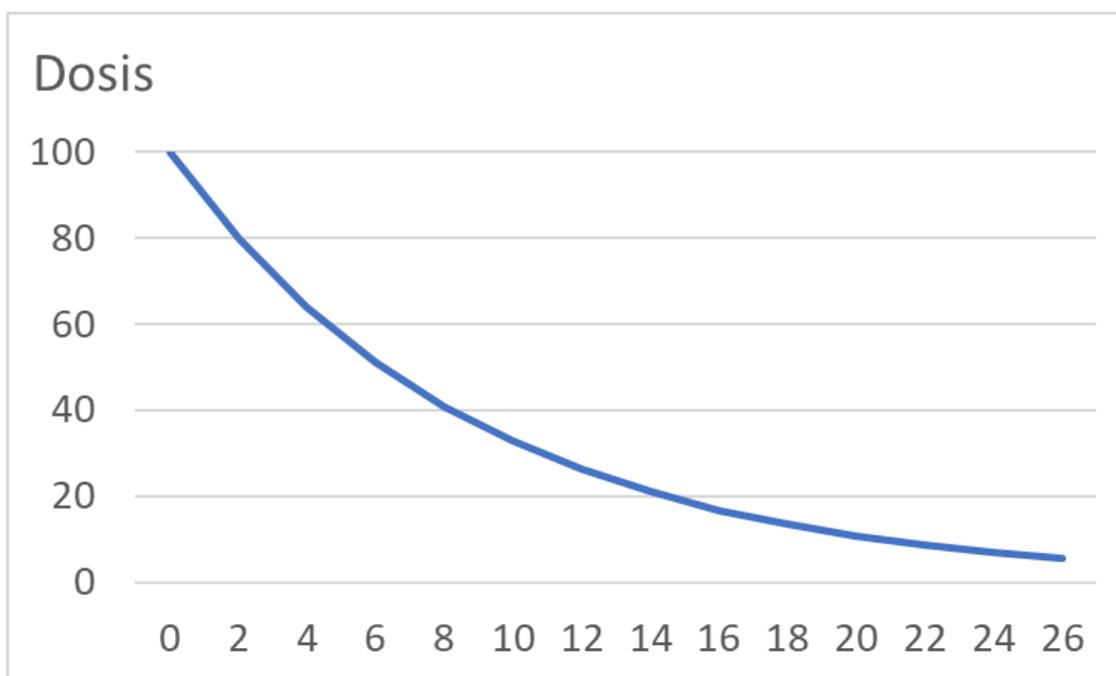
¿Cuán lento debe ir? Como la mayoría de los pacientes están considerablemente sobremedicados, podría ser tentador dar un gran paso la primera vez y reducir la dosis en un 50%. Pero es mejor ir despacio desde el principio, no sólo porque le hará sentir que puede gestionar el síndrome de abstinencia, sino también porque la cosa puede salir mal con un primer paso grande. Esto podría deberse a que todos los fármacos son inespecíficos. Tienen efectos sobre muchos receptores,³⁴ y no conocemos las curvas de unión de todos estos receptores. Tal vez ya esté en la parte más empinada de la curva de uno de los receptores cuando empieza, o tal vez lo esté en regiones particulares del cerebro.

La retirada NO es un ejercicio académico que pueda deducirse de la teoría o de ensayos aleatorizados; es un proceso de prueba y error para cada paciente. El ritmo depende del fármaco, en particular de su vida media, que es el tiempo que tarda la concentración sérica en reducirse a la mitad. La variación de un paciente a otro es enorme, también genéticamente, en cuanto a la rapidez con la que se metaboliza un fármaco. Anders encontró cinco ensayos aleatorizados, pero todos presentan problemas. Sobre todo porque la disminución fue demasiado rápida en el grupo de disminución, por ejemplo, sólo dos semanas. ¡Estos ensayos han llevado a la afirmación errónea de que no habría ninguna ventaja significativa con la disminución

lenta en comparación con la interrupción abrupta!²¹

La reducción de dosis debe seguir una curva hiperbólica (ver siguiente figura). Esto suena complicado, pero no lo es. Sólo significa que cada vez que se hace una reducción de dosis se elimina el mismo porcentaje de la dosis anterior. Por lo tanto, si reduce la dosis en un 20% cada vez, y ha bajado hasta aproximadamente el 50%, entonces la próxima vez debería volver a retirar el 20%, lo que significa que ahora bajará al 40% de la dosis inicial. Puede que necesite una lima de uñas para hacer esto y una báscula para poder pesar las cantidades. Consulte en la farmacia sobre cómo dividir los comprimidos o abrir las cápsulas; se venden divisores para comprimidos.

Curva hiperbólica para reducciones de dosis quincenales.



Las recomendaciones oficiales no son así. Puede que le recomienden que reduzca la dosis a la mitad cada vez, lo que significa que, empezando con el 100%, que es su dosis habitual, baje al 50%, 25% y 12,5% de su dosis habitual en sólo tres pasos, lo que es demasiado rápido. En cambio, utilizando el método del porcentaje, disminuyendo un 20% cada vez, después de tres pasos tendremos lo siguiente: 100%, 80%, 64% y 51%.

Puede probar con un intervalo de dos semanas entre las reducciones de dosis. Si funciona bien, puede disminuir este intervalo, por ejemplo, a diez

días. También puede que necesite ir más despacio que el 20%, ya que puede sentirse mejor reduciendo sólo el 10% cada vez, o puede que necesite un intervalo de cuatro semanas.³⁴

La comunidad de pacientes motivados por la retirada de psicofármacos ha encontrado que la reducción menos perjudicial es la que reduce la dosis sólo un 5-10% al mes.²³ Sin embargo, si usted reduce un 10% al mes, pasarán dos años antes de que baje al 8% de la dosis inicial, por lo que si toma cuatro medicamentos, podría tardar ocho años en dejarlos. Es preferible ir más rápido que esto, aguantar lo que venga, y conseguir una vida nueva más rápidamente, también porque cuanto más tiempo se toma un fármaco, mayor es el riesgo de daño cerebral permanente, y más difícil es dejar dicho fármaco.

Siga su propio ritmo, según cómo se sienta. No reduzca de nuevo si no se siente estable con la dosis anterior. Puede que incluso quiera hacer una pausa en una dosis dada si se siente estresado. Intente sentirse cómodo con lo que hace. Si los síntomas de abstinencia son graves, intente soportarlos durante un poco más de tiempo, sabiendo que normalmente se volverán menos intensos con bastante rapidez. Si soporta los síntomas, puede que ello le dé fuerza interior y la convicción de seguir hasta el final y de no volver a caer en la trampa de los fármacos. Pero si le resulta demasiado difícil, vuelva a la dosis anterior y reduzca el ritmo de la retirada.

Asegúrese siempre de contar con uno o dos amigos o familiares con los que pueda hablar de su abstinencia y que le puedan observar. Es posible que no note si se irrita o inquieta, lo que puede ser un síntoma de peligro.

No es raro que las personas no se den cuenta de los progresos que están haciendo hasta muy avanzado el proceso, y puede que tiendan a centrarse en los desagradables síntomas de abstinencia. Tenga paciencia y aguante. Sea bueno consigo mismo. Un día, puede que de repente note que los pájaros están cantando, por primera vez en años. Entonces sabrá que está en el camino correcto hacia la curación.

El último pequeño paso puede ser el peor, no sólo por cuestiones físicas sino también por razones psicológicas. Puede que se pregunte: "He tomado esta pastilla durante tanto tiempo; ¿me atrevo a dar el último paso? ¿Quién soy cuando no tomo la pastilla?" No sirve de nada que el médico se ría de usted y le diga que es imposible que tenga síntomas de abstinencia cuando la dosis es tan baja.³⁷ Si su médico está implicado en la discontinuación y se

comporta como un "sabelotodo", entonces deje a su médico. Habiendo llegado tan lejos, es probable que sepa usted mucho más sobre la abstinencia que su médico.

Es prudente bajar a una dosis muy baja antes de parar. El citalopram, por ejemplo, se recomienda en dosis de 20 ó 40 mg diarios, y sorprenderá a cualquier médico saber que incluso con una dosis tan baja como 0,4 mg, el 10% de los receptores de serotonina siguen estando ocupados,³⁴ lo que significa que todavía se pueden experimentar síntomas de abstinencia cuando se pasa de esa pequeña dosis a nada. El psiquiatra Mark Horowitz admitió que si los pacientes hubieran acudido a él antes de que él mismo hubiera experimentado los síntomas de abstinencia, probablemente no les habría creído cuando dijeron que tenían auténticos problemas para dejar un antidepresivo.³⁷

Si fracasa, no se lo tome como una derrota; simplemente inténtelo de nuevo en otro momento. Dígase a sí mismo que merece tener una buena vida y siéntase decidido a conseguirla.

Lista de los síntomas de abstinencia que puede experimentar

Esta lista no es exhaustiva, y no puede serlo, ya que existen muchos síntomas de abstinencia diferentes, aunque hemos reunido los más típicos. Algunas personas sienten los síntomas de abstinencia muy claramente, otras apenas los notan. Pueden ser peores que cualquier otra cosa que haya experimentado antes; pueden ser síntomas completamente nuevos; pueden ser similares a la condición por la que fue tratado, lo que hará que la mayoría de los médicos concluyan que usted todavía está enfermo y que necesita el medicamento, aunque rara vez sea éste el caso; pueden ser síntomas que harán que los psiquiatras le den diagnósticos adicionales; y pueden ser los mismos en fármacos muy diferentes, por ejemplo, la manía.

Al dejar los fármacos, usted y sus familiares puede que se sorprendan de que sus pensamientos, sentimientos y acciones cambian. Esto es normal pero puede ser desagradable. Puede que no se dé cuenta de haberse vuelto emocionalmente inestable; de hecho, es bastante común que los pacientes no se den cuenta de esto.

A continuación, se presentan los síntomas más importantes que usted puede experimentar. Algunos de ellos pueden ser peligrosos, vea las

advertencias en el prospecto del fármaco que esté dejando. Si no lo conserva, puede encontrarlo de Internet, por ejemplo, introduciendo en un buscador *duloxetina fda o prospecto duloxetina*.

Síntomas similares a la gripe

Dolores articulares y musculares, fiebre, sudores fríos, nariz que gotea, ojos doloridos.

Dolor de cabeza

Dolor de cabeza, migraña, sensaciones de descarga eléctrica o calambres en la cabeza.

Equilibrio

Mareos, desequilibrio, andar inestable, sensación de "resaca" o vértigo.

Articulaciones y músculos

Rigidez, entumecimiento o sensación de ardor, calambres, sacudidas, temblores, movimientos incontrolables de la boca.

Sentidos

Hormigueo en la piel, dolor, umbral de dolor bajo, piernas inquietas, dificultad para sentarse quieto, visión borrosa, hipersensibilidad a la luz y al sonido, tensión alrededor de los ojos, zumbido en los oídos, tinnitus, mala pronunciación, cambios en el gusto y el olfato, salivación.

Estómago, intestino y apetito

Náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, hinchazón, aumento o disminución del apetito.

Estado de ánimo

Cambios de humor, depresión, llanto, sensación de impotencia, falta de confianza en uno mismo, euforia o manía.

Ansiedad

Ataques de ansiedad, pánico, agitación, dolor en el pecho, respiración superficial, sudoración, palpitaciones.

Percepción de la realidad

Sensación de alienación e irrealidad, de estar atrapado en una prisión, alucinaciones visuales y auditivas, delirios, psicosis.

Irritabilidad y hostilidad

Irritabilidad, hostilidad, arrebatos de ira, impulsividad, pensamientos suicidas, autolesiones, pensamientos de hacer daño a los demás.

Memoria y confusión

Confusión, mala concentración, pérdida de memoria.

Sueño

Dificultad para dormir, insomnio, despertarse temprano, sueños intensos, pesadillas a veces violentas.

Energía

Poca energía, inquietud, hiperactividad.

En la página siguiente, hay una tabla de discontinuación donde puede registrar los síntomas de abstinencia que experimente y su gravedad.

Su función principal no es tanto el seguimiento diario de los síntomas como recordar cuáles son los síntomas de abstinencia más probables, lo que le indica que lo que experimenta es totalmente normal. Por tanto no debería preocuparse, rumiar ni entrar en pánico por estos síntomas, sino aceptarlos, a menos que sean peligrosos y aumenten el riesgo de suicidio y violencia, en cuyo caso podría ser necesario un aumento temporal de la dosis. No le recomendamos que haga esto todos los días, ya que implicaría poner el foco en lo interno y controlarse constantemente a sí mismo. Debería intentar centrarse en el mundo exterior, diciéndose a sí mismo que es aquí donde quiere estar, en lugar de estar alienado de él mediante fármacos.

Existen otros problemas con los registros diarios. Uno no dispone de un punto de referencia al empezar. Algunos pacientes calificarán los síntomas de abstinencia del primer par de reducciones de dosis como de máxima gravedad, porque es la primera vez que experimentan algo tan horrible. Más tarde, si los síntomas empeoran aún más, no habrá una categoría de gravedad para ello.

A algunas personas les ayuda escribir sus pensamientos, consideraciones y sentimientos en un diario. Lo que importa es que uno se sienta seguro con lo que hace. Por lo tanto, debe evitar a las personas y situaciones que puedan estresarle y evitar asumir tareas que no sean estrictamente necesarias.

Después del síndrome de abstinencia, puede que le falte energía durante un tiempo y que no se sienta como usted mismo. Esto es normal. Haga algo

que le guste, sea indulgente consigo mismo y esté orgulloso de lo que ha logrado. Es posible que necesite psicoterapia para ayudarle a llegar a la raíz de lo que es o fue lo que te atrapó en los fármacos psiquiátricos.

Vigile su estado de ánimo. Puede pasar mucho tiempo antes de que se estabilice completamente en su nueva vida sin fármacos. Puede que tenga que aprender técnicas de relajación, si se siente tenso.

Tabla para la retirada de psicofármacos (Anders Sørensen y Peter C. Gøtzsche, 4 de enero de 2019)

Todos los psicofármacos crean dependencia y pueden causar síntomas de abstinencia cuando se reduce la dosis habitual. Use la tabla cada noche para recordarse a sí mismo y a sus familiares que el estado de abstinencia es temporal; es "yo en vías de dejar los fármacos", no "yo sin fármacos", que es algo completamente diferente y mejor que estar dejando los fármacos. Puede anotar la gravedad de los síntomas que tiene cada día (de 1 a 5, donde 5 es peor), pero no se controle demasiado; los síntomas desaparecen más rápidamente si se los deja "a su aire". Anote la nueva dosis debajo del día en el que se redujo. Puede añadir síntomas adicionales en las líneas en blanco.

Algunos de los síntomas pueden ser peligrosos; vea el prospecto.

Mes: _____ Año : _____ (Escriba el día del mes en la primera línea)

Fecha del mes											
Dosis											
Ansiedad/pánico											
Depresión/tristeza											
Llanto											
Cambios de humor											
Sensación de estar atrapado dentro de una prisión											
Irritabilidad / hostilidad / estallidos de ira											
Síntomas similares a la gripe											
Problemas de estómago, náuseas, falta de apetito											
Falta de energía / agotamiento											
Insomnio, dificultad para dormir											
Sueños vívidos / pesadillas											

Agitación e inquietud / no puede sentarse quieto										
Mareos										
Confusión / dificultad para concentrarse										
No soy yo mismo										
Pensamientos suicidas										
Sensaciones de descarga eléctrica / calambres en la cabeza										
Dolor de cabeza										
Tinnitus										
Movimientos involuntarios / piernas inquietas										
Temblores / sacudidas										
Rigidez o dolor muscular										
Problemas de equilibrio										
Sudoración										
Palpitaciones										
Sensación de picor u hormigueo										
Comezón o ruborización										
Sensación de pegajosidad / quemazón										
Cambios en olores o sabores										
Hipersensibilidad a la luz o al sonido										
Problemas de memoria										
Alteraciones sexuales										
Visión borrosa										
Manía o hipomanía / euforia										
Psicosis / delirios										

Dividir comprimidos y cápsulas

Lamentablemente, nuestros reguladores de medicamentos han permitido que las empresas farmacéuticas introduzcan medicamentos en el mercado sin tener que investigar si surgirán problemas cuando los pacientes dejen de tomarlos y sin desarrollar soluciones si se diese el caso.²¹ La psiquiatría académica también tiene la culpa. Ha dedicado mucha atención a la eficacia a corto plazo de nuevos fármacos y a iniciar el tratamiento, pero prácticamente nada a la interrupción del mismo. No fue la psiquiatría sino los pacientes quienes señalaron el número demasiado limitado de beneficios de los fármacos. La práctica clínica se adaptó a lo que las compañías farmacéuticas vendían y no a lo que los pacientes necesitaban.

Los pacientes tenían razón en criticar a las compañías por no proporcionar los beneficios que tan claramente ellos necesitaban, y a las asociaciones médicas y los comités que redactan las guías por no pedir a las compañías farmacéuticas que lo hicieran. No todos usamos la misma talla de zapatos o la misma graduación para nuestras gafas, y a los perros se les dan dosis en función de su peso, en contraste con los humanos.

Ante este vacío, necesitamos ser creativos. Los farmacéuticos Rüdinger y Toft han preparado algunos consejos sobre cómo tomar menos de la dosis mínima proporcionada por los fabricantes.³⁵

Advertencia: La caja y el prospecto siempre describen el tipo de medicamento. Si se trata de comprimidos o cápsulas de recubrimiento entérico, se fabrican de tal manera que el principio activo no entre en contacto con el ácido gástrico. Por lo tanto, en ninguna circunstancia deben ser divididos o fraccionados porque el ácido gástrico destruirá entonces el ingrediente activo.

Siempre puede preguntar a su farmacéutico si el medicamento puede dividirse en unidades más pequeñas. He aquí algunas reglas importantes:

Comprimidos

La mayoría de los comprimidos son comprimidos regulares, y el ingrediente activo se distribuye uniformemente en todo el comprimido. Si hay un surco

que atraviesa la superficie del comprimido, es fácil de dividir. Esto le permitirá obtener medios comprimidos. Los comprimidos también pueden dividirse en cuatro y ocho partes, lo que a menudo es necesario hacia el final del proceso de retirada.

Los comprimidos pueden cortarse con un cuchillo afilado, pero también se puede comprar un divisor de comprimidos o una guillotina de comprimidos en la farmacia.

Si por casualidad dividiera las pastillas en tamaños desiguales, puede ordenarlas según el tamaño, empezando por las más grandes y terminando con las fracciones más pequeñas.

Comprimidos de liberación sostenida

Algunos comprimidos están diseñados para permanecer en el cuerpo durante mucho tiempo, y a menudo se fabrican de manera que permiten que el principio activo se distribuya por todo el cuerpo de manera gradual. Estos comprimidos tienen un añadido a su nombre, por ejemplo depot, liberación prolongada o *retard*. Básicamente, no se pueden dividir.

Si el comprimido de liberación sostenida tiene un surco, puede romper el comprimido a lo largo de éste, pero no lo dividida más.

Muchos medicamentos están disponibles tanto en forma de comprimidos de liberación sostenida como de liberación no sostenida, y si necesita dividir un comprimido de liberación sostenida, consulte a su médico para cambiar a comprimidos regulares.

Cápsulas

Las cápsulas están hechas de gelatina con el propósito de contener el polvo. Se pueden abrir, y el polvo se puede disolver en agua. El agua no será clara, pero estará lista para beber. Es posible preparar la solución de agua en una jeringa de plástico con divisiones de ml, y a partir de esta solución se puede extraer la cantidad correcta según la dosis necesaria.

Utilice una jeringa de 10 ml, añada el polvo a la jeringa y vierta agua hasta la línea de 10 ml. Ponga la jeringa boca abajo o agítela unas cuantas veces para disolver el polvo. Un ml corresponde al 10%, dos ml al 20%, etc. Vierta el contenido necesario en un vaso y bébaselo.

Cápsulas de liberación sostenida

Las cápsulas de liberación sostenida contienen partículas grandes o mini-gránulos destinados a ser liberados lentamente en el cuerpo durante un largo período de tiempo. En la mayoría de los casos, estas cápsulas se pueden romper, y los mini-gránulos se pueden contar. Parte de su contenido puede añadirse sobre un yogur o ser disuelto en agua con una jeringa como se ha mencionado anteriormente.

Reemplazar el fármaco para permitir la discontinuación

En algunos casos, la discontinuación no es posible con el medicamento prescrito porque el comprimido no se puede dividir o el contenido de la cápsula no se puede reducir. Así que es posible que tenga que sustituir su medicamento por otro de efecto similar, disponible en concentraciones más bajas. Tendrá que consultar a su médico.

Algunos fármacos también vienen en forma líquida, lo que facilita mucho el ajuste de la dosis correcta.

El tratamiento forzado, una violación terrible de los derechos humanos

No hay que olvidar a los pacientes que, aunque quieran desesperadamente dejar los neurolépticos, se ven obligados a tomarlos, en el peor de los casos como inyecciones depot para garantizar que no "hacen trampa" escupiendo las pastillas cuando el personal no está.

He hablado extensamente⁶ sobre por qué esta violación terrible de los derechos humanos debe parar. Los psiquiatras afirman que no pueden ejercer sin coacción, pero esto no es cierto. Ejemplos de varios países han demostrado que la coerción no es necesaria. Según la Ley de Salud Mental italiana, la peligrosidad no justifica legalmente el tratamiento forzado; es un caso para la policía, al igual que en Islandia, donde no se han utilizado cadenas, cinturones u otras contenciones físicas desde 1932.⁶ La contención física es una agresión descomunal a pacientes que han sufrido abuso sexual, que es el caso de muchos, algunos mientras estaban encerrados.

En el Hospital Universitario de Akershus, en Noruega, no tienen un régimen de tranquilización rápida y nunca han necesitado uno.⁶ En un pabellón para psicosis de Londres, esperan un promedio de dos semanas

antes de comenzar a administrar medicación neuroléptica a los recién ingresados.⁶ Al final, la mayoría de los pacientes eligen tomar alguna medicación, a menudo en dosis muy pequeñas, de modo que es muy posible que sea el respeto, el tiempo y el abrigo lo que les ayuda, y no las "dosis subterapéuticas". Alemania también ha demostrado cómo se puede lograr.³⁸

Con una buena gestión y la formación del personal en técnicas de desescalado, es posible practicar la psiquiatría sin coacción.^{39,40}

Debe haber instalaciones de apoyo las 24 horas del día sin ninguna coacción, para que el hospital ya no sea el único lugar al que se puede acudir cuando se sufre una crisis aguda.³⁸ Por ejemplo, podría haber refugios con posibilidad de alojamiento donde el dinero se destine al paciente y no al tratamiento. También necesitamos servicios sociales dignos para las personas que están reintegrándose en la sociedad después de haber estado en contacto con la psiquiatría.

La psiquiatría parece ser el único ámbito de la sociedad en el que se vulnera la ley sistemáticamente en todo el mundo; incluso se ignoran las decisiones del Tribunal Supremo y del Defensor del Pueblo.^{6,41} Estudiamos 30 casos consecutivos de la Junta de Apelaciones Psiquiátricas de Dinamarca y encontramos que la ley había sido vulnerada en todos y cada uno de los casos.^{41,42}

Los 30 pacientes se vieron obligados a tomar neurolépticos que no querían, aunque se podían utilizar alternativas menos peligrosas, como las benzodiazepinas.⁴³ Los psiquiatras no respetaron las opiniones y experiencias de los pacientes. En los 21 casos en que se disponía de información sobre el efecto de fármacos anteriores, los psiquiatras declararon que los neurolépticos habían tenido un buen efecto, mientras que ninguno de los pacientes compartía tal opinión.⁴²

Los daños de la medicación anterior tampoco desempeñaron ningún papel en la toma de decisiones del psiquiatra, ni siquiera cuando eran graves; por ejemplo, sospechamos o encontramos acatisia o discinesia tardía en siete pacientes, y cinco pacientes expresaron temor a morir a causa del tratamiento forzado. Un experto confirmó nuestra sospecha de que un paciente había desarrollado acatisia con aripiprazol, pero en la misma página, el experto –un miembro de alto rango dentro de la junta de la Asociación Psiquiátrica Danesa– recomendó el tratamiento forzado con este fármaco, a pesar de que se interrumpió debido a la acatisia.⁴²

El desequilibrio de poder era extremo. Teníamos reservas en relación al diagnóstico psiquiátrico de delirios en nueve casos. Cuando un psiquiatra decide un diagnóstico y el paciente no está de acuerdo, se entra en un círculo vicioso. Según el psiquiatra, el desacuerdo muestra que el paciente tiene una falta de conocimiento de la enfermedad, lo cual es una prueba de enfermedad mental. El abuso consistía en que los psiquiatras usaban diagnósticos o términos despectivos para cosas que no les gustaban o no entendían; los pacientes se sentían incomprendidos e ignorados; su protección legal era una farsa; y el daño causado era inmenso.⁴²

Los pacientes o su enfermedad tenían la culpa de prácticamente todo lo que sucedía. Los psiquiatras no parecían tener ningún interés en los traumas, ni en los del pasado ni en los causados por ellos mismos. Las reacciones de abstinencia no se tomaban en serio –ni siquiera vimos que se usara este o un término similar, aunque muchos pacientes las sufrieron.

Es una vulneración muy grave de la ley y de la ética profesional el que los psiquiatras exageren los síntomas de los pacientes y trivialicen los daños de los fármacos para mantener la coerción, pero sucede a menudo, y los historiales de los pacientes también pueden ser muy engañosos o estar totalmente equivocados.^{6,31,42,44} De esta manera, se puede decir que los psiquiatras presiden un tribunal irregular, donde son a la vez investigadores y jueces, y en el que mienten sobre las pruebas, después de condenar a los pacientes a un tratamiento que es mortal para algunos de ellos y muy perjudicial para todos.

Cuando los pacientes se quejan de este trato injusto, que no está permitido en ningún otro ámbito de la sociedad, son las pruebas y sentencias de los mismos jueces (o sus amigos que no estarán en desacuerdo con ellos) las que sientan las bases de los veredictos de las dos juntas de apelación, primero la Junta de Quejas de Pacientes Psiquiátricos y luego la Junta de Apelaciones Psiquiátricas. Lo que digan los pacientes no importa lo más mínimo. Como han sido declarados dementes, nadie cree necesario escucharlos. Este sistema es tan abominable que parece surrealista, pero ésta es la realidad, en todo el mundo.

Cuando alguien propone abolir la coacción, los psiquiatras suelen mencionar casos raros, como la manía severa, en la que los pacientes puede que estén ocupados gastando todos sus ahorros. Pero esto se puede gestionar sin necesidad de hospitalización y tratamiento forzoso. Por ejemplo, se

podría introducir una cláusula de emergencia que elimine los derechos de los pacientes a tomar decisiones financieras a corto plazo.

Además, unos pocos casos difíciles no pueden justificar que se cause un daño masivo a los pacientes,⁶ lo que también dificulta el reclutamiento de buenas personas para la psiquiatría. A nadie le gusta la coerción, y destruye la confianza del paciente en el personal, que tan importante es para la curación y para el ambiente de trabajo dentro del servicio.

En muchos países, una persona considerada loca puede ser internada en un pabellón psiquiátrico de manera involuntaria si la perspectiva de curación o de una mejora sustancial y significativa de la condición se viera considerablemente perjudicada de otro modo. Ningún fármaco puede lograr eso.

La otra razón lícita para forzar a las personas a tomar fármacos es si éstas presentan un peligro evidente y considerable para sí mismas o para los demás. Este argumento tampoco es válido. Los psicofármacos *provocan* violencia⁶ y no pueden proteger contra la violencia a menos que los pacientes estén drogados hasta tal punto que se hayan convertido en zombis.

El tratamiento con neurolépticos mata a muchos pacientes, también a jóvenes (véase el capítulo 2), y muchos más sufren daños cerebrales permanentes.^{1,6,36,45} Hay videos de niños y adultos con acatisia y discinesia tardía que muestran lo horrible que pueden ser estos daños cerebrales.⁴⁶ La psiquiatría tardó 20 años en reconocer la discinesia tardía como una enfermedad iatrogénica,⁴⁵ aunque es uno de los peores daños de los neurolépticos y afecta a cerca del 4-5% de los pacientes por año,⁴⁷ lo que significa que la mayoría de los pacientes en tratamiento a largo plazo la desarrollarán. En 1984, Poul Leber, de la FDA, extrapoló los datos y señaló que, a lo largo de la vida, todos los pacientes podrían desarrollar discinesia tardía.⁴⁵ Tres años más tarde, el presidente de la Asociación Americana de Psiquiatría dijo en un programa de Oprah Winfrey que la discinesia tardía no era un problema grave o frecuente.⁴⁸

La coerción debe ser abolida. Éste es nuestro deber, de acuerdo con la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que prácticamente todos los países han ratificado.⁶ La Ley de Psiquiatría no es necesaria, ya que la Ley de Cuidados de Emergencia ofrece la oportunidad de intervenir cuando es imperativo, y la ciencia muestra que

no es racional o basado en la evidencia argumentar que el tratamiento forzado se realiza en el mejor interés de los pacientes.^{6,41,42,49}

Si no está convencido, debería leer *The Zyprexa Papers* del abogado Jim Gottstein. Es un libro sobre tratamientos farmacológicos ilegales y forzados que destruyen a los pacientes. Psiquiatras, abogados y Eli Lilly mintieron descaradamente, y a los jueces no les importó. Gottstein debía ir a la Corte Suprema de Alaska antes de que se le hiciera justicia y corrió un gran riesgo personal al exponer documentos que se suponía eran secretos.⁵⁰

5 Kit de supervivencia para jóvenes psiquiatras en un sistema enfermo

Escribí este libro para ayudar a pacientes y familiares a evitar quedar atrapados por la psiquiatría y los psicofármacos, desperdiciando así años de sus vidas o, en el peor de los casos, incluso muriendo. Pero, ¿qué pasa con la psiquiatría como especialidad médica, puede ser salvada de sí misma?

En mi opinión, no. Muchos libros, incluyendo éste, han documentado que los líderes psiquiátricos han renunciado al pensamiento racional a cambio de los beneficios que obtienen apoyando un sistema totalmente enfermo. La única esperanza que tenemos es que el pueblo proteste tan vigorosamente que se convierta en una revolución imparable.

Dado el adoctrinamiento generalizado, es poco probable que esto ocurra. Siempre habrá demasiados pacientes que piensen que los psicofármacos han sido beneficiosos para ellos y se pondrán del lado del gremio psiquiátrico. Esta fuerza, junto con la riqueza obscena y el poder que la industria farmacéutica ha acumulado vendiéndonos pastillas inútiles, es tan grande que nuestros políticos, aunque se hayan dado cuenta de lo malo que es todo, no se atreven a actuar en consecuencia. El sistema está bloqueado, como si se le hubiera puesto a la fuerza una camisa de fuerza.

También es muy conveniente para los políticos que exista una profesión que se ocupe de los elementos más perturbadores de nuestras sociedades y que ejerza un estricto control social sobre ellos, mucho más estricto de lo que permite el sistema penal; a veces con sentencias indefinidas, en un sistema cerrado donde no se escuchan los gritos de las víctimas, como en el sistema de los Gulag soviéticos o los campos de concentración nazis, donde las muertes causadas por los que tenían el poder se llamaban muertes naturales y donde el sistema de apelación era un juicio amañado. ¿Cuál es la diferencia con la psiquiatría, que también llama a sus asesinatos "muertes naturales", donde el sistema de apelación es una farsa total, donde la ley se vulnera sistemáticamente y donde los investigadores independientes terminan siendo despedidos después de un juicio-espectáculo si intentan averiguar por qué murieron las personas?

Pero tenemos otra fuente de esperanza: los jóvenes psiquiatras en formación cuyos cerebros aún no han quedado atrapados por todas las falsas

creencias. Algunos de ellos llegan a tal desesperación que se ponen en contacto conmigo, aunque no los conozca de antemano, para discutir sus intensas frustraciones sobre un sistema que tan claramente empeora las cosas para sus pacientes.

Uno de ellos, el médico jefe Klaus Munkholm, de 46 años, del departamento de psiquiatría de mi propio hospital, se dio cuenta, leyendo libros de Robert Whitaker y míos, de que lo que había creído durante tantos años era totalmente erróneo. Me escribió en julio de 2017 y me explicó que le preocupaba que la psiquiatría biológica no hubiera sido útil para comprender el trastorno bipolar, que era su área principal de investigación. Tenía las mismas preocupaciones acerca de otros trastornos psiquiátricos y quería realizar una investigación seria sobre el asunto.

Soy muy rápido a la hora de juzgar a la gente e inmediatamente organicé una reunión, la cual fue muy bien. Empezamos una fructífera colaboración de investigación, pero ésta tuvo repercusiones para Klaus. Sólo un mes después de nuestro primer encuentro, se le había intentado disuadir –tanto en un correo electrónico como en una reunión–, de colaborar con mi grupo de investigación, y se le había advertido de que tendría consecuencias para su carrera. Yo le respondí: "¿Puedes ver la similitud con el fanatismo religioso? Así es precisamente cómo reaccionan los testigos de Jehová, la Cienciología y todos los demás grupos de este tipo. Esto es inaudito en un contexto académico, pero nos dice mucho sobre dónde se encuentra la psiquiatría".

Klaus no cedió, y desde diciembre de 2017, lo contraté un día a la semana, para gran disgusto de su jefe, el catedrático Lars Kessing.

Ese mismo mes, otro jefe de psiquiatría, Kristian Sloth, también desconocido para mí, solicitó una reunión conmigo en la que me llamó la atención sobre un anuncio de la Psiquiatría de la Región Capital, según el cual los fármacos para la depresión podrían prevenir la demencia. Por supuesto, no pueden prevenirla; las investigaciones han demostrado que es más probable que *causen demencia* (véase el capítulo 2). Kristian también señaló que había reducido los gastos en medicamentos un 35% en sólo un año desde que comenzó a trabajar en el departamento. Me habló de un paciente al que se le diagnosticó esquizofrenia, recibió una dosis alta de Leponex (clozapina), se volvió psicótico, le dieron aún más Leponex y terminó en un pabellón de máxima seguridad. Cuando dejaron de darle

Leponex, todos sus síntomas psicóticos desaparecieron.

Kristian ha inaugurado una sección en su departamento a la que llama "sección libre de contenciones" donde se garantiza a los pacientes que no se les aplicará la fuerza.

Klaus era un tesoro. Brillante y amable, era un gran activo para todos los proyectos psiquiátricos que yo había iniciado. No pasó mucho tiempo antes de que le dijera que quería contratarlo a tiempo completo. Finalmente abandonó la psiquiatría y se convirtió en empleado a tiempo completo, un año después de que me contactara por primera vez. Algunos de las espaldas plateadas de la psiquiatría, que antes lo tenían en gran estima, ahora lo tratan como los testigos de Jehová y la Cienciología tratan a los desertores.

Una psiquiatra dejó su trabajo en un departamento donde el médico jefe Lars Søndergård había dado dosis tan monstruosas a los pacientes, contraviniendo las guías clínicas, que ya no se le permitía trabajar como psiquiatra debido a su peligrosidad.¹ Fue a otro hospital, pero mientras tanto, a Søndergaard se le había permitido practicar de nuevo, bajo una estrecha supervisión, y se presentó en el hospital donde ella estaba ahora.

Søndergaard siguió sobremedicando monstruosamente a sus pacientes. Su jefe, Michael Schmidt, no lo supervisaba, y fue pura suerte que todos sus pacientes sobrevivieran a dosis tan enormes, a menudo con varios neurolépticos simultáneos. Las enfermeras y sus colegas psiquiatras estaban muy preocupados por lo que veían y se pusieron en contacto con Schmidt, pero no pasó nada. Schmidt respondió que "muchos de los pacientes que encontramos hoy en el departamento de urgencias son muy extrovertidos y extremadamente difíciles de tratar dentro de las pautas actuales. Siempre será así para que el médico o especialista pueda a nivel individual desviarse de las pautas y directrices en base a su propia experiencia y el estado del paciente".² Como la cultura en el departamento era de miedo e intimidación, las enfermeras decidieron involucrar a su sindicato.

La mala praxis de Søndergaard incluía la suspensión del tratamiento correcto, instituido por otro médico, del delirio alcohólico, que es una condición muy peligrosa, y la prescripción de dos neurolépticos, que aumentan notablemente el riesgo de convulsiones, arritmias cardíacas repentinas y muerte.³ Un paciente recibió metadona, que puede causar arritmias letales, razón por la cual la Junta Nacional de Salud recomienda

que no se realice un tratamiento concomitante con neurolépticos, pero a este paciente se le prescribieron *tres* neurolépticos simultáneamente, y el facultativo fue despedido ese mismo día.³

La respuesta de Schmidt fue extremadamente arrogante.⁴ No pudo reconocer ninguno de los ejemplos horribles de sobremedicación que le envió el periodista.

La Autoridad para la Seguridad del Paciente tardó cuatro meses en responder. El veredicto fue duro.⁵ Schmidt fue puesto bajo estricta supervisión y Søndergård ya no pudo trabajar más como psiquiatra. Schmidt había aprobado una propuesta de Søndergård que implicaba que los pacientes habían sido sobremedicados enormemente, y no había sido capaz de interpretar un artículo científico profesionalmente, pues concluyó lo contrario de lo que el artículo decía sobre la dosis. Schmidt no había informado a la Autoridad de las dosis excesivas a pesar de que tenía el deber de hacerlo, y a pesar de que el personal se lo había hecho saber varias veces. Schmidt incluso había escrito a la Autoridad que Søndergård "tiene un enfoque analítico agudo" y que había "llevado al departamento a un nivel profesional más alto", al contrario que la Autoridad, cuya opinión era que Søndergård en varias ocasiones había expuesto a los pacientes a un grave peligro.

El director adjunto Søren Bredkjær, de la Dirección Psiquiátrica de la región de Selandia, emitió inmediatamente un comunicado de prensa en el que subrayaba que seguían confiando plenamente en Schmidt y que él sólo había recibido un "veredicto leve".

A la joven psiquiatra en formación que había denunciado a Schmidt a la Autoridad después de haber intentado durante meses resolver los problemas debatiéndolos con él, Schmidt la había tachado de "loca cascarrabias" delante de sus colegas.⁵

Finalmente se rindió y acudió a Bredkjær, a quien animó a examinar los archivos relevantes de los pacientes. Le mostró la lista de los pacientes que habían ingresado durante uno de sus días de servicio y le dejó ver sus notas personales. Le pidió que investigara el asunto, pero no pasó nada. Entonces no vio otra opción que acudir a la prensa.

Para el periodista, Bredkjær se anduvo con rodeos todo el tiempo y no quiso disculparse con las enfermeras y los médicos que lo habían advertido constantemente sobre los problemas, sino que habían sido ignorados,

también por él.

Todos los jóvenes psiquiatras que han venido a verme apreciaban mucho el trabajo con sus pacientes. Les dije que eran exactamente el tipo de médicos que los pacientes y la psiquiatría necesitaban, y que no debían dejar la psiquiatría.

Una de ellas recibió una seria reprimenda de su jefe cuando empezó a retirar lentamente los medicamentos que los pacientes ya no necesitaban, pero que él había prescrito en el centro de atención ambulatoria.

Otro me escribió: "¿Te imaginas cómo es compartir el café y el almuerzo con esta gente día tras día, durante semanas, meses y años? Me veo obligado a escuchar las divagaciones locas de los puristas de los receptores hasta que ya no los soporto más y les pido las referencias científicas de sus afirmaciones, y eso sólo los enfurece. Me veo obligado a escuchar a aquellos que siempre quieren hablar de algún psiquiatra que les molesta porque es malo realizando diagnósticos correctos, hasta que les pregunto cómo saben que su línea particular de diagnósticos es la correcta, lo que les hace enfadar. Lo peor de todo es tener que escuchar la cháchara sobre el estilo de vida de los psiquiatras, sus últimos apartamentos, coches y viajes, y se enfadan conmigo si siquiera menciono la psiquiatría. Lo que he aprendido con dolor de estas personas es que la mayoría de ellos no están interesados en leer los artículos sobre los ensayos clínicos que tenemos. En lugar de eso, simplemente siguen a su líder".

Como se señaló en el capítulo 2, la cineasta danesa Anahi Testa Pedersen recibió el diagnóstico de esquizotipia tras el estrés de un divorcio difícil. Bromeó sobre este diagnóstico en su película, y como yo no tenía idea de qué se suponía que era esta cosa extraña, lo busqué en Internet y encontré un test para el trastorno esquizotípico de la personalidad.⁶ Diferentes fuentes lo definen de varias maneras, pero el test refleja bastante bien cómo se describe esta cosa en la página web de la Clínica Mayo,⁷ y como dicen que los síntomas están publicados por el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría,⁶ seguí adelante. Había nueve preguntas y uno debe responder verdadero o falso, o sí o no, a cada una.

1: "Interpretaciones incorrectas de los acontecimientos, como la sensación de que algo que en realidad es inocuo o inofensivo tiene un significado

personal directo". Ésta es una pregunta muy vaga, y muchas personas interpretan incorrectamente los acontecimientos, en particular los psiquiatras, o los toman como algo personal.

2: "Creencias extrañas o pensamientos mágicos que son inconsistentes con las normas culturales". Ésta es interesante. Cuando un joven psiquiatra no está de acuerdo con las extrañas "normas culturales" del departamento sobre el tratamiento preventivo de la esquizofrenia, ¿es entonces anormal? ¿Y qué hay de la monstruosa sobremedicación de Søndergård, que era una "norma cultural", tal y como la aceptaba su jefe? Parece que la gente normal del equipo que protestó debería ser considerados anormales según la pregunta 2.

3: "Percepciones inusuales, incluyendo ilusiones". He proporcionado pruebas en este libro y en otros anteriores de que la mayoría de los psiquiatras tendrían que responder que sí a esta pregunta. Piense en esa ilusión llamada desequilibrio químico.

4: "Patrones extraños de pensamiento y habla". Con certeza, la mayoría de los psiquiatras muestran un pensamiento extraño, manteniendo la mentira sobre el desequilibrio químico y muchas otras mentiras, y también negando totalmente lo que otras personas ven con claridad, incluidos sus propios pacientes; por ejemplo, que los psicofármacos hacen más mal que bien.

5: "Pensamientos suspicaces o paranoicos, como la creencia de que alguien te la tiene jurada". Si estás internado en un pabellón psiquiátrico, tal reacción es totalmente normal y comprensible. El personal seguramente te la tiene jurada, es decir, para tratarte a la fuerza con neurolépticos en contra de tu voluntad. Cuando los líderes psiquiátricos usan términos como "antipsiquiatría" y "conspiración" para referirse a sus oponentes, ¿puede considerarse un "sí" a la pregunta 5?

6: "Emociones planas, parecer distante y aislado." Esto es lo que los psicofármacos hacen a las personas, así que si no eran anormales al principio, los psiquiatras se asegurarán de que se vuelvan anormales.

7: "Comportamiento o apariencia extraña, excéntrica o peculiar". Como se señaló en el capítulo 2, una definición de locura es hacer lo mismo una y otra vez esperando un resultado diferente, que es lo que hacen los psiquiatras todo el tiempo. Yo llamaría a eso un comportamiento extraño, excéntrico y peculiar.

8: "Falta de amigos cercanos o confidentes que no sean parientes". Esto es lo que los psicofármacos hacen a las personas, particularmente los neurolepticos; aíslan a las personas y pueden convertirlas en zombis.

9: "Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad". Si estás internado en un pabellón psiquiátrico, tal reacción es totalmente normal y comprensible.

Hay un divertido error ortográfico en la página web.⁶ Dice: "Nuestro test calculará clara e inequívocamente sus puntos y dará una sugerencia *inefectiva*". Estoy de acuerdo en que la prueba es inefectiva. Es inútil y falsa. Muchos, quizás incluso la mayoría, de los psiquiatras darían positivo. Tal vez deberían probar un neuroleptico preventivo para su esquizotipia.

Lo que es menos divertido es que la prueba proporciona una evidencia circular para los pacientes, quienes, incluso si son normales, podrían dar positivo cuando han sido tratados inhumanamente por los psiquiatras, lo que incluye ser tratados a la fuerza con neurolepticos.

Un debate en la reunión anual de jóvenes psiquiatras suecos

En noviembre de 2016, di una conferencia en Estocolmo y me reuní con Joakim Börjesson, un psiquiatra en formación que quería investigar conmigo. Quedó muy impresionado durante sus estudios de medicina cuando un psiquiatra les dijo a los estudiantes que los psiquiatras sabían tanto sobre el cerebro y los fármacos que podían usar fármacos dirigidos específicamente para trabajar en el origen biológico de un trastorno, el llamado desequilibrio químico. Lo encontró tan fascinante que decidió convertirse en psiquiatra.

Más tarde, cuando Joakim trabajó en el departamento de este psiquiatra, se le pidió que elaborara informes falsos que produjeran beneficios sociales para los compatriotas de este psiquiatra (él no era de Suecia). Joakim estaba en un aprieto, ya que este psiquiatra era el que debía aprobar su estancia en el departamento como parte de su formación, pero encontró una forma de evitar cometer fraude social.

Después de leer libros de Robert Whitaker y míos, Joakim se dio cuenta de que le habían engañado completamente y consideró dejar la psiquiatría.

No lo hizo y vino a verme durante tres meses a Copenhague, donde trabajamos en una revisión sistemática sobre el efecto del litio en el suicidio y la mortalidad total.⁸

En enero de 2018, Joakim organizó durante la conferencia anual una sesión en Gotemburgo para 150 psiquiatras suecos en formación, donde debatí con el farmacólogo clínico y catedrático Elias Eriksson.

Nuestras charlas fueron: "Los ISRS tienen efectos positivos y efectos secundarios leves" y "Por qué los ISRS y antidepresivos similares no deberían usarse para la depresión", en ese orden. Joakim había invertido mucha diplomacia para organizarlo, tanto internamente como al tratar con Eriksson, que tiene la reputación de atacar brutalmente a sus oponentes.

Había otras cuestiones. Durante el debate, mencioné que Eriksson había llegado a un acuerdo secreto con Lundbeck (que vende tres ISRS diferentes) contraviniendo las normas de su universidad, lo que significaba que Lundbeck podía impedir la publicación de su investigación si no les gustaban los resultados.^{9,10} Dije esto porque Eriksson habitualmente "olvida" declarar sus conflictos de interés,¹⁰ pero el presidente me detuvo de inmediato. Más tarde, el Defensor del Pueblo criticó a la universidad por encubrir el asunto.¹¹ Eriksson declaró que no podía entregar la correspondencia con Lundbeck a un periodista porque había tenido lugar en un servidor de Lundbeck, un arreglo muy inusual, por decir lo menos, y mintió acerca del asunto de la solicitud de Libertad de Información.^{9,10}

Las reglas del debate incluían que cada uno de nosotros debía elegir cinco artículos, que serían los únicos que se nos permitiría discutir. Eriksson rompió las reglas al preguntarme de repente sobre detalles insignificantes de un metaanálisis que había publicado y que mostraba que la psicoterapia reduce a la mitad la ocurrencia de intentos de suicidio.¹² Afortunadamente, recordé los detalles y respondí. Eriksson no sólo rompió las reglas, sino que el metaanálisis era totalmente irrelevante para el debate, el cual trataba de los ISRS. Obviamente, Eriksson usó trucos sucios en sus intentos de convencer a la audiencia de que no se podía confiar en mí. Joakim me escribió lo siguiente tres semanas antes del encuentro:

"Elias Eriksson tenía su libro sobre psiquiatría en su lista de artículos. Cuando hablé con Elias Eriksson por teléfono y le pregunté por qué lo había puesto ahí (le dije que no podía haber encontrado ninguna evidencia en beneficio de los ISRS en su libro) me dijo que tenía la intención de

"demostrar que Peter Gøtzsche es un charlatán" durante su conferencia. Luego discutimos esto durante una hora y traté infructuosamente de convencerlo de que se adhiriera a las reglas del debate."

Eriksson afirmaba en su resumen para la reunión que no había razón para creer que ninguno de los efectos secundarios de las pastillas fueran irreversibles y que tampoco eran adictivas. Opinaba que las críticas a las pastillas tenían un "fundamento ideológico" y que su uso, según los críticos, era el resultado de una conspiración mundial que incluía a psiquiatras, investigadores, autoridades y empresas farmacéuticas. Cinco meses antes, cuando debatí con Eriksson en la radio sueca, dijo que las pastillas ayudaban de manera dramática y que podían prevenir el suicidio en muchos casos.¹⁵

Después de la reunión, un psiquiatra me dijo por escrito que no se puede convencer a los religiosos de que no hay pruebas de la existencia de Dios, pero sí se les puede hacer perder la confianza en su sacerdote si se puede demostrar que ha utilizado las donaciones a la iglesia para comprar cocaína en un bar gay. Además escribió: "Elias Eriksson es un simple cabildero que ha hecho una fortuna con juegos políticos en lugar de realizar una investigación honesta y él mismo lo sabe. Por eso puede mentir sobre cosas que sabe muy bien que son falsas, como que hay evidencias sólidas de que los antidepresivos funcionan."

También me dijeron que muchos de los psiquiatras no habían entendido mis explicaciones sobre el suicidio causado por fármacos para la depresión. Esto ilustra la disonancia cognitiva generalizada entre los psiquiatras. Cuando presento las mismas diapositivas para un público no especializado, siempre las entienden. Los psiquiatras NO QUIEREN entender lo que les digo, ya que es demasiado doloroso para ellos.

En 2013, cuando Robert Whitaker fue invitado a hablar en un encuentro en Malmö organizado por psiquiatras infantiles, otros psiquiatras intervinieron y se hicieron con el control de la reunión. Dijeron que Bob sólo debía hablar sobre la teoría de la supersensibilidad a la dopamina y no presentar ningún dato sobre los resultados a largo plazo. A pesar de que esto era claramente un montaje, Bob lo aceptó. Cuando llegó, le dijeron que Eriksson sería su "oponente", y pasó su tiempo acusando a Bob de una manera increíblemente deshonesto. En propias palabras de Bob: "Todo el asunto fue un montaje repugnante que destaca por su total deshonestidad, de principio a fin." Eriksson declaró que consideraba que Bob es un

"charlatán que tortura a los pacientes".

Había planeado ir, pero Eriksson había declarado que no participaría si yo aparecía.

Es extraño cómo las apologistas de la psiquiatría constantemente llaman a sus oponentes charlatanes o cosas peores y usan argumentos falaces todo el tiempo. Ninguno de nosotros ha postulado nunca nada sobre una "conspiración" o ha usado esta palabra, pero al hacerlo, los defensores se asocian a sí mismos con un pasado reciente deplorable. La propaganda nazi hablaba constantemente de una inexistente conspiración judía mundial.

Las Juntas Nacionales de Salud son indiferentes a los suicidios infantiles

En 2018-19, alerté a las Juntas de Salud de los países nórdicos, Nueva Zelanda, Australia y el Reino Unido sobre el hecho de que dos simples intervenciones, el recordatorio de la Junta de Salud danesa a los médicos de familia, y mis constantes advertencias en la radio y la televisión, y en artículos, libros y conferencias, habían hecho que el uso de fármacos para la depresión infantil se redujera casi a la mitad en Dinamarca, entre 2010 y 2016, mientras que en otros países nórdicos había aumentado.¹⁴

Mencioné que se trataba de un asunto grave porque los fármacos para la depresión duplican el riesgo de suicidio en comparación con el placebo en los ensayos aleatorizados y porque los principales catedráticos de psiquiatría siguen desinformando a las personas diciéndoles que los fármacos *protegen a los* niños frente al suicidio. Por lo tanto, insté a las juntas a actuar: "La consecuencia de la negación colectiva y profesional es que tantos niños como adultos se suicidan debido a los fármacos que toman con la falsa creencia de que les ayudarán".

No recibí respuestas, o las recibí tarde, o eran respuestas sin sentido que no me parecían más que sandeces, lo cual el filósofo Harry Frankfurt considera que está lejos de ser mentira.¹⁵ Después de cinco meses, el Ministerio de Asuntos Sociales y Salud Finlandés respondió con la típica palabrería que los funcionarios utilizan cuando elogian un sistema que claramente no funciona, y se niegan a reconocerlo y a tomar medidas: "El aumento de los pensamientos suicidas se ha relacionado con los ISRS en

algunos estudios". Esto es terriblemente engañoso. Cuando se toman todos los estudios en conjunto, está claro que los fármacos para la depresión lo aumentan todo, los pensamientos suicidas, las conductas, las tentativas y los suicidios, incluso en adultos (véase el capítulo 2).

Después de seis meses, la Agencia Reguladora Sueca respondió. Se trataba de procesos, y me dijeron que la agencia había emitido recomendaciones de tratamiento en 2016. Las busqué.¹⁶ *En lo que a efectos secundarios se refería, no había absolutamente nada sobre el suicidio. Ni una sola palabra.* Más adelante en el documento, se mencionaba que los fármacos para la depresión aumentan ligeramente el riesgo de suicidio, pero también se nos decía que "no aumentan el riesgo de suicidio, y hay algunas evidencias de que el riesgo disminuye". Esta información contrasta con el texto del prospecto sueco de la fluoxetina, en el que se menciona que "el comportamiento relacionado con el suicidio (intento de suicidio y pensamientos suicidas), la hostilidad, la manía y la hemorragia nasal también se notificaron como efectos secundarios comunes en niños". Algunos de los llamados expertos que la agencia había consultado, por ejemplo Håkan Jarbin, tenían vínculos financieros con fabricantes de fármacos para la depresión, pero nada de esto fue declarado en el informe.

Después de seis meses, en junio de 2019, la Dirección de Salud de Islandia respondió que había solicitado la opinión de un experto, pero no volví a saber nada de ellos.

En 2020, volví a escribir a las juntas, esta vez adjuntando mi artículo sobre su inacción.¹⁴ La Dirección de Salud de Islandia respondió que hacía nueve que había pedido a los psiquiatras infanto-juveniles responsables que emitieran una opinión, pero a pesar de habérselo recordado no habían respondido, y unos días antes habían dicho que simplemente no tenían tiempo. Yo respondí: "Deberían estar avergonzados de sí mismos. Los niños se suicidan debido a los fármacos y no tienen tiempo para preocuparse por ello. ¿Qué clase de personas son? ¿Por qué se hicieron psiquiatras? Qué tragedia para los niños, a quienes se supone que deben ayudar".

Informé de esto a Whitaker, quien respondió que él siempre decía que la inacción de la profesión médica respecto a la prescripción de psicofármacos en niños y adolescentes es una forma de abuso y negligencia infantil, y de traición institucional.

No recibí ninguna respuesta de Australia o el Reino Unido. Una carta sin fecha del Ministerio de Salud de Nueva Zelanda decía que el regulador de medicamentos no había aprobado el uso de fluoxetina para personas menores de 18 años. Sin embargo, la falta de aprobación de los fármacos para la depresión infantil no es un obstáculo para su uso, que aumentó un 78% entre 2008 y 2016,¹⁷ y un informe de UNICEF de 2017 mostró que Nueva Zelanda tiene la tasa de suicidio más elevada del mundo en adolescentes de entre 15 y 19 años, dos veces superior a la de Suecia y cuatro veces más elevada que la de Dinamarca.¹⁸ Cuando visité a John Crawshaw, Director de Salud Mental, Psiquiatra Jefe y Asesor Principal del Ministro de Salud, en febrero de 2018, le pedí que declarara ilegal el uso de esos fármacos en niños con el fin de prevenir algunos de los muchos suicidios. Me respondió que algunos niños estaban tan gravemente deprimidos que los fármacos para la depresión debían probarse. Cuando le pregunté cuál era el argumento para empujar a algunos de los niños más deprimidos al suicidio con fármacos que no funcionan para su depresión, Crawshaw se sintió incómodo y la reunión terminó poco después.

Los llamados expertos en prevención de suicidios parecen sufrir un enorme sesgo en favor del uso de fármacos y a la hora de seleccionar convenientemente los estudios que deciden citar, a pesar de llamar sistemáticas a sus revisiones.¹⁹ Las estrategias de prevención de suicidios siempre parecen incorporar el uso de fármacos para la depresión,¹⁹ aunque aumentan los suicidios, como fue el caso del programa de prevención de suicidios para los veteranos de guerra de Estados Unidos.²⁰

El título de uno de los capítulos de mi libro sobre crimen organizado e industria farmacéutica es: "Empujando a los niños al suicidio con pastillas de la felicidad".²¹ ¿Puede ser peor la situación sanitaria, diciendo a los niños y a sus padres que los fármacos son útiles cuando no funcionan y empujan a algunos niños al suicidio?

La censura en las revistas médicas y en los medios de comunicación

Es muy difícil conseguir que se publique en una revista psiquiátrica algo que el gremio psiquiátrico perciba como una amenaza para sus ideas erróneas.

Los editores de las revistas suelen estar en la nómina de la industria farmacéutica y los propietarios de las revistas suelen tener relaciones demasiado estrechas con la industria farmacéutica, que puede amenazar con retirar su apoyo si las revistas no fomentan sus esfuerzos de comercialización. Cuando en 2004 *BMJ* dedicó una edición entera a los conflictos de interés y tuvo una portada en la que aparecían médicos vestidos como cerdos atiborrados en un banquete con representantes farmacéuticos como lagartos, la industria farmacéutica amenazó con retirar la publicidad, y *Annals of Internal Medicine* perdió aproximadamente entre 1 y 1,5 millones de dólares estadounidenses en ingresos por publicidad después de que publicara un estudio que criticaba la publicidad de la industria.²¹

Cuando Robert Whitaker dio una charla en el simposio inaugural de mi nuevo Instituto para la Libertad Científica en 2019, "Censura científica en psiquiatría", presentó dos temas de gran importancia para la salud pública: "¿Los antidepresivos empeoran los resultados a largo plazo?" y "¿Qué sabemos sobre la disfunción sexual post-ISRS?"²² Bob señaló que ninguno de los 13 y 14 estudios fundamentales, respectivamente, sobre estos temas había sido publicado en las cinco principales revistas de psiquiatría. Estas cinco revistas ni siquiera parecían haber discutido los temas.

El catedrático de psiquiatría Giovanni Fava encontró tan difícil publicar resultados que a sus colegas no les gustaban, que fundó su propia revista, *Psychotherapy and Psychosomatics*.

La censura en los medios de comunicación es enorme. Cuando mi primer libro de psiquiatría salió en sueco, fui invitado a dar una conferencia en Estocolmo y fui entrevistado por periodistas de dos grandes periódicos. Estaban muy interesados, pero como no se publicó nada, pregunté por qué. Inger Atterstam de *Svenska Dagbladet* no respondió a mis recurrentes correos electrónicos, mientras que Amina Manzoor de *Dagens Nyheter* respondió que su editor pensaba que sería demasiado peligroso explicar a los ciudadanos suecos que las pastillas para la depresión son peligrosas, ¡ya que pueden causar suicidio! Afortunadamente, hubo una grieta en la infatigable censura sueca, pues un tercer periódico nacional, *Aftonbladet*, me permitió publicar un artículo que llenó toda la contraportada.

Cuando en 2014 se publicó en castellano mi libro sobre la industria del crimen organizado, que algunos llaman la industria farmacéutica, aunque comete más delitos graves que cualquier otra industria,^{21,23} fui entrevistado

por una periodista del principal periódico de Barcelona, *La Vanguardia*. La entrevista debía llenar la contraportada, que los lectores encuentran más atractiva que la portada, pero nunca fue publicada, aunque la periodista estaba muy entusiasmada con ella. Me enteré más tarde que existían relaciones financieras insalubres entre el periódico y la industria farmacéutica.

También es muy difícil emitir documentales críticos en la televisión nacional, y si tienes éxito, puedes estar seguro de que las mejores partes habrán sido eliminadas, "para no molestar a nadie o recibir demasiadas quejas de los psiquiatras, la industria farmacéutica o el ministro". Sé que es así porque he aparecido en muchos documentales y he hablado con muchos realizadores de documentales frustrados sobre este tipo de censura. Incluso después de que los realizadores de documentales hayan matado a todos sus queridos para que lo que quede parezca el episodio 27 de una inofensiva telenovela británica, habrá una voz en off que dirá a la audiencia que "muchas gente está siendo ayudada por psicofármacos". ¿En serio?

También puede ser difícil publicar libros de gran relevancia, como ilustra la siguiente historia.

Silje Marie Strandberg es una niña noruega que fue acosada en la escuela desde los 12 años e ingresada en un pabellón psiquiátrico a la edad de 16.²⁴ No tenía una idea clara de sí misma, pero los psiquiatras le diagnosticaron una depresión moderada y le dieron Prozac (fluoxetina).

Doblaron la dosis después de tres semanas. Silje comenzó a cortarse, en su estómago y brazos. Se volvió agresiva, escuchaba una voz interior y tenía pensamientos suicidas. Le recetaron Truxal (clorprotixeno), un neuroléptico, y sólo tres días después vio a un hombre con una túnica y capucha negra que le dijo que estaba a punto de morir y le ordenó que se ahogara en un río. Ella luchó y lloró cuando él le habló; dijo que no quería morir, pero él estuvo allí todo el tiempo, diciéndole que no merecía vivir. Se metió en el río mientras lloraba que no lo haría. Regresó.

Nunca había tenido esos síntomas hasta que empezó a tomar los medicamentos, ni después de dejar de tomarlos.

La psiquiatría le robó a Silje 10 años de vida, durante los que empeoró cada vez más, con autolesiones graves y muchos intentos de suicidio. Le pusieron cinturones en 195 ocasiones, le diagnosticaron un desorden

esquizoafectivo, fue recluida y recibió electroshocks.

Después de 7 años en psiquiatría, conoció a un cuidador que vio a la chica detrás del diagnóstico y quien cuidó de ella. Este esfuerzo humano es la razón por la que Silje está sana a día de hoy.

En 2016, Silje y un director de cine vinieron a Copenhague para filmarme para un documental sobre su vida. Silje tenía un acuerdo con un editor de libros sobre lo que percibía como una de las historias de éxito de la psiquiatría. Quería hacerme algunas preguntas, incluyendo si la depresión se debe a un desequilibrio químico y de qué trataba la teoría de la serotonina.

Le dije a Silje que su trayectoria era todo menos una historia de éxito y que había sido seriamente dañada por la psiquiatría. Aceptó mis explicaciones, pero cuando su "curriculum" psiquiátrico dejó de ser una historia de éxito para convertirse en un escándalo, ¡el editor se negó a publicar su libro! El editor no quería que ella dijera que los fármacos que le habían prescrito eran la razón de que enfermara tanto durante su estancia en el hospital psiquiátrico.

Silje fue medicada por 95 médicos diferentes. Recibió 21 psicofármacos diferentes: 5 fármacos para la depresión, 9 neurolépticos, litio, 2 antiepilépticos y 4 sedantes/hipnóticos. Esto no es medicina basada en la evidencia:

Nombre comercial	Nombre genérico	Tipo de fármaco
Fontex	fluoxetina	fármaco para la depresión
Cipramil	citalopram	fármaco para la depresión
Effexor	venlafaxina	fármaco para la depresión
Zoloft	sertralina	fármaco para la depresión
Tolvon	mianserina	fármaco para la depresión
Risperdal	risperidona	neuroléptico
Leponex	clozapina	neuroléptico
Largactil	clorpromazina	neuroléptico
Seroquel	quetiapina	neuroléptico
Zeldox	ziprasidona	neuroléptico
Abilify	aripiprazol	neuroléptico
Zyprexa	olanzapina	neuroléptico

Truxal	clorprotixeno	neuroléptico
Trilafon	perfenazina	neuroléptico
Lithium	litio	"estabilizador del estado de ánimo"
Tegretol	carbamazepina	antiepiléptico
Orfiril	valproato	antiepiléptico
Alopam	oxazepam	sedante/hipnótico
Stesolid	diazepam	sedante/hipnótico
Imovane	zopiclona	sedante/hipnótico
Stilnoct	zolpidem	sedante/hipnótico
Vallergan	alimemazina	antihistamínico

El documental es muy bueno, informativo y profundamente conmovedor.²⁴ Se puede ver gratis. Su título es "La pastilla feliz: Sobrevivió a 10 años de 'tortura' en psiquiatría". Silje y el cuidador que la salvó de las garras de la psiquiatría viajan por todo el mundo y dan conferencias en relación con la proyección de la película.

He aquí otro ejemplo de censura, que involucró al fabricante de medicamentos danés Lundbeck, que vende varios fármacos para la depresión y neurolépticos.²⁵

El festival de cine documental de Copenhague, CPH:DOC, el más grande del mundo, en 2017 exhibió una película noruega muy conmovedora, "Causa de muerte: desconocida".²⁶ Ésta es una forma alternativa de disfrazar los asesinatos en psiquiatría con neurolépticos, la otra es "Muerte natural".

La película tuvo su estreno mundial en Copenhague. Trata de la hermana del realizador, quien murió muy joven después de que su psiquiatra la sobremedicara con olanzapina (Zyprexa), que la convirtió en un zombi, como claramente muestra la película. Su psiquiatra era tan ignorante que ni siquiera sabía que la olanzapina puede causar una muerte súbita. Yo aparecí en la película y su autora, Anniken Hoel, pidió a los organizadores que me incluyeran en el panel de discusión. Mi nombre era el único en el anuncio: "¿Medicina o manipulación? Película y debate sobre la industria de los psicofármacos con Peter Gøtzsche."

Siete días antes de que se proyectara la película, me echaron del panel con la excusa de que los organizadores no encontraban un psiquiatra dispuesto a debatir conmigo. Resultó que la Fundación Lundbeck había proporcionado

una importante subvención al festival. Aparenta ser un fondo independiente, pero no lo es. Su objetivo es apoyar las actividades comerciales de Lundbeck. CPH:DOC nunca me contactó al respecto, aunque habría podido encontrar a varios psiquiatras dispuestos a debatir conmigo.

El panel incluía a Nikolai Brun, jefe de personal, recientemente contratado por la Agencia Danesa de Medicamentos después de una larga carrera en la industria farmacéutica, y el psiquiatra Maj Vinberg que tenía conflictos de interés financieros en relación con quién? Sí, por supuesto: Lundbeck (y AstraZeneca). Vinberg es muy positiva con los psicofármacos y ha publicado tonterías sobre la depresión como que es hereditaria y observable en los escáneres cerebrales.

A principios de ese año, había respondido a las declaraciones que ella había hecho en una revista danesa financiada por la industria, en la que había caracterizado el metaanálisis más exhaustivo sobre los fármacos para la depresión jamás realizado²⁷ como "una campaña de desprestigio contra los fármacos para la depresión ... discusiones populistas dudosas ... gimnasia de sillón ... realizada por un grupo de médicos, estadísticos y estudiantes de medicina sin conocimientos especializados sobre psiquiatría y, por lo tanto, sobre los trastornos depresivos" (lo cual no era cierto). Este metaanálisis reveló que los fármacos para la depresión no funcionan y son dañinos.

Respondí a los desvaríos de Vinberg en la misma revista²⁸ explicando que había publicado el artículo "La reunión fue patrocinada por mercaderes de la muerte",²⁹ que incluía a AstraZeneca, uno de los benefactores de Vinberg.

El debate del panel fue una farsa total. Después de 25 aburridos minutos, exceptuando las contribuciones del cineasta, sólo quedaban cinco minutos. Un antiguo paciente interrumpió a Brun, que había hablado sin parar, gritando: "¡Preguntas!" Muchas personas del público habían perdido a sus seres queridos, muertos por los psicofármacos, y se habían enfadado cada vez más porque los panelistas sólo discutían entre ellos y no querían involucrar al público. Había tiempo sólo para tres preguntas.

Una mujer preguntó por qué los neurolépticos no habían sido retirados del mercado, ya que mataban a la gente. Brun respondió que no era un experto en psicofármacos y luego se embarcó en otra charla interminable, sobre medicamentos para el cáncer.

Grité: "¡Preguntas del público!" Un joven dijo que había tratado de dejar sus pastillas para la depresión varias veces sin éxito y sin ninguna ayuda de

los médicos. Anders más tarde le ayudó a dejarlos.

La última pregunta la formuló la documentalista danesa Anahi Testa Pedersen, que había realizado una película sobre mí y sus propias experiencias como paciente psiquiátrica, que se estrenó mundialmente en el mismo cine siete meses después.³⁰ Anahi preguntó por qué me sacaron del panel, ya que podría haber hecho una buena contribución. Un portavoz del festival respondió que habían preguntado a "muchacha gente", pero que nadie quería debatir conmigo. Anahi interrumpió y nombró a un psiquiatra al que le hubiese gustado venir. El portavoz no respondió, pero dijo que como la película era crítica, no me necesitaban a mí, sino a alguien que debatiera los mensajes de la película.

En medio de estas interminables excusas, alguien del público gritó: "¡No hay debate!" El portavoz respondió que me invitarían al "debate de mañana", lo cual no acepté porque me habían echado del estreno mundial de la película.

Segundos antes de que se acabara el tiempo asignado, me levanté y grité (porque dudaba de conseguir el micrófono): "Realmente estoy aquí. Debato con psiquiatras de todo el mundo, pero no se me permite hacer esto en mi ciudad natal". Hubo una gran risa y aplausos, pero el público estaba enfadado. Fue profundamente insultante para ellos mostrar una película sobre una joven asesinada por una sobredosis de Zyprexa sin permitir que ninguno de los que habían perdido un miembro de la familia de la misma manera dijera nada. Fue un rechazo brutal y una postración total para Lundbeck.

Anahi escribió sobre el asunto en una revista de periodistas.³¹ Señaló que antes de que yo fuera destituido, los organizadores habían anunciado que se centrarían en el consumo excesivo de psicofármacos y en si los fármacos eran el mejor tratamiento para los trastornos psiquiátricos. Después de mi destitución, la atención se centró en las relaciones entre los médicos, los pacientes y la industria, lo cual no podía ser una razón para destituirme, ya que este era el tema de mi libro premiado de 2013 que ha sido publicado en 16 idiomas.²¹ CPH:DOX escribe en su página web: "Tenemos muchos años de experiencia con acuerdos de patrocinio que atienden tanto a empresas individuales como al festival. Todas las colaboraciones se crean en un estrecho diálogo con estas empresas individuales y se basan en visiones, desafíos y oportunidades comunes".³¹

En respuesta al artículo de Anahi, Vinberg escribió que era una lástima que un debate que se suponía que iba a ser sobre la mejora del tratamiento futuro de las personas que sufren un grave trastorno mental en forma de esquizofrenia, terminara en un debate bastante indiferente sobre algunos individuos (yo).³¹ Su declaración no estuvo en consonancia con sus respuestas evasivas durante el debate del panel.

Otro caso de censura involucró a la televisión pública danesa. El realizador independiente de documentales Janus Bang y su equipo me siguieron por todo el mundo durante cuatro años, ya que querían que jugara un papel central en sus documentales sobre lo horrible y mortal que es la psiquiatría. Janus se encontró con un obstáculo tan grande que tuvo que transigir mucho para sacar algo en la televisión. Consiguió difundir tres programas interesantes en 2019, "El dilema de la psiquiatría", pero el debate público que tanto deseaba para que se introdujeran reformas importantes estuvo totalmente ausente. Hubo intervenciones penosas, totalmente falsas, defendiendo de boquilla a Lundbeck y a los psiquiatras (la exportación de medicamentos es nuestra mayor fuente de ingresos). ¿Y yo? No se me permitió aparecer en absoluto.

Los periodistas me han dicho que la razón por la que la televisión pública danesa hoy no se atreve a desafiar a la psiquiatría o a Lundbeck se debe a dos programas emitidos en abril de 2013.

Fui entrevistado para el primer programa, "Dinamarca en pastillas", en tres partes, donde el humorista y periodista Anders Stjernholm informó a los espectadores sobre la depresión y el TDAH. Esta fue la introducción:³²

"En el programa sobre fármacos para la depresión... conoceremos a Anne, a la que se le recetaron pastillas de la felicidad ya a los 15 años y que hoy en día vive con efectos secundarios inmensos. Y Jimmy, de 53 años, quien, después de 4 años con pastillas de la felicidad, ha perdido su deseo sexual. Ahora resulta que no debería haber tomado las pastillas en absoluto. Jimmy no estaba deprimido, sino que sufría de estrés. En el programa sobre fármacos para el TDAH, Anders Stjernholm cuestiona la forma en que se hace el diagnóstico. Se encuentra con Mikkel, un chico que fue diagnosticado de TDAH por un psiquiatra que nunca le conoció."

El mensaje general fue que las pastillas de la felicidad son peligrosas y se recetan con demasiada frecuencia. Pero ya al día siguiente, el imperio

psiquiátrico contraatacó. En una revista para periodistas, el catedrático de psiquiatría Poul Videbech dijo:³³ "Es una campaña de miedo que puede costar la vida a la gente. Conozco varios ejemplos de suicidio después de que los amigos y la familia aconsejaron al paciente que dejara la medicación para la depresión. Por supuesto, no puedo decir con seguridad que fue por los medios de comunicación, pero mientras exista la oportunidad, los medios de comunicación deberían matizar mucho su cobertura sobre este tema".

Videbech comparó esta situación con periodistas que hicieran programas aconsejando a los pacientes con diabetes dejar la insulina. Aunque él, al mismo tiempo, niega ferozmente que cree en la mentira sobre el desequilibrio químico (ver capítulo 2). Parece una disonancia cognitiva.

Videbech estaba enojado por haber sido dejado fuera del programa y se quejó de ello en Facebook y en la televisión danesa: "*Quedó claro... que no querían información real sobre estos problemas —algo de lo que los espectadores podrían beneficiarse realmente— sino que habían escogido de antemano algunos puntos de vista que buscaban confirmar.*" Videbech describió cómo el periodista le hizo repetidamente preguntas de acuerdo a su propia agenda, que era que "*los fármacos para la depresión no funcionan*"; "*si funcionan, causan suicidio*"; y "*cuando los interrumpes, causan horribles síntomas de abstinencia*".

Videbech está considerado como una figura importante de la psiquiatría danesa en lo que se refiere a la depresión y se le entrevista muy a menudo. Esto le da un estatus de oráculo, que utiliza para influir en la agenda pública y para dar forma a lo que la gente piensa sobre la depresión y los fármacos para la depresión. No está acostumbrado a que le contradigan o le pasen por alto, y esto le producía enfado.

Fui yo quien documentó para Stjernholm que los fármacos para la depresión no funcionan, que aumentan el riesgo de suicidio y que los pacientes pueden tener horribles síntomas de abstinencia cuando tratan de dejarlos.

Hubo muchos comentarios al artículo sobre Videbech en la revista. Uno de ellos señalaba que yo tenía razón en que los medios de comunicación no habían sido críticos en su cobertura sobre los psicofármacos. Señaló que muchas personas habían tratado de advertir contra ellos durante muchos años pero habían sido silenciadas o despedidas de sus puestos desde donde

podían llegar a la población.

Como ya se ha dicho, esto también me pasó a mí cuando escribí un libro sobre este tema.³³ No me afectó económicamente ya que me lo puedo permitir, en contraste con tantos otros que han sido injustificadamente rechazados cuando decían la verdad al poder. Disfruto de mi trabajo como investigador a tiempo completo, conferenciante, escritor y consultor independiente, por ejemplo en juicios contra psiquiatras o compañías farmacéuticas.

Otro comentario encontró increíblemente manipulador que Videbech afirmara que las personas se habían suicidado después de dejar el medicamento, y lo comparara con los diabéticos que necesitan insulina: *"Este es un ejemplo típico de la retórica que ha plagado el debate sobre los fármacos para la depresión durante años ... ¿Es razonable dañar a muchas personas para ayudar a unas pocas?"*

Uno de ellos observó que era interesante ver que prácticamente no había programas de reducción de dosis en la psiquiatría y que lo que le sucediese al paciente dependía únicamente de la opinión del médico. Observó que las personas a menudo terminan con medicamentos de por vida.

Una persona mencionó que formaba parte de un grupo grande y diverso de personas que habían advertido durante años contra el uso acrítico de los fármacos y habían dedicado tiempo a ayudar a las víctimas, ya fuera porque habían perdido a un ser querido, porque habían visto cómo se destruía la vida de una persona cercana o porque lo habían intentado en sus propias carnes. *"¡¡PERO!! Cada vez que abrimos un debate sobre este tema, se nos acusa de no pensar en los que se benefician de los medicamentos; nos encontramos con el argumento que usted [Videbech] también usa, de que no nos preocupamos por las víctimas de la buena causa y que nuestra información puede tener consecuencias fatales! Por el amor de Dios, ¿cómo vamos a sacar un debate matizado de eso? ... Prácticamente a diario contactan con nosotros personas que, también por médicos especialistas, son presionadas para que tomen fármacos para la depresión para todo tipo de indicaciones. Por lo tanto, algo drástico tiene que suceder para que no haya más víctimas"*.

Uno se preguntaba por qué no escuchamos nada en psiquiatría sobre los suicidios e intentos de suicidio que causan los medicamentos. *"Porque se descarta como algo que no ocurre. Sin embargo, estaba en la lista de efectos*

secundarios en el prospecto de la medicación que recibí. Y sentí el impulso en mi propio cuerpo. PERO me dijeron que era mi depresión la que desencadenaba los pensamientos e ideación suicida. Lo extraño de eso fue que el impulso vino poco después de que empecé a tomar el medicamento... Pero la conclusión del médico y de otras personas involucradas fue que había que aumentar la dosis, lo cual afortunadamente rechacé y decidí disminuir el fármaco por mi cuenta. El hecho de que las personas cambian su personalidad totalmente - se vuelven agresivas y exaltadas, paranoicas, etc., también se descarta."

Sólo cuatro días después, el periodista Poul Erik Heilbuth difundió su fabuloso documental de 70 minutos, "La sombra oscura del medicamento", que ya había sido mostrado internacionalmente.³⁵ Su investigación fue excelente, y documentó en detalle cómo Eli Lilly, GlaxoSmithKline y Pfizer ocultaron que sus fármacos para la depresión hacen que algunas personas se suiciden o cometan asesinatos, o hacen que personas completamente normales y pacíficas de repente lleven a cabo robos violentos en tiendas y gasolineras que después no podían explicar y sobre lo que estaban desconcertados. Los medicamentos cambiaron totalmente su personalidad.

Sobre la teoría del desequilibrio químico, el material preparatorio (ya no disponible) decía: *Hay muy pocos expertos que mantienen la teoría hoy en día. El catedrático Tim Kendall - jefe del organismo gubernamental que asesora a todos los médicos ingleses - llama a esta teoría basura y tonterías. El catedrático Bruno Müller-Oerlinghausen - líder de la Comisión de Medicamentos de los médicos alemanes durante 10 años - llama a la teoría una locura y una simplificación irrazonable. Ambos catedráticos dicen que la teoría ha funcionado como una pura estrategia de marketing para las empresas porque podrían vender a la gente la percepción de que su depresión tiene algo que ver con un desequilibrio químico - y que tomar un medicamento puede ayudar a corregir ese desequilibrio. Los daneses que visiten el sitio web oficial de salud danés (escrito por catedráticos daneses de psiquiatría) verán la esencia de la teoría: Los antidepresivos afectan a la cantidad de mensajeros químicos en el cerebro y contrarrestan el desequilibrio químico que se encuentra en la depresión.*

Heilbuth contaba en su película con el denunciante Blair Hamrick, un comercial estadounidense de GlaxoSmithKline que dijo que su lema para la paroxetina era que es el fármaco feliz, cachondo y delgado. Decían a los médicos que les haría más felices, que perderían peso, que les haría dejar de fumar, que les haría aumentar la libido —todo el mundo debería tomar este fármaco. Hamrick copió documentos en secreto, y GlaxoSmithKline recibió una multa de 3 mil millones de dólares en 2011 por pagar sobornos a médicos y por la comercialización ilegal de varios fármacos, también a niños.²¹

Un editorial de uno de los periódicos nacionales de Dinamarca, Politiken, condenó el documental de una manera inusualmente hostil, y Heilbuth respondió.³⁶ Politiken llamó a su documental "inmensamente manipulador", "sensacionalista", "simplemente buscando confirmar o verificar la tesis que el programa había concebido como su premisa", y llamaron a Müller-Oerlinghausen "pensador confuso".

El "pensador confuso" da conferencias en todo el mundo, incluso en un simposio organizado medio año antes por el Grupo sobre Antidepresivos de la Universidad Danesa. Estuvo muy claro y bien argumentado durante toda la película, y lo que dijo era absolutamente correcto.

David Healy es el catedrático de psiquiatría que ha visto los documentos más secretos de los archivos de las compañías farmacéuticas, como experto en demandas, y también fue una de las principales fuentes de la película.

Heilbuth contó las historias de varias personas que se habían suicidado o habían matado a otros. Dos días después de su documental, debatí con el catedrático de psiquiatría Lars Kessing en televisión (*Evening Show*) sobre los suicidios causados por los fármacos para la depresión. Algunos fragmentos de este debate aparecen en la película de Anahi.³⁰ Kessing negó totalmente la ciencia y las advertencias de las agencias de medicamentos, diciendo que sabemos con gran certeza que los ISRS protegen contra el suicidio. Añadió que el riesgo de suicidio es grande cuando la gente deja de tomar los ISRS, pero no mencionó que esto se debe a los efectos nocivos de los fármacos, ya que los pacientes sufren síndrome de abstinencia.

Tres días después estaba en un debate televisivo de nuevo con Kessing, esta vez sobre cómo podríamos reducir el consumo de fármacos para la depresión. Kessing afirmó que no son peligrosos. El director de investigación de Lundbeck, Anders Gersel Pedersen, también estaba en el

estudio y dijo que lo más peligroso es no tratar a los pacientes, y afirmó que los pacientes no se vuelven adictos sino que sufren una recaída de la enfermedad cuando dejan de tomar los fármacos. Kessing afirmó que probablemente sólo el 10% de los que visitan a su médico de familia no reciben ayuda de la medicina, todo un comentario acerca de los fármacos que no funcionan y donde los ensayos fallidos han mostrado no un 90% sino sólo un 10% de efecto. Cuando el entrevistador le preguntó a Kessing cómo se podía reducir el consumo de fármacos, independientemente de lo que pudiera pensar sobre la magnitud de este, no respondió a la pregunta. Dijo que se sabía con seguridad que había habido un aumento en la incidencia de la depresión moderada a severa en los últimos 50 años. Le respondí que no podíamos saberlo porque los criterios para diagnosticar la depresión se habían rebajado constantemente a lo largo de este período.

He experimentado que, cuando los periodistas reaccionan violentamente y van directamente contra la evidencia científica y las advertencias de las autoridades, es casi siempre porque piensan que los fármacos les han ayudado a ellos o a alguien cercano, o porque un pariente trabaja para Lundbeck o es un psiquiatra. He estado expuesto a muchos de esos ataques vitriólicos. Es triste que los periodistas tiren por la borda todo lo que han aprendido en la escuela de periodismo y exploten en una cascada de rabia y ataques *ad hominem*, pero eso puede suceder si dices la verdad sobre los fármacos para la depresión. Estás atacando una religión.

Por ejemplo, una periodista triunfó con su titular: "*Tomo pastillas de la felicidad, ¿de lo contrario estaría muerta!*"³⁷ Esta persona me definió como una persona que supone una amenaza para la vida, delirante, no en completo equilibrio conmigo mismo sino una persona que podría necesitar ver a un psiquiatra, y que debería avergonzarme de mí mismo y ser privado de mi título de catedrático. "*Mi deseo es que alguien pueda detener al catedrático loco.*" Escribió esto en un periódico sensacionalista, aunque no deberían publicar tales desvaríos.

En un debate en la radio, el Presidente Nacional *de MIND*, Knud Kristensen, sostuvo que algunos de sus pacientes habían dicho que los fármacos para la depresión les habían salvado la vida. Yo respondí que era un argumento injusto porque todos aquellos a los que los fármacos habían matado no se podían levantar de sus tumbas y decir que los fármacos los

habían matado.

Terminaré con la peor parte. Nunca había visto una institución que admitiera de buena gana que instruye a los periodistas para escribir artículos viciados, repitiendo acríticamente las narrativas profundamente engañosas creadas por la industria farmacéutica y los psiquiatras corruptos para el gran daño de nuestros pacientes y sociedades.^{21,38} Pero ahí estaba, en 2020, en un país que ya comerciaba abundantemente con noticias falsas.

La Guía del Centro Carter para el Periodismo sobre Salud Mental es la primera de su tipo en los EEUU.³⁹ Se pide a los periodistas que escriban que los trastornos de salud mental son frecuentes y que la investigación de las causas y tratamientos de estos trastornos ha llevado a importantes descubrimientos en la última década. Deben informar al público de que los esfuerzos de prevención e intervención son eficaces y útiles. Esto significa fármacos, por supuesto, y es el mismo mensaje que la Asociación Americana de Psiquiatría ha estado promoviendo durante más de 40 años.

Todo esto está muy mal. Pero continúa:

Los periodistas deben identificar exactamente lo que un profesional dice que está mal con un paciente y usar esa información para caracterizar el estado mental de una persona. No se anima a los periodistas a considerar cómo se ven a sí mismas las personas así diagnosticadas, o si aceptan su etiqueta de diagnóstico.

Algunos de los hechos que se insta a los periodistas a incluir son: "*Los trastornos por consumo de sustancias son enfermedades del cerebro*". La guía explica que, "*Aunque la ciencia no ha encontrado una causa específica para muchas enfermedades de salud mental, a menudo una compleja interacción de factores genéticos, neurobiológicos, conductuales y ambientales contribuyen a estas enfermedades*". No se alienta a los periodistas a explorar cómo es posible que la carga de los trastornos mentales en términos de salud pública haya aumentado drásticamente en los últimos 35 años, al mismo tiempo que ha estallado el uso de psicofármacos.⁴⁰

Según el Centro Carter, el DSM-5 es una guía fiable para hacer diagnósticos. No se menciona el hecho de que los diagnósticos son construcciones totalmente arbitrarias creadas por consenso entre un pequeño grupo de psiquiatras, o que carecen de validez, o que los psiquiatras discre-

pan radicalmente cuando se les pide que examinen a los mismos pacientes, o que la mayoría de las personas sanas obtendrían uno o más diagnósticos si se les hiciera la prueba.

La guía incita a los periodistas a hacerse eco del mensaje de la Asociación Americana de Psiquiatría de que las enfermedades psiquiátricas a menudo no se diagnostican ni se tratan suficientemente, y de que el tratamiento psiquiátrico es eficaz. "Tratamiento psiquiátrico" es un eufemismo para referirse a los fármacos, pero evita cualquier discusión sobre cuán ineficaces y perjudiciales son y hace que todos muerdan el anzuelo porque el "tratamiento" pretende abarcar también la psicoterapia, aunque ésta rara vez se ofrezca.

La guía afirma que entre el 70% y el 90% de las personas con una enfermedad mental experimenta una reducción significativa de los síntomas y una mejoría de la calidad de vida tras recibir tratamiento. La fuente de esta tremendamente falsa información es la Alianza Nacional de Enfermedades Mentales, una organización de pacientes muy corrupta.³⁸ Es cierto que la mayoría de la gente mejora, pero eso también habría ocurrido sin ningún tipo de tratamiento. El Centro Carter parece haber "olvidado" por qué hacemos ensayos clínicos controlados con placebo, y, como he explicado en el capítulo 2, los psicofármacos no mejoran la calidad de vida, sino que la empeoran.

Se les dice a los periodistas que enfatizen lo positivo y eviten enfocarse en los fracasos de la asistencia psiquiátrica. La guía no proporciona ningún recurso para obtener las perspectivas de las personas con experiencias vívidas, la mayoría de las cuales hablarían críticamente de la sabiduría convencional. Además, no hay "usuarios de servicios" o grupos de supervivientes discernibles en las dos principales juntas asesoras del Centro.

Desafortunadamente, el Centro Carter está reconocido como líder en formar a los periodistas sobre cómo informar sobre la salud mental. Alienta a los periodistas a actuar como taquígrafos que repiten el dogma convencional.

Es difícil percibir mucha esperanza para América. El Centro Carter fue fundado por la ex Primera Dama, Rosalynn Carter.

No hay esperanza para la psiquiatría: sugerencias para un nuevo sistema

En este libro he explicado cómo he intentado reformar la psiquiatría, con qué tipo de obstáculos nos hemos encontrado yo y otros, y lo que me ha costado personalmente.

También he intentado cambiar la psiquiatría desde dentro de la tienda. En diciembre de 2017, solicité ser miembro de la Asociación de Psiquiatría Danesa, lo que no debería haber sido un problema, según sus propias normas: "El objetivo de la Asociación es fomentar la psiquiatría danesa. En particular, es tarea de la Asociación promover la investigación en psiquiatría danesa, para asegurar la mejor educación posible de los psiquiatras, para trabajar con el fin de proporcionar un tratamiento psiquiátrico óptimo a la población, y para propagar conocimiento sobre la psiquiatría".

Explicué que había contribuido a los objetivos de la Asociación a lo largo de muchos años sin ser miembro y que una membresía me daría mejores oportunidades para contribuir.

Silencio total. Envié un recordatorio después de un mes, y cuando el silencio continuó, escribí a toda la junta, siete semanas después de mi primer correo electrónico.

Al día siguiente, el presidente, Torsten Bjørn Jacobsen sólo comentó en su carta de rechazo que yo no trabajaba para promover el objetivo de la Asociación.

Dos días después envié una carta detallada señalando que violaron sus propias normas. Señalé que me gustaría participar en la próxima reunión anual, lo que sólo podría hacer si fuera miembro. Detallé las muchas maneras en que, en un grado inusual, había contribuido al objetivo de la Asociación. También mencioné que durante la última reunión anual de la Asociación, un miembro de honor pronunció un discurso en el que subrayaba que los psiquiatras debían ponerse en contacto conmigo. Los numerosos premios que me habían concedido los pacientes y colegas de psiquiatría quizás también deberían haber influido en la junta, pero no lo hicieron.

Tres semanas más tarde, Jacobsen respondió que: "La junta ha hecho hincapié en el contenido y la naturaleza del trabajo de autoría que ha tenido

a lo largo de los años, que contiene opiniones y puntos de vista sobre la especialidad de psiquiatría que no están en sintonía con los objetivos de la Asociación. La Asociación es, por supuesto, sensible a las diferentes actitudes dentro de la especialidad, aunque un elemento básico para ser miembro de la Asociación debe ser que usted respete la especialidad y las formas de tratamiento aceptadas, a las que su trabajo de autoría no está a la altura".

A veces vale la pena tratar de obtener lo imposible porque puede revelar lo que la gente realmente representa detrás del escaparate oficial. Es como tocar la tela de una araña para verla salir corriendo de su escondite en el fondo y revelarse. Esta fue una clara demostración de la censura y el *Berufsverbot*. Era exactamente de lo que muchos psiquiatras en formación me habían hablado; sus profundas frustraciones de que si criticaban la sobredosis de los pacientes o la forma en que los psiquiatras diagnosticaban, se ganarían una mala reputación. El rechazo parecía un eco de uno de los criterios para hacer un diagnóstico de esquizotipia: "Creencias extrañas o pensamientos mágicos que son inconsistentes con las normas culturales". Otras opiniones distintas a las de la corriente principal eran incompatibles con las normas culturales de la Asociación de Psiquiatría Danesa.

Tres meses después, durante la asamblea general de la Asociación, Kristian Sloth preguntó por qué yo no podía ser miembro. No obtuvo una respuesta significativa, pero la audiencia aplaudió. Me había colado allí, en el fondo de la sala, y lo había escuchado todo.

Tres meses más tarde, cuando la Asociación tenía un nuevo presidente, me presenté de nuevo. Acerca de la cuestión de que no se dio ninguna explicación satisfactoria en la asamblea general sobre por qué se me había negado la membresía, Gitte Ahle respondió que "no compartimos este punto de vista porque la gente se quedó satisfecha con la declaración oral de por qué se le había rechazado".

Entiendo totalmente las frustraciones que tienen los pacientes psiquiátricos. Constantemente se les dice que lo que ellos mismos han observado no es correcto porque sus psiquiatras no comparten sus puntos de vista. No es de extrañar que una asamblea general que consiste principalmente en personas que quieren preservar el *statu quo* aplaudan una "explicación sin comentarios" de por qué no podía ser miembro.

Hay muchos psiquiatras excelentes, pero son muy pocos comparados con los malos y no pueden cambiar un sistema enfermo. A principios de 2020, un joven psiquiatra en formación pidió ayuda a través de un listado de correo electrónico a psiquiatras críticos. Trabajaba en un hospital de Londres donde la psiquiatría biológica era lo más importante, como en todas partes, pero también se había reunido con personas con mentalidad crítica. Le comentaron que había psiquiatras críticos en todas partes. Uno de los cuales respondió que también había considerado seriamente abandonar la formación en psiquiatría, pero un sabio amigo le dijo que jugara el juego, obtuviera su título oficial y que luego se desvinculara. Esto había funcionado bien y le había dado la autoridad necesaria para tirar piedras al establecimiento.

Cuando publiqué mis diez mitos sobre la psiquiatría que son perjudiciales para las personas en un periódico en enero de 2014, terminé mi artículo de esta manera:⁴¹

"Los psicofármacos pueden ser útiles a veces para algunos pacientes, en particular en el uso a corto plazo, en situaciones agudas. Pero después de mis estudios en esta área, he llegado a una conclusión muy incómoda: Nuestros ciudadanos estarían mucho mejor si retirásemos del mercado todos los psicofármacos, ya que los médicos son incapaces de manejarlos. Es ineludible que su disponibilidad produce más mal que bien. Los médicos no pueden manejar la paradoja de que los fármacos que pueden ser útiles en el tratamiento a corto plazo son muy dañinos cuando se usan durante años y que crean esas enfermedades que estaban destinadas a aliviar e incluso peores enfermedades. En los próximos años, la psiquiatría debería por tanto hacer todo lo posible para tratar lo menos posible, en el menor tiempo posible, o no tratar, con psicofármacos".

Tenía a todo el poder establecido danés a mi espalda cuando publiqué este artículo, y el Ministro de Salud amenazó con despedirme.³⁸ Lo único que había hecho era decirle a la gente la verdad. Esto no puede tolerarse cuando el tema es la psiquiatría, que no podría sobrevivir en su forma actual si nos enfrentásemos colectivamente a las mentiras y actuásemos en consecuencia.

Fuera de los círculos de poder, mi trabajo fue muy apreciado.⁴² Siguió numerosos artículos, algunos escritos por psiquiatras que estaban de acuerdo conmigo. Durante más de un mes, no hubo un solo día sin discusión sobre estos temas en la radio, la televisión o los periódicos, y también hubo

debates en los servicios de psiquiatría. Gente de Noruega y Suecia me dieron las gracias por haber iniciado una discusión que sería imposible mantener en su país, y recibí cientos de correos electrónicos de pacientes que confirmaron con sus propias vivencias que lo que había escrito en mi artículo era cierto.

Nada cambió. Tal vez un poco aquí y allá, pero nada sustancial.

Historias de pacientes

Aquí hay algunas historias que me han enviado jóvenes psiquiatras y pacientes.

Un estudiante de 18 años seguía afligido después de que su padre se ahorcara cinco años antes. Después de que le pusieran sertralina, intentó ahorcarse e ingresó en un hospital psiquiátrico. El psiquiatra que lo ingresó le aumentó la dosis de sertralina. Cuando un joven psiquiatra se percató de que los fármacos para la depresión aumentan el riesgo de suicidio, el consultor respondió que eran conscientes de ello pero que tenían que tratar la depresión, y que si el joven se suicidaba sin haber sido tratado con fármacos para la depresión, se les cuestionaría por qué no le habían tratado.

Un hombre de mediana edad con síntomas de neumonía y un bajo estado anímico fue sometido por su médico de cabecera a un tratamiento con penicilina, sertralina y un sedante. Cuando el paciente empezó a sudar profusamente y desarrolló una psicosis con manía, fue ingresado en un hospital psiquiátrico, con fiebre. El consultor que realizó el ingreso opinó que tenía esquizofrenia polimórfica, suspendió la sertralina e inició olanzapina y otro sedante. Cuando le dieron el alta, el diagnóstico fue un trastorno de trance dissociativo. Cuando un joven psiquiatra preguntó si la psicosis podía haber sido causada por la sertralina, se le dijo: "Nunca he visto a nadie con psicosis inducida por antidepresivos". Esta falta de lógica mata a los pacientes. Si las personas que vuelven de África con fiebre no son examinadas para detectar el paludismo porque el médico que realiza el ingreso nunca ha visto a nadie con paludismo, algunos morirán. Estuve en esa situación cuando era joven, después de una expedición en Kenia.²⁵ Aunque estaba muy enfermo, con los típicos síntomas de paludismo, dos médicos que me visitaron en mi apartamento en días diferentes no encontraron necesario analizar mi sangre para detectar el paludismo. Vivía

solo y tuve la suerte de sobrevivir sin recibir el tratamiento que necesitaba.

Cientos de personas me han enviado las historias más extraordinarias de su vida. Algunos me han dado las gracias por salvar su vida o la de su cónyuge, hijo o hija, por ejemplo: "Fue su libro (Psiquiatría mortal y negación organizada) lo que nos dio el valor para retirar los antipsicóticos a nuestro hijo hace cuatro años, menos de cinco meses después de su inicio". Más tarde me reuní con este padre que ahora es muy activo en la comunidad de retiro en Israel.

Otra paciente que me agradeció por haberle salvado la vida escribió que si no hubiera leído mis libros y hubiera aprendido que existe algo llamado síndrome de abstinencia habría pensado que se había vuelto loca. Después de diez años en tratamiento con duloxetina, pasó por un síndrome de abstinencia de tres años de duración que fue muy duro y difícil.

Un paciente escribió: "He usado fármacos para la depresión durante cinco años debido a ansiedad social. Hicieron de mi vida un desastre. Las cosas están ahora mucho peor en todos los niveles de mi vida. Las pastillas han cambiado mi personalidad hasta convertirme en enfadado e irrespetuoso. Soy más "valiente", pero no soy yo. Nunca hubiera empezado a tomarlas si hubiera sabido lo que iba a pasar; también he perdido muchos amigos. Gracias por su libro; estoy muy feliz de que alguien diga cómo son las cosas. El mundo está loco. He perdido mi confianza en la psiquiatría, en las compañías farmacéuticas y en los médicos. Sólo quería que supiera que la gente se está volviendo más consciente de esta locura. En nuestro grupo de retirada de ISRSs, el número de miembros aumenta todo el tiempo.

Un médico de familia usaba pastillas para la depresión como prueba diagnóstica: Si funcionaban, tenías depresión, y si no, no tenías depresión. Otro médico de familia respondió a una pregunta sobre cómo retirar un fármaco para la depresión: "¡Puedes simplemente parar!"

Un psiquiatra le dijo a su paciente que los fármacos para la depresión eran como poner un yeso en una pierna rota. Trató en vano de discontinuar el tratamiento dos veces y le dijeron que tenía un desequilibrio químico y que necesitaba el fármaco para el resto de su vida, y su psiquiatra incluso le aumentó la dosis. Un sustituto de su médico de cabecera la salvó. Dijo que las pastillas eran diabólicas y que la enfermaban, y la ayudó a retirarlas. Ahora quiere ayudar a otros trabajando como asesora laboral con personas desempleadas, muchas de las cuales se enganchan a las pastillas debido al

estrés y la ansiedad.

A un padre se le negó la custodia de sus hijos porque se negó a tomar psicofármacos. Muchas otras personas me han escrito acerca de lo mal que habían sido tratados por la psiquiatría, a veces con comentarios despectivos acerca de su personalidad en el historial médico cuando trataron de evitar que su hijo fuera tratado con neurolépticos.

Una paciente me escribió que una prueba había mostrado que tenía un coeficiente intelectual de 70 mientras estaba medicada.

Otra escribió que su psiquiatra le había dicho que tenía una enfermedad genética incurable y que necesitaba neurolépticos para el resto de su vida. Cuando retiró los fármacos, su psiquiatra le dijo que volvería a tener un nuevo episodio psicótico. Cuando se quejó de que ya no podía concentrarse, de que dormía mucho y de que creía que los fármacos afectaban a su memoria, de manera que le resultaba difícil estudiar, la respuesta fue que el problema no eran los fármacos, sino que había perdido neuronas debido a la psicosis y que su cerebro ya no era el mismo. Por lo tanto, necesitaría tomar antipsicóticos indefinidamente para proteger su cerebro de perder más neuronas; de lo contrario, se volvería demente. Cuando la paciente dijo que no quería tomar medicamentos por el resto de su vida, el psiquiatra le respondió que entonces no le atendería más porque sólo trabajaba con pacientes que querían ser tratados. "El síndrome de abstinencia de ziprasidona era un infierno. Vomitaba y no pude dormir durante varias noches hasta que mi cuerpo se adaptó. Le dije a mi padre que había dejado de tomarla, y él quería obligarme a volver a tomar la medicación y amenazó con enviarme a un hospital psiquiátrico si no seguía las instrucciones del médico. Me preguntó: ¿Quieres estar atada en un manicomio? Así que le menté diciendo que había vuelto a tomar los medicamentos. De todos modos, ahora estoy bien, la gente con la que vivo está de acuerdo y apoya mi decisión y el nuevo terapeuta también lo acepta. Gracias por leer un poco de mi historia".

Otro paciente escribió: "El psicoanalista dijo que tenía que confiar en el médico y el médico dijo que tenía que tomar medicamentos por el resto de mi vida, pero dejé de tomar todos los medicamentos durante unas 8 semanas y no me podía sentir mejor. Ya no soy un zombi, he vuelto a escuchar música, a reír, a cantar en la ducha, a sentir la vida y a tener placer sexual. He vuelto a ser yo mismo. Le dije a la doctora que los medicamentos me

estaban produciendo anorgasmia y me preguntó con estas palabras: "¿Qué prefieres, no tener orgasmos o volverte loco?"

Fue entonces cuando me di cuenta de que algo estaba mal, ya que no deseo vivir químicamente castrado como si fuera a pasar toda una vida con una lobotomía". Este paciente había sido abusado sexualmente cuando era niño.

Un paciente escribió que tomó fluoxetina durante diez años, lo que cambió su personalidad, y perdió casi todos sus amigos. Pasó por un horrible síndrome de abstinencia sin ayuda, en el que ni siquiera podía salir de la cama. Su médico le dijo que los psicofármacos eran vitales para él, como la insulina para un paciente con diabetes, y comenzó a tomar el tratamiento de nuevo, pero lo toleró mal. Luego, su psiquiatra le dijo que sus efectos secundarios estaban probablemente causados por su depresión, y quería que probara otro fármaco. Este paciente había asistido a una de mis conferencias en Estocolmo y por lo tanto sabía que tenía una lista de personas que podían ayudarlo en la retirada, que es por lo que me escribió.

Esta es mi última historia de un paciente, contada por él y su madre, que resume trágicamente que es lo que está mal en la psiquiatría.

David Stofkooper, un joven holandés, terminó su vida en enero de 2020, con sólo 23 años. Tenía una vida social floreciente, era un estudiante vivaz y muy inteligente, con muchos amigos, le gustaba socializar y le encantaba escuchar música. Desde que tenía 17 años, rumiaba mucho, tenía pensamientos repetitivos; no constantemente, y aún así tenía una vida divertida. Pero cometió un error fatal. Consultó a un psiquiatra y le pusieron sertralina, en octubre de 2017. En dos semanas, se convirtió en un suicida. El psiquiatra incrementó la dosis, y fue a peor. Se volvió zombi, sin libido ni emociones; toda su personalidad había desaparecido.

Su madre llamó a su psiquiatra y le dijo que esto definitivamente no funcionaba, pero ella fue engatusada al decirle que no podía llamar debido a la privacidad de su hijo. Su intervención era muy necesaria, sin embargo, David no se daba cuenta de lo que estaba pasando, se había perdido totalmente. Le dijo a su psiquiatra que era muy suicida, pero el psiquiatra le dijo que tenía que esperar más tiempo, así que creyó en eso.

Después de cinco meses, consiguió un nuevo psiquiatra que le dijo que dejara la sertralina ya que obviamente no funcionaba, síndrome de abstinencia, en sólo dos semanas. Al principio, tuvo una manía de un día y

llamó a su madre, diciéndole que no se había sentido tan bien antes. Después de eso, tuvo un horrible síndrome de retirada en el que no podía dormir.

Esto duró meses y no mejoró, y el vacío se fue apoderando de él cada vez más. En los primeros meses de abstinencia, le dijo a su psiquiatra cómo se sentía, pero no le creyó. Le dijo que no se debía al fármaco, ya que estaba fuera de su sistema. Le dijo que probablemente era su trastorno obsesivo compulsivo el que creaba todos los problemas.

David escribió en una nota de suicidio que: "Les presentas un problema creado por el tratamiento que recibiste de ellos, y como reacción, te culpas a ti mismo".

Su vida se había detenido. No podía obtener placer de nada. Incluso el entretenimiento fácil como el juego, algo de lo que siempre había disfrutado, no le daba nada. Todo era gris. Aunque ya no sentía nada al conocer chicas, su cero libido y sus problemas de erección no eran ni siquiera la peor parte: "El borrado total de cualquier placer en la vida, como si me hubieran quitado toda la dopamina, es debilitante para la vida."

Se dio cuenta de que estaba condenado a estar en ese estado para siempre y no vio otra opción que el suicidio. Fue muy racional en esta decisión. Era una especie de auto-eutanasia, que sus padres, ambos doctores, entendieron.

El embotamiento de sus emociones fue fatal. No se sentía emocionalmente conectado a la gente, no era capaz de sentir alegría en nada, ni siquiera en la música. Toda su personalidad había sido aniquilada, y sentía que ya estaba muerto y que ya no era humano, una cáscara vacía. El último año de su vida a menudo decía que quería vivir desesperadamente, pero no como una especie de zombi lobotomizado. David nunca había tenido problemas de sueño antes de tomar sertralina, pero el fármaco le causó un insomnio severo, que duró hasta el día en que se suicidó.

David quería que su historia fuera contada, como una advertencia para los demás. Tanto él como su madre habían leído mi libro,³⁸ pero desafortunadamente, no se pudo hacer nada. Si lo hubiera leído antes de que le pusieran la sertralina, podría haberse negado a tomar el fármaco que lo mató.

He escuchado historias de suicidio similares, también de Dinamarca, donde no sólo se seguía destruyendo la vida sexual, sino que los pacientes también experimentaban anhedonia grave, llanura de emociones, problemas de memoria y disfunción cognitiva, que algunos describían como una

lobotomía química. Los pacientes que han dejado los neurolépticos también se han quejado a veces de una disfunción sexual persistente, que podría estar relacionada con el hecho de que no pudieron tener ninguna vida sexual mientras tomaban los medicamentos, o que tomaban fármacos para la depresión simultáneamente. Todavía hay mucho que no sabemos sobre los daños persistentes después de la abstinencia.

Si las personas que no son psiquiatras —por ejemplo, los médicos que no usan psicofármacos, enfermeras, farmacéuticos, psicólogos, trabajadores sociales y personas sin educación formal pero que se preocupan por otras personas— se hicieran cargo de toda la empresa psiquiátrica mañana, significaría un tremendo progreso.

No hay esperanza para la psiquiatría, que ha degenerado tanto, durante tanto tiempo, y es tan dañina que debe ser detenida. Es mucho mejor para nosotros no tener una psiquiatría que tener la que tenemos, o algo remotamente similar.

Necesitamos actuar colectivamente. Esta es nuestra única oportunidad. Si un trabajador hace huelga por condiciones de trabajo inhumanas, al jefe no le importa, sino que lo despide. Si todo el mundo se va, de repente tiene que negociar.

Todo el mundo necesita "salir" de la psiquiatría. Por eso he escrito este libro. Los seres humanos pueden aceptar casi cualquier cosa si se acostumbran a ello, sin importar lo horrible, injusto y poco ético que sea, y pocos protestarán contra un sistema enfermo porque podría ser incómodo o incluso peligroso para ellos. Es por eso que hemos tenido la esclavitud como una norma oficialmente aceptada durante miles de años. Así es también como los nazis llegaron al poder en Alemania y lo mantuvieron; la gente tenía demasiado miedo de protestar, ya que los nazis asesinaron a sus enemigos desde el principio. Sólo dos meses después de que el presidente Paul von Hindenburg nombrara a Adolf Hitler canciller de Alemania, el 30 de enero de 1933, Hitler abrió el primer campo de concentración en Dachau, a las afueras de Múnich.

¿Puede nombrar a algún político, psiquiatra, psicólogo o defensor de pacientes influyentes que haya corrido un gran riesgo personal al criticar la psiquiatría? Tal vez pueda nombrar uno o dos. Puedo mencionar algunos pero es porque soy parte del movimiento de resistencia, como lo fue mi

abuelo durante la ocupación nazi de Dinamarca.²⁵ Mi abuelo sobrevivió a pesar de ser llevado por la Gestapo y sentenciado a un campo de concentración. Salvó a muchos judíos; yo quiero salvar a tantos pacientes psiquiátricos como pueda. La historia significa mucho para mí. Si los psiquiatras no hubiesen olvidado *su* historia, entonces tal vez hubiésemos tenido una mejor psiquiatría hoy, pero ellos repiten los mismos errores que han repetido por más de 150 años. Cuando Margrethe Nielsen me atrajo a la investigación psiquiátrica en 2007, fue con esta propuesta: "¿Se repite la historia?" Comparó las benzodiazepinas con los ISRS y demostró que efectivamente así es (véase el capítulo 4).

Tengo las siguientes sugerencias.

1. Disolver la psiquiatría como especialidad médica. En una asistencia sanitaria basada en la evidencia, no utilizamos intervenciones que hagan más daño que bien, que es lo que hace la psiquiatría. En el período de transición, dejemos que los psicólogos que están en contra del uso de psicofármacos sean los jefes de los departamentos de psiquiatría y démosles la responsabilidad final sobre los pacientes.
2. Los psiquiatras deben ser reeducados para que puedan funcionar como psicólogos. Aquellos que no estén dispuestos a hacerlo, deberían buscar otro trabajo o retirarse anticipadamente.
3. La atención debe centrarse en que los pacientes dejen de tomar psicofármacos, ya que son perjudiciales a largo plazo y la gran mayoría de los pacientes están en terapia a largo plazo. La formación sobre la abstinencia de fármacos debe ser obligatoria para todos los que trabajan con pacientes de salud mental, y a todos los pacientes se les debe explicar por qué es probable que tengan una vida mejor sin fármacos.
4. Establecer una línea de ayuda nacional que funcione las 24 horas del día y un sitio web asociado para prestar asesoramiento y apoyo a las personas afectadas por la dependencia a medicamentos y la abstinencia.
5. Proporcionar tiras adhesivas y otras ayudas para ayudar a los pacientes a dejar de tomar sus medicamentos sin coste alguno para ellos.

6. Disculparse. Significa mucho para las víctimas de abuso obtener una disculpa. Los gobiernos deben exigir a las asociaciones de psiquiatría que pidan disculpas incondicionales al público en general por el inmenso daño que han infligido a los pacientes de salud mental mintiéndoles sistemáticamente, por ejemplo, sobre el desequilibrio químico, y diciéndoles que los psicofármacos pueden proteger contra el suicidio o el daño cerebral. Si las organizaciones no están dispuestas a hacer esto, los gobiernos deben hacerlo por ellas y disolver las organizaciones porque son perjudiciales para la sociedad.

7. Dejar de usar palabras como psiquiatría, psiquiatra, trastorno psiquiátrico, tratamientos y fármacos psiquiátricos, ya que son estigmatizantes y los pacientes y el público en general las asocian con malos resultados.^{40,43} Cambiar la narrativa y utilizar en su lugar términos como salud mental.

8. Dejar los problemas de salud mental en manos de los psicólogos y otras profesiones afines, ya que lo que los pacientes necesitan más que nada es la psicoterapia, la empatía, la atención y otras intervenciones psicosociales.

9. Descartar los sistemas de diagnóstico psiquiátrico como el DSM-5 y el CIE-11 por completo y centrarse en los problemas más importantes de los pacientes. Los diagnósticos psiquiátricos son tan inespecíficos y poco científicos que prácticamente toda la población podría obtener al menos uno, y no encajan con los problemas que tienen los pacientes, pero a menudo conducen a diagnósticos adicionales y más daño para los pacientes con “currículum” psiquiátrico.

10. Hacer que el tratamiento forzado sea ilegal. Todo tratamiento de problemas de salud mental debe ser voluntario. El tratamiento forzado hace mucho más daño que bien,^{38,44,45} y es discriminatorio.

11. Hacer que los medicamentos psiquiátricos estén disponibles sólo para su uso en circunstancias estrictamente controladas:

- a) mientras que los pacientes los van reduciendo; o
- b) en casos raros en que es imposible disminuirlos porque han causado

un daño cerebral permanente, por ejemplo, discinesia tardía; o

c) disponibles para el delirio alcohólico y también pueden utilizarse como sedantes en operaciones y otros procedimientos invasivos, por ejemplo, la colonoscopia, que puede ser sumamente dolorosa.

12. Hacer ilegal el uso de medicamentos con indicación para usos no psiquiátricos, por ejemplo, antiepilépticos, para cuestiones de salud mental, ya que esto es perjudicial.

13. No se debe permitir que nadie que trabaje con pacientes de salud mental tenga conflictos de intereses financieros con ningún fabricante de fármacos psicoactivos u otros tratamientos, por ejemplo, equipos de electroshock.

14. Deben eliminarse todas las normas sobre la necesidad de un diagnóstico psiquiátrico para obtener beneficios sociales o apoyo económico a las escuelas, ya que crean un incentivo para pegar los diagnósticos psiquiátricos a las personas en lugar de ayudarlas, lo que implicaría otras intervenciones distintas a los fármacos.

15. Todos: Hagan lo que puedan para cambiar la engañosa narrativa de la psiquiatría. Hablen sobre los fármacos para la depresión, los tranquilizantes mayores, el “speed con receta”, etc.

Videos de conferencias y entrevistas

Si está interesado en ver algunas de las conferencias que he dado o las entrevistas que he concedido, se lo he puesto fácil enumerando las que se han visto más a menudo en YouTube (por 1000):

Título (abreviado)	Comprimento	Vistas	Link
Big pharma is organized crime	7:42	381	https://bit.ly/2XcHMAz
La industria farmacéutica es crimen organizado	7:42	108	https://bit.ly/3aTWBfD
Deadly Medicines and Organised Crime	54:05	64	https://bit.ly/2JADhrF
Farmaceutska industrija je organizovan kriminal	7:41	56	https://bit.ly/3bUYfh3
Crimes in the drug industry and the lies in psychiatry	15:44	53	https://bit.ly/39JSD7L
Overdiagnosed & overmedicated	1:32:46	42	https://bit.ly/2yrxfHk
Sygdomme opfindes for at sælge medicinen	54:55	38	https://bit.ly/39EggGh
Psychiatry has gone astray	6:19	34	https://bit.ly/2V16HV5
Los 10 mitos de la Salud Mental	53:10	28	https://bit.ly/2JCYnFV
Screening for breast and prostate cancer	7:52	25	https://bit.ly/2wizL28
Discussion, Gøtzsche/Whitaker, psychiatric epidemic	45:46	22	https://bit.ly/347xumS
Psychiatric drugs, few benefit, many are harmed	58:23	20	https://bit.ly/3dSgSUw
Psychiatric drugs, few benefit, many are harmed	49:17	18	https://bit.ly/2Xb3iWm
Medicamentos letais e crime organizado	54:05	18	https://bit.ly/3aIQDxV
Forced Psychiatric Treatment Must be Abolished	1:50:06	18	https://bit.ly/2JFXv32
Psicofármacos que matan	7:01	16	https://bit.ly/348ASxC
Psicofármacos	1:03:11	16	https://bit.ly/2V4AHzt
La psiquiatría se hunde	6:19	14	https://bit.ly/3aJOJ03
Psychiatric drugs do more harm than good	2:10:41	12	https://bit.ly/39FrdQw
Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse	1:06:56	12	https://bit.ly/3aUfZsw
Prescription drugs are the third leading cause of death	18:06	10	https://bit.ly/3dWp3z1
Survival of a whistleblower	49:42	10	https://bit.ly/3dWXZQc
On the wrong track, psychiatric epidemic	53:22	10	https://bit.ly/2wSLNQ8

Sobre el autor

El catedrático Peter C. Gøtzsche se graduó con una maestría en biología y química en 1974 y como médico en 1984. Es especialista en medicina interna; trabajó en ensayos clínicos y asuntos reglamentarios en la industria farmacéutica entre 1975 y 1983, y en hospitales de Copenhague entre 1984 y 1995. Junto con otras 80 personas, cofundó la Colaboración Cochrane en 1993 (el fundador es Sir Iain Chalmers), y estableció el Centro Cochrane Nórdico ese mismo año. Se convirtió en catedrático de Diseño y Análisis de Investigación Clínica en 2010 en la Universidad de Copenhague y ha sido miembro del Consejo de Administración de Cochrane en dos ocasiones. Actualmente trabaja como free-lance. Se convirtió en profesor visitante del Instituto de Salud y Sociedad de la Universidad de Newcastle en 2019. Fundó el Instituto para la Libertad Científica en 2019.

Gøtzsche ha publicado más de 75 artículos en "los cinco grandes" (BMJ, Lancet, *JAMA*, *Annals of Internal Medicine* y *New England Journal of Medicine*) y sus trabajos científicos han sido citados unas 50.000 veces. Sus libros más recientes son:

- Vacunas: verdad, mentiras y controversia (2020).
- Supervivencia en un mundo sobremedicado: busca la evidencia por ti mismo (2019).
- La muerte de un denunciante y el colapso moral de Cochrane (2019).
- Psicofármacos que matan y denegación organizada (2015).
- Medicamentos que matan y crimen organizado: Cómo las grandes farmacéuticas han corrompido el sistema de salud (2013) (Ganador, Libro Anual de la Asociación Médica Británica en la categoría Base de la Medicina en 2014).
- Mamografía de cribado: verdad, mentiras y controversia (2012) (Ganador del Premio Prescrire 2012).
- Diagnóstico y tratamiento racional: medicina basada en la evidencia (2007).

Tres de estos libros han aparecido en múltiples idiomas, ver deadlymedicines.dk.

Gøtzsche ha dado numerosas entrevistas, una de las cuales, sobre el crimen organizado en la industria farmacéutica, ha sido vista unas 350.000 veces en YouTube: <https://www.youtube.com/watch?v=dozpAshvtsA>. Gøtzsche estuvo en el Daily Show de Nueva York el 16 de septiembre de 2014 donde interpretó el papel de Garganta Profunda revelando secretos de las grandes farmacéuticas. Un documental sobre su trabajo de reforma en psiquiatría, [Diagnosticando la Psiquiatría](#), apareció en 2017.

Gøtzsche se interesa por las estadísticas y la metodología de investigación. Ha sido coautor de las siguientes directrices para una buena presentación de la investigación: CONSORT para ensayos aleatorios (www.consort-statement.org), STROBE para estudios observacionales (www.strobe-statement.org), PRISMA para revisiones sistemáticas y meta-análisis (www.prisma-statement.org), y SPIRIT para prototipos de ensayos (www.spirit-statement.org).

Gøtzsche es el protector de la *Hearing Voices Network* en Dinamarca.

Sitios web: deadlymedicines.dk y scientificfreedom.dk.

Referencias

Capítulo 1. Este libro podría salvar tu vida

- 1 Gøtzsche PC. Psicofármacos que matan y denegación organizada. Barcelona: Los libros del lince; 2016.
- 2 Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, et al. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aus* 1997;166:182-6.
- 3 Priest RG, Vize C, Roberts A, et al. Lay people's attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. *BMJ* 1996;313:858-9.
- 4 Paykel ES, Hart D, Priest RG. Changes in public attitudes to depression during the Defeat Depression Campaign. *Br J Psychiatry* 1998;173:519-22.
- 5 Read J, Timimi S, Bracken P, Brown M, Gøtzsche P, Gordon P, et al. Why did official accounts of antidepressant withdrawal symptoms differ so much from research findings and patients' experiences? *Ethical Hum Psychol Psychiatry* (submitted).
- 6 Kessing L, Hansen HV, Demyttenaere K, et al. Depressive and bipolar disorders: patients' attitudes and beliefs towards depression and antidepressants. *Psychological Medicine* 2005;35:1205-13.
- 7 McHugh RK, Whitton SW, Peckham AD, Welge JA, Otto MW. Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *J Clin Psychiatry* 2013;74:595-602.
- 8 Olfson M, Blanco C, Marcus SC. Treatment of adult depression in the United States. *JAMA Intern Med* 2016;176:1482-91.
- 9 Breggin P. The most dangerous thing you will ever do. *Mad in America* 2020; March 2. <https://www.madinamerica.com/2020/03/dangerous-thing-psychiatrist/>.
- 10 Gøtzsche PC. Psychiatry gone astray. 2014; Jan 21. <https://davidhealy.org/psychiatry-gone-astray/>.
- 11 Breggin PR. *Brain-disabling treatments in psychiatry: drugs, electroshock, and the psychopharmaceutical complex*. New York: Springer; 2008.
- 12 Breggin PR. Intoxication anosognosia: the spellbinding effect of psychiatric drugs. *Ethical Hum Psychol Psychiatry* 2006;8:201-15.
- 13 Gøtzsche P. Surviving psychiatry: a typical case of serious psychiatric drug harms. *Mad in America* 2020; Jan 7. <https://www.madinamerica.com/2020/01/surviving-psychiatry-typical-case-serious-psychiatric-drug-harms/>.
- 14 Bielefeldt AØ, Danborg PB, Gøtzsche PC. Precursors to suicidality and violence on antidepressants: systematic review of trials in adult healthy volunteers. *J R Soc Med* 2016;109:381-92.

- 15 Maund E, Guski LS, Gøtzsche PC. Considering benefits and harms of duloxetine for treatment of stress urinary incontinence: a meta-analysis of clinical study reports. *CMAJ* 2017;189:E194-203.
- 16 Hengartner MP, Plöderl M. Newer-generation antidepressants and suicide risk in randomized controlled trials: a re-analysis of the FDA database. *Psychother Psychosom* 2019;88:247-8.
- 17 Hengartner MP, Plöderl M. Reply to the Letter to the Editor: “Newer-Generation Antidepressants and Suicide Risk: Thoughts on Hengartner and Plöderl’s Re-Analysis.” *Psychother Psychosom* 2019;88:373-4.
- 18 FDA package insert for Effexor. Accessed 4 Jan 2020. https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2008/020151s051lbl.pdf.
- 19 FDA package insert for Neurontin. Accessed 4 Jan 2020. https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2017/020235s064_020882s047_021129s046lbl.pdf
- 20 Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. *Lancet Psychiatry* 2019;6:538-46.
- 21 Davidsen AS, Jürgens G, Nielsen RE. Farmakologisk behandling af unipolar depression hos voksne i almen praksis. *Rationel Farmakoterapi* 2019; Nov.
- 22 Gøtzsche PC. *Survival in an overmedicated world: look up the evidence yourself*. Copenhagen: People’s Press; 2019.
- 23 Demasi M, Gøtzsche PC. Presentation of benefits and harms of antidepressants on websites: cross sectional study. *Int J Risk Saf Med* 2020;31:53-65.
- 24 Whitaker R. *Anatomy of an epidemic*, 2nd edition. New York: Broadway Paperbacks; 2015.

Capítulo 2. ¿La psiquiatría se basa en la evidencia?

- 1 Whitaker R. *Mad in America: bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill*. Cambridge: Perseus Books Group; 2002.
- 2 Healy D. *Let them eat Prozac*. New York: New York University Press; 2004.
- 3 Whitaker R. *Anatomy of an epidemic*, 2nd edition. New York: Broadway Paperbacks; 2015.
- 4 Gøtzsche PC. *Psicofármacos que matan y denegación organizada*. Barcelona: Los libros del lince; 2016.
- 5 Medawar C. The antidepressant web - marketing depression and making medicines work. *Int J Risk & Saf Med* 1997;10:75-126.
- 6 Caplan PJ. *They say you’re crazy: how the world’s most powerful psychiatrists decide who’s normal*. Jackson: Da Capo Press; 1995.
- 7 Breggin PR. *Brain-disabling treatments in psychiatry: drugs, electroshock, and the psychopharmaceutical complex*. New York: Springer; 2008.

- 8 Kirsch I. The Emperor's new drugs: exploding the antidepressant myth. New York: Basic Books; 2009.
- 9 Moncrieff J. The bitterest pills. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2013.
- 10 Davies J, ed. The sedated society. London: Palgrave Macmillan; 2017.
- 11 McLaren N. Anxiety, the inside story. How biological psychiatry got it wrong. Ann Arbor: Future Psychiatry Press; 2018.
- 12 Sharfstein S. Big Pharma and American psychiatry: The good, the bad and the ugly. *Psychiatric News* 2005;40:3.
- 13 Angermeyer MC, Holzinger A, Carta MG, et al. Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies. *Br J Psychiatry* 2011;199:367–72.
- 14 Read J, Haslam N, Magliano L. Prejudice, stigma and “schizophrenia:” the role of bio-genetic ideology. In: *Models of Madness*. (John Read and Jacqui Dillon, eds.). London: Routledge, 2013.
- 15 Read J, Haslam N, Sayce L, et al. Prejudice and schizophrenia: a review of the “mental illness is an illness like any other” approach. *Acta Psychiatr Scand* 2006;114:303-18.
- 16 Kvaale EP, Haslam N, Gottdiener WH. The ‘side effects’ of medicalization: a meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. *Clin Psychol Rev* 2013;33:782–94.
- 17 Lebowitz MS, Ahn WK. Effects of biological explanations for mental disorders on clinicians’ empathy. *Proc Natl Acad Sci USA* 2014;111:17786-90.
- 18 Davies J. *Cracked: why psychiatry is doing more harm than good*. London: Icon Books; 2013.
- 19 Kirk SA, Kutchins H. *The selling of DSM: the rhetoric of science in psychiatry*. New York: Aldine de Gruyter; 1992.
- 20 Williams JB, Gibbon M, First MB, et al. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). II. Multisite test-retest reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:630-6.
- 21 Adult ADHD Self-Report Scale-V1.1 (ASRS-V1.1) Symptoms Checklist from WHO Composite International Diagnostic Interview; 2003.
- 22 Pedersen AT. En psykiatrisk diagnose hænger ved resten af livet. *PsykiatriAvisen* 2019; Jan 18. <https://www.psykiatriavisen.dk/2019/01/18/en-psykiatrisk-diagnose-haenger-ved-resten-af-livet/>.
- 23 Frandsen P. *Et anker af flamingo: Det, vi glemmer, gemmer vi i hjertet*. Odense: Mellempgaard; 2019.
- 24 Pedersen AT. Diagnosing Psychiatry. <https://vimeo.com/ondemand/diagnosingpsychiatryen>.
- 25 Breggin P. The most dangerous thing you will ever do. *Mad in America* 2020; March 2. <https://www.madinamerica.com/2020/03/dangerous-thing-psychiatrist/>.

- 26 Biederman J, Faraone S, Mick E, et al. Attention-deficit hyperactivity disorder and juvenile mania: an overlooked comorbidity? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:997-1008.
- 27 Moreno C, Laje G, Blanco C, Jiang H, Schmidt AB, Olfson M. National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:1032-9.
- 28 Gøtzsche PC. Psychopharmacology is not evidence-based medicine. In: James D (ed.). *The sedated society. The causes and harms of our psychiatric drug epidemic.* London: Palgrave Macmillan; 2017.
- 29 Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieveise R, Lataster T, Viechtbauer W, et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull* 2012;38:661-71.
- 30 Shevlin M, Houston JE, Dorahy MJ, Adamson G. Cumulative traumas and psychosis: an analysis of the national comorbidity survey and the British Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophr Bull* 2008;34:193-9.
- 31 Kingdon D, Sharma T, Hart D and the Schizophrenia Subgroup of the Royal College of Psychiatrists' Changing Mind Campaign. What attitudes do psychiatrists hold towards people with mental illness? *Psychiatric Bulletin* 2004;28:401-6.
- 32 Demasi M, Gøtzsche PC. Presentation of benefits and harms of antidepressants on websites: cross sectional study. *Int J Risk Saf Med* 2020;31:53-65.
- 33 Kessing L, Hansen HV, Demyttenaere K, et al. Depressive and bipolar disorders: patients' attitudes and beliefs towards depression and antidepressants. *Psychological Medicine* 2005;35:1205-13.
- 34 Christensen AS. DR2 undersøger Danmark på piller. 2013; Mar 20. <https://www.dr.dk/presse/dr2-undersoeger-danmark-paa-piller>.
- 35 Ditzel EE. Psykiatri-professor om DR-historier: "Skræmmekampagne der kan koste liv." *Journalisten* 2013; Apr 11. <https://journalisten.dk/psykiatri-professor-om-dr-historier-skraemmekampagne-der-kan-koste-liv/>.
- 36 Gøtzsche PC. *Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse.* Copenhagen: People's Press; 2019.
- 37 Sterll B. Den psykiatriske epidemi. *Psykolognyt* 2013;20:8-11.
- 38 Gøtzsche PC. Psychiatry gone astray. 2014; Jan 21. <https://davidhealy.org/psychiatry-gone-astray/>.
- 39 Rasmussen LI. Industriens markedsføring er meget, meget effektiv. Den har fået lægerne til at tro på, at eksempelvis antidepressiva er effektive lægemidler. Det er de overhovedet ikke. *Politiken* 2015; Aug 30:PS 8-9.
- 40 Schultz J. Peter Gøtzsche melder psykiater til Lægeetisk Nævn. *Dagens Medicin* 2015; Oct 2. <http://www.dagensmedicin.dk/nyheder/psykiatri/gotzsche-melder-psykiater-til-lageetisk-navn/>.

- 41 Psykiatrifonden. Depression er en folkesygdom - især for kvinder. 2017; Jan 31.
<http://www.psykiatrifonden.dk/viden/gode-raad-og-temaer/depression/depression-er-en-folkesygdom.aspx>.
- 42 Kessing LV. Depression, hvordan virker medicin. Patienthåndbogen 2015; July 5.
<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/laegemidler/depression-hvordan-virker-medicin/>.
- 43 Videbech P. SSRI, antidepressivum. Patienthåndbogen 2015; July 23.
<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/laegemidler/ssri-antidepressivum/>.
- 44 Scheuer SR. Studerende: Antidepressiv medicin er ikke løsningen på sjælelige problemer. Kristeligt Dagblad 2018; Mar 19.
- 45 Christensen DC. Dear Luise: a story of power and powerlessness in Denmark's psychiatric care system. Portland: Jorvik Press; 2012.
- 46 Angoa-Pérez M, Kane MJ, Briggs DI. et al. Mice genetically depleted of brain serotonin do not display a depression-like behavioral phenotype. ACS Chem Neurosci 2014;5:908-19.
- 47 Hindmarch I. Expanding the horizons of depression: beyond the monoamine hypothesis. Hum Psychopharmacol 2001;16:203-218.
- 48 Castrén E. Is mood chemistry? Nat Rev Neurosci 2005;6:241-6.
- 49 Gøtzsche PC, Dinnage O. What have antidepressants been tested for? A systematic review. Int J Risk Saf Med 2020;31:157-63.
- 50 Hyman SE, Nestler EJ. Initiation and adaptation: a paradigm for understanding psychotropic drug action. Am J Psychiatry 1996;153:151-62.
- 51 Gøtzsche PC. Medicamentos que matan y crimen organizado. Barcelona: Los libros del lince; 2014.
- 52 Moncrieff J, Cohen D. Do antidepressants cure or create abnormal brain states? PLoS Med 2006;3:e240.
- 53 Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatr 1960;23:56-62.
- 54 Gøtzsche PC. Survival in an overmedicated world: look up the evidence yourself. Copenhagen: People's Press; 2019.
- 55 Sharma T, Guski LS, Freund N, Gøtzsche PC. Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. BMJ 2016;352:i65.
- 56 Breggin P. Psychiatric drug withdrawal: A guide for prescribers, therapists, patients and their families. New York: Springer; 2012.
- 57 Davies J, Read J. A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based? Addict Behav 2019;97:111-21.

- 58 Danborg PB, Gøtzsche PC. Benefits and harms of antipsychotic drugs in drug-naïve patients with psychosis: A systematic review. *Int J Risk Saf Med* 2019;30:193-201.
- 59 Francey SM, O'Donoghue B, Nelson B, Graham J, Baldwin L, Yuen HP, et al. Psychosocial intervention with or without antipsychotic medication for first episode psychosis: a randomized noninferiority clinical trial. *Schizophr Bull Open* 2020; Mar 20. <https://doi.org/10.1093/schizbullopen/sgaa015>.
- 60 Bola J, Kao D, Soydan H, et al. Antipsychotic medication for early episode schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;6:CD006374.
- 61 Demasi M. Cochrane – A sinking ship? *BMJ* 2018; 16 Sept. <https://blogs.bmj.com/bmjebmspotlight/2018/09/16/cochrane-a-sinking-ship/>.
- 62 Leucht S, Tardy M, Komossa K, et al. Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2012;379:2063-71.
- 63 Wunderink L, Nieboer RM, Wiersma D, et al. Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2013;70:913-20.
- 64 Hui CLM, Honer WG, Lee EHM, Chang WC, Chan SKW, Chen ESM, et al. Long-term effects of discontinuation from antipsychotic maintenance following first-episode schizophrenia and related disorders: a 10 year follow-up of a randomised, double-blind trial. *Lancet Psychiatry* 2018;5:432-42.
- 65 Chen EY, Hui CL, Lam MM, Chiu CP, Law CW, Chung DW, et al. Maintenance treatment with quetiapine versus discontinuation after one year of treatment in patients with remitted first episode psychosis: randomised controlled trial. *BMJ* 2010;341:c4024.
- 66 Whitaker R. Lure of riches fuels testing. *Boston Globe* 1998; Nov 17.
- 67 Cole JO. Phenothiazine treatment in acute schizophrenia; effectiveness: the National Institute of Mental Health Psychopharmacology Service Center Collaborative Study Group. *Arch Gen Psychiatry* 1964;10:246-61.
- 68 Leucht S, Kane JM, Etschel E, et al. Linking the PANSS, BPRS, and CGI: clinical implications. *Neuropsychopharmacology* 2006;31:2318-25.
- 69 Khin NA, Chen YF, Yang Y, et al. Exploratory analyses of efficacy data from schizophrenia trials in support of new drug applications submitted to the US Food and Drug Administration. *J Clin Psychiatry* 2012;73:856–64.
- 70 Leucht S, Fennema H, Engel R, et al. What does the HAMD mean? *J Affect Disord* 2013;148:243-8.
- 71 Jakobsen JC, Katakam KK, Schou A, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors versus placebo in patients with major depressive disorder. A systematic review with meta-analysis and Trial Sequential Analysis. *BMC Psychiatry* 2017;17:58.

- 72 Cipriani A, Zhou X, Del Giovane C, Hetrick SE, Qin B, Whittington C, et al. Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. *Lancet* 2016;388:881-90.
- 73 Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, et al. Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med* 2008;5:e45.
- 74 Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA* 2010;303:47-53.
- 75 Gøtzsche PC, Gøtzsche PK. Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review. *J R Soc Med* 2017;110:404-10.
- 76 Moncrieff J, Wessely S, Hardy R. Active placebos versus antidepressants for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;1:CD003012.
- 77 Moncrieff J. *The myth of the chemical cure*. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2008.
- 78 Michelson D, Fava M, Amsterdam J, et al. Interruption of selective serotonin reuptake inhibitor treatment. Double-blind, placebo-controlled trial. *Br J Psychiatry* 2000;176:363-8.
- 79 Rosenbaum JF, Fava M, Hoog SL, et al. Selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation syndrome: a randomised clinical trial. *Biol Psychiatry* 1998;44:77-87.
- 80 Breggin P. *Medication madness*. New York: St. Martin's Griffin; 2008.
- 81 Hughes S, Cohen D, Jaggi R. Differences in reporting serious adverse events in industry sponsored clinical trial registries and journal articles on antidepressant and antipsychotic drugs: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2014;4:e005535.
- 82 Schneider LS, Dagerman KS, Insel P. Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *JAMA* 2005;294:1934-43.
- 83 FDA. Alert for Healthcare Professionals: Risperidone (marketed as Risperdal). 2006; Sept <https://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/ucm152291.htm>. Link inactive, as the issue has been described in the risperidone package insert: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2009/020272s056,020588s044,021346s033,021444s03lbl.pdf.
- 84 Hjorthøj C, Stürup AE, McGrath JJ, Nordentoft M. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2017;4:295-301.
- 85 Gøtzsche PC. Psychiatry ignores an elephant in the room. *Mad in America* 2017; Sept 21. <https://www.madinamerica.com/2017/09/psychiatry-ignores-elephant-room/>.

- 86 Hegelstad WT, Larsen TK, Auestad B, et al. Long-term follow-up of the TIPS early detection in psychosis study: effects on 10-year outcome. *Am J Psychiatry* 2012;169:374-80.
- 87 Melle I, Olav Johannesen J, Haahr UH, et al. Causes and predictors of premature death in first-episode schizophrenia spectrum disorders. *World Psychiatry* 2017;16:217-8.
- 88 Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, et al. Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2017;74:694-702.
- 89 Hjorthøj CR, Madsen T, Agerbo E et al. Risk of suicide according to level of psychiatric treatment: a nationwide nested case-control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014;49:1357–65.
- 90 Large MM, Ryan CJ. Disturbing findings about the risk of suicide and psychiatric hospitals. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014;49:1353–5.
- 91 Brown S. Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997;171:502-8.
- 92 Wils RS, Gotfredsen DR, Hjorthøj C, et al. Antipsychotic medication and remission of psychotic symptoms 10 years after a first-episode psychosis. *Schizophr Res* 2017;182:42-8.
- 93 Forskningsrådet. Tilgjengeliggjøring av forskningsdata. 2017; Dec. ISBN 978-82-12-03653-6.
- 94 Gøtzsche PC. Does long term use of psychiatric drugs cause more harm than good? *BMJ* 2015;350:h2435.
- 95 Dold M, Li C, Tardy M, et al. Benzodiazepines for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;11:CD006391.
- 96 Coupland C, Dhiman P, Morriss R, et al. Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: population based cohort study. *BMJ* 2011;343:d4551.
- 97 Bielefeldt AØ, Danborg PB, Gøtzsche PC. Precursors to suicidality and violence on antidepressants: systematic review of trials in adult healthy volunteers. *J R Soc Med* 2016;109:381-92.
- 98 Maund E, Guski LS, Gøtzsche PC. Considering benefits and harms of duloxetine for treatment of stress urinary incontinence: a meta-analysis of clinical study reports. *CMAJ* 2017;189:E194-203.
- 99 Hengartner MP, Plöderl M. Newer-generation antidepressants and suicide risk in randomized controlled trials: a re-analysis of the FDA database. *Psychother Psychosom* 2019;88:247-8.
- 100 Hengartner MP, Plöderl M. Reply to the Letter to the Editor: “Newer-Generation Antidepressants and Suicide Risk: Thoughts on Hengartner and Plöderl’s Re-Analysis.” *Psychother Psychosom* 2019;88:373-4.

- 101 Le Noury J, Nardo JM, Healy D, Jureidini J, Raven M, Tufanaru C, Abi-Jaoude E. Restoring Study 329: efficacy and harms of paroxetine and imipramine in treatment of major depression in adolescence. *BMJ* 2015;351:h4320.
- 102 Lars Kessing i Aftenshowet. DR1 2013; Apr 15.
- 103 Klein DF. The flawed basis for FDA post-marketing safety decisions: the example of anti-depressants and children. *Neuropsychopharmacology* 2006;31:689–99.
- 104 Emslie GJ, Rush AJ, Weinberg WA, et al. Rintelmann J. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:1031-7.
- 105 Eli Lilly and Company. Protocol B1Y-MC-X065. Clinical study main report: Fluoxetine versus placebo in the acute treatment of major depressive disorder in children and adolescents. 2000; Aug 8.
- 106 Jureidini JN, Doecke CJ, Mansfield PR, Haby MM, Menkes DB, Tonkin AL. Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents. *BMJ* 2004;328:879-83.
- 107 Laughren TP. Overview for December 13 Meeting of Psychopharmacologic Drugs Advisory Committee (PDAC). 2006; Nov 16.
www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/06/briefing/2006-4272b1-01-FDA.pdf.
- 108 Vanderburg DG, Batzar E, Fogel I, et al. A pooled analysis of suicidality in double-blind, placebo-controlled studies of sertraline in adults. *J Clin Psychiatry* 2009;70:674-83.
- 109 Gunnell D, Saperia J, Ashby D. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and suicide in adults: meta-analysis of drug company data from placebo controlled, randomised controlled trials submitted to the MHRA's safety review. *BMJ* 2005;330:385.
- 110 Fergusson D, Doucette S, Glass KC, et al. Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 2005;330:396.
- 111 FDA. Antidepressant use in children, adolescents, and adults. <http://www.fda.gov/drugs/drugsafety/informationbydrugclass/ucm096273.htm>.
- 112 Australian Government, Department of Health. The mental health of Australians. 2009 May. <https://www1.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mental-pubs-m-mhaust2-toc~mental-pubs-m-mhaust2-hig~mental-pubs-m-mhaust2-hig-sui>.
- 113 Crowner ML, Douyon R, Convit A, Gaztanaga P, Volavka J, Bakall R. Akathisia and violence. *Psychopharmacol Bull* 1990;26:115-7.
- 114 Sharma T, Guski LS, Freund N, Meng DM, Gøtzsche PC. Drop-out rates in placebo-controlled trials of antidepressant drugs: A systematic review and meta-analysis based on clinical study reports. *Int J Risk Saf Med* 2019;30:217-32.

- 115 Paludan-Müller AS, Sharma T, Rasmussen K, Gøtzsche PC. Extensive selective reporting of quality of life in clinical study reports and publications of placebo-controlled trials of antidepressants. *Int J Risk Saf Med* 2020 (in press).
- 116 Montejo A, Llorca G, Izquierdo J, et al. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish Working Group for the study of psychotropic-related sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry* 2001;62 (suppl 3):10–21.
- 117 Healy D, Le Noury J, Mangin D. Enduring sexual dysfunction after treatment with antidepressants, 5 α -reductase inhibitors and isotretinoin: 300 cases. *Int J Risk Saf Med* 2018;29:125-34.
- 118 Healy D, Le Noury J, Mangin D. Post-SSRI sexual dysfunction: Patient experiences of engagement with healthcare professionals. *Int J Risk Saf Med* 2019;30:167-78.
- 119 Healy D. Antidepressants and sexual dysfunction: a history. *J R Soc Med* 2020;113:133-5.
- 120 FDA package insert for Prozac. Accessed 14 March 2020. <https://pi.lilly.com/us/prozac.pdf>.
- 121 Medawar C, Hardon A. Medicines out of Control? Antidepressants and the conspiracy of goodwill. Netherlands: Aksant Academic Publishers; 2004.
- 122 FDA package insert for Effexor. Accessed 4 Jan 2020. https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2008/020151s0511bl.pdf.
- 123 FDA package insert for Lithobid. Accessed 12 March 2020. https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2016/018027s0591bl.pdf.
- 124 Cipriani A, Hawton K, Stockton S, et al. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2013;346:f3646.
- 125 Börjesson J, Gøtzsche PC. Effect of lithium on suicide and mortality in mood disorders: A systematic review. *Int J Risk Saf Med* 2019;30:155-66.
- 126 FDA package insert for Neurontin. Accessed 4 Jan 2020. https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2017/020235s064_020882s047_021129s0461bl.pdf.
- 127 Ghaemi SN. The failure to know what isn't known: negative publication bias with lamotrigine and a glimpse inside peer review. *Evid Based Ment Health* 2009;12:65-8.
- 128 Weingart SN, Wilson RM, Gibberd RW, et al. Epidemiology of medical error. *BMJ* 2000;320:774–7.
- 129 Starfield B. Is US health really the best in the world? *JAMA* 2000;284:483–5.
- 130 Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. *JAMA* 1998;279:1200–5.

- 131 Ebbesen J, Buajordet I, Erikssen J, et al. Drug-related deaths in a department of internal medicine. *Arch Intern Med* 2001;161:2317–23.
- 132 Pirmohamed M, James S, Meakin S, et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. *BMJ* 2004;329:15-9.
- 133 van der Hooft CS, Sturkenboom MC, van Grootheest K, et al. Adverse drug reaction-related hospitalisations: a nationwide study in The Netherlands. *Drug Saf* 2006;29:161-8.
- 134 Landrigan CP, Parry GJ, Bones CB, et al. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. *N Engl J Med* 2010;363:2124-34.
- 135 James JTA. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *J Patient Saf* 2013;9:122-8.
- 136 Archibald K, Coleman R, Foster C. Open letter to UK Prime Minister David Cameron and Health Secretary Andrew Lansley on safety of medicines. *Lancet* 2011;377:1915.
- 137 Makary MA, Daniel M. Medical error - the third leading cause of death in the US. *BMJ* 2016;353:i2139.
- 138 Centers for Disease Control and Prevention. Leading causes of death. www.cdc.gov/nchs/fastats/lcod.htm.
- 139 WHO. Management of substance abuse. Amphetamine-like substances. Undated. Downloaded 14 March 2020. https://www.who.int/substance_abuse/facts/ATS/en/.
- 140 National Institute on Drug Abuse. What is the scope of methamphetamine misuse in the United States? 2019; Oct. <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/methamphetamine/what-scope-methamphetamine-misuse-in-united-states>.
- 141 Moore TJ, Glenmullen J, Furberg CD. Prescription drugs associated with reports of violence towards others. *PLoS One* 2010;5:e15337.
- 142 Molina BS, Flory K, Hinshaw SP, et al. Delinquent behavior and emerging substance use in the MTA at 36 months: prevalence, course, and treatment effects. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:1028-40.
- 143 The MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:1073-86.
- 144 Jensen PS, Arnold LE, Swanson JM, et al. 3-year follow-up of the NIMH MTA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:989-1002.
- 145 Molina BS, Hinshaw SP, Swanson JM, et al. The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48:484-500.
- 146 Swanson JM, Arnold LE, Molina BSG, et al. Young adult outcomes in the follow-up of the multimodal treatment study of attention-deficit/hyperactivity

- disorder: symptom persistence, source discrepancy, and height suppression. *J Child Psychol Psychiatry* 2017;58:663-78.
- 147 Borchering BG, Keysor CS, Rapoport JL, et al. Motor/vocal tics and compulsive behaviors on stimulant drugs: is there a common vulnerability? *Psychiatry Res* 1990;33:83-94.
- 148 Breggin PR. The rights of children and parents in regard to children receiving psychiatric diagnoses and drugs. *Children & Society* 2014;28:231-41.
- 149 Danborg PB, Simonsen AL, Gøtzsche PC. Impaired reproduction after exposure to ADHD drugs: Systematic review of animal studies. *Int J Risk Saf Med* 2017;29:107-24.
- 150 Cherland E, Fitzpatrick R. Psychotic side effects of psychostimulants: a 5-year review. *Can J Psychiatry* 1999;44:811-3.
- 151 Boesen K, Saiz LC, Erviti J, Storebø OJ, Gluud C, Gøtzsche PC, et al. The Cochrane Collaboration withdraws a review on methylphenidate for adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Evid Based Med* 2017;22:143-7.
- 152 Storebø OJ, Ramstad E, Krogh HB, Nilausen TD, Skoog M, Holmskov M, et al. Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Cochrane Database Syst Rev* 2015;11:CD009885.
- 153 Boesen K, Paludan-Müller AS, Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Extended-release methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;11:CD012857 (protocol; review in progress).
- 154 Wallach-Kildemoes H, Skovgaard AM, Thielen K, Pottegård A, Mortensen LH. Social adversity and regional differences in prescribing of ADHD medication for school-age children. *J Dev Behav Pediatr* 2015;36:330-41.
- 155 RL, Garland EJ, Wright JM, et al. Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *CMAJ* 2012;184:755-62.
- 156 Santaguida P, MacQueen G, Keshavarz H, Levine M, Beyene J, Raina P. Treatment for depression after unsatisfactory response to SSRIs. Comparative effectiveness review No. 62. (Prepared by McMaster University Evidence-based Practice Center under Contract No. HHS 290 2007 10060 I.) AHRQ Publication No.12-EHC050-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2012: April. www.ahrq.gov/clinic/epcix.htm.
- 157 Rink L, Braun C, Bschor T, Henssler J, Franklin J, Baethge C. Dose increase versus unchanged continuation of antidepressants after initial antidepressant treatment failure in patients with major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized, double-blind trials. *J Clin Psychiatry* 2018;79(3).
- 158 Samara MT, Klupp E, Helfer B, Rothe PH, Schneider-Thoma J, Leucht S. Increasing antipsychotic dose for non response in schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;5:CD011883.

- 159 Miller M, Swanson SA, Azrael D, Pate V, Stürmer T. Antidepressant dose, age, and the risk of deliberate self-harm. *JAMA Intern Med* 2014;174:899-909.
- 160 Ho BC, Andreasen NC, Ziebell S, et al. Long-term antipsychotic treatment and brain volumes: a longitudinal study of first-episode schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:128-37.
- 161 Zipursky RB, Reilly TJ, Murray RM. The myth of schizophrenia as a progressive brain disease. *Schizophr Bull* 2013;39:1363-72.
- 162 Videbech P. Debatten om antidepressiv medicin - Virker det, og bliver man afhængig? *BestPractice Psykiatri/Neurologi* 2014; May:nr. 25.
- 163 Ownby RL, Crocco E, Acevedo A, et al. Depression and risk for Alzheimer disease: systematic review, meta-analysis, and metaregression analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:530-8.
- 164 Moraros J, Nwankwo C, Patten SB, Mousseau DD. The association of antidepressant drug usage with cognitive impairment or dementia, including Alzheimer disease: A systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety* 2017;34:217-26.
- 165 Coupland CAC, Hill T, Dening T, Morriss R, Moore M, Hippisley-Cox J. Anticholinergic drug exposure and the risk of dementia: a nested case-control study. *JAMA Intern Med* 2019; Jun 24.
- 166 Mojtabai R, Olfson M. National trends in psychotropic medication polypharmacy in office-based psychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:26-36.
- 167 Videos from International meeting: Psychiatric drugs do more harm than good. Copenhagen 2015; Sept 16. <https://www.deadlymedicines.dk/wp-content/uploads/2014/10/International-meeting1.pdf>
- 168 Gøtzsche PC. Long-term use of antipsychotics and antidepressants is not evidence-based. *Int J Risk Saf Med* 2020;31:37-42.
- 169 Belmaker RH, Wald D. Haloperidol in normals. *Br J Psychiatry* 1977;131:222-3.
- 170 Kroken RA, Kjelby E, Wentzel-Larsen T, Mellesdal LS, Jørgensen HA, Johnsen E. Time to discontinuation of antipsychotic drugs in a schizophrenia cohort: influence of current treatment strategies. *Ther Adv Psychopharmacol* 2014;4:228-39.
- 171 Nielsen M, Hansen EH, Gøtzsche PC. Dependence and withdrawal reactions to benzodiazepines and selective serotonin reuptake inhibitors. How did the health authorities react? *Int J Risk Saf Med* 2013;25:155-68.
- 172 Committee on the Review of Medicines. Systematic review of the benzodiazepines. Guidelines for data sheets on diazepam, chlordiazepoxide, medazepam, clorazepate, lorazepam, oxazepam, temazepam, triazolam, nitrazepam, and flurazepam. *Br Med J* 1980;280:910-2.
- 173 Gøtzsche PC. Long-term use of benzodiazepines, stimulants and lithium is not evidence-based. *Clin Neuropsychiatry* 2020;17 (in press).

- 174 Ilyas S, Moncrieff J. Trends in prescriptions and costs of drugs for mental disorders in England, 1998-2010. *Br J Psychiatry* 2012;200:393-8.
- 175 Nielsen M, Gøtzsche P. An analysis of psychotropic drug sales. Increasing sales of selective serotonin reuptake inhibitors are closely related to number of products. *Int J Risk Saf Med* 2011;23:125-32.
- 176 Nielsen M, Hansen EH, Gøtzsche PC. What is the difference between dependence and withdrawal reactions? A comparison of benzodiazepines and selective serotonin re-uptake inhibitors. *Addict* 2012;107:900-8.
- 177 Oswald I, Lewis SA, Dunleavy DL, Brezinova V, Briggs M. Drugs of dependence though not of abuse: fenfluramine and imipramine. *Br Med J* 1971;3:70-3.
- 178 Priest RG, Vize C, Roberts A, et al. Lay people's attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. *BMJ* 1996;313:858-9.
- 179 Read J, Timimi S, Bracken P, Brown M, Gøtzsche P, Gordon P, et al. Why did official accounts of antidepressant withdrawal symptoms differ so much from research findings and patients' experiences? *Ethical Hum Psychol Psychiatry* (submitted).
- 180 Public Health England. Dependence and withdrawal associated with some prescribed medications: an evidence Review. 2019; Sept. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/829777/PHE_PMR_report.pdf.
- 181 Nutt DJ, Goodwin GM, Bhugra D, Fazel S, Lawrie S. Attacks on antidepressants: signs of deep-seated stigma? *Lancet Psychiatry* 2014;1:102-4.
- 182 Raven M. Depression and antidepressants in Australia and beyond: a critical public health analysis (PhD thesis). University of Wollongong, Australia; 2012. <http://ro.uow.edu.au/theses/3686/>.
- 183 Gøtzsche PC. Usage of depression pills almost halved among children in Denmark. *Mad in America* 2018; May 4. <https://www.madinamerica.com/2018/05/usage-depression-pills-almost-halved-among-children-denmark/>.
- 184 Chan A-W, Hróbjartsson A, Haahr MT, Gøtzsche PC, Altman DG. Empirical evidence for selective reporting of outcomes in randomized trials: comparison of protocols to published articles. *JAMA* 2004;291:2457-65.
- 185 Carney S, Geddes J. Electroconvulsive therapy. *BMJ* 2003;326:1343-4.
- 186 Read J, Bentall R. The effectiveness of electroconvulsive therapy: a literature review. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2010 Oct-Dec;19:333-47.
- 187 Rose D, Fleischmann P, Wykes T, et al. Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. *BMJ* 2003;326:1363.

Capítulo 3. Psicoterapia

- 1 Gøtzsche PC. Psicofármacos que matan y denegación organizada. Barcelona: Los libros del lince; 2016.
- 2 Gøtzsche PC. Chemical or psychological psychotherapy? Mad in America 2017; Jan 29. <https://www.madinamerica.com/2017/01/chemical-psychological-psychotherapy/>.
- 3 Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S, et al. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:532–9.
- 4 Demyttenaere K, Donneau A-F, Albert A, et al. What is important in being cured from: Does discordance between physicians and patients matter? (2). *J Affect Disord* 2015;174:372–7.
- 5 Sørensen A, Gøtzsche. Antidepressant drugs are a type of maladaptive emotion regulation (submitted).
- 6 Spielmans GI, Berman MI, Usitalo AN. Psychotherapy versus second-generation antidepressants in the treatment of depression: a meta-analysis. *J Nerv Ment Dis* 2011;199:142–9.
- 7 Cuijpers P, Hollon SD, van Straten A, et al. Does cognitive behaviour therapy have an enduring effect that is superior to keeping patients on continuation pharmacotherapy? A meta-analysis. *BMJ Open* 2013;26;3(4).
- 8 Breggin PR. Intoxication anosognosia: the spellbinding effect of psychiatric drugs. *Ethical Hum Psychol Psychiatry* 2006;8:201–15.
- 9 Breggin PR. Brain-disabling treatments in psychiatry: drugs, electroshock, and the psychopharmaceutical complex. New York: Springer; 2008.
- 10 Gøtzsche PC, Gøtzsche PK. Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review. *J R Soc Med* 2017;110:404-10.
- 11 Hawton K, Witt KG, Taylor Salisbury TL, et al. Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;5:CD012189.
- 12 Morrison AP, Turkington D, Pyle M, et al. Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomised controlled trial. *Lancet* 2014;383:1395-403.
- 13 Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B, et al. Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research* 2006;16:214-28.
- 14 Svedberg B, Mesterton A, Cullberg J. First-episode non-affective psychosis in a total urban population: a 5-year follow-up. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:332-7.
- 15 Harnisch H, Montgomery E. "What kept me going": A qualitative study of avoidant responses to war-related adversity and perpetration of violence by

former forcibly recruited children and youth in the Acholi region of northern Uganda. *Soc Sci Med* 2017;188:100-8.

16 Nilsson Å. *Processen: möten, mediciner, beslut*. Stockholm: Natur & Kultur; 2017.

Capítulo 4. Retirada de psicofármacos

- 1 Gøtzsche PC. *Medicamentos que matan y crimen organizado*. Barcelona: Los libros del lince; 2014.
- 2 BBC. “My anti-depressant withdrawal was worse than depression.” 2020 Mar 12. <https://www.bbc.co.uk/programmes/p086fjk7>.
- 3 Gøtzsche PC. Sundhedsstyrelsens råd om depressionspiller er farlige. *Politikens Kronik* 2010 Feb 6.
- 4 Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. *Lancet Psychiatry* 2019;6:538-46.
- 5 Gøtzsche PC. Prescription pills are Britain’s third biggest killer: Side-effects of drugs taken for insomnia and anxiety kill thousands. Why do doctors hand them out like Smarties? *Daily Mail* 2015; Sept 15. <http://www.dailymail.co.uk/health/article-3234334/Prescription-pills-Britain-s-biggest-killer-effects-drugs-taken-insomnia-anxiety-kill-thousands-doctors-hand-like-Smarties.html>.
- 6 Gøtzsche PC. *Psicofármacos que matan y denegación organizada*. Barcelona: Los libros del lince; 2016.
- 7 Gøtzsche PC. *Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse*. Copenhagen: People’s Press; 2019.
- 8 Public Health England. Dependence and withdrawal associated with some prescribed medications: an evidence Review. 2019; Sept. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/829777/PHE_PMR_report.pdf.
- 9 Guy A, Davies J, Rizq R (eds.) *Guidance for psychological therapists: Enabling conversations with clients taking or withdrawing from prescribed psychiatric drugs*. London: APPG for Prescribed Drug Dependence; 2019 Dec.
- 10 Ho BC, Andreasen NC, Ziebell S, et al. Long-term antipsychotic treatment and brain volumes: a longitudinal study of first-episode schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:128-37.
- 11 Zipursky RB, Reilly TJ, Murray RM. The myth of schizophrenia as a progressive brain disease. *Schizophr Bull* 2013;39:1363-72.
- 12 Timimi S. Death of a whistleblower and Cochrane’s moral collapse. *Psychosis* 2019; Oct 30. <https://doi.org/10.1080/17522439.2019.1685584>.
- 13 Gøtzsche PC, Sørensen A. The review on antidepressant withdrawal that Cochrane won’t publish. *Mad in America* 2020; Feb 11. <https://www.madinamerica.com/2020/02/review-cochrane-wont-publish/>.

- 14 Cipriani A, Zhou X, Del Giovane C, Hetrick SE, Qin B, Whittington C, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet* 2018;391:1357-66.
- 15 Higgins JPT, Green S (eds.). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. www.cochrane-handbook.org.
- 16 Gøtzsche PC. Rewarding the companies that cheated the most in antidepressant trials. *Mad in America* 2018; March 7. <https://www.madinamerica.com/2018/03/rewarding-companies-cheated-most-antidepressant-trials/>.
- 17 Munkholm K, Paludan-Müller AS, Boesen K. Considering the methodological limitations in the evidence base of antidepressants for depression: a reanalysis of a network meta-analysis. *BMJ Open* 2019;9:e024886.
- 18 Gøtzsche PC. Why we need a broad perspective on meta-analysis: It may be crucially important for patients. *BMJ* 2000;321:585-6.
- 19 Gøtzsche PC. Does long term use of psychiatric drugs cause more harm than good? *BMJ* 2015;350:h2435.
- 20 Davies J, Read J. A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based? *Addict Behav* 2019;97:111-21.
- 21 Groot P, van Os J. How user knowledge of psychotropic drug withdrawal resulted in the development of person-specific tapering medication. *Ther Adv Psychopharmacol* 2020 (paper under review). <https://iipdw.org/user-knowledge-psychotropic-drug-withdrawal/>.
- 22 www.survivingantidepressants.org. Surviving Antidepressants is a site for peer support, documentation, and education about withdrawal symptoms caused by depression pills, with more than 6,000 reports of patient experiences.
- 23 Inner Compass Initiative: The Withdrawal Project. <https://withdrawal.theinnercompass.org>. Resources for withdrawal from psychiatric drugs.
- 24 Hall W. Harm reduction guide to coming off psychiatric drugs. The Icarus Project and Freedom Center; 2012. www.theicarusproject.net/resources/publications/harm-reduction-guide-to-coming-off-psychiatric-drugs-and-withdrawal/.
- 25 Benzo buddies. Mutual-support environment for those who wish to withdraw from benzodiazepines. www.benzobuddies.org.
- 26 Recovery Road. Antidepressant & Benzodiazepine Withdrawal Support. www.recovery-road.org.
- 27 Ashton CH. Benzodiazepines: how they work and how to withdraw. Newcastle: University of Newcastle; 2011. www.benzo.org.uk/manual/.
- 28 Toft B, Gøtzsche PC. Psykofarmakaepidemien kan bekæmpes. *Information* 2017; Apr 3. <https://www.information.dk/debat/2017/04/psykofarmakaepidemien-kan-bekaempes>.

- 29 Gøtzsche PC. Survival in an overmedicated world: look up the evidence yourself. Copenhagen: People's Press; 2019.
- 30 McLaren N. Anxiety, the inside story. How biological psychiatry got it wrong. Ann Arbor: Future Psychiatry Press; 2018.
- 31 Christensen DC. Dear Luise: a story of power and powerlessness in Denmark's psychiatric care system. Portland: Jorvik Press; 2012.
- 32 Ostrow L, Jessell L, Hurd M, Darrow SM, Cohen D. Discontinuing psychiatric medications: a survey of long-term users. *Psychiatr Serv* 2017;68:1232-8.
- 33 Groot P, van Os J. Antidepressant tapering strips to help people come off medication more safely. *Psychosis* 2018;10:142-5.
- 34 Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. *Lancet Psychiatry* 2019;6:538-46.
- 35 Sørensen A, Rüdinger B, Gøtzsche PC, Toft BS. A practical guide to slow psychiatric drug withdrawal. Copenhagen 2020; Jan 4. <https://www.deadly-medicines.dk/wp-content/uploads/A-practical-guide-to-drug-withdrawal.pdf>.
- 36 Breggin P. Psychiatric drug withdrawal: A guide for prescribers, therapists, patients and their families. New York: Springer; 2012.
- 37 Simons P. Peer-support groups were right, guidelines were wrong: Dr. Mark Horowitz on tapering off antidepressants. *Mad in America* 2019; Mar 20. <https://www.madinamerica.com/2019/03/peer-support-groups-right-official-guidelines-wrong-dr-mark-horowitz-tapering-off-antidepressants/>.
- 38 Zinkler M, von Peter S. End coercion in mental health services—toward a system based on support only. *Laws* 2019;8:19.
- 39 Fiorillo A, De Rosa C, Del Vecchio V, Jurjanz L, Schnall K, Onchev G, et al. How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: suggestions from the EUNOMIA study. *European Psychiatry* 2011;26:201-7.
- 40 Scanlan JN. Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far, a review of the literature. *Int J Soc Psychiat* 2010;56:412–23.
- 41 Gøtzsche PC, Vinther S, Sørensen A. Forced medication in psychiatry: Patients' rights and the law not respected by Appeals Board in Denmark. *Clin Neuro-psychiatry* 2019;16:229-33.
- 42 Gøtzsche PC, Sørensen A. Systematic violations of patients' rights and lack of safety: cohort of 30 patients forced to receive antipsychotics. *Ind J Med Ethics* 2020. Published online Aug 12. Free access.
- 43 Dold M, Li C, Tardy M, et al. Benzodiazepines for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;11:CD006391.
- 44 Frandsen P. Et anker af flamingo: Det, vi glemmer, gemmer vi i hjertet. Odense: Mellemsgaard; 2019.

- 45 Breggin P. Brain-disabling treatments in psychiatry: drugs, electroshock and the psychopharmaceutical complex. New York: Springer; 2007.
- 46 What does akathisia and tardive dyskinesia look like? Videos of children and adults who have been permanently brain damaged by neuroleptics. Undated. <https://www.deadlymedicines.dk/lectures/>.
- 47 Moncrieff J. Antipsychotic maintenance treatment: time to rethink? PLoS Med 2015;12: e1001861.
- 48 Karon BP. All I know about Peter Breggin. In: The International Center for the Study of Psychiatry and Psychology. The Conscience of Psychiatry. The reform work of Peter R. Breggin, MD. New York: Lake Edge Press; 2009.
- 49 Gøtzsche PC. Forced drugging with antipsychotics is against the law: decision in Norway. Mad in America 2019; May 4. <https://www.madinamerica.com/2019/05/forced-drugging-antipsychotics-against-law/>.
- 50 Gottstein J. The Zyprexa papers. Anchorage: Jim Gottstein; 2020.

Capítulo 5. Kit de supervivencia para jóvenes psiquiatras en un sistema enfermo

- 1 Drachmann H. Klinikchef må ikke længere arbejde som psykiater. Politiken 2013; Feb 1.
- 2 Hildebrandt S. Lars Søndergård mistænkes atter for at overmedicinere. Dagens Medicin 2015; Oct 23.
- 3 Hildebrandt S. ”Det er monstrøse doser af medicin.” Dagens Medicin 2015; Oct 23.
- 4 Schmidt M. Svar fra ledelsen i Psykiatrien Vest. Dagens Medicin 2015; Oct 23.
- 5 Hildebrandt S. Derfor er Lars Søndergårds supervisor sat under skærpet tilsyn. Dagens Medicin 2016; Mar 3.
- 6 <https://illnessquiz.com/schizotypal-personality-disorder-test/>.
- 7 Mayo Clinic. Schizotypal personality disorder. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/schizotypal-personality-disorder/symptoms-causes/syc-20353919>.
- 8 Börjesson J, Gøtzsche PC. Effect of lithium on suicide and mortality in mood disorders: A systematic review. Int J Risk Saf Med 2019;30:155-66.
- 9 Svensson P. Så stoppade GU-professor allmänhetens insyn i läkemedelsforskning. Göteborgs-posten 2018; Jan 20. <http://www.gp.se/nyheter/g%C3%B6teborg/s%C3%A5-stoppade-gu-professor-allm%C3%A4nhetens-insyn-i-l%C3%A4kemedelsforskning-1.5069930>.
- 10 Sternbeck P. Brallorna nere på professorn Elias Eriksson. Equal 2018; Jan 16.
- 11 Riksdagens Ombudsman. Kritik mot Göteborgs universitet för handläggningen av en begäran om utlämnande av allmänna handlingar m.m. 2017; Dec 20:Dnr 7571-2016.
- 12 Gøtzsche PC, Gøtzsche PK. Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review. J R Soc Med 2017;110:404-10.

- 13 Sveriges radio. Striden om de antidepressiva medlen. 2017; Aug 28. <http://sverigesradio.se/sida/avsnitt/943828?programid=412>.
- 14 Gøtzsche PC. National boards of health are unresponsive to children driven to suicide by depression pills. Mad in America 2020; Mar 15. <https://www.madinamerica.com/2020/03/children-driven-suicide-depression-pills/>.
- 15 Frankfurt HG. On bullshit. New Jersey: Princeton University Press; 2005.
- 16 Läkemedelsbehandling av depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom hos barn och vuxna. Läkemedelsverket 2016; Dec 8.
- 17 Barczyk ZA, Rucklidge JJ, Eggleston M, Mulder RT. Psychotropic medication prescription rates and trends for New Zealand children and adolescents 2008-2016. J Child Adolesc Psychopharmacol 2020;30:87-96.
- 18 UNICEF Office of Research. Building the future: children and the sustainable development goals in rich countries. Innocenti ReportCard 14; 2017.
- 19 Hjelmeland H, Jaworski K, Knizek BL, Ian M. Problematic advice from suicide prevention experts. Ethical Human Psychology and Psychiatry 2018;20:79-85.
- 20 Whitaker R, Blumke D. Screening + drug treatment = increase in veteran suicides. Mad in America 2019; Nov 10. <https://www.madinamerica.com/2019/11/screening-drug-treatment-increase-veteran-suicides/>.
- 21 Gøtzsche PC. Medicamentos que matan y crimen organizado. Barcelona: Los libros del lince; 2014.
- 22 Videos of talks presented at the inaugural symposium for the Institute for Scientific Freedom. 2019; Mar 9. https://www.youtube.com/playlist?list=PLoJ5D4KQ1G0Z_ZQo5AIIiuspAKCnc49T.
- 23 Medawar C, Hardon A. Medicines out of Control? Antidepressants and the conspiracy of goodwill. Netherlands: Aksant Academic Publishers; 2004.
- 24 Stordrange IL. The happy pill. She survived 10 years of "torture" in psychiatry. 2017. <https://www.youtube.com/watch?v=T4kVpNmYzBU&t=1s>. Version with Norwegian subtitles: <https://ingerlenestordrang.wixsite.com/lykkepillen>.
- 25 Gøtzsche PC. Survival in an overmedicated world: look up the evidence yourself. Copenhagen: People's Press; 2019.
- 26 Hoel A. Cause of death: unknown. 2017; Mar 24. <https://www.imdb.com/title/tt6151226/>.
- 27 Jakobsen JC, Katakam KK, Schou A, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors versus placebo in patients with major depressive disorder. A systematic review with meta-analysis and Trial Sequential Analysis. BMC Psychiatry 2017;17:58.
- 28 Gøtzsche PC. Antidepressiva skader mere end de gavner. Dagens Medicin 2017; Mar 15.
- 29 Gøtzsche P. The meeting was sponsored by merchants of death. Mad in America 2014; July 7. <http://www.madinamerica.com/2014/07/meeting-sponsored-merchants-death/>.

- 30 Pedersen AT. Diagnosing Psychiatry.
<https://vimeo.com/ondemand/diagnosingpsychiatryen>.
- 31 Pedersen AT. Debat: Vi har ret til at undre os. Journalisten 2017; May 8.
- 32 Christensen AS. DR2 undersøger Danmark på piller. 2013; Mar 20.
<https://www.dr.dk/presse/dr2-undersoeger-danmark-paa-piller>.
- 33 Ditzel EE. Psykiatri-professor om DR-historier: ”Skræmmekampagne der kan koste liv.” Journalisten 2013; Apr 11. <https://journalisten.dk/psykiatri-professor-om-dr-historier-skraemmekampagne-der-kan-koste-liv/>.
- 34 Gøtzsche PC. Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse. Copenhagen: People’s Press; 2019.
- 35 Heilbuth PE. Pillens mørke skygge. DR1 2013; Apr 14.
- 36 Heilbuth PE. Dårlig presseetik, Politiken. Politiken 2013; Apr 19.
- 37 Thisted K. Jeg tager lykkepiller, ellers var jeg død! Ekstra Bladet 2015; Oct 24.
- 38 Gøtzsche PC. Psicofármacos que matan y denegación organizada. Barcelona: Los libros del lince; 2016.
- 39 Spencer M. The Carter Center’s guide for mental health journalism: don’t question, follow the script. Mad in America 2020; Feb 23.
<https://www.madinamerica.com/2020/02/carter-center-guide-mental-health-journalism/>.
- 40 Whitaker R. Anatomy of an epidemic, 2nd edition. New York: Broadway Paperbacks; 2015.
- 41 Gøtzsche PC. Psychiatry gone astray. 2014; Jan 21. <https://davidhealy.org/psychiatry-gone-astray/>.
- 42 Gøtzsche PC. Unwarranted criticism of “Psychiatry gone astray.” Mad in America 2014; Feb 20. <https://www.madinamerica.com/2014/02/unwarranted-criticism-psychiatry-gone-astray/>.
- 43 Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, et al. ”Mental health literacy”: a survey of the public’s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. Med J Aus 1997;166:182-6.
- 44 Gøtzsche PC, Vinther S, Sørensen A. Forced medication in psychiatry: Patients’ rights and the law not respected by Appeals Board in Denmark. Clin Neuro-psychiatry 2019;16:229-33.
- 45 Gøtzsche PC, Sørensen A. Systematic violations of patients’ rights and lack of safety: cohort of 30 patients forced to receive antipsychotics. Ind J Med Ethics 2020. Published online Aug 12. Free access.

Índice

- abuso infantil, 176
- abuso sexual, 28, 81
- acatisia, 68, 69, 87, 115, 162, 164
- acoso, 28, 58, 60, 100, 121
- adicción, ver dependencia
- afrontamiento evitativo, 110
- Aftonbladet, 178
- Agencia Danesa de Medicamentos, 182
- Agencia Europea de Medicamentos, 72
- Agencia Sueca de Medicamentos, 176
- Ahle, Gitte, 193
- alcohol, 77
- Alianza Nacional de Enfermedades Mentales, 191
- Andersen, John Sahl, 143
- anécdota, 100, 101, 106
- anfetamina, 37, 77
- ansiedad, 20
- antidepresivos, ver fármacos para la depresión
- antiepilépticos, 76
- antipsicóticos, ver neurolepticos
- antipsiquiatría, 20, 97, 100, 101, 171
- apologistas, 175
- asenapina, 77
- asistencia sanitaria basada en la evidencia, 49
- Asociación Americana de Psiquiatría, 19, 21, 46, 94, 164, 190
- Asociación Médica Británica, 117
- Asociación Mundial de Psiquiatría, 35
- Asociación Psiquiátrica Danesa, 29, 124, 162, 192, 193
- AstraZeneca, 43, 182, 193
- atasco, ver barricada
- ataxia, 76, 77
- atropina, 45
- Atterstam, Inger, 178
- auto-confianza, 111, 141
- auto-eutanasia, 199
- autopsia psicológica, 101
- Autoridad para la Seguridad del Paciente, 123, 124, 169
- baja por enfermedad, 38, 110
- Baldwin, David, 94-98, 101
- Bang, Janus, 184
- barbitúricos, 92
- barricada, 50, 71, 127, 142, 143, 184
- Baum & Hedlund, 87
- benzodiazepinas, 37, 62, 92-94, 112, 138, 142
- Berufsverbot, 193
- Better Psychiatry, 11
- Biederman, Joseph, 27
- bipolar, ver trastorno afectivo bipolar
- Börjesson, Joakim, 172
- Bredkjær, Søren, 169
- Breggin, Peter, 9, 150
- Brun, Nikolai, 182
- Burn, Wendy, 94, 101
- calidad de vida, 70, 80, 135, 147, 191
- cambio de personalidad, 7, 187, 196-199
- camisa de fuerza química, 76
- campana para derrotar la depresión, 6
- campo de concentración, 166, 200, 201
- cannabis, 77
- carne de conducir, 14
- Causa de muerte: desconocida, documental, 181
- causas naturales, 57
- cegamiento, 43
- censura, 122, 177-184, 193
- Centro Cochrane Nórdico, 57-61, 123, 127
- charlatán, 174, 175

Christensen, Dorrit Cato, 144
 Churchill, Rachel, 129
 Cienciología, 30
 cine documental de Copenhague, 181
 Cipriani, Andrea, 131
 Clasificación Internacional de Enfermedades, 23
 clozapina, 42, 167
 cocaína, 37
 Cochrane, grupo sobre depresión, 129
 Cohen, David, 36
 Colaboración Cochrane, 58-60, 115, 127, 132, 135
 Colegio Real de Médicos Generales, 6, 97
 Colegio Real de Psiquiatras, 6, 93-96, 102, 117
 conductas compulsivas, 79
 conductor de autobús belga, 67
 Consejo de Investigación de Noruega, 54
 Consejo de Psiquiatría Basada en la Evidencia, 99, 115
 consejos sobre la retirada, 146
 conspiración, 101, 175-178
 constructo social, 23, 77
 control social, 80, 166
 Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 164
 Crawshaw, John, 177
 cristal, 78
 Dagens Nyheter, 178
 daño cerebral, 30, 32, 39, 51, 75, 83, 106, 108, 141, 153, 164, 197-203
 dapoxetina, 72
 Davies, James, 94, 99
 deber ético, 53, 54
 Delano, Laura, 126
 delirio alcohólico, 168
 delirio, 83
 Demasi, Maryanne, 28
 demencia, 49, 84, 167, 197
 demencia, prevención, 167
 denunciante, 102, 188
 dependencia, 6-9, 78, 92-94, 112-117, 124, 132-137, 148, 178, 188
 depresión por abstinencia, 47
 depresión psicótica, 25
 depresión, 45-48, 179
 depresión, prevención, 42, 97, 131
 derechos humanos, 161
 desequilibrio químico, 7, 15, 27-33, 36, 116, 131, 141, 171, 172, 180, 185, 187, 196, 202
 desorden esquizoafectivo, 179
 Diagnosticando la Psiquiatría, documental 24, 124
 diagnóstico pegajoso, 25
 diagnóstico, abusivo, 102
 diagnóstico, post-mortem, 100
 diagnósticos psiquiátricos, 21-25
 diálogo abierto, 110
 Dirección de Salud de Islandia, 176
 discinesia tardía, 51, 162-164
 disfunción sexual, 72, 73, 178
 disonancia cognitiva, 63, 174, 185
 dividir comprimidos y cápsulas, 159
 Dolin, Wendy, 87
 dopamina, 27, 30
 droga soma, 33
 Eccleston, Chris, 134
 electroshock, 6, 32, 106
 Eli Lilly, 43, 46, 54, 64, 69, 71-73, 165, 187
 embotamiento emocional, 34, 147, 199
 Emslie, Graham, 64
 enfermedad genética, 57, 182, 197
 ensayo aleatorio, 143
 ensayo de retirada, 46
 Epdrup, Bjørn, 118
 Eriksson, Elias, 173-175

Escala de los Síndromes Positivo y Negativo, 44
 escáner cerebral, 57, 118, 182
 esquizofrenia, 20, 23, 27, 30, 40-58, 118, 167
 esquizotipia, 24, 170, 171, 193
 estabilizadores del estado de ánimo, 9, 76
 estigma, 8, 19, 20, 24, 52, 100, 101, 202
 estimulación magnética transcraneal, 85
 estimulantes, 37, 77
 estudio TIPS, 51
 estudios de mantenimiento, 41, 46
 estudios de retirada, ver estudios de mantenimiento
 ético, muy poco, 43, 46, 58, 145
 eufemismo, 9, 191
 Evening Show, 188
 evidencia circular, 172
 éxtasis, 37
 eyaculación precoz, 72
 falsa solución, 66
 fanatismo religioso, 167
 fármacos anti-esquizofrénicos, 44
 fármacos para la depresión, 6, 44, 62, 88
 Fava, Giovanni, 178
 FDA, 43, 66, 77
 fobia social, 36
 Forest Laboratories, 103
 Fortescue, Rebecca, 133
 Frankfurt, Harry, 175
 fraude social, 172
 fraude, 17, 40, 48, 63, 77
 Frydenlund, Jens, 150
 Geoffroy, Marianne, 30
 Gerada, Clare, 97
 GlaxoSmithKline, 71, 87, 187, 188
 Glenthøj, Birte, 30
 Goodwin, Guy, 98-100
 Gordon, Peter, 102
 Gottstein, 165
 gremio de psiquiatras, 17, 28, 40, 50, 53, 99, 100, 115, 116, 122, 126, 129, 134, 135, 166, 177
 Groot, Peter, 148
 Grupo de Depresión Cochrane, 129
 Grupo Parlamentario Transversal sobre la Dependencia a Fármacos por Prescripción, 117
 Guía del Centro Carter para el Periodismo sobre Salud Mental, 190
 guía para dejar los psicofármacos, 135
 Gulag, 166
 Hamilton, escala 37, 44, 45
 Hamrick, Blair, 188
 Healy, David, 9, 72, 143, 188
 Hearing Voices Network, 58
 hechizo de la medicación, 11, 109
 Hegelstad, Wenche ten Velden, 51
 Heilbuth, Poul Erik, 187
 Hetrick, Sarah, 132
 Higgins, Julian, 131
 Himwich, Harold, 18
 Hindenburg, Paul von, 200
 historias de pacientes, 195
 Hitler, Adolf, 200
 Hoel, Anniken, 181
 Høiby, Niels, 124
 Holmgren, Allan, 119
 homicidio, 67, 68, 115
 Horath, Ryan, 60
 Horowitz, Mark, 115, 154
 Hospital Universitario de Akershus, 161
 Huxley, Aldous, 33
 Hyman, Steven, 33
 iatrogénico, 25
 ideología, 175
 informe del estudio clínico, 64-70, 131
 Instituto Internacional para la Retirada de los Psicofármacos, 118
 Instituto Nacional de Salud Holandés, 148

Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, 33, 44, 54, 64
 Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y el Cuidado, ver NICE
 Instituto para la Libertad Científica, 178
 intereses comerciales, 33, 135
 intervalo de confianza, 28
 Jacobsen, Torsten Bjørn, 192
 James, Adrian, 95
 Janssen, 43, 54
 Jarbin, Håkan, 176
 Jauhar, Sameer, 98
 Jefferson, Tom, 41
 Jørgensen, Henrik Haring, 119
 juicios amañados, 61, 128, 166
 Junta de Apelaciones Psiquiátricas de Dinamarca, 162
 Junta Nacional de Salud de Dinamarca, 103, 113
 juntas de salud, 175
 Kendall, Robert, 7
 Kendall, Tim, 187
 Kessing, Lars, 29-32, 167, 188
 Kierkegaard, Søren, 109
 kit de iniciación a la psiquiatría, 25, 86
 kit de supervivencia para jóvenes psiquiatras, 166
 Kortegaard, Lisbeth, 119
 Kristensen, Knud, 120-122, 189
 La Vanguardia, 179
 lamotrigina, 77
 Laponia, 110
 lavado de cerebro, 8
 Leber, Poul, 164
 Leponex, 42, 167
 Licht, Rasmus, 26
 litio, 74
 lobotomía química, 200
 locura, 83
 Lundbeck, 43, 54, 103, 173, 181, 184, 188, 189
 Maj, Mario, 52
 mala praxis médica, ver negligencia médica
 malaria, 195
 manía, 12, 76, 79, 163, 198
 Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, 131
 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 22, 26, 170, 190
 manual para pacientes, 31
 Manzoor, Amina, 178
 McFerrin, Bobby, 22
 McLaren, Niall, 20
 medicamentos antiepilépticos, 76
 medios de comunicación, 177
 Melle, Ingrid, 53-57
 memoria, 16
 mentor de recuperación, 139
 Merck, 48
 metaanálisis, 41
 metanfetamina, 77
 metilfenidato, 78
 Middelboe, Thomas, 29
 miedo, 8
 MIND, Dinamarca, 119
 MIND, Reino Unido, 112
 Ministerio de Asuntos Sociales y Salud Finlandés, 175
 Ministerio de Salud de Nueva Zelandia, 177
 modelo biológico, 20, 21, 109
 modelo biopsicosocial, 18
 modelo centrado en el fármaco, 36
 modelo centrado en la enfermedad, 36
 Moncrieff, Joanna, 9, 36, 99
 Montagu, Luke, 115
 muerte natural, 57, 144, 166, 181
 muertes, 48
 Muertos de la Psiquiatría, 144
 Müller-Oerlinghausen, Bruno, 187
 Munkholm, Klaus, 167

nazismo, 166, 175, 200
 negligencia médica, 14, 85, 87, 114, 168
 Nemeroff, Charles, 102
 neurolépticos, 6, 18, 31, 37-46, 49, 58, 61, 88-90, 110
 New England Journal of Medicine, 48
 NICE, 93-95, 99
 Nielsen, Margrethe, 142
 Nissen, Julius, 31
 Nordentoft, Merete, 54
 normas culturales, 171, 193
 noticias falsas, 190
 número necesario para dañar, 105
 número necesario para tratar, 104
 Nutt, David, 98, 100, 116
 Open Dialogue, 110
 oposición fuerte, 115, 119, 122
 OPUS, estudio 54
 Os, Jim van, 148
 paroxetina, 87
 pastilla soma, 33
 pastillas de la felicidad, 71, 137, 177, 181, 184
 Pedersen, Anahi Testa, 24, 171, 183
 Pedersen, Anders Gersel, 188
 pensiones de invalidez, 38, 110
 personas de apoyo, 139
 Pfizer, 65, 187
 piloto de German Wing, 67
 Politiken, 188
 prevención de la depresión, 42, 97, 131
 prevención de la psicosis, 42
 Priligy, 72
 problemas de memoria, 16
 proceso de retirada 12, 115, 122, 136, 138, 142, 150
 prolongación del QT, 53
 prueba de enfermedad mental, 147, 163
 psicoeducación, 8, 12, 80
 psicólogos, 139
 psicosis, 40, 50, 51, 83, 110, 167
 psicosis, prevención, 42
 psicoterapia de regulación emocional, 109
 psicoterapia dialéctica conductual, 109
 psicoterapia, 9, 20, 86, 108, 139
 psiquiatría biológica, 18, 21-23, 83, 167
 Psiquiatría de la Región Capital, 15, 24, 29, 125, 167
 p-valor, 28
 Rasi, Guido, 72
 Rasmussen, Poul Nyrup, 144
 Read, John, 93-99
 Rees, Paul, 96
 regulación adaptativa de las emociones, 108
 regulación maladaptativa de las emociones, 108
 resultados irrelevantes, 45
 retirada de psicofármacos, 112
 retirada súbita de la medicación, ver síntomas de abstinencia
 revisión Cochrane, 41, 79
 revisión sistemática, 41
 revistas médicas, 177
 Riisgaard, Ole, 120
 Ritalin, 78
 rofecoxib, 48
 Royal College of General Practitioners, ver Colegio Real de Médicos Generales
 Royal College of Psychiatrists, ver Colegio Real de Psiquiatras
 Rüdinger, Bertel, 119, 126
 Runciman, Olga, 30, 119
 salud mental, 102
 Salud Pública de Inglaterra, 99, 117
 Schmidt, Michael, 168
 sección libre de contenciones, 168
 sertralina, 198
 Sharfstein, Steven, 19
 síntomas de abstinencia, 35, 39-43, 75, 93, 105, 136, 145, 150, 154, 163, 188,

198

síntomas de retirada, ver síntomas de abstinencia

Sloth, Kristian, 167, 193

SmithKline Beecham, 72

Soares-Weiser, Karla, 132, 133

solución falsa, 66

Søndergård, Lars, 30, 168

Sørensen, Anders, 32, 125, 129, 143, 183

Stjernholm, Anders, 184

Stofkooper, David, 198

Strandberg, Silje Marie, 179

subrogado, 63

subsidio por discapacidad, 38, 110

subsidio por discapacidad, 38, 110

suicidio, 48, 52, 64-68, 97, 103, 126, 187, 188, 198, 199

suicidios en niños, 175

superviviente psiquiátrico, 8, 134, 139

Svenska Dagbladet, 178

tabla para la retirada de psicofármacos, 157

Taylor, David, 115

TDA, 23

TDAH, 22-27, 77-82

terapia cognitivo-conductual, 109

Thirstrup, Steffen, 143

Tiihonen, Jari, 61

Timimi, Sami, 81, 101, 127

Toft, Birgit, 119, 138

Toft, Stine, 11

Torrey, Edwin Fuller, 58

Tovey, David, 135

Traje Nuevo del Emperador, 130

transgresiones éticas, 102

trastorno afectivo bipolar, 12, 14, 25-27, 74, 76, 85

trastorno bipolar juvenil, 27

trastorno de déficit de atención con hiperactividad, ver TDAH

trastorno del desarrollo neurológico, 22

trastorno esquizoafectivo, 76, 180

trastorno esquizotípico de la personalidad, 170

trastorno límite de la personalidad, 81, 85

trastorno obsesivo-compulsivo, 79, 86, 199

trastorno por déficit de atención, 23

tratamiento forzado, 161

trauma, 8, 28, 29, 52, 59, 110, 163

Unión Soviética, 102, 166

Universidad de Emory, 102, 146

variables surrogadas, 63

Vestergaard, Jan, 124

vida sexual, 71

Videbech, Poul, 29-31, 84, 123, 185

Vinberg, Maj, 182-184

violencia, 47, 63, 67-70, 78, 115, 164

Vioxx, 48

Wessely, Simon, 97

Whitaker, Robert, 9, 43, 52, 119, 167, 172-178

Wiinberg, Ulf, 103

Wilson, Mark, 58-60, 127, 128

World Psychiatry, 51

Young, Allan, 98

zombi, 50, 164, 172, 181, 198-200

Zyprexa Papers, 165