

DOCUMENTO REVISIÓN

“Guía de actualización en la valoración de fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, sensibilidad química múltiple, electrosensibilidad y trastornos somatomorfos”

ANÁLISIS SESGOS DE GÉNERO

AUTORES

Dau García Dauder y Almudena Alameda Cuesta

Universidad Rey Juan Carlos

Abril, 2019

CONFESQ: COALICIÓN NACIONAL DE FM, EM/SFC, SQM Y EHS

ÍNDICE

1. Introducción. Sesgos de género en investigación y atención en salud.....	2
2. El sesgo de género en la psicologización de lo “médicamente inexplicado”	4
3. Crítica a los trastornos somatomorfos	6
4. Sobre la neurastenia y su relación con la FM, el SFC-EM y la SQM-EHS	8
5. Problemas y sesgos presentes en la “Guía de actualización en la valoración de fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, sensibilidad química múltiple, electrosensibilidad y trastornos somatomorfos” del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).....	12
5.1. Sesgos relacionados con el formato de la guía y su rigor científico	13
5.2. Confusiones terminológicas en el uso de las clasificaciones clínicas	13
5.3. Sesgos que contribuyen a psicologizar-psiquiatrizar estas tres enfermedades.....	14
5.4. Sesgos que contribuyen a construir una imagen de las personas afectadas por estas enfermedades como simuladoras que tratan de conseguir una ganancia secundaria .	16
6. BIBLIOGRAFÍA	18

1. Introducción. Sesgos de género en investigación y atención en salud

Los sesgos de género son errores sistemáticos que resaltan determinados aspectos de la experiencia e ignoran otros, como resultado o bien de la insensibilidad de género o bien de los estereotipos de género. Respecto a lo primero, la insensibilidad de género provoca la omisión de las diferencias entre varones y mujeres en salud, tomando como referencia lo masculino como universal, y desatendiendo todo lo que tenga que ver con la experiencia de las mujeres, cuya salud es “invisibilizada” o tomada como “atípica”, “inespecífica” o “desviada”. Respecto al segundo sesgo, los estereotipos de género provocan que se exageren las diferencias entre varones y mujeres, y como consecuencia, que existan interpretaciones, diagnósticos y tratos/tratamientos diferenciales ante los mismos síntomas.

Ambos sesgos se pueden producir tanto en la investigación como en la atención en salud, en este último caso pueden influir tanto en el esfuerzo diagnóstico de los profesionales (con pruebas o diagnósticos acertados o no), en el esfuerzo terapéutico (tratamientos oportunos o no) o en la evaluación de su gravedad (decisiones respecto a la incapacidad laboral). Y ambos pueden ser potenciales generadores de desigualdades en salud entre mujeres y hombres. Existe amplia literatura que demuestra la existencia de este tipo de sesgos en salud (Lenhart, 1993; Ruiz-Cantero y Verbrugge, 1997; Ruiz-Cantero, 2001; Ruiz-Cantero, Vives-Cases y Artazcoz., 2007; Ruiz-Cantero, Ronda, Álvarez-Dardet, 2007; Valls, 2008, 2009).

El *androcentrismo en la investigación en salud*, que ha tomado a los varones como modelos de referencia, ha provocado una gran ignorancia sobre las enfermedades que afectan mayoritariamente a las mujeres, o a las comunes a varones y mujeres, pero donde no se ha investigado la “morbilidad diferencial” (la sintomatología, curso o pronóstico específico de las mujeres, o la reacción diferencial a medicamentos), generalizándose los resultados en varones a mujeres. Un claro ejemplo de ello es la exclusión sistemática de las mujeres en los ensayos clínicos, lo cual provoca que la probabilidad de efectos secundarios de los medicamentos en ellas sea mayor (Laguna y Rodríguez, 2008). Las consecuencias a veces mortales por no atender de forma específica al infarto agudo de miocardio en mujeres es otro ejemplo claro de este sesgo (Ayanian y Epstein, 1991). También las negligencias por no investigar ni atender a riesgos laborales específicos en la salud de las mujeres (por ejemplo, cómo determinadas sustancias pueden afectar a su salud reproductiva) o específicos de determinadas ocupaciones feminizadas (por ejemplo, el efecto en la salud de las mujeres de determinados productos químicos en el empleo doméstico o trabajos relacionados con la limpieza) (Barañano, 1992; González Gómez, 2001; Moreno, 2010).

Como consecuencia, existen importantes “ignorancias” en el campo de conocimiento de la salud de las mujeres donde ni “si quiera se sabe que no se sabe” (Tuana, 2006). “La medicina basada en la evidencia es útil para los problemas de salud de los que hay evidencia, pero no así para los que no hay. Esto sucede con muchos problemas de salud en los que el conocimiento no es exhaustivo, lo que ocurre con bastantes de los problemas de salud de las mujeres” (Ruiz Cantero, 2009: 3). Hasta hace no muchos años la variable “sexo” no se incorporaba en las investigaciones en salud; ni el enfoque de género en la hipótesis principal, el análisis y la interpretación de la información (Ruiz-Cantero y Verbrugge, 1997; Valls, 2008). Ello ha llevado a una demanda explícita por parte de instituciones y normativas para una agenda de género en la formación de ciencia de la salud (Ruiz Cantero et al., 2018), así como la elaboración de guías y recomendaciones para una mayor equidad de sexo/género en investigación (Heidari et al., 2016).

Los *sesgos de género en la atención sanitaria implican un trato/tratamiento diferencial de hombres y mujeres* con una misma sintomatología o incluso un mismo diagnóstico clínico, basándose en estereotipos de género del profesional (Ruiz y Verbrugge, 1997). Como consecuencia de estos sesgos, se han identificado diferentes versiones e interpretaciones por parte de los profesionales de los mismos síntomas y signos, según sean presentados por pacientes hombres o mujeres. Es más probable que ante una misma queja o sintomatología se realicen atribuciones psicológicas a mujeres y físicas a hombres (Bernstein y Kane, 1981). Se da una mayor tendencia a atribuciones psicológicas a síntomas somáticos no explicados o de presentación atípica a mujeres que a varones (Ruiz Cantero y Verdú, 2004). También es más probable la prescripción de psicofármacos y ante igual necesidad, no se realizan similares esfuerzos en un sexo respecto al otro (Ruiz Cantero y Verdú, 2004).

“El hecho de que las mujeres sean invisibles para la atención sanitaria, para el diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades, que sus síntomas sean confundidos, minimizados, o no bien diagnosticados, y que sus quejas sean frecuentemente atribuidas a etiología psicológica o psicosomática, hace replantear las bases en que se ha basado la ciencia para conocer los problemas de salud de hombres y mujeres” (Valls, 2010: 11).

Para el caso de la investigación y atención sanitaria de la fibromialgia (FM), el Síndrome de Fatiga Crónica-Encefalomiелitis Miálgica (SFC-EM), la Sensibilidad Química Múltiple (SQM) o la Electrohipersensibilidad (EHS) nos encontramos con la existencia de los dos sesgos anteriormente descritos: por ser enfermedades “de mujeres”, con una alta prevalencia femenina, todavía existe mucha investigación por hacer y mucho desconocimiento; por otro

lado, la probabilidad de que la falta de una explicación médica sea atribuida a factores psicológicos de las propias mujeres y no a la falta de investigación producto del androcentrismo en salud es mayor que si estuviéramos hablando de enfermedades de alta prevalencia masculina. Esto explica, además, que la prevalencia de síntomas médicamente inexplicados sea mayor en mujeres.

2. El sesgo de género en la psicologización de lo “médicamente inexplicado”

Así, se puede cuestionar que el término “médicamente inexplicado” se refiera a una verdad universal, o a que la condición no existe, o a que la explicación se deba a factores psicológicos. Puede referirse también a que quien interpreta no tenga una explicación o a que la medicina no la haya encontrado todavía (Ruiz Cantero, 2009). La sugerencia implícita en la etiqueta de que los síntomas aún no se han explicado podría sugerir también la expectativa de que, con una inversión e investigación suficientes, se encontrará una causa biomédica, y que la paciente puede bien suponer que tienen un origen físico (Greco, 2012). La ausencia de una explicación biomédica no debe llevar a una inferencia explícita de que la “mente” está involucrada en la producción de los síntomas en sí misma (ni debería tampoco llevar a una inferencia sobre la exageración de su significado por catastrofismo).

Por un lado, los profesionales sin formación en género pueden tener dificultades en identificar el valor de los signos y síntomas de las mujeres, porque no han sido estudiados; por otro, los propios estereotipos de género de los profesionales, junto con la intolerancia a la incertidumbre, pueden conducir a una práctica médica sesgada hacia la atención a factores psicológicos y la inatención hacia los físicos (Malterud, 2000). Ello puede ser vivido por parte de las pacientes como una atención inadecuada, cuya reacción (insistencia o cuestionamiento) puede reforzar la atribución psicológica presumida por el profesional (a modo de círculo vicioso).

Como ha señalado Malterud (2000), cuando el marco de referencia médico tradicional (síntomas, hallazgos, diagnóstico y cura) no ofrece una herramienta adecuada para la comprensión de una enfermedad, el profesional puede sentirse desconcertado porque sus conocimientos son insuficientes. Los trastornos médicamente inexplicables, que ocurren principalmente en mujeres, son afecciones crónicas e incapacitantes, con síntomas subjetivos extensos, pero donde faltan hallazgos objetivos o explicaciones causales. En estos casos, la falta de formación en género, el etiquetado psicosocial, la comprensión universalista, la

omnipotencia y el poder no contribuyen a una adecuada atención a pacientes con FM, SFC-EM, SQM-EHS, sin que haya una adecuada comprensión de los síntomas como fuente de conocimiento.

Diversos estudios cualitativos (Wileman, May y Chew-Graham, 2002) han mostrado cómo cuando una paciente acude a atención primaria presentando síntomas físicos sin una patología orgánica discernible existe una alta probabilidad de que tales síntomas sean considerados como producto de problemas psicológicos o emocionales, y su legitimidad como asunto "médico" cuestionada. Por parte de los profesionales, este fracaso o incertidumbre es interpretado como un uso excesivo de recursos por parte de las pacientes que resulta caro para el sistema. Las explicaciones psicósomáticas pueden ser utilizadas por los profesionales como un dispositivo de "culpabilizar a la paciente" (Greco, 2012). El énfasis en la importancia de las "distorsiones cognitivas" (como una alta ansiedad relacionada con la salud, o una tendencia a catastrofizar) no hacen más que exacerbar el conflicto en la relación médico-paciente. No solo eso, las consultas son percibidas por parte de los profesionales como frustrantes (a veces como amenaza a su autoridad) y por parte de las pacientes como dañinas, con un impacto negativo en la relación médico-paciente.

La literatura científica social ha subrayado cómo las explicaciones psicológicas de los síntomas pueden ser una fuente de deslegitimación, en la medida en que se considera que la enfermedad no es tan "real" como la enfermedad física (Kirmayer, 1988). Por otro lado, está la necesidad de un diagnóstico válido para legitimar una enfermedad en términos legales, seguros, etc.

Los síntomas médicamente inexplicados implican frecuentemente una discrepancia entre el conocimiento profesional y la experiencia "lega" de las pacientes, de manera que pueden parecer "sospechosos desde el punto de vista médico, incluso cuando son experiencialmente devastadores". Las pacientes pueden embarcarse en una larga carrera de consultas médicas (denominadas peyorativamente como "compras médicas" o doctor shopping) que no solo no brindan una explicación y atención satisfactoria para los síntomas físicos, sino que es interpretada en sí misma como un síntoma (de comportamiento anormal indicativo de distorsiones cognitivas en cuanto a la importancia de los síntomas o catastrofismo). La no aceptación de las atribuciones psicológicas puede comprometer la relación pacientes-profesional de la salud y, por lo tanto, contribuir a una exacerbación del sufrimiento del paciente, que puede incluir un agravamiento de sus síntomas físicos.

Blease, Carel y Geraghty (2017) proponen que las preocupaciones epistémicas sobre la credibilidad testimonial de las/los pacientes se pueden articular utilizando el concepto de *injusticia epistémica* de Miranda Fricker. Por un lado, existe un consenso dentro de las guías médicas generales de que no hay una causa conocida de SFC-EM, por otro lado, diversos estudios cualitativos y cuantitativos muestran que muchos médicos (y estudiantes de medicina) son escépticos acerca de si el SFC-EM es real, lo que puede ocasionar retrasos en el diagnóstico y el tratamiento. La investigación cualitativa demuestra que las/los pacientes con SFC/EM a menudo experimentan la actitud de sospecha por parte de profesionales de la salud y muchos se oponen a la conceptualización psicológica de su enfermedad. Encontramos evidencia de que las consultas de atención médica son espacios donde los pacientes con SFC-EM pueden ser particularmente vulnerables a la injusticia epistémica. La marginación (a menudo no intencional) de muchos pacientes es un fracaso profesional que tiene consecuencias éticas y prácticas adicionales, tanto para futuras investigaciones sobre CFS / ME, como para el cuidado ético y los actuales tratamientos sobre personas que sufren una enfermedad ya en sí debilitante.

Los pacientes con SFC-EM están siendo estereotipados negativamente de una manera que desinfla injustamente su credibilidad y que también sufren desventajas debido a la falta de recursos hermenéuticos compartidos a través de los cuales enmarcan e interpretan sus experiencias. Es importante destacar que esta injusticia epistémica, cuando se desarrolla en el ámbito de la atención médica, tiene consecuencias significativas para la atención al paciente (Carel y Kidd, 2014; Blease, Carel y Geraghty, 2017).

3. Crítica a los trastornos somatomorfos

Se supone que el DSM es atórico: las categorías de diagnóstico están diseñadas para ser descriptivas y no reflejar compromiso con teorías etiológicas específicas. El término "somatización" y la categoría de trastornos somatomorfos, sin embargo, tienen fuertes connotaciones de causa psicológica. La categoría de trastornos somatomorfos incluye el trastorno de conversión, que tiene un vínculo genealógico directo con la histeria (Greco, 2012).

Existe abundante literatura sobre el sexismo y la misoginia de la propia categoría histeria y sus devenires médicos: desde sus comienzos, concebida como útero errante donde cirujanos ginecólogos extirpaban órganos reproductivos o sexuales; hasta las "curas de reposo" de los psiquiatras-neurólogos basadas en las teorías de la inversión útero-cerebro; pasando por el psicoanálisis y sus concepciones de la represión sexual (Ussher, 1991; Chesler, 2005). Lo

que no dejaba de ser ignorancia sobre condiciones corporales de las mujeres sin una explicación médica era traducido de forma misógina como sospecha de simulación o invención, o mediante la categoría de histeria. Con el tiempo, hoy sabemos que lo que antes era etiquetado como histeria hoy tiene un nombre concreto, como puede ser la esclerosis u otras enfermedades neurodegenerativas, etc. La psiquiatrización ha sido una forma de violencia epistémica y de salud para las mujeres y, desde los 70, se llevan señalando los sesgos de género en la patologización de las “mujeres difíciles” o de la propia feminidad (Ussher, 2013).

El término somatoforme refleja este legado, en el sentido de que literalmente describe el trastorno como "en forma de" algo somático (por implicación: cuando en realidad es psicológico). El término sugiere que los síntomas están 'todos en la mente', y especialmente violento es su uso como una forma de deslegitimar los síntomas como insignificantes o motivados por ganancias secundarias (Greco, 2012).

Problemas con la categoría de somatomorfos (Mayou et al., 2005): 1) la terminología es inaceptable para las pacientes, implica que los síntomas son un trastorno mental en forma somática, lo cual pone en duda la realidad y credibilidad de su sufrimiento; 2) la categoría es inherentemente dualista (la idea de que los síntomas pueden dividirse entre aquellos que reflejan una enfermedad médica y los que son psicogénicos) e incompatible con otras culturas no dualistas (en China por ejemplo se ha excluido dicha categoría del DSM); 3) no forma una categoría coherente (lo único que tienen en común es que comparten síntomas somáticos sin una condición médica asociada); existe ambigüedad en los criterios de exclusión y no tiene umbrales definidos; 4) las subcategorías son poco fiables. Muchas de las subcategorías de los trastornos somatomorfos no han logrado alcanzar los estándares de fiabilidad establecidos; 5) los trastornos somatomorfos causan confusión en disputas sobre derechos médico-legales y de seguros. Por un lado, pueden proporcionar una validación diagnóstica falsa para quejas de síntomas simples, y por el otro, pueden socavar la realidad de los síntomas somáticos como "simplemente psiquiátricos". Por lo tanto, ofrecen un margen considerable para generar diferencias irresolubles de opinión. La evidencia sugiere que esta conceptualización es simplista; Por el contrario, favorece una etiología multifactorial con factores psicológicos, sociales y biológicos que interactúan, incluidos los procesos iatrogénicos derivados de dicha atención sesgada.

4. Sobre la neurastenia y su relación con la FM, el SFC-EM y la SQM-EHS

Conviene detenerse un momento a analizar cómo se han ido construyendo, en función del contexto sociohistórico de referencia, diversas teorías explicativas para tratar de dar sentido a estas enfermedades.

El término *neurastenia* se popularizó en la segunda mitad del siglo XIX, gracias al neurólogo norteamericano George Miller Beard. En su obra más difundida, “*A practical treatise on nervous exhaustion (neurasthenia)*”, considera la neurastenia (o *agotamiento nervioso*) una enfermedad funcional del sistema nervioso, sin cambios anatomopatológicos, pero diferente de la enfermedad mental (Beard, 1880). Beard llamaba a la neurastenia “*la enfermedad americana*”, atribuyéndole un origen social, vinculado a las presiones y el ritmo de vida de la sociedad moderna (problemas domésticos, preocupaciones económicas o dificultades laborales).

Tras la publicación de la monografía de Beard, el diagnóstico de neurastenia se fue haciendo cada vez más popular, tanto en Estados Unidos como en Europa (Shorter, 1993). Como plantean Susan E. Abbey y Paul E. Garfinkel, la presencia del diagnóstico entre varones contribuyó a aumentar su credibilidad y respetabilidad, ya que entre los afectados se encontraban un número considerable de hombres de negocios, abogados, miembros del clero y médicos (Abbey & Garfinkel, 1991). Pero la neurastenia se asoció rápidamente con el sexo femenino, especialmente con las mujeres victorianas de clase acomodada, que sufrían de agotamiento nervioso a causa de desengaños amorosos, pérdida de posición social o de juventud y belleza (Kleinman, 1986). Barbara Ehrenreich y Deirdre English destacan el ascenso del diagnóstico de neurastenia entre las mujeres en el contexto de la Revolución Industrial, caracterizado por cambios significativos en la posición social y el rol de las mujeres, con la devaluación de los valores tradicionales vinculados al cuidado del hogar y la familia (Ehrenreich & English, 2005:7-17).

Hacia 1920, el diagnóstico de neurastenia comenzó a entrar en desuso en el contexto occidental, fundamentalmente por su falta de precisión y las dificultades para delimitar claramente el ente clínico al que hacía referencia. Paralelamente, la neurastenia dejó de ser considerada una enfermedad biológica para pasar a definirse como una enfermedad mental, que fue siendo sustituida progresivamente por el diagnóstico de depresión. No obstante, como muestra Arthur Kleinman en su trabajo sobre neurastenia y depresión en el contexto occidental y en China (Kleinman, 1986), ambos diagnósticos están impregnados de una

variabilidad cultural que hace imposible analizar ambas entidades sin tomar en cuenta el contexto social en el que se utilizan.

El término *Encefalomiелitis Miálgica* (EM) se utilizó por primera vez en 1956, para describir un brote epidémico de una enfermedad desconocida que se produjo en Londres en 1955. Entre julio y noviembre de 1955, el *Royal Free Hospital* de Londres se vio obligado a cerrar a causa de una extraña enfermedad que afectó a 292 miembros del *staff* del hospital, la mayor parte mujeres (The Medical Staff Of The Royal Free Hospital, 1957). Aunque durante mucho tiempo se mantuvo la hipótesis de la histeria colectiva para explicar este fenómeno, los hallazgos clínicos registrados durante el episodio, interpretados a la luz de la investigación actual en Síndrome de Fatiga Crónica-Encefalomiелitis Miálgica (SFC-EM), lo harían totalmente compatible con esta enfermedad. De hecho, el nombre *Síndrome de Fatiga Crónica* (SFC) se introdujo durante la investigación de un brote de características similares en Nevada, en 1984. Pero estos brotes epidémicos no son los únicos episodios en los que esta enfermedad adquirió un carácter colectivo. Además, están descritos otros brotes en Islandia (1948), Nueva Zelanda (1984), Nueva York y Carolina del Norte (1985) (IACFS/ME, 2012). Por eso, aunque en la mayoría de las ocasiones el SFC-EM se presenta como casos aislados, estas apariciones epidémicas hicieron que la teoría infecciosa sobre el origen de la enfermedad cobrara una gran importancia, cuestionando la hipótesis de la enfermedad mental como teoría explicativa de la sintomatología de la enfermedad.

Por otra parte, durante la década de 1980 en Estados Unidos se popularizó la expresión “*gripe de los yuppies*” (“*yuppie flu*”) para referirse al SFC-EM. El que las personas que consultaban por esta sintomatología fueran sobre todo profesionales de entre 30 y 40 años, de clase media-alta, con altos niveles de estrés, contribuyó a crear un perfil de clase similar al de la neurastenia del siglo XIX (Abbey & Garfinkel, 1991).

En el caso de la fibromialgia (FM), en el siglo XIX aparecen las primeras referencias que hacen alusión a un síndrome de dolor muscular generalizado, sin evidencias de alteración anatomofisiológica, habitualmente incluido como un tipo específico de neurastenia. Pero la primera referencia de lo que hoy conocemos como fibromialgia fue la de William R. Gowers en 1904, que describió la enfermedad como una inflamación de las fibras musculares a la que llamó *fibrositis* (Gowers, 1904). Otras denominaciones utilizadas fueron *puntos sensibles*, *fibromiositis nodular* o *reumatismo psicógeno*. Pese a que estas etiquetas han caído en desuso, la última de ellas resulta de especial interés, ya que es el germen a partir

del cual se desarrolló la actual hipótesis que considera la fibromialgia como una alteración de origen psicoafectivo. Manuel Valdés Miyar, en su tesis doctoral defendida en 1977 definía el reumatismo psicógeno como *“un trastorno que se desarrolla predominantemente entre mujeres de 31 a 50 años, casadas, inmigradas muchos años atrás, dedicadas a faenas domésticas con nula participación intelectual que, a raíz de desencadenantes emocionales –entre los que destaca el parto– inician el síndrome con cefaleas, cansancio, dolores dorsolumbares y articulares, presentando más adelante tristeza, irritabilidad e insomnio, todo lo cual las incapacita para llevar a cabo sus labores. La consulta médica constata la ausencia de hallazgos radiológicos de importancia, permaneciendo inadvertida una depresión que puede ser tratada de un modo incorrecto durante años.”* (Valdés Miyar, 1977).

Así, la fibromialgia se fue configurando como una enfermedad “de mujeres”, relacionada con experiencias psicoafectivas y sociales, alejada del espectro de enfermedades consideradas *reales* por el sistema biomédico. No obstante, en 1972 el reumatólogo Hugh A. Smythe diferenciaba la fibrositis del reumatismo psicógeno, atendiendo a la presencia en la primera de dolores *verdaderos* localizados en lugares específicos a los que denominó *puntos dolorosos* (Smythe, 1972). Estos lugares del cuerpo especialmente susceptibles al dolor continúan siendo, aún hoy, uno de los criterios más ampliamente utilizados en el diagnóstico de fibromialgia.

El término fibrositis se fue abandonando durante la década de 1980, cediendo su lugar a la denominación actual, fibromialgia.

Por último, en lo que respecta a la Sensibilidad Química Múltiple (SQM), algunos autores sitúan la primera referencia a la misma en la literatura del siglo XIX, concretamente en una de las obras más representativas de Edgar Allan Poe, el relato *“La caída de la casa Usher”*. Poe describe la extraña enfermedad del afligido Roderick Usher, quien *“padecía de una acuidad mórbida de los sentidos; apenas soportaba los alimentos más insípidos; no podía vestir sino ropas de cierta textura; los perfumes de todas las flores le eran opresivos; aun la luz más débil torturaba sus ojos, y sólo pocos sonidos peculiares, y estos de instrumentos de cuerda, no le inspiraban horror.”* De hecho, como expone Albert H. Donnay, 27 de los 30 síntomas descritos por Poe coinciden con los referidos por personas con SQM que asocian el comienzo de su enfermedad a la exposición crónica a niveles bajos de monóxido de

carbono y propano. Estos gases eran producidos por el sistema de alumbrado desarrollado a principios del siglo XIX (Donnay, 1999), momento en el que Poe escribe su relato.

Durante el siglo XIX y principios del XX, la SQM también quedó subsumida como un tipo específico de neurastenia, siendo objeto del mismo descrédito que ésta en Europa y Estados Unidos. En 1945, el alergólogo Theron Randolph propuso el término *toxemia alérgica*, a fin de diferenciarla de la neurastenia. Randolph relacionaba este síndrome con la exposición crónica a niveles bajos de gases utilizados en el ámbito doméstico, en sistemas de cocina, calefacción o refrigeración (Randolph, 1945). Pero no fue hasta 1987 cuando se habló por primera vez de Sensibilidad Química Múltiple. Mark Cullen, del Departamento de Medicina Interna de la Universidad de Yale, fue el primero que utilizó este término, en el contexto de la salud laboral, para referirse al impacto en la salud de los trabajadores del contacto habitual con sustancias químicas. Cullen proporcionó la definición actual de la enfermedad, al describirla como un proceso crónico, con afectación multiorgánica, relacionado con la exposición a tóxicos medioambientales, en niveles mucho más bajos de los tolerados por la población general o previamente tolerados por la persona afectada (Cullen, 1987).

Muy asociado con la SQM y con un solapamiento de síntomas muy importante, a mediados de la década de 1990 se comenzó a hablar de un extraño síndrome que afectaba a los veteranos de las fuerzas aliadas que combatieron en la Guerra del Golfo Pérsico en 1990-1991. Este síndrome al que comenzó a llamarse *Síndrome de la Guerra del Golfo*, fue relacionado en algunos trabajos con la exposición a pesticidas (Reid et al., 2001). Aunque no se ha llegado a demostrar con claridad una relación causa-efecto entre la exposición a tóxicos durante el conflicto bélico y la aparición de los síntomas, diversos estudios muestran la persistencia (más de 10 años después) de sintomatología compatible con SQM, SFC-EM y FM entre los veteranos desplegados (Blanchard et al., 2006; Eisen et al., 2005).

Así, como se puede comprobar en este breve repaso histórico, la clasificación y definición, tanto de estas como del resto de enfermedades y entidades clínicas, dista mucho de ser un proceso neutral, centrado exclusivamente en hallazgos físicos objetivables. Estas clasificaciones y definiciones no pueden comprenderse sin tener en consideración el contexto social e histórico en el que se han generado y del que resultan inseparables.

Por otro lado, la historia de la medicina está plagada de ejemplos de enfermedades que fueron atribuidas a trastornos mentales, cuando la investigación y los avances técnicos posteriores han demostrado su sustrato fisiopatológico. En ese sentido, es más que evidente la tendencia

humana a proporcionar algún tipo de explicación a los fenómenos que resultan desconocidos, siendo la teoría de la causalidad psicopatológica la más utilizada cuando no se dispone de pruebas diagnósticas que objetiven un padecimiento.

El problema llega cuando explicaciones de este tipo, a pesar de basarse en hipótesis no demostradas, se utilizan para aprobar o denegar el acceso a derechos de ciudadanía, como pueden ser las prestaciones sociales por incapacidad laboral. Este problema se hace aún más peligroso cuando dichas explicaciones pueden verse reforzadas por sesgos y prejuicios que afectan especialmente a un determinado sector de la población. La psicologización-psiQUIATRIZACIÓN de las alteraciones que afectan a las mujeres ha sido un continuo a lo largo de la historia, provocando situaciones de violencia y discriminación muy graves.

Los problemas y sesgos de la “*Guía de actualización en la valoración de fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, sensibilidad química múltiple, electrosensibilidad y trastornos somatomorfos*”, que se detallan a continuación, pueden contribuir de forma muy significativa a propiciar la exclusión y vulnerabilidad de las personas afectadas por FM, SFC-EM y SQM.

5. Problemas y sesgos presentes en la “Guía de actualización en la valoración de fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, sensibilidad química múltiple, electrosensibilidad y trastornos somatomorfos” del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)

Los antecedentes que se acaban de describir pueden explicar en buena medida los sesgos que hacen de la “*Guía de actualización en la valoración de fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, sensibilidad química múltiple, electrosensibilidad y trastornos somatomorfos*” un documento cuestionable. Los problemas que suscita este documento son de índole diversa, pudiendo organizarse según el siguiente esquema:

- a) Sesgos relacionados con el formato de la guía y su rigor científico.
- b) Confusiones terminológicas en el uso de las clasificaciones clínicas.
- c) Sesgos que contribuyen a psicologizar-psiQUIATRIZAR estas tres enfermedades.
- d) Sesgos que contribuyen a construir una imagen de las personas afectadas por estas enfermedades como simuladoras que tratan de conseguir una ganancia secundaria.

5.1. Sesgos relacionados con el formato de la guía y su rigor científico

Lo primero que llama la atención de este documento es el dudoso estilo de redacción y presentación de la información. La bibliografía no parece seguir ningún formato estandarizado, siendo referenciada en el texto de forma anárquica, a veces según un formato (autor, año), en otras ocasiones sin reflejar el año de publicación e, incluso, sin incluir ninguna referencia que dé soporte a las afirmaciones sostenidas. Asimismo, los gráficos y tablas presentados no siguen los criterios de uniformidad habitualmente utilizados en las publicaciones biomédicas (Uniform-Vancouver) o de otras disciplinas (APA, Chicago...).

Pero estas cuestiones, aunque sorprendentes en una guía de carácter oficial que pretende ser un documento de actualización dirigido a alcanzar altos niveles de calidad y eficiencia (p. 5), resultan menores si las comparamos con la selección sesgada de determinadas referencias y la omisión de otras, en muchos casos más actuales. Esta selección, intencionada o no, contribuye de forma definitiva a construir una imagen muy concreta de estas enfermedades y de las personas que las padecen.

5.2. Confusiones terminológicas en el uso de las clasificaciones clínicas

Aunque, como se ha mostrado en el apartado anterior, ningún sistema clasificatorio es ajeno al contexto social e histórico en el que surge, los sistemas de ordenación, sin duda, son necesarios para la organización de la atención sanitaria. Por ello, hay que destacar que en la guía se utilizan las clasificaciones CIE-9 y CIE-10 de un modo, como mínimo, inexacto.

Por ejemplo, en las páginas 10-12 se presentan los datos relativos a la incapacidad temporal generada por los códigos CIE-9: 729.1, *Mialgia y miositis, no especificada* (código en el que se incluye la fibromialgia); 780.71, *Síndrome de fatiga crónica*; 780.79, *Otro malestar y fatiga*. Teniendo en cuenta que el documento se centra específicamente en las dos primeras, no se entiende cuál es el objeto de incluir un código inespecífico que incluye malestares diversos que cursan con el síntoma fatiga, distinto del Síndrome de Fatiga Crónica como entidad clínica.

Del mismo modo, a pesar de que la CIE-9 indica expresamente que las entidades con códigos 780.7 excluyen la fatiga asociada a neurastenia¹, en la página 111 de la guía se afirma que el Síndrome de Fatiga Crónica es un tipo de neurastenia.

Al referirse a la Intolerancia Ambiental Idiopática, en la p. 129 se indica que la Organización Mundial de la Salud (OMS), responsable de la CIE, no ha asignado ningún código específico a la SQM. Aunque, como refleja la guía, ningún país puede generar nuevos códigos, la OMS sí reconoce la autonomía de cada país para incluir enfermedades en sus CIE nacionales, en forma de modificaciones clínicas de los códigos ya existentes. Por ello, sorprende enormemente la alusión que la guía realiza respecto a la inclusión de la SQM en la modificación clínica española de la CIE-9: afirmar que dicha inclusión se realiza “*ante una propuesta política*”, deslegitima implícitamente la SQM como una enfermedad real, dando a entender que el único motivo de su aparición en dicha clasificación ha sido una posible presión política.

Además, la denominación del código en el que la SQM ha sido incluida aparece en la guía de forma incorrecta. En España, la SQM está asignada al código CIE-9 995.3, *Alergia, no especificada*, y al código CIE-10 T78.40XA, *Alergia no especificada, contacto inicial*. En cambio, en la guía del INSS (p. 129) se refleja como “T78.4, *Lesiones por otras causas externas*”. Como se menciona en el punto anterior, esta errata sería otro ejemplo que cuestiona la calidad y el rigor del documento.

5.3. Sesgos que contribuyen a psicologizar-psiquiatrizar estas tres enfermedades

Pero el mayor problema de la guía, por su repercusión en el fomento de la vulnerabilidad y estigmatización de las personas afectadas por estas enfermedades, se encuentra en su tendencia constante a referirse a la FM, SFC-EM, SQM y EHS como enfermedades de origen psicopatológico.

El ejemplo más evidente es la inclusión de los trastornos somatomorfos en un documento en cuya introducción se explicita que su objetivo es servir de guía de referencia para homogenizar la labor de los médicos inspectores del INSS en lo relativo a la valoración de la FM, el SFC-EM, la SQM y la EHS (p.7). La incorporación de los trastornos somatomorfos a este documento, obviamente, no supone ninguna aportación

¹ Como puede comprobarse en la página eCIEMaps del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social: https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_9_mc.html#search=780.7&flags=111100&flagsLT=1111111&searchId=1554922997704&indiceAlfabetico=neurastenia&listaTabular=780.7&expand=0&clasificacion=&version=

en lo que respecta a las otras enfermedades, salvo que se dé por sentado que todas ellas son alteraciones semejantes.

En diversos lugares de la guía se hace alusión a la falta de especificidad de los diversos hallazgos clínicos y diagnósticos de estas patologías. Por ejemplo, en la página 16, al referirse a la FM, se indica que las alteraciones en el patrón de sueño o en los estudios de neuroimagen no son característicos de la FM, sino que aparecen en otras condiciones que cursan con dolor crónico. Del mismo modo, en la página 69, hablando del SFC-EM, se niega el valor de pruebas diagnósticas ampliamente utilizadas (ergoespirometría y estudios neuropsicológicos), sin ninguna referencia que avale esta declaración, fácilmente impugnable si se revisa la investigación actual (Blanco, Sanromán, Pérez-Calvo, Velasco, & Peñacoba, 2019; Suárez et al., 2010).

En cambio, en esas mismas páginas (16 y 69), cuando se habla de la presencia de cuadros psicoafectivos asociados a la FM o el SFC-EM no se menciona en ningún momento que dichos cuadros (ansiedad y depresión, fundamentalmente) tampoco son específicos de estas enfermedades, sino que aparecen en múltiples situaciones que cursan con dolor crónico, sea este del tipo que sea (Adams et al., 2018; Charalambous, Giannakopoulou, Bozas, & Paikousis, 2019; Gromisch, Kerns, & Beauvais, 2019; Wurm, 2018). En lugar de plantearse que ansiedad o depresión puedan ser una consecuencia lógica de padecer una enfermedad crónica, con importantes limitaciones funcionales que cursa, se da por sentado que estos cuadros son la causa de dicha sintomatología. Este planteamiento, muy habitual en enfermedades que afectan mayoritariamente a mujeres, contribuye a invisibilizar el sufrimiento de las personas afectadas, que se convierten en responsables últimas de su padecimiento, al suponerseles una mermada capacidad de afrontamiento o una tendencia al catastrofismo.

Asimismo, en la misma página 16, se utiliza una referencia del año 1999 para referirse a la explicación de “los distintos síndromes funcionales, caracterizados todos ellos por síntomas médicamente carentes de explicación”. Resulta asombroso tener que recordar algo tan obvio como que, en los último 20 años de investigación, se ha avanzado enormemente en el desarrollo de hipótesis etiológicas plausibles para explicar estas enfermedades. La omisión de estos datos resulta, simplemente, inaceptable en un documento que pretende ser una actualización del estado de la cuestión.

En el capítulo referido a la Intolerancia Ambiental Idiopática, en las páginas 124-125, al describir la etiopatogenia de la enfermedad, se incurre en un sesgo de formato que refuerza la idea de considerar esta alteración como un trastorno de origen psicopatológico. Así, cuando se enumeran las teorías que defienden el origen tóxico de la enfermedad, no se utiliza la negrita para resaltar ningún elemento del texto, y el apartado se cierra aseverando que *“ninguna de las teorías anteriores tiene una evidencia ni un respaldo científico suficiente”*. En cambio, cuando se describen las teorías que defienden el origen psicopatológico de la enfermedad, se utiliza constantemente la negrita para resaltar elementos del texto especialmente significativos de esta posición. Resulta llamativo que, existiendo literatura más reciente, recogida además en uno de los Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Valderrama Rodríguez, Revilla-López, Blas Diez, Vázquez Fernández del Pozo, & Martín Sánchez, 2015), no se tenga en cuenta. De hecho, en este último informe se afirma que *“la causas que originan la SQM no son conocidas”* (ibid.: p. 24), por lo que no parece ser congruente que la guía del INSS se postule en un sentido u otro.

Más grave aún, por el daño que puede causar a las personas afectadas, es la recomendación de la guía del INSS (p. 136) de no evitar la exposición a entornos tóxicos porque *“dado que las exposiciones no han demostrado ninguna relación de causalidad ni ningún daño objetivo, el recomendar evitarla es una contradicción que conduce a la persistencia de la enfermedad”*. Esta afirmación es totalmente contradictoria con el informe editado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en el que se concluye que *“evitar la reexposición a las sustancias desencadenantes de la SQM es una de las medidas más eficaces, de carácter preventivo”* (ibid.: p. 37).

5.4. Sesgos que contribuyen a construir una imagen de las personas afectadas por estas enfermedades como simuladoras que tratan de conseguir una ganancia secundaria

Pero, además de la psicologización de estas enfermedades, la guía de INSS también muestra una imagen de las personas afectadas por las mismas como simuladoras, que tratan de obtener una ganancia secundaria a través de la exageración o el engaño. Esta perspectiva, además de suponer un menoscabo en el honor y la dignidad de las personas que sufren estas enfermedades, arroja un velo de sospecha que contribuye a enrarecer la relación clínica entre las personas afectadas y los profesionales sanitarios (Alameda Cuesta, Pazos Garcíandía, Oter Quintana, & Losa Iglesias, 2019).

El ejemplo más claro es la mención de una clasificación como la de Belenguer (p. 17), que considera a las personas simuladoras como un subtipo de fibromialgia. La inclusión de la simulación en una clasificación clínica como esta hace que, automáticamente, se haga extensiva esta posibilidad para cualquier persona afectada por la enfermedad, despertando la suspicacia de cualquier profesional sanitario que deba evaluar su situación de salud.

Igualmente, cuando en la página 27 se habla del pronóstico de la FM se afirma que, en la evaluación de la misma, hay que considerar si la persona se encuentra inmersa en litigios para el reconocimiento de la incapacidad, ya que *“los pacientes en esta situación podrían no intentar mejorar o exagerar sus síntomas para conseguir la prestación económica”*. De nuevo, no sólo se atenta contra la credibilidad de la persona enferma, sino que se omite la merma en la situación de salud que el paso por este proceso administrativo, como agente estresor, provoca en la persona. Tanto es así que el procedimiento para la evaluación de la incapacidad, así como los litigios para obtener o mejorar las compensaciones económicas, son considerados factores agravantes de la enfermedad (Rivera et al., 2006).

6. BIBLIOGRAFÍA

- Abbey, S. E., & Garfinkel, P. E. (1991). Neurasthenia and chronic fatigue syndrome: the role of culture in the making of a diagnosis. *The American Journal of Psychiatry*, 148(12), 1638–1646. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=1957925&site=ehost-live>
- Adams, A. M., Lipton, R. B., Martin, V. T., Reed, M. L., Fanning, K. M., Buse, D. C., & Goadsby, P. J. (2018). The Relationship between Pain, Psychiatric, and Endocrine/Neurological Comorbidities of Migraine: Results from the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) Study (P3.124). *Neurology*, 90(15 Supplement).
- Alameda Cuesta, A., Pazos Garcíandía, Á., Oter Quintana, C., & Losa Iglesias, M. E. (2019). Fibromyalgia, Chronic Fatigue Syndrome, and Multiple Chemical Sensitivity: Illness Experiences. *Clinical Nursing Research*, 105477381983867. <https://doi.org/10.1177/1054773819838679>
- Ayanian, J. Z., & Epstein, A. M. (1991). Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. *New England Journal of Medicine*, 325(4), 221-225.
- Barañano, M. (1992). *Mujer, trabajo, salud*. Madrid: Trota.
- Beard, G. M. (1880). *A practical treatise on nervous exhaustion (neurasthenia). Its symptoms, nature, sequences, treatment*. New York: William Wood.
- Bernstein, Barbara y Kane, Robert (1981). Physicians' attitudes toward female patients. *Medical care*, 19(6), 600-608.
- Blanchard, M. S., Eisen, S. A., Alpern, R., Karlinsky, J., Toomey, R., Reda, D. J., ... Kang, H. K. (2006). Chronic Multisymptom Illness Complex in Gulf War I Veterans 10 Years Later. *American Journal of Epidemiology*, 163(1), 66–75. <https://doi.org/10.1093/aje/kwj008>
- Blanco, S., Sanromán, L., Pérez-Calvo, S., Velasco, L., & Peñacoba, C. (2019). Olfactory and cognitive functioning in patients with fibromyalgia. *Psychology, Health & Medicine*, 24(5), 530–541. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1549741>

- Blease, C., Carel, H. & Geraghty, K. (2017). Epistemic injustice in healthcare encounters: evidence from chronic fatigue syndrome. *Journal of Medical Ethics*, 43(8), 549-557. <http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2016-103691>
- Carel, H. & Kidd, I. J. (2014). Epistemic injustice in healthcare: a philosophical analysis. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(4), 529-540.
- Charalambous, A., Giannakopoulou, M., Bozas, E., & Paikousis, L. (2019). Parallel and serial mediation analysis between pain, anxiety, depression, fatigue and nausea, vomiting and retching within a randomised controlled trial in patients with breast and prostate cancer. *BMJ Open*, 9, 26809. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026809>
- Chesler, P. (2005). *Women and Madness*. New York: Palgrave.
- Cullen, M. R. (1987). The worker with multiple chemical sensitivities: an overview. *Occupational Medicine (Philadelphia, Pa.)*, 2(4), 655–661. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=3313760&site=ehost-live>
- Donnay, A. H. (1999). On the Recognition of Multiple Chemical Sensitivity in Medical Literature and Government Policy. *International Journal of Toxicology (Taylor & Francis)*, 18(6), 383–392. <https://doi.org/10.1080/109158199225099>
- Ehrenreich, B., & English, D. (2005). *For her own good. Two centuries of the experts' advice to women* (2nd ed.). New York: Anchor Books.
- Eisen, S. A., Kang, H. K., Murphy, F. M., Blanchard, M. S., Reda, D. J., Henderson, W. G., ... Gulf War Study Participating Investigators. (2005). Gulf War veterans' health: medical evaluation of a U.S. cohort. *Annals of Internal Medicine*, 142(11), 881–890. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15941694>
- González Gómez, M. (2011). Salud laboral y género: Apuntes para la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de la prevención de riesgos laborales. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57, 89-114.
- Gowers, W. R. (1904). A lecture on lumbago: its lessons and analogues. *British Medical Journal*, 1(2246), 117–121.
- Greco, M. (2012). The classification and nomenclature of 'medically unexplained symptoms': Conflict, performativity and critique. *Social Science & Medicine*, 75(12), 2362-2369. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.09.010>

- Gromisch, E. S., Kerns, R. D., & Beauvais, J. (2019). "I battle pain every single day": Pain-related illness intrusiveness among persons with multiple sclerosis. *Rehabilitation Psychology*, 64(2). Retrieved from <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Frep0000273>
- Heidari, S., Babor, T. F., De Castro, P., Tort, S., & Curno, M. (2016). Sex and gender equity in research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use. *Research Integrity and Peer Review*, 1(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s41073-016-0007-6>
- Hospital, T. M. S. O. T. R. F. (1957). An outbreak of encephalomyelitis in the Royal Free Hospital Group, London, in 1955. *British Medical Journal*, 2(5050), 895–904. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=13472002&site=ehost-live>
- IACFS/ME. (2012). *Chronic Fatigue Syndrome / Myalgic Encephalomyelitis: A Primer for Clinical Practitioners*. Chicago: International Association for Chronic Fatigue Syndrome/Myalgic Encephalomyelitis. Retrieved from <http://www.iacfsme.org/Portals/0/PDF/PrimerFinal3.pdf>
- Kirmayer, L. J. (1988). Mind and body as metaphors: hidden values in biomedicine. In M. Lock, & D. R. Gordon (Eds.), *Biomedicine examined*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Kleinman, A. (1986). *Social origins of distress and disease. Depression, neurasthenia and pain in modern China*. New Haven: Yale University Press.
- Laguna, N. & Rodríguez, F.A. (2008). Participación de las mujeres en los ensayos clínicos según los informes de la agencia española de medicamentos y productos sanitarios. 2007. *Revista española de salud pública*, 82(3), 343-350.
- Lenhart, S. (1993). Gender discrimination: A health and career development problem for women physicians. *Journal of the American Medical Women's Association*, 48(5), 155-159.
- Malterud K. (2000). Symptoms as a source of medical knowledge: understanding medically unexplained disorders in women. *Family Medicine*, 32(9), 603-11.

- Mayou, R., Kirmayer, L. J., Simon, G., Kroenke, K., & Sharpe, M. (2005). Somatoform disorders: time for a new approach in DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 847-855.
- Moreno, N. (2010). La salud laboral de las mujeres. En VVAA, *Género y Salud*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Randolph, T. G. (1945). Fatigue and weakness of allergic origin (allergic toxemia) to be differentiated from nervous fatigue or neurasthenia. *Annals of Allergy*, 3, 418-430. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=21012438&site=ehost-live>
- Reid, S., Hotopf, M., Hull, L., Ismail, K., Unwin, C., & Wessely, S. (2001). Multiple chemical sensitivity and chronic fatigue syndrome in British Gulf War veterans. *American Journal of Epidemiology*, 153(6), 604-609. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=11257069&site=ehost-live>
- Rivera, J., Alegre, C., Ballina, F. J., Carbonell, J., Carmona, L., Castel, B., ... Vidal, J. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 2(Supl 1), S55-66.
- Ruiz-Cantero, M.T. (2001). Igualdad de oportunidades en los servicios sanitarios: sesgo de género como determinante de la estructura de salud de la comunidad. En C. Miqueo, C. Tomás, C. Tejero, MJ. Barral, T. Fernández, T. Yago (ed.), *Perspectivas de género y salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid: Ed. Minerva.
- Ruiz-Cantero, M.T. (2009). *Sesgos de género en la atención sanitaria*. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Ruiz-Cantero, M. T. & Pardo, Á. (2006). European Medicines Agency policies for clinical trials leave women unprotected. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(11), 911-3.
- Ruiz-Cantero, M. T. & Verbrugge, L. M. (1997). A two-way view of gender bias in medicine. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 51(2), 106-9.

- Ruiz-Cantero, M. T. & Verdú, M. (2004). Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. La salud Pública desde la perspectiva de género y clase social. Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. *Gaceta Sanitaria*, 18, 118-25.
- Ruiz-Cantero, M. T., Ronda, E. & Alvarez-Dardet, C. (2007). The importance of study design strategies in gender bias research: the case of respiratory disease management in primary care. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(Suppl 2): ii11-16.
- Ruiz-Cantero, M. T., Vives-Cases, C. & Artazcoz, L. (2007). A framework to analyse gender bias in epidemiological research. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(suppl 2), ii46-ii53.
- Ruiz-Cantero, M. T., Tomás-Aznar, C., Rodríguez-Jaume, M. J., Pérez-Sedeño, E., & Gasch-Gallén, Á. (2018). Agenda de género en la formación en ciencias de la salud: experiencias internacionales para reducir tiempos en España. *Gaceta Sanitaria*. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.03.010>
- Shorter, E. (1993). Chronic fatigue in historical perspective. In G. R. Bock & J. Whelan (Eds.). Chichester: John Wiley & Sons.
- Smythe, H. A. (1972). Non-articular rheumatism. In J. L. Hollander & D. L. Mc Carthy (Eds.) (pp. 874–884). Philadelphia: Lea and Febiger.
- Suárez, A., Guillamó, E., Roig, T., Blázquez, A., Alegre, J., Bermúdez, J., ... Javierre, C. (2010). Nitric oxide metabolite production during exercise in chronic fatigue syndrome: a case-control study. *Journal Of Women's Health (2002)*, 19(6), 1073–1077. <https://doi.org/10.1089/jwh.2008.1255>
- Tuana, N. (2006). The speculum of ignorance: The women's health movement and epistemologies of ignorance. *Hypatia*, 21(3), 1-19.
- Ussher, J. (1991). *Women's Madness*. Amherst: The University of Massachusetts Press.
- Ussher, J. (2013): Diagnosing difficult women and pathologising femininity: Gender bias in psychiatric nosology. *Feminism & Psychology*, 23(1), 63-69.
- Valderrama Rodríguez, M., Revilla López, M., Blas Diez, M., Vázquez Fernández del Pozo, S., & Martín Sánchez, J. (2015). *Actualización de la Evidencia Científica sobre Sensibilidad Química Múltiple (SQM)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Retrieved from <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/953/Actualización de la evidencia científica sobre sensibilidad>

química múltiple.pdf

Valdés Miyar, M. (1977). *Estudio de los llamados “reumatismos psicógenos”*. El dolor en los síndromes psicógenos del aparato locomotor. Universidad de Barcelona.

Valls, C. (2008). *Mujeres invisibles*. Barcelona: Mondadori.

Valls, C. (2009). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Cátedra.

Valls, C. (2010). La salud de las mujeres en la medicina. En VVAA, *Género y Salud*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Wileman, L., May, C. & Chew-Graham, C.A. (2002). Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation: a qualitative study. *Family Practice*, 19(2), 178-182.

Wurm, M. (2018). *Understanding comorbid pain and emotions*. Örebro: Örebro University.
Retrieved from <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1199836/FULLTEXT01.pdf>