Volumen **100** **e202611096** Recepción: **26/4/2026** Aceptación: **26/5/2026** Publicación: **17/11/2026**
ORIGINAL 45 páginas **doi: 10.67113/resp.v100i1.1794** **VERSIÓN EN LÍNEA**

Estimación piloto de la prevalencia de encefalomielitis miálgica/síndrome de fatiga crónica y sensibilidad química múltiple de población adulta de la Comunidad de Madrid mediante muestreo en Atención Primaria

Pilot estimation of the prevalence of myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome and multiple chemical sensitivity in the adult population of the Community of Madrid (Spain) using Primary Care-based sampling

AUTORES

(1) Almudena Alameda Cuesta [ORCID: 0000-0001-7492-0967]
(1) Gema Cid Expósito [ORCID: 0000-0003-0886-0382]
(2) Cristina Nieto Muñoz [ORCID: 0009-0003-1204-5695]
(2) Ana Talavera Sáez [ORCID: 0000-0001-5444-7869]
(1) Ángel Lizcano Alvárez [ORCID: 0000-0002-0022-9652]
(3) Saray Blanco Abril [ORCID: 0000-0003-3204-1184]
(4,5) Cristina Oter Quintana [ORCID: 0000-0002-2192-5120]
(6) Jesús Esteban Hernández [ORCID: 0000-0002-6013-1091]

FILIACIONES

(1) Departamento de Enfermería y Estomatología. Universidad Rey Juan Carlos. ALCORCÓN. ESPAÑA.
(2) Gerencia Asistencial de Atención Primaria. MADRID. ESPAÑA.
(3) Ministerio de Sanidad. MADRID. ESPAÑA.
(4) Departamento de Enfermería. Universidad Autónoma de Madrid. MADRID. ESPAÑA.
(5) Grupo de Investigación en Enfermería y Cuidados de Salud Cuidados, IDIPHISA. MAJADAHONDA. ESPAÑA.
(6) Departamento de Especialidades Médicas y Salud Pública. Universidad Rey Juan Carlos. ALCORCÓN. ESPAÑA.

FINANCIACIÓN

Este proyecto fue financiado por la Coalición Nacional de Fibromialgia, Síndrome de Fatiga Crónica, Sensibilidad Química Múltiple y Electrohipersensibilidad (CONFESQ), a través de un contrato al amparo del art. 83 de la *LOU para el desarrollo de actividades científicas, técnicas o artísticas entre la Universidad Rey Juan Carlos y CONFESQ.*

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

CONCEPCIÓN Y DISEÑO DEL ESTUDIO: A Alameda Cuesta, G Cid Expósito, C Nieto Muñoz, A Talavera Sáez, A Lizcano Alvárez, S Blanco Abril, C Oter Quintana, J Esteban Hernández.

RECOGIDA DE LOS DATOS: A Alameda Cuesta, G Cid Expósito, C Nieto Muñoz, A Talavera Sáez, A Lizcano Alvárez, S Blanco Abril, J Esteban Hernández.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS: A Alameda Cuesta, G Cid Expósito, C Oter Quintana, J Esteban Hernández.

Todos los autores realizaron contribuciones sustanciales al trabajo y cumplieron los criterios de autoría del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE).

Todos los autores participaron en la redacción de la versión inicial del manuscrito y aprobaron el manuscrito final para su publicación.

CORRESPONDENCIA

Almudena Alameda Cuesta **almudena.alameda@urjc.es**

Edificio Departamental II. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Avda. Atenas, s/n. CP 28922. Alcorcón. España.

CITA SUGERIDA

Alameda Cuesta A, Cid Expósito G, Nieto Muñoz C, Talavera Sáez A, Lizcano Alvárez A, Blanco Abril S, Oter Quintana C, Esteban Hernández J. Estimación piloto de la prevalencia de encefalomielitis miálgica/síndrome de fatiga crónica y sensibilidad química múltiple de población adulta de la Comunidad de Madrid mediante muestreo en Atención Primaria. Rev Esp Salud Pública. 2026; 100: 17 de noviembre e202611096.

RESUMEN

FUNDAMENTOS // La Encefalomielitis Miálgica/Síndrome de Fatiga Crónica (EM/SFC) y la Sensibilidad Química Múltiple (SQM) son enfermedades multisistémicas graves cuyo reconocimiento clínico se ha visto dificultado por su invisibilidad social y variabilidad diagnóstica. Esta situación ha limitado la obtención de datos epidemiológicos fiables. El objetivo del estudio fue estimar la prevalencia de EM/SFC y SQM en población adulta de la Comunidad de Madrid.

MÉTODOS // Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal entre personas mayores de dieciocho años asignadas a los Códigos de Identificación de Asistencia Sanitaria (CIAS) de Enfermería de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Se aplicó un muestreo bietápico por conglomerados, con un tamaño muestral previsto de 2.000 personas (550 para el estudio piloto). La identificación de casos se realizó mediante los *cuestionarios DSQ-SF, SF-36* y *QEESI*. El análisis incluyó estadísticos descriptivos (medianas, rangos intercuartílicos y frecuencias), pruebas ji-cuadrado, y comparación de medias mediante ANOVA y t-Student.

RESULTADOS // Se presentan los resultados del estudio piloto realizado en la Dirección Asistencial Oeste. De 530 personas que aceptaron participar, 280 (52,8%) completaron el cribado. Se estimó una prevalencia del 2,26% para EM/SFC y del 2,64% para SQM. La mitad de las personas que cumplían criterios para EM/SFC también los cumplían para SQM, estimándose una prevalencia de afectación dual del 1,13%.

CONCLUSIONES // Los resultados ponen de manifiesto la magnitud epidemiológica de la EM/SFC y la SQM. Las prevalencias obtenidas son altas, superando ampliamente el umbral de enfermedades raras.

PALABRAS CLAVE // Síndrome de Fatiga Crónica; Sensibilidad Química Múltiple; Estudios transversales; Prevalencia; Atención Primaria de Salud.

ABSTRACT

BACKGROUND // Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS) and Multiple Chemical Sensitivity (MCS) are severe multisystem diseases whose clinical recognition has been hindered by social invisibility and diagnostic variability. This has limited the availability of reliable epidemiological data. The aim of this study was to estimate the prevalence of ME/CFS and MCS in the adult population of the Community of Madrid.

METHODS // A cross-sectional descriptive study was conducted among adults over eighteen years belonging to the patient panels of primary care nurses within the Primary Care Services Management. A two-stage cluster sampling strategy was applied, with a planned sample size of 2,000 participants (550 in the pilot study). Case identification was carried out using the *DSQ-SF*, *SF-36*, and *QEESI questionnaires*. The analysis included descriptive statistics (medians, interquartile ranges, and frequencies), chi-square tests, and mean comparisons using ANOVA and Student's t-test.

RESULTS // This paper presents the findings of the pilot study conducted in the Western Primary Care Directorate. Of the 530 individuals who agreed to participate, 280 (52.8%) completed the screening. The estimated prevalence was 2.26% for ME/CFS and 2.64% for MCS. Half of the individuals who met criteria for ME/CFS also met criteria for MCS, resulting in an estimated dual-condition prevalence of 1.13%.

CONCLUSIONS // The results highlight the epidemiological significance of ME/CFS and MCS. The estimated prevalences are high, clearly exceeding the threshold for rare diseases.

KEYWORDS // Chronic Fatigue Syndrome; Multiple Chemical Sensitivity; Cross-Sectional studies; Prevalence; Primary Health Care.

RE SP

INTRODUCCIÓN

La Encefalomielitis Miálgica/Síndrome de Fatiga Crónica (EM/SFC) y la Sensibilidad Química Múltiple (SQM) son enfermedades crónicas, multisistémicas y debilitantes. La EM/SFC se acompaña de una reducción o deterioro significativo de la capacidad de la persona para desempeñar actividades educativas, sociales o personales previas al inicio de la enfermedad **(1,2)**. Cursa con fatiga debilitante que empeora con la actividad, no se alivia sustancialmente con el reposo y no se deriva de un esfuerzo cognitivo o físico excesivo. Su síntoma distintivo es el malestar postesfuerzo (*post-exertion malaise* o PEM, según sus siglas en inglés), un empeoramiento de los síntomas que suele aparecer horas o días tras el esfuerzo que lo desencadenó, que puede ser mínimo y cuya recuperación puede llevar días o semanas **(2,3)**. Otros síntomas son los problemas de sueño, disfunciones cognitivas y disautonomía **(1)**. El grado de afectación de la enfermedad es variable, pero en su forma más severa las personas permanecen en cama, dependiendo de los cuidados de otra persona **(2)**.

Por su parte, la SQM es un síndrome complejo, caracterizado por la aparición de sintomatología muy diversa en relación con la exposición a una amplia variedad de agentes medioambientales, a niveles habitualmente tolerados por la mayoría de las personas **(4,5)**. Los síntomas más habituales incluyen dificultad respiratoria, cefalea, mareo y alteraciones cognitivas. Conforme a la Clasificación SANOXA del Hospital Clínic Barcelona **(6)**, en su nivel mayor de gravedad la persona vive aislada en su domicilio en situación de gran invalidez, ya que concentraciones mínimas de múltiples productos le producen gran sintomatología.

El reconocimiento de la EM/SFC y la SQM por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sido tardío y desigual. En su undécima revisión, la CIE incluye la EM/SFC bajo el código 8E49 Síndrome de Fatiga Posviral, dentro del grupo correspondiente a *Otros trastornos del sistema nervioso* **(7)**. La SQM no dispone de un código específico en la CIE, aunque a menudo se clasifica bajo el T78.40, que corresponde a *Alergia no especificada* **(7)**. Ello ha llevado a diversos colectivos profesionales y personas afectadas a demandar que la OMS desarrolle un código propio para esta condición clínica **(8)**. La variabilidad en la clasificación de ambas entidades ha dificultado disponer de datos epidemiológicos precisos. Por otro lado, la ausencia de un biomarcador específico, la coexistencia con otras entidades comórbidas, una etiopatogenia aún no del todo conocida, y la variabilidad en la definición de caso han contribuido a su cuestionamiento como enfermedades

AGRADECIMIENTOS

A las personas usuarias de los Centros de Salud participantes en el estudio. A la Dirección de Enfermería y profesionales enfermeros de la Dirección Asistencial Oeste (Gerencia Asistencial de Atención Primaria) de Madrid implicados en el proceso de captación de las personas participantes.

Este artículo tiene una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional. Usted es libre de Compartir (copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato) bajo los siguientes términos: Atribución (debe darse el crédito apropiado, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo en cualquier manera razonable, pero no de alguna manera que sugiera que el licenciante lo respalda a usted o su uso); No comercial (no podrá utilizar el material con fines comerciales); Sin derivados (si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado); Sin restricciones adicionales (no puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros hacer cualquier cosa que la licencia permita). https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

orgánicas por parte de algunos profesionales clínicos, y han podido condicionar el interés en la propia investigación epidemiológica.

La prevalencia de la EM/SFC es desconocida, existiendo diferencias notables en base a la población estudiada, la definición de caso clínico y el método diagnóstico empleado. Lim *et al.*, en un metanálisis realizado en 2020 estimaron una prevalencia de 0,68% (IC 95%:0,48-0,97), con elevada heterogeneidad entre los estudios (I2=99,4%) **(9)**. Estévez López *et al.* sitúan ésta en el 0,1%-2,2% en el contexto europeo **(10)**. Existe consistencia en todos los estudios sobre el predominio femenino de la enfermedad, siendo entre 1,5 y 2 veces más frecuente entre mujeres **(9)**. Los autores de ambas revisiones destacan la necesidad de realizar investigaciones de base poblacional, con muestras representativas y que utilicen criterios estandarizados de definición de caso. Entre estos últimos, los propuestos por el *Institute of Medicine*, más conocidos como IOM 2015 **(1)**, son ampliamente aceptados por la comunidad científica.

La heterogeneidad de los estudios epidemiológicos sobre SQM es aún mayor, con resultados de prevalencia de 0,48%-15,9% **(4,11-15)**. En todas las investigaciones la prevalencia es mayor para las mujeres. Igual que en el caso de la EM/SFC, las recomendaciones apuntan a la necesidad de realizar estudios epidemiológicos de base poblacional **(12,15,16)**, utilizando instrumentos validados para la definición de caso. Actualmente, el *Quick Environmental Exposure and Sensitivity Inventory (QEESI)* es la herramienta más utilizada a nivel internacional en el proceso diagnóstico **(15,16)**.

Conocer la dimensión epidemiológica, así como el perfil y tanto las características sociodemográficas como clínicas de las personas que viven con estas enfermedades, es crítico para la planificación de los recursos sanitarios y sociales necesarios para su atención. Al tiempo, permite visibilizar los requerimientos de asistencia de un grupo de población que, a menudo, ha permanecido en los márgenes del sistema sanitario, oculto para sus profesionales **(17)**. El objetivo de este estudio fue estimar la prevalencia de EM/SFC y SQM en población mayor de dieciocho años de la Comunidad de Madrid.

SUJETOS Y MÉTODOS

Diseño. Si bien el manuscrito recoge los resultados del estudio piloto, se da cuenta de la metodología del estudio en su conjunto. Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal, entre los meses de junio y diciembre de 2024, en el contexto de la Comunidad de Madrid.

Participantes. La población objetivo fueron personas adultas adscritas al Sistema Madrileño de Salud, pero la población accesible fueron personas mayores de dieciocho años, asignadas a los Códigos de Identificación de Asistencia Sanitaria (CIAS) de los profesionales de Enfermería de diferentes centros de salud de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid (los resultados de este estudio piloto se circunscriben a la Dirección Asistencial Oeste). Se establecieron como criterios de exclusión edad superior a los noventa años o personas con deterioro cognitivo.

Muestreo y captación. Para conseguir representatividad a nivel de la Comu-

nidad de Madrid y estimar una prevalencia del 1% con una precisión relativa del 50% y un intervalo de confianza del 95%, un muestreo aleatorio simple (MAS) requería de la participación de 1.521 personas. Asumiendo una participación del 70%, el tamaño muestral sería de 2.000 personas. En el momento del muestreo, la asistencia sanitaria de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid estaba dividida en 265 zonas básicas de salud (ZBS), que incluían 262 centros de salud y 156 consultorios locales. Cada ZBS daba cobertura a un porcentaje similar de población (menos del 1%, mediana:0,34%), aunque con diferencias notables en su densidad. Dada la dispersión de la población y la ausencia de una lista de unidades de observación a muestrear se propuso un muestreo por conglomerados bietápico.

Etapa 1: se seleccionaron conglomerados (cupos de enfermería) mediante un diseño estratificado por cuartiles de densidad poblacional de la ZBS. Dentro de cada estrato, los cupos se eligieron con probabilidad proporcional al tamaño, según el número de pacientes asignados.

Etapa 2: en cada cupo seleccionado, se aplicó un MAS para seleccionar personas mayores de dieciocho años.

Para evitar el uso de datos que pudiesen identificar sujetos concretos, en lugar de los CIAS y el Código de Identificación Personal Autonómico (CIPAS) se utilizaron códigos pseudoanonimizados, cuya vinculación solo era conocida por la coordinadora de la fase de captación (CNM), profesional de la Dirección Asistencial Oeste y por la Gerencia Asistencial de Atención Primaria. El MAS se realizó sobre los listados pseudoanonimizados.

Se decidió limitar a veinticinco el número total de personas a captar por cada profesional de Enfermería para evitar que la recogida de datos supusiera una carga de trabajo excesiva. Dado el pequeño tamaño de cada clúster (n=25), y esperando que los conglomerados fueran internamente heterogéneos pero homogéneos entre sí, se consideró razonable asumir un efecto diseño de dos, lo que devolvió un tamaño muestral efectivo de 4.000 personas e hizo necesario seleccionar 160 conglomerados. Teniendo en cuenta el 25% de rechazo a participar observado en el *estudio EPIFFAC* **(18)**, el diseño del muestreo incluyó, finalmente, 200 CIAS y, por tanto, 5.000 personas. El muestreo se construyó con el módulo correspondiente del programa *EPIDAT* 4.1, con las especificaciones explicadas anteriormente.

En el estudio piloto, el tamaño muestral y la distribución de CIAS se definieron conforme al muestreo global, para permitir su integración posterior al ampliar el estudio al resto de la Comunidad de Madrid. Así, en la Dirección Asistencial Oeste se seleccionaron veintidós CIAS, con una muestra prevista de 550 personas.

La coordinadora de la fase de captación (CNM), contactó con los profesionales de Enfermería cuyos CIAS fueron seleccionados aleatoriamente en la etapa 1 del muestreo. Los que confirmaron su participación en el estudio, recibieron una formación específica de quince horas **[Anexo I]**. Los profesionales de Enfermería participantes en la captación recibieron un listado con el número de orden a seleccionar de las personas de su CIAS. Se suministraron sesenta códigos para poder completar el tamaño muestral definido

para la población adscrita a su CIPA (n=25), previendo el posible rechazo en la participación.

Herramientas de recogida de datos. A las personas que aceptaron participar en el estudio, y tras firmar el consentimiento informado, se les dio acceso al formulario correspondiente a la fase de cribado (en adelante, Q1; **Anexo II**). Este primer cribado incluía dos preguntas creadas ad hoc para el despistaje de EM/SFC y las tres preguntas del *Brief Environmental Exposure and Sensitivity Inventory (BREESI)* **(19)** para el despistaje de SQM. Dado que no existen instrumentos validados para el cribado de EM/SFC, se diseñaron dos preguntas orientadas a maximizar la sensibilidad de la detección. Estas preguntas fueron: *¿Presenta usted fatiga intensa desde hace más de seis meses? Sí/No; ¿Ha sido usted diagnosticado/a de Encefalomielitis Miálgica-Síndrome de Fatiga Crónica? Sí/No.*

A aquellas personas con cribado positivo en Q1, se les dio acceso al formulario correspondiente a la fase de establecimiento de sospecha diagnóstica de caso clínico (en adelante, Q2; **Anexo III**), que incluía los cuestionarios de definiciones de caso siguientes:

- EM/SFC: criterios de definición de caso del IOM **(1)**, objetivados a través del *DePaul Sympton Questionnaire-Short Form (DSQ-SF)* en su versión española **(20)** y del *36-Item Short Form Survey Instrument (SF-36)* **(21)**. La confirmación de sospecha diagnóstica incluye la evaluación de los siguientes criterios IOM **[Anexo IV]**:
  - Una reducción sustancial del funcionamiento en dos de tres áreas del *SF-36*.
  - Al menos un síntoma de fatiga, malestar postesfuerzo o sueño no reparador, con puntuaciones mayores a dos en el *DSQ-SF* (tanto en frecuencia como en severidad).
  - Al menos un síntoma de alteración neurocognitiva o intolerancia ortostática, también con puntuaciones mayores a dos en el *DSQ-SF* (tanto en frecuencia como severidad).
- SQM: La evaluación de la combinación de puntuaciones de las subescalas Severidad de los síntomas, Intolerancia química e Índice de enmascaramiento del *Quick Environmental Exposure and Sensitivity Inventory (QEESI)* en su versión española **(22)** permiten asignar la persona encuestada a una de las siguientes cuatro categorías: *Muy sugestivo, Algo sugestivo, Problemático, No Sugestivo* **[Anexo V]**.

Los datos del formulario Q1 se recogieron utilizando la herramienta *LimeSurvey*. Para la recogida de datos del formulario Q2 se utilizó una herramienta *online* diseñada *ad hoc* que permitía cumplimentar el formulario en varias sesiones, relevante dado que las personas afectadas de estas enfermedades suelen tener dificultades para realizar esfuerzos cognitivos (como el que supone rellenar un formulario) durante períodos prolongados de tiempo.

Los formularios se enviaron por correo electrónico, salvo en los casos de las personas que no disponían de esta herramienta. En esos casos, el profesional enfermero encargado de su captación le citaba en consulta para cumplimentar el formulario Q1 de

manera heteroadministrada. En caso de cribado positivo, el profesional enfermero hacía llegar a la persona el formulario Q2 en formato papel, para ser cumplimentado de manera autoadministrada, tal y como corresponde a los cuestionarios validados utilizados. El correo electrónico de los participantes solo fue accesible para la investigadora principal (AAC), que figuraba en la autorización del Comité de Ética como encargada de su salvaguarda.

Con los datos obtenidos, se elaboraron informes individuales para las personas que cumplían criterios de definición de caso (Q2 positivo), que se enviaron a la coordinadora de captación (CNM) y a su enfermera/o de referencia, con el propósito de posibilitar la confirmación de sospecha diagnóstica con su médica/o de familia e iniciar el seguimiento clínico.

Análisis estadístico. Para la estimación de la prevalencia de EM/SFC y SQM a partir de la información recogida se consideró caso negativo a aquellas personas que, habiendo aceptado participar, no completaron los cuestionarios, con el objetivo de no sobrestimar las prevalencias. Las características sociodemográficas y clínicas de carácter cuantitativo se describieron utilizando mediana y rango intercuartílico (RIC), mientras que las variables categóricas se presentaron mediante sus frecuencias absolutas y relativas expresadas en forma de porcentaje. Los intervalos de confianza de la prevalencia se obtuvieron por el método de Wilson (*score*). El análisis de la relación bivariada entre las diferentes variables independientes con la variable principal se abordó utilizando la prueba de ji-cuadrado de Pearson (o el test exacto de Fisher cuando la baja frecuencia esperada lo hizo necesario), y la comparación de medias mediante ANOVA (k grupos), t-Student para grupos no relacionados o su alternativa no paramétrica (Kruskal-Wallis o prueba de Mann-Whitney-Wilcoxon) si no se diesen los supuestos de aplicación de las primeras. Debido al carácter equiprobabilístico del muestreo no fue necesario tener en cuenta pesos en los análisis. Todos los análisis descritos se realizaron con el *software R* (*R Core Team*, 2024).

Consideraciones éticas. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad Rey Juan Carlos (código de registro interno: 1104202317223) y el Comité de Ética de Investigación con Medicamentos del Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda (código interno: PI158/23). Se respetaron los acuerdos de la *Declaración de Helsinki*.

RESULTADOS

Se presentan los resultados del proyecto piloto realizado en la Dirección Asistencial Oeste de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

Los profesionales de Enfermería participantes llamaron a 879 personas, de las que un 60% (n=530) aceptó participar, un 19% declinó su participación (n=168) y el 21% restante (n=181) no contestó tras tres intentos de contacto telefónico. De las 530 personas que firmaron el consentimiento informado, 280 completaron el formulario de cribado Q1 (52,8%), obteniendo un resultado positivo 123 de ellas (44%). El formulario Q2 se envió a estas 123 personas, completándolo 54 de ellas (43,90%).

Las características sociodemográficas de las 280 personas que cumplimentaron el Q1 se incluyen en el **Anexo VI** de forma global y en función del diagnóstico establecido en el Q2. Se consideraron casos negativos a aquellas personas que no fueron seleccionadas por las variables de cribado, pero también a aquellas que, habiéndolo sido, no cumplimentaron el Q2 o, tras rellenarlo, no cumplieron los criterios de definición de caso. La proporción de mujeres del conjunto fue menor en comparación con el grupo positivo para una o ambas entidades clínicas (63% frente a 85%, p-valor:0,05). Aunque las diferencias en la edad no fueron estadísticamente significativas, resultó destacable que la mediana era inferior en el grupo afectado (45 frente a 49 años, p-valor:0,4). El 25% de los casos positivos manifestó no tener ninguna fuente de ingresos, frente al 8% de las personas no afectadas. De hecho, se observó una menor cuantía de ingresos en los casos positivos, tanto al considerar los ingresos netos (media y mediana 1.000€ inferior que los casos, p-valor:0,005) como al corregir por el número de miembros de la unidad familiar (diferencia de medianas de 200 €, p-valor:0,011). Se observó cierta heterogeneidad en la variable situación laboral, con una elevada proporción de respuesta *Prefiero no contestar/Otro* en el grupo de casos positivos. Algo similar ocurrió con el estado civil, siendo algo menor la proporción casados/as o viviendo en pareja entre los casos positivos (40% frente a 60%, p-valor:0,2).

La estimación de prevalencias se muestra en la **Tabla 1**, siendo del 2,26% (95%CI [1,2%, 4%]) para EM/SFC y del 2,64% (95%CI [1,5%, 4,5%]) en el caso del SQM (categoría *altamente sugestivo*), calculadas sobre el total de personas contactadas que aceptaron participar, rellenasen o no los cuestionarios. La mitad de las personas que cumplían definición de caso para EM/SFC también lo hacían para SQM, lo que supuso una prevalencia de afectación dual de 1,13% (95%CI [0,46%, 2,6%]).

Los resultados del *DSQ-SF* **[Tabla 2]** recogen la frecuencia y severidad de la sintomatología referida por los casos positivos para EM/SFC. Algo más de dos tercios señalan que, en los últimos seis meses, experimentaron la mayor parte del tiempo o todo el tiempo (niveles 3 y 4) y de manera severa o muy severa (niveles 3 y 4) *no sentirse descansado por la mañana* y *dificultad para poner atención durante un período largo de tiempo*.

En lo que respecta al *SF-36*, la **Tabla 3** recoge las medianas de las puntuaciones estandarizadas de las diferentes dimensiones del cuestionario. Los casos positivos tuvieron medianas sensiblemente inferiores a las que obtuvieron los casos negativos, pero las más bajas en todas las dimensiones fueron las del grupo con afectación dual; en definitiva, los casos positivos mostraron peores puntuaciones en el *SF-36*, especialmente si eran positivos para ambas entidades.

Los resultados del *QEESI* **[Tabla 4]** en los casos positivos para SQM ofrecieron medianas especialmente altas en las dimensiones *Intolerancia química* y *Síntomas*. Aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas, fue destacable que las personas con afectación dual presentaron puntuaciones más altas en esas dimensiones, aunque similar *Índice de enmascaramiento* e *Impacto vital global*.

Tabla 1
Prevalencia de EM/SFC y SQM sobre el total de personas que aceptan participar en el estudio[1].

		Total[2]	Mujer[2]	Hombre[2]
EM/SFC[3]		**12 (2,26% [1,2%,4%])**	**10 (5,65% [2,7%,10%])**	**2 (1,94% [0,24%,6,8%])**
SQM[4]	No sugestivo	504 (95,09% [93%,97%])	154 (87,01% [81%,92%])	100 (97,09% [92%,99%])
	Problemático (no concluyente)	2 (0,38% [0,07%,1,5%])	1 (0,56% [0,01%,3,1%])	1 (0,97% [0,02%,5,3%])
	Moderadamente sugestivo	10 (1,89% [0,96%,3,6%])	9 (5,08% [2,4%,9,4%])	1 (0,97% [0,02%,5,3%])
	Altamente sugestivo	**14 (2,64% [1,5%,4,5%])**	**13 (7,34% [4%,12%])**	**1 (0,97% [0,02%,5,3%])**
EM/SFC, SQM, EM/SFC+SQM	Negativo	510 (96,23% [94%,98%])	160 (90,40% [85%,94%])	100 (97,09% [92%,99%])
	Solo EM/SFC	**6 (1,13% [0,46%,2,6%])**	**4 (2,26% [0,62%,5,7%])**	**2 (1,94% [0,24%,6,8%])**
	Solo SQM	**8 (1,51% [0,70%,3,1%])**	**7 (3,95% [1,6%,8%])**	**1 (0,97% [0,02%,5,3%])**
	EM/SFC+SQM	**6 (1,13% [0,46%,2,6%])**	**6 (3,39% [1,3%,7,2%])**	**0 (0,00% [0,00%,3,5%])**

(1) Para la estimación de esta prevalencia, no completar el formulario Q1 o el Q2 fue considerado como *No sugestivo* para SQM y *Negativo* para EM/SFC.
(2) n (% [CI95%]). Prevalencias globales calculadas sobre las personas que aceptaron participar (n=530). Solo se disponía de la información sobre el sexo de las 280 personas que cumplimentaron el formulario de cribado Q1, por lo que las prevalencias en función del sexo se calcularon sobre 177 mujeres y 103 hombres, respectivamente.
(3) EM/SFC: Encefalomielitis Miálgica/Síndrome de Fatiga Crónica.
(4) SQM: Sensibilidad Química Múltiple.

Tabla 2
Frecuencia y severidad de los síntomas en los últimos seis meses de los casos positivos para EM/SFC[1] (*DSQ-SF*[2]), expresadas en porcentajes.

Síntomas	Frecuencia					Severidad				
	0	*1*	*2*	*3*	*4*	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*
Fatiga/cansancio extremo	-	-	50	16,7	33,3	-	-	25	41,7	33,3
Dolor o fatiga al día siguiente de actividades diarias no extenuantes	-	16,7	25	41,7	16,7	-	-	33,3	41,7	25
Un mínimo de ejercicio hace que usted se sienta físicamente cansado	-	16,7	41,7	25	16,7	-	16,7	33,3	41,7	8,3
No se siente descansado al despertarse por la mañana	-	-	8,3	33,3	58,3	-	-	25	25	50
Dolor en sus músculos	-	16,7	16,7	16,7	50	-	16,7	25	33,3	25
Hinchazón	25	33,3	-	33,3	8,3	25	33,3	16,7	16,7	8,3
Problemas para recordar cosas	-	25	25	16,7	33,3	-	16,7	33,3	16,7	33,3
Dificultad para poner atención por un período largo de tiempo	8,3	-	8,3	41,7	41,7	8,3	-	25	41,7	25
Problemas de intestino irritable	33,3	16,7	16,7	8,3	25	33,3	25	8,3	16,7	16,7
Se siente inestable al estar de pie, como si fuera a caerse	33,3	8,3	25	33,3	-	33,3	8,3	33,3	16,7	8,3
Extremidades frías	25	25	16,7	16,7	16,7	25	41,7	8,3	8,3	16,7
Siente frío o calor sin razón aparente	16,7	16,7	25	16,7	25	16,7	16,7	33,3	16,7	16,7
Siente síntomas de gripe	16,7	33,3	25	8,3	16,7	16,7	33,3	8,3	8,3	33,3
Algunos olores de comida, medicinas o químicos le dan nauseas	33,3	16,7	8,3	25	16,7	33,3	16,7	8,3	33,3	8,3

(1) EM/SFC: Encefalomielitis Miálgica/Síndrome de Fatiga Crónica.
(2) *DSQ-SF: DePaul Symptom Questionnaire-Short Form.*

Tabla 3
Medianas de las puntuaciones estandarizadas obtenidas en el cuestionario *SF-36*[1].

SF-36. MEDIDAS ESTANDARIZADAS EXPRESADAS EN PORCENTAJE SOBRE MÁXIMO DE CADA DIMENSIÓN

Característica	Total	Negativo	EM/SFC[4]	EM/SFC+SQM	SQM[5]	p-value[3]
	N=54[2]	*N=34*[2]	*N=6*[2]	*N=6*[2]	*N=8*[2]	
Función física	83 (65, 95)	90 (70, 95)	78 (71, 84)	45 (26, 79)	73 (38, 83)	0,035
Rol físico	25 (0, 75)	75 (0, 100)	0 (0, 19)	0 (0,0)	0 (0, 25)	0,001
Dolor corporal	56 (32, 82)	72 (41, 84)	51 (37, 59)	17 (11, 36)	42 (30, 54)	0,011
Salud general	47 (32, 62)	57 (45, 67)	40 (27, 51)	23 (20, 30)	45 (24, 65)	0,003
Vitalidad	43 (20, 59)	53 (45, 80)	28 (21, 34)	13 (6, 19)	20 (18, 41)	<0,001
Función social	75 (38, 88)	88 (75, 100)	56 (50, 63)	19 (13, 53)	50 (28, 66)	0,002
Rol emocional	0 (0, 67)	33 (0, 100)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 8)	0,009
Salud mental	60 (40, 84)	74 (57, 88)	46 (37, 58)	30 (20, 49)	52 (27, 69)	0,002

(1) *SF-36: 36-Item Short Form Survey Instrument.*
(2) Mediana (p25%, p75%).
(3) *Kruskal-Wallis rank sum test.*
(4) EM/SFC: Encefalomielitis Miálgica/Síndrome de Fatiga Crónica.
(5) SQM: Sensibilidad Química Múltiple.

Tabla 4
Resultados del cuestionario *QEESI*[1] en los casos positivos para EM/SFC[2]+SQM o solo SQM[3].

Característica	Total	EM/SFC+SQM	SQM	p-value[5]
	N=14[4]	*N=6*[4]	*N=8*[4]	
Intolerancia química (0-100)	62 (56, 76)	76 (69, 80)	57 (56, 62)	0,12
Otras intolerancias (0-100)	35 (24, 51)	56 (26, 67)	32 (25, 36)	0,28
Síntomas (0-100)	63 (44, 76)	77 (52, 83)	55 (44, 70)	0,23
Índice de enmascaramiento (0-100)	3,0 (2, 4)	3,5 (3, 4)	2,5 (2, 4)	0,54
Impacto vital global (0-100)	42 (31, 61)	42 (34, 72)	42 (12, 55)	0,49

(1) *Quick Environmental Exposure and Sensitivity Inventory.*
(2) EM/SFC: Encefalomielitis Miálgica/Síndrome de Fatiga Crónica.
(3) SQM: Sensibilidad Química Múltiple.
(4) Mediana (IQR).
(5) *Wilcoxon rank sum test; Wilcoxon rank sum exact test.*

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio piloto evidencian una prevalencia elevada para la EM/SFC y para la SQM. Es importante destacar que incluso el límite inferior de los intervalos de confianza sitúa a estas condiciones muy por encima del umbral de las enfermedades raras, consolidándolas como problemas de salud de relevancia poblacional. Además, es necesario recordar que las estimaciones de este estudio piloto son conservadoras, al considerar la no respuesta como casos negativos. Este enfoque previene una sobrestimación de las prevalencias y proporciona una base sólida y prudente para la planificación de estudios posteriores con mayor representatividad y poder estadístico, en nuestro caso, el despliegue del proyecto al resto de la Comunidad de Madrid.

En el contexto español, el informe de AQuAS (Cataluña, 2012-2021) **(23)** estimó la prevalencia de EM/SFC y SQM a partir de los registros clínicos de los sistemas de información sanitaria catalana. Para ello utilizaron los códigos CIE-9 780.71 (*Síndrome de fatiga crónica*), CIE-10 G93.3 (*Síndrome de fatiga postviral*) y CIE-10 R53.82 (*Fatiga crónica, no especificada*) para la EM/SFC, y los códigos CIE-9 995.3 (*Alergia no especificada*) y CIE-10 T78.40 (*Alergia no especificada*) para la SQM. Las prevalencias que estimaron fueron del 0,15% para la EM/SFC ▶

y del 3,9% para la SQM. Estas diferencias con los resultados de este estudio piloto responden muy probablemente a las distintas fuentes de datos utilizadas. La posible sobredimensión en el caso de la SQM, indicada por los propios autores como limitación de su estudio, es atribuible a la inespecificidad de los códigos utilizados (alergia no especificada), que estarían capturando también patologías ajenas a la SQM. En cambio, la baja prevalencia estimada en el caso de la EM/SFC en comparación con el estudio piloto hace pensar en un infradiagnóstico por parte del sistema de salud, que se traduciría en una escasa codificación de esta condición clínica en los registros sanitarios. El desconocimiento acerca de estas enfermedades y su deficiente codificación plantea dudas respecto a la idoneidad, en el momento actual, de utilizar los registros de los sistemas de información sanitaria como fuente de datos para el desarrollo de estudios epidemiológicos sobre estas condiciones.

El estudio piloto muestra una prevalencia de EM/SFC superior a la encontrada en el metanálisis de Lim *et al.* **(9)**, en el que la prevalencia media de los estudios incluidos para el contexto de Atención Primaria fue de 1,16% (IC 95%:0,86-1,46), y la calculada en el metanálisis de 0,68% (IC 95%:0,48-0,97). La mayor presencia de personas afectadas de EM/SFC en el estudio piloto podría explicarse porque este se ha realizado en la era posCOVID, siendo necesario tener en consideración que algunos estudios indican que hasta el 51% de personas afectadas de condición post-COVID-19 cumplirían criterios clínicos de EM/SFC **(24)**. La asociación entre la infección por el virus SARS-CoV-2 y el desarrollo de EM/SFC ha sido abordado en estudios longitudinales, considerándose un factor de riesgo en determinados grupos de personas **(25)**, si bien los resultados no son totalmente consistentes **(26)**. Por ello, es muy posible que la prevalencia de EM/SFC haya aumentado desde la pandemia por el SARS-CoV-2, y que este aumento haya sido captado en el estudio piloto. Esto reforzaría la evidencia ya disponible sobre la intervención de agentes infecciosos en la etiopatogenia de la enfermedad **(27)**.

En lo que respecta a la prevalencia de SQM, el estudio piloto muestra una prevalencia inferior a la de otros estudios internacionales. No obstante, esta comparativa resulta complicada a causa de la diversidad de fuentes e instrumentos de medida utilizados. En Australia, el estudio de Steinemann **(14)**, basado en una encuesta nacional representativa realizada en 2016, muestra una prevalencia de SQM con diagnóstico médico (según autorreporte de las personas participantes) del 6,5%, destacando que, en 2001, el diagnóstico médico de SQM en Australia era solo del 1%. En la misma línea, el estudio de Robins *et al.* **(28)**, en el que se analizan los datos de la *Encuesta de Salud Canadiense* entre 2000 y 2020, evidencia un aumento del diagnóstico de SQM del 1,9% en el año 2000 al 3,5% en 2020. Si nos fijamos en estudios que utilizan la herramienta *QEESI*, en Italia, el trabajo de Genovese *et al.* **(29),** realizado con una muestra no representativa, indica la presencia de síntomas compatibles con SQM en el 5,7% de sus participantes. Es una cifra considerablemente mayor que la obtenida en el estudio piloto si agrupamos las categorías *Altamente sugestivo* y *Moderadamente sugestivo* (4,53%). En Japón, Lu *et al.* **(30)** estiman una prevalencia aún más alta, del 5,9%, aunque es necesario destacar que utilizan los puntos de corte propuestos para población japonesa por Hojo *et al.* **(31)**,

que presentan mayor sensibilidad, pero menor especificidad que los utilizados en la propuesta original de Miller y Prihoda **(32)**, que fueron los utilizados en el estudio piloto.

Si atendemos a las características sociodemográficas de las personas, se observa la elevada feminización de la población afectada, que alcanza el 100% en el caso de la presencia simultánea de EM/SFC y SQM, en línea con lo apuntado en toda la bibliografía consultada, incluyendo estudios realizados en el contexto español **(33,34)**. El hecho de que el mayor porcentaje de desempleo se dé entre quienes presentan ambas condiciones clínicas es congruente con lo encontrado por Castro-Marrero en una cohorte clínica atendida en una unidad especializada **(33)**. La comparativa de los ingresos familiares netos entre casos positivos y negativos, con diferencia significativa a favor de los segundos, sería explicable sobre la base de la salida del mundo laboral. El informe de AQuAS **(23)** también identifica un gradiente descendiente en el nivel económico, detectando una mayor prevalencia de estas enfermedades entre las personas con menores ingresos o en situación de exención de copago sanitario.

El *SF36* evidencia el importante deterioro en la función física, social y emocional, siendo especialmente grave entre las personas afectadas por ambas condiciones simultáneamente. El impacto de estas enfermedades en las relaciones sociales ha sido ampliamente recogido en la literatura sobre EM/SFC **(35-37)** y SQM **(38-40)**, consecuencia de la sintomatología de la enfermedad y el confinamiento en el hogar que requiere su atención, pero también del escepticismo derivado del carácter invisible y cuestionado de estas condiciones clínicas.

Fortalezas. El estudio piloto ha permitido visibilizar a un grupo de población que, de confirmarse sus estimaciones para la Comunidad de Madrid, se aproximaría a las 140.000 personas para la EM/SFC y a más de 160.000 personas con SQM. Se trata de un grupo de población con sintomatología severa y frecuente, profundamente incapacitante, que permanece al margen del sistema sanitario, desprovisto de los recursos sanitarios y sociales necesarios. Continuando con esta proyección, considerando que los cupos de Medicina y Enfermería de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud están compuestos por unas 2.000 personas, cada profesional de Medicina o Enfermería tendría unas 45 personas con EM/SFC y unas 53 con SQM en su cupo de pacientes.

La metodología presentada resulta novedosa, al realizar una aproximación poblacional a través de los cupos de enfermería de Atención Primaria, pudiendo ser fácilmente extrapolable a otras comunidades autónomas. Por otra parte, y de manera colateral, el desarrollo del proyecto ha implicado que los profesionales colaboradores en la captación recibieran una formación específica sobre estas condiciones clínicas, lo que favorece su visibilización y aumenta las posibilidades de detección precoz. De igual modo, el estudio piloto ha tenido un impacto clínico directo, ya que cuando se detectaba un caso positivo, el equipo investigador contactaba con su enfermera/o de referencia, para incorporar a la persona con sospecha diagnóstica al itinerario asistencial, para confirmación del diagnóstico e inicio del tratamiento pertinente.

Limitaciones. La mayor limitación de este estudio piloto es, lógicamente, su pequeño tamaño muestral, que reduce la potencia estadística, precisión, validez externa y robustez de los resultados. En este sentido, la ampliación del estudio piloto al resto de Direcciones Asistenciales de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid se considera fundamental para confirmar las cifras de prevalencia encontradas, así como las características sociodemográficas de la población afectada por ambas condiciones clínicas.

Otra limitación importante es la elevada falta de respuesta entre las personas que aceptaron participar en el estudio, tanto aquellas que aceptaron pero no contestaron el cuestionario de despistaje Q1 como aquellas que, habiendo dado positivo en el Q1, no contestaron el Q2. Para intentar minimizar la falta de respuesta, se pusieron en marcha las estrategias señaladas en la literatura para favorecer la participación, enviando un total de tres recordatorios, espaciados treinta días entre sí. Para tratar de identificar las causas de no participación, los profesionales de Enfermería que colaboraron en la captación volvieron a contactar con una muestra de los participantes perdidos, siendo la falta de interés o el cambio de opinión sobre la participación, la falta de tiempo y el mal estado de salud las causas más frecuentes de abandono. Esto puede haber introducido un sesgo de autoselección, ya que la propia enfermedad podría condicionar, en un sentido u otro, la decisión de participar, afectando a las estimaciones, así como al perfil de los casos positivos y, por ello, a la validez externa. Aunque la decisión de considerar la no respuesta como casos negativos puede también sesgar los resultados del estudio piloto, se consideró la mejor estrategia para prevenir la sobreestimación de las cifras de prevalencia.

Conclusiones. Los hallazgos de este estudio piloto muestran prevalencias elevadas de EM/SFC (2,26%) y SQM (2,64%), muy superiores al umbral de enfermedades raras. El muestreo probabilístico utilizado, inédito en el estudio de estas condiciones, confirma una afectación clínica marcada e importante deterioro funcional, especialmente entre quienes presentan ambas enfermedades de forma simultánea. Asimismo, se identifica un perfil sociodemográfico vulnerable, caracterizado por una elevada feminización y menor nivel de ingresos.

A partir de estos resultados, se considera necesario ampliar la investigación epidemiológica de base poblacional para validar y profundizar en estas estimaciones. Asimismo, se recomienda reforzar la formación de los profesionales de Atención Primaria y mejorar la codificación clínica y los sistemas de información, con el fin de reducir el infradiagnóstico y la invisibilidad de estas condiciones. Estas mejoras son esenciales para planificar de forma adecuada los recursos sociosanitarios destinados a atender la elevada carga de enfermedad y vulnerabilidad asociadas a estas patologías.

BIBLIOGRAFÍA

1. Committee on the Diagnostic Criteria for Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome; Board on the Health of Select Populations; Institute of Medicine. *Beyond Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: Redefining an Illness* [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 2015 Mar [consultado 20 jun 2018]. Report. *Disponible en: http://www.nap.edu/catalog/19012 doi:10.17226/19012*

2. *Myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy)/chronic fatigue syndrome: diagnosis and management. NICE Guideline NG206* [Internet]. London: NICE; 2021 [consultado 27 mar 2026]. Report. *Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ng206*

3. CONFESQ, DOLFA, SFC-SQM Castilla-La Mancha, ASSESCA. *Documento revisión: Guía de actualización en la valoración de fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, sensibilidad química múltiples y electrosensibilidad. Encefalomielitis Miálgica/Síndrome de Fatiga Crónica (EM/SFC)* [Internet]. 2020 [consultado 27 mar 2026]. *Disponible en: https://confesq.org/wp-content/uploads/2020/10/Contradocumento-SFC-EM-VERSIÓN-COMPLETA-1.pdf*

4. Valderrama Rodríguez M, Revilla López MC, Blas Diez MP, Vázquez Fernández del Pozo S, Martín Sánchez JI. *Actualización de la Evidencia Científica sobre Sensibilidad Química Múltiple (SQM)* [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015 [consultado 11 abr 2019]. *Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/fr/biblioPublic/publicaciones.do?metodo=detallePublicacion&publicacion=5153*

5. Moya García C, López Rodríguez RM, Peláez Moya S, Lois Cabello M. *Documento de consenso. Sensibilidad Química Múltiple* [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. Report. *Disponible en: https://observatoriosaludmujeres.sanidad.gob.es/transversalidadGenero/estudiosInformes/*

6. Sabando Carranza JA, Carrasco DC. *La enfermedad invisible.* FMC. 2013 Aug 1;20(7):383-390. *doi: https://doi.org/10.1016/S1134-2072(13)70610-8*

7. World Health Organization. *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision) (ICD-11)* [Internet]. 2019 [consultado 28 mar 2026]. *Disponible en: https://icd.who.int*

8. CONFESQ. *Clínicos y pacientes solicitan a la OMS la codificación de la Sensibilidad Química Múltiple-CONFESQ: Coalición Nacional de Fibromialgia, Síndrome de Fatiga Crónica, Electrohipersensibilidad y Sensibilidad Química Múltiple.* [Internet]. 2023 [consultado 28 mar 2026]. *Disponible en: https://confesq.org/?p=29232*

9. Lim EJ, Ahn YC, Jang ES, Lee SW, Lee SH, Son CG. *Systematic review and meta-analysis of the prevalence of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME).* J Transl Med. 2020 Feb 24;18(1). *doi: https://doi.org/10.1186/s12967-020-02269-0.* PubMed PMID: 32093722.

10. Estévez-López F, Mudie K, Wang-Steverding X, Bakken IJ, Ivanovs A, Castro-Marrero J *et al. Systematic review of the epidemiological burden of myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome across europe: Current evidence and euromene research recommendations for epidemiology.* J Clin Med. 2020;9(5). *doi: https://doi.org/10.3390/jcm9051557*

11. Azuma K, Uchiyama I, Katoh T, Ogata H, Arashidani K, Kunugita N. *Prevalence and Characteristics of Chemical Intolerance: A Japanese Population-Based Study.* Arch Environ Occup Health. 2015;70(6):341-353. *doi: https://doi.org/10.1080/19338244.2014.926855.* PubMed PMID: 25137616.

12. Karvala K, Sainio M, Palmquist E, Nyback MH, Nordin S. *Prevalence of various environmental intolerances in a Swedish and Finnish general population.* Environ Res. 2018 Feb;161:220-228. *doi: https://doi.org/10.1016/j.envres.2017.11.014.* PubMed PMID: 29161654.

13. Pigatto PD, Guzzi G. *Prevalence and risk factors for multiple chemical sensitivity in Australia.* Prev Med Rep. 2019 Jun;14:100856. *doi: https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2019.100856.* PubMed PMID: 31193443.

14. Steinemann A. *National Prevalence and Effects of Multiple Chemical Sensitivities.* J Occup Environ Med. 2018 Mar;60(3):e152-156. *doi: https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001272.* PubMed PMID: 29329146.

15. Zucco GM, Doty RL. *Multiple Chemical Sensitivity.* Brain Sci. 2021 Dec;12(1). doi: *https://doi.org/10.3390/brainsci12010046.* PubMed PMID: 35053790.

16. Palmer RF, Jaén CR, Perales RB, Rincon R, Forster JN, Miller CS. *Three questions for identifying chemically intolerant individuals in clinical and epidemiological populations: The Brief Environmental Exposure and Sensitivity Inventory (BREESI).* PLoS One. 2020 Sep 1;15(9). *doi: https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0238296.* PubMed PMID: 32936802.

17. Alameda Cuesta A. *Malestares en el margen: sujetos y tránsitos en la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica y la sensibilidad* ▶

química múltiple. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2018.

18. Collado A, Gomez E, Coscolla R, Sunyol R, Solé E, Rivera J *et al. Work, family and social environment in patients with Fibromyalgia in Spain: an epidemiological study: EPIFFAC study.* BMC Health Serv Res. 2014;14(1). *doi: https://doi.org/10.1186/S12913-014-0513-5.* PubMed PMID: 25385047.

19. Palmer RF, Walker T, Kattari D, Rincon R, Perales RB, Jaén CR *et al. Validation of a Brief Screening Instrument for Chemical Intolerance in a Large U.S. National Sample.* Int J Environ Res Public Health. 2021 Aug;18(16). *doi: https://doi.org/10.3390/ijerph18168714.* PubMed PMID: 34444461.

20. Jason L. *DePaul Symptom Questionnaire-Short Form (DSQ-SF) SPSS Scoring Syntax* [Internet]. 2019. Report. *Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/358307098_DePaul_Symptom_Questionnaire_-_Short_Form_DSQ-SF_SPSS_Scoring_Syntax*

21. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM *et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos.* Gac Sanit [Internet]. 2005 [consultado 28 mar 2023];19(2):135-150. *Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es*

22. Mena G, Sequera VG, Nogué-Xarau S, Ríos J, Bertran MJ, Trilla A. *Traducción y adaptación transcultural del cuestionario Quick Environmental Exposure and Sensitivity Inventory a la población española.* Med Clin (Barc). 2013 Apr 15;140(7):302-304. *doi: https://doi.org/10.1016/J.MEDCLI.2012.10.024.* PubMed PMID: 23347502.

23. Carreño À, Estrada MD, Vivanco-Hidalgo RM. *Epidemiologia de les síndromes de sensibilització central a Catalunya. Fibromiàlgia, síndrome de fatiga crònica i síndrome de sensibilitat química múltiple* [Internet]. 2023 [consultado 28 mar 2026]. Report. *Disponible en: https://hdl.handle.net/11351/10503*

24. Dehlia A, Guthridge MA. *The persistence of myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS) after SARS-CoV-2 infection: A systematic review and meta-analysis.* Journal of Infection. 2024 Dec 1;89(6):106297. *doi: https://doi.org/10.1016/j.jinf.2024.106297.* PubMed PMID: 39353473.

25. Hadidchi R, Patel B, Madan J, Liu A, Henry S, Duong TQ. *Elevated risk of new-onset chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis up to four years after SARS-CoV-2 infection.* J Transl Med. 2025 Dec 1;23(1). *doi: https://doi.org/10.1186/s12967-025-06625-w.* PubMed PMID: 40702518.

26. Unger ER, Lin JMS, Wisk LE, Yu H, L'Hommedieu M, Lavretsky H *et al. Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome After SARS-CoV-2 Infection.* JAMA Netw Open. 2024 Jul 1;7(7):e2423555-e2423555.doi:*https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.23555.* PubMed PMID: 39046739.

27. Apostolou E, Rosén A. *Epigenetic reprograming in myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: A narrative of latent viruses.* J Intern Med. 2024 Jul 1;296(1):93-115. *doi: https://doi.org/10.1111/joim.13792.* PubMed PMID: 38693641.

28. Robins S, Molot J, Peris R. *Prevalence of Multiple Chemical Sensitivity in Canada Between 2000 and 2020.* Int J Environ Res Public Health. 2026 Feb 1;23(2). *doi: https://doi.org/10.3390/ijerph23020236*

29. Genovese G, Rizzo CE, Mistretta A, Leonforte F, Squeri R, Signorelli C *et al. Multiple Chemical Sensitivity: an Italian prevalence multicentric survey.* Front Public Health. 2025;13. *doi: https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1685040.* PubMed PMID: 41426713.

30. Lu X, Hojo S, Mizukoshi A, Katoh T. *Prevalence and correlation of multiple chemical sensitivity and electromagnetic hypersensitivity with age, sex, and depression in the Japanese population: a retrospective study.* BMC Public Health. 2023 Dec 1;23(1). *doi: https://doi.org/10.1186/s12889-023-16152-2.* PubMed PMID: 37344806.

31. Hojo S, Mizukoshi A, Azuma K, Okumura J, Mizuki M, Miyata M. *New criteria for multiple chemical sensitivity based on the quick environmental exposure and sensitivity inventory developed in response to rapid changes in ongoing chemical exposures among Japanese.* PLoS One. 2019 Apr 1;14(4). *doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215144.* PubMed PMID: 31026284.

32. Miller CS, Prihoda TJ. *The Environmental Exposure and Sensitivity Inventory (EESI): a standardized approach for measuring chemical intolerances for research and clinical applications.* Toxicol Ind Health. 1999;15(3-4):370-385. *doi: https://doi.org/10.1177/074823379901500311.* PubMed PMID: 10416289.

33. Castro-Marrero J, Faro M, Aliste L, Sáez-Francàs N, Calvo N, Martínez-Martínez A *et al. Comorbidity in Chronic Fatigue Syn-*

drome/Myalgic Encephalomyelitis: A Nationwide Population-Based Cohort Study. Psychosomatics. 2017 Sep;58(5):533-543. *doi: https://doi.org/10.1016/j.psym.2017.04.010.* PubMed PMID: 28596045.

34. Oter-Quintana C, Alameda-Cuesta A, Brito-Brito PR, Parro-Moreno AI, Alcolea-Cosín MT, González-Gil T *et al. Psychosocial Nursing Diagnoses of Individuals With Myalgic Encephalomyelitis-Chronic Fatigue Syndrome: A Descriptive Study.* Nurs Open. 2025 May;12(5):e70212. *doi: https://doi.org/10.1002/nop2.70212.* PubMed PMID: 40304221.

35. McManimen SL, McClellan D, Stoothoff J, Jason LA. *Effects of unsupportive social interactions, stigma, and symptoms on patients with myalgic encephalomyelitis and chronic fatigue syndrome.* J Community Psychol. 2018 Nov 1;46(8):959-971. *doi: https://doi.org/10.1002/jcop.21984.* PubMed PMID: 30311972.

36. Froehlich L, Hattesohl DBR, Cotler J, Jason LA, Scheibenbogen C, Behrends U. *Causal attributions and perceived stigma for myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome.* J Health Psychol. 2022 Sep 1;27(10):2291-2304. *doi: https://doi.org/10.1177/13591053211027631.* PubMed PMID: 34240650.

37. Nezamdoust B, Ruel E. *Contested and neglected: Social and medical marginalization in severe Chronic Fatigue Syndrome.* Soc Sci Med. 2026 Jan 1;388. *doi: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118766.* PubMed PMID: 41223774.

38. Yousufzai SJ, Psaradellis E, Peris R, Barakat C. *A Qualitative Exploration of Policy, Institutional, and Social Misconceptions Faced by Individuals with Multiple Chemical Sensitivity.* Int J Environ Res Public Health. 2025 Sep 1;22(9). *doi: https://doi.org/10.3390/ijerph22091383.* PubMed PMID: 41007527.

39. Driesen L, Patton R, John M. *The impact of multiple chemical sensitivity on people's social and occupational functioning; a systematic review of qualitative research studies.* Journal of Psychosomatic Research. Elsevier Inc.; 2020. *doi: https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.109964.* PubMed PMID: 32114179.

40. Clark I. *When Avoiding Chemicals Means Avoiding Others: Relational Exposures and Multiple Chemical Sensitivity.* Soc Sci. 2024 Oct 1;13(10). *doi: https://doi.org/10.3390/socsci13100528*

RESP

Anexo I
Formación profesionales de Enfermería.

A. FORMACIÓN ASÍNCRONA

Materiales autoformativos

ENCEFALOMIELITIS MIÁLGICA-SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA: VÍDEOS

- Sesión 1. Aspectos generales de la EM-SFC (Saray Blanco Abril).
- Sesión 2. Sintomatología y grados de afectación en la EM-SFC (Saray Blanco Abril).
- Sesión 3. Diagnóstico y tratamiento de la EM-SFC (Saray Blanco Abril).
- Sesión 4. EM-SFC: cuidados enfermeros (Almudena Alameda Cuesta).

SENSIBILIDAD QUÍMICA MÚLTIPLE: VÍDEOS

- Sesión 1. Aspectos generales de la SQM (Saray Blanco Abril).
- Sesión 2. Sintomatología, diagnóstico y tratamiento de la EM-SFC (Saray Blanco Abril).
- Sesión 3. Control ambiental en el hogar (Almudena Alameda Cuesta).
- Sesión 4. Control ambiental en los centros sanitarios (Almudena Alameda Cuesta).
- Sesión 5. SQM: cuidados enfermeros y actuación en caso de crisis (Almudena Alameda Cuesta).

Materiales adicionales

- EM-SFC_folleto_cdc
  - o ¿Qué es la EM/SFC? Centers for Disease Control aCenters for Disease Control and Prevention. National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases.
- EM-SFC_nice_guideline_2021
  - o National Institute for Health and Care Excellence (2021). Myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy)/ chronic fatigue syndrome: diagnosis and management. NICE Guideline. Royal College of Physicians.
- SQM_actualizacion_evidencia_2015
  - o 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). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- SQM_documento_de_consenso_2011
  - o Moya García C, López Rodríguez RM, Peláez Moya S, Lois Cabello M. (2011). Documento de consenso. Sensibilidad Química Múltiple. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

B. FORMACIÓN PRESENCIAL

Sesión 1

(Cristina Oter Quintana, Ana I. Parro Moreno, Almudena Alameda Cuesta)

- 9:00- 9:15 h. Presentación.
- 9:15-11:15 h. Introducción a EM/SFC y SQM. Experiencia de enfermedad de las personas afectadas de EM-SFC y SQM.
- 11:15-11:45 h. Descanso.
- 11:45-12:45 h. El carácter contestado de la EM-SFC y SQM. Abordaje enfermero de la EM-SFC y SQM.
- 12:45-13:30 h. Cuidando a personas afectadas de EM-SFC y SQM. A propósito de un caso.

Sesión 2

(Mª Gema Cid Expósito, Ángel Lizcano Álvarez, Ana Talavera Sáez)

- 15:30-15:45 h. Presentación.
- 15:45-17:45 h. Herramientas de cribado diagnóstico de EM/SFC y SQM: BREESI, QEESI, criterios IOM y Cuestionario de Síntomas de DePaul.
- 17:45-18:15 h. Descanso.
- 18:15-20:00 h. Cuestionarios de recogida de datos para la determinación de la prevalencia de EM/SFC y SQM.

Anexo II
Formulario de despistaje para el estudio de prevalencia de EM-SFC y SQM en la Comunidad de Madrid.

Q1A_EM-SFC_SQM_piloto

Formulario de despistaje para el estudio de prevalencia de EM-SFC y SQM en la Comunidad de Madrid

Bienvenido/a al formulario de despistaje para el estudio de prevalencia de sospecha diagnóstica de Encefalomielitis Miálgica-Síndrome de Fatiga Crónica y Sensibilidad Química Múltiple en la Comunidad de Madrid.

El objetivo del mismo es descartar que usted pueda estar afectado/a por una de estas dos enfermedades. El formulario está formado por tres secciones:

1. Cuestiones sociodemográficas.
2. Preguntas de despistaje para EM-SFC.
3. Preguntas de despistaje para SQM (Cuestionario BREESI).

La cumplimentación del formulario supone menos de 5 minutos.

¡Muchas gracias por su colaboración!

Hay 20 preguntas en el formulario.

Cuestiones sociodemográficas

Datos sociodemográficos del/de la paciente que responde al formulario.

Indique aquí el código 1 que se le ha proporcionado por correo electrónico (8 dígitos, comienza por 100):

*

Por favor, escriba su respuesta aquí:

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Anexo II (continuación)
Formulario de despistaje para el estudio de prevalencia de EM-SFC y SQM en la Comunidad de Madrid.

Indique aquí el código 2 que se le ha proporcionado por correo electrónico (entre 1 y 4 dígitos): *

Por favor, escriba su respuesta aquí:

Fecha de nacimiento *

Por favor, introduzca una fecha:

Sexo *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ◯ Varón
- ◯ Mujer
- ◯ Otro
- ◯ Prefiero no contestar

Nivel educativo *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ◯ Sin estudios
- ◯ Estudios primarios
- ◯ Estudios secundarios / Formación profesional
- ◯ Estudios universitarios
- ◯ Prefiero no contestar

¿Cuál es el máximo nivel educativo que ha alcanzado?

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Anexo II (continuación)
Formulario de despistaje para el estudio de prevalencia de EM-SFC y SQM en la Comunidad de Madrid.

Estado civil *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ◯ Casado/a o viviendo en pareja
- ◯ Separado/a o divorciado/a
- ◯ Soltero/a
- ◯ Viudo/a
- ◯ Prefiero no contestar

Indique su estado civil actual.

Situación laboral *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ◯ Desempleado/a
- ◯ Empleado/a
- ◯ Jubilado/a
- ◯ Trabajo doméstico no remunerado
- ◯ Otro
- ◯ Prefiero no contestar

¿Cuál es su situación laboral actual?

¿Cuáles son sus ingresos mensuales netos? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ◯ No tengo ninguna fuente de ingresos
- ◯ 500 € o menos
- ◯ 501-1000 €
- ◯ 1001-2000 €
- ◯ 2001-3000 €
- ◯ Más de 3000 €
- ◯ Prefiero no contestar

Se refiere a sus ingresos individuales, NO a los de otros miembros de su unidad familiar.

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE ▶

Anexo II (continuación)
Formulario de despistaje para el estudio de prevalencia de EM-SFC y SQM en la Comunidad de Madrid.

¿Cuántas personas componen su unidad familiar? *

Por favor, escriba su respuesta aquí:

Se refiere a todas las personas que viven en su domicilio, incluida usted.

Aproximadamente, ¿cuáles son los ingresos mensuales netos de su unidad familiar? *

Por favor, escriba su respuesta aquí:

€

Se refiere a la suma de ingresos al mes de TODOS los miembros de su unidad familiar.

Despistaje EM-SFC

¿Presenta fatiga intensa desde hace 6 meses o más? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

◯ Sí
◯ No

¿Ha sido diagnosticado/a de Encefalomielitis Miálgica-Síndrome de Fatiga Crónica? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

◯ Sí
◯ No

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Anexo II (continuación)
Formulario de despistaje para el estudio de prevalencia de EM-SFC y SQM en la Comunidad de Madrid.

¿Se siente mal cuando se expone al humo de tabaco, a determinadas fragancias, al esmalte-quitaesmalte de uñas, a los gases de los tubos de escape de los vehículos, a la gasolina, a los ambientadores, a los pesticidas, a la pintura-disolvente, al alquitrán fresco-asfalto, a los productos de limpieza, a las alfombras o mobiliario nuevos?

*

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

◯ Sí
◯ No

Por "sentirse mal" se entiende: dolor de cabeza, dificultad para pensar, dificultad para respirar, debilidad, mareo, molestias digestivas, etc.

¿No tolera o tiene reacciones adversas o alérgicas a algunos fármacos o medicamentos (como puedan ser antibióticos, anestésicos, analgésicos, medios de contraste para rayos X, vacunas, o anticonceptivos), o a un implante, una prótesis, un dispositivo o sustancia química contraceptiva, u otro material o procedimiento sanitario/quirúrgico/odontológico?

*

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

◯ Sí
◯ No

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Anexo II (continuación)
Formulario de despistaje para el estudio de prevalencia de EM-SFC y SQM en la Comunidad de Madrid.

¿No tolera o tiene reacciones adversas a algunos alimentos como puedan ser productos lácteos, trigo, maíz, huevos, cafeína, bebidas alcohólicas, o aditivos alimentarios (por ejemplo, al glutamato monosódico o a colorantes alimentarios? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

◯ Sí
◯ No

Datos de contacto del /de la paciente

Usted ha contestado de forma afirmativa a alguna de las preguntas que pueden ser indicativas de EM-SFC o SQM.

Indique a continuación sus datos personales para que un miembro del equipo de investigación pueda ponerse en contacto con usted. En un plazo aproximado de 10 días recibirá un correo electrónico en el que se le facilitará el enlace a un formulario más completo para confirmar si existe la posibilidad de que pudiera padecer alguna de estas dos enfermedades. No se asuste, las preguntas a las que ha contestado son muy generales, por lo que lo más probable es que el resultado sea negativo.

No contacte de nuevo con su Centro de Salud. Ninguna de estas enfermedades supone una urgencia médica, el equipo de investigación se pondrá en contacto con usted y le indicará los pasos a seguir.

¡Muchas gracias!

Nombre y apellidos *

Por favor, escriba su(s) respuesta(s) aquí:

Nombre

Apellido 1

Apellido 2 (opcional)

Correo electrónico *

Por favor, escriba su respuesta aquí:

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Anexo II (continuación)
Formulario de despistaje para el estudio de prevalencia de EM-SFC y SQM en la Comunidad de Madrid.

Repita su correo electrónico *

Por favor, escriba su respuesta aquí:

Número de teléfono *

Por favor, escriba su respuesta aquí:

Despistaje negativo

Ha contestado de forma negativa a todas las preguntas de despistaje de EM-SFC y SQM, esto es indicativo de que **usted no padece ninguna de estas dos enfermedades**.

¡Muchas gracias por su colaboración!

Finalizar formulario. *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

◯ Finalizar formulario

Su participación ha sido fundamental para nuestro estudio.

¡Muchas gracias!

Enviar su formulario.
Gracias por completar esta encuesta.

Anexo III
Cuestionario *Estudio de prevalencia de FM y sospecha diagnóstica de EM/SFC y SQM de la Comunidad de Madrid*.

CUESTIONARIO

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE FM Y SOSPECHA DIAGNÓSTICA DE EM/SFC Y SQM DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Paciente:

☐ Manifiesto mi voluntad libre e informada de aceptar mi participación en el estudio.

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Anexo III (continuación)
Cuestionario *Estudio de prevalencia de FM y sospecha diagnóstica de EM/SFC y SQM de la Comunidad de Madrid*.

DePaul Symptom Questionnaire – Short Form

Clique sobre el número que corresponda a la frecuencia y severidad de cada uno de los síntomas que se recogen en el listado inferior.

Por favor, cumplimente el cuestionario de izquierda a derecha.

Frecuencia	Severidad
Durante los **pasados 6 meses**, ¿con cuanta frecuencia ha tenido usted este síntoma? Clique sobre el número que corresponda para cada síntoma que se recoge en el listado inferior teniendo en cuenta que: 0 = nunca 1 = poco tiempo 2 = la mitad del tiempo 3 = la mayor parte del tiempo 4 = todo el tiempo	Durante los **pasados 6 meses**, ¿cuánto le ha molestado a usted este síntoma? Clique sobre el número que corresponda para cada síntoma que se recoge en el listado inferior teniendo en cuenta que: 0 = este síntoma no se presenta 1 = es leve 2 = es moderado 3 = es severo 4 = es muy severo

Síntoma	Frecuencia	Severidad
* *Todas las preguntas son obligatorias.*		
1. Fatiga /cansancio extremo *	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4
2. Dolor o fatiga al día siguiente de actividades diarias no extenuantes *	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4
3. Un mínimo de ejercicio hace que usted se sienta físicamente cansado*	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4
4. No se siente descansado al despertarse por la mañana *	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4
5. Dolor en sus músculos *	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4
6. Hinchazón *	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4
7. Problemas para recordar cosas *	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4
8. Dificultad en poner atención por un período largo de tiempo *	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4
9. Problemas de intestino irritable *	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE ▶

Anexo III (continuación)
Cuestionario *Estudio de prevalencia de FM y sospecha diagnóstica de EM/SFC y SQM de la Comunidad de Madrid*.

DePaul Symptom Questionnaire – Short Form

Frecuencia	Severidad
Durante los **pasados 6 meses**, ¿con cuanta frecuencia ha tenido usted este síntoma? Clique sobre el número que corresponda para cada síntoma que se recoge en el listado inferior teniendo en cuenta que: 0 = nunca 1 = poco tiempo 2 = la mitad del tiempo 3 = la mayor parte del tiempo 4 = todo el tiempo	Durante los **pasados 6 meses**, ¿cuánto le ha molestado a usted este síntoma? Clique sobre el número que corresponda para cada síntoma que se recoge en el listado inferior teniendo en cuenta que: 0 = este síntoma no se presenta 1 = es leve 2 = es moderado 3 = es severo 4 = es muy severo

Síntoma	Frecuencia	Severidad
* *Todas las preguntas son obligatorias.*		
10. Se siente inestable al estar de pie, como si fuera a caerse*	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4
11. Extremidades frías (por ej: brazos, piernas, manos) *	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4
12. Siente frío o calor sin razón aparente *	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4
13. Siente síntomas de gripe *	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4
14. Algunos olores de comida, medicinas, o químicos le dan náuseas *	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Anexo III (continuación)
Cuestionario *Estudio de prevalencia de FM y sospecha diagnóstica de EM/SFC y SQM de la Comunidad de Madrid*.

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

Su Salud y Bienestar

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras pero cada una es diferente.

Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y seleccione la opción que mejor describa su respuesta.

¡Gracias por contestar a estas preguntas!

* *Todas las preguntas son obligatorias.*

1. En general, usted diría que su salud es: *

- ○ Excelente
- ○ Muy buena
- ○ Buena
- ○ Regular
- ○ Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año? *

- ○ Mucho mejor ahora que hace un año
- ○ Algo mejor ahora que hace un año
- ○ Más o menos igual que hace un año
- ○ Algo peor ahora que hace un año
- ○ Mucho peor ahora que hace un año

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

[3]a. Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores. *

- ○ Sí, me limita mucho
- ○ Sí, me limita un poco
- ○ No, no me limita nada

[3]b. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora. *

- ○ Sí, me limita mucho
- ○ Sí, me limita un poco
- ○ No, no me limita nada

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE ▶

Anexo III (continuación)
Cuestionario *Estudio de prevalencia de FM y sospecha diagnóstica de EM/SFC y SQM de la Comunidad de Madrid.*

* *Todas las preguntas son obligatorias.*

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

[3]c. Coger o llevar la bolsa de la compra. *

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

[3]d. Subir varios pisos por la escalera. *

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

[3]e. Subir un sólo piso por la escalera. *

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

[3]f. Agacharse o arrodillarse. *

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

[3]g. Caminar un kilómetro o más. *

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

[3]h. Caminar varios centenares de metros. *

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

[3]i. Caminar unos 100 metros. *

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

[3]j. Bañarse o vestirse por sí mismo. *

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Anexo III (continuación)
Cuestionario *Estudio de prevalencia de FM y sospecha diagnóstica de EM/SFC y SQM de la Comunidad de Madrid*.

* *Todas las preguntas son obligatorias.*

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

[4]a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas? *

- ○ Siempre
- ○ Casi siempre
- ○ Algunas veces
- ○ Sólo alguna vez
- ○ Nunca

[4]b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer? *

- ○ Siempre
- ○ Casi siempre
- ○ Algunas veces
- ○ Sólo alguna vez
- ○ Nunca

[4]c. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas? *

- ○ Siempre
- ○ Casi siempre
- ○ Algunas veces
- ○ Sólo alguna vez
- ○ Nunca

[4]d. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)? *

- ○ Siempre
- ○ Casi siempre
- ○ Algunas veces
- ○ Sólo alguna vez
- ○ Nunca

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

[5]a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional? *

- ○ Siempre
- ○ Casi siempre
- ○ Algunas veces
- ○ Sólo alguna vez
- ○ Nunca

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE ▶

Anexo III (continuación)
Cuestionario *Estudio de prevalencia de FM y sospecha diagnóstica de EM/SFC y SQM de la Comunidad de Madrid.*

* *Todas las preguntas son obligatorias.*

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

5b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional? *

- ○ Siempre
- ○ Casi siempre
- ○ Algunas veces
- ○ Sólo alguna vez
- ○ Nunca

5c. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional? *

- ○ Siempre
- ○ Casi siempre
- ○ Algunas veces
- ○ Sólo alguna vez
- ○ Nunca

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas? *

- ○ Nada
- ○ Un poco
- ○ Regular
- ○ Bastante
- ○ Mucho

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas? *

- ○ No, ninguno
- ○ Sí, muy poco
- ○ Sí, un poco
- ○ Sí, moderado
- ○ Sí, mucho
- ○ Sí, muchísimo

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Anexo III (continuación)
Cuestionario *Estudio de prevalencia de FM y sospecha diagnóstica de EM/SFC y SQM de la Comunidad de Madrid*.

* *Todas las preguntas son obligatorias.*

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)? *

- Nada
- Un poco
- Regular
- Bastante
- Mucho

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

9a. se sintió lleno de vitalidad? *

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

9b. estuvo muy nervioso? *

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

9c. se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle? *

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

9d. se sintió calmado y tranquilo? *

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

9e. tuvo mucha energía? *

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE ▶

Anexo III (continuación)
Cuestionario *Estudio de prevalencia de FM y sospecha diagnóstica de EM/SFC y SQM de la Comunidad de Madrid.*

* *Todas las preguntas son obligatorias.*

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

9f. se sintió desanimado y deprimido? *

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

9g. se sintió agotado? *

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

9h. se sintió feliz? *

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

9i. se sintió cansado? *

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)? *

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Anexo III (continuación)
Cuestionario *Estudio de prevalencia de FM y sospecha diagnóstica de EM/SFC y SQM de la Comunidad de Madrid*.

* *Todas las preguntas son obligatorias.*

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

[11]a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas *

- Totalmente cierta
- Bastante cierta
- No lo sé
- Bastante falsa
- Totalmente falsa

[11]b. Estoy tan sano como cualquiera *

- Totalmente cierta
- Bastante cierta
- No lo sé
- Bastante falsa
- Totalmente falsa

[11]c. Creo que mi salud va a empeorar *

- Totalmente cierta
- Bastante cierta
- No lo sé
- Bastante falsa
- Totalmente falsa

[11]d. Mi salud es excelente *

- Totalmente cierta
- Bastante cierta
- No lo sé
- Bastante falsa
- Totalmente falsa

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE ▶

Anexo III (continuación)
Cuestionario *Estudio de prevalencia de FM y sospecha diagnóstica de EM/SFC y SQM de la Comunidad de Madrid*.

Exposiciones a sustancias químicas

Los siguientes ítems tratan sobre **su respuesta a diversos olores o exposiciones químicas**. Por favor indique si estos olores o exposiciones le harían sentirse mal o no, si por ejemplo tendría dolor de cabeza, dificultad para pensar, se sentiría débil, tendría dificultad para respirar, molestias gástricas, se sentiría mareado, o algo similar. Para cualquier exposición que le haga sentirse mal, considere en una escala de 0 -10 la gravedad de los síntomas con esa exposición. Para las exposiciones que no le molestan, responda "0". No puede dejar ninguno de los ítems en blanco.

Para cada ítem seleccione una opción:

De 0 [para nada un problema] a 10 [síntomas incapacitantes]

1. Gases de escape de motores de diesel o gasolina	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
2. Humo de tabaco	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
3. Insecticidas	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
4. Gasolina, por ejemplo en la estación de servicio mientras llena el depósito de gasolina	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
5. Pintura o disolvente de pintura	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
6. Productos de limpieza como desinfectantes, lejía, o productos de limpieza para el baño o el suelo	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
7. Ciertos perfumes, ambientadores u otras fragancias	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
8. Alquitrán fresco o asfalto	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
9. Esmalte de uñas, quitaesmaltes o laca	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
10. Nuevo mobiliario, como moqueta nueva, una cortina de ducha de plástico nueva o el interior de un coche nuevo	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10

A continuación, puede nombrar cualquier exposición química adicional que le haga sentirse mal y puntúelas de 0 a 10

	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Anexo III (continuación)
Cuestionario *Estudio de prevalencia de FM y sospecha diagnóstica de EM/SFC y SQM de la Comunidad de Madrid*.

Otras exposiciones

Los siguientes ítems tratan sobre **sus reacciones a una variedad de otras exposiciones**. Como antes, por favor indique si estas exposiciones le harían sentirse mal. Marque en la escala de 0 a 10 la gravedad de los síntomas. No puede dejar ninguno de los ítems en blanco.

Para cada item seleccione una opción:

De 0 [para nada un problema] a 10 [síntomas incapacitantes]

1. Agua del grifo tratada con cloro	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
2. Alimentos concretos, tales como dulces, pizza, leche, comidas grasas, carnes, barbacoa, cebollas, ajo, comidas picantes o aditivos como el glutamato monosódico	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
3. Antojos inusuales, o comer cualquier alimento como si usted fuese adicto a ello, o sentirse mal si se salta una comida	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
4. Sentirse mal tras las comidas	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
5. Cafeína, como café, té, refrescos a base de té, bebidas de cola u otros refrescos, como bebidas energizantes o chocolate	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
6. Sentirse mal si bebe o come menos de la cantidad habitual de café, té, refrescos con cafeína, o chocolate, o los omite por completo	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
7. Bebidas alcohólicas en pequeñas cantidades como una cerveza o un vaso de vino	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
8. Telas, joyas, cremas, cosméticos u otros artículos que tocan su piel	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
9. Ser incapaz de tolerar o tener reacciones adversas o alérgicas a algunos fármacos o medicaciones: como antibióticos, anestésicos, analgésicos, medio de contraste para rayos-x, vacunas o pastillas anticonceptivas, o a un implante, prótesis, otros métodos anticonceptivos químicos o de barrera (DIU, diafragma o preservativo), u otros materiales o procedimientos médicos, quirúrgicos o dentales	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
10. Problemas en relación con alguna reacción alérgica clásica (asma, sintomatología nasal, urticaria, anafilaxia o eccema) cuando se expone a alergenos como: polen de árboles, gramíneas o maleza, polvo, moho, caspa de animales, picaduras de insecto o alimentos concretos	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE ▶

Anexo III (continuación)
Cuestionario *Estudio de prevalencia de FM y sospecha diagnóstica de EM/SFC y SQM de la Comunidad de Madrid.*

Síntomas

Los siguientes ítems tratan **sobre síntomas que usted puede haber experimentado habitualmente**. Marque en la escala de 0 a 10 la gravedad de los síntomas. No puede dejar ninguno de los ítems en blanco.

Para cada item seleccione una opción:

De 0 [para nada un problema] a 10 [síntomas incapacitantes]

1. ¿Problemas con sus músculos o articulaciones, como dolor, dolorimiento, calambres, rigidez o debilidad?	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
2. ¿Problemas de ardor o irritación de sus ojos, o problemas con sus vías aéreas o la respiración, cómo sentir que le falta el aire, tos, o tener mucha mucosidad, goteo nasal posterior, o infecciones respiratorias?	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
3. ¿Problemas con el corazón o pecho, tales como una frecuencia cardíaca rápida o irregular, vuelcos en el corazón, palpitaciones, o molestias en el pecho?	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
4. ¿Problemas con su estómago o tracto digestivo, como dolor abdominal o calambres, hinchazón o distensión abdominal, náuseas, diarrea, o estreñimiento?	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
5. ¿Problemas con su capacidad para pensar, tales como dificultad para concentrarse o para recordar cosas, sentirse mareado, o tener problemas para tomar decisiones?	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
6. ¿Problemas con su estado de ánimo, como sentirse tenso o nervioso, irritable, deprimido, con episodios de llanto o de ira, o pérdida de motivación para hacer cosas que antes le solían interesar?	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
7. ¿Problemas con el equilibrio o la coordinación, con entumecimiento u hormigueo de sus extremidades, o de enfoque visual?	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
8. ¿Problemas con su cabeza, tales como dolor de cabeza o sensación de presión o en su cara o cabeza?	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
9. ¿Problemas con su piel, como una erupción, urticaria o piel seca?	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
10. ¿Problemas con su tracto urinario o genitales, como dolor pélvico o micción frecuente o urgente (Para mujeres: ¿o molestias u otros problemas con su período menstrual?)	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Anexo III (continuación)
Cuestionario *Estudio de prevalencia de FM y sospecha diagnóstica de EM/SFC y SQM de la Comunidad de Madrid*.

Índice de enmascaramiento

Los siguientes ítems tratan **sobre exposiciones en curso que pueda estar teniendo**. No puede dejar ninguno de los ítems en blanco.

Para cada item seleccione una opción:

Seleccione [0] si la respuesta es "NO", o si no sabe si está expuesto.
Seleccione [1] si la respuesta es "SÍ", si presenta la exposición.

1. ¿Fuma o masca tabaco al menos una vez a la semana?	No=0	Sí=1
2. ¿Bebe usted licores, cerveza, o vino al menos una vez a la semana?	No=0	Sí=1
3. ¿Consume usted alguna bebida con cafeína al menos una vez a la semana?	No=0	Sí=1
4. ¿Utiliza de forma habitual (al menos una vez a la semana) perfume, laca para el cabello, u otros productos perfumados de cuidado personal?	No=0	Sí=1
5. ¿Han sido su casa o su lugar de trabajo tratados con insecticida o fumigados en el último año?	No=0	Sí=1
6. En su actual trabajo o hobby, ¿está usted de manera habitual (al menos una vez a la semana) expuesto a sustancias químicas, humo o gases?	No=0	Sí=1
7. A parte de usted, ¿Alguien fuma dentro de su casa habitualmente?	No=0	Sí=1
8. ¿Utiliza usted cocina de gas natural o butano para cocinar en su casa?	No=0	Sí=1
9. ¿Utiliza habitualmente suavizante perfumado (líquido o en toallitas para secadora) en el lavado de su ropa o ropa de cama?	No=0	Sí=1
10. ¿Habitualmente (al menos una vez a la semana) toma algo de lo siguiente: corticoides, como prednisona; medicación para el dolor que requiere prescripción; medicación para la depresión, ansiedad o trastornos del estado de ánimo; medicación para el sueño; o drogas de consumo recreativo?	No=0	Sí=1

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE ▶

RESP

Anexo III (continuación)
Cuestionario *Estudio de prevalencia de FM y sospecha diagnóstica de EM/SFC y SQM de la Comunidad de Madrid*.

Impacto de las sensibilidades

Si usted **es sensible a ciertas sustancias químicas o alimentos, en una escala de 0-10 califique el grado en que sus sensibilidades han afectado a diversos aspectos de su vida**. Si usted no es sensible o si sus sensibilidades no afectan a estos aspectos de su vida, conteste "0". No puede dejar ninguno de los ítems en blanco.

Para cada item seleccione una opción:

De 0 [para nada un problema] a 10 [síntomas incapacitantes]

1. ¿Su dieta?	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
2. ¿Su capacidad para trabajar o ir a la escuela?	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
3. ¿Cómo amuebla o distribuye los muebles de su casa?	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
4. ¿Su elección de la ropa?	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
5. ¿Su capacidad para viajar a otras ciudades o conducir un coche?	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
6. ¿Su elección de productos de cuidado personal, como desodorantes o maquillaje?	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
7. ¿Su capacidad para estar con otras personas y disfrutar de actividades sociales, por ejemplo, ir a reuniones, a la iglesia, a restaurantes, etc.?	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
8. ¿Su elección de hobbies o actividades de ocio?	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
9. ¿Su relación con su pareja o familia?	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
10. ¿Su capacidad para limpiar la casa, planchar, cortar el césped, o desempeñar otras labores cotidianas?	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Anexo III (continuación)
Cuestionario *Estudio de prevalencia de FM y sospecha diagnóstica de EM/SFC y SQM de la Comunidad de Madrid*.



Gracias por colaborar en el estudio

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE SOSPECHA DIAGNÓSTICA DE ENCEFALOMIELITIS MIÁLGICA-SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA Y SENSIBILIDAD QUÍMICA MÚLTIPLE EN LA COMUNIDAD DE MADRID

En un plazo aproximado de 30 días nos pondremos en contacto con usted (por correo electrónico o por teléfono) para informarle de los resultados. **No es necesario que acuda a su Centro de Salud**, ninguna de estas enfermedades supone una urgencia médica. En el caso de que los resultados no permitan descartar la presencia de estas enfermedades, le indicaremos los pasos a seguir.

¡Muchas gracias por su colaboración!

Anexo IV
DSQ-SF. Case Definition Criteria.

IOM Clinical Case Definition (IOM, 2015):

- Substantial Reduction in Functioning (must meet 2 of the following 3 *SF-36* score cutoffs):
    - o Role Physical≤50
    - o Social Functioning≤62.5
    - o Vitality≤35

- At least one symptom (frequency and severity ratings≥2) from all of the following domains:
    - o Fatigue (Question 1)
    - o Post-Exertional Malaise (Question 2 or 3)
    - o Unrefreshing Sleep (Question 4)

- At least one symptom (frequency and severity ratings≥2) from one of the following domains:
    - o Neurocognitive Problems (Question 7 or 8)
    - o Orthostatic Intolerance (Question 10)

The *DePaul Symptom Questionnaire (DSQ-SF)* can be downloaded from the REDCap shared library. You can view the instrument here: *https://redcap.is.depaul.edu/surveys/?s=HCT7J8EWPC*

Anexo V
QEESI SCORE.

Degree to Which MCI is Suggested[2]	Risk Criteria[1]: Symptom Severity Score	Chemical Intolerance Score	Masking Score
Very suggestive	≥ 40	≥ 40	≥ 4
Very suggestive	≥ 40	≥ 40	< 4
Somewhat suggestive	≥ 40	< 40	≥ 4
Not suggestive	≥ 40	< 40	< 4
Problematic	< 40	≥ 40	≥ 4
Problematic	< 40	≥ 40	< 4
Not suggestive	< 40	< 40	≥ 4
Not Suggestive	< 40	< 40	< 4

[1] Subjects must meet all three criteria, i.e., Symptom Severity, Chemical Intolerance, and Masking scores, as indicated in each row of this table.
[2] "Very suggestive" = high symptom and chemical intolerance scores.
"Somewhat suggestive" = high symptom score but possibly masked chemical intolerance.
"Not suggestive" = either (1) high symptom score but low chemical intolerance score with low masking, or (2) low symptom and chemical intolerance scores.
"Problematic" = low symptom score but high chemical intolerance score. Persons in this category with low masking (<4) may be sensitive individuals who have been avoiding chemical exposures for an extended period (months or years).

References:

Miller CS, Prihoda TJ: The Environmental Exposure and Sensitivity Inventory (EESI): a standardized approach for measuring chemical intolerances for research and clinical applications. *Toxicology and Industrial Health* 15:370-385, 1999a.

Miller CS, Prihoda TJ: A controlled comparison of symptoms and chemical intolerances reported by Gulf War veterans, implant recipients and persons with multiple chemical sensitivity. *Toxicology and Industrial Health* 15:386-397, 1999b.

Anexo VI
Características sociodemográficas en función del diagnóstico [1] EM/SFC[2] y/o SQM[3].

Característica	Total	Casos positivos (EM/SFC y/o SQM)	Casos negativos	p-value[6]
	N=280[4,5]	*N=20*[4,5]	*N=260*[4,5]	
Mujer	177 (63,21%)	17 (85,00%)	160 (61,54%)	0,053
Edad				0,4
Media (DE)	52 (50)	46 (14)	53 (52)	
Mediana (25%,75%)	49 (37, 61)	45 (38, 53)	49 (37, 62)	
Desconocido	1	0	1	
Nivel educativo				>0,9
Sin estudios	5 (3,25%)	0 (0%)	5 (3,47%)	
Estudios Primarios/Secundarios/FP	50 (32,47%)	3 (30%)	47 (32,64%)	
Estudios Universitarios	99 (64,29%)	7 (70%)	92 (63,89%)	
Desconocido	126	10	116	
Estado civil				0,2
Soltero/a-Separado/a-Divorciado/a	114 (40,71%)	12 (60%)	102 (39,23%)	
Casado/a o viviendo en pareja	164 (58,57%)	8 (40%)	156 (60%)	
Prefiero no contestar	2 (0,71%)	0 (0%)	2 (0,77%)	
Situación laboral				0,2
Desempleado/a o Jubilado/a	81 (28,93%)	4 (20%)	77 (29,62%)	
Empleado/a	159 (56,79%)	10 (50%)	149 (57,31%)	
Trabajo doméstico no remunerado	8 (2,86%)	1 (5%)	7 (2,69%)	
Prefiero no contestar/Otro	32 (11,43%)	5 (25%)	27 (10,38%)	
Ingresos de la persona encuestada				0,2
Más de 3.000 €	7 (2,50%)	0 (0%)	7 (2,69%)	
2.001-3.000 €	40 (14,29%)	2 (10%)	38 (14,62%)	
1.001-2.000 €	104 (37,14%)	5 (25%)	99 (38,08%)	
501-1.000 €	42 (15%)	4 (20%)	38 (14,62%)	
500 € o menos	11 (3,93%)	1 (5%)	10 (3,85%)	
No tengo ninguna fuente de ingresos	26 (9,29%)	5 (25%)	21 (8,08%)	
Prefiero no contestar	50 (17,86%)	3 (15%)	47 (18,08%)	

(1) Para la estimación de esta prevalencia, no completar el Q1 o el Q2, a pesar de haber aceptado participar, se consideró un resultado *Negativo* para EM/SFC y un resultado *No sugestivo* para SQM.
(2) EM/SFC: Encefalomielitis Miálgica/Síndrome de Fatiga Crónica.
(3) SQM: Sensibilidad Química Múltiple.
(4) n (%).
(5) n (%); media (sd); mediana (RIC).
(6) Prueba ji-cuadrado de Pearson con valor p simulado (basado en 2.000 iteraciones); *Wilcoxon rank sum test*.
(7) Ingresos/miembro unidad familiar eliminando rentas >10.000€.

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Anexo VI (continuación)
Características sociodemográficas en función del diagnóstico[1] EM/SFC[2] y/o SQM[3].

Característica	Total	Casos positivos (EM/SFC y/o SQM)	Casos negativos	p-value[6]
	N=280[4,5]	*N=20*[4,5]	*N=260*[4,5]	
Número de miembros en la unidad familiar				0,5
1	39 (13,98%)	5 (25%)	34 (13,13%)	
2	91 (32,62%)	4 (20%)	87 (33,59%)	
3	64 (22,94%)	5 (25%)	59 (22,78%)	
4	62 (22,22%)	5 (25%)	57 (22,01%)	
5	15 (5,38%)	0 (0%)	15 (5,79%)	
6	6 (2,15%)	1 (5%)	5 (1,93%)	
7	2 (0,72%)	0 (0%)	2 (0,77%)	
Desconocido	1	0	1	
Número de miembros en la unidad familiar				0,7
Media (DE)	2,82 (1,27)	2,70 (1,38)	2,83 (1,26)	
Mediana (25%, 75%)	3,00 (2,00, 4,00)	3,00 (1,75, 4,00)	3,00 (2,00, 4,00)	
Desconocido	1	0	1	
Ingresos familiares netos				0,003
Media (DE)	5.791 (34.513)	1.479 (1.066)	6.163 (35.953)	
Mediana (25%, 75%)	2.500 (1.400, 3.500)	1.500 (750, 2.300)	2.500 (1.500, 3.500)	
Desconocido	66	3	63	
Ingresos netos/miembro de la unidad familiar				0,006
Media (DE)	1.977 (8.946)	593 (404)	2.098 (9.317)	
Mediana (25%, 75%)	875 (550, 1.400)	667 (333, 750)	900 (593, 1.500)	
Desconocido	67	3	64	
Ingresos familiares netos 2[7]				0,005
Media (DE)	2.472 (1.686)	1.479 (1,066)	2.561 (1.705)	
Mediana (25%, 75%)	2.400 (1.300, 3.500)	1.500 (750, 2.300)	2.500 (1.400, 3.500)	
Desconocido	74	3	71	
Ingresos netos/miembro de la unidad familiar 2[7]				0,011
Media (DE)	986 (720)	593 (404)	1.022 (733)	
Mediana (25%, 75%)	833 (500, 1.333)	667 (333, 750)	875 (563, 1.338)	
Desconocido	75	3	72	

(1) Para la estimación de esta prevalencia, no completar el Q1 o el Q2, a pesar de haber aceptado participar, se consideró un resultado *Negativo* para EM/SFC y un resultado *No sugestivo* para SQM.
(2) EM/SFC: Encefalomielitis Miálgica/Síndrome de Fatiga Crónica.
(3) SQM: Sensibilidad Química Múltiple.
(4) n (%).
(5) n (%); media (sd); mediana (RIC).
(6) Prueba ji-cuadrado de Pearson con valor p simulado (basado en 2.000 iteraciones); *Wilcoxon rank sum test*.
(7) Ingresos/miembro unidad familiar eliminando rentas >10.000€.