



Sábado 2 de febrero de 2013
Mesa redonda:
Cuestiones a debate: "Dividencias"

Moderador:

Miguel Ángel Fernández-Cuesta Valcarve
Pediatra de Atención Primaria. CS Juan de la Cierva.
Getafe, Madrid.

- **Enfermedad celiaca ¿luces o sombras?**
Eduardo Arranz Sanz
Instituto de Biología y Genética Molecular (IBGM). Universidad de Valladolid-CSIC. Valladolid.
- **¿Quo vadis Pediatría? Disease mongering**
M.^a Elisa Morell Sixto
Médico de Familia. EAP San Blas. Parla, Madrid.
- **El lado oscuro de los diagnósticos: las etiquetas**
Carmen Martínez González
Pediatra. Magíster en Bioética. EAP San Blas. Parla, Madrid.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Morell Sixto ME, Ortega González C. ¿Quo vadis Pediatría? Disease mongering. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2013. Madrid: Exlibris Ediciones; 2013. p. 85-92.

¿Quo vadis Pediatría? Disease mongering

M.^a Elisa Morell Sixto

Médico de Familia. EAP San Blas. Parla, Madrid.
emorell.gapm10@salud.madrid.org

Carmen Ortega González

Médico de Familia. EAP San Blas. Parla, Madrid.

RESUMEN

En las últimas décadas son evidentes los cambios experimentados en la sociedad en la forma de sentir y vivir la salud. Se considera como un bien de consumo más y está sometida a las leyes de mercado. La medicalización de los problemas no médicos, y por tanto convertidos en médicos, nos lleva a un proceso de mercantilización de la enfermedad donde muchos estamos implicados, desde la industria farmacéutica pasando por los médicos y medios de comunicación hasta incluso los pacientes. En la mayoría de enfermedades, trastornos y condiciones hay un buen número de pacientes que pueden beneficiarse de la publicidad y del marketing (tanto de la enfermedad como del fármaco), pero en otros casos esa misma campaña hace que otro número no pequeño de individuos sean considerados como enfermos sin serlo.

El mercado de los medicamentos produce ingentes beneficios económicos y hay mucho interés en ampliar los límites de la enfermedad de forma no apropiada para aumentar su consumo. Tal como indicaba Lynn Palmer, que acuñó el término *disease mongering* en los 90, "tratar de convencer a gente sana de que está enferma y a gente levemente enferma de que está muy enferma es un gran negocio".

Sin caer en un pensamiento "conspiranoico", debemos ser sensibles a esta realidad y reflexionar hasta qué punto participamos en este proceso para evitar medicalizar condiciones menores,

problemas sociales, factores de riesgo y características personales entre otros que nos lleven a un mal uso y abuso de los diagnósticos y de los fármacos.

“La gente sana es el sueño de los diseñadores del marketing de la salud.”

(Margaret McCartney, *The Patient Paradox*)

INTRODUCCIÓN

Somos una sociedad saciada. Una sociedad que ha cambiado sus valores, sus creencias y sus expectativas sobre la salud. No toleramos el malestar; no toleramos problemas menores. No queremos sufrir. Queremos encontrarnos en ese completo estado de bienestar físico, psicológico y social que es como la Organización Mundial de la Salud define el concepto de salud.

Tenemos un afán desmesurado en la prevención y buscamos soluciones inmediatas para encontrarnos bien. Exigimos de una medicina todopoderosa y exacta que nos evite y nos quite el sufrimiento. Es llamativo que en los países ricos hoy en día, con la mejora de condiciones higiénicas, con los mejores indicadores en salud, las mayores esperanzas de vida, los avances en medicina, la eliminación de enfermedades infecciosas y la disminución del impacto de otras, nos sentimos más enfermos que nunca y tenemos una mayor dependencia del sistema sanitario.

Por tanto la salud, en gran medida, se ha convertido en un bien de consumo más y como tal está sometido a modas, criterios sociales, fuerzas políticas y, cómo no, a las leyes de mercado.

Sobre este entramado social, aparecen dos conceptos interesantes:

- **Medicalización**^{1,2}: analiza los cambios producidos en la definición y los límites de enfermedad para aumentar la demanda de servicios médicos y fármacos. Podríamos definirlo como el proceso por el que problemas no médicos se tratan como médicos

(problemas socioculturales, soledad, factores de riesgo, problemas estéticos, etapas de la vida, etc.).

- **Disease mongering**³: término anglosajón acuñado en los noventa de difícil traducción (venta, fabricación, invención); quizá la definición que más se ajusta es mercantilización de enfermedades y se refiere a la idea de cómo obtener beneficios económicos fomentando la conciencia de enfermedad al ampliar los límites de la normalidad y, en consecuencia, “conseguir” enfermedades tratables con necesidad de medicinas para curarse.

Aunque hay personas que pueden beneficiarse de tratamientos cuando estos problemas son extremos, hay otros muchos que no deberían ser diagnosticados ni por tanto tratados.

Podemos crear enfermedades de formas diversas, las más frecuentes serían sobreestimando prevalencias, transformando síntomas leves y problemas personales o sociales en trastornos médicos y convirtiendo factores de riesgo y variantes de la normalidad en enfermedades.

¿Qué consecuencias tiene la medicalización inapropiada?

Son consecuencias que afectan a varias esferas, a destacar entre ellas las siguientes:

- **Etiqueta de enfermo**: se convierte a la persona con un problema o dificultad en enfermo, creando dependencia del sistema, carga física y emocional.
- **Efectos secundarios de la medicación**.
- **Gasto económico** en todos los niveles: atención médica primaria y especializada, consumo de fármacos, pruebas complementarias, etc.
- **Coste oportunidad de la medida**: se dedican fondos a determinadas intervenciones que hacen que no se

invierta en otras medidas que pudieran ser más coste-efectivas.

¿Cuáles son los protagonistas principales del *disease mongering*?

Aunque todos pensemos en la industria farmacéutica como principal organizador de este *marketing*, no son los únicos protagonistas. Medios de comunicación, médicos, políticos y asociaciones de pacientes participan también en este problema.

INDUSTRIA FARMACÉUTICA

Es una de las cinco actividades económicas con más beneficios del mundo, tiene un gran poder como empresa, financia incluso campañas de políticos y agencias de medicamentos.

Patrocina la definición de enfermedades creando conciencia de enfermedad inicialmente y las promociona a través de los medios de comunicación.

Influencia la prescripción de los médicos de forma directa (clásicos objetos, viajes de formación...) o indirecta (programas de educación, utilización de líderes de opinión).

Patrocina estudios de investigación de sus fármacos una vez lanzados al mercado, tanto en universidades como en organismos públicos o privados. Esto no implica que dichos estudios estén siempre sesgados, pero gran parte de ellos están concebidos y diseñados precisamente para promocionar sus productos, utilizando estrategias de maquillaje tanto en el diseño como en los resultados. La probabilidad de resultados favorables al fármaco del estudio es de cuatro a cinco veces mayor si está financiado por una organización con ánimo de lucro que si no lo está⁴⁵.

En no pocas ocasiones financia asociaciones de pacientes.

Recientemente GlaxoSmithKline ha sido hallada culpable de promover de forma fraudulenta (incluidos sobornos

a médicos) algunos de sus medicamentos en Estados Unidos, Paxil (paroxetina) y Wellbutrin (bupropion), para usos no aprobados por la FDA como el tratamiento de la depresión en menores de 18 años, obesidad y adicción a drogas entre otros. GSK ha reconocido haber ocultado y falseado datos sobre la seguridad de otros fármacos, como es el caso de Avandia (rosiglitazona) en el tratamiento de la diabetes. La multa impuesta por el Tribunal de Justicia de EE. UU. es de 3000 millones de dólares junto a una declaración de culpabilidad por parte de esta empresa⁶.

MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Son la mayor fuente de información de salud de la población general. Nuevos problemas de salud acaparan audiencia. Dedicar espacios exclusivos para la salud con periodistas especializados.

Contribuyen a la ampliación de los límites de la enfermedad y su difusión de múltiples formas^{7,8}, aceptando de forma acrítica prevalencias engrosadas, sobrevalorando casos anecdóticos, exagerando beneficios de fármacos y minimizando efectos secundarios, sugiriendo desconocimiento de síntomas por parte de los médicos, promocionando anuncios al consumidor de forma soterrada, etc.

MÉDICOS

Los médicos estamos fuertemente implicados en este negocio. Medicalizamos factores de riesgo, situaciones psicológicas vitales, síntomas leves, problemas estéticos.

Fundamentalmente en el ámbito hospitalario, la aparición de nuevas enfermedades y fármacos proporciona consultas monográficas que conllevan estatus y prestigio⁷.

Participamos en cursos, artículos y viajes financiados por la industria farmacéutica sin apenas considerar su utilidad y la influencia que puede ejercer en nosotros y en nuestra prescripción. En la interacción personal con los visitantes médicos, aceptamos incentivos, obsequios y

otras prebendas que en muchas ocasiones está expresamente prohibido por la normativa vigente actual (Ley 29/2006 de garantías y uso racional del medicamento y el RD 1416/94 sobre regulación de publicidad de medicamentos). Salvo excepciones, la mayoría de los estudios sobre la exposición a información que proviene directamente de la industria demuestran una mayor frecuencia de prescripción, mayores costes y peor calidad de prescripción en los médicos^{9,10}.

Las relaciones de la industria con las sociedades científicas en España son cuanto menos intensas, basta con visitar sus webs para ver entremezclados los logos de la industria con los mensajes a profesionales y ciudadanos.

POLÍTICOS Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

Desde el ámbito político, se ofrecen en ocasiones prestaciones sanitarias y soluciones con poca evidencia de resultados en salud solo porque aumentan la popularidad de los partidos políticos. Se financian fármacos para problemas menores (caspa, calvicie...). Por otro lado, se ponen en marcha programas preventivos poblacionales con dudoso fundamento como los programas de atención a la menopausia, al adolescente y niño sano entre otros.

Gran parte de la financiación de agencias de medicamentos (Food and Drug Administration, Agencia Europea de Evaluación de Medicamentos...) proviene de la industria farmacéutica¹¹.

PACIENTES

Existe la creencia generalizada de que la medicina todo lo puede y se tolera muy mal la incertidumbre. Internet es una fuente importante de información médica que a veces "malinforma" y se demandan soluciones rápidas a problemas de salud banales "porque está incluido". No se contemplan otras formas no farmacológicas de enfrentar estos problemas al requerir un esfuerzo personal que, obviamente, es más costoso.

ALGUNOS EJEMPLOS DE AMPLIACIÓN DE LÍMITES DE LA ENFERMEDAD

Hay muchos ejemplos de cómo se han promocionado enfermedades fundamentalmente cuando hay un tratamiento farmacológico disponible para ello: trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), fobia social y disfunción eréctil entre otras.

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Los trastornos psiquiátricos son un terreno abonado para el *disease mongering* por varios motivos.

- No tienen marcadores biológicos concluyentes.
- La frontera entre lo normal y lo patológico es muy ambigua. El diagnóstico se basa en un conjunto de criterios creados en comités de "consenso" con no pocos conflictos de intereses. El clínico busca los síntomas y conductas, analiza, valora e interpreta, ayudado de escalas. Los profesores tienen un papel estelar en la detección del TDAH, con cuestionarios específicos, webs de información y campañas de educación en ocasiones organizadas y dirigidas por la industria farmacéutica. Y la presión ejercida tanto por los profesores como por los padres influye fuertemente en los diagnósticos. Hoy por hoy es casi imposible demostrar que el TDAH no es una enfermedad gracias a los avances en su investigación, pero es aún imposible demostrar con certeza que sí lo es al carecer de esa prueba diagnóstica específica y a su forma de diagnóstico.

En los últimos años hemos asistido a un incremento explosivo de este diagnóstico, más marcado desde que se empezaron a utilizar fármacos para su tratamiento. Su prevalencia actual está en torno al 5% (2-10%) de la población escolar y es esperable que aumente¹². Sorprende ver como los diagnósticos se disparan según la sociedad donde se vive en relación, más que probable, de las expectativas que se tienen del individuo. En EE. UU el consumo de metilfenidato en población infantil es

8 veces mayor que en España y 18 veces mayor que en Brasil. En España, el consumo de metilfenidato es mucho mayor entre los nacionales que entre los inmigrantes, habiéndose quintuplicado su uso entre 1992 y 2001¹³⁻¹⁵ (figura 1).

Un reciente estudio de cohortes publicado en Canadá de más de 900 000 niños entre 6 y 12 años de edad nos muestra también el efecto de la edad tanto en el diagnóstico como en el tratamiento del TDAH. En este estudio los niños más pequeños de la clase, nacidos en diciembre, tenían entre un 30% (niños) y un 70% (niñas) más posibilidades de ser diagnosticados de TDAH que los nacidos en enero. De forma similar, era más probable que fueran tratados con fármacos (41 y 77%, respectivamente) los nacidos en diciembre que los de enero del mismo año¹⁶.

Muchos de estos datos nos deben hacer pensar en los riesgos y daños potenciales del sobrediagnóstico¹⁷ y la sobreprescripción (máxime cuando la fuerza de la evidencia científica de efectividad/riesgos de los fármacos es escasa a largo plazo¹⁵) y plantearnos cuales son los límites actuales y reales en los diagnósticos del TDAH, es

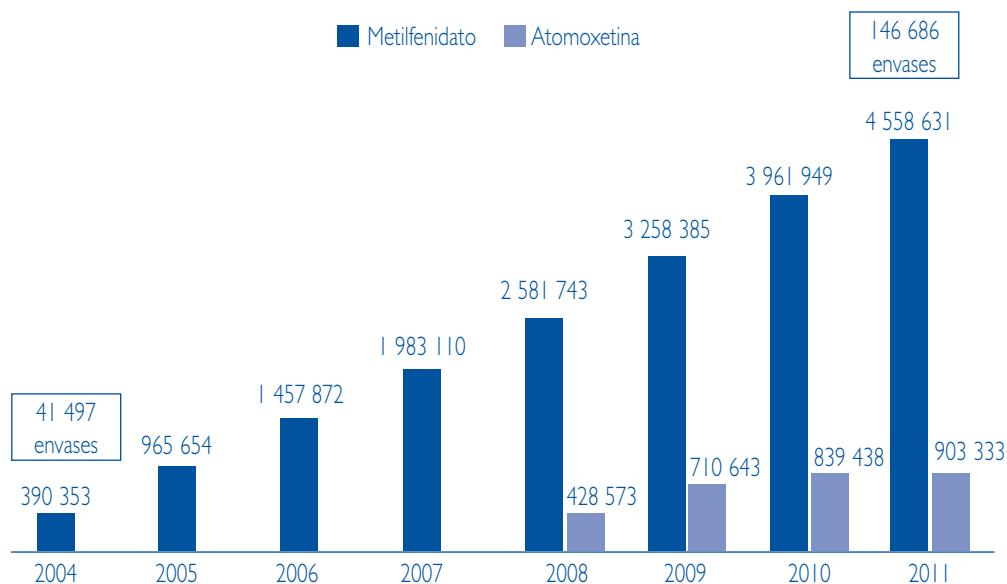
decir, ¿están todos los que son? Y, sobre todo, ¿son todos los que están?

TRATAMIENTO DE HIPERCOLESTEROLEMIA EN NIÑOS

En julio de 2008, la Academia Americana de Pediatría (AAP) y el Programa Nacional Educacional de Colesterol (NCEP) revisaron las recomendaciones sobre el manejo de hipercolesterolemia en niños creando una fuerte controversia tanto en el ámbito científico como en los medios de comunicación. Se disminuyó la edad de tratamiento farmacológico de dislipemia de diez a ocho años y se incluyeron las estatinas como tratamiento de primera línea en hipercolesterolemia familiar y no familiar (la FDA lo aprueba solo en la forma familiar). Se redujo también la edad de detección precoz de dislipemias a dos años si hubiera historia familiar de colesterol alto o patología cardiovascular y en aquellos cuya historia familiar fuera desconocida¹⁸.

La evidencia directa de seguridad y eficacia de las estatinas en niños es muy limitada, básicamente son datos

Figura 1. Gasto en euros de la Comunidad de Madrid en psicoestimulantes por TDAH



extrapolados de estudios en adultos y de estudios a corto plazo (solo hay uno a más de un año) en niños y adolescentes con hipercolesterolemia familiar. No hay estudios que evalúen el beneficio a largo plazo en términos de resultados en salud (morbimortalidad cardiovascular)¹⁹.

Los lípidos tienen un importante papel en el desarrollo normal cerebral y neuronal lo cual ocurre en la infancia, adolescencia y adultos jóvenes. La gran mayoría de estas atraviesan la barrera hematoencefálica, por lo tanto la extrapolación de datos de seguridad derivados de adultos no puede ser aceptada. El uso prolongado de estatinas iniciado a edades tan tempranas puede tener unos efectos adversos importantes en el sistema nervioso central y en otros sistemas que no están en absoluto cuantificados²⁰. A pesar de estas consideraciones, los pediatras americanos en 2009 realizaron 2,3 millones de prescripciones de estatinas. Una cosa es tratar el caso excepcional del niño con un defecto congénito en el metabolismo del colesterol y otra muy diferente es extender el tratamiento a niños que tienen un aumento de riesgo cardiovascular debido a factores de estilo de vida que pueden ser modificados.

Una vez abierta esta puerta, muchos de los agentes implicados en el *marketing* de enfermedades estarán encantados de entrar por ella. Es más fácil y lucrativa la promoción de fármacos para tratar este problema que instaurar medidas de salud pública para cambiar los estilos de vida (obesidad infantil, falta de ejercicio, comida basura...) en la población infantil.

LA TIMIDEZ (CÓMO EL COMPORTAMIENTO NORMAL LLEGA A SER UNA ENFERMEDAD)

No cabe duda de que la timidez puede suponer dificultades en las relaciones interpersonales. Hasta la década de los 50 se consideraba un estilo de personalidad (atractivo incluso, fundamentalmente en las mujeres) y a partir de los 70 se empieza a ver como problema que necesita ayuda. En los años 80, la DSM III la incluye dentro de los trastornos de ansiedad y se convierte en una nueva realidad con entidad propia llamada fobia social en

la DSM IV. De ser una característica personal (y a veces un problema) pasa a ser un trastorno psiquiátrico en toda regla.

La fobia social es un ejemplo magistral de cómo, para promocionar un medicamento, se promueve un trastorno. La compañía farmacéutica GlaxoSmithKline contrató a la agencia de publicidad Cohn-Wolfe para promover la fobia social como una condición grave para el lanzamiento de su fármaco Paxil® (paroxetina). El esquema de la campaña publicitaria es la que sigue cualquier producto de consumo^{21,22}. Primero se **sensibiliza** a la población general para **crear** la **necesidad** utilizando los medios de comunicación a la vez que se inicia la **educación médica** por medio de visitantes médicos, propaganda en revistas, cursos, congresos etc., para **crear el deseo** de recetar el fármaco a los clínicos. Y posteriormente se difunde ampliamente. La fobia social pasó de ser un trastorno raro en 1980 (2,75%) a quintuplicarse su prevalencia en tan solo diez años (13,3%)²².

SILDENAFILO (VIAGRA®). CÓMO REDEFINE PFIZER LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL

La indicación inicial de sildenafil en disfunción eréctil fue aprobada para casos de organicidad (diabetes, prostatectomizados). Pero Viagra® no podía quedarse solo en estas indicaciones, era un medicamento con mucho "potencial", los beneficios serían si no muy limitados. Por tanto, "se debía" redefinir la prevalencia de la disfunción eréctil, sus efectos psicológicos, modificar los criterios de tratamiento y ampliar así el mercado. A raíz de un estudio poblacional en Massachusetts a finales de los 80, muy sesgado y con conclusiones tendenciosas²³, se difunde el mensaje de la amplia prevalencia de disfunción eréctil entre los varones americanos (50%) y se consigue la máxima de que cualquier desviación de una perfecta función eréctil es susceptible de ser tratada con Viagra®.

El mayor consumo del fármaco entre 1998-2002 fue entre varones de 18-40 años y solo una tercera parte tenían una posible causa justificada de tratamiento. Actualmente se considera Viagra dentro de las drogas llamadas "de estilo de vida" o drogas recreativas.

¿PODEMOS TOMAR MEDIDAS FRENTE A ESTE PROBLEMA?

Actualmente hay movimientos a nivel mundial para identificar, entender y frenar en lo posible la mercantilización de la enfermedad. Todos los que estamos implicados (medios de comunicación, industria, médicos...) deberíamos plantearnos hasta qué punto colaboramos y cual es la ética que debe guiar nuestro proceder.

Reflexionemos en nuestras consultas antes de etiquetar²⁴ y prescribir. Debemos promover el autocuidado y autonomía del paciente evitando tratamientos médicos para procesos que solo causan *discomfort*, síntomas banales y reacciones psicológicas normales de la vida. Es por tanto importante la desmedicalización y la "desprescripción" en nuestra actividad profesional diaria.

Es muy interesante formarnos en lectura crítica de la literatura científica, para aprender a reconocer sesgos y detectar tanto los conflictos de intereses como los "maquillaje de datos" de los estudios que se nos presentan.

Debemos buscar la información médica en fuentes independientes y no financiadas. En este sentido tenemos muchas publicaciones vía web, boletines farmacoterapéuticos editados por comunidades autónomas y blogs de profesionales implicados en el buen uso de fármacos que nos ofrecen muy buena información.

Es importante reseñar que es un deber de la Administración, y así lo dice la Ley 29/2006 de garantías y uso racional del medicamento, "dirigir e instrumentar un sistema ágil, eficaz e independiente que asegure a los profesionales sanitarios información científica, actualizada y objetiva de los medicamentos y productos sanitarios".

Es recomendable distanciarnos de la industria farmacéutica. Ser exquisitos a la hora de elegir cursos y programas de educación impartidos por instituciones con ánimo de lucro. Probablemente muchos cursos sean impecables en su planteamiento, pero hay que recordar que no son ONG, y que invierten más del doble en *marketing* y formación médica que en investigación y desarrollo⁷.

Las sociedades científicas tienen relaciones, cuanto menos intensas, con la industria farmacéutica. Estas relaciones deberían reconducirse fomentando la independencia y la transparencia. Quizá sea momento de hacer que el rol de las farmacéuticas sea más de mecenazgo en lugar del papel patrocinador actual, donde los fondos donados no sean empleados en actividades concretas, sino que estas sean decididas por las juntas directivas. Es fundamental la declaración de conflicto de intereses de las juntas y de transparencia, haciendo públicas sus cuentas anuales y las cuentas de sus congresos²⁵.

Hoy en día hay iniciativas y plataformas sin ánimo de lucro de indudable interés en la promoción de información médica libre de humo industrial que tratan de cambiar la relación entre las compañías farmacéuticas y los médicos, intentando conseguir una relación más sana, productiva y beneficiosa. La más conocida es la organización No Free Lunch con su filial española No Gracias. Quiero destacar por último a la asociación Farmacritixs, formada por estudiantes de medicina de varias universidades españolas, que ya desde la base se plantean, se preguntan, investigan y buscan un ejercicio de la medicina libre de patrocinios por parte de las compañías farmacéuticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moynihan R, Henry D. The fight against disease mongering: generating knowledge for action. *PLoS Med.* 2006;3:e191.
2. Illich I. Limits to medicine: the exploration of health. New York: Penguin Books; 1977.
3. Payer L. Disease mongers: how doctors, drug companies and insurers are making you feel sick. New York: Wiley and Sons; 1992. p. 292.
4. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ.* 2002;324:886-91.
5. Márquez Calderón S. La construcción y comunicación del conocimiento en la era de la Medicina Basada en

- la Evidencia. Implicaciones para la lectura crítica de ensayos clínicos. *Ges Clin Sanit.* 2006;8:87-93
6. Grupo de seguridad del paciente de SEMFYC. Grandes compañías farmacéuticas ocultan datos sobre la seguridad de sus medicamentos. Los casos recientes de GSK y Roche. *Blog Sano y Salvo* [en línea] [consultado el 17-07-2012]. Disponible en <http://sano-y-salvo.blogspot.com.es/2012/07/grandes-companias-farmaceuticas-ocultan.html?spref=tw>
 7. Morell ME, Martínez González C, Quintana JL. Disease mongering, el lucrativo negocio de la promoción de enfermedades. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2009;11:491-512.
 8. Woloshin S, Schwartz LM. Giving legs to restless legs: a case study of how the media helps make people sick. *PLoS Med.* 2006;3(4):e170.
 9. Caudill TS, Johnson MS, Rich EC, McKinney WP. Physicians, pharmaceutical sales representatives and the cost of prescribing. *Arch Fam Med.* 1996;5:201-6.
 10. Moynihan R. Too much medicine? *BMJ.* 2002;324:859-60.
 11. Wikipedia. Industria farmacéutica [en línea] [consultado el 1-08-2012]. Disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Industria_farmac%C3%A9utica#Cr.C3.ADTicas_a_la_industria_farmac.C3.A9utica
 12. Ruiz Canela J. Prevalencia del déficit de atención con hiperactividad (SAH). *Pediatría Basada en la Evidencia.* 2003 [en línea] [consultado el 6-09-2012]. Disponible en www.aepap.org/evidencias/pdf/tvc_prevalencia_deficit_atencion.pdf
 13. García Peñas JJ, Domínguez Carral J. ¿Existe un sobrediagnóstico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)? *Evid Pediatr.* 2012;8:51.
 14. García C, Alda D, Gascón S. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia y la adolescencia: del constructo social al calvinismo farmacológico. *Aten Primaria.* 2011. doi:10.1016/j.aprim.2011.10.007.
 15. Effective Health Care Program. Agency for healthcare Research and Quality. Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. AHRQ Publication No 12-EHC003-3 June 2012 [en línea] [consultado el 6-09-2012]. Disponible en www.effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/191/1149/adhd_clin_fin_to_post.pdf
 16. Morrow RL, Garland EJ, Wright JM, Maclure M, Taylor S, Dormuth CR. Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *CMAJ.* 2012;184:755-62.
 17. Martínez González C. Limitation of the diagnostic effort in paediatrics. *J Med Ethics.* 2010;36:648-51.
 18. De Ferranti S, Ludwig DS. Storm over statins. The controversy surrounding pharmacologic treatment of children. *N Engl J Med.* 2008;359:1309-12.
 19. Tapia Ceballos L, Picazo Angelina B, Ruiz García D. Uso de estatinas durante a infancia. *An Pediatr (Barc).* 2008;68:385-92.
 20. MacDonald N, Stanbrook MB, Rieder MJ. Statins, indication creep and risks for children and youth. *CMAJ.* 2008;179:1239.
 21. García-Valdecasas J, Vispe A. Mercaderes en el Templo: hegemonía del paradigma bio-comercial en Psiquiatría. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2011;31:321-41.
 22. González Pardo H, Pérez Álvarez M. La invención de trastornos mentales. Madrid: Alianza Editorial; 2007. p. 68-72.
 23. Lexchin J. Bigger and better: how Pfizer redefined erectile dysfunction. *PLoS Med.* 2006;3:e132.
 24. Martínez González C. ¿Diagnósticos o etiquetas? *Form Act Pediatr Aten Prim.* 2011; 4:214-16.
 25. Ruano-Ravina A. Sociedades científicas y su relación económica con la industria. Situación en España. *Med Clin (Barc).* 2012;138:614-6.