aposta
revista de ciencias sociales
ISSN 1696-7348 **Nº 108, Enero, Febrero y Marzo 2026**

La violencia simbólica hacia las personas con Covid persistente a través de sus narraciones*

Symbolic violence towards people with long Covid through their narratives

Oscar Martínez-Rivera
Universidad Ramon Llull, España
omartinez@peretarres.url.edu

Enric Benavent-Vallès
Universidad Ramon Llull, España
ebenavent@peretarres.url.edu

Recibido: 13/05/2025
Aceptado: 10/09/2025

Formato de citación:
Martínez-Rivera, O., Benavent-Vallès, E. (2026). La violencia simbólica hacia las personas con Covid persistente a través de sus narraciones. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, 108, 74-96, http://apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/ebenavent.pdf

Resumen
Las personas con COVID persistente (CP) son unas de las más afectadas por la pandemia del COVID-19. Aunque este fenómeno es un problema de salud a nivel internacional las personas enfermas a menudo son invisibilizadas y desligitimizadas. El objetivo de esta investigación es visibilizar las situaciones de violencia simbólica a las que se enfrentan las personas con CP. Se ha utilizado una metodología de metasíntesis cualitativa, integrando narraciones literales de personas con CP publicadas en artículos científicos de Scopus, Web of Science y Discovery. Constatamos que, aunque en las conclusiones de los investigadores no se menciona explícitamente el concepto de violencia simbólica, muchos de los testimonios recopilados coinciden con algunas de las diez dimensiones que definen dicho concepto. Concluimos que la vivencia individual de cada una de estas dimensiones provoca situaciones de injusticia epistémica y de indefensión.

* Agradecimientos de Oscar Martínez-Rivera: Al grupo de pacientes del Hospital Guttmann que me acompañaron en mi rehabilitación y que continúan siendo un punto de apoyo. A mi doctora de atención primaria, al equipo de la Unidad de Fatiga Crónica del Hospital de Vall d'Hebrón y a las rehabilitadoras del hospital. Al equipo del Hospital Guttmann por cuidarnos y creernos desde el inicio. A todos los sanitarios que me han atendido todos estos años. A las personas que me han acompañado en este proceso vital.

Palabras clave
COVID persistente, violencia simbólica, salud, narrativas.

Abstract
People with Long COVID (LC) are among the most affected by the COVID-19 pandemic. Although this phenomenon is a global health issue, those affected are often rendered invisible and delegitimized. The aim of this research is to make visible the situations of symbolic violence faced by individuals with LC. A qualitative metasynthesis methodology has been employed, integrating literal narratives from people with LC published in scientific articles from Scopus, Web of Science, and Discovery. We find that, although the concept of symbolic violence is not explicitly mentioned in the researchers' conclusions, many of the collected testimonies align with some of the ten dimensions that define this concept. We conclude that the individual experience of each of these dimensions results in situations of epistemic injustice and helplessness.

Keywords
Long COVID, symbolic violence, health, narratives.

1. Introducción

La pandemia originada en marzo de 2020 por el virus SARS-CoV-2 hasta ahora ha sido el acontecimiento global más importante del siglo XXI. Pese a la repercusión que tuvo a todos los niveles, en la actualidad no existe apenas rastro visible de su impacto. Los estados tomaron decisiones para iniciar la vida post pandémica y, de esa manera, dejar atrás los indicios de una situación excepcional que pudiera frenar la "nueva normalidad". Aunque se continúan recabando datos sobre la prevalencia del COVID-19, el sistema sociopolítico establece que el impacto de las infecciones actuales son un mal menor y que, por lo tanto, debemos continuar con las actividades socioeconómicas o de atención a la salud de forma muy similar a las de antes del inicio de la pandemia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte que, en la actualidad, las tasas de infección reportadas no son fiables debido a la reducción de pruebas a nivel mundial. A pesar de ello, la pandemia acumula, en mayo de 2024, más de 7 millones de muertes en todo el mundo y 775 millones de notificaciones de infección desde su inicio. En concreto, solo durante el mes de mayo de 2024 se registraron 2000 muertes entre los 39 países que informan a la OMS (OMS, 2024).

Desde el inicio de la pandemia, la mayoría de los pacientes infectados por COVID-19 se recuperan por completo en unas pocas semanas. Algunos experimentan síntomas que apenas afectan sus actividades diarias, y hay un número significativo de personas que ni siquiera notan la infección (He *et al*., 2021). Sin embargo, entre un 10% y un 20% de las personas no se recuperan con la misma rapidez y continúan presentando síntomas persistentes que, en algunos casos, han perdurado desde el inicio de 2020 (Lledó *et al*., 2021; OMS, 2023). Esta condición se conoce como COVID Persistente (CP) (Soriano *et al*., 2022) o Long COVID (Callard y Perego, 2021). Este fenómeno ha dado lugar a un colectivo de personas damnificadas que, en la actualidad, siguen enfrentando situaciones de pandemia permanente (Morales y Crespo, 2022).

Las publicaciones científicas se han centrado en los aspectos biológicos del COVID Persistente (CP) y su impacto en la salud, dejando de lado la narración de las experiencias de las personas afectadas y el impacto social que conlleva mantener

síntomas de forma permanente. Los pocos artículos de carácter psicosocial que utilizan metodología cualitativa e incluyen testimonios de personas con CP investigan sus vivencias y coinciden en reconocer cierta tensión entre su entorno y su nueva condición discapacitante. Sin embargo, no existe investigación que analice un denominador común en gran parte de sus relatos: la violencia simbólica (Bourdieu, 1999; Gimeno, 2021). Esta violencia se manifiesta a través de la experiencia de maltrato por parte del sistema de salud y la incomprensión social que rodea a esta enfermedad emergente.

Aunque la OMS reconociera el Covid Persistente como enfermedad desde octubre del 2021 (OMS, 2021), esto no ha evitado multitud de situaciones en las que los afectados se han sentido juzgadas y agredidas por la incredulidad ante los más de 200 síntomas que han sido identificados (López-Leon *et al*., 2021). Esta es una situación que se da en otras enfermedades con sintomatologías parecidas como son el Síndrome de Fatiga Crónica (SFC)/Encefalomielitis Miàlgica (EM) (Carruthers *et al*., 2011; Wong *et al*., 2021) o la Fibromialgia (FM) (Carel y Kidd, 2014; Lesley *et al*., 2019).

2. Covid persistente

Para referirse a esta condición la mayor parte de investigaciones han optado por el uso del concepto de Covid Persistente ya que es el adoptado mayoritariamente por las personas afectadas. Este término proviene la expresión en inglés Long Covid que se usa también a propuesta de personas afectadas (Callard *et al*., 2020).

La definición inicial de la OMS (2021) describe que "la afección post-COVID-19 afecta a personas con un historial de infección presunta o confirmada por el SARS-CoV-2, generalmente tres meses después de contraer la COVID-19, con síntomas que duran al menos dos meses y que no pueden explicarse por un diagnóstico alternativo". Esta definición tuvo en cuenta a muchas de las personas con Covid Persistente que no pudieron hacerse pruebas los primeros meses de pandemia y no podían demostrar su infección. Por otro lado, esta descripción inicial también remarcó la fluctuación inexplicable de los síntomas y su gravedad. Estos matices protegían a las personas afectadas de las situaciones de incredulidad de algunos profesionales.

Aunque se han descrito centenares de síntomas persistentes, los más habituales son: fatiga, disnea, problemas de memoria, concentración o sueño, tos persistente, dolor torácico, dificultad para hablar, dolor muscular, pérdida del gusto o del olfato, depresión o ansiedad y/o fiebre. Hoy todavía se desconocen los mecanismos que provocan estos síntomas y se manejan diferentes hipótesis (Busquets *et al*., 2024; Couzin-Frankel, 2022). Todas estas manifestaciones pueden suponer dificultades significativas en la vida cotidiana y laboral (López-Leon *et al*., 2021; Sykes, 2021; OMS, 2023b). Además, cabe destacar que la situación se da especialmente en mujeres, suponiendo un 80% de las afectadas y en personas mayoritariamente entre 30 y 50 años (Rodríguez *et al*., 2021).

Se estima que 65 millones de personas en el mundo tienen síntomas persistentes (Davis *et al*., 2023) En Estados Unidos, la prevalencia es del 3.4% en adultos y del 0.5% en menores (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2024). Estas cifras y el impacto en la vida diaria que supone el Covid Persistente, justifican la importancia de implementar medidas que mejoren la calidad de vida de estas personas, así como la necesidad de llevar a cabo investigaciones que recojan sus vivencias en primera persona (Ortega-Martin y Alvarez-Galvez, 2025).

3. Violencia simbólica

El concepto de violencia simbólica, desarrollado por Pierre Bourdieu, se refiere a una forma de imposición ejercida por agentes o instituciones con poder sobre los

dominados. Esta relación de poder asimétrico se establece a través de la legitimación del discurso de los poderosos sobre los vulnerables, lo que resulta en situaciones de discriminación y exclusión (Bourdieu, 1999).

Las personas o colectivos sobre los que se ejerce esta violencia simbólica pueden acabar reconociendo el discurso y validándolo sin ser conscientes de la asimetría y el poder simbólico que se da en la relación (Bourdieu y Wacquant, 1995). Este fenómeno implica una construcción de la realidad y de los diferentes significados siempre en beneficio del que ejerce el poder.

Gimeno (2021) ha investigado este fenómeno aplicándolo en entornos de salud y, siguiendo el pensamiento de Bourdieu (2001), identifica diferentes situaciones de discriminación, incredulidad y menosprecio que sufren las personas afectadas por enfermedades con sintomatología cercana al CP. Su propuesta del concepto de violencia simbólica contiene diez dimensiones interrelacionadas que, además, podrían entenderse como diferentes fases por las que pasan las personas enfermas. La experiencia podría iniciarse con el no reconocimiento de la enfermedad y la consiguiente desatención, finalizando con una autoculpabilización de la persona enferma. La violencia experimentada genera un sufrimiento social que tiene que ver con unas pautas culturales establecidas, que en este caso sustentan que el sistema médico pueda diagnosticar en cualquier momento incluso sin conocer la enfermedad por novedosa (Antón, 2018).

Siguiendo a Gimeno (2021), las diferentes dimensiones de la violencia simbólica son las siguientes:

***i)* No-reconocimiento, la desatención institucionalizada y la condescendencia**

La situación ocurre cuando la enfermedad no está claramente definida, y tanto el personal sanitario como el entorno social no reconocen ni validan el relato de quienes la padecen. Esto se conoce como "injusticia epistémica", un término acuñado por Miranda Fricker (2007) para describir situaciones de injusticia que afectan la credibilidad de una persona. Puede concretarse en una injusticia testimonial, que se manifiesta cuando el testimonio de los afectados es ignorado o subestimado, o una injusticia hermenéutica, que se produce cuando no existen los recursos necesarios para comprender las experiencias de los demás, negándoles así la posibilidad de ser entendidos.

La falta de una definición consensuada, como ocurrió durante el primer año y medio de la pandemia, ha llevado a que el sistema sanitario no atienda adecuadamente la situación, ya que, al no contar con un término específico, parece que esta no existe. Las experiencias de personas enfermas reflejan dificultades para recibir atención, altas médicas forzadas e incluso la negación de ingreso en centros sanitarios debido a la incredulidad generada por la falta de una definición (Samper-Pardo *et al*., 2023).

En esta misma dimensión se incluyen situaciones de condescendencia hacia la persona enferma. Lejos de la virtud de la compasión, surgen actitudes de infantilización, paternalismo o menosprecio hacia su relato. Esta problemática ha sido descrita en publicaciones sobre ética y antropología médica, que advierten sobre el impacto negativo de esta relación médico-paciente, especialmente observado durante la pandemia (De los Ríos *et al*., 2022).

***ii)* Imposición autorizada de veredictos ilegítimos**

Se trata de situaciones en las que el personal sanitario proporciona diagnósticos alternativos a las personas enfermas. Esto ocurre por diversos motivos; la falta de

definición del CP ha sido una causa importante, así como el desconocimiento médico sobre el fenómeno a nivel mundial. Esta situación también puede darse cuando el personal sanitario no cree al paciente o no considera que la enfermedad exista, atribuyendo la visita médica a problemas de salud mental, como sucede con otras enfermedades sin biomarcadores específicos que demuestren su existencia (Samper-Pardo *et al*., 2023). Estos mensajes estigmatizadores son los causantes de situaciones de ansiedad, estrés y síntomas depresivos (Scholz *et al*., 2023; Ortega-Martín y Alvarez-Gálvez, 2025).

En los casos de desconocimiento, las posibilidades de diagnóstico pueden ser muy variadas y puede suponer en el paciente un tránsito entre atención básica de salud y especializada durante mucho tiempo. La persona enferma se ve sometida al poder del sistema vehiculizado por la figura del profesional sanitario que es el único que puede certificar un diagnóstico.

***iii)* Deslegitimación**

La tercera dimensión se basa en el ritmo social establecido por personas que no están enfermas. Aunque oficialmente existe la intención de adaptarse al ritmo que necesita una persona con CP, en la práctica, este ritmo rara vez se modifica. Se ha impuesto una velocidad social que dificulta la inclusión real de las necesidades de las personas enfermas.

Esta situación lleva a la persona enferma a experimentar incomprensión, ya que, aunque su entorno afirme tener en cuenta sus necesidades, esa voluntad rara vez se traduce en una adaptación real. Esto genera una deslegitimación de la experiencia de la persona con CP, ya que las personas sanas suelen justificar el ritmo normativo con mensajes que atribuyen a la persona enferma la capacidad de adaptarse, negando implícitamente la gravedad de la patología. En el caso de CP, esta dinámica es frecuente, considerando que la mayoría de las personas con esta condición experimentan fatiga constante y dificultades cognitivas que ralentizan sus actividades.

***iv)* Desintegración**

Esta dimensión, consecuencia de las anteriores, conlleva en muchos casos rupturas en el ámbito familiar, de amistades e incluso de pareja. Esto ocurre porque la persona afectada se da cuenta de que no puede adaptarse a los ritmos establecidos y se siente incapaz de convivir en un entorno que opera a una velocidad social inalcanzable para ella. En muchos casos, esta presión sobrepasa sus posibilidades y desemboca en una ruptura laboral, ya sea en forma de baja o pérdida del empleo, afectando también su relación con compañeros de trabajo (León *et al*., 2023; Guerrero *et al*., 2023).

***v)* Imposición del discurso**

Después de haber pasado por todas las dimensiones anteriores, la persona contempla diariamente como genera incomodidad en el resto de las personas al hacer referencia habitual al ritmo que necesita tener para poder hacer las actividades de la vida diaria. Esto provoca finalmente una imposición del discurso, puesto que el enfermo opta por no hacer mención a las situaciones más angustiosas o negativas. Es un aspecto muy importante, ya que la persona acaba utilizando una estrategia de ocultación o modificación de lo que realmente le

sucede. A la vez, esta circunstancia generará la confirmación de la incomprensión porque a partir de ese momento su narración ya ni tan solo es la real.

***vi)* Eufemización**

La persona enferma toma la decisión de relativizar el impacto que está teniendo e incluso puede llegar a centrar su discurso en la idea de que lo que le está sucediendo es un aprendizaje de vida. Está íntimamente relacionada con la anterior dimensión porque también lo hace como respuesta a la incomodidad que puedan tener las personas no enfermas. En este punto, evita manifestar abiertamente o insinuar que las otras personas no están respondiendo ante su demanda de adaptar los ritmos sociales. Torralba (2010) señala que suavizar o evitar el dolor de la experiencia humana conlleva una desconexión profunda con la vida y con la realidad humana más trágica, creando una incapacidad evidente para responder a una existencia que puede ser dramática.

***vii)* Silenciamiento e invisibilización**

Esta es una de las fases más importantes, ya que la persona enferma decidirá no hablar y evitar cualquier conversación que tenga que ver con su afectación. Tratará de invisibilizar para no crear ninguna situación de conflicto y esto provocará de nuevo un aumento de la incomprensión que llegará incluso a la desaparición de esa área personal tan importante.

El silencio es una respuesta que se da ante la pérdida de salud. Éste va más allá de la ausencia de palabras y se constituye como metáfora del sufrimiento incierto e intangible además de estar relacionado con un hecho tan abrumador como el padecimiento ante una enfermedad (Taylor *et al*., 2020).

***viii)* Aislamiento**

Conectado con la anterior dimensión, el paciente decide aislarse porque se siente continuamente juzgado. En muchos momentos, aunque no se den situaciones con mala voluntad por parte de los no-enfermos, la persona con CP siempre siente la necesidad de justificarse. Ante esta situación, el aislamiento se ve como alternativa más eficaz para defenderse. Sobre este punto de vista, las personas con CP han tenido que justificarse continuamente incluso para conseguir ser atendidos por los servicios de salud.

***ix)* Incomunicación**

Mientras el aislamiento es una decisión como mal menor, la incomunicación es el efecto de la fase anterior y producirá una soledad no deseada y supondrá la inexistencia social definitiva. Esta situación supone el máximo exponente del no-reconocimiento ya que éste viene dado por la no existencia. Esta fase supone la ruptura definitiva del apoyo social que, durante la pandemia, ha sido una de las herramientas más importantes de resiliencia para superar las adversidades (Long *et al*., 2022).

***x)* Autoculpabilización**

Esta décima dimensión se define por la colaboración del enfermo con los agentes que generan violencia simbólica, ya que asume el relato de culpabilidad que se le insinúa. La persona internaliza este discurso y, al hacerlo, valida el contexto violento, o incluso se culpabiliza a sí mismo, ya que esto le evita enfrentamientos.

Teniendo en cuenta el vacío científico que existe al respecto, así como el impacto internacional del Covid Persistente, el objetivo de la presente investigación es visualizar la existencia de violencia simbólica en los entornos próximos a las personas afectadas por CP.

4. Método

Esta investigación se ha realizado analizando las declaraciones de personas enfermas de CP en publicaciones científicas que abordan aspectos psicosociales. A partir de estos textos, extraídos de los resultados de los artículos, se ha llevado a cabo un análisis desde la perspectiva de las diez dimensiones de violencia simbólica propuestas por Gimeno (2021).

Esta metodología pertenece a las referidas como metasíntesis cualitativa (Carrillo, *et al*., 2008) y nos permite ampliar y fortalecer las interpretaciones de las publicaciones existentes. Aunque en este caso las investigaciones seleccionadas no compartían el mismo objetivo de investigación, el análisis desde el punto de vista de la violencia simbólica consigue alcanzar mayores hallazgos de los que pretendían los autores y autoras (Jensen y Alien, 1996).

Para llevar a cabo la búsqueda de los artículos se han utilizado las plataformas con contenido científico de Web of Science (WOS), Scopus y Discovery utilizando los términos de "Long Covid", "Covid Persistente" y "interviews" y "Entrevistas" respectivamente. Teniendo en cuenta el calendario de la pandemia por COVID-19, los documentos son únicamente de los años entre 2020 y 2023.

En total se han encontrado 113 documentos en WOS, 335 en Scopus y 35 en Discovery. A partir de los 483 documentos obtenidos, se han llevado a cabo un cribado destinado a descartar los que no responden al objetivo de la investigación. Para ello, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- Que fueran artículos científicos y no otro tipo de documentos.
- Arbitrados por peer-review.
- De acceso abierto.
- Escritos en inglés o español.
- Que no fueran artículos de revisión para no duplicar información.
- Que no fueran fundamentalmente de contenido con cuestiones médicas y/o biológicas.
- Que tuvieran entrevistas a personas con CP y no solo a profesionales.
- Que no fueran artículos basados en entrevistas a personas fundamentalmente supervivientes después de hospitalización.
- Que el tema principal del artículo fuera el CP.
- Que el artículo no se centrara fundamentalmente en infancia y juventud.
- Que contuviera narraciones en primera persona y textuales de personas con CP.

En la tabla 1 se detallan los datos relativos a estos criterios de selección de los artículos en las diferentes plataformas y bases de datos empleadas para la investigación, especificándose las causas de exclusión de acuerdo con los criterios indicados.

Tabla 1. Criterios de selección de los artículos en las diferentes plataformas

	Web of Science (WOS)		Scopus		Discovery	
Causa de exclusión	Artículos excluidos	Artículos seleccionados	Artículos excluidos	Artículos seleccionados	Artículos excluidos	Artículos seleccionados
No son artículos	0	113	102	233	6	29
No peer-reviewed	0	113	0	233	5	24
No acceso abierto	13	100	88	145	7	17
Otros idiomas (no inglés o español)	0	100	0	145	1	16
Artículos de revisión	3	97	44	101	0	16
Solo contenido médico/biológico	54	43	52	49	4	12
Solo entrevistas a profesionales	2	41	0	49	0	12
Solo sobre supervivientes de Hospitalización o enfermedad aguda	9	30	6	43	2	10
El tema principal no era Long Covid	3	27	32	11	2	8
Solo contenido sobre infancia o jóvenes	1	26	6	5	0	8
No contiene relato textual de personas con CP	3	23	1	4	6	29

Fuente: Elaboración propia.

5. Resultados

Presentamos una selección de las narraciones literales extraídas de los artículos seleccionados agrupadas según las diez dimensiones que Gimeno (2021) propone para detectar situaciones de violencia simbólica.

Hay tres dimensiones que suman más de la mitad de los ejemplos de narrativas: el no-reconocimiento, la desatención institucionalizada y la condescendencia (21,4%); la imposición autorizada de veredictos ilegítimos (15,3%), y la eufemización (16,3%). Un segundo grupo de dimensiones tiene un 34,4% de las narrativas: la deslegitimación (10,2%), la desintegración (12,2%) y el aislamiento (12,2%). Finalmente, las dimensiones restantes obtienen entre un 2 y un 3% de ejemplos cada una.

En la tabla 2 se recogen algunos de los fragmentos identificados en los artículos científicos organizados por las diferentes dimensiones/categorías.

Tabla 2. Ejemplos de fragmentos de textos analizados

Dimensión / Categoría	Fragmento 1	Fragmento 2	Fragmento 3	Fragmento 4	Fragmento 5
	Si vas a hacerte una prueba, dices 'Espero que nada esté mal'. He llegado al punto en el que estoy pensando	Lo que me molesta en este momento es que no estoy en ningún plan o régimen. Entonces, no estoy tomando	Los médicos no tienen respuestas y dicen: '¡Solo espera y verás!'. (Pearson et al., 2022, p. 6)	Mi última interacción con mi médico de cabecera fue en junio. Le pregunté por mis pulmones y me dijo: '¿Qué	Pues sí, estoy enfadada, no solo con el sistema sanitario sino también con los profesionales porque les he dicho: “la

No-reconocimiento, la desatención institucionalizada y la condescendencia	'Espero que algo esté mal' porque en los últimos dos años me han hecho demasiadas pruebas y es como 'oh, todo es normal, tu corazón está bien'. … está bien, tengo todos estos síntomas que se ajustan a todo lo que sea, pero los resultados de las pruebas son normales, lo que se supone que es algo bueno, pero después de un par de años de eso y todavía me siento así… Es deprimente… al menos quiero algo que sea tratable. (O'Brien et al., 2023, p. 8)	ningún medicamento farmacológico. No estoy en ninguna rehabilitación física. Entonces, no estoy en ningún programa. Siento que estoy deambulando, solo estoy en el éter…Ha pasado un año de mi vida. No puedo seguir. (Burton et al., 2022, p. 5)		quieres que haga al respecto? Dígame usted. No tengo ni idea.' Me sentí muy despreciada y sentí que sé que los médicos de cabecera no quieren que los pacientes busquen cosas en Internet y vengan y digan que esto es lo que creo que está mal conmigo porque en el mundo normal eso definitivamente no es lo que quieres, pero eso es a lo que toda persona con COVID-19 ha sido conducida. (Ladds et al., 2021, p. 61)	situación os está estresando pero estamos enfermos y aislados en casa, y no estáis haciendo ni un carajo. ” La forma en que están actuando es una vergüenza. (Samper-Pardo et al., 2023, p.8)
Imposición autorizada de veredictos ilegítimos	Mi médico de cabecera volvió a llamar y me dijo 'bueno, probablemente sea ansiedad'. No parecía tener idea de qué podía ser. Me sentí engañado. Le dije que estoy preocupado, que hay artículos y medios de comunicación que he estado leyendo y quiero saber qué me está pasando, la gente está teniendo derrames cerebrales, coágulos de sangre. No he estado en el hospital, pero me preocupa que todavía tenga estos	Todos en mi casa, oigo que dicen: 'No te pasa nada, te ves bien, te ves bien'. 'Hombre, de ninguna manera hombre. No hay forma de que siga siendo COVID-19'. Me estaba mirando a mí mismo pensando, ¿me estoy molestando? (Bergmans et al., 2023, p. 11)	Los profesionales no te creen y te plantean otro problema para explicar los síntomas, o te dicen directamente que no saben lo que realmente es mejor para ti. Normalmente lo que hacen es tratarlo como un estado mental. (Samper-Pardo et al., 2023, p. 8)	Eso es lo que me ha parecido más duro últimamente porque me dieron de alta completamente sin mirarme y sin saber cómo estás realmente, a pesar de que has dado mil informes detallados, entonces eso te abruma porque si no puedes con vida diaria normal, ¿cómo vas a volver al trabajo? ... Piensan que estás bien y que puedes llevar la vida a la que estás acostumbrado, y por eso no te ayudan. (Samper-Pardo et al., 2023, p. 8)	Me dijeron que tenía que dejar que los síntomas aparecieran de forma natural o tomar paracetamol para mis dolores de cabeza.… relajarse ...no había nada más. (Baz et al., 2023, p.546)

	efectos. Él dijo 'oh, estarás bien, solo lo has tenido levemente'. (Ladds et al., 2020, p.7)				
Deslegitimación	Realmente no podía comprometerme ni siquiera con los planes sociales. había algunos días en los que tenía que cancelar en el último minuto porque simplemente no era un buen día, simplemente no hay mucha previsibilidad a pesar de que trato de rastrear todo y registrar todos los desencadenantes y síntomas y duraciones, todavía es difícil de predecir. (O'Brien et al., 2023, p.7)	Mucha gente no entiende el CP, así que cuando les explico que todavía no me siento bien 6 meses después, mucha gente ha dicho, 'creo que te estás preocupando demasiado'. (Burton et al., 2022, p. 6)	Es muy difícil vivir con esta discapacidad invisible porque la gente te mira y dice 'bueno, te ves genial'. Sí, pero estoy jodido por dentro. No puedo caminar alrededor de la manzana sin que me duela el pecho... '. (O'Brien et al., 2023, p.4)	Me han negado el acceso por estar demasiado mal para la clínica COVID, dicen que necesito una derivación respiratoria. Pero me negaron una derivación respiratoria porque estaba demasiado bien. […] Solo estoy sentado en el medio. (Day, 2022)	Cuando ves personas que no usan mascarilla, cuando ves personas que no hacen nada, es porque si son muy pasivos al respecto, "Oh, conozco a alguien que lo tenía, no es gran cosa" (Bergmans, R.S, 2023, p.11)
Desintegración	No estoy trabajando. No pude volver a trabajar y luego me despidieron. Yo... ni siquiera puedo imaginar cómo voy a encontrar un nuevo trabajo todavía. En la última semana, me pregunto porque mi niebla mental parece haberse disipado y parece posible finalmente, después de casi seis meses, que algún día pueda encontrar un nuevo trabajo. Pero mi vida no se parece en nada a lo que era y no es realmente la vida que quiero, ya sabes. (Ladds et al.,	Mi pareja ha desarrollado ansiedad y tuvo que tomar medicamentos. . .ha asumido mucha responsabilidad. (Chasco et al., 2022, p.8)	Cuando mis hijos quieren hacer actividades y esas cosas, es difícil para mí encontrar la energía, porque siento que gasto más de mi energía tratando de pasar el día en el trabajo. (Chasco et al., 2022, p.8)	Espero que mi familia no se canse de que yo esté cansado todo el tiempo... (Chasco et al., 2022, p. 8)	Siento que estoy perdiendo a mis amigos, y si bien ellos entienden que estoy enfermo, la falta de asistencia hace que inevitablemente te alejes. (Pearson et al., 2022, p. 4)

	2020, p. 6)				
Imposición del discurso	Estaba claro que hablar de COVID-19 durante mucho tiempo con otros fue un desafío. Algunos participantes expresaron temores de agobiar a sus seres queridos. Mi hija me pregunta: ¿estás bien? ¡Y yo diría que no! pero simplemente comenzaba a llorar. Y fue entonces cuando pensé no puedo seguir poniendo todo sobre ella. (Day, 2022)	Entonces, siento que probablemente no se aplique a mí, porque siento que mis síntomas, o lo que me quede, no es tan grave como lo que otras personas están pasando. (Cooper et al., 2023, p.9)	Todos en mi casa, siento que dicen: "No te pasa nada, te ves bien, te ves bien". Es como, me estaba mirando a mí mismo como, "¿Solo estoy molestando?" Entonces, actúo normal y es como, "No, no eres tú mismo" (Bergmans, R.S, 2023, p. 11)		
Eufemización	Hago las cosas físicas que cuidan mi salud mental. Así que salir y tomar un poco de aire fresco cuida mi salud mental y, al hacerlo, ayuda con los otros síntomas, si eso tiene sentido. Así que me enfoco mucho en eso. Así que en un día soleado saldré, porque los cielos azules me hacen mucho bien. (Humphreys et al., 2021, p. 5)	Todavía estoy aquí, estoy vivo y respirando. No voy a dejar que esto me consuma al 100% como algunas personas. (Bergmans et alt., 2023, p.10)	Empecé a aprender la técnica de libertad de tapping, y eso me ayudó y mejoró mi salud. (Aghaei et al., 2022, p.4)	Intento simplemente ser la mejor versión de mí mismo. . . ser la mejor mamá, ser la mejor esposa. (Aghaei et al., 2022, p.4)	Aunque los síntomas desaparecerán solos, es bueno fortalecerse con ejercicio físico, comer alimentos frescos y mantener la higiene personal. (Bogale et alt., 2023, p.5)
Silenciamiento e invisibilización	Bueno, en los primeros días, recibía correos electrónicos y esas cosas y luego simplemente se desvanecía. Es mi culpa porque podría telefonear y chatear con la gente, pero siento que es un poco aburrido. ¿Cómo estás?	No quiero mostrar eso cuando estoy cerca de otras personas debido a sus reacciones, así que trato de actuar como si me sintiera bien, aunque me quede sin aliento y me sienta absolutamente mal. (Aghaei et al., 2022, p.6)	Estoy ansioso, no sé qué está pasando.… Donde quiera que vaya, hagan lo que hagan, dicen que todo está bien. Mi radiografía de tórax está bien… Así que nadie lo sabe. no lo han diagnosticado. (Chao Fang, 2022 p.546)		

	les dices como estas… ¿Cómo está tu corazón? Dígales, entonces, prefiero no insistir en eso. Y ya no tengo nada más que hablarles. (Burton et al., 2022, p. 4)				
Aislamiento	Mis hermanos bromean constantemente conmigo acerca de no poder oler o saborear y me río, pero a veces solo quiero ahogarlos... Es un desafío reírse continuamente, pero pienso en esto, esto va a durar seis, siete meses, y cómo te sentirías si no pudieras oler o saborear las cosas correctamente en meses... Creo que, si rompo en llanto, me dejarán en paz. (Bergmans et al., 2023, p.11)	Pero cuando ves un gran volumen de otras personas reportando el mismo tipo de síntomas, […] se refuerza, y piensas bien en realidad, esto no es algo que me acabo de inventar, […] No estoy siendo hipocondríaco o, perdiendo la cabeza. (Day, 2022)	Mi hija, por ejemplo, no cree en el COVID-19 y mis amigos no están vacunados y no creen en él. Les digo que tengo mucho COVID-19 pero me dicen que estoy inventando cosas en mi cabeza, y eso te hace sentir solo. (Samper-Pardo et al. 2023, p.7)	¿Qué le dirías a la gente que dice 'Oh, sí, también he estado cansado, no te preocupes, ¿yo también olvido cosas'? (Pearson et al., 2022, p.4)	Creo que el estigma que era, me refería a estar deprimido y tener cualquier condición mental. Creo que la gente está juzgando por eso. He visto a gente hacer eso. Sobre todo, en mi círculo de amigos. (Burton et al., 2022, p. 6)
Incomunicación	'Tengo un muy buen amigo mío que parece estar atrapado en los grupos de teóricos de la conspiración. Está pensando que esto no es tan malo como dice la gente. Literalmente me invitaba a su casa casi todas las semanas. Le dije: "Solo voy a ser franco contigo y te diré, por favor, no me invites porque no vendré hasta que esto termine. Estoy tratando de salvar mi vida"	Ya no puedo lidiar con los problemas de otras personas porque ahora soy casi demasiado empático. (Aghaei et al., 2022, p.6)	No sé qué hacer ni a dónde ir, a quién preguntar y nada es de fácil acceso. lleva una eternidad…Estoy realmente harto de esto…es realmente inútil. (Chao Fang, 2022 p.546)	Además, mis vecinos me saludan a lo lejos [No están contentos de hablar conmigo]. Incluso otros no son voluntarios para saludar [perciben que se les va a transmitir el virus]. Me aíslan de los eventos sociales. Pensé en suicidarme. (Bogale et al., 2023, p. 6)	Me alejo de las cosas, perdí muchos amigos, porque simplemente no podía lidiar con estos síntomas. Tuve que dar un paso atrás. (Aghaei et al., 2022, p. 6)

	(Bergmans, R.S, 2023, p.10)				
Auto-culpabilización	Los participantes se asociaron más probablemente el aislamiento a sus propios cambios de comportamiento que a los de los demás, o a sus propias percepciones de que los demás no se adaptarían a sus interacciones. Los participantes con frecuencia asociaron sentimientos de culpa y vergüenza (p. ej., ser "un mal amigo"). (Chasco., 2022, p.9)	Solo estoy haciendo lo que tengo que hacer y luego descanso. Necesito volver a la rutina. No sé si el confinamiento arruinó esa rutina, y solo necesito volver a la rutina, solo necesito ponerme en movimiento de nuevo. (Cooper et al., 2023, p. 8)	Si, si, bueno, tengo dolores de cabeza constantes, eso es verdad, pero no sé si es por el COVID-19 o solo porque estoy estresada, es psicológico. (Cooper et al., 2023, p. 8)	Comencé a cuestionar… ¿Estoy loco? ¿Realmente no lo estoy? D.Russell et al. (2022, p. 5)	

Fuente: Elaboración propia.

5.1. No-reconocimiento, la desatención institucionalizada y la condescendencia

En esta dimensión, que recoge la mayor parte de los ejemplos seleccionados, aparecen principalmente comentarios relacionados con la atención médica, con la dificultad de hablar con el médico de cabecera y con la frustración que genera la falta de información para reconocer la enfermedad. Aparecen actitudes condescendientes que minimizan el sufrimiento y hablan desde una pretendida autoridad que no está fundamentada.

5.2. Imposición autorizada de veredictos ilegítimos

Esta dimensión ofrece muchos testimonios de personas a las que los médicos, ante la incertidumbre, diagnosticaban ansiedad o minimizaban los síntomas recetando analgésicos, recomendando reposo o dejar pasar el tiempo. Los profesionales sanitarios no siempre saben reconocer los límites de su conocimiento ante una situación novedosa y, ante esta circunstancia, optan por dar una explicación, aunque no esté completamente justificada. Además, las personas enfermas no se sienten escuchadas teniendo en cuenta las respuestas que reciben.

5.3. Deslegitimación

Alrededor de esta dimensión encontramos narrativas que ponen de manifiesto la incomprensión sobre la CP por parte de las personas sanas y también por parte de las instituciones. El hecho de que sea una enfermedad invisible provoca que el entorno próximo de las personas con CP se acabe olvidando de que estas necesitan otro ritmo y algunas consideraciones específicas. Aunque en algún momento se tenga en cuenta esta diversidad se acaba restituyendo el ritmo social normativo.

5.4. Desintegración

Los ejemplos de testimonios de esta dimensión ponen de manifiesto cómo los efectos de la CP pueden llegar a estropear, incluso a romper, vínculos familiares, de amistad y laborales debido a la imposibilidad por parte del enfermo para poder seguir el ritmo de la sociedad. Las personas afectadas muestran preocupación y miedo por la repercusión que puede conllevar este aspecto derivado de la violencia simbólica.

5.5. Imposición del discurso

En algunos casos los afectados deciden reducir la importancia de su relato sobre la enfermedad con la intención de no incomodar o preocupar a los demás. Por otro lado, otras personas dejan de compartir sus malestares porque se sienten aclaparadas por la incomodidad que muestra su entorno. Esto provoca que acaba imponiéndose el discurso del entorno de la persona afianzando así la invisibilización de la enfermedad.

5.6. Eufemización

Esta es la segunda dimensión en cuanto a número de ejemplos recogidos. Vemos en ella como los enfermos afrontan la enfermedad con actuaciones personales, en la intimidad y, en ocasiones, silenciado o ocultando la realidad. Se da un desplazamiento del foco de atención hacia otros aspectos de la vida quitando importancia al sufrimiento propio. Este discurso es más cómodo para las personas del entorno.

5.7. Silenciamiento e invisibilización

Un paso más en el proceso de vivir con CP lo vemos en esta dimensión, en la que los afectados deciden no compartir su situación para evitar la estigmatización y la confrontación de discursos ante la falta de "demostración científica" de la existencia de la enfermedad. Este es un silencio autoimpuesto, delante de la situación, que lleva a las personas afectadas a actuar con cierta normalidad para reducir por completo la incomodidad en las relaciones sociales.

5.8. Aislamiento

En esta dimensión encontramos testimonios en los que se aprecia como los enfermos se sienten juzgados y necesitan justificar sus vivencias, lo que los lleva a una situación de aislamiento que no es solamente desde un punto de vista físico sino también epistémico. A la persona enferma no se le da credibilidad y se sustituye su experiencia por las valoraciones de las personas del entorno. La persona afectada responde con el aislamiento para evitar toda posibilidad de interacción.

5.9. Incomunicación

Más allá del aislamiento aparece la soledad, el rechazo social y, por tanto, la ausencia de reconocimiento. Como consecuencia del estrés emocional que todas las fases anteriores suponen, las personas optan por aislarse completamente llegando a la incomunicación.

5.10. Autoculpabilización

En algunos casos se llega a asumir de tal manera determinado relato social sobre el CP que la persona enferma acaba pensando que tiene parte de culpa en todo lo que le

pasa. Las personas enfermas expresan la necesidad de volver, a ser posible, a la rutina normalizada donde no sale a la luz los inconvenientes derivados de la enfermedad.

6. Discusión y conclusiones

Aunque ninguna de las investigaciones cualitativas llevadas a cabo hasta el momento ponía atención en el concepto de violencia simbólica, las diferentes dimensiones que la constituyen se ven reflejadas claramente en las explicaciones literales de los artículos científicos.

Las narrativas ejemplifican que hay una relación de poder simbólica entre el sistema sanitario y los pacientes tal y como describe Gimeno (2021). Cuando quien se supone que tiene la sabiduría y las herramientas para sanar no sabe cómo hacerlo esta relación asimétrica se sustenta por el poder que, tal y como se muestra en los resultados, se convierte en violencia simbólica.

La vivencia de cada una de las dimensiones de la violencia simbólica por separado, en una experiencia individual y sobre la que no hay precedentes, provoca situaciones de indefensión en las que la persona enferma no tiene elementos para interpretar correctamente lo que le está pasando (Ortega-Martín y Alvarez-Gálvez, 2025). La investigación aporta una dimensión global que puede desvelar a las personas con CP que aquello que les está sucediendo no es una cuestión individual. Esta evidencia puede suponer cierto impacto social de la investigación realizada.

Se han encontrado textos en los que queda patente cómo la enfermedad de CP supone para las personas enfermas situaciones continuas donde tienen que justificarse (Ireson *et al*., 2022). Estos momentos se repiten en el tiempo, pero también en espacios que se suponen de seguridad como los entornos de salud o de personas allegadas.

El mundo de los afectos y de las relaciones interpersonales puede verse afectado por un proceso de enfermedad. En el caso de la CP, la fatiga y la imposibilidad de seguir el ritmo del mundo lleva a la persona enferma a tener que modificar, o romper, lazos afectivos, relaciones de amistad e incluso relaciones laborales. Es la manera más clara de evidenciar la propia vulnerabilidad.

Pese a ello, las relaciones asimétricas con los profesionales de la salud, de las que los pacientes no son conscientes, pueden deslegitimar los discursos de las personas enfermas o no dar especial importancia, por ejemplo, a las dificultades para llevar a cabo las actividades sociales (Bourdieu y Wacquant, 1995).

Cualquier enfermedad afecta numerosos aspectos intangibles de la persona. En el caso de la CP, la presencia de estos elementos intangibles genera una situación de doble invisibilidad. Además de los aspectos relacionados con la interioridad de la persona que se ven afectados por la falta de salud, se suma la ausencia de marcadores biomédicos, lo que a menudo conduce a diagnósticos ilegítimos y, en muchas ocasiones, a la sospecha injustificada de problemas de salud mental en quienes presentan síntomas similares a los de la CP (Samper-Pardo *et al*., 2023).

La enfermedad afecta a la capacidad de decisión y al ejercicio de la libertad. En el caso de la CP hemos visto cuantas decisiones han tenido que ser cambiadas y cuanta alteración del proyecto personal han sufrido las personas enfermas. Desde este punto de vista, la enfermedad supone un cambio en la vida de la persona que no se limita al cuerpo, sino que afecta también a todo su ser incluyendo la interioridad y el sentido vital.

Si la violencia simbólica se está dando en entornos asimétricos va a ser necesario fortalecer redes y espacios en los que no se den. De ahí la importancia que ha tenido la formación de colectivos de personas afectadas en los que se han podido producir relaciones simétricas que han llegado a definir y poner nombre a su propia afectación

(Callard y Perego, 2001).

Pese a la existencia de organizaciones para personas con CP, las entrevistas aún revelan numerosas dificultades para romper la asimetría en muchos entornos donde se subestima y se ignora el relato de estas personas, creando así una situación de injusticia epistémica. Este fenómeno también conduce a relaciones de condescendencia, evidenciadas en las entrevistas, que reflejan la incapacidad de muchos profesionales sanitarios para comprender adecuadamente a los enfermos, lo que resulta en una desatención institucionalizada. Todo esto contribuye a generar situaciones de injusticia hermenéutica en torno a las personas enfermas (Fricker, 2017).

La desacreditación continua del contexto puede llevar a las personas enfermas a experimentar una imposición del discurso del grupo dominante de forma que duden sobre sus propias experiencias si es que no tienen la oportunidad de encontrar entornos simétricos. De ahí la conveniencia no tener en cuenta únicamente el estado de salud biológico sino también el impacto social y psicológico que pueda tener (Busquets *et al*., 2024).

Las instituciones sanitarias y políticas deben implementar mecanismos de prevención de la violencia simbólica, considerando el impacto social y psicológico que tiene en las personas. Esto es especialmente importante en el contexto del CP, donde los propios enfermos han desempeñado un importante papel en la detección del fenómeno y en la generación de conocimiento sobre el mismo (Callard y Perego, 2001).

Las narrativas de las publicaciones confirman que las diez dimensiones de la violencia simbólica siguen un orden secuencial. Las personas que sufren de CP pueden llegar a las etapas finales de este proceso, experimentando aislamiento, incomunicación y autoculpabilización por no poder adaptarse al ritmo impuesto por la sociedad. En este contexto, el hecho de que las últimas dimensiones presenten menos ejemplos narrativos sugiere que la reciente aparición del CP ha limitado el tiempo para que las personas compartan experiencias significativas relacionadas con estas dimensiones.

Dado que estas fases finales tienen un impacto significativamente más negativo, la evidencia de la investigación nos alerta sobre la necesidad de establecer mecanismos de prevención que impidan que los afectados lleguen a estas etapas críticas. Por ello, es fundamental proporcionar formación específica a los profesionales que faciliten la comprensión del CP y eviten prácticas de violencia simbólica, y activar propuestas políticas en salud pública orientadas a evitar que las personas enfermas alcancen estas fases finales del proceso, ya que esto puede resultar en graves consecuencias psicosociales, como discriminación, autoculpabilización y aislamiento social (Busquets *et al*., 2024).

Para finalizar las conclusiones, destacamos que el propio proceso de investigación y de análisis de relatos en primera persona ha conllevado, por parte de los investigadores, un aumento de la empatía hacia las personas con CP, así como un incremento del compromiso social, a través de la investigación, con las personas que viven una situación de enfermedad crónica, tal y como apunta Masana (2013) en su recomendación de diálogo entre la antropología, el sistema de salud y las narraciones en primera persona. Además, este efecto es especialmente destacable teniendo en cuenta que uno de los dos investigadores es una persona afectada por CP que a lo largo de estos años ha compartido su vivencia personal con el otro autor de este trabajo.

7. Bibliografía

Aghaei, A., Aggarwal, A., Zhang, R., Li, X., & Qiao, S. (2022). Resilience resources and coping strategies of COVID-19 female long haulers: A qualitative study. *Frontiers in Public Health, 10*, 970378. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.970378

Antón Hurtado, F. (2018). Antropología del sufrimiento social. *Antropología Experimental, 17*. https://doi.org/10.17561/rae.v0i17.3777

Baz, S., Fang, C., Carpentieri, J. D., & Sheard, L. (2023). 'I don't know what to do or where to go'. Experiences of accessing healthcare support from the perspectives of people living with Long Covid and healthcare professionals: A qualitative study in Bradford, UK. *Health Expectations, 26*, 542-554. https://doi.org/10.1111/hex.13687

Bergmans, R. S., Chambers-Peeple, K., Yu, C., Xiao, L. Z., Wegryn-Jones, R., Martin, A., Dell'imperio, S., Aboul-Hassan, D., Williams, D. A., Clauw, D. J., & Dejonckheere, M. (2023). 'I'm still here, I'm alive and breathing': The experience of Black Americans with long COVID. *Journal of Clinical Nursing*. https://doi.org/10.1111/jocn.16733

Bogale, K. A., Zeru, T., Tarkegn, M., Balew, M., Worku, M., & Asrat, A., et al. (2023). Awareness and care seeking for long COVID symptoms among Coronavirus disease survivors in Bahir Dar City, Northwest Ethiopia: A phenomenological study. *BMC Public Health, 23*(1), 941. https://doi.org/10.1186/s12889-023-15889-0

Bourdieu, P., & Wacquant, L. (1995). *Respuestas. Por una antropología reflexiva*. México DF: Grijalbo.

Bourdieu, P. (2001). *Langage et pouvoir symbolique*. París: Seuil.

Bourdieu, P. (1999). *Meditaciones pascalianas*. Barcelona: Anagrama.

Burton, A., Aughterson, H., Fancourt, D., & Philip, K. (2022). Factors shaping the mental health and well-being of people experiencing persistent COVID-19 symptoms or 'long COVID': Qualitative study. *BJPsych Open, 8*(2). https://doi.org/10.1192/bjo.2022.38

Busquets, A., Martín, E., Martínez-Rivera, O., Soler, S. & Torrell, G. (2024). Guía de práctica clínica para la atención a personas con COVID Persistente. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 31, 9-61. https://doi.org/10.1016/j.fmc.2023.06.001

Callard, F., & Perego, E. (2021). How and why patients made Long Covid. *Social Science & Medicine, 268*, 113426. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113426

Carel, H., & Kidd, I. J. (2014). Epistemic injustice in healthcare: A philosophical analysis. *Medicine, Health Care and Philosophy, 17*(4), 529-540. https://doi.org/10.1007/s11019-014-9560-2

Carrillo González, G., Gómez Ramírez, O. J., & Vargas Rosero, E. (2008). Metodologías en metasíntesis. *Ciencia y enfermería, 14*(2), 13-19. https://doi.org/10.4067/S0717-95532008000200003

Carruthers, B. M., Van De Sande, M. I., De Meirleir, K. L., Klimas, N. G., Broderick, G., Mitchell, T., et al. (2011). Myalgic encephalomyelitis: International consensus criteria. *Journal of Internal Medicine, 270*(4), 327-338. https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2011.02428.x

Chasco, E. E., Dukes, K., Jones, D., Comellas, A. P., Hoffman, R. M., & Garg, A. (2022). Brain fog and fatigue following COVID-19 infection: An exploratory study of patient experiences of long COVID. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*, 15499. https://doi.org/10.3390/ijerph192315499

Cooper, E., Lound, A., Atchison, C. J., Whitaker, M., Eccles, C., Cooke, G. S., et al. (2023). Awareness and perceptions of Long COVID among people in the REACT programme: Early insights from a pilot interview study. *PLOS ONE, 18*(1). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280943

Couzin-Frankel, J. (2022). Clues to Long Covid. Scientists strive to unravel what is driving disabling symptoms. *Science, 376*(6599).

https://www.science.org/content/article/what-causes-long-covid-three-leading-theories

Davis, H., Assaf, G., McCorkell, L., Wei, H., Low, R. J., Reem, Y., et al. (2021). Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact. *EClinicalMedicine, 38*, 101019. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101019

Day, H. L. S. (2022). Exploring online peer support groups for adults experiencing long COVID in the United Kingdom: Qualitative interview study. *Journal of Medical Internet Research, 24*(5). https://doi.org/10.2196/37674

De Los Ríos Uriarte, M. E., Domínguez, D. C., Gonzáles, J. A. H., & Vélez, I. A. R. (2022). Fundamentos antropológicos y éticos de la relación médico-paciente y su dinámica durante la pandemia por COVID-19. *Revista Bioética, 22*(1). http://www.cbioetica.org/revista/221/1723.pdf

Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford: Oxford University Press.

Gimeno, X. (2021). The circuit of symbolic violence in chronic fatigue syndrome (CFS)/myalgic encephalomyelitis (ME) (I): A preliminary study. *Health Care for Women International, 43*(1-3), 5-41. https://doi.org/10.1080/07399332.2021.1925900

Guerrero, E. P., Maruri, M. S., Sabando, E. G., & Arteaga, J. L. (2023). Adaptación del paciente post COVID al ambiente socio-laboral. *RECIAMUC, 7*(1), 250-256. https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.(1).enero.2023.250-256

He, J., Guo, Y., Mao, R., & Zhang, J. (2021). Proportion of asymptomatic coronavirus disease 2019: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Virology, 93*(2), 820-830. https://doi.org/10.1002/jmv.26326

Humphreys, H., Kilby, L., Kudiersky, N., et al. (2021). Long COVID and the role of physical activity: A qualitative study. *BMJ Open, 11*, e047632. http://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047632

Ireson, J., Taylor, A., Richardson, E., Greenfield, B., & Jones, G. (2022). Exploring invisibility and epistemic injustice in Long Covid: A citizen science qualitative analysis of patient stories from an online Covid community. *Health Expectations, 25*(4), 1753-1765. https://doi.org/10.1111/hex.13518

Jensen, L. A., & Allen, M. N. (1996). Meta-synthesis of qualitative findings. *Qualitative Health Research, 6*(4), 553-560.

Ladds, E., Rushforth, A., Wieringa, S., Taylor, S., Rayner, C., Husain, L., & Greenhalgh, T. (2021). Developing services for long COVID: Lessons from a study of wounded healers. *Clinical Medicine, 21*(1), 59-65. http://doi.org/10.7861/clinmed.2020-0962

Ladds, E., Rushforth, A., Wieringa, S., et al. (2020). Persistent symptoms after Covid-19: Qualitative study of 114 "long Covid" patients and draft quality principles for services. *BMC Health Services Research, 20*, 1144. https://doi.org/10.1186/s12913-020-06001-y

León Herrera, S., Samper-Pardo, M., & Asensio-Martínez, A. (2023). Situación laboral en personas con Long-COVID: Análisis de factores sociodemográficos y clínicos asociados. *Acciones Investigativas Sociales, 44*. https://doi.org/10.26754/ojs/accinvest

Lesley, M. A., Bennett, R. M., Crofford, L. J., Dean, L. E., Clauw, D. J., Goldenberg, D. L., et al. (2019). AAPT diagnostic criteria for fibromyalgia. *The Journal of Pain, 20*(6), 611-628. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.10.008

Lledó, G., Sellarés, J., Brotons, C., Sans, M., Díez, J., Blanco, J., et al. (2021). Post-Acute COVID Syndrome (PACS): Definition, impact and management. Barcelona: Institut de Salut Global. http://hdl.handle.net/2445/178471

Long, E., Patterson, S., Maxwell, K., Blake, C., Bosó Pérez, R., Lewis, R., McCann, M., Riddell, J., Skivington, K., Wilson-Lowe, R., & Mitchell, K. R. (2022). COVID-19 pandemic and its impact on social relationships and health. *Journal of Epidemiology & Community Health*.

López-León, S., Wegman-Ostrosky, T., Perelman, C., et al. (2021). More than 50 long-term effects of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports, 11*, 16144. https://doi.org/10.1038/s41598-021-95565-8

Masana, L. (2013). Entre médicos y antropólogos. En A. Martínez, M. Di Giacomo, & L. Masana (Eds.), *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria: una perspectiva antropológica* (pp. 223-263). Tarragona: Publicacions URV.

Morales, S., & Crespo, D. (2022). Comunicación entre personas afectadas por COVID-19 persistente con muy buenos resultados en la visibilidad de la nueva enfermedad. *Revista de Ciencias de la Comunicación e Información, 27*, 52-66.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2024). *Long-term health effects of COVID-19: Disability and function following SARS-CoV-2 infection*. Washington, DC: National Academies Press.

O'Brien, K. K., Brown, D. A., McDuff, K., et al. (2023). Conceptualising the episodic nature of disability among adults living with Long COVID: A qualitative study. *BMJ Global Health, 8*. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-011276

OMS (2023). Enfermedad por coronavirus (COVID-19): Afección posterior a la COVID-19. Centro de prensa. https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-(covid-19)-post-covid-19-condition

OMS (2024). *Weekly epidemiological update on COVID-19*, 17 June 2024. https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports

Ortega-Martin, E., & Alvarez-Galvez, J. (2025). Living With Long COVID: Everyday Experiences, Health Information Barriers and Patients' Quality of Life. *Health Expectations*, 28(3), e70290. https://doi.org/10.1111/hex.70290

Pearson, M., Singh, P., Bartel, H., Crawford, P., & Allsopp, G. (2022). Creative Long Covid: A qualitative exploration of the experience of Long Covid through the medium of creative narratives. *Health Expectations, 25*, 2950-2959. https://doi.org/10.1111/hex.13602

Rodríguez, P., Armenteros, L., Rodríguez, E., & Gómez, F. (2021). Descripción de los 201 síntomas de la afectación multiorgánica producida en los pacientes afectados por la COVID-19 persistente. *Sociedad Española de Medicina General y de Familia*. https://doi.org/10.24038/mgyf.2021.016

Samper-Pardo, M., Oliván-Blázquez, B., Magallón-Botaya, R., et al. (2023). The emotional well-being of Long COVID patients in relation to their symptoms, social support, and stigmatization in social and health services: A qualitative study. *BMC Psychiatry, 23*, 68. https://doi.org/10.1186/s12888-022-04497-8

Scholz, U., Bierbauer, W., & Lüscher, J. (2023). Social stigma, mental health, stress, and health-related quality of life in people with Long COVID. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(5), 3927. https://doi.org/10.3390/ijerph20053927

Soriano, J. B., Murthy, S., Marshall, J. C., Relan, P., Diaz, J. V., & WHO Clinical Case Definition Working Group on Post-COVID-19 Condition. (2022). A clinical case definition of post-COVID-19 condition by a Delphi consensus. *The Lancet Infectious Diseases, 22*(4). https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00703-9

Sykes, D. L., Holdsworth, L., Jawad, N., Gunasekera, P., Morice, A. H., & Crooks, M. G. (2021). Post-COVID-19 symptom burden: What is long-COVID and how should we manage it? *Lung, 199*, 113-119. https://doi.org/10.1007/s00408-021-00423-z

Taylor, T. L., & Velázquez, J. R. (2020). El cuerpo silenciado: Reflexiones en torno a la experiencia de personas con cáncer terminal y sus metáforas. *Corpo Grafías: Estudios Críticos de y desde los Cuerpos, 7*(7), 131-144. https://revistas.udistrital.edu.co/index.php/CORPO/article/view/16051

Torralba, F. (2010). Hacia una antropología de la vulnerabilidad. *Forma: Revista d'estudis comparatius. Art, literatura, pensament, 2*, 25-33. https://www.raco.cat/index.php/Forma/article/download/216306/287078

Wong, T. L., & Weitzer, D. J. (2021). Long COVID and myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS) - A systematic review and comparison of clinical presentation and symptomatology. *Medicina, 57*(5), 418. https://doi.org/10.3390/medicina57050418

8. Anexo

Tabla 3. Artículos seleccionados

Autoría	**Título artículo**	**Metodología** EI=Entrevistas Individuales GF=Grupo Focal	**Muestra Tamaño**	**Muestra Edad**	**Género**	**País**
Aghaei, A. *et al.*	Resilience resources and coping strategies of COVID-19 female long haulers: A qualitative study	EI	N=15	Entre 20 y más de 65 años. Mayoritariamente 36-65.	15 mujeres	EEUU
Aghaei, A. *et al.*	Social Life of Females with Persistent COVID-19 Symptoms: A Qualitative Study	EI	N=15	Entre 20 y más de 65 años. Mayoritariamente entre 36-65	15 mujeres	EEUU
Baz, SA. *et al.*	'I don't know what to do or where to go'. Experiences of accessing healthcare support from the perspectives of people living with Long Covid and healthcare professionals: A qualitative study in Bradford, UK	EI	N=40	Entre 18 y 69. Mayoritariamente 40-49	29 mujeres	UK
Bergmans, RS. *et al.*	Opportunities to Improve Long COVID Care: Implications from Semi-structured Interviews with Black Patients	EI	N=15	39 años de media	80% mujeres	EEUU
Bogale, KA. *et al.*	Awareness and care seeking for long COVID	EI	N=23	20 menores de 65 años	19 mujeres 43.5%	Etiopía

	symptoms among Coronavirus disease survivors in Bahir Dar City, Northwest Ethiopia: phenomenological study					
Burton, A. *et al.*	Factors shaping the mental health and well-being of people experiencing persistent COVID-19 symptoms or 'long COVID': qualitative study	EI	N=21	Entre 26-70 años. Media de 47 años	67% mujeres	UK
Chasco, EE. *et al.*	Brain Fog and Fatigue following COVID-19 Infection: An Exploratory Study of Patient Experiences of Long COVID	EI	N=15	Entre 40- 68. Media de 49.3	66.7% mujeres	EEUU
Cooper, E. *et al.*	Awareness and perceptions of Long COVID among people in the REACT programme: Early insights from a pilot interview study	EI	N=13	Edad media 31	6 mujeres	UK
Day, HLS	Exploring Online Peer Support Groups for Adults Experiencing Long COVID in the United Kingdom: Qualitative Interview Study	EI	N=11	Entre 20-59 años. Mayoritariamente 30-39 años.	8 mujeres	UK
Humphreys , H. *et al.*	Long COVID and the role of physical activity: a qualitative study	EI	N=18	Distribuída entre 18 y más de 65.	50% mujeres	UK
Ladds, E. *et al.*	Developing services for long COVID: lessons from a study of wounded healers	11 EI y 32 personas GF	N=43	Media de 40. Entre 32-58 años	81% mujeres	UK
Ladds, E. *et al.*	Persistent symptoms after Covid-19: qualitative study of 114 long Covid patients and draft quality principles for services	55 EI y 8 personas GF	N=114	Entre 27- 73 años	80 mujeres	UK
O'Brien, KK. *et al.*	Conceptualising the episodic nature of disability among adults living with Long COVID: a qualitative study	EI	N=40	Edad media 39	63% mujeres	Canadá, EEUU, UK, Irlanda.

O'Brien, KK. *et al.*	Long COVID and episodic disability: advancing the conceptualisation, measurement and knowledge of episodic disability among people living with Long COVID - protocol for a mixed-methods study	EI y métodos cuantitativos	Entrevistas N=40 Métodos cuantitativos N=680	Diversidad de edad y sexo	Diversidad de edad y sexo	Canadá, EEUU, UK, Irlanda.
Pearson, M. *et al.*	Creative Long Covid: A qualitative exploration of the experience of Long Covid through the medium of creative narratives	Escritura creativa	N=28	Adultos	Diversidad de edad y sexo	UK
Ramasawmy, M. *et al.*	STIMULATE-ICP-CAREINEQUAL (Symptoms, Trajectory, Inequalities and Management: Understanding Long-COVID to Address and Transform Existing Integrated Care Pathways) study protocol: Defining usual care and examining inequalities in Long Covid support	EI y GF	N=49/74	Adultos	Diversidad de edad y sexo	UK
Samper-Pardo, M. *et al.*	The emotional well-being of Long COVID patients in relation to their symptoms, social support and stigmatization in social and health services: a qualitative study	EI y GF	Entrevistas N=17 y grupos de discusión N=18	Entre 20 y más de 60 años. Mayoritariamente 41-60.	71.4% Mujeres	España
Santiago-Rodriguez, EI. *et al.*	Characterizing the COVID-19 Illness Experience to Inform the Study of Post-acute Sequelae and Recovery	EI	N=24	Edad media 49 años	37.5% mujeres	EEUU
Schaap, G. *et al.*	It Really Is an Elusive Illness-Post-COVID-19 Illness Perceptions and Recovery Strategies: A Thematic Analysis	EI	N=24	Edad media 61.8 años	7 mujeres	Paises Bajos
Schiavi, M. *et al.*	Like before, but not exactly: the	EI	N=56	Edad media: 62,8 años	39.9% Mujeres	Italia

	Qualy-REACT qualitative inquiry into the lived experience of long COVID					
Schmachtenberg, T. *et al.*	How do long COVID patients perceive their current life situation and occupational perspective? Results of a qualitative interview study in Germany	EI	N=25	Edad media 44.5 Entre 21 y 63 años.	18 mujeres	Alemania
Shelley, J. *et al.*	I Live a Kind of Shadow Life': Individual Experiences of COVID-19 Recovery and the Impact on Physical Activity Levels	EI	N=48	47 años de media	41 mujeres	UK y Dinamarca
Thomas-Purcell, K. *et al.*	Chronic Disease Self-Management of Post-Acute Sequelae of COVID-19 Among Older Adults: A Mixed-Methods Analysis	EI y métodos cuantitativos	N=19	Mayores de 40 años		EEUU

Fuente: Elaboración propia.

* * *

Oscar Martínez-Rivera (https://orcid.org/0000-0003-1256-8288) es doctor en Educación y Sociedad (Universidad de Barcelona) y profesor contratado doctor por la Facultad de Educación Social y Trabajo Social Pere Tarrés de la Universidad Ramon Llull. Actualmente investiga sobre temas relacionados con la diversidad humana y la discapacidad, así como el impacto psicosocial del covid persistente. También investiga sobre aspectos relacionados con la espiritualidad en entornos socioeducativos. Es miembro del grupo de investigación GIAS de la Universidad Ramon Llull.

Enric Benavent-Vallès (https://orcid.org/0000-0002-2812-1707) es doctor en Filosofía (Universidad Ramon Llull) y profesor contratado doctor por la Facultad de Educación Social y Trabajo Social Pere Tarrés de la Universidad Ramon Llull. Actualmente investiga sobre temas relacionados con la espiritualidad en entornos socioeducativos. Es miembro del grupo de investigación GIAS de la Universidad Ramon Llull.