

EXTRACTO DE LA RUEDA DE PRENSA DEL DR. PETER GÖTZSCHE
EN BARCELONA EL 20 DE SEPTIEMBRE DE 2016

www.TimeForTruth.es

Peter Christian Gøtzsche es un médico, biólogo e investigador de temas de medicina. Fue cofundador del Centro Nórdico Cochrane de Copenhague y desde 1993 es su director. Es profesor de análisis y diseño de investigaciones de la Universidad de Copenhague, y es conocido principalmente como autor de revisiones sistemáticas y evaluaciones de terapias farmacológicas (metanálisis), técnicas de tratamiento y prevención de la salud. Ha publicado Rational Diagnosis and Treatment: Evidence-Based Clinical Decision-Making (Diagnóstico y tratamiento racionales. La toma de decisión clínica basada en la evidencia) (2000), Mammography Screening: Truth, Lies and Controversy (Mamografías: verdades, mentiras y controversia) (2012), Medicinas que matan y crimen organizado: cómo las grandes farmacéuticas han corrompido el sistema de salud (2014) y Psicofármacos que matan y denegación organizada (2016).

Se puede ver la rueda de prensa en vídeo en el siguiente enlace:

<https://www.youtube.com/watch?v=7Td0n82nBRU>



Puede explicarnos las principales conclusiones a las que llega en su último libro Psicofármacos que matan y denegación organizada?

Hace ya nueve años que vengo analizando las investigaciones sobre psiquiatría, he sido muy cuidadoso y he profundizado mucho en la literatura médica. Y cuando se investiga muy profundamente, los "esqueletos" surgen de debajo de la tierra, los esqueletos enterrados ¿sabéis? ¡Hay tantas cosas que han sido ocultadas! Y algunas de estas cosas son muchas de las muertes causadas por los medicamentos psiquiátricos. En los informes de los ensayos clínicos que se publican, los fabricantes de los fármacos psiquiátricos suelen omitir los suicidios y otras muertes. Por tanto, dado que la literatura publicada no es de fiar, tanto los psiquiatras como los demás médicos desconocen en realidad la peligrosidad de los medicamentos psiquiátricos. **La mayoría de las investigaciones están realizadas por las compañías farmacéuticas, que tienen un gran interés en ocultar los daños graves causados por sus medicamentos.**



Tras muchísimos años de estudio he llegado a la conclusión de que la manera en que utilizamos los medicamentos psiquiátricos causa mucho más daño que beneficio. Los usamos más de la cuenta, matamos y mutilamos a mucha gente, y les causamos daños cerebrales permanentes, por lo que a la gente le cuesta volver posteriormente a su vida normal. Habría que utilizarlos mucho menos, como máximo sólo un 2% de lo que se utiliza actualmente. Parece imposible conseguir que los médicos los reduzcan al nivel en que los psicofármacos harían más bien que mal. Esto ocurre porque la industria farmacéutica es muy poderosa y miente metódicamente sobre sus

medicamentos. Miente tanto en el marketing como en la publicación de los resultados de la investigación de los medicamentos.

Después también están los incentivos económicos y las fantasías de obtener "soluciones rápidas": "Yo tengo un problema, estoy deprimido, tengo psicosis aguda o lo que fuere". Y el médico dice: "Aquí tienes la pastilla que te curará". Pero eso es un error, porque los medicamentos psiquiátricos no pueden curar a nadie. Únicamente pueden atenuar los síntomas para que sean un poco menos molestos, pero no curan a nadie. Igual que el alcohol, que no puede curar a nadie, pero te puede hacer un poco más feliz. Es más o menos lo mismo.

Es imposible por ahora instruir a los médicos para utilizar mucho menos los psicofármacos, principalmente sólo para casos agudos y para cuando los pacientes los pidan. Así que he llegado a la conclusión de que sería mejor para la humanidad que retirásemos todos estos medicamentos del mercado. Sería mucho mejor. Tendríamos una población más sana, vivirían más y no mataríamos a tanta gente. Pero por supuesto, esto es un enfoque controvertido, aunque se base en mismísima ciencia, en los mejores argumentos científicos que he podido encontrar.

Todo el campo de la psiquiatría es, en general, muy extraño. Se dice que son medicamentos específicos, que los antidepresivos sirven para la depresión. Pero yo he llegado a la conclusión de que no sirven para la depresión, de que tienen efectos secundarios y de que incrementan el riesgo de suicidio, no sólo en los niños, sino en todos los pacientes. Entonces, ¿por qué utilizar fármacos que incrementen el riesgo de suicidio, si lo que más preocupa de las personas deprimidas es que puedan matarse? Así que no tiene ningún sentido usar medicamentos que aumenten el riesgo de suicidio. Como digo, hay muchas cosas oscuras en la psiquiatría.

Afortunadamente, algunos psiquiatras han empezado a darse cuenta de los problemas que ellos mismos han creado. Hay un movimiento en mi país, Dinamarca, en EEUU y en otros lugares, que tiende a utilizar menos medicamentos y menos compulsivamente. De hecho, tendríamos que suspender toda la legislación existente sobre los internamientos y sobre las medicaciones forzadas en psiquiatría, porque son inhumanas y perjudiciales. Existe al respecto una Declaración de las Naciones Unidas sobre los

minusválidos, que Dinamarca ha ratificado y estoy seguro que España también lo debe haber hecho. La Declaración dice que debemos suspender toda la legislación sobre internamientos y medicaciones forzadas en psiquiatría. Son prácticas inhumanas que no deben aplicarse con los pacientes psiquiátricos, ni con ningún otro tipo de pacientes, pues la muerte puede ser alguna de sus consecuencias. Hay muchísimas más.

Cuando se envían soldados a la guerra uno es consciente de que se les puede estar mandando a la muerte. Pero esas personas deciden por sí mismas si desean ser soldados o no, así que conocen los riesgos de antemano. La diferencia con los pacientes psiquiátricos es que ellos no deciden convertirse en pacientes psiquiátricos y en cambio, sí corren el riesgo de morir a causa de los medicamentos que se les obliga a tomar. Así que necesitamos una completa revolución en psiquiatría basada en utilizar más la psicoterapia, en tratar a las personas con empatía, comprensión y respeto, aunque se trate de psicóticos. Si los tratamos así, cuando ellos se sientan respetados y sepan que no serán forzados a nada, les aseguro que los podremos calmar. **La compulsión y la violencia generan violencia. Así que cuando los pacientes psicóticos reaccionan violentamente, a veces es porque los profesionales fueron antes violentos con ellos.**



¿Se dan cuenta de que podríamos hacer las cosas mucho mejor? Ya hay gente que nos está mostrando cómo hacerlo. En Laponia (Finlandia), por ejemplo, aplican lo que ellos llaman "diálogo abierto". Cuando alguien tiene una psicosis, durante las primeras 24 horas se forma un equipo compuesto por profesionales, amigos y familiares que se reúnen y conversan con el paciente. Hay un acercamiento humano con el afectado que no es a través de la fuerza. Los resultados son muy superiores que los de la psiquiatría

tradicional y ahora se está difundiendo este modelo por varios países. En muchos lugares de Alemania, por ejemplo, se está adoptando también el modelo del "diálogo abierto", que significa dialogar, hablar con el paciente, en vez de "hacerle algo".

Es importante dejar al paciente decidir por sí mismo. En mis cursos les he preguntado a muchos pacientes que habían sido internados por una psicosis (*como la esquizofrenia o el trastorno bipolar*) con qué preferirían ser medicados si tuvieran otro cuadro de psicosis: si con una benzodiazepina (*como el Valium*) o con un antipsicótico. Todos ellos han contestado: "Con una benzodiazepina, por favor". ¿Y sabéis por qué? Porque las benzodiazepinas son mucho menos tóxicas que los antipsicóticos. De hecho, hablando de calmar a la gente, parecen ser un poco más efectivas. Así que, ¿por qué no usar benzodiazepinas? En mi país, cuando la gente tiene una psicosis aguda, a veces utilizamos las benzodiazepinas. No siempre... pero las personas deberían decidir por sí mismas.

Ya el hecho de ser partícipes en su propio proceso les va ayudar a sanar mucho más que viendo al psiquiatra transformándose en su amo. Los pacientes deberían ser los amos de su propia vida, tal como vosotros y yo mismo. Esto permitiría una psiquiatría mucho mejor. Y así sería aún mucho más atractivo ser psiquiatra, ya que a nadie le resulta grato tener que imponerse por la fuerza. Si a nadie le gusta la compulsión, ¿por qué la practicamos? No es muy agradable tener que hacer de policía de nadie. No se puede decir: ahora le pongo una camisa de fuerza y "soy un policía malo" y luego le invito a participar en una interacción positiva y me convierto en "un policía bueno". No se puede hacer eso. El paciente no se lo va a creer y pensará: "¿Cuándo me volverá a poner la camisa de fuerza?" o "¿Me pondrá otra inyección?"

Insisto... es muy deprimente lo que está sucediendo con la psiquiatría. He llegado a la conclusión de que deberíamos dejar de usar los antidepresivos (*como el Prozac*), porque cuando les preguntamos a los pacientes, nos dicen que no les sirven; solamente los psiquiatras dicen que son útiles. Por ejemplo, uno de los efectos secundarios más comunes de los antidepresivos es reducir la vida sexual a la mitad, ya sea por falta de libido, ya sea por impotencia del hombre o por falta total de eyaculación. Por eso es extraño

que a esas píldoras se las llame "píldoras de la felicidad", puesto que destrozan la vida sexual. Deberían llamarse "píldoras de la infelicidad": ¿quién quiere perder su vida sexual? ¡Nadie! Es increíble lo que el dinero, el marketing y las mentiras pueden hacer a las personas.

EL TDAH

¿Qué nos puede decir acerca de los medicamentos para el denominado TDAH (trastorno por déficit de atención con hiperactividad)?

Algunos de los medicamentos que se dan para el TDAH son anfetaminas. Si uno compra anfetaminas en la calle, se las considera drogas ilegales! Pero si se las compra con receta, son legales! Esto es muy extraño. Los demás medicamentos para el TDAH tienen propiedades similares. Así que es como darles a niños y adultos una receta legal para tomar narcóticos, lo cual me parece más bien terrible, particularmente cuando hablamos de los niños, con sus pequeños cerebros en desarrollo. De ninguna manera puede ser bueno para su salud darles una sustancia química que modifica sus cerebros. Ésta hace que los niños estén más tranquilos, cierto, lo cual es bueno para los maestros, y tal vez para los padres, pero no para ellos. Además, también se vuelven menos curiosos y tienden a aislarse de las demás personas. Ya sabemos que el cerebro en desarrollo necesita de mucha interacción con otras personas y que la curiosidad es buena porque ayuda a que el cerebro se desarrolle. Si de algún modo se entorpecen esos procesos... no puede resultar nada bueno para la salud.

Los experimentos con los animales también nos han hecho saber que los medicamentos para el TDAH pueden causar daño cerebral permanente. Pero esto es aplicable a todos los medicamentos psiquiátricos. ¿Por qué queríamos dañar el cerebro de nuestros niños? No parece una buena idea... Muchos psiquiatras dicen: "Oh, bueno, usamos estos medicamentos para que cuando crezcan disminuya la probabilidad de convertirse en drogadictos o delincuentes" o también "sirven para que tengan un mejor rendimiento académico". Pero no existen pruebas fiables que demuestren que esto sea así. El único estudio significativo con seguimiento prolongado -un ensayo norteamericano- en realidad indica lo opuesto: **Si hay algo que los medicamentos para el TDAH hacen probable, es volver a la gente adicta**

a las drogas, pero no ayudan en absoluto a mejorar el rendimiento académico.

En estos momentos estamos estudiando estos medicamentos en el Centro Nórdico Cochrane. Concretamente estamos haciendo un análisis del *Ritalín*. Los ensayos están revelando datos terribles; es una de las peores investigaciones científicas vistas hasta ahora. Seguimos confirmando día tras día que los ensayos realizados por las compañías farmacéuticas son muy poco fiables y a menudo están hechos por psiquiatras norteamericanos sumamente corruptos que reciben millones de dólares a cambio. Así que yo creo que diagnosticar a tantos niños con TDAH -a los que son más fastidiosos y menos dóciles que otros- es un verdadero drama, porque ello lleva a que se los trate con drogas (legales eso sí). Los niños necesitan de la interacción humana y a veces los padres necesitan ser educados. El problema puede radicar en los padres, puesto que los niños reaccionan al entorno escolar y de acuerdo a cómo sean sus padres.



Les diré más, a menudo se trata sólo de una cuestión de tiempo. Un importante estudio canadiense sobre 1 millón de escolares demuestra que para los nacidos en diciembre, el 50% más de niños están en tratamiento con medicamentos para el TDAH en relación a los nacidos en enero del mismo año. ¡El 50% en la misma clase! ¿Por qué? Porque para los nacidos en enero sus pequeños cerebros han tenido 11 meses más para desarrollarse y entonces ya no son tan fastidiosos para sus maestros de escuela. ¡Es porque ya son 11 meses mayores! ¿Se entiende? Esto nos demuestra que cuando se está trabajando con niños, es una desgracia tener poca paciencia.

Una buena amiga mía en Dinamarca es psiquiatra especializada en niños y les retira a todos sus pacientes los medicamentos para el TDAH. Me dice que nunca ha visto empeorar a uno solo de ellos, sino que mejoran. De hecho, los padres agradecen tener con ellos de nuevo al mismo niño "de antes", aunque sea más fastidioso. ¿Se dan cuenta? Ellos recuperan a su verdadero niño y no a una criatura drogada. ¿Quién le daría alcohol a un niño todos los días? ¡Nadie lo haría! Pero los medicamentos psiquiátricos son muy similares al alcohol: tienen efectos muy inespecíficos, lo mismo que el alcohol. Hay algunos efectos del alcohol que nos agradan: nos hace sentir más relajados y a veces más felices, pero a veces también hace que la gente se vuelva agresiva. Lo mismo sucede con los medicamentos psiquiátricos, los medicamentos para el TDAH, los antidepresivos y los antipsicóticos: aumentan la violencia. Son de efecto similar al alcohol.

Los antidepresivos también tienen que ver con muchos de los tiroteos en las escuelas de Estados Unidos, aunque esta relación ha sido muy poco investigada. Cuando ocurren hechos terribles, por ejemplo, cuando un paciente psicótico mata a alguien, escuchamos a menudo decir: "Oh, eso fue porque dejó de tomar sus antipsicóticos dos días antes", dando a entender lo buena que es la medicación: ¡Si la hubiera tomado, podría no haber sucedido! Ésta es la historia que cuentan los medios de comunicación, aunque es errónea.



Si se dejan de tomar los antipsicóticos se pueden presentar síntomas de abstinencia terribles. Uno de ellos es una inquietud extrema, cuando la persona no se puede quedar ni sentada (acatisia), tiene que hacer "algo". Esto predispone tanto al suicidio como al homicidio. Así que cuando un paciente deja de tomar los antipsicóticos debido a los terribles efectos secundarios que acarrean, a lo que se le llama "tomarse vacaciones del

medicamento", es entonces cuando se puede convertir en un homicida. Ése es generalmente un efecto colateral del fármaco. ¿Se percatan?

Los medios de comunicación, sin embargo, muestran siempre la historia opuesta: "Esto sucedió porque suspendió el medicamento". Pero, para empezar, yo les diría, ¿por qué le dieron un fármaco tan peligroso? Ésa es la pregunta correcta.



LOS MEDIOS

Ya que habla de los medios... ¿Se están haciendo eco de esta problemática?

Bueno... Precisamente la última vez que estuve aquí en Barcelona fui entrevistado para la contraportada de *La Vanguardia*, un periódico muy popular, por una periodista, Inma creo que se llamaba. Fue una entrevista muy buena e interesante, pero el director no le permitió publicarla -lo cual está muy mal- porque el periódico está patrocinado por una compañía farmacéutica. A eso se le llama corrupción.

¿Se encuentra con este tipo de cosas habitualmente?

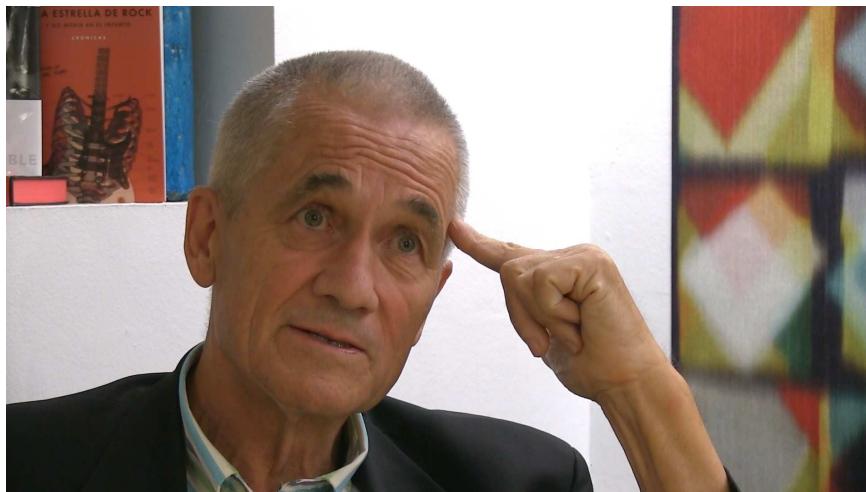
No, no en mi país; los periódicos son bastante independientes allí. Es obvio que se trata de un problema grave en España, en Rusia y por supuesto en muchos otros países, incluso en EEUU. Queda muy poca prensa libre en el mundo. Los intereses económicos controlan la prensa, lo cual representa un grave problema para nuestras democracias.

¿A qué se refiere el subtítulo de su libro: *Denegación organizada*?

Esta es una pregunta interesante. Ensayé dieciocho títulos diferentes para mi libro antes de elegir éste. Es muy corto y nos dice mucho. ¿Qué quiero decir con "Denegación organizada"? **Significa que los psiquiatras han organizado la denegación, han inventado un verdadero "cuento chino" al que llaman "Psiquiatría biológica".** Muchos de ellos siguen diciendo hoy en día que una persona está enferma porque tiene un desequilibrio químico en su cerebro. ¡Eso es una tremenda mentira! Las investigaciones científicas jamás han demostrado que esto sea verdadero. Sin embargo, a la mitad de los pacientes se les ha dicho que "están enfermos porque tienen un desequilibrio químico", cuando es precisamente lo contrario: el medicamento produce un cambio en el cerebro, que es el que provoca el desequilibrio químico en el mismo. El desequilibrio no existía al principio. Entonces, cuando los pacientes tratan de dejar el medicamento, pueden tener síntomas de abstinencia muy serios. Así que se inventaron un verdadero cuento sobre cómo actúan estos medicamentos, pero no es correcto. A esto es a lo que yo llamo "Negación organizada". Porque NIEGAN el peligro que entrañan estos fármacos. Los psiquiatras casi siempre niegan que los antidepresivos provoquen adicción. Aceptan que las benzodiazepinas crean adicción, pero dicen: "Oh no, los antidepresivos no causan ese problema". Pero esa es otra gran mentira. Si se les pregunta a los pacientes -lo cual hemos hecho muchas veces- la mitad de ellos responden que sí les ha creado adicción, y que tienen muchas dificultades para poder dejarlos.

Tuve un estudiante que estaba haciendo el doctorado y que comparó los síntomas de las benzodiazepinas con los de los antidepresivos. Observó que cuando se dejaban de tomar producían síntomas muy, muy similares. Éste es otro ejemplo de la "Denegación organizada": ellos no aceptan esta realidad. ¿Por qué? Porque así les resulta mucho más fácil ser psiquiatras; no tienen que reconocer que al dar antidepresivos a las personas se las convierte prácticamente en drogadictas. Es más fácil cerrar los ojos y negar la evidencia, que reconocer que la gente se vuelve adicta. Aquí tenemos una negación de los hechos devastadora. Conozco a muchos psiquiatras influyentes -que escriben en periódicos y publican artículos científicos- que afirman que cuando se medica a los niños con antidepresivos se reducen los riesgos de suicidio. Sin embargo, los resultados de las pruebas aleatorias muestran todo lo contrario: se incrementa el riesgo de suicidio. Las autoridades sanitarias de todo el mundo están advirtiendo ya sobre el uso

de antidepresivos en niños precisamente por esto. Pero yo pienso que deberían ir más lejos y prohibir directamente el uso de antidepresivos en niños. ¡Algunos niños se están suicidando debido a estos medicamentos! Mientras tanto, algunos psiquiatras lo siguen negando... ¿Entienden ahora por qué lo llamo "Denegación organizada"?



¿Cómo se ha llegado tan lejos? ¿Por qué los psiquiatras han aceptado esta situación?

Me he preguntado muchas veces cómo ha sido posible causar lo que, según me parece, es el peor desastre provocado por los fármacos en la historia de la humanidad. ¿Cómo ha sido posible una cosa así? ¿Es por dinero? Hay muchísimo dinero en juego cuando se diagnostica de depresión a mucha gente normal que sólo está "triste" porque recién les ha dejado su pareja, su madre ha fallecido, suspendieron un examen, o tienen problemas en su matrimonio. Simplemente están tristes, pero se les diagnostica depresión que jamás se les debería haber diagnosticado. Por lo tanto, son tratados con estos fármacos. Esto tiene mucho que ver con el dinero y el enorme poder de la industria farmacéutica. Hay que saber que los médicos reciben incentivos económicos muy perniciosos. Recetar un antidepresivo a un paciente lleva dos minutos, pero retirárselo, puede llevar meses debido a los síntomas de abstinencia. Muy pocos psiquiatras saben retirar los fármacos. Cuando lo intentan suelen hacerlo demasiado rápido. Es muy común que bajen la dosis a la mitad, a un 50%, pero eso es demasiado, porque algunos pacientes sufren de síntomas de abstinencia, los cuales son interpretados como síntomas de depresión. Pero eso no es una verdadera depresión: ¡Son los síntomas de la abstinencia! Pero el psiquiatra le dice al

paciente: "Usted necesita seguir tomando el medicamento porque le ha vuelto la depresión, así que le volveré a dar la dosis completa", y ya no volverá a repetir la prueba.

Los psiquiatras, en general, no saben lo suficiente sobre los medicamentos que usan. ¡No saben! Los guía el incentivo económico. Si deciden usar psicoterapia con un paciente puede llevarles una hora, pero si vuelven a hacer las mismas recetas pueden atender a muchos pacientes en una misma hora. ¿Lo veis? Es totalmente erróneo usar incentivos económicos también porque el uso generalizado de medicamentos psiquiátricos ha incrementado el número de pensiones por discapacidad en todos los países. Al aumentar el uso de fármacos psiquiátricos, aumentan proporcionalmente las pensiones a los discapacitados (*mentales*) en todos los países. Los medicamentos han transformado los problemas agudos en problemas crónicos -se crean los pacientes crónicos- y quitan gente del mercado laboral. ¡Esto es increíblemente caro para la sociedad! Sería mucho más barato usar poco los fármacos psiquiátricos y mucho más la psicoterapia. Tendríamos una población más sana, contribuyendo de manera productiva a la sociedad. Por tanto, creer en una "solución rápida" es una entelequia. No funciona y es increíblemente costoso para la sociedad. Por desgracia, como pueden ver, hay todo tipo de incentivos erróneos que impulsan a las personas a hacer cosas equivocadas.

¿Qué cura puede haber para la tristeza o para la depresión, entonces?

Bueno, eso es muy, muy fácil. Si se le da un antidepresivo a un paciente con depresión severa, después de un mes de promedio el paciente remite a una depresión moderada. Así que ha mejorado mucho: ha pasado de depresión severa a moderada. ¿Qué pasa si a estos pacientes se les da un placebo? Entonces sólo tardan una semana más para que remitan a depresión moderada. O sea que esperando un poco más, los pacientes mejoran incluso sin tomar medicamentos. El problema es que estos ensayos están sesgados, porque están hechos por psiquiatras pagados por la industria farmacéutica. No son estudios ciegos adecuados (*en los que los pacientes y los médicos no saben si se trata de un medicamento o un placebo*) porque estos fármacos tienen efectos secundarios. Así que durante los ensayos, tanto los pacientes como los médicos suelen saber cuándo se trata del fármaco y cuándo del

placebo (*porque el placebo no causa efectos secundarios*) y entonces el psiquiatra tiende a exagerar el efecto (*sesgo*), lo cual es muy humano. Pero si se pone algo en el placebo para que también produzca efectos secundarios para que no sepan (*ni los pacientes ni los médicos*) quién tomó un medicamento y quién un placebo, entonces puede verse claramente que los fármacos antidepresivos no sirven.

¿Cree que está relacionado con el ADN, que se puede tener una patología a causa del ADN?

¡No, no, olvídate de esto! La psiquiatría está llena de pseudociencia. Muchas de las cosas que se dicen no son ciertas.

¿No podría funcionar un tratamiento controlado con antidepresivos acompañado de psicoterapia?

Yo pienso que no. Tal vez no todo el mundo esté de acuerdo conmigo, pero aplicando meticulosamente el método científico, he llegado a la conclusión de que los antidepresivos no sirven. Son perjudiciales y no deberíamos utilizarlos nunca. Tampoco deberíamos emplearlos en combinación con la psicoterapia y puedo explicar por qué. Los antidepresivos sí que producen efectos, como por ejemplo destrozar la vida sexual de quien los toma. Es cierto que también producen efectos "positivos": pueden, por ejemplo, producir euforia y estimular a que el paciente se sienta más feliz. Pero lo más probable es que, entonces, el psiquiatra diga: "Creo que estamos ante un trastorno bipolar porque ahora, además de la depresión, el paciente tiene ocasionalmente episodios maníacos". Cuando, en realidad, los episodios maníacos no son más que un efecto secundario del fármaco recetado. Por lo tanto, en muchos casos, es un error diagnosticar trastorno bipolar.

Si queremos ayudar a un paciente con depresión usando psicoterapia, no es una buena idea embotar sus sentimientos. Sin embargo, esto es precisamente lo que hacen los antidepresivos, reducen los sentimientos. Hacen que el paciente sienta menos, menos tristeza, pero también menos felicidad. En psicoterapia se trabaja precisamente con los sentimientos de las personas. Y cuando alguien se convierte en paciente psiquiátrico, los sentimientos deben aflorar y se debe hablar de ellos para ver cómo

reaccionan las personas. La psicoterapia trabaja con esto, pero es difícil hacerlo si los pacientes tienen los sentimientos embotados por los fármacos.

Dicho de otro modo, si quisiéramos hacer psicoterapia a un paciente, no tendría sentido darle medio litro de vodka antes de una sesión, ¿no es cierto? Sería una locura, porque el paciente no estaría en absoluto receptivo, sino completamente borracho. Lo mismo sucede con los fármacos. ¡No tiene sentido!

Entonces sería correcto usar antidepresivos cuando haya riesgo elevado de suicidio, si luego se pasa a la psicoterapia y se suspende el antidepresivo cuando ya no hay riesgo?

En absoluto. Los antidepresivos incrementan el riesgo de suicidio. No hay un límite de edad por encima del cual se esté a salvo de este efecto. Es incorrecto decir que el riesgo de suicidio sólo se incrementa en niños y adolescentes. Es un error. Hemos estudiado a fondo la bibliografía existente y hemos constatado que el número de suicidios entre las personas que toman fármacos es mucho mayor que la cifra que se ha publicado. Muchos de estos suicidios no se han contabilizado en las estadísticas, y esto me hizo llegar a la conclusión de que lo más probable es que los antidepresivos aumenten el riesgo de suicidio, incluso en las personas de mediana edad. **¿Qué sentido tiene emplear fármacos para prevenir el suicidio cuando, en realidad, aumentan el riesgo de cometerlo?** ¡Es un error! ¡Es mala praxis! ¡No debemos hacerlo! En cambio, hay estudios que indican que la psicoterapia reduce el riesgo de suicidio. Sin embargo, los fármacos lo aumentan. ¡No los empleemos! La psicoterapia lo disminuye. ¡Usemos la psicoterapia!

Puede explicar en qué estudios y documentos científicos se basan sus conclusiones?

Toda la documentación en la que se basan mis conclusiones está en el libro que acabo de publicar. He incluido allí muchas referencias. Los lectores podrán ver cómo llego a mis conclusiones y después, si lo desean, podrán discutir conmigo. De hecho, espero que lo hagan porque eso nos hará más sabios. Así es como progresan la ciencia: ¡Debatiendo!

UNA NUEVA PSIQUIATRÍA

¿A quién va dirigido este libro? Porque hemos leído que iba dirigido a médicos jóvenes.

Escribí el libro, ante todo, para los pacientes y sus familiares, porque todos han sido tremadamente perjudicados por los fármacos psiquiátricos. Pero también lo he escrito para los jóvenes psiquiatras en formación, esperando que el libro les influya y les impulse a hacer una revolución en la psiquiatría, ya que el uso excesivo de fármacos en la actualidad es sin duda alguna, dañino para los pacientes.

Necesitamos una psiquiatría nueva, porque no podemos cambiar a los psiquiatras viejos. No se puede adiestrar a un perro viejo. Si han ejercido durante treinta años, si han creído en el sinsentido del desequilibrio químico y están convencidos de que estos fármacos son muy útiles... ¿Cómo podemos esperar que, mirándose al espejo, se digan: "¡Dios mío! He estado perjudicando a mis pacientes durante treinta años y ahora me doy cuenta de que estaba equivocado"? Es muy difícil. Es más fácil seguir dañando a la gente, diciéndose: "Ayudo a la gente, ¡soy un buen médico!"

Por tanto, nuestro mensaje debe llegar a los jóvenes antes de que los viejos les laven demasiado el cerebro, cosa que desafortunadamente sucede. He hablado con muchos psiquiatras jóvenes que se sienten muy tristes por todo lo que han visto en los departamentos de psiquiatría. Os pondré un ejemplo: Una mujer joven, como parte de su proceso de formación como psiquiatra, se hizo cargo del departamento ambulatorio de psiquiatría por decisión de su jefe. Atendía a pacientes que no estaban internados, pero que acudían al hospital para la consulta y regresaban a sus casas. Empezó a reducir las dosis de fármacos de sus pacientes con el objetivo de que al cabo de un tiempo los dejaran, pero cuando su jefe se enteró se puso furioso: "¡No estás autorizada a cambiar la medicación! ¡Los pacientes deben seguir tomándola!" Ella quería preguntar: "¿Por cuánto tiempo? ¿No deberíamos intentar que se recuperen y dejen los fármacos?" Pero aquello no era lo que el jefe quería oír. ¡Ella estaba desesperada! Incluso pensó en dejar la psiquiatría. La situación la superaba. Cuando hablé con ella, le dije: "¡No la dejes, la psiquiatría necesita a gente como tú. Los pacientes te necesitan.

Estás haciendo lo correcto. Necesitamos a personas como tú para hacer una revolución en la psiquiatría!"

Hasta qué punto la sociedad enferma en la que vivimos tiene culpa de todo esto?

Estoy de acuerdo en que nuestra sociedad está bastante enferma. Hemos permitido al capitalismo ir demasiado lejos en lo que se refiere a las cuestiones de salud. Cuidar enfermos no es demasiado compatible con el capitalismo. ¡De lo que se trata es de cuidar de las personas! En Estados Unidos, el gasto per cápita en salud es el doble de la media europea, pero los resultados son muchísimo peores. Me refiero a todo tipo de resultados: la mortalidad materna, la mortalidad infantil, la longevidad... Es decir que, a pesar de que los estadounidenses, incluso los más ricos, reciben mucha atención sanitaria, viven menos que los europeos. En realidad, no deberíamos decir "a pesar de que reciben mucha atención sanitaria" sino "debido a que reciben demasiada atención sanitaria". O sea, **es debido a que los ricos toman demasiados fármacos peligrosos y se someten a demasiadas intervenciones quirúrgicas peligrosas e innecesarias, que acaban con su vida. Esto es un buen indicador de lo enferma que está nuestra sociedad.**

El Reino Unido se salió de la Unión Europea y desde hace tiempo está siguiendo el modelo estadounidense. El Servicio Nacional de Salud ha sido privatizado en gran parte y ahora los resultados son peores. Están en un nivel intermedio entre los malos resultados estadounidenses y los buenos resultados europeos. La cuestión está muy clara: cuanto más se privatiza la sanidad, peores son los resultados. La sanidad es una cuestión pública, se trata de cuidar de las personas. No tiene nada que ver con el enfoque capitalista.

Y cómo lo podemos cambiar?

Trabajando en la dirección opuesta.

Pero mucha gente trabaja y se gana la vida en esas compañías...

Participé en un grupo de trabajo durante la presidencia holandesa del Consejo de la Unión Europea que finalizó en junio de 2016. Nuestra misión era elaborar soluciones creativas para afrontar de alguna manera el

problema de los elevados precios de los medicamentos. No hay libertad de mercado. Lo hemos visto hace poco con el caso del fármaco para la hepatitis C. Cuando una empresa tiene un monopolio, coge todo el dinero que puede y esto es una amenaza para nuestra sociedad. Es como la piratería, como cuando los piratas somalíes toman rehenes y piden millones para liberarlos. Sólo que en el caso de los fármacos pueden ser millones al año por un sólo paciente. ¡No podemos permitirlo!

Una de las soluciones que planteamos consiste en prohibir las patentes sobre los fármacos y considerar el desarrollo de medicamentos como una actividad pública para el bien público. Es decir, concentrarse en satisfacer las necesidades de los pacientes y no tan sólo en producir nuevos fármacos similares a los que ya tenemos. Hay que llevar a cabo una auténtica investigación que beneficie a los pacientes. Planteamos que el enfoque capitalista es muy malo como para poder desarrollar los fármacos que necesitamos a un precio que podamos permitirnos. En muchos casos no podemos pagarlos sencillamente porque son precios fijados por los monopolios. Así pues, **necesitamos deshacernos de las patentes e implantar un sistema de desarrollo de medicamentos que sea público.**

En la actualidad, la mayoría de los avances en tratamientos farmacológicos provienen de investigaciones realizadas con financiación pública, no de las compañías farmacéuticas privadas. Deberíamos dar este gran paso de crear instituciones públicas para el desarrollo y la comercialización de medicamentos, pues esto nos permitiría fijar unos precios bajos y asequibles para todo el mundo, incluso para los países en vías de desarrollo. De esta manera ayudaríamos a que aumente la prosperidad de los mismos.

Pero muchas veces los medicamentos públicos son peores...

¡No, no! ¡Es una idea completamente errónea! Como he dicho antes, la mayoría de los avances en investigación provienen de laboratorios patrocinados con fondos públicos. En un entorno de financiación pública, los investigadores no trabajan por dinero, sino para ayudar al mundo, lo que por cierto, es mucho más divertido que hacerlo simplemente por dinero.

Anteriormente a este libro, usted también publicó *Medicamentos que matan y crimen organizado* en el cual se habla de lo peligrosos que son

todos los medicamentos en general, no solamente los psiquiátricos. ¿Qué opina usted del Ventolín, por ejemplo, que es un medicamento privado que sirve para el asma?

No nos centremos en ejemplos concretos. Insisto en que está documentado que la mayoría de los avances provienen de la investigación patrocinada con fondos públicos. También es evidente que las compañías farmacéuticas nos extorsionan al igual que un secuestrador con sus rehenes. El sistema actual no es sostenible, no podemos continuar así. ¡Necesitamos un sistema completamente nuevo! Pronto publicaremos un artículo que ya está listo, en el que proponemos dar este paso. Entonces lo podremos discutir.



¿Un simple ibuprofeno, por ejemplo, es peligroso?

El ibuprofeno duplica el riesgo de infarto. Por lo tanto, no sólo es peligroso, sino que también mata a mucha gente. ¡No deberíamos tomar ibuprofeno! ¡Es demasiado peligroso y no hay necesidad! Si tenemos dolor, es mejor aguantarlo o tomar paracetamol.

Es mejor el paracetamol?

Bueno, por lo menos no duplica el riesgo de infarto. ¡Es una locura pretender calmar el dolor con un fármaco que duplica las posibilidades de un ataque al corazón! ¡No tiene sentido!

La gente no lo sabe...

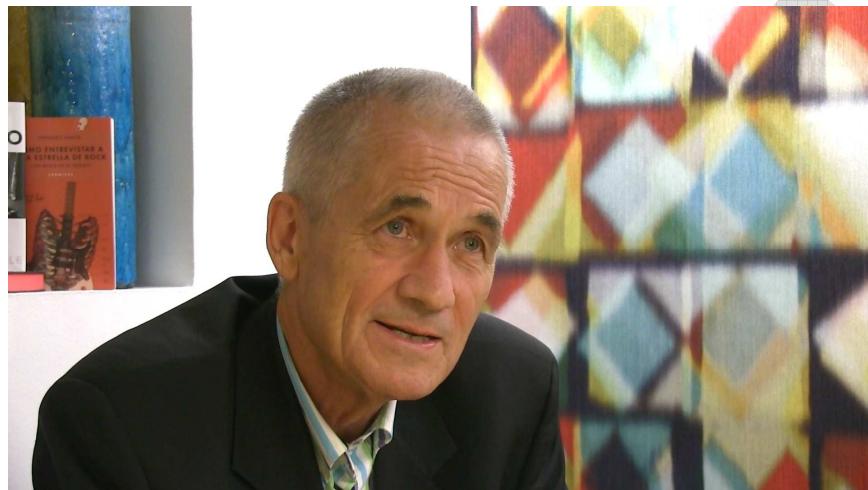
¡No! ¡Por eso escribo libros!

¿De han amenazado? ¿Ha recibido presiones para no publicar todo esto?

¡No! ¡No pueden pararme!

¿Lo han intentado?

¡No, ya es demasiado tarde! Una vez que el libro está publicado ya no pueden hacer nada.



Usted dice que Dinamarca es el país más feliz del mundo. ¿Por qué?

La felicidad de los países tiene mucho que ver con la confianza. Los daneses confiamos en nuestros compatriotas, confiamos en nuestros políticos. Sé muy bien que en España no es así. Además, en Dinamarca, el nivel de corrupción es muy bajo y esto también es vital para la felicidad de un país. Por otra parte, también tenemos mucha libertad personal. Podemos hacer lo que nos apetece y decir o escribir lo que pensamos. Esto también ayuda mucho.

Otra característica destacable de los daneses es que siempre hemos respetado a nuestras mujeres (esto ya era así incluso en la época de los vikingos). En los países nórdicos la igualdad entre hombres y mujeres ha sido mayor que en los países del sur de Europa. A diferencia de lo que sucede en los países árabes, que es horrible, nosotros respetamos a nuestros conciudadanos independientemente de su género. Esto contribuye a la felicidad. Estos son tan sólo algunos aspectos.

¿Cuál es su punto de vista médico acerca de la felicidad?

¿El punto de vista médico? La felicidad no es una cuestión médica. ¿A qué se refiere?

Me refiero a las instituciones sanitarias de Dinamarca. Aquí en España es muy diferente.

¡No lo sé! En Dinamarca, por supuesto, también tenemos sanidad privada, igual que en España. No sabría describirle las diferencias entre ambos países, pero puedo asegurarle que en Dinamarca tenemos muy pocos hospitales privados. Se ha demostrado que en los hospitales privados, los pacientes no salen beneficiados.

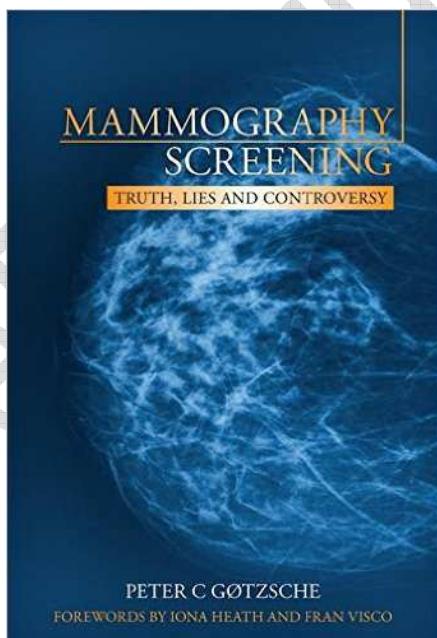
Un estudio canadiense ha puesto de manifiesto que los pacientes que acuden a hospitales privados están constantemente confrontados a consideraciones económicas: "¿Le damos a este paciente este tratamiento tan caro? ¡Nos puede costar mucho! Si el paciente no puede pagarlo, tal vez perdamos dinero". En cambio, los médicos de los hospitales públicos tienden a dar al paciente lo que creen que necesita sin pensar en el coste (por lo menos no demasiado). Hay muchas razones de peso que explican por qué los médicos daneses son tan "de izquierdas" en lo referente a la sanidad. Muchos son verdaderamente "rojos" porque el enfoque capitalista es malo para la sanidad. Seguro que en otras cuestiones no son tan "rojos", pero en lo referente a la sanidad son bastante "de izquierdas".

MAMOGRAFIAS

También escribió un libro crítico acerca de las mamografías. ¿Nos puede explicar algo sobre este tema?

No teníamos ningún interés específico por estudiar las mamografías, pero en 1999 la Junta Nacional de Salud Danesa nos pidió que analizáramos esta cuestión. Así que estuvimos revisando ensayos aleatorios y llegamos a la conclusión de que lo más probable era que las mamografías produjeran más efectos adversos que beneficiosos.

Posteriormente, hicimos una revisión de las mamografías en el Centro Nórdico Cochrane. Durante el proceso, puedo garantizarlo, profundizamos en esos ensayos de una manera que nadie en el mundo había hecho hasta ese momento. Estudiamos las mamografías durante varios años y publicamos muchos artículos científicos sobre el tema. Hay algún efecto positivo de las mamografías sobre la mortalidad por cáncer de mama, cuando estamos hablando de mujeres ya enfermas, pero es muy pequeño. En realidad, no hay datos que indiquen que ayuden a las mujeres a vivir más tiempo. Pero cuando el examen se hace en mujeres sanas, se detectan cánceres de mama que hubiera sido mejor no detectar porque son inocuos (*a eso se le llama sobrediagnóstico*). Es lo mismo que sucede en los varones con la próstata. No hacemos análisis del PSA (*antígeno prostático específico*) porque sabemos que más del 60% de los varones de mi edad tienen cáncer de próstata. Pero no lo combatimos. No lo tratamos porque la gran mayoría de las veces es inocuo. ¡Sabemos que no nos matará!



Esto mismo sucede con el cáncer de mama. Cuando hacemos el examen para la detección precoz del cáncer de mama, encontramos muchos casos de cáncer inofensivo, pero en las imágenes no se puede distinguir si el tumor es benigno o maligno, por lo que los tratamos todos como si fueran letales. Y cuando tratamos un cáncer de mama inofensivo con radioterapia, podemos matar a algunas pacientes sanas, porque la radioterapia puede inducir enfermedades cardíacas o nuevos cánceres. Así pues, **si con las**

mamografías salvamos a algunas mujeres (enfermas) de morir por cáncer de mama, también matamos a un número similar de mujeres sanas. Es decir, no hay beneficios en términos de supervivencia. Pero sí muchos daños.

En un programa de mamografías de veinte años de duración, por ejemplo, el 25% de las mujeres (y en algunos países hasta el 50%) obtuvieron un resultado positivo que en realidad era falso. Esto significa que, tras la primera prueba, les dieron el siguiente mensaje: "No sabemos qué es. Puede ser cáncer o puede no serlo. Tendrás que volver. Necesitamos tomar otras imágenes". O tal vez: "Tenemos que hacer una biopsia" o algo parecido. Esto produce un gran impacto psicológico en las mujeres. Aunque más adelante se les diga que el diagnóstico es falso: "Puedes estar contenta, no es cáncer, no es nada", tres años después, muchas de ellas aún siguen preocupadas: "Tal vez se hayan equivocado y sí que tenga cáncer..."

Si añadimos estos efectos psicológicos colaterales al hecho de que estadísticamente el examen no ayuda a que las pacientes vivan más, es inevitable concluir que las mamografías son perniciosas. ¡No hay otra interpretación posible! Por eso, hace un par de años, publiqué un artículo en el que concluía que, por ser perniciosas, deberíamos suspender las mamografías. Algunas mujeres de nivel cultural elevado ya lo saben, como por ejemplo, Fiona Godlee, la directora de la *British Medical Journal* (*Revista Médica Británica*).

Hace un par de años impartí una conferencia sobre las mamografías en Oxford a la que asistieron unas 800 personas de todo el mundo. Allí expuse las razones por las que creía que este examen era pernicioso, y me sorprendió mucho que la audiencia no me hiciera ninguna pregunta crítica. En cambio, sí que me preguntaron: "Entonces, ¿qué debemos hacer? ¿Qué podemos ofrecer a las mujeres?" Mi respuesta fue: "¡Nada! Ya conocéis la canción: No os preocupéis, sed felices". A los varones no les ofrecemos nada. No les sometemos a un examen del PSA porque sabemos que es perjudicial para ellos. Pues hagamos lo mismo con las mujeres. "Sed felices", no tenemos que ofrecerles nada. Pero, claro, como durante 30 años nos han lavado el cerebro, haciéndonos creer que las mamografías son buenas, ahora pensamos: "Si no hacemos el examen, debemos ofrecerles algo a cambio".

¡Pero es mejor olvidarse de este asunto! En esta conferencia, Fiona Godlee se dirigió a la audiencia y dijo: "Hace poco me invitaron por primera vez en mi vida a hacerme una mamografía pero como conozco muy bien las investigaciones de Peter, la rehusé". El video está en YouTube para quien quiera verlo.

Pero siempre se ha dicho que las mamografías ayudan a prevenir... Que a las mujeres que tienen esta enfermedad les ayuda a sobrevivir...

¡No! Ya he dicho que no hay argumentos científicos que indiquen que una mujer viva más tiempo si se somete a una mamografía. También he dicho que, en el caso de que el examen salve vidas, las vidas salvadas son muy pocas. En cambio, sí que mata al mismo número de pacientes por sobrediagnóstico y sobretratamiento. Por consiguiente, las mamografías no aportan nada bueno. Lo siento, pero esto es lo que las investigaciones científicas dicen.

Entonces debemos rechazar hacernos una mamografía?

¡Espera un momento! Si sospechas que tienes cáncer porque mientras te estabas duchando te palpaste el pecho y notaste un bulto que antes no estaba, entonces ¡por supuesto! ¡Hazte una mamografía! Eso es usar la mamografía como una herramienta de diagnóstico. Pero el diagnóstico mamográfico es otra cuestión. ¡Es perjudicial! ¡Todos los países deberían suspender esta práctica! ¡Es muy sencillo de entender!

¡Ah! Lo que propone es dejar de hacerse los controles, no las mamografías.

Lo que digo es que deberíamos dejar de realizar el cribado mamográfico de manera generalizada. Las mamografías no previenen el cáncer de mama, en todo caso lo detectan y como dije antes, detectan demasiados cánceres, o falsos positivos. Por lo tanto, eso no es prevención. Es incorrecto emplear esta palabra. No tiene nada que ver con la prevención. Como vemos, las palabras son convincentes. Sé que la gente lo llama prevención, pero no es correcto. Detectar un cáncer no es prevenirlo.

¿A pesar de todo esto que nos está contando, sigue usted creyendo en la medicina?

Yo no creo en nada. Soy un científico y me lo cuestiono todo.

Usted afirma también que los psicofármacos son la tercera causa de muerte después de las enfermedades cardíacas y el cáncer. Eso es algo muy grave y que no suele aparecer en los medios.

¡Así es! Utilizando el mejor método científico que pude encontrar, llegué a la conclusión de que los fármacos psiquiátricos son letales. ¡Fue un proceso muy difícil! Por ejemplo, para poder determinar cuán letales son los antipsicóticos, no se pueden utilizar los ensayos realizados sobre la esquizofrenia, porque estas pruebas se hacen generalmente del modo siguiente: se toman pacientes que ya están tomando antipsicóticos y se los aleatoriza con placebo, o con otro antipsicótico. Esto perjudica al grupo del placebo, porque algunos de estos pacientes sufren de un síndrome de abstinencia terrible que les predispone a la violencia, al suicidio o al homicidio. No obstante, la conclusión del ensayo es: "Tenemos un buen fármaco porque los resultados en el grupo que ha tomado el fármaco han sido mejores que en el grupo al que se ha dado un placebo". Esto no tiene ningún sentido. En realidad, se está incrementando artificialmente la tasa de mortalidad en el grupo del placebo. ¡El diseño de este ensayo es letal!

En mi libro menciono que en estos ensayos con pacientes esquizofrénicos que fueron aleatorizados con placebo murieron unos 150 participantes. ¡Es una cifra muy alta! Creo que una buena parte de estas personas se suicidaron porque no pudieron soportar el síndrome de abstinencia, que es terrible. Por lo tanto, no se pueden utilizar estos ensayos para demostrar lo poco letales que son los antipsicóticos, ya que la misma planificación del ensayo causa la muerte de muchas personas en el grupo del placebo. Por eso, después me centré en estudios realizados en personas de edad avanzada. ¡Es sorprendente que se hayan realizado ensayos con antipsicóticos en personas con demencia! Pero, ¿por qué dar un fármaco tóxico a personas que sufren de demencia? Es una locura, pero se pueden encontrar ensayos de este tipo. En todo caso, pensé: "Tal vez estas personas no tomaban antipsicóticos antes de ser aleatorizados con placebo y un fármaco". En caso afirmativo, estos ensayos serían, probablemente, mucho más confiables. Entonces investigué y encontré que un 1% de las personas a las que se había dado el antipsicótico, morían.

Se suicidaron?

¡No! Murieron debido al ensayo. Una de las causas más comunes de muerte es que pierden el equilibrio y caen. Se fracturan la cadera y un 20% muere en el lapso de un año. La pérdida del equilibrio es una de las principales razones por las que los fármacos psiquiátricos matan a muchas personas de edad avanzada. Todo lo que afecta al cerebro afecta al sentido del equilibrio, igual que el alcohol.

Éstas fueron las dificultades que me encontré al estudiar los antipsicóticos, pero con los antidepresivos, la dificultad aún fue mayor. ¿Cómo demostrar lo letales que son los antipsicóticos? Era difícil, pero por suerte, encontré un estudio muy bueno en el *British Medical Journal* que se llevó a cabo en personas mayores de 65 años de edad, que estuvieron tomando un antidepresivo durante un tiempo y después dejaron de tomarlo en un plazo de tiempo similar. Esto me permitió determinar cuántas personas murieron mientras tomaban el antidepresivo. Evidentemente, este estudio no era un ensayo aleatorizado ni tenía su misma fiabilidad, pero me proporcionó la mejor evidencia. Mi conclusión fue que los antidepresivos matan a un montón de gente. Podría estar en parte equivocado, tal vez no sean tan letales como sostengo, pero aunque se demostrara que estoy equivocado, no hay duda que los antidepresivos matan a mucha gente. Que sean la tercera, la cuarta, o la quinta causa de muerte es lo de menos. Lo importante es que matan a muchísimas personas. ¡De eso no hay ninguna duda!

Muchas gracias! Es usted muy valiente, un revolucionario.

¡No! Simplemente amo la honestidad.

Grabación y publicación: Alícia Ninou (Timefortruth.es)

Equipo de traducción: Laia Ninou, Nicolás Edgardo, Joan Solé y otros

Subtítulos: Xavi Sánchez (Nomad), Alícia Ninou

[Canal en Youtube de Alícia Ninou \(Alish\)](https://www.youtube.com/channel/UCuXWzXWzXWzXWzXWzXWzXW)