

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA
MÁSTER EN ESTUDIOS DE GÉNERO**



**ANÁLISIS DEL IMPACTO DEL COVID PERSISTENTE SOBRE
LOS CUIDADOS EN LAS PAREJAS HETEROSEXUALES**

Por:

Sara Calatayud Vallejo

Tutora:

María Tebelia Huertas Bartolomé

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Madrid, 5 de septiembre de 2022

Índice

Resumen	3
1. Introducción	4
2. Justificación	5
3. Objetivos y metodología	6
3.1. Universo poblacional	6
3.2. Herramienta de recogida de información	6
3.3. Procedimiento	7
4. Marco teórico	8
4.1. Conceptualización del COVID persistente	8
4.1.1. <i>Discriminación institucional en la medicina</i>	10
4.2. Socialización y roles de género	12
4.2.1. <i>División sexual del trabajo</i>	13
4.2.2. <i>Trabajo doméstico</i>	14
4.2.3. <i>Cuidados</i>	16
5. Análisis de los resultados	17
5.1. Cuidados del hogar	17
5.1.1. <i>Realización de tareas domésticas</i>	17
5.2. Cuidado de personas dependientes	21
5.2.1. <i>Cuidado de hijos e hijas</i>	21
5.3. Cuidado que recibe de la pareja	22
5.3.1. <i>Sobreimplicación en la pareja</i>	22
5.3.2. <i>Cuidados sobre la pareja</i>	23
5.3.3. <i>Satisfacción</i>	25
5.4. Autocuidado y apoyos	26
5.4.1. <i>Cosas que han dejado de hacer desde que tiene COVID persistente</i>	26
5.4.2. <i>Preocupaciones</i>	31
5.4.3. <i>Apoyo social</i>	34
5.4.4. <i>Sentimientos</i>	36
5.5. Apoyos institucionales	38
5.5.1. <i>Apoyo médico de la Seguridad Social y privado</i>	38
5.5.2. <i>Apoyo de la asociación Long COVID Aragón</i>	41
6. Discusión	44
6.1. Reparto de tareas domésticas y del cuidado de menores.	44
6.2. ¿Quién cuida a quién?	45
6.3. Autoconcepto y estado emocional.	47
6.4. Apoyos recibidos desde la perspectiva social, médica y asociacional.	48
7. Conclusiones	50
8. Bibliografía	51
9. Anexos	58

Resumen:

Numerosas personas desde marzo 2020 tienen COVID persistente, una enfermedad invisible para la sociedad, para el Estado y para las instituciones médicas, que da lugar a una estigmatización en las personas enfermas. La presente investigación tiene como objetivo profundizar en cómo el COVID persistente ha afectado en el marco de las relaciones heterosexuales, en especial a la distribución de los cuidados. Para ello, se ha llevado a cabo una investigación de corte cualitativa en el territorio aragonés sobre la que se han podido extraer cinco bloques temáticos para analizar las diferencias de género. Nueve parejas heterosexuales se presentaron voluntarias a las que se les realizaron de manera separada 43 preguntas sobre los cuidados del hogar, los cuidados de personas dependientes, el cuidado que recibe de la pareja, el autocuidado y los apoyos institucionales. Los resultados desvelan que el COVID persistente afecta de manera diferente en la cotidianidad de hombres y mujeres, tanto en los cuidados, como en las preocupaciones, en el estado emocional o en el apoyo de distintos organismos que han percibido. Se hace necesaria una mirada feminista que tenga en cuenta determinados términos para la comprensión de este fenómeno, como la división sexual del trabajo o la socialización y los roles de género impuestos.

Palabras clave: cuidados, COVID persistente, pareja, apoyos

Abstract:

Several people have developed Long COVID since March 2020, an invisible illness for our society, for our States, and for the medical institutions, that stigmatizes of sick individuals. The main purpose of the study was to analyze the effect of Long Covid in the context of the heterosexual relationships, with special attention to the care distribution. For this purpose, it was carried out qualitative research within the Aragon territory which has led 5 thematic groups to study the gender difference. Nine heterosexual couples were voluntaries for answering in separately from each other 43 questions about home care, the care of dependent persons, self-care, and institutional support. The results show that Long COVID affects men and women in different ways referred to daily life. This includes care, concerns, emotional state and how they perceive the support of organizations. It's necessary to face this issue from feminist standpoint to take in account specific terms that provide an understanding about this phenomenon, such as the sexual division of labor or the socialization and imposed gender roles.

Key words: care, Long COVID, partner, supporting

1. Introducción

La aparición de la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) causada por el coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave de tipo 2 (SARS-CoV-2) ha sido un acontecimiento único en la historia mundial reciente, llegando a alcanzar más de 242 millones de personas infectadas alrededor del mundo con cerca de 5 millones de muertes asociadas (Hadj Hassine, 2022). Las cifras actuales en España son de más de 13 millones de casos confirmados de COVID-19 y más de 112 mil fallecidos (Actualización nº 629. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19) del 30 de agosto de 2022).

A lo largo del todo el tiempo transcurrido desde el primer brote surgido en China en diciembre de 2019 se ha intentado estudiar y valorar los impactos del COVID-19 sobre la salud, la atención médica, la economía, el mercado laboral, la cadena de suministro, el trabajo y la vida familiar de la pandemia en la sociedad actual (Venkatesh, 2020).

Teniendo en cuenta este marco de estudio, el COVID persistente presente en pacientes con síntomas asociados a esta enfermedad incluso después del transcurso del periodo clínico de recuperación (Raveendran, 2021), cobra un gran protagonismo ya que sus efectos potencialmente debilitantes en la vida de las personas pueden llegar a ser incapacitantes (Hereth, 2022).

La influencia del COVID persistente en la vida de las personas no solo se limita al análisis sobre la salud (Raveendran, 2021) o de los cambios en la productividad en el entorno laboral (Hereth, 2022), sino que, visto desde una perspectiva social, permite poner en relieve el efecto de esta enfermedad sobre los roles de género mantenidos en las sociedades occidentales cuyos cimientos vienen sustentados históricamente por una evidente estructura patriarcal.

El objetivo de este TFM es analizar cómo ha impactado el COVID persistente en la distribución de los cuidados en las parejas heterosexuales, para el cual se ha llevado a cabo una investigación cualitativa con 9 parejas. En primer lugar, se expondrá la metodología que se ha utilizado, cómo se ha obtenido la muestra, las herramientas de recogida de información y el procedimiento. Se continuará con una revisión bibliográfica del marco teórico sobre el que se sustenta la investigación. Seguidamente se realizará un análisis de los resultados obtenidos para posteriormente discutirlos.

2. Justificación

La presente investigación está dedicada a exponer cómo el COVID persistente ha afectado a hombres y mujeres en sus relaciones interpersonales, en sus autocuidados y en los apoyos que han recibido por diferentes organizaciones e instituciones.

Cuando, como sociedad, nos enfrentamos a nuevas enfermedades que pueden tener un carácter discapacitante, nuestra primera medida es abordar esa enfermedad desde el punto de vista clínico-sanitario. Al igual que con otras enfermedades, la mayor parte de la investigación sobre los pacientes que padecen COVID persistente se centran en curar, tratar o paliar los síntomas asociados a ésta. En este sentido, la mayoría de los estudios no ahondan en la problemática que supone vivir y convivir con este tipo de enfermedad. Si bien, durante el transcurso de los estudios clínicos se tiene en cuenta aspectos personales de los pacientes, las escalas utilizadas (EuroQol, escala visual analógica) suponen una aproximación a la verdadera calidad de vida de los individuos afectados por este síndrome, pero se quedan cortos si queremos tener el cuadro completo del impacto real del COVID persistente en la vida de las personas.

Partiendo de la invisibilidad de esta enfermedad, del escaso conocimiento que se tiene y del estigma que llevan auestas las personas que lo padecen se considera fundamental hacer un análisis de carácter cualitativo que permita explorar las experiencias personales y descubrir la cotidianidad desde un punto de vista sociológico.

Delimitar el objeto de estudio del presente TFM no ha sido una tarea sencilla, ya que la idea principal era analizar el impacto del COVID persistente en la distribución de los cuidados en las parejas heterosexuales. Sin embargo, hemos podido ir más allá de este primer acercamiento, gracias a que las personas entrevistadas me han permitido explorar sus creencias y entrar en su cotidianidad desde la cual he observado que el COVID persistente afecta de manera diferente a hombres y mujeres en los pensamientos, pasando por el autocuidado hasta el apoyo que han recibido.

Una de las motivaciones principales para la realización de este TFM es dar a conocer cómo actúa esta enfermedad en las familias en las que hay personas con COVID persistente y para aquellas para las que esta realidad quede lejana brindarles los conocimientos necesarios para que puedan tratar con empatía a las personas que la padecen.

3. Objetivos y metodología

El objetivo general de este TFM es analizar cómo ha impactado el COVID persistente en la distribución de cuidados en las parejas heterosexuales. Dentro de los objetivos específicos se pretende:

- contextualizar el objeto de estudio en la discriminación institucional que se ejerce contra las mujeres en la medicina
- observar cómo ha afectado el COVID persistente al autoconcepto y al estado emocional
- visibilizar los distintos tipos de apoyo que han recibido las personas enfermas y sus parejas.

3.1. Universo poblacional

El universo poblacional ha estado conformado por 9 parejas de diferentes zonas de carácter rural y urbano de la comunidad autónoma de Aragón, cuyas edades están comprendidas entre los 30 y los 60 años. Sobre las características del muestreo se trata de uno no probabilístico de carácter intencional. Para conocer los datos demográficos de la muestra se utilizó una ficha de datos en la que debían responder su edad, el nivel socioeconómico y educativo, el género, el lugar de residencia y la composición del hogar. Respecto al nivel socioeconómico el 45,45% se autodefinieron dentro del nivel medio y el 55,55% en un nivel medio alto. Todas las parejas entre sí se caracterizan por tener una composición homogénea, es decir, familias en las que tanto el hombre como la mujer pertenecen a la misma clase social. En lo referente al nivel educativo, un 17% de la muestra tiene estudios medios, un 11% ha completado estudios superiores y el resto, un 72% han conseguido licenciaturas o máster de carácter universitario. Por otro lado, las cuatro parejas que no tienen personas dependientes a su cargo no han contratado servicio doméstico, pero 4 de 5 parejas que sí tienen hijas e hijos habían recurrido y siguen recurriendo al trabajo doméstico externo. El principal motivo del primer grupo de personas para no contratar servicio doméstico es la falta de recursos económicos.

3.2. Herramienta de recogida de información

Para la recogida de datos e información se diseñó una entrevista de carácter cualitativo dividida en diferentes bloques temáticos. Las entrevistas estaban estructuradas de manera diferente en función de si la persona entrevistada tiene COVID persistente o es una persona cuidadora. De este modo, la entrevista para personas con

COVID persistente está conformada por 34 preguntas organizadas en cinco secciones diferentes: cuidados del hogar, cuidado de personas dependientes, cuidado que recibe de la pareja, autocuidado y apoyos y, apoyos institucionales. Por otro lado, las personas cuidadoras respondieron un total de 29 preguntas clasificadas en cuidados del hogar, cuidado de personas dependientes, cuidado que recibe de la pareja y finalmente autocuidado y apoyos. Se les informó a las personas voluntarias de esta investigación sobre la libertad de salirse fuera del guion de estas preguntas.

De los grupos temáticos cabe destacar las siguientes preguntas realizadas:

- Cuidados del hogar: ¿Cómo se distribuían las tareas de la casa antes del COVID persistente? ¿Cómo se las distribuyen ahora? ¿Ha contratado servicio doméstico desde que tiene COVID persistente?
- Cuidado de personas dependientes: ¿Cómo se organizaba con los cuidados de sus hijas antes del COVID persistente? ¿Y ahora? ¿Ha recurrido a otras personas (familiares, amistades o ha contratado a alguien) para que le ayuden a cuidar?
- Cuidado que recibe de la pareja: ¿Se sobreimplicaba en los problemas de su pareja antes de tener COVID persistente? ¿Y después? (Kunce y Shaver, 1994) ¿Ha sido consciente de los cuidados que ha necesitado su pareja? ¿Qué ha hecho para cuidarla y apoyarla? En general, ¿cómo de satisfecho estaba en su relación? ¿Y ahora?
- Autocuidado y apoyos: ¿Cómo se sintió al principio del COVID persistente? ¿Qué cosas le preocupan y antes no? ¿Qué cosas ha dejado de hacer? ¿En quién se apoya para enfrentar esta situación? ¿El apoyo que ha recibido, ha requerido de recursos económicos? ¿De qué manera está sobrellevando la situación? ¿Cómo te sientes con las personas de tu entorno respecto a esta situación? ¿Cómo se hacen cargo de la nueva situación?
- Apoyos institucionales: ¿Por qué está en la asociación de COVID persistente? ¿Qué le gustaría que la asociación hiciera por usted? ¿Ha tenido apoyo psicológico/médico/económico de alguna institución? ¿Qué opina de éste?

3.3. Procedimiento

Tras el diseño cualitativo de la entrevista se contactó a través de correo electrónico con la Asociación Long COVID Aragón, expresando en la comunicación el objetivo de la investigación con motivo para el Trabajo de Fin de Máster de Estudios de Género y su necesaria participación voluntaria. La junta de la asociación difundió el

mensaje recibido y fui contactada por un total de 9 parejas, de las cuales entrevisté a 3 parejas en las que el hombre tiene COVID persistente, 4 parejas en las que la mujer padece la enfermedad y en último lugar, 2 parejas en las que ambos tienen COVID persistente. Este trabajo se ha realizado de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD). Todas las personas participantes dieron su consentimiento por escrito (Anexo 1) para el uso de los datos personales proporcionados (Anexo 2), incluidas las declaraciones expuestas en el punto 5 (análisis de los resultados). Estos datos se rigen y se protegen de conformidad con dicha Ley.

4. Marco teórico

4.1. Conceptualización del COVID persistente

La enfermedad COVID-19 tiene su origen en la ciudad de Wuhan, China a principios de diciembre del 2019. Se localizaron multitud de casos de neumonía de procedencia desconocida cuya sintomatología tenía aspectos análogos al coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo y al síndrome respiratorio del Medio Oriente. El virus que desencadenó la enfermedad de la COVID-19 recibió el nombre de coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2) (Serrano et. al, 2020). Las investigaciones constatan que la transmisión del COVID-19 se puede dar a través de fómites o de aguas residuales, no obstante, hay medidas preventivas para el contagio como son llevar cubrebocas o mascarilla, el distanciamiento social, el lavado de manos, evitar los eventos masivos o trasladarnos a través de espacios públicos abiertos (Medina et. al, 2021).

Durante la infección por la COVID-19 los síntomas más comunes que se puede llegar a experimentar son tos, fiebre, cansancio y pérdida de gusto u olfato (OMS). Lo común de esta sintomatología es que aparezca a partir del quinto día pudiendo permanecer hasta 41 días después, siendo dos semanas la media (Wang et. al, 2020). Pasada esa fase entraríamos a una fase aguda de la COVID-19, donde los síntomas pueden llegar a perdurar hasta cuatro semanas (López et. al, 2022).

Si la fase aguda termina y los síntomas siguen manifestándose hablamos entonces de dos tipos de COVID-19 posagudo: las personas con secuelas pos-COVID-19 y las personas con COVID-19 persistente o Long COVID (CP/LC) (López et. al, 2022).

La terminología hoy en día todavía sigue en continua revisión, pero el Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y Cuidado (NICE) ha constatado la siguiente definición para el síndrome pos-COVID-19:

Signs and symptoms that develop during or after an infection consistent with COVID-19, continue for more than 12 weeks and are not explained by an alternative diagnosis. It usually presents with clusters of symptoms, often overlapping, which can fluctuate and change over time and can affect any system in the body. [Signos y síntomas que se desarrollan durante o después de una infección compatible con COVID-19, continúan durante más de 12 semanas y no se explican a través de otro diagnóstico alternativo. Por lo general, se presenta en grupos de síntomas, a menudo superpuestos, lo cuales pueden fluctuar y cambiar con el tiempo y pueden afectar cualquier sistema del cuerpo] (Shah et. al, 2021, p. 1).

Estas secuelas afectan en mayor medida a los varones mayores de 70 años con comorbilidades asociadas (Rodríguez, 2021).

Por otro lado, las personas que padecen Long COVID se caracterizan por la falta de recuperación al estado vital anterior y en quienes los síntomas persisten más allá de las 12 semanas. Un 80% de las personas afectadas son mujeres y la mitad de ellas tienen entre 36 y 50 años (Rodríguez et. al, 2021).

En diciembre del 2021 se llevó a cabo un estudio Delphi entre los pacientes, sus familiares, investigadores, personal médico, etc. para llegar a un consenso sobre qué nombre debe recibir esta afectación. Se llegó a la conclusión de nombrar este síndrome como post-COVID-19 y cuya definición se circunscribe en “individuos con una historia probable o confirmada por infección del SARS-CoV-2, normalmente 3 meses desde el comienzo de la COVID-19 con síntomas que duran como mínimo 2 meses y no pueden ser explicados a través de diagnósticos alternativos” (Soriano et. al, 2021, p. 102).

Aproximadamente, de aquellas personas que son contagiadas por la COVID-19, un 10% tiene pos-COVID-19 (Rubin, 2020), y la prevalencia es mayor en las mujeres: 4 de cada 5 son mujeres y la media de edad es 43,3 años (Rodríguez et. al, 2021). La sintomatología del COVID persistente se caracteriza por la astenia, por la incapacidad que provoca, por la pérdida de calidad de vida y por la fluctuación de los síntomas. Son 201 síntomas los que se han recogido de las distintas personas con COVID persistente, pero hay algunos que son más comunes: un 95,9% tiene astenia, un 86,5% cefalea, un 86,2% se encuentra bajo de ánimo, un 82,8% mialgias y un 79,3% disnea (Rodríguez et. al, 2021). La Sociedad Española de Médicos Generales y de Familias ha elaborado un informe donde expone todos estos síntomas en un mapa conceptual, organizados de modo que en la esquina superior izquierda están los que mayor afectación han tenido respecto a los que menos, situados en la esquina inferior derecha.

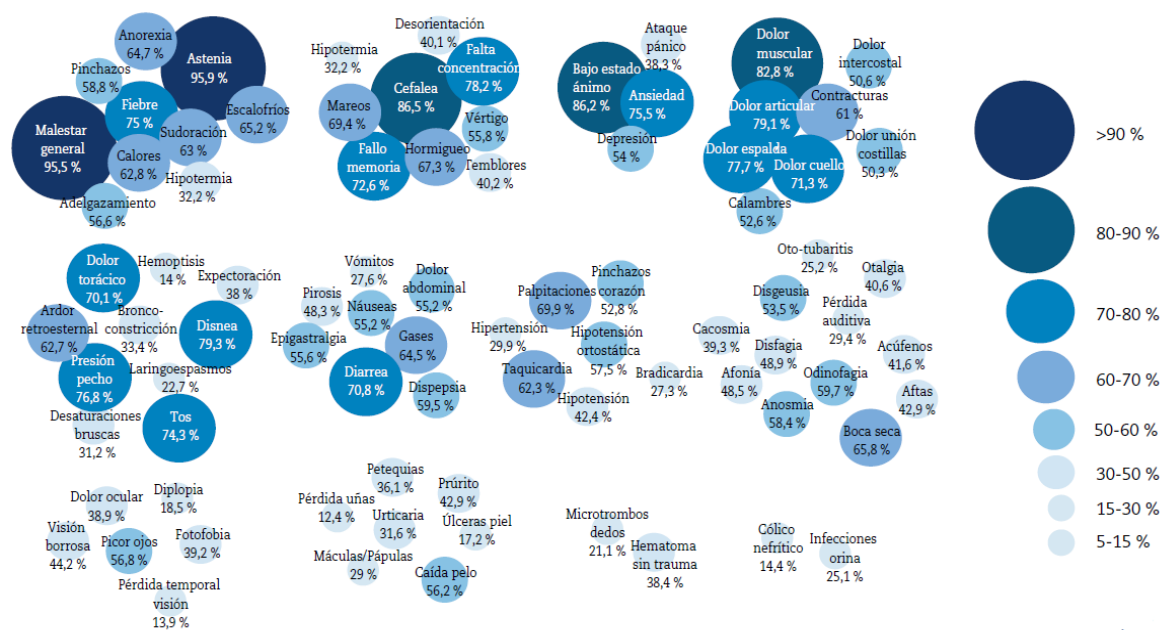


Tabla 1. Mapa de síntomas del COVID persistente. Elaboración de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

El proyecto CIBERPOSTCOVID ha presentado en una primera etapa una definición operativa que conjuga lo qué es la enfermedad y sus elementos clave. Este proyecto incorpora en su elaboración la realización y análisis de varios sub-estudios que tienen como base la participación de pacientes, familiares y profesionales de la salud. El consenso al que se llegó es que la gran mayoría de las personas desean tener como definición operativa la del COVID persistente que aúna las manifestaciones clínicas, síntomas y otras características presentes en la situación de las personas enfermas. No obstante, sigue teniendo deficiencias como la obligatoriedad de presentar una prueba PCR o serología positiva que en la primera ola por desconocimiento y por falta de recursos no se realizaron, por tanto, esas personas no estarían incluidas en esta definición (Serra-Sutton et. al, 2022).

4.1.1. Discriminación institucional en la medicina

Estadísticamente las mujeres tienen una mayor esperanza de vida que los hombres. A pesar de esta teórica ventaja, no se traduce en tener mejores años de vida ya que si bien la vida es más larga en las mujeres, también existe una mayor prevalencia de discapacidades, lo que significa en más años vividos con discapacidades por parte de las mujeres (Van Oyen et. al, 2013).

Para entender bien el abordaje de las diferencias entre salud y la atención médica entre hombres y mujeres, es necesario distinguir entre sexo y género, y el respectivo efecto de cada uno en la salud. Las diferencias basadas en el sexo están basadas en aspectos biológicos, mientras que el género está asociado con el comportamiento, el estilo de vida y la experiencia de la vida. Las típicas diferencias basadas en el género referidos a la salud incluyen diferencias en el uso de medidas preventivas, la prescripción de fármacos, remuneración de pólizas de seguros y la aceptación o rechazo de tratamientos quirúrgicos específicos, como la implantación de marcapasos o el trasplante de corazón (Regitz-Zagrosek, 2012).

Los determinantes sociales de la salud influyen de manera diferente en hombres y mujeres, siendo éstas últimas particularmente afectadas por factores socioeconómicos y psicosociales desfavorables (Roxo et. al, 2020). La evidencia científica de que ha existido un sesgo de género en contra de las mujeres implica que muchas de ellas hayan tenido y tienen menor probabilidad de recibir mejores diagnósticos e intervenciones terapéuticas más avanzadas que los recibidos por los hombres (Hamberg, 2008).

A pesar de que el género se enmarca en un contexto sociopolítico y cultural, se observa que al partir históricamente del masculino como estándar, se genera una desigualdad en la asistencia sanitaria referida al género, ya que la mujer se encuentra en una evidente desventaja al estar representada en un porcentaje mucho menor tanto en estudios, ensayos clínicos y en las guías que se utilizan para la práctica clínica (Jáuregui, 2019).

Entre las distintas patologías podemos destacar que las enfermedades cardíacas han sido y son un área en el que ha existido un sesgo en contra de las mujeres. En particular, en el campo de la cardiopatía isquémica, un estudio de 2017 revela que sigue habiendo desigualdad a la hora de la atención cardiovascular en función del género (Shaw et. al, 2017). Referida al área de la enfermedad de las arterias coronarias, es común que las mujeres no soliciten asistencia médica inmediata, así como que para ellas exista un mayor retraso en diagnosticar acertadamente la enfermedad y, por último, se las trata por debajo de los estándares óptimos si se compara con la contraparte masculina (Jáuregui, 2019).

La violencia obstétrica ejercida desde las instituciones sanitarias es una de las evidencias más sólidas sobre desigualdad entre géneros y muestra la inequidad de poder ejercida por los hombres sobre las mujeres. (El Parto es Nuestro. *Informe del Observatorio Español de la Violencia Obstétrica*, 2016).

España tiene un problema muy serio en el sistema sanitario al no respetar los derechos humanos en relación con violencia obstétrica (Mena-Tudela et. al, 2020). Como ejemplo reciente tenemos la condena de julio de 2022 del Comité de derechos de las mujeres de la ONU a España por ejercer violencia obstétrica (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos [OHCHR], 2022).

En relación con los efectos del COVID, a pesar de la mayor mortalidad en los hombres, las mujeres tienden a tener un mayor riesgo de presentar manifestaciones de COVID-19 a largo plazo (Ya'qoub et. al, 2021). La escala y la gravedad de las dificultades que experimentan las mujeres en medio de la pandemia pueden tener un impacto duradero en su salud física y mental (Qiao, 2020), lo que, a su vez, afecta el bienestar de la sociedad.

Además, hay que añadir el hecho de que las mujeres se encargan de la mayoría de las horas de cuidado, subraya aún más la necesidad de intervenciones para abordar los problemas de desigualdad de género y disparidad de salud que enfrentan las mujeres en medio de la COVID-19 (Su, 2022).

4.2. Socialización y roles de género

Para poder entender la socialización y los roles de género, es necesario aclarar en primer lugar qué es el género. Según Lamas (2000, p.3) es el “conjunto de prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales que surgen entre los integrantes de un grupo humano en función de una simbolización de la diferencia anatómica entre hombres y mujeres”.

Se entiende por estereotipo a aquellos conocimientos, juicios y creencias de un grupo social. Los estereotipos, lejos de la realidad, ponen en evidencia los diferentes roles que se desempeñan en la sociedad. Sobre los estereotipos de género cabe señalar que determinadas características han sido atribuidas diferentemente a mujeres y a hombres (González Gavaldón, 1999). Por otra parte, un rol de género es “la posición que un individuo ocupa en una estructura social organizada, a las responsabilidades y privilegios asociados a esa posición y a las reglas de conducta que gobiernan las interacciones de los individuos” (González Gavaldón, 1999, p. 84).

Los roles de género entre mujeres y hombres difieren sustancialmente, y esta elección de roles viene dada por diferentes teorías: teoría basada en el autoconcepto, en el estilo atribucional, en la forma de afrontar los fallos y en la expectativa-valor. La primera explica que las personas se basan en el autoconcepto para elegir determinada tarea. Sobre la teoría del estilo atribucional se evidencia que los atributos varían en

función del sexo. Por ejemplo, ante un éxito los hombres lo interpretan como algo personal, mientras que las mujeres lo relacionaban con un hecho externo. En tercer lugar, se da una indefensión aprendida frente a los fallos en las mujeres, mientras que en los hombres no sucede. La última teoría mencionada indica que se dan distintas valoraciones subjetivas según las opciones del logro (González Gavaldón, 1999).

El proceso de socialización es aquel a través del cual las personas se adaptan a sus grupos y a sus culturas (Marín, 1986). Es un proceso que dura toda la vida, no obstante, en los primeros años es donde más importancia cobra, dando lugar a la formación de la identidad de género (Espinar Ruiz, 2009). Según las teorías del aprendizaje social, son tres los elementos diferenciadores involucrados en el proceso de socialización: los cuentos, la televisión y la figura de los progenitores (García-Leiva, 2005).

Siguiendo en la línea de lo mencionado anteriormente, los roles sexistas que son aprendidos e interiorizados durante el proceso de socialización y su sumisión a estos, conforman el mandato de género. Para que estos roles patriarcales sigan reproduciéndose necesitan tres aspectos donde pueden apoyarse: la división sexual del trabajo, la sexualización del mundo y la construcción de subjetividades de género (Benedicto, 2018).

4.2.1. División sexual del trabajo

Para comprender la división sexual del trabajo, se debe observar la sociedad desde dos puntos dicotómicos y excluyentes: la esfera pública relacionada con lo productivo y el trabajo asalariado y, por otra parte, aquello reproductivo y doméstico, característico de la esfera privada. Cada una de estas esferas se atribuyen de manera diferente: lo público es otorgado a los varones y antagónicamente, lo privado está destinado a las mujeres (Anzorena, 2008).

La base de esta división se basa en el determinismo biológico a través del cual el papel de la mujer se demuestra en los cuidados del hogar y de las criaturas y en el mantenimiento de la fuerza de trabajo (Benería, 1981). La separación de lo público/privado ha supuesto la creencia de que los cuidados y el trabajo doméstico pertenece a las mujeres, por lo que el Estado no ha tenido consideración en proveer servicios de bienestar (Aguirre, 2009).

Teniendo en cuenta esta base dicotómica, es importante señalar que los términos para acceder al mercado laboral son diferentes para hombres y mujeres. En la

misma línea, los procesos del mercado laboral pueden desencadenar en desigualdades que favorecen la permanencia de los varones en la esfera productiva y, por tanto, las mujeres son desplazadas al ámbito reproductivo (Aguirre, 2009).

Se debe situar la división sexual del trabajo dentro del sistema capitalista en el que se encuentra y del que se alimenta. Es por ello por lo que esta no debe entenderse únicamente como un problema de las desigualdades de género, es decir, el capitalismo es inseparable del patriarcado (Eisenstein, 1977). En este sentido, Brunet y Santamaría (2016) explican que los sesgos patriarcales en el empleo y los bajos salarios llevan a las mujeres a permanecer en la esfera doméstica, y así es como las mujeres se enmarcan en el ámbito reproductivo mientras que los hombres se mantienen en el productivo. La diferente socialización no ha enseñado a los hombres a cuidar (ni a cuidarse), al contrario que las mujeres. Así lo explica Pérez Orozco (2006), el trabajo de cuidados no remunerado que realizan las mujeres permite a los hombres la reproducción de la fuerza de trabajo para el capital. La división sexual del trabajo no se sostiene únicamente con un reparto desigual de las tareas y del tipo de trabajo, sino que aquellas que son realizadas por las mujeres son minusvaloradas e invisibilizadas (Arconada, 2008).

4.2.2. Trabajo doméstico

Se entiende por trabajo doméstico a aquellas tareas realizadas dentro de los hogares como lavar, limpiar o cocinar (entre muchas otras). Estas actividades son en su mayoría, llevadas a cabo por mujeres, no obstante, es importante reseñar la diferencia entre trabajo doméstico remunerado y el no remunerado. En primer lugar, el trabajo doméstico remunerado, desde junio del 2022 con la ratificación del convenio 189 en España (Olías, 2022), es aquel que se presta de manera asalariada, en el marco regulatorio del contrato de trabajo. Por otro lado, el trabajo doméstico no remunerado se refiere a las tareas domésticas realizadas sin que haya un sistema mercantil de por medio, es decir, no generan ninguna contribución al sistema económico actual.

La importancia de delimitar la definición del trabajo doméstico se asienta sobre las siguientes concepciones: en primer lugar, es el sustento de la esfera doméstica, es un trabajo destinado para las mujeres y realizado en casi su totalidad por ellas. Asimismo, supone un porcentaje elevado en el Producto Nacional Bruto y a pesar de ello el trabajo doméstico ha sido invisibilizado (Carrasco, 1992). Aunque no es nuestro objeto de estudio, dentro del marco legal internacional, la Organización Internacional del Trabajo aprueba en el año 2011, de manera general en el convenio 189 el trabajo

doméstico asalariado como “trabajo realizado en un hogar u hogares o para los mismos” con el objetivo de equiparar los derechos de las personas que prestan trabajo doméstico asalariado con los derechos del resto de trabajadores y trabajadoras.

Volviendo al trabajo doméstico no remunerado, Cristina Carrasco (2016) toma de Margaret Reid la definición que propuso en 1934 en su estudio *Economic of Household Production*. La definición pionera sobre el trabajo doméstico establece que “la producción doméstica consiste en aquellas actividades no pagadas que son llevadas a cabo, por y para los miembros del hogar; actividades que pueden ser reemplazadas por bienes de mercado o servicios remunerados, si circunstancias tales como la renta, las condiciones de mercado o las preferencias personales permiten que el trabajo sea delegado a alguien ajeno al hogar” (p. 210). Una restricción que supone esta definición es estimar como económicamente productivo a aquello que se monetiza, sin considerar el valor generado con ese trabajo (Campillo, 2000).

Por otro lado, María Ángeles Durán (2005) identifica el trabajo doméstico o “el trabajo de los responsables del hogar” a los siguientes conceptos: dirección, gestión y disponibilidad. El trabajo doméstico se articula en función de la oferta y la demanda de los siguientes grupos de población: los niños, los enfermos, los ancianos, los sobreocupados en la producción para el mercado y los autoconsumidores. Además, hace una distinción entre trabajo doméstico (tareas frecuentes y elementales que se sitúan en el espacio físico del hogar) y trabajo de cuidados (acción de ofrecer cuidados personales).

Ann Oakley, socióloga británica, parte de dos supuestos en su libro *The Sociology of Housework* de 1974 para explicar la sociología del trabajo doméstico. En primer lugar, lo considera una tarea aislada que realizar y rechaza la postura sexista biologicista de que el trabajo doméstico es adherente a las mujeres y a sus roles como esposas y madres. En segundo lugar, parte de un análisis en el que presta atención al punto de vista de las mujeres realizando el trabajo doméstico, en aspectos como la actitud y la satisfacción (Rasak, 2022).

Algunas de las características que atribuye Vega Montiel (2007) al trabajo doméstico actual, a excepción de las personas que trabajan como asalariadas en el empleo doméstico, es su carácter gratuito, ya que éste se enmarca fuera del mercado capitalista; la falta de concreción de una jornada y de actividades, puesto que dentro del trabajo doméstico se encuadran tareas diferentes las cuales tienen que ser realizadas desde el primer momento del día hasta la noche; la rigidez, entendiéndose en el sentido en que la ama de casa debe amoldarse a las necesidades de los otros miembros de la

familia; la poca capacitación, siendo el ama de casa fácilmente sustituible por otra; la indefensión, desde la interpretación de una falta de seguridad ante la ausencia de un contrato; la invisibilidad, puesto que el trabajo doméstico carece de valor social; y en último lugar la soledad.

Se puede hablar entonces de determinadas tareas que permiten definir el trabajo doméstico: limpiar la casa, realizar las compras necesarias para el mantenimiento del hogar, lavar, etc., así como los recados realizados fuera del hogar (Aguirre, 2009).

4.2.3. Cuidados

Delimitar y conceptualizar los cuidados no ha sido una tarea sencilla. Las primeras aportaciones respecto al tema surgen en la década de 1980 con el objetivo de mostrar la invisibilidad del trabajo realizado por las mujeres (Carrasco, Borderías & Torns, 2018). La escisión de los espacios público/privado ha supuesto darle valor a la esfera productiva ocupada por los varones y, por otra parte, ha significado a su vez invisibilizar los cuidados, realizados por las mujeres, que se necesitan para asegurar el proceso de reproducción social (Pérez Orozco, 2006).

Uno de los textos iniciales correspondientes a los cuidados se identifica bajo el título de *A labour of love: women, work and caring*, en el cual se desarrolla la idea de que los cuidados necesitan de un componente emocional y debe haber una implicación de sentimientos, y no se puede comprender desde la lógica del “trabajo de producción de mercancías y de bienes mercantiles” (Carrasco, Borderías & Torns, 2018, p. 35).

A pesar de las complicaciones para establecer una definición concisa de los cuidados, nos encontramos con cinco características propias de estos (Prieto & Serrano, 2013). En primer lugar, los cuidados han sido desvalorizados e invisibilizados, y han sido sustentados por mujeres que han brindado un tiempo de dedicación muy elevado. Las identidades tradicionales que giran en torno a la femineidad y a la masculinidad establecen que los trabajos de cuidados deben ser asumidos por las mujeres, por tanto, la incorporación de los hombres a esta actividad arriesgaría las identidades tradicionales (Fernández, Artiaga & Dávila, 2013).

Otra característica propia que confiere a los cuidados es el carácter relacional (Prieto & Serrano, 2013). Los cuidados, realizados por las mujeres, se entendían como un medio para conseguir una “buena vida” que permitiera a los varones pertenecer en la lógica de la reproducción mercantil. Por tanto, los cuidados tienen que ser repensados

desde una economía que los ponga en valor y que cuente con la experiencia histórica de las mujeres (Carrasco, 2013).

El tercer atributo es la presencia del ejercicio de los cuidados en los espacios sociales e institucionales (Prieto & Serrano, 2013). Existen tres líneas desde las que se puede realizar un abordaje sobre la provisión de los cuidados: la sustitución del Estado por la familia, la situación inversa que da lugar a la sustitución de la familia por el Estado o en último lugar la complementariedad entre Estado y familia. En el caso español se ha producido una ruptura del Estado de Bienestar que ha conllevado a un encarecimiento de las políticas sociales y de género. Como consecuencia de esa reducción, los cuidados han sido proporcionados por una red intergeneracional familiar y en cierto modo, puede haber una disminución en la participación laboral por parte de las mujeres (Tobío, 2013).

La siguiente particularidad de los cuidados es la obligatoriedad moral o la “ética del cuidado” (Prieto & Serrano, 2013). Para comprenderlo, la cotidianidad familiar debe entenderse desde tres dimensiones distintas: la afectiva, donde priman las emociones que surgen en los vínculos familiares, la moral, la cual incluye asuntos como la socialización de los menores desde el sentido de la ética, y en último lugar la material, donde se realiza aquellas actividades relacionadas con los servicios dentro del hogar (Martín Palomo, 2013).

En última instancia, se hace alusión a la configuración social de las relaciones sociales entre géneros (Prieto & Serrano, 2013). La provisión de los cuidados se ha visto reformulada según aspectos como la participación laboral de las mujeres o la ruptura de un Estado de Bienestar.

A modo de conclusión, se entiende por trabajo de cuidados a aquel trabajo de carácter material y emocional para el desarrollo del bienestar de otras personas. La conexión del trabajo de cuidados que se produzca entre las familias, el ámbito mercantil y el Estado depende de las políticas públicas y del Estado de bienestar (Aguirre, 2009).

5. Análisis de los resultados

5.1. Cuidados del hogar

5.1.1. Realización de tareas domésticas

A continuación, se van a transcribir unos fragmentos de las entrevistas realizadas sobre los cuidados del hogar de parejas en las que el hombre tiene COVID

persistente. Estas transcripciones reflejan la realidad de los cuidados del hogar previos a que ellos tuvieran COVID persistente.

“Antes yo me dedicaba más a la comida, a limpiar el polvo y pasar el aspirador, y mi pareja se dedicaba más a planchar, a lavar, a hacer los baños. (...) Se debía a que ella siempre estaba más dispuesta a limpiar que yo.” (José, COVID persistente)

“Aproximadamente al 50%. Pues no tenemos tareas exclusivas, compartimos todas. Entonces no hay cocina para uno y plancha para el otro. Compartimos cocina y compartimos plancha”. (Juan, COVID persistente)

“Teníamos a una persona que venía 4 horas a la semana antes de la pandemia.” (Ana, pareja de Juan)

“Pues a ver, ayudarla la ayudaba poco, todo sea dicho. Lo más gordo lo hacía la mujer (...) Si tenía tiempo yo limpiaba un poco (...) Sacar la lavadora, poner alguna lavadora, pasar un poco la escoba, fregar un poco el suelo y ya.” (Jaime, COVID persistente)

En las parejas en las que el hombre tiene COVID persistente, previo a la patología, la carga doméstica recaía en mayor medida sobre las mujeres. En el caso de Jaime, a través del lenguaje, deja implícita su creencia sobre la cual las mujeres son las encargadas del ámbito doméstico y su participación en los cuidados del hogar viene dada en forma de ayuda en lugar de actuar desde la corresponsabilidad. Cabe destacar que la pareja que tiene servicio doméstico afirma tener una distribución más equitativa de la realización de las tareas domésticas.

Seguidamente se manifiestan fragmentos de cómo el COVID persistente ha afectado a la distribución de este trabajo doméstico.

“Él hace la comida y el resto lo hago yo, él a lo mejor hace un 10% y yo un 90% porque ahora él no va a comprar, limpiar tampoco, pasar la aspiradora tampoco. (...) Me toca ocuparme de su coche, que antes no me ocupaba de su coche y si por ejemplo hay que ir a ver su madre tengo que ir yo también a llevarlo y traerlo, que él no puede ir solo. Es que encima hay más tareas por hacer, no son las mismas de antes.” (Noelia, pareja de José)

“Pues los días que está bien al 50% y los días que está mal cubro yo todo.” (Ana, pareja de Juan)

“Ahora casi todo lo hace ella. Porque aun teniendo tiempo como lo tengo alguna vez si me levanto medio bien o bien del todo, sí que le ayudo a recoger un poco el salón, a terminar de preparar la comida, lo que es un poco las camas, pero según cómo me encuentre.” (Jaime, COVID persistente)

Como se ha mencionado anteriormente, las mujeres tenían más carga doméstica que los hombres. Ahora, con la llegada de la enfermedad a sus parejas, ellas sostienen todo o casi todo el trabajo doméstico, teniendo que realizar tareas que antes no hubieran tenido. Estas mujeres sostienen una doble jornada ya que tras finalizar su jornada laboral de carácter remunerado se dedican al trabajo doméstico.

A partir de ahora los fragmentos plasmados darán cuenta de la realidad de las parejas en las que las mujeres tienen COVID persistente. El guion será el siguiente: en primer lugar, se expondrá la distribución de las tareas domésticas antes del COVID persistente y por último cómo este ha repercutido en los cuidados del hogar.

“Bueno, las hago yo más que él. Sí que intenta hacer lo que puede. Él no está pensando todo el rato entonces yo sí, estoy todo el rato pensando en la casa. Él entonces ya sí lo hace cuando ve que se sale todo un poco de desmadre, y además no es una persona constante y lo que utiliza no lo deja en su sitio.” (Isabel, COVID persistente)

“Pues nosotros teníamos una distribución ya bastante compartida porque trabajamos los dos y tenemos dos hijos. (...) Y limpieza ya contratamos a alguien para no tener que andar con jaleos porque no nos daba la vida. Entonces, cosas de casa y así mi marido, y cosas de hijos, médicos, extraescolares, todo eso es para mí, y sigue siendo así.” (Cristina, COVID persistente)

“Yo creo que en ese sentido las cosas del hogar las hacía y las sigo haciendo yo más, lo que es la comida, ir a comprar y ya te digo, la limpieza como tenemos una persona que nos limpia pues no nos la distribuimos. Sí que cuando nos quedamos sin señora de la limpieza ella sí estaba más pendiente de limpiar y recoger.” (Manuel, pareja de Cristina)

“Pues antes teníamos una persona en casa que hacía gran parte de las tareas domésticas, pero las que quedaban por hacer nos las distribuíamos al 50%. (...) Toda la distribución de tareas lo llevaba y lo llevo yo.” (Marta, COVID persistente)

Cabe argüir que de igual manera las mujeres son las que a mayor escala realizan el trabajo doméstico. La excepción viene con la introducción al hogar de un servicio doméstico externo, el cual se encarga de la limpieza de la casa y las tareas domésticas restantes suelen ser divididas equitativamente entre mujeres y hombres.

“Yo lavo la ropa, limpio la cocina, doblo la ropa...yo creo que hace poco aprendió dónde estaba la ropa de cada niña, no sabe nada, dónde están las cosas. (...) Sí que es verdad que cuando se sale un poco todo de desmadre ayuda un poco.”
(Isabel, COVID persistente)

“Entonces soy yo la que le tengo que demandar la ayuda, por sí solo no hace.”
(Laura, COVID persistente)

“Pues no, en principio para nosotros no (ha cambiado la distribución) porque mis hijos me siguen demandando a mí. (...) Incluso hubo una temporada que me sobrecargué más porque tuve que hacer el esfuerzo de que entendieran que tenía que cambiar la alimentación con tema antiinflamatorio. (...) A ver, prácticamente en casa es que no me dedico a hacer muchas cosas porque tenemos una señora. Sí que se nota cuando estoy yo porque voy recogiendo la casa.” (Cristina, COVID persistente)

Durante el COVID persistente la situación respecto a las tareas domésticas no ha variado: las mujeres siguen teniendo mayor carga de trabajo doméstico que sus parejas, aunque la situación difiere un poco si han contratado servicio doméstico. No obstante, aquellas tareas que el servicio doméstico no puede realizar no son divididas equitativamente y son las mujeres las que tienden a realizarlas.

Cabe colegir que en aquellas parejas en las que el hombre tiene COVID persistente, debido a su enfermedad, sus parejas se han ocupado en casi su totalidad de las tareas domésticas, mientras que en el caso de las mujeres sucede lo contrario: son ellas las que siguen manteniendo y realizando los cuidados del hogar a pesar de padecer una enfermedad.

Por otro lado, durante el transcurso de las entrevistas las respuestas a algunas preguntas no concordaban con las respuestas que había dado su pareja: las mujeres indicaron realizar más tareas domésticas que los hombres, mientras que los hombres se atribuían en mayor medida estas tareas domésticas. Las razones son que los hombres ignoraban la carga mental y la organización previa a realizar para llevar a cabo la ejecución del trabajo doméstico y aparte, inconscientemente, tanto hombres como

mujeres intentaban mostrar su mejor versión de ellos mismos y tendieron a ensalzar las tareas domésticas y de crianza que realizaban en sus hogares.

5.2. Cuidado de personas dependientes

5.2.1. Cuidado de hijos e hijas

Esta parte está dividida en dos momentos temporales: la distribución de los cuidados de hijos e hijas antes del COVID persistente y durante este. Dada la espontaneidad de las personas entrevistadas al hablar sobre estos cuidados, esta diferencia temporal no siempre queda plasmada de manera explícita, no obstante, en el análisis se hará su determinada separación.

“La verdad que sigo haciendo lo que hacía, la verdad que Juan cubre o deja de cubrir es llevarla a extraescolares, entonces cuando está malo la tengo que llevar yo a extraescolares (...) pues comida, médicos, ropa, llevarla de compras, etc, en general lo he cubierto yo siempre. Juan lo que hace que no hago yo es el desayuno (...) llevarla y traerla a música, (...) entonces cuando él está malo pues no lo hace.” (Ana, pareja de Juan)

“Bueno, también al 50%. Era adolescente, además estaba estudiando fuera de casa, entonces no había muchos cuidados, pero sí, cuidados compartidos.” (Juan, COVID persistente)

Antes del COVID persistente no se observa un reparto equitativo del cuidado de su hija siendo la mujer la que más carga lleva. Las tareas diferentes que no se realizan cada día como son llevar el control de la salud o la compra de ropa recaen sobre la mujer. Otro aspecto clave a mencionar es cuando Juan expresa que los cuidados están repartidos equitativamente, cuando del discurso de su pareja se extrapola que hay un reparto desigual. Esto puede ser debido a dos causas: agradar a la entrevistadora inconscientemente u obviar la carga mental que supone cuidar una hija y pensar únicamente en las tareas diarias más superficiales. Con el COVID persistente, la pareja de Juan se encarga al 100% de los cuidados de su hija.

“Antes de tener COVID persistente era yo los que los llevaba de aquí para allá, de una extraescolar a otra extraescolar, pero la verdad que durante la COVID ya cambiamos muchas actividades (...) acercamos todo a casa y ahora va él solo. Así que eso nos ha valido para que ellos sean más independientes en ese sentido. Hemos pasado un mal año con mi hija por el tema de ansiedad (...) y sí que me ha ocupado mucho más tiempo y más trabajo con ella por el tema de la

ansiedad, pero por el resto de cosas prácticamente no he hecho nada más que ocuparme de los niños que no son tan pequeños, pero me han requerido más. (...) Normalmente los hijos son, por el horario que llevamos, son míos. (...) Pero es por el horario, que mi marido llega 2 horas más tarde a casa, entonces ha llevado a que yo me encargue de ellos siempre.” (Cristina, COVID persistente)

“En ese sentido mi mujer estaba más pendiente de ir con ellos al médico (...), de estar pendiente con tareas del instituto, de cuando hay extraescolares, de organizarlas, llamar, etc. Si hay que contratar a alguien para alguna actividad ella llama, está más pendiente.” (Manuel, pareja de Cristina)

“Pues yo creo que más o menos igual que ahora, depende de temporadas (...) Organizar campamentos, extraescolares, médicos y demás lo llevo yo y la ejecución lo llevamos a medias. Pero sí, la que se encarga de las citas, tarjetas y demás soy yo.” (Marta, COVID persistente)

Previo a la enfermedad, las mujeres se dedicaban en mayor medida a los cuidados de sus hijos e hijas, especialmente en la planificación y en la organización. En el caso de Cristina, ella es la encargada de la mayor parte de cuidados de sus hijos e hijas ya que, tal y como se ha explicado en la sección anterior, los cuidados del hogar están repartidos entre el servicio doméstico y la pareja de Cristina, y los cuidados de sus hijos e hijas recaen sobre ella. Respecto al COVID persistente, la enfermedad no ha supuesto un cambio en la redistribución de estos cuidados, siguen manteniendo el mismo reparto de cuidados con sus parejas.

5.3. Cuidado que recibe de la pareja

5.3.1. Sobreimplicación en la pareja

En este apartado se valoran los excesos de control en los cuidados, es decir, la sobreimplicación en los problemas del otro, la intrusividad. Se recogerán aquellos fragmentos en los que las personas entrevistadas admiten una sobreimplicación por los problemas de sus parejas. Asimismo, estos fragmentos darán cuenta de una falta de implicación en la pareja.

“Muchas veces pues vamos por la calle “quítate la chaqueta que hace frío” o “no sé qué” “te puedes quitar la mascarilla”. Y yo digo: déjame que ya sé lo que tengo que hacer (en tono amistoso). Ella está muy muy encima, está muy atenta.” (José, COVID persistente)

“Sí, yo siempre he sido muy perfeccionista y he llevado un control por detrás de todos, de la casa. Entonces ahora lo que pasa es un poco, no es que me dé igual, pero asumo que no llego a todo.” (Cristina, COVID persistente)

“Si me lo contaba ella sí que me implicaba, pero si no, no le preguntaba, o si ella iba al médico tampoco era una persona que le preguntara después, o tampoco me implicaba mucho en sus cuidados.” (Manuel, pareja de Cristina)

“Hombre, sobreimplicarme sí, sí sí, claro. Ahora menos porque tengo que cuidar de mí.” (Laura, COVID persistente)

“Y me sigo sobreimplicando, él no estaría dónde está en el fútbol si no fuera por mí, yo tengo mucha empatía, he ido a entrenamientos suyos y decirle problemas que pasaban en su equipo (...). Me estuve sobreimplicando hasta hace un mes cuando él me decepcionó tanto al echarme la culpa por adelgazar tanto.” (Isabel, COVID persistente)

De estos extractos cabe destacar que la preocupación de las mujeres sobre sus parejas es mayor que la de los hombres por ellas, llegando incluso a una sobreimplicación. En varios de los discursos se observa la naturalidad con la que afirman esa sobreimplicación ya que el impacto de la socialización que ha tenido en las mujeres ha sido el hecho de que ellas tienen que estar pendientes de las necesidades de otras personas.

5.3.2. Cuidados sobre la pareja

Este apartado trata sobre la reacción de las personas con COVID persistente al hecho de la necesidad de obtener cuidados en su cotidianidad. En primer lugar, se observa cómo reaccionan los hombres con COVID persistente al cuidado de sus parejas, y posteriormente de qué manera están sobrellevando el hecho de proveer estos cuidados sus parejas. Por último, se explica cómo llevan las mujeres con COVID persistente el hecho de recibir cuidados por parte de sus parejas.

“Por una parte te sientes mal porque ves que tú no puedes hacer según qué cosas, pero por otro lado tienes la satisfacción de saber que ella está ahí para ayudarte (...) sabes que ella lo está haciendo con ganas de ayudarte para que te recuperes para volver.” (José, COVID persistente)

“Pues a ver, yo llevo ya casi año y medio y pues a lo primero no. Pero ahora llevo un par de meses, llevo un tiempo ya diciendo es que: va a caer enferma de

levantarse de ir a trabajar, estar pendiente de mí, hacer lo que puede de la casa (...). Va a caer enferma también.” (Jaime, COVID persistente)

Los hombres con COVID persistente tienen la seguridad de que sus parejas les van a cuidar y se sienten respaldados y apoyados por ellas. En el caso de Jaime, se observa cómo es consciente de las dificultades y de la dedicación que realiza su pareja para cuidarle.

“Sí (valora el esfuerzo que hago). Sí, pero al 80% diría yo, no al 100%. Se cree que yo soy fuerte, que puedo con todo, con un montón de cosas. Yo también me canso.” (Noelia, pareja de José)

“Y también yo creo que él se ha dado cuenta con esta terapia, (...) de lo que ha supuesto la enfermedad para nosotras, incluso lo verbalizaba: aquí el enfermo soy yo y me tenéis que cuidar vosotras a mí. Entonces él no se daba cuenta de que nosotras necesitábamos un cuidado, un respeto, un reconocimiento de la situación.” (Ana, pareja de Juan)

Por otro lado, las mujeres sienten que sus parejas tienen una idealización de lo que son: fuertes (para proveer cuidados), atentas, cuidadoras innatas, características propias de la femineidad. En el primer verbatim, Noelia expresa que su pareja cree que ella es fuerte y que a pesar de valorar el esfuerzo que realiza para cuidarle, no es consciente de todo el trabajo que le supone. En segundo lugar, la pareja de Ana llegó a manifestar la obligatoriedad de cuidarle dado que él era la persona enferma, obviando las necesidades, el respeto y el reconocimiento que merece su familia.

“Pues me ha costado muchísimo (aceptar ayuda) porque yo soy una persona super independiente. Yo jamás he pedido ayuda, o sea para nada (...). Entonces es una impotencia que lo que te digo, yo he sido super independiente (...). Al principio me sentía muy en deuda, me sentía en deuda con ellos.” (Laura, COVID persistente)

“Pues no sabría que decirte, no me siento especialmente cuidada, pero porque soy una persona muy independiente.” (Cristina, COVID persistente)

“A ver, no es una sensación agradable, una persona que nunca ha pedido ayuda para nada pues tener que empezar a pedirla. (...) es una situación desagradable y te genera tensiones. (Marta, COVID persistente)

Una expectativa que gira en torno a la femineidad es que las mujeres deben ser cuidadoras y responsables. Los casos de las mujeres con COVID persistente, debido a su enfermedad y a sus limitaciones físicas y mentales no pueden cumplir con ese rol de género. Se observa una incomodidad a la hora de pedir o de recibir ayuda.

5.3.3. Satisfacción

A pesar de que tanto los hombres como las mujeres encuestadas manifiestan un grado de satisfacción alto, se advierte la existencia de una diferencia fundamental en la raíz de la percepción que tiene cada grupo con el rol destinado para los cuidados: los hombres están satisfechos por los cuidados que reciben de sus parejas entendido como una extensión nunca obligada, pero tampoco cuestionada de la labor realizada por la mujer. En cambio, las mujeres con COVID persistente que reciben los cuidados de sus parejas entienden que estos tienen un carácter extraordinario bien porque no relacionan esta labor con su pareja o porque no fue realizada por esta en su ámbito doméstico previo.

“(Ahora) incluso más. Por todo lo que está haciendo por mí. El apoyo, la comprensión... sí sí, claro.” (José, COVID persistente)

“Más que bien. Pues porque ella me ha cuidado mucho, me sigue cuidando, mira por mí... y eso sí que lo he notado.” (Jaime, COVID persistente)

“Igual (de satisfecha que antes), mucho. (...) Siento esa frustración de que él no pueda hacer las mismas cosas que sentía antes. Tengo que seguir empujándole para que continúe.” (Celia, pareja de Jaime)

En los fragmentos expuestos se puede comprobar que los hombres que tienen COVID persistente se sienten respaldados y comprendidos por sus parejas. En este caso son estas últimas quienes ofrecen sus cuidados, el resultado es que los hombres exhiben un nivel de satisfacción alto.

“Pues esta semana un 8, la semana pasada un 0. Porque es que por ejemplo adelgacé 8 kg en mes y medio cuando me empezaron a dar la medicación (...) y él no lo entendía, y él me culpa que haya adelgazado yo 8 kg. (...) Él realmente no me ha cuidado, en todo este tiempo él no me ha cuidado.” (Isabel, COVID persistente)

“El apoyo que tengo por su parte es, oye mira, que esta semana voy fatal, entonces él sí que él procura hacer lo que yo no llego, entonces estoy bastante contenta.” (Cristina, COVID persistente)

“Con él la respuesta ha sido super positiva, podría haberse desatendido completamente y ha estado super pendiente, me ha cuidado un montón, me ayuda un montón (...) Luego también me he engordado un montón, no tengo vitalidad (...) y él está respondiendo muy bien.” (Laura, COVID persistente)

Por otra parte, la realidad de las mujeres difiere sustancialmente. En primer lugar, el grado de insatisfacción de Isabel proviene de la falta de cuidados y de comprensión por parte de su pareja. La culpabilización de él sobre la pérdida de peso de ella es el resultado de un bajo nivel de satisfacción. Sobre el testimonio de Cristina, su grado de satisfacción es alto, pero para llegar a ese nivel depende en exceso de una comunicación activa con su pareja sobre la imposibilidad de la realización de las tareas por parte de ella. En última instancia, la satisfacción de Laura viene dada por la respuesta positiva de su pareja ante el COVID persistente. Sin embargo, ella encontraría lógico que no permaneciera a su lado. Los dos últimos casos exponen cómo, en diferente escala, existe un desequilibrio entre mujeres y hombres con relación a los cuidados en las parejas heterosexuales.

5.4. Autocuidado y apoyos

5.4.1. Cosas que han dejado de hacer desde que tiene COVID persistente

En este apartado se hace una comparación de cómo ha afectado el COVID persistente en las cosas que han tenido que dejar de hacer ambas partes de la pareja. La hipótesis de la que se va a partir es de aquella en la que los hombres que tienen COVID persistente, ellos han dejado de realizar aspectos fundamentales de su vida cotidiana: vida social, vida laboral, actividad física, etc., y sus parejas se han visto limitadas en este sentido para proveerles cuidados a ellos. Por otro lado, en las parejas en las que las mujeres tienen COVID persistente, ellas se han visto limitadas y han dejado de hacer cosas por la enfermedad, pero sus parejas han seguido teniendo la misma vida anterior.

“Trabajo, relaciones sociales, prácticamente no tenemos relaciones sociales pues porque aparte no aguanto salir, relacionarme, cuesta. (...) seguir las conversaciones a la vez también agota (...) ni laboral nada, ni relaciones sociales, prácticamente nada, ocio tampoco.” (José, COVID persistente)

“Pues antes hacía un poquito más de deporte, tenía más tiempo para mí, para andar más rápido, para ir en bici... Ese tipo de autocuidado sí que lo echo de menos porque ahora no puedo y estoy engordando (risas), es la edad también.”
(Noelia, pareja de José)

De esta primera pareja se puede deducir del discurso de Noelia y por las respuestas dadas a otras preguntas de diferentes bloques de la entrevista que ha dejado de realizar cosas para dedicarse al cuidado de su pareja y que su tiempo está dividido entre el ámbito laboral y el ámbito privado ofreciendo cuidados para el hogar y su pareja.

“Me ha afectado mucho al rendimiento de trabajo, trabajo muchas horas menos de las que trabajaba antes, y también a la eficiencia laboral. También me ha limitado mucho mi vida social (...) y bueno, en los dos ámbitos: social y laboral.”
(Juan, COVID persistente)

“¡Buf! Cuando está con COVID persistente desde quedar con amigas, tener ratos para descansar. Todo lo que ocupaba que no puede hacer él, pues lo tengo que cubrir yo. Tiempo libre, tiempo para la familia. Yo creo que es principalmente eso porque me tengo que centrar en sacar a la familia adelante. Entonces eso, dejo de hacer lo que sea completamente imprescindible para los cuidados de la familia, cuidar menos de mi madre, ha recaído más en mis hermanas.” (Ana, pareja de Juan)

En esta segunda pareja, Ana deja explícito que las cosas que ha dejado de hacer han sido con el objetivo de sacar a la familia adelante, y que aquello a lo que su pareja Juan no puede llegar por la enfermedad, ella se ve en la obligación de cubrir esas necesidades. Esta obligación que siente tiene la base en las ideas que la sociedad impone: las mujeres en primer lugar deben ocuparse de las necesidades de otras personas, quedando sus propias necesidades relegadas a un segundo plano.

“Algunas sí (he dejado de hacer) pues a mí el fútbol me gusta mucho (...) e igual en todos los partidos que se han hecho esta temporada no he ido, porque ver tanta gente me producía agobio (...). Noto que me falta el aire, que me agobia. (...) el trabajo lo he tenido que dejar, el taller lo he tenido que cerrar.” (Jaime, COVID persistente)

“Hacemos lo mismo que antes, pero más lento, con más tranquilidad. Si paseamos con tranquilidad, si decidimos ir a comprar vamos un miércoles en vez

de un sábado para que haya menos gente y se agobie menos, pero nada especial.” (Celia, pareja de Jaime)

En el caso de Jaime, sobre las cosas que ha dejado de hacer se refiere a eventos de la vida social y a la esfera laboral, mientras que su pareja está disponible y ejerce la labor de acompañamiento y apoyo durante este proceso de la enfermedad.

“De todo, de todo. No sé por dónde empezar, he dejado de quedar con mis amigos (...) mis hijas no quedan con nadie fuera del horario escolar, de todo, básicamente de todo. Por dejar, he dejado de comer. No puedo ir a ver a mi familia porque estoy de baja, (...) y no sé tampoco si podría aguantar un viaje de 12 horas. Es que vivo encerrada en casa. (...) Llegó un momento que ni pintarme (...). Antes no podía ni ver la televisión por los dolores de cabeza. (...) No puedo trabajar.” (Isabel, COVID persistente)

“Dormir más, dormir más porque me acuesto un poco más tarde por estar con ella el tema de la noche y poco más, realmente yo me dedico a por las mañanas trabajar (...) y por las noches fútbol sala. Estoy en un club que estamos con mucho trabajo ahora, entonces no he dejado entre comillas realmente nada.” (Francisco, pareja de Isabel)

Del análisis de estos fragmentos en los que la mujer tiene COVID persistente, se puede argüir que la enfermedad le ha afectado a la vida social, a la esfera laboral y a su salud mental y física. Su pareja Francisco explica que no ha dejado de hacer nada, únicamente “dormir más”.

“Jo, todo, es que claro, me afecta tanto a todo, es que es todo, no puedo hacer absolutamente nada. Todo lo que hago me supone un esfuerzo brutal y el decidir salir 3 horas a tomarme un vermut con amigos, yo ya sé que voy a estar 3 días en la cama. (...) No puedo irme a cenar con amigas, no puedo beber alcohol, en el sexo pues nos ha afectado obviamente. Yo le digo a Antonio, yo soy una estrella de mar. Además, ya no depende de si tengo ganas, es que tengo que forzar la situación. Igual son las 7 p. m., y digo, ostras, hoy no me encuentro muy mal. Pues hago por propiciar un encuentro. Porque él viéndome como estoy no me dice ni mu, entonces pues bueno. (...) Hay veces que ni el coche puedo coger. (...) Me ha afectado mucho, porque yo era una persona muy sociable y me ha afectado a mi vida. Y no puedo trabajar, claro. Menos mal que me ha quedado una buena baja y llego a fin de mes.” (Laura, COVID persistente)

“Pues a ver, cuando estoy con ella hemos dejado de hacer más cosas de salir a comer, de tomar algo o simplemente, el poder ir una tarde al parque. (...) pero claro, son todo limitaciones. Viajes no podemos hacer, ir a la playa yo creo que complicado (...). Intento no rallarme porque al final afectaría a mi vida.” (Antonio, pareja de Laura)

En este caso, Laura expresa haber dejado de hacer de todo, tanto en la esfera pública como en el ámbito laboral. Algo destacable de su discurso es como se refiere a las relaciones sexuales, pues a pesar de que el COVID persistente le ha afectado en todos los ámbitos de su vida, entiende que, debido a las ideas impuestas que tenemos en la sociedad, necesita mantener relaciones sexuales con su pareja. En este punto, se debe analizar la actitud de Antonio, de si ante esta situación hace algo al respecto dada la situación de angustia de su pareja. Asimismo, desde la responsabilidad afectiva se puede pensar en el hecho de que si una persona está enferma otra persona no debe aprovecharse de una situación. En la línea de las cosas que ha dejado de hacer Antonio, cabe destacar que cuando está con su pareja ha dejado de hacer las cosas que hacía con ella, no obstante, cuando no están juntos él sigue haciendo lo mismo que antes de que Laura tuviera COVID persistente.

“Dejé de hacer cosas porque no podía (...). Dedicaba todo el santo día a mí, porque tenía que descansar, estaba con la baja... Me falta un poco de recuperar, pero me doy por satisfecha. He estado por dedicarme tiempo a mí y a recuperarme egoístamente, pero ahí estoy.” (Cristina, COVID persistente)

“Pues no sé, con esa perspectiva no sé. En principio he seguido igual. Hay una cosa que he dejado de hacer, es ver la tele, pero es realmente porque no me interesa y porque no tengo tiempo.” (Manuel, pareja de Cristina)

Del primer extracto de Cristina, cabe destacar que tuvo que dejar el trabajo y no especifica qué cosas exactas dejó de hacer. Es interesante recalcar cuando utiliza la palabra “egoístamente” para referirse a los autocuidados que siguió para recuperarse de la enfermedad, ya que desde este sistema se incita a las mujeres a cuidar a los otros, pero descuidamos nuestras necesidades.

“Pues todo lo que es relativo al deporte (...) y luego en cuanto a vida social también estoy retomando, pero por ejemplo si salimos a comer intento no alargar y enganchar con una cena como hacíamos, porque ahora ya no puedo.” (Marta, COVID persistente)

“Pues relaciones sociales, el hecho de estar más dentro de casa, pero sigue siendo muy parecida.” (Miguel, pareja de Marta)

Marta se encuentra en una situación bastante parecida que sus compañeras con COVID persistente, ha dejado el deporte y aquello concerniente a la vida social. Su pareja subraya que al igual que ella, él también ha dejado las relaciones sociales, pero no ha impactado en líneas generales a la vida que tenía anteriormente.

“Uf, un montón. He dejado de practicar yoga porque no tengo fuerza en los brazos y las posturas boca abajo me ahogo, he dejado de bailar (...) salir con los amigos a cenar (...). No puedo beber nada de alcohol porque se me activa la inflamación. Todo lo que sea con gente dentro sin mascarilla no voy. (...) No puedes hacer planes. Es más de last minute y es un día que se alineen los astros y estemos los dos bien. Incluso ver a mi familia, mi hermana vive en París, pero mis padres viven en un pueblo que es coger el metro, el tren, el no sé qué... Para mí ahora es un sobreesfuerzo. Hace dos años que no he visto a mi madre.” (Carmen, ambos COVID persistente, pareja de Pablo)

“Pues muchísima vida social, todo el tema del deporte, no es el deporte en sí, es el bienestar mental que me procura, me falta ese lado de sentirme a gusto con mi cuerpo o que le estoy dando caña. Luego pues todas las consecuencias que tiene el COVID, me falta energía para planes a largo plazo (...). No puedo hacer muchas cosas que me gustan directamente, y a futuro nos está cohibiendo para hacer otros planes de vida. Luego en tema sexual entra el tema de la energía y cambios de ánimo de los dos, tenemos que ser pacientes, tenemos una enfermedad, tenemos que cuidar... no podemos relajarnos y tener una vida de pareja como antes. Como estamos los dos en el mismo caso creo que nos entendemos.” (Pablo, ambos COVID persistente, pareja de Carmen)

Carmen y su pareja Pablo tienen ambos COVID persistente y afirman que desde que tienen la enfermedad han dejado atrás la vida social, el deporte y los planes a largo plazo entre otros aspectos. De estos fragmentos, es interesante recalcar cómo las consecuencias del COVID persistente no te permiten tener tan fácilmente una red de apoyo como sucede en el caso de Carmen: sus padres se encuentran en una localidad inaccesible para ella. En ocasiones, el hecho de carecer de una red de apoyo deriva en una mayor vulnerabilidad en el momento en que se recibe algún tipo de violencia. Otro aspecto a tener en cuenta es la dinámica del cuidado mutuo, la relación tiene como base una interdependencia a través de la cual tienen en cuenta las necesidades de cada uno.

5.4.2. Preocupaciones

En el siguiente apartado se analizan las preocupaciones que tienen según por sexos a raíz del COVID persistente. Está dividido en tres secciones: hombres con COVID persistente, mujeres con COVID persistente y en último lugar parejas en las que ambos tienen la enfermedad.

“Pues sobre todo la salud, (...) La salud, la pareja lógicamente, si ella comprenderá, no comprenderá, te acompañará; el trabajo, que vas a hacer si ya con 50 años te dicen a la calle, (...) los amigos, la familia lógicamente, cómo lo aceptarán, cómo podrás ayudarles si no puedes ayudar; un poquito todo.” (José, COVID persistente)

“El primer año después del COVID me preocupaba todo, me preocupaba no poder volver a la normalidad, me daban miedo todas las actividades. Ahora no lo tengo tanto, de hecho, lo volví a pasar hace 15 días y tuve miedo por si me podía dar neumonía, pero no siento ya el miedo ni aquella sensación tan mala que tuve al principio.” (Juan, COVID persistente)

“Hombre, pues si te soy sincero me preocupo de que algún día no me levante (...) un infarto, no pueda respirar y problemas de pulmón. Me preocuparía mucho si mi mujer se contagiara, pero tanto los hijos como mis amigos me dicen que la mujer es superman.” (Jaime, COVID persistente)

En esta primera sección donde los hombres tienen COVID persistente predomina principalmente la preocupación de estos sobre su propia salud, pensamiento lógico dado la situación que están atravesando, no obstante, en el caso de José y Jaime el hecho de cómo podrá reaccionar su pareja les causa intranquilidad. El fragmento de Jaime en el que comenta: “la mujer es superman” tiene la base en el síndrome de la supermujer a través del cual se transmite la creencia de que las mujeres son capaces de llevar las responsabilidades del ámbito doméstico y de la esfera pública.

“Pues una de las cosas que más me preocupa es que vaya a peor porque así más o menos se puede llevar una cierta vida, pues bien, tranquila (...) entonces yo lo que necesito es que no se me ponga malo, que no vaya a peor. Tanto él, como los 3 abuelos que tenemos, que como se nos pongan malos ya entonces ya me da un yuyu.” (Noelia, pareja de José)

“No ha cambiado demasiado, ya que partíamos de una enfermedad. Quizás sí hemos estado más limitados a la hora de hacer cosas, pero no, no. Por el COVID la mayor preocupación es que consiga recuperarse del todo, pero por lo demás no, ya te digo, estamos en una situación privilegiada ya que tiene trabajo fijo, no le van a despedir (...) entonces la única preocupación es que mejore.” (Ana, pareja de Juan)

“Ahora es que me preocupan mil cosas (...) Voy a trabajar y cuando llego al trabajo le llamo al teléfono para ver cómo se ha levantado, si se encuentra mejor o peor. (...) Si baja por la mañana a caminar está solo y se tropieza ¿se caerá? ¿habrá alguien? Es un continuo estado en el que mi cerebro no para de funcionar, es percibiendo todo el rato cosas malas. Ese es mi día ahora.” (Celia, pareja de Jaime)

Respecto a los verbatims de las mujeres, expresan tener como preocupación fundamental y única la salud de sus parejas y de la familia como es el caso de Noelia. En el caso de Celia la preocupación del bienestar de su pareja se extiende a todo el día lo que puede derivar en problemas de salud mental. A continuación, se expondrán los verbatims de aquellas mujeres con COVID persistente.

“De repente (...) me salieron dos moratones, pues un moratón en concreto se me ulceró. (...) Luego, me paso 5 días sin ir al lavabo, me tomo algo para conseguir ir y paso de un extremo al otro, por lo cual, los nutrientes que tomo se van todos por el baño. Es que me preocupa mi salud, veo que hago esfuerzos y no noto mejoría.” (Isabel, COVID persistente).

“El problema es que hace como un mes tuve una recaída, me hace sentirme muy frustrada y luego es la incertidumbre. Es que claro, yo no sé si voy a poder volver a trabajar, (...) no sé si voy a poder ir a un concierto. (...) Luego a mí me ha afectado mucho el no verme bien físicamente porque estoy medicada (...). Es que hay días que no te puedes duchar (...) Y yo soy una persona que le da mucha importancia a su físico, y es todo muy frustrante y ha afectado a mi autoestima.” (Laura, COVID persistente)

“Me preocupa estar como antes, tener una recaída, retroceder y volver como estaba, sobre todo a nivel de descontrol mental. Me gusta mucho investigar, estar haciendo varias cosas y el tema de descontrol mental lo llevaba fatal. He aprendido a vivir con las limitaciones físicas, pero con las mentales, la

incertidumbre, si voy a volver a recaer por un momento de estrés, el desconocimiento de esta enfermedad...” (Cristina, COVID persistente)

En esta segunda sección se observa que las preocupaciones de las mujeres con COVID persistente respecto a las de los hombres COVID persistente son a grandes rasgos similares: la preocupación por su salud es la mayor de todas. Como consecuencia del COVID persistente, la autoestima de Laura se ha visto afectada y esto puede tener una afectación en la salud física y mental, derivándose a problemas como insomnio, hipertensión, trastornos alimentarios, depresión y el suicidio (Pérez Villalobos, 2019).

“Ahora nada, simplemente que estamos cerrando jugadores y jugadoras del club es lo que me preocupa y la vuelta al trabajo de mi mujer. Ya está.” (Francisco, pareja de Isabel)

“Pues hombre, un poco más la salud, el bienestar, el viajar...” (Antonio, pareja de Laura)

“Bueno, una preocupación que tengo mucho más interiorizada es la preocupación del paso del tiempo, y del tiempo que queda. También diariamente no me queda tiempo para aprovecharlo, estamos en una rutina constante con el piloto automático, y van pasando los días.” (Manuel, pareja de Cristina)

Estos fragmentos expuestos corresponden a las parejas de las mujeres con COVID persistente. Las preocupaciones que se les presentan están relacionadas con aspectos de su vida personal y no muestran inquietudes o intranquilidad por la situación de enfermedad por la que atraviesan sus parejas. Las preocupaciones de los hombres que acompañan a sus parejas con COVID persistente dan reflejo de la situación que viven en el ámbito laboral y en el ocio.

Con los siguientes verbatims se da pie a la siguiente sección, en la que ambas partes de la pareja tienen COVID persistente.

“Me preocupan dos cosas mucho: la situación económica porque de cabeza bien, pero cuesta un sobreesfuerzo trabajar (...). La segunda es como no nos están tratando y tenemos inflamación multisistémica, los que llevamos un tiempo nos va a provocar patologías grandes (...). De hecho, a mí ya me han sacado daño vascular.” (Carmen, ambos COVID persistente, pareja de Pablo)

“Pues me preocupa una recaída, (...) o volver a coger la enfermedad y no saber cómo nos va a afectar. Cómo sería el proceso de pasar la enfermedad en caso de cogerlo, o el miedo a posteriori de cómo nos vamos a quedar después.”
(Patricia, ambos COVID persistente, pareja de Luis)

Las preocupaciones de las mujeres que tienen COVID persistente al igual que sus parejas se centran primordialmente en su estado de salud y en cómo sería el proceso de nuevo en caso de que se contagiaran otra vez. Por un lado, la preocupación de Carmen por su salud equivale a su preocupación por la situación económica, ya que en virtud de la enfermedad su trabajo remunerado le supone un sobreesfuerzo. Por otro, la preocupación fundamental de Patricia no está centrada únicamente en su propia salud, sino también en la de su pareja que tiene igualmente COVID persistente.

“La salud, de inicio (...). Ahora al tener problemas de vista, de deseo, de respiración, cansancio muscular... sí que me hace ver el futuro en tema de bienestar, cómo vas a envejecer, cómo nos vamos a cuidar con mi pareja... Antes no lo veía tan a largo plazo.” (Pablo, ambos COVID persistente, pareja de Carmen)

“La salud de los míos, me preocupan más los míos, mi familia de corto alcance, mis hijos, mi mujer, mis padres, mis suegros. Me preocupa menos el trabajo (...) Me preocupa menos el estatus profesional (...). Preocuparme pues la salud de mi familia.” (Luis, ambos COVID persistente, pareja de Patricia)

En lo que concierne a los hombres con COVID persistente y cuyas parejas también están enfermas, las preocupaciones se circunscriben a su propia salud, a la salud de sus parejas y a la salud de sus familiares. En el caso de Luis las preocupaciones sobre el trabajo y el estatus profesional pierden fuerza y pone más atención y valora la salud de su familia.

5.4.3. Apoyo social

El apoyo social que han recibido las personas afectadas por el COVID persistente y sus parejas ha venido por parte de sus familiares, de su entorno social, por parte del colectivo Long COVID Aragón y también de su entorno laboral. A continuación, se muestran fragmentos concernientes a este tipo de apoyo. El análisis se hará partiendo de dos bloques: el apoyo que han recibido los hombres con COVID persistente y las mujeres que igualmente se han visto afectadas por la enfermedad.

“Pues la verdad es que he tenido suerte, bien. La inmensa mayoría con la que hablo (...) me creen y están apoyándome y dando el apoyo que pueden, que a veces simplemente es decirte “ánimo, adelante”, otras veces viniendo a tomar un café por aquí cerca.” (José, COVID persistente)

“Me apoyan mucho, tanto mi familia como mis amigos, (...) en eso sí que estoy muy agradecido que desde el primer minuto me han ayudado.” (Jaime, COVID persistente)

“Conocen mi situación y aceptan el hecho o ganas de que no me apetezca hacer tanta vida social como antes, y de mi entorno profesional pues suerte por la posición y el tiempo que llevo no hay ninguna desconfianza e incertidumbre conmigo (...) en general me han echado una mano, o trabajar desde casa.” (Pablo, ambos COVID persistente)

Los discursos de los hombres con COVID persistente sobre el apoyo que han recibido son confortadores ya que en líneas generales se han sentido respaldados y apoyados socialmente. El apoyo que han recibido ha estado basado en la empatía, en la escucha y en la solidaridad. En el caso de Pablo, su entorno laboral le ha puesto facilidades para que pudiera desarrollar sus funciones desde una posición donde se sintiera más cómodo.

“Yo me siento muy afortunada porque en mi entorno más cercano no me ha cuestionado, en el trabajo me apoyaban, me ofrecían descansos y redistribución de la jornada laboral. He adaptado mi vida a la enfermedad, y por eso igual estoy recuperada.” (Marta, COVID persistente)

“Mi suegra y mi madre están preocupadísimas. Pero el resto de personas no entienden lo que me pasa, no entienden por qué estoy de baja, (...) creen que le echo cuento porque yo disimulo. Pero nadie lo entiende, es más, esa amiga en la que yo me apoyaba llegó a decirme que no me obsesionara con el peso.” (Isabel, COVID persistente)

“Al principio el que menos me entendía era mi marido, y luego está mi hija en la etapa adolescente que está pidiendo su propio ritmo, entonces (...) he tenido amigos de toda la vida que cuando estaba mal quedaban conmigo para pasear. (...). Antes con mi vecina salíamos diariamente, pero ahora por ejemplo me falla, me junté con la gente del colectivo, y bueno, yo soy una persona que soy bastante ayudadora y me he sentido apoyada.” (Cristina, COVID persistente)

“Hay mucha gente que he dejado de ver, que ni se preocupan. En general no lo entienden: ¿pero todavía estás así? Pues yo te veo bien. Te veo buena cara. En mi trabajo por ejemplo se burlaban del COVID persistente, y desde que lo dije sí me miran raro, eres el bicho raro.” (Carmen, ambos COVID persistente)

Los discursos de las mujeres con COVID persistente toman de apoyo social a aquel que se lo proporcionan su familia, sus amistades y su entorno laboral. Los cuatro fragmentos elegidos difieren entre sí: por un lado, el apoyo que ha recibido Marta por parte de su entorno laboral ha sido muy beneficioso, no sólo por la empatía sino también por la enfermedad. En el caso de Isabel, su familia cercana (su madre y su suegra) se preocupan sobre la situación que está atravesando, pero no recibe ese apoyo de nadie más. Respecto a la familia de Cristina, al principio no demostraron su apoyo ya que no lograban entender lo que le estaba sucediendo. El apoyo social que ha recibido y que ha construido ha sido a través de la Asociación Long COVID Aragón. En último lugar, cabe destacar que la experiencia de Carmen respecto al apoyo social ha sido nula, llegando incluso a recibir burlas y comentarios negativos sobre su enfermedad.

5.4.4. Sentimientos

El análisis del presente apartado se dividirá mediante la siguiente clasificación: los sentimientos que experimentan los hombres (únicamente con COVID persistente ya que las parejas de las mujeres con COVID persistente no han expresado sus sentimientos) y posteriormente aquellos sentimientos que provienen de las mujeres, comenzando por aquellas que no tienen COVID persistente.

“Pero sí que te sientes muy limitado, tanto físicamente como mentalmente. Lógicamente te sientes limitado, como persona te sientes limitado.” (José, COVID persistente)

“Físicamente mal porque te ha cambiado la vida (...) Estoy con depresión también, estoy con un psiquiatra visitándome.” (Jaime, COVID persistente)

“Moralmente lo llevamos bastante mal, es una desmotivación. (...) Ahora mismo con pocas expectativas.” (Luis, ambos COVID persistente, pareja de Patricia)

De estos extractos los sentimientos que expresan tener los hombres con COVID persistente son de limitación, por parte de José, y de depresión, desde la perspectiva de Jaime. Se observa una falta de comunicación activa respecto a las emociones y los

sentimientos que experimentan, principalmente en los hombres que no tienen COVID persistente.

“Cuando entré en depresión me costaba hacer el día a día muchísimo (...) Pues salí con pastillas y con la psicóloga, (...) y estuve yendo a la psicóloga pues unos cinco meses y con las pastillas estuve otro rato tomándolas.” (Noelia, pareja de José)

“En los peores momentos de relación en casa yo creo que sí, que estaba deprimida, enfadada, preocupada. (...) Lo llevé sola, internamente, no lo compartí con nadie hasta navidad, que lo compartí con mi hermana, que fue cuando tuve una crisis de ansiedad.” (Ana, pareja de Juan)

“Del COVID persistente me siento frustrada, acude un día a un médico, acude a otro y le dicen: no tienes nada (...). Esa frustración cuando él me la transmite parece que se multiplica por doce.” (Celia, pareja de Jaime)

Los sentimientos que presentan las mujeres (parejas de hombres con COVID persistente) son fundamentalmente la depresión y una frustración elevada. La preocupación que tienen ellas por sus parejas enfermas ha derivado en tratamiento farmacológico y en crisis de ansiedad.

“Estoy totalmente agotada, desanimada (...). Yo creo que mis propios médicos se han rendido. Me siento agotada, es una presión en el pecho que antes no tenía.” (Isabel, COVID persistente)

“Yo he sido super independiente, entonces el hecho de pedir ayuda ahora es que uf, me cuesta. Al principio me sentía muy en deuda, me sentía en deuda con ellos (con mis padres).” (Laura, COVID persistente)

“Siempre he sido muy positiva a lo largo de estos años, pero en las charlas de COVID siempre decía: quiero volver a ser yo, pero ahora esa incertidumbre me supera. (...) al principio como que no me entendían, mi marido y yo lo cogimos a la vez, y entonces era como que no entendía que no me recuperase, me decía que ya me pasará, y al principio le costó mucho.” (Cristina, COVID persistente)

“Fatal, fatal, porque estás mal, nadie sabe lo que te pasa, te dicen que no deberías estar mal, como volcando toda la responsabilidad en ti.” (Marta, COVID persistente)

Se han elegido estos verbatim de las mujeres con COVID persistente de los que podemos discernir varios sentimientos con los que se encuentran. En primer lugar, Isabel muestra un agotamiento, en este caso por la falta de compromiso por parte del sistema sanitario. El hecho de que Laura haya sido independiente antes de tener la enfermedad le ha supuesto un esfuerzo pedir y aceptar ayuda de otras personas, como es el caso de sus padres. La incomprensión y la incertidumbre son sentimientos propios de Cristina, ya que desde un primer momento su familia no terminó de comprenderla. En último lugar, el entorno social de Marta ha puesto la responsabilidad de sentirse bien sobre ella, sintiéndose al mismo tiempo incomprendida por su entorno.

“Por ejemplo, ayer tuve fiebre. Me da igual, me tomo un paracetamol de 1 gramo, me peino, me maquillo, me arreglo, me puse un pequeño tacón y me fui de vermut. (...) Pues igual lo hago una vez cada 15 días. ¿Entonces qué ocurre? Como nadie entiende esta enfermedad, me siento muy cautelosa, siento como si estoy haciendo algo mal el día que me doy ese autocuidado. (...) Y tengo miedo de que me vea alguien que me conoce y me pueda juzgar, y que por eso peligre mi puesto de trabajo. Y no me siento libre, no me siento libre de ir a un centro comercial a comprarme ropa porque no me vale nada, y me voy como a escondidas de que alguien me pueda ver. Siento que estoy haciendo algo malo.”
(Laura, COVID persistente)

El discurso de Laura se puede analizar como una analogía de los discursos de las sobrevivientes de agresiones sexuales, en las que son juzgadas si no se comportan como tendría que hacerlo la “buena víctima”. Según Butler (2009) las normas que conciernen al género nos indican cómo debemos actuar y sobre quién se pondrá el estigma cómo y si aparecemos en el espacio público.

5.5. Apoyos institucionales

5.5.1. Apoyo médico de la Seguridad Social y privado

En la presente sección se analizarán los discursos relacionados al apoyo que han recibido de las instituciones médicas, ya sea por parte de la sanidad pública o por parte privada. Se tendrán en cuenta todos los verbatim, tanto de las personas con COVID persistente como de sus parejas, ya que el COVID persistente ha repercutido de manera diferente en la salud de todas las personas.

“Hay que pagar, afortunadamente mi empresa me paga parte del seguro médico privado, y he ido a muchos médicos y me han hecho muchas pruebas que en la pública no me las hubieran hecho (...) El fisio me lo estoy pagando yo, no entra

en el seguro privado ni en la Seguridad Social y hay que pagarlo todos los meses. Cuesta dinero estar en esta situación.” (José, COVID persistente)

“Médico sí, mi médica de familia sí que me apoya, la inmensa mayoría de los médicos que he ido, quitando a un par que no lo tenían en cuenta, he tenido la suerte de que sí”. (José, COVID persistente)

“Sí, tuve terapia con una psicóloga (privada) y luego también he visitado consultas de médicos privados”. (Juan, COVID persistente)

“El único apoyo que he tenido psicológico es el psiquiatra de la Seguridad Social que me ha escuchado, me mandó una medicación y me dijo: ya vienes en junio, vamos hablando y tal.” (Jaime, COVID persistente)

“Mi médica de cabecera fue un caso especial porque a lo primero al ser una cosa nueva no se lo creía, pero luego sí me ha apoyado mucho.” (Jaime, COVID persistente)

“He tenido que invertir dinero. Pruebas diagnósticas que no entran en la pública, me he tenido que pagar la privada, aparte hay pruebas de esfuerzo que no entran y me las he tenido que pagar yo.” (Luis, ambos COVID persistente)

El COVID persistente se trata de una enfermedad que goza de poco apoyo institucional público. Las pruebas a las que han accedido José, Juan y Luis han sido a través de consultas de medicina privada. Por otra parte, se recogen fragmentos en los que se refleja el apoyo que han recibido del personal sanitario en lo que respecta a su enfermedad: si les han creído y qué acciones han tomado para estudiar sus casos personales.

“Por el trabajo yo tengo Adeslas, no puedo ir por la Seguridad Social. He ido al vascular, me he notado bultos por las piernas (...) (El médico especialista) me decía que eso era una percepción mía y que tenía solo sensaciones (...) No me miró el resto de las piernas, solo me miró el torrente sanguíneo detrás de las rodillas.” (Isabel, COVID persistente)

“Fui al neurólogo (...) ni siquiera miró el informe, tuve que insistirle y a la tercera ya miró los resultados del tac. Me dijo: ¡Tú no tienes nada! Estos son los resultados de una cefalea de COVID persistente, deja de buscar que si buscas encontrarás.” (Isabel, COVID persistente)

“Cuando ya vi que llevaba 2 meses y que iba a peor porque me ahogaba muchísimo la Seguridad Social me dice que paciencia. (...) El colectivo Long COVID recomendaban un médico privado y las pruebas para descartar que yo tuviera secuelas pues fueron 1000 euros. (...) Entonces como yo no tengo secuelas, cada mes voy al médico, son 30 euros, más el tratamiento que me ha metido mi médica que son 80 euros, y además yo me suplemento. (...) Entonces yo al mes, en suplementación me gasto unos 150 euros.” (Laura, COVID persistente)

“He tenido que pagar con la neuropsicología, (...) he tenido que hacerme un seguro para hacerme las pruebas. (...) El hecho de ser sociosanitaria sí me ha facilitado bastante, porque al tener a mi hermana (médica), al saber explicarle al médico lo que me pasaba, el decirle al médico oye me puedes mandar a este sitio, he tenido otra aceptación que otros pacientes que no tienen ese conocimiento. (...) Sí que he tenido gasto, y mucho desgaste en ir buscando de un sitio para otro porque no se sabe realmente.” (Cristina, COVID persistente)

“Hemos tirado de ahorros para pagar de todo, tratamientos médicos, pruebas, etc. Cosas que no entraban en la Seguridad Social ni en el seguro privado.” (Marta, COVID persistente)

“Pensé en ir a la psicóloga, pero he tenido tantos médicos y sigo teniendo tantos médicos que eso es un gasto porque la sanidad pública no nos está atendiendo debidamente, al final lo he ido aplazando porque quería empezar con lo físico que es lo que peor llevo.” (Carmen, ambos COVID persistente)

El caso de las mujeres respecto al sistema sanitario público es en líneas generales análogo al de los hombres: no han sido respaldadas por la sanidad pública. No obstante, la diferencia fundamental reside en el trato de algunos profesionales médicos hacia sus pacientes a través de una invalidación como es el caso de Isabel.

“Las pastillas me parece que no costaban ni 1 euro con la receta de la Seguridad Social, pero la psicóloga sí. Porque es que necesitaba la ayuda ya, por la Seguridad Social si necesitas ayuda psicológica no es tan inmediato.” (Noelia, pareja de José)

“Y lo de la ayuda psicológica para él desde el inicio nos hubiera venido muy bien. Incluso para mí. Él decía que yo necesitaba la ayuda psicológica, que yo era el problema. Pues ayuda psicológica a las familias.” (Ana, pareja de Juan)

“Quizás necesitaría a alguien que aparte de él, alguien que me dijera: va a ir bien. Esa herramienta psicológica, ese apoyo de va a ir bien, necesito ese va a ir bien que todavía no lo he percibido de ningún sitio.” (Celia, pareja de Jaime)

En última instancia las parejas de los hombres con COVID persistente reclaman una atención y una herramienta psicológica que pueda cubrir las necesidades de la salud mental acarreadas por la situación.

5.5.2. Apoyo de la asociación Long COVID Aragón

La asociación Long COVID Aragón aúna aquellas personas que han sido afectadas por el COVID persistente, y lucha por un reconocimiento de la enfermedad y los derechos que deben tener las personas enfermas. En las entrevistas, las personas con COVID persistente han descrito cómo se sienten en la asociación y aquello que les gustaría que se lograra desde esta.

La afirmación general de todo el grupo ha sido que el mayor beneficio de tener una asociación dedicada a esta nueva enfermedad es la capacidad de esta para dar soporte desde diversos enfoques. Como veremos en los próximos fragmentos, es complicado discernir de manera aislada una característica que defina concretamente la ayuda de la asociación, ya que los testimonios aportan varias razones que se entienden mejor ligadas entre sí y que dan en conjunto una explicación compleja.

“Son un apoyo... muy muy necesario. No tienes que explicarles lo que te pasa, no tienes que justificar lo que te pasa, te entienden perfectamente, son gente que están investigando y trabajando mucho. Dan muchísimo muchísimo apoyo y conocimiento.” (José, COVID persistente)

“Me parece muy interesante (...) para recibir información, porque primero cuando me asocié no había mucha información sobre COVID persistente, no era una cosa tan conocida, no estaba diagnosticado como tal.” (Juan, COVID persistente)

“Buscaba gente como yo, apoyo, y aparte de apoyo, pues que cuando tu comentas en Facebook cualquier cosa del tensiómetro pues que te entendieran, porque el resto no entiende. Como una especie de familia, de grupo de apoyo, contando las penas un día cada uno.” (Jaime, COVID persistente)

Como se infiere de los testimonios, un pilar determinante para el proceso de sobrellevar y manejar esta enfermedad es el conocimiento de la misma. Por ello, no es

de extrañar que muchas de las personas entrevistadas valoren la asociación como un lugar seguro al que acudir en busca de respuestas mucho más completas y comprensivas que en los entornos médicos habituales o en otras plataformas.

“Pues porque creo que no se nos está haciendo caso desde las instituciones públicas, (...) según te asignen el médico puedes tener una forma diferente de abordaje de la enfermedad, hay gente que nos lo ha negado, porque soy una fiel convencida de que los cuidados deben ser igual para otros y la sanidad pública es quien debe hacerse cargo (...) Siempre decimos que nos entendemos y aunque estemos cansados nos prestamos atención.” (Cristina, COVID persistente)

“Es el único recurso que existe para nosotros. En medicina convencional, en la Seguridad Social desconocen totalmente esta enfermedad, mi médica no conoce de qué va el rollo. Se entera por lo que yo le cuento (...) Es el único sitio donde he encontrado respuestas y apoyo.” (Laura, COVID persistente)

“Pues ahora mismo por ayudar, porque cuando me metí fue por información, por estar al tanto de las últimas cosas, por saber si podía conseguir médico, alguna estrategia que me ayudara y lo conseguí.” (Luis, ambos COVID persistente)

Dentro de los mensajes se intuye un grado de abandono general por parte del personal médico cualificado y de los organismos médicos. En muchos de los casos, la confianza que, por norma general, es depositada en las instituciones sanitarias se ha visto desplazada hacia la asociación por el alto grado de conocimiento que tiene esta de la enfermedad, por tanto, de cierta manera suple esa función de las instituciones sanitarias. A través de estas declaraciones se puede comprobar que las personas, además de tener que lidiar con la enfermedad y sus síntomas, se les suma la incomprensión del profesional sanitario por la falta de información sobre el COVID persistente.

“Al principio cuando había la situación de invisibilidad, no se entendía lo que teníamos, (...) vimos que se nos estaba dejando de lado y no había interés, y vimos cómo se nos quería borrar del mapa. Creo que es lo mejor para que se muevan las cosas, hay que hacer ruido, e individualmente nunca vas a hacer ruido.” (Pablo, ambos COVID persistente)

“Pues porque pienso que nos tenemos que unir, la fuerza hace la voz, si hay alguien que pueda llegar a ayudarme con algo, o yo ayudar a alguien (...).

Sabíamos que esto podía pasar, el problema es que nadie dice nada en los medios de comunicación, lo esconden.” (Isabel, COVID persistente)

“Me apunté para ayudar porque no conocía a nadie aquí, estás enferma y estás sola, pero ya que había alguien que había dado el paso, pues eso.” (Carmen, ambos COVID persistente)

El grado de abandono expuesto por las personas con COVID persistente no solo se limita a las organizaciones médicas, sino que se extiende a otros ámbitos. Es por eso por lo que consideran que la unión de todo el colectivo hará que su lucha y sus demandas sean escuchadas por las diferentes instituciones. Es importante señalar la disposición de varias de las personas, en su mayoría mujeres, en ayudar a otras dentro de la misma asociación.

Asimismo, se les preguntó sobre qué aspecto les gustaría que la asociación tomara partido y en líneas generales comentaron dos puntos: el crear una red de apoyo y de entendimiento, y en segundo lugar una petición a que las instituciones públicas apoyen este colectivo de personas enfermas.

“Lo único que me gustaría tomar un café con alguien y que me entiendan, porque la gente de mi alrededor no lo entienden.” (Isabel, COVID persistente)

“Me gustaría que la asociación pudiera dar un modelo como el de asociación contra el cáncer, pero somos voluntarios, no tenemos recursos apenas. Pues conseguir más abogados, fisios, pero es difícil.” (Luis, ambos COVID persistente)

“Yo creo que incorporar reuniones grupales, igual que alcohólicos anónimos (risas) lo veo positivo.” (Laura, COVID persistente)

Por un lado, un grupo de personas aboga por crear una red de apoyo en la que poder compartir experiencias y una red de escucha cuya base sea la empatía. Ante la falta de un sistema público que ampare a las personas con COVID persistente, Luis reclama que se puedan conseguir más profesionales que pongan más fácil la vida a las personas con COVID persistente.

“Me gustaría poder conseguir como persona de la junta que nos llegara a todos esa intervención de salud sin tener que hacerlo de forma privada y sin hacer esa distinción de clases sociales.” (Cristina, COVID persistente)

“Quizás... pues un poco sí me gustaría que hubiera más implicación y más presión a partidos políticos, a instituciones, pero sí que hacen lo que pueden.”
(José, COVID persistente)

En una línea similar a la de Luis, Cristina y José solicitan que las instituciones y los organismos públicos sean los encargados de abordar esta problemática y no se tenga que recurrir, como explica Cristina, a entidades privadas en las que otras personas de diferente nivel socioeconómico no pueden tener acceso.

6. Discusión

6.1. Reparto de tareas domésticas y del cuidado de menores.

La distribución de las tareas domésticas en aquellas familias en las que el hombre tiene COVID persistente, la enfermedad ha acarreado un mayor trabajo para las mujeres. Partiendo de la situación inicial donde eran ellas quienes soportaban la mayor carga de trabajo doméstico, a raíz del COVID persistente, se suma la carga de trabajo doméstico adicional de sus respectivas parejas manteniendo la realización de aquellas actividades que hacían anteriormente, ya que ellos se ven limitados por la enfermedad para desarrollarlas.

Con relación al cuidado de menores, de igual manera que sucede con el trabajo doméstico, son ellas las que principalmente se encargan de la organización y de llevar a cabo los cuidados correspondientes de sus criaturas. Con el COVID persistente, como consecuencia de la limitaciones físicas y psicológicas que padecen los hombres, son las mujeres las que se han convertido en las principales proveedoras de los cuidados en el ámbito doméstico.

Durante el confinamiento, las mujeres fueron las que realizaron en mayor medida las tareas domésticas y de cuidado de menores (González Moreno & Cuenca Piqueras, 2020) y esta tendencia se ha mantenido y se ha acentuado en aquellas familias donde el hombre tiene COVID persistente.

El hecho de que las mujeres sostuvieran mayormente las tareas domésticas y el cuidado de criaturas se repite también en aquellas mujeres con COVID persistente. Como se ha podido observar de los discursos y del marco teórico, se trata de una enfermedad limitante, no obstante, las mujeres que tienen COVID persistente continúan liderando los cuidados de sus hijos e hijas y el trabajo doméstico.

En aquellas familias en las que se da la presencia de un servicio doméstico externo, las tareas domésticas usualmente son repartidas equitativamente, no obstante, de las tareas restantes algunas de las mujeres mantienen una mayor implicación en la realización de estas en comparación a sus parejas. El objetivo de las trabajadoras domésticas externas es realizar las tareas de limpieza y orden del hogar, siendo los cuidados de los menores responsabilidad de los padres y madres. Del mismo modo que ocurre con los hombres que tienen COVID persistente, las familias en las que la mujer padece la enfermedad son ellas las que continúan encargándose en mayor medida de los cuidados de sus hijos e hijas.

Por otro lado, durante el transcurso de las entrevistas las respuestas a algunas preguntas no concordaban con las respuestas que había dado su pareja: las mujeres indicaron realizar más tareas domésticas que los hombres y proveer más cuidados a los menores, mientras que los hombres se atribuían en mayor medida tanto las tareas domésticas como los cuidados. Una explicación que justifica las percepciones diferentes entre ambos grupos es que los hombres ignoraban la carga mental y la organización previa a realizar para llevar a cabo la ejecución del trabajo doméstico y cuidados, y aparte, inconscientemente, tanto hombres como mujeres intentaban mostrar su mejor versión de ellos mismos y tendieron a ensalzar las tareas domésticas y de crianza que realizaban en sus hogares.

6.2. ¿Quién cuida a quién?

De los análisis de los resultados se observa el excesivo cuidado que proporcionan las mujeres a sus parejas, independientemente de si ellas tienen COVID persistente. De sus discursos es reseñable la manera en que se comunican, ya que las mujeres normalizan una sobreimplicación en su pareja, una intrusividad y un constante cuidado. Dentro del sistema patriarcal en el que vivimos, el proceso de socialización entre mujeres y hombres ha sido antagónicamente diferente. Tanto la primera como la segunda socialización en las mujeres han estado dirigidas a los cuidados, a la dedicación hacia otras personas y su ética está basada en los cuidados y en la responsabilidad, al tiempo que los problemas de los hombres son obstáculos que deben ser suprimidos o problemas que solucionar (Izquierdo, 2013).

Los cuidados que reciben las mujeres con COVID persistente vienen acompañados de una culpabilización y de un sentimiento de estar en deuda con la persona que les cuida, ya que, previo a la patología, no recibían esos cuidados necesarios. Si anteriormente se ha visto que las mujeres realizan el trabajo doméstico y

además proveen cuidados a sus parejas y a los menores, ¿quién las cuida a ellas? Una forma que han encontrado para dar respuesta a esta pregunta es el autocuidado. Sin embargo, este tipo de cuidado es percibido como una práctica egoísta puesto que implicaría la desatención de las necesidades de otras personas. En segundo lugar, el cuidado que reciben las mujeres viene de su familia: de sus padres, de sus hermanas, de los hijos e hijas, y de la familia extensa. Los cuidados y la atención que reciben son comprendidos desde un punto de vista extraordinario, especialmente, los que son provistos por sus parejas. El modelo de la doble presencia indica que, a pesar de la incorporación de las mujeres en el mercado laboral, no se ha plasmado en los hombres un tiempo equivalente en tiempos de cuidados o en una corresponsabilidad compartida (Muñoz Terrón & Martín Palomo, 2013). Otro aspecto a tener en cuenta que viene de las mujeres con COVID persistente es la dificultad o la incomodidad a la hora de pedir ayuda, ya que de esta manera estarían rompiendo con los roles de género.

Las maneras de cuidar difieren entre mujeres y hombres. Para proveer cuidados a sus parejas con COVID persistente, las mujeres han dejado de realizar actividades cotidianas como el autocuidado, el deporte, o el poder pasar tiempo con la familia o con amistades. En estos casos, se pone de relieve la sobrecarga de cuidados informales que llevan a cabo, alejando los suyos propios hacia un segundo plano. Sin embargo, en las mujeres con COVID persistente los cuidados o la atención que han podido recibir de sus parejas no ha tenido impacto en la cotidianidad de los hombres. Esta falta de cuidados no viene dada por un incremento en la jornada laboral o por otras circunstancias externas, sino que se debe en parte a la división sexual del trabajo y por cómo se estructura esta división: los hombres son los encargados del trabajo asalariado y son ajenos a los cuidados, el cual es un trabajo tradicionalmente relegado a las mujeres. Esto queda reflejado en las preocupaciones: las de ellas son fundamentalmente la salud de sus parejas y la de su familia, mientras que la de los hombres son inquietudes que afectan en su cotidianidad con relación a ellos mismos y los espacios que frecuentan.

Pese a esta división dicotómica, en las parejas en las que ambos tienen COVID persistente han dado cuenta de un apoyo, atención y cuidados mutuos, rompiendo con el estereotipo de hombre ajeno a los cuidados. No se han observado diferencias en las preocupaciones ni en el trabajo de cuidados en estas parejas entre hombres y mujeres.

En última instancia, cabe colegir la visión que tienen tanto hombres como mujeres en cómo tiene que ser una mujer: una *superwoman*. El síndrome de la supermujer vende una falsa emancipación a las mujeres que acceden a la esfera pública

en la cual tienen un trabajo asalariado, pero al mismo tiempo deben tener presentes y proporcionar los cuidados necesarios para el mantenimiento del hogar y de las personas (Romero González, 2017).

6.3. Autoconcepto y estado emocional.

Según los roles de género tradicionales, los hombres no muestran las emociones ya que son considerados seres racionales, mientras que las mujeres son percibidas como individuos emocionales. Dentro de la categoría emocional, se pueden distinguir dos grupos: aquellas emociones consideradas como poderosas (ira, orgullo, etc.) las cuales están ligadas a los hombres, o en contraposición, las no poderosas (culpa, vergüenza, etc.) que quedan relegadas a las mujeres (Valor-Segura, et. al, 2010).

De los discursos de las entrevistas se observa una falta de comunicación activa por parte de los hombres a la hora de expresar sus emociones, sin embargo, las mujeres comunicaban sus sentimientos cada vez que lo consideraban necesario. Aquellos sentimientos que predominan en los hombres con COVID persistente son de limitación y de depresión, los cuales están relacionados con sus estados de salud.

Antagónicamente, las mujeres también indican sentimientos que aluden a la enfermedad, no obstante, predominan aquellos que surgen a raíz de opiniones y juicios externos sobre ellas. Por un lado, han sufrido depresión y han tenido que recurrir al consumo de psicofármacos, los cuales son en mayor medida recetados a mujeres que a hombres (Benedicto, 2013) y, por otro lado, frustración por la situación que están atravesando sus parejas con COVID persistente. En segundo lugar, las mujeres expresan sentimientos de agotamiento respecto a la falta de profesionalidad del sistema sanitario. Asimismo, respecto al apoyo y ayuda que han podido recibir de sus familiares, emergen diferentes emociones, desde la incertidumbre, el sentimiento de deuda con aquellos familiares que brindan ayuda hasta la incompreensión por parte de estos.

El autoconcepto de las mujeres ha bajado debido a los cambios físicos que han experimentado con el COVID persistente. La femineidad normativa persigue estándares de belleza lejos de la realidad y, por tanto, al no poder cumplirlos, se da una baja autoestima (Benedicto, 2013).

En último lugar, cabe destacar que de manera general los discursos de las mujeres hacían alusión a los discursos de las mujeres sobrevivientes de agresiones sexuales: se les cuestionaba la sintomatología que tenían y debían cumplir con el “rol de enfermas”, debían tener un comportamiento propio de esta condición. El sentimiento

de culpa ha estado presente en gran parte de las mujeres entrevistadas con COVID persistente.

6.4. Apoyos recibidos desde la perspectiva social, médica y asociacional.

En este punto se va a hacer un análisis de los apoyos que han recibido las personas con COVID persistente, haciendo énfasis en las diferencias de género existentes. En primer lugar, el apoyo social que han descrito las personas entrevistadas ha estado basado en determinadas conductas que han percibido, como la escucha, la demostración de interés y atención, o los cuidados recibidos. El apoyo social que han explicado viene dado por una red informal, es decir, aquel recibido por la familia, los cónyuges y las amistades (Aranda & Pando, 2013), y por otro lado el recibido en el ámbito laboral.

Teniendo en cuenta la definición anterior, podemos encontrar un rasgo común presente en las declaraciones de los hombres entrevistados: el gran apoyo recibido. Ese apoyo social basado en la comprensión de la enfermedad sin poner en duda sus discursos les ha permitido sentirse respaldados, lo que explica el grado elevado de satisfacción en relación con este asunto. En este sentido y teniendo presente las categorías anteriores del análisis, queda implícito que además del apoyo obtenido de sus amistades y de su entorno laboral, existe un paraguas de ayuda familiar y de amistades como base de este apoyo social.

Sin embargo, frente al discurso generalizado de los hombres, se encuentra uno muy dispar entre las mujeres entrevistadas. No obstante, se puede destacar que, salvo una excepción, se pone en mayor duda la sintomatología cuando el relato proviene de una mujer. El apoyo que encuentran ellas suele ser del entorno más cercano, aunque la incredulidad puede partir en los tres niveles analizados (familia, amistades y entorno laboral), por lo que en su mayoría se sienten menos respaldadas socialmente que los hombres.

En lo concerniente al apoyo médico cabe colegir que en líneas generales la Seguridad Social no ha cubierto las necesidades de las personas con COVID persistente (ni de sus parejas), no obstante, la principal diferencia entre mujeres y hombres reside en el trato recibido. Si bien es cierto que el COVID persistente es una enfermedad poco conocida hoy en día, el personal sanitario que atendió a los hombres escuchó sus necesidades y su problemática, y fueron derivados a las diferentes especialidades. Diametralmente opuesto, las mujeres no han recibido apoyo médico, no han sido escuchadas ni tratadas adecuadamente a no ser que estuvieran formadas en el sector

sociosanitario, llegando incluso a ser invalidadas en algunos casos. Cabe argüir la importancia de incluir la salud mental como un eje más del tratamiento, dado que sigue sin considerarse en el sistema sanitario como un elemento diferencial en la mejora del estado de salud y bienestar de las personas. Como se ha mencionado en el punto anterior, los sentimientos que han experimentado mujeres y hombres son diferentes, y estos merecen un abordaje psicológico desde una perspectiva de género. Desde el punto de vista institucional, la Seguridad Social no ha sido capaz de abordar la problemática del COVID persistente, dejando de lado y descubiertas a todas aquellas personas que no tienen recursos económicos para acceder a un sistema sanitario privado.

En último lugar, un apoyo fundamental que han tenido las personas con COVID persistente ha sido la Asociación Long COVID Aragón, a través de la cual han compartido información sobre el COVID persistente, se han apoyado y entendido mutuamente sin necesidad de justificar su situación como en otros ámbitos. Cabe destacar que las principales encargadas de sostener la asociación y de mantener la actividad de la misma son las mujeres, ya que están más dispuestas a ayudar. No se puede entender la importancia de esta asociación sin el contexto de ruptura del Estado de Bienestar que ha llevado a un encarecimiento de las políticas públicas (Tobío, 2013) y los cuidados que deberían ser asumidos por el Estado. En este caso estos han sido asumidos por un grupo de voluntarias creando una asociación imprescindible que sin la cual la situación de las personas con COVID persistente sería de un mayor desamparo.

Nuevas líneas de investigación

Las personas voluntarias que han participado en la investigación pertenecen a niveles socioeconómicos medio-alto. El impacto del COVID persistente en las personas con un nivel socioeconómico bajo es otro punto de partida interesante donde la categoría clase y género interseccionan y crean experiencias completamente diferentes. No obstante, las complicaciones que se presentan para acceder al diagnóstico del COVID persistente es la poca accesibilidad a las pruebas con las que se infiere el diagnóstico de la enfermedad del COVID persistente. Dentro del marco de la sanidad pública el escaso conocimiento de la enfermedad imposibilita la derivación de los pacientes a las especialidades para una valoración acertada. Tanto en España como en otras regiones en las que carecen de un sistema sanitario público robusto, el carácter económico prohibitivo de las pruebas en centros privados que descartan las secuelas del COVID-19 son el delimitante para poblaciones con un nivel de renta medio-bajo.

Asimismo, mencionar para las futuras investigaciones la necesaria inclusión dispar de los niveles sociales entre los integrantes de la pareja, esto es:

- La mujer como el hombre tienen el mismo nivel social (composición homogénea),
- El hombre tiene una clase superior (composición heterogénea tradicional)
- La mujer, por el contrario, es quien tiene una clase superior (composición heterogénea no tradicional).

Siguiendo un marco interseccional, al mismo tiempo la investigación debería trasladarse a la categoría raza y preguntarnos finalmente como el COVID persistente ha impactado en el apoyo social, en las relaciones interpersonales y en el trato médico en función de esta.

Limitaciones

La mayor limitación que se presentó a la hora de realizar la investigación fue encontrar hombres voluntarios para la categoría de hombres con COVID persistente. Según la Sociedad Española de Médicos de Familia y Generales, 4 de 5 personas que tienen COVID persistente son mujeres, por tanto, la mayoría de las personas voluntarias han sido ellas, no obstante, sí se han presentado hombres, pero la mitad de ellos encajaban en la categoría de ambos con COVID persistente.

7. Conclusiones

El presente TFM ha tenido como objetivo analizar el impacto del COVID persistente en el marco de las relaciones heterosexuales con perspectiva de género. El análisis de los resultados ha puesto de manifiesto cómo la distribución de los cuidados difiere sustancialmente entre mujeres y hombres, tanto en proveer cuidados a personas dependientes, a la pareja o en el autocuidado. En virtud de ello, y siguiendo la argumentación seguida en el presente trabajo, se obtienen las siguientes conclusiones:

1. El patrón de los roles de género no se ha alterado, sino que se mantiene la misma dinámica previa al COVID persistente, incluso en algunos casos se ha reforzado la idea vinculada a que las mujeres tienen que dedicarse a los cuidados. Considerando la socialización y los roles de género impuestos, las mujeres han priorizado el hecho de cuidar a sus parejas dejando de lado su autocuidado. Por otro lado, y siguiendo la misma línea, los hombres se han desarrollado en la esfera pública en la que la enfermedad de sus parejas ha tenido un impacto mínimo.

2. Las mujeres con COVID persistente han cargado con su propio cuidado, con el de su familia, con el trabajo doméstico y con otros aspectos como el trabajo asalariado. Si añadimos la falta de apoyo social que sí han tenido los hombres con COVID persistente a estos factores, nos encontramos con que las mujeres que cargan con más responsabilidades presentan mayor probabilidad de desarrollar algún tipo de enfermedad mental.
3. El continuo deterioro del estado de bienestar que viene dándose en los últimos años ha supuesto una disminución de las políticas públicas dirigidas a los cuidados de personas dependientes, lo que genera que las familias suplanten esa carencia y los cuidados sean provistos por la red familiar y social. La Seguridad Social no ha contado con los recursos necesarios para brindarles apoyo, protección o seguridad a las personas con COVID persistente, por lo que estas se han visto obligadas a recurrir a instituciones médicas privadas a las que las personas con menos recursos no han tenido la oportunidad de acceder.
4. La participación activa de la ciudadanía ha puesto de manifiesto la importancia de crear una red de cuidados y apoyo, cuestionando la lógica capitalista y patriarcal. La creación de comunidades como la asociación Long COVID Aragón es una herramienta que ayuda ahí donde fallan las instituciones, que combate contra la vulnerabilidad de las personas enfermas y al mismo tiempo crea redes y conexiones entre las personas de la asociación.

8. Bibliografía

- Aguirre, A., Batthyány, K., Sucro Somma, L., Salvador, S (2009). *Las bases invisibles del bienestar social: el trabajo no remunerado en Uruguay*. Instituto Nacional de las Mujeres.
- Arconada Melero, M. Á. (2008). El reto de educar a alumnos igualitarios. *Padres y Maestros/Journal of Parents and Teachers*, (316), 9-11.
- Benedicto, C. (2018). Malestares de género y socialización: el feminismo como grieta. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 607-625.
- Benería, L. (1981). Reproducción, producción y división sexual del trabajo. *Mientras tanto*, (6), 47-84.
- Borderías, C., Torns, T., & Carrasco, C. (2018). *El trabajo de cuidados: historia, teoría y políticas*. Los Libros de la Catarata.

- Butler, J. (2009). Performatividad, precariedad y políticas sexuales. *AIBR: Revista de Antropología Iberoamericana*, 4(3), 321-336.
- Brunet Icart, I., & Santamaría Velasco, C. A. (2016). La economía feminista y la división sexual del trabajo. *Culturales*, 4(1), 61-86.
- Campillo, F. (2000). El trabajo doméstico no remunerado en la economía. *Nómadas (Col)*, (12), 98-115.
- Carrasco, C. (1992). El trabajo de las mujeres: producción y reproducción (Algunas notas para su reconceptualización), *Cuadernos de Economía*, Vol. 20, núm. 57-58.
- Carrasco, C. (2013). El cuidado como eje vertebrador de una nueva economía. *Cuadernos de relaciones laborales*, Vol. 31, núm. 1, p. 39-56.
- Carrasco, C. (2016). Margaret Gilpin Reid y las economías no monetarias. *Revista de Economía Crítica*, (22), 208-212.
- Centro de Coordinación de Alertas, y Emergencias Sanitarias. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. Actualización nº 629. *Enfermedad por el coronavirus (COVID-19) del 30 de agosto de 2022* https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_629_COVID-19.pdf
- Durán Heras, M. Á. (2005). El trabajo no remunerado y las familias. *Aequalitas: Revista jurídica de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres*, (17), 47-59.
- Eisenstein, Z. (1977). Constructing a theory of capitalist patriarchy and socialist feminism. *Insurgent sociologist*, 7(3), 3-17.
- El Parto es Nuestro. (2016). *Informe del Observatorio Español de la Violencia Obstétrica*. Available online: <https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/OVO/informeovo2016.pdf> (accessed on 30 July 2020)
- Espinar Ruiz, E. (2009). Infancia y socialización: estereotipos de género. *Revista Padres y Maestros/Journal of Parents and Teachers*, (326), 17-21.
- Fernández, C., Artiaga, A., & Dávila M^a C. (2013). Cuidados, género y transformación de identidades. *Cuadernos de relaciones laborales*, Vol. 31, núm. 1, 57-89.

- García-Leiva, P. (2005). Identidad de género: modelos explicativos. *Escritos de Psicología-Psychological Writings*, (7), 71-81. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=271020873007>
- González Gavaldón, B. G. (1999). Los estereotipos como factor de socialización en el género. *Comunicar*, (12). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15801212>
- González Moreno, M. J., & Cuenca Piqueras, C. (2020). Pandemia sanitaria y doméstica. El reparto de las tareas del hogar en tiempos del Covid-19. *Revista de ciencias sociales*, 26(4), 28-34.
- Hadj Hassine, I. (2022). Covid-19 vaccines and variants of concern: a review. *Rev Med Virol*. 32(4):e2313. <https://doi.org/10.1002/rmv.2313>
- Hamberg K. (2008). Gender Bias in Medicine. *Women's Health*. 237-243. <https://doi.org/10.2217/17455057.4.3.237>
- Hereth, B., Tubig, P., Sorrels, A., Muldoon, A., Hills, K., & Evans, N. G., Long covid and disability: a brave new world. *BMJ* ; 378 :e069868. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-069868>
- Izquierdo, M. J. (2003). Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: Hacia una política democrática del cuidado. *Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado*, 12-13.
- Jáuregui, B. (2019). Biología, cultura y sociedad, ingredientes que configuran la perspectiva de género en salud, ¿un reto superado en cardiología? *Revista Española de Cardiología*. Vol. 72. Núm. 10. páginas 800-802.
- Kunce, L. J., & Shaver, P. R. (1994). An attachment-theoretical approach to caregiving in romantic relationships. In K. Bartholomew y D. Perlman (Eds.), *Attachment processes in adulthood. Advances in personal relationships*, Vol. 5(pp. 205-237).
- Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco*, vol. 7, núm. 18
- López-Sampalo, A., Bernal-López, M. R., & Gómez-Huelgas, R. (2022). Síndrome de COVID-19 persistente. Una revisión narrativa. *Revista clínica española*, 222(4), 241-250. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2021.10.003>

- Marín, A. L. (1986). El proceso de socialización: un enfoque sociológico. *Revista Española de pedagogía*, 357-370.
- Martín Palomo, M. T. (2013). Tres generaciones de mujeres, tres generaciones de cuidados. Apuntes sobre una etnografía moral. *Cuadernos de Relaciones Laborales*. Vol. 31, núm.1, p.115-138.
- Medina, C., Chavira, J., Aburto, T., Nieto, C., Contreras-Manzano, A., Segura, L., Jáuregui, A., & Barquera, S. (2021). Revisión rápida: evidencia de transmisión por Covid-19 e infecciones respiratorias agudas similares en espacios públicos abiertos. *Salud pública de México*, 63(2), 232-241. <https://doi.org/10.21149/11827>
- Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V.M., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., & Valero-Chilleron, M.J. (2020). Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 7726. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217726>
- Muñoz Terrón, J. M., & Martín Palomo, M. T. (2013). Hombres y mujeres en los cuidados: Viejos y nuevos modelos para la igualdad. *Cuadernos Kóre*, 149-178
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (14 de julio de 2022). *España responsable por violencia obstétrica, según el Comité de derechos de las mujeres de la ONU*. <https://www.ohchr.org/es/press-releases/2022/07/spain-responsible-obstetric-violence-un-womens-rights-committee-finds>
- Olías, L. (9 de junio de 2022). *España ratifica el Convenio 189 de la OIT que amplía los derechos laborales de las trabajadoras del hogar*. eldiario.es. https://www.eldiario.es/economia/espana-ratifica-convenio-189-oit-amplia-derechos-laborales-trabajadoras-hogar_1_9068990.html
- Pérez Orozco, A. (2006): *Perspectivas feministas en torno a la economía: el caso de los cuidados*. Consejo Económico y Social, CES.
- Pérez Villalobos, H. (2019). Autoestima, teorías y su relación con el éxito personal. *Alternativas en psicología*, 41, 22-32
- Prieto, C., & Serrano, A. (2013). Los cuidados entre el trabajo y la vida. *Cuadernos de Relaciones Laborales*. Vol. 31, núm.1, 11-16

- Qiao, J. (2020) What are the risks of COVID-19 infection in pregnant women? *The Lancet*, 395 (10226), pp. 760-762. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30365-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30365-2)
- Rasak, B (2022). Industrial Sociology, Industrial Relations and Human Resource Management. *Fab Educational Books*.
- Raveendran, A. V., Rajeev Jayadevanc, & Sashidharand, S. (2021). Long COVID: An overview. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. Volume 15, Issue 3, Pages 869-875. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2021.04.007>
- Regitz-Zagrosek V. (2012). Sex and gender differences in health. Science & Society Series on Sex and Science. *EMBO Rep.* 13(7):596-603. <https://doi.org/10.1038/embor.2012.87>
- Rodriguez Ledo, P., del Olmo, L., Rodríguez Rodríguez, E., & Gómez Acebo, F. (2021). Descripción de los 201 síntomas de la afectación multiorgánica producida en los pacientes afectados por la COVID-19 persistente. *Medicina general*, 10(2), 60-68. DOI: <http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2021.016>
- Rodriguez Ledo, P. (2021). *Guía clínica para la atención al paciente long COVID/COVID persistente*. @LoncovidACTS & Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG). https://www.semg.es/images/2021/Documentos/GUIA_CLINICA_COVID_Persistente_20210501_version_final.pdf
- Romero González, P. (2017). "Nunca fuimos superwoman": redefiniendo la identidad femenina. *La desigualdad de género invisibilizada en la comunicación: (aportaciones al III Congreso Internacional de Comunicación y Género y al I Congreso Internacional de Micromachismo en la comunicación)* (pp. 50-51).
- Roxo, L., Bamba, C., & Perelman, J. (2021). Gender Equality and Gender Inequalities in Self-Reported Health: A Longitudinal Study of 27 European Countries 2004 to 2016. *International Journal of Health Services*. 51(2):146-154. <https://doi.org/10.1177/0020731420960344>
- Rubin, R. (2020). As their numbers grow, COVID-19 “long haulers” stump experts. *Jama*, 324(14), 1381-1383. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.17709>

- Serra-Sutton, V., Serrano-Blanco, A., Barbé, F., Pollán, M., Alonso, J., Arguimbau, M., Espallargues, M., García-Benavides, F., Ferrer, M., Lumbreras, B., Muñoz, J., Parada, A., Pérez, B., Pijoan, J. I., Soriano, J. B., & Torres, M. (2022). *Definición operativa de COVID persistente y sus elementos clave en el marco del CIBERPOSTCOVID*. Informe técnico del Consorcio de Investigación Biomédica en Red (CIBER). Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación. <https://www.ciberisciii.es/media/3049157/informe-ciberpostcovid-castellano.pdf>
- Serrano-Cumplido, A., Ortega, P. A. E., García, A. R., Quintana, V. O., Fragoso, A. S., Garcia, A. B., & Bayón, Á. M. (2020). COVID-19. La historia se repite y seguimos tropezando con la misma piedra. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 46, 48-54. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.06.008>
- Shah, W., Hillman, T., Playford, E. D., & Hishmeh, L. (2021). Managing the long term effects of covid-19: summary of NICE, SIGN, and RCGP rapid guideline. *BMJ*, 372: n136. <https://doi.org/10.1136/bmj.n136>
- Shaw, L., Pepine, C., Xie, J., Mehta, P., Morris, A., Dickert, N.W., Ferdinand, K., Gulati, M., Reynolds, H., Hayes, S.N., Itchhaporia, D., Mieres, J.H., Ofili, E., Wenger, N.K., & Bairey Merz C. N. (2017). Quality and equitable health care gaps for women: attributions to sex differences in cardiovascular medicine. *Journal of the American College of Cardiology*, 70, pp. 373-388. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.05.051>
- Soriano, J. B., Murthy, S., Marshall, J. C., Relan, P., Diaz, J. V., & Group, WHO Clinical Case Definition Working Group on Post-COVID-19 Condition. (2021). A clinical case definition of post-COVID-19 condition by a Delphi consensus. *The Lancet Infectious Diseases*. Vol. 22, p. 102-107 [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00703-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00703-9)
- Su Z., Cheshmehzangi, A., McDonnell, D., Šegalo, S., Ahmad, J., & Bennett, B. (2022). Gender inequality and health disparity amid COVID-19. *Nursing Outlook*. Vol. 70, Issue 1, p. 89-95. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.08.004>
- Tobío Soler, C. (2013). Estado y familia en el cuidado de las personas: sustitución o complemento. *Cuadernos de Relaciones Laborales*. Vol. 31, núm. 1, p.17-38.
- Valor-Segura, I., Expósito, F., & Moya, M. (2010). Emociones poderosas y no poderosas ante conflictos de pareja: diferencias de género. *Psychosocial Intervention*, 19(2), 129-134.

- Van Oyen, H., Nusselder W., Jagger C., Kolip P., Cambois E., & Robine J.M. (2013). Gender differences in healthy life years within the EU: an exploration of the "health-survival" paradox. *Int J Public Health*. 58(1):143-55. <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0361-1>
- Vega Montiel, A. (2007). Por la visibilidad de las amas de casa: rompiendo la invisibilidad del trabajo doméstico. *Política y cultura*, (28), 181-200.
- Venkatesh, V. (2020). Impacts of COVID-19: A research agenda to support people in their fight. *International Journal of Information Management*. Vol. 55. <https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2020.102197>
- Wang, W., Tang, J., & Wei, F. (2020). Updated understanding of the outbreak of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in Wuhan, China. *Journal of medical virology*, 92(4), 441-447. <https://doi.org/10.1002/jmv.25689>
- Ya'qoub, L., Elgendy, I.Y., & Pepine, C.J., (2021). Sex and gender differences in COVID-19: More to be learned!. *American Heart Journal Plus: Cardiology Research and Practice*. Vol. 3. <https://doi.org/10.1016/j.ahjo.2021.100011>

9. Anexos

Anexo I: Declaración de Consentimiento Informado

Universidad Complutense de Madrid

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (CESIÓN DE DATOS)

D. /D^a. NOMBRE.....APELLIDOS....., de..... años de edad, con D.N.I. nº....., he sido informado/a sobre la necesidad de que los datos aportados en la encuesta / entrevista para la ejecución del Proyecto de Investigación 'Análisis del impacto del COVID persistente sobre los cuidados en las parejas heterosexuales' sean comunicados o publicados en: "Trabajo de Fin de Máster de Estudios de Género" a los efectos previstos en el Art. 11,1 de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) y con el fin de realizar los objetivos previstos.

Los datos cedidos serán única y exclusivamente los relacionados, con la finalidad del proyecto.

He sido informado de que este consentimiento para la comunicación de mis datos tiene carácter revocable.

Según lo anterior, EXPRESO MI CONSENTIMIENTO al amparo de la referida LOPD.

Zaragoza,.....de.....de 2022

Firma:

PROTECCIÓN DE DATOS: Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Investigación", cuya finalidad es la gestión administrativa y económica de todas las ayudas y acciones destinadas al apoyo de la investigación. Se prevén cesiones a órganos públicos europeos, estatales y autonómicos, además de las previstas en la Ley. El órgano responsable del fichero es el Vicerrectorado de Política Científica, Investigación y Doctorado. La dirección donde el interesado/a podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es: Archivo General y Protección de Datos, Avda. de Séneca, 2, 28040, Madrid, que se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Anexo II: Ficha de datos de la persona entrevistada

FICHA DATOS PERSONA ENTREVISTADA

Nombre:

Edad:

Género:

¿Tiene COVID persistente?:

Nivel socioeconómico:

Nivel educativo:

Lugar de residencia:

☐ Urbano

☐ Rural

Tamaño del hogar:

☐ Solo la pareja

☐ Con hijos/as menores de 14 años.

- Número de hijos/as:

☐ Con personas dependientes

Tiempo de relación en pareja: