

Autores:

Dau García Dauder

Almudena Alameda Cuesta

Universidad Rey Juan Carlos

Isabel Diez Velasco

CONFESQ, Coalición Nacional de Entidades de FM, EM/SFC, SQM y EHS

Diseño:

CONFESQ & DOLFA

"Imagen: Freepik.com". La portada ha sido diseñada usando imágenes de Freepik.com

Subvencionado por:

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (1ª Edición)



Documento revisión: guía de actualización en la valoración de fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, sensibilidad química múltiple y electrosensibilidad. Análisis sesgos de género. by Dau García Dauder, Almudena Alameda Cuesta, Issabel Diez Velasco, CONFESQ is licensed under a Commons Reconocimiento-NoComercial-Compartirlgual 4.0 Internacional

Creado a partir de la obra en <a href="http://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/46cc8bc1-065f-4b72-9e5a-d271d6454912/GUIA+ACTUALIZACI%C3%93N+FM+SFC+SQM+y+ES_ACCESIBLE.pdf?MOD=AJPERES&CVID="http://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/46cc8bc1-065f-4b72-9e5a-d271d6454912/GUIA+ACTUALIZACI%C3%93N+FM+SFC+SQM+y+ES_ACCESIBLE.pdf?MOD=AJPERES&CVID=.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN. SESGOS DE GÉNERO EN INVESTIGACIÓN Y ATENCIÓN EN SALUD1	
2.	EL SESGO DE GÉNERO EN LA PSICOLOGIZACIÓN DE LO "MÉDICAMENTE INEXPLICADO"3	
3.	CRÍT	ICA A LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS5
4.		E LA NEURASTENIA Y SU RELACIÓN CON LA FM, EL SFC-EM Y LA EHS7
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)	
	5.1.	SESGOS RELACIONADOS CON EL FORMATO DE LA GUÍA Y SU RIGOR CIENTÍFICO
	5.2.	CONFUSIONES TERMINOLÓGICAS EN EL USO DE LAS CLASIFICACIONES CLÍNICAS
	5.3.	SESGOS QUE CONTRIBUYEN A PSICOLOGIZAR-PSIQUIATRIZAR ESTAS TRES ENFERMEDADES
	5.4.	SESGOS QUE CONTRIBUYEN A CONSTRUIR UNA IMAGEN DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR ESTAS ENFERMEDADES COMO SIMULADORAS QUE TRATAI DE CONSEGUIR UNA GANANCIA SECUNDARIA
6.	ESTEREOTIPOS DE GÉNERO, DISCRIMINACION INTERSECCIONAL Y PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD 16	
	6.1.	PERSPECTIVA DE GÉNERO: UNA OBLIGACIÓN A NIVEL INTERNACIONAL.16
	6.2.	¿CÓMO AFECTAN LOS ESTEREOTIPOS Y LA NO APLICACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO?20
		6.2.1 LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD
		6.2.2 JUICIOS DE INVALIDEZ EN SEDE JUDICIAL
7.	BIBLI	OGRAFÍA24

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-Encefalomielitis 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. <u>EL SESGO DE GÉNERO EN LA PSICOLOGIZACIÓN DE LO</u> "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 psicosomáticas 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. <u>CRÍTICA A LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS</u>

Se supone que el DSM es ateórico: 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 somatoformo 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 v 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 Encefalomielitis 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-Encefalomielitis Miálgica (SFC-EM), lo harían 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 psicógeno como "un trastorno que se 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 Alan 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. <u>SESGOS RELACIONADOS CON EL FORMATO DE LA GUÍA Y SU RIGOR CIENTÍFICO</u>

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. <u>CONFUSIONES TERMINOLÓGICAS EN EL USO DE LAS CLASIFICACIONES CLÍNICAS</u>

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.

¹ Como puede comprobarse en la página eCIEMaps del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social:

 $[\]label{limit:lim$

5.3. <u>SESGOS QUE CONTRIBUYEN A PSICOLOGIZAR-</u> 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 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 momento cuadros que dichos (ansiedad V 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 suponérseles 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 Garciandía, 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. ESTEREOTIPOS DE GÉNERO, DISCRIMINACION INTERSECCIONAL Y PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD
 - 6.1. PERSPECTIVA DE GÉNERO: UNA OBLIGACIÓN A NIVEL INTERNACIONAL

El concepto de *perspectiva de género* se acuñó en 1995 durante la IV Conferencia Internacional sobre la Mujer celebrada en Beijing. Este concepto

se definió como el proceso de evaluación de las consecuencias para las mujeres y los hombres de cualquier actividad planificada, inclusive las leyes, políticas o programas, en todos los sectores y a todos los niveles. La finalidad última de esta nueva perspectiva era acabar con la perpetuación de las desigualdades entre los géneros integrando las preocupaciones y experiencias de ambos géneros en la elaboración, la aplicación, la supervisión y la evaluación de las políticas y los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales².

Tras esta Conferencia, varios han sido los instrumentos internacionales que han previsto la obligación de aplicar la perspectiva de género entre sus articulados. En el ámbito de las políticas del Consejo de Europa, se incluyó esta perspectiva en la Revisión de la Carta Social Europea (1996) y la Aprobación del protocolo 12 al Convenio Europeo de Derechos Humanos (2000).

Por su parte, en el ámbito de la Unión Europea (UE) se aplicó la Decisión 95/593/CEE del Consejo, de 22 de diciembre de 1995 (1996-2000) relativa a la participación equilibrada de las mujeres y de los hombres en los procesos de toma de decisión. Además, también se introdujo en el art. 3.2° del Tratado de la Unión Europea (versión Ámsterdam 1998), y más tarde en el art. 8 del Tratado de Funcionamiento de la UE (Lisboa 2008)³.

En el ordenamiento jurídico nacional, dicha obligación se ve inmersa en nuestro texto constitucional al establecer que los poderes públicos deberán promover la igualdad real y efectiva entre los individuos y remover los obstáculos que lo impidan (art. 9.2 CE). Entendiendo en este sentido la igualdad como valor superior del ordenamiento jurídico (art. 1 CE) y como un derecho fundamental (art. 14 CE).

Por su parte, la Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (LOIEMH) establece en su artículo 4 la integración del principio de igualdad en la interpretación y aplicación de las normas:

"La **igualdad** de trato y de oportunidades entre hombres y mujeres es un **principio informador** del ordenamiento jurídico y como tal **se integrará y observará** en la **interpretación y aplicación** de las normas jurídicas".

17

² Conclusiones Comité Económico y Social de Naciones Unidas, 1997 (E/1997/97).

³ Poyatos, G. *Juzgar con perspectiva de género: una metodología vinculante de justicia equitativa*, iQual, Revista de Género e Igualdad, 2019, 2,1-2.

Por lo tanto, la aplicación y la interpretación de las normas, directivas, decisiones y demás actos administrativos, legislativos y judiciales debe tener siempre en cuenta la perspectiva de género. Mayoritariamente esta perspectiva se ha entendido como una cuestión referida exclusivamente al género femenino. Sin embargo, en este sentido cabe puntualizar que la perspectiva de género es una forma de interpretación lejos de estereotipos aplicados tanto al género masculino como al género femenino.

En concreto cuando hablamos de salud, la perspectiva de género trata de evitar analizar la salud de las personas desde un único prisma, provocando en algunos casos un diagnóstico ineficaz y en otros casos acciones que puedan ocasionar daños en la salud de las personas. Por ello es necesario trabajar desde una perspectiva que también visibilice las conductas ligadas a la masculinidad hegemónica que afectan tanto a los hombres como a las mujeres.

Ejemplo de lo anterior es la necesidad de dinamizar el concepto de perspectiva de género y abordar la equidad desde una perspectiva de justicia, la cual no sólo se corresponde con problemáticas ligadas a la carencia, sino también a los excesos e invisibilidad. Prueba de ello es lo que acontece con las cardiopatías isquémicas. Los varones tienen más riesgo de padecerlas, por razón de género, pero las mujeres son peor atendidas y presentan mayor mortalidad para todas las edades, también por razones de género. Entonces tenemos inequidad en una patología: en el riesgo para los varones y en la calidad de atención para las mujeres.⁴

La perspectiva de género se prevé como un medio para conseguir un fin, el cual es conseguir la igualdad real y efectiva entre hombres y mujeres. No es suficiente con que exista una igualdad material, sino que es necesario exigir una igualdad a todos los niveles, y esto se consigue eliminando los prejuicios o estereotipos de género que persisten enraizados en nuestra sociedad.

Según el Alto Comisionado para las Naciones Unidas, los estereotipos de género son una visión generalizada o preconcepción sobre los atributos o las características que son o deben ser poseídas por las mujeres o por los hombres o los roles que son o deben ser asumidos por los hombres y las mujeres. Ambos estereotipos de género pueden ser positivos o negativos.

En relación con esto, el mismo órgano considera que estereotipar es la práctica de adscribir a un individuo hombre o mujer específicos atributos,

⁴ Tájer, D. Construyendo una agenda de género en las políticas públicas de salud, Género y Salud. Las Políticas en acción. Buenos Aires, Lugar Editorial. Pg. 14-20.

características o roles por la simple razón de pertenecer a un grupo social de hombres o mujeres.⁵

Los estereotipos de género perpetúan situaciones de inequidad y desigualdad donde inconscientemente se generalizan patrones. Los estereotipos son *elementos cognitivos irracionales que vemos como verdades absolutas*. En este sentido, estos esquemas están predefinidos y aquellas situaciones que no encajan en las categorizaciones establecidas socialmente se interpretan como excepcionales, reforzando la creencia de partida.⁶

Por ejemplo, en el ámbito de la salud, se ha tendido a psicologizar todo aquello que era considerado "médicamente inexplicable". Es decir, se tiende a relacionar los problemas que no tienen una explicación biomédica, con problemas relacionados con la mente. En este sentido, es vasta la bibliografía médica y los casos individuales donde se ha categorizado como histeria lo que actualmente se ha demostrado que puede ser la esclerosis u otras enfermedades neurodegenerativas. En este sentido, 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 feminidad⁷.

Actualmente, estos sesgos o estereotipos de género se han perpetuado en la esfera médica a la hora de diagnosticar FM, SFC-EM, SQM-EHS al no dotar de credibilidad a sus dolencias o al psicologizar todos sus síntomas. Esta falta de credibilidad se conoce como *injusticia epistémica* de Miranda Fricker y cuando se desarrolla en el ámbito de la atención médica, tiene consecuencias significativas para la atención al paciente.

Consecuentemente, la aplicación de estereotipos de género perpetúa la desigualdad entre hombres y mujeres y provoca situaciones discriminatorias. Será por ello imprescindible a la luz de la normativa nacional e internacional aplicar la perspectiva de género para así eliminar los estereotipos que impiden alcanzar la igualdad formal y material.

⁵ OHCHR commissioned report – "Gender Stereotyping as a human rights violation".

⁶ Op. Cit, nº 2.

⁷ Ussher, J. (2013): Diagnosing difficult women and pathologising femininity: Gender bias in psychiatric nosology. Feminism & Psychology, 23(1), 63-69.

6.2. ¿CÓMO AFECTAN LOS ESTEREOTIPOS Y LA NO APLICACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO?

Tal y como hemos mencionado anteriormente, los estereotipos generan discriminación contra las mujeres. Según el artículo 12.1 y 14 del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica del 11 de mayo de 2011 (Convenio de Estambul):

Las Partes deberán promover los cambios en los modos de comportamiento socioculturales de las mujeres y los hombres con vistas a erradicar los **prejuicios**, costumbres, tradiciones y cualquier otra práctica **basada en la idea de la inferioridad** de la mujer **o en un papel estereotipado** de las mujeres y los hombres.

Sin embargo, los estereotipos de género pueden suponer una grave vulneración de los derechos humanos cuando se trata de especialistas o profesionales que se basan en estos para determinar su actuación profesional. La estereotipación institucional es identificada como una forma de discriminación en el artículo 1 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979 (CEDAW), así como en el Convenio de Estambul anteriormente mencionado⁸.

Además, España ya ha sido condenada por el Comité CEDAW de Naciones Unidas (Comunicación nº 47/2012 del Comité CEDAW -asunto Ángela González-) con la expresa recomendación de implementar la formación en perspectiva de género a diferentes niveles, entre ellos el judicial. Es decir, los operadores jurídicos deberán aplicar la perspectiva de género a la hora de determinar la incapacidad total o parcial de una persona que padezca Fibromialgia (FM), el Síndrome de Fatiga Crónica-Encefalomielitis Miálgica (SFC-EM), la Sensibilidad Química Múltiple (SQM) o la Electrohipersensibilidad (EHS).

Finalmente, el Informe de la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de Naciones Unidas titulado *La estereotipación de género como una violación de los derechos humanos*⁹ recuerda que el Derecho Internacional de

⁸ Poyatos, G. "Justicia con perspectiva de género", Asociación de Mujeres Juezas de España, 2018 (Madrid). Disponible en: http://www.mujeresjuezas.es/2018/04/26/justicia-con-perspectiva-degenero-articulo-de-nuestra-socia-gloria-poyatos/

⁹ Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights – Commissioned Report. 2013. Gender Stereotyping as a Human Rights Violation, p. 9. www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/GenderStereotypes.aspx

los Derechos Humanos establece que los Estados Parte están legalmente obligados a eliminar toda discriminación basada en el género. Por consiguiente, es obligación del Estado español adoptar la perspectiva de género en todos los ámbitos, incluido en el ámbito de la salud, para eliminar los estereotipos y consecuentemente la discriminación contra las mujeres. ¹⁰ Cuando hablamos de discriminación, nos referimos a la definición establecida en la Constitución Española cuando dice en su artículo 14 que nadie puede ser discriminado por *razón de nacimiento*, *raza*, *sexo*, *religión*, *opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social*. En este sentido, es imprescindible hacer referencia al concepto de discriminación múltiple, multifactorial o interseccional que considera que las personas pueden ser discriminadas por pertenecer a varios grupos protegidos por el principio de no discriminación

Caben destacar la sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) del 24 de julio de 2012 en el caso B.S c. España donde establece que las Autoridades Españolas no atendieron a la condición especialmente vulnerable de la demandante por ser una mujer africana ejerciendo la prostitución. Por lo que condenó al Estado Español. Así como la Sentencia del mismo Tribunal del 25 de julio de 2017 en el caso Carvalho Pinto de Sousa¹¹ donde determinó que se estaba ante una discriminación por razón de sexo y también por razón de edad (discriminación múltiple), derivada de estereotipos de género y edad, lo que permite la acumulabilidad de distintas causas de discriminación.

Por su parte, la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso "Rosendo Cantú y otra vs. México" tuvo en cuenta las diferentes características de la peticionaria para establecer que todas ellas analizadas conjuntamente ponían a la víctima en una situación de mayor vulnerabilidad. Dichos precedentes nos muestran que las mujeres que padecen Fibromialgia (FM), el Síndrome de Fatiga Crónica-Encefalomielitis Miálgica (SFC-EM), la Sensibilidad Química Múltiple (SQM) o la Electrohipersensibilidad (EHS) son discriminadas por el hecho de padecer esas enfermedades y por el hecho de ser mujeres.

_

¹⁰ Op. Cit. nº 6.

¹¹ STEDH de 25 de julio de 2017 (Caso Carvalho Pinto de Sousa), demanda nº17484/15.

¹² CIDH – Asunto

[&]quot;Rosendo Cantú y otra vs. México", sentencia de 31 de agosto de 2010 (Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas). Disponible en: http://www.tc.gob.pe/corte_interamericana/seriec_216_esp.pdf

En primer lugar, porque la inversión en investigación acerca de estas enfermedades es plausiblemente escasa, impidiendo que las/los pacientes puedan acceder a un tratamiento que reduzca sus síntomas o incluso los elimine. Además, el diagnóstico de estas enfermedades es lento y conlleva un proceso largo, lo que deja a las personas que las padecen en un limbo social y jurídico que les impide llevar una vida normalizada.

En segundo lugar, porque las personas que sufren estas enfermedades son mayoritariamente mujeres que ven cerciorada su credibilidad durante todo el proceso de diagnóstico al que se ven sometidas. Esto supone a la larga que las mujeres que padecen estas enfermedades sufran una grave discriminación en relación a las personas que sufren otros síndromes. Es importante aquí señalar la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria (341/2007), de 17 de abril, en relación a la fibromialgia (extensible también a las demás enfermedades) donde el tribunal destacó, entre otras consideraciones, que:

"hasta el 1 de enero de 1993 la OMS no reconoció oficialmente a la fibromialgia como síndrome real. De hecho, esta afección se ocultó dentro del término general de neurastenia, cuando no del de simulación, actitud pseudo científica que, conllevó una verdadera discriminación de la mujer, en cuanto tal condición tiene la mayoría de las afectadas por el síndrome"

En este sentido, cabe recordar la obligación legal que tiene el Instituto Nacional de la Seguridad Social de divulgar una guía sin estereotipos de género que perpetúen la doble discriminación que sufren las mujeres que padecen estas enfermedades y donde se promueva diagnosticar individualmente a todos los pacientes de acuerdo a las necesidades específicas que presenten en relación a su género, contexto socioeconómico, edad...

En la Guía publicada por el INSS se promueven los estereotipos basados en el género cuando se afirma que el Síndrome de Fatiga Crónica es un tipo de neurastenia (pág. 111) o cuando se 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* (pág. 17 y 27). Estas afirmaciones contenidas en un documento público que sirve *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* supone una grave vulneración de los derechos de los pacientes al verse inmersos en unos estereotipos que lejos de ayudarles en el proceso, les discrimina.

<u>6.2.1 LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD</u>

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), integrar las perspectivas de género en la salud pública significa tener en cuenta las diferentes necesidades de la mujer y del hombre en todas las fases del desarrollo de políticas y programas. Esto implica abordar la influencia de los factores sociales, culturales y biológicos en los resultados sanitarios, para mejorar así la eficiencia, cobertura y equidad de los programas.

Es decir, el desarrollo de políticas públicas de la salud deberá tener en cuenta cómo difieren los resultados, experiencias y riesgos sanitarios entre hombres y mujeres, niños y niñas, y para actuar en consecuencia¹³.

El hecho de desarrollar políticas públicas de salud con perspectiva de género tiene como fin último la equidad en el sistema sanitario. Esto significa que se debe incorporar el modo en el que las asimetrías sociales entre varones y mujeres determinan diferencialmente el proceso salud-enfermedad-atención tanto en los varones como en las mujeres. Se trata de asimetrías jerárquicas entre los géneros que, articuladas con otras diferencias entre las personas, también son fuentes de inequidad en nuestras sociedades: edad, etnia y clase social establecerán perfiles de morbimortalidad específicos, así como modelos de gestión de la enfermedad diferencial¹⁴.

Podemos identificar que estas situaciones provocan diferentes vulnerabilidades dependiendo de la persona y sus características individuales. Cuestión que nos lleva directamente a analizar las consecuencias que puede conllevar no aplicar la perspectiva de género en enfermedades que son padecidas mayoritariamente por mujeres.

Es por todo ello imprescindible observar las políticas públicas de salud desde la equidad haciendo especial hincapié en cómo puede influir el factor género en la distribución de riesgos, en los mecanismos y modelos de atención, en el tipo de cobertura y de financiamiento, en la formación del personal que trabaja en el sistema sanitario y finalmente en la gestión y toma de decisiones¹⁵.

¹³ Organización Mundial de la Salud (OMS), ¿En qué consiste el enfoque de salud pública basado en el género?, 7 de marzo de 2007. Disponible en: https://www.who.int/features/qa/56/es/

¹⁴ Op. Cit. n° 3. ¹⁵ Op. Cit. n° 3.

6.2.2 JUICIOS DE INVALIDEZ EN SEDE JUDICIAL

Los estereotipos de género son también visibles en sede administrativa y judicial, donde las personas son cuestionadas durante los juicios de invalidez. Es evidente que nadie está exento de los prejuicios o estereotipos pues son ideas concebidas y aprendidas socialmente. Sin embargo, es reprochable la actividad parcial de los profesionales que basan la misma en estereotipos infundados sobre los/las pacientes, más si cabe cuando se están vulnerando gravemente los derechos humanos.

Es común observar cómo los estereotipos han llevado a multitud de magistrados/as a adoptar decisiones judiciales inequitativas, injustas y, en determinados casos, discriminatorias. En muchas ocasiones, el testimonio de las personas no se ha considerado veraz e incluso los informes periciales se han valorado discrecionalmente por el/la juez/a.

En los juicios de invalidez por enfermedad, normalmente el dolor se rechazaba por ser un criterio subjetivo para la valoración de la prueba. Actualmente, el problema radica en la interpretación de la norma donde se establece que *las dolencias deben ser "susceptibles de determinación objetiva"* (artículo 136 de la Ley General de la Seguridad Social). La determinación objetiva de las dolencias en estas enfermedades viene siendo una dificultad al ser enfermedades diagnosticadas a través de informes clínicos y que no presentan pruebas médicas objetivas, sin perjuicio de que se puedan aportar como prueba en los juicios de invalidez. Sin embargo, estos informes clínicos dependerán del conocimiento, experiencia e imparcialidad del/a doctor/a y de la aplicación correcta de los protocolos, pues en muchas ocasiones se llegará a informes opuestos o contradictorios en un mismo supuesto. Finalmente, el juez valorará esa circunstancia conforme a las reglas de la sana crítica según el artículo 348 de la Ley de Enjuiciamiento Civil¹⁶.

Todo lo anteriormente expuesto muestra la necesidad imperante de aplicar la perspectiva de género tanto por los operadores sanitarios como por los operadores jurídicos, pues de lo contrario se continuará generando discriminación múltiple hacia los/as pacientes de estas enfermedades.

7. 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),

. .

¹⁶ Lousada Arochena, J. El tratamiento jurídico de la fibromialgia en perspectiva de género, AmecoPress, 2011 (Madrid).

- 1638–1646. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=1957925&sit e=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 Garciandía, 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 philosophial 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.
- CIDH Asunto *Rosendo Cantú y otra vs. México*, sentencia de 31 de agosto de 2010 (Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas). Disponible en: http://www.tc.gob.pe/corte_interamericana/seriec_216_esp.pdf

- 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&sit e=ehost-live
- Conclusiones Comité Económico y Social de Naciones Unidas, 1997 (E/1997/97).
- 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.
- Lousada Arochena, J. El tratamiento jurídico de la fibromialgia en perspectiva de género, AmecoPress, 2011 (Madrid).
- 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.
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights Commissioned Report. 2013. Gender Stereotyping as a Human Rights Violation, p. 9. www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/GenderStereotypes.aspx
- OHCHR commissioned report "Gender Stereotyping as a human rights violation".
- Organización Mundial de la Salud (OMS), ¿En qué consiste el enfoque de salud pública basado en el género?, 7 de marzo de 2007. Disponible en: https://www.who.int/features/qa/56/es/
- Poyatos, G. *Justicia con perspectiva de género*, Asociación de Mujeres Juezas de España, 2018 (Madrid). Disponible en: http://www.mujeresjuezas.es/2018/04/26/justicia-con-perspectiva-de-genero-articulo-de-nuestra-socia-gloria-poyatos/
- Poyatos, G. Juzgar con perspectiva de género: una metodología vinculante de justicia equitativa. iQual, Revista de Género e Igualdad, 2019, 2,1-2.
- 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 Whiley & Sons.
- Smythe, H. A. (1972). Non-articular rheumatism. In J. L. Hollander & D. L. Mc Carthy (Eds.) (pp. 874–884). Philadelphia: Lea and Febiger.
- STEDH de 25 de julio de 2017 (Caso Carvalho Pinto de Sousa), demanda nº17484/15.
- 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
- Tájer, D. Construyendo una agenda de género en las políticas públicas de salud, Género y Salud. Las Políticas en acción. Buenos Aires, Lugar Editorial. Pg. 14-20.
- 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

Este documento ha sido elaborado como respuesta a la «Guía de actualización en la valoración de fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, sensibilidad química múltiple, electrosensibilidad y trastornos somatomorfos», publicada el día 18 de enero de 2019 por el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Dada la incorformidad del colectivo afectado, puesto que en ella se detallan criterios diagnósticos inapropiados y obsoletos para los afectados, este documento muestra la necesidad de su modificación y propone tratamientos realmente efectivos.



Subvencionado por:







CONFESQ

COALICIÓN NACIONAL DE ENTIDADES DE FIBROMIALGIA (FM), SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA/ ENCEFALOMIELITIS MIÁLGICA (SFC/EM), SENSIBILIDAD QUÍMICA MÚLTIPLE (SQM) Y ELECTROHIPERSENSIBILIDAD (EHS)

