



## **TRABAJO DE FIN DE MÁSTER**

Una aproximación cualitativa a la reticencia vacunal frente a la COVID-19 en Granada.

*A qualitative approach to COVID-19 vaccine hesitancy in Granada.*

**Autor:** Rafael Serrano García

**Tutor:** Dr. Francisco Entrena Durán

**Máster universitario en Problemas Sociales. Dirección y Gestión de Programas Sociales**

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA

ESCUELA INTERNACIONAL DE POSGRADO

UNIVERSIDAD DE GRANADA

Curso académico 2022/23

## 1. Abstract

**ES:** La finalidad del artículo es investigar los discursos de reticencia vacunal frente a la COVID-19 en la provincia de Granada aplicando un enfoque cualitativo mediante entrevistas en profundidad semiestructuradas y grupos de discusión. Los resultados del trabajo muestran que la pandemia de COVID-19 es percibida como un fenómeno de naturaleza sanitaria y política. Se ha observado una amplia variabilidad en los motivos que expresa la ciudadanía para no querer vacunarse contra la COVID-19. Dentro de las personas reticentes surge un grupo que se diferencia del resto por la radicalidad de sus planteamientos (antivacunas) y su cercanía a las teorías de la conspiración. Se concluye que los discursos de reticencia a la vacunación COVID-19 en Granada comparten elementos comunes con los discursos de otros países occidentales, tales como la mezcla de argumentos sanitarios e ideológicos, la no percepción de riesgo asociada al COVID-19 o la desconfianza en el gobierno y la información oficial sobre la COVID-19. Pero aparecen con mayor relevancia elementos como el miedo a la estigmatización por no vacunarse y la percepción de la vacuna como una decisión ideológica frente a una decisión sanitaria.

**EN:** The present article aims to conduct an analysis of discourses pertaining to COVID-19 vaccine hesitancy within the context of Granada. Employing a qualitative methodology involving individual interviews and focus groups, this study underscores that the prevailing perception of the pandemic encompasses both health-related and political dimensions. Furthermore, the study reveals a diverse spectrum of arguments within the framework of vaccine hesitancy. Distinctly situated within this spectrum is a specific subgroup that can be identified as 'conspiranoids.' Their discourse consistently echoes prevalent conspiracy theories associated with the COVID-19 pandemic. Notably, the study's primary findings illuminate that vaccine hesitancy discourses in this locale share commonalities with those observed in Western societies. These commonalities include the amalgamation of political and health-based rationales, a prevailing skepticism toward governmental and official information concerning COVID-19. Nonetheless, this study accentuates the heightened salience of factors such as the apprehension of being stigmatized as 'anti-vaxxers' or 'deniers,' alongside the pronounced perception that the act of vaccination carries ideological undertones.

**ES:** COVID-19, reticencia vacunal, metodología cualitativa, Andalucía, análisis de discurso, conspiranoia, salud pública.

**EN:** COVID-19, vaccine hesitancy, qualitative methodology, Andalusia, discourse analysis, conspiracy, public health.

## 2. Introducción

En octubre de 2020, en los inicios de la segunda oleada, la COVID-19 se había cobrado más de 30 mil víctimas en España y casi un millón en todo el mundo (Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2020). La estrategia de salud pública para frenar la pandemia se apoyó fundamentalmente en medidas restrictivas a la movilidad ciudadana que contuviesen los contagios y evitaran un posible colapso sanitario. Se pretendía, con estas medidas, disminuir la morbilidad y mortalidad que estaba provocando la propia pandemia en espera de un tratamiento definitivo contra el SARS-Cov-2: una vacuna. En gran medida, toda la estrategia contra la pandemia en la mayoría de países, incluido España, giraba en torno a la consecución de una vacuna eficaz.

No obstante, una vez que estuviera disponible hacía falta dar un paso más para frenar la expansión del virus: que la ciudadanía la aceptara. En esos días de finales de septiembre de 2020, cuando la vacuna contra la COVID-19 aún era una posibilidad lejana, en España, el Centro de Investigaciones Sociológicas en su barómetro mensual (Centro de Investigaciones Sociológicas, 2020) preguntó por primera vez acerca de las actitudes y predisposición de la población a vacunarse. En ese primer sondeo, el 44,4% de los españoles se mostró favorable a recibir la futurible vacuna, frente a un 40,3% que rechazó su administración.

Es decir, cuando la COVID-19 había supuesto esfuerzos titánicos por parte de la ciudadanía de todo el mundo y la asunción de restricciones a libertades fundamentales en aras del bien común y de la salud pública, el activo que se presumía la forma más directa y rápida de acortar la pandemia y todo el sufrimiento personal y social que estaba suponiendo, era rechazado por casi la mitad de la población (Centro de Investigaciones Sociológicas, 2020)

Son varios los posibles factores que han podido influir en el rechazo y reticencia inicial a la vacunación frente a la COVID-19. En primer lugar, la celeridad del proceso: el desarrollo de estas vacunas puede que constituya, hasta el momento, la mayor carrera que se haya producido en la historia de la ciencia. La vacuna que más rápidamente se había desarrollado en el siglo XXI, la del virus del Ébola, había precisado 5 años, y la media de tiempo para la mayoría se cifraba en 10,71 años (Eyal et al., 2020; Pronker et al., 2013). Desde el primer caso detectado de neumonía por SARS-Cov-2 hasta que se aprobó la primera vacuna solo había transcurrido un año. Más aún, mientras que sólo el 6% de las vacunas en fase preclínica terminan siendo aprobadas, en este caso las cuatro primeras vacunas que iniciaron el proceso de investigación fueron aprobadas. En el caso de Europa, las vacunas de Pfizer y Moderna recibieron una autorización condicional y en USA no se produjo una autorización sino que lo que se permitió fue un uso de emergencia. Ambas decisiones, su uso condicional y su autorización en caso de emergencia, se tomaron en un contexto de pandemia en el que se asumió que las vacunas cumplían unos mínimos de eficacia y seguridad, pero no los niveles de evidencia estándar que

se les exige al resto de vacunas. Estos niveles de evidencia, eran imposibles de obtener con solo unos meses de seguimiento de los ensayos clínicos iniciados en julio de 2020. Se trataba, por tanto, de una decisión política no científica basada en la evidencia científica disponible en el momento. Esta motivación de carácter más político, perfectamente legítima desde la perspectiva de la ética de la salud pública, pudo también tener impacto en la percepción por parte de la ciudadanía de que la campaña de vacunación era un hecho que superaba lo meramente científico o sanitario y tenía ecos políticos.

En segundo lugar, cabe señalar la atención mediática que recibieron todas las fases del proceso de desarrollo y aprobación de las vacunas. Se conoció cada efecto secundario serio que se presentó entre los participantes de los ensayos clínicos independientemente de si recibían placebo o el principio activo y llegaron incluso a participar en tertulias en platós televisivos. Nunca antes una investigación científica había estado tan presente en la opinión pública, ni se había llegado a presionar a las agencias reguladoras u obligar a las empresas farmacéuticas a dar explicaciones en pleno ensayo clínico. Es probable que esta sobreexposición mediática influyera en una percepción de ciencia “mal hecha” y en última instancia en la confianza ciudadana en la ciencia y las vacunas (Wong et al, 2021).

En tercer lugar, hay un argumento ligado al punto anterior como es el de los intereses comerciales que rodearon la investigación, fabricación y distribución de las vacunas. Es indudable el interés de las empresas por desarrollar la primera vacuna contra esta enfermedad, y por legítimo y habitual que esto sea en la industria farmacéutica, la atención pública no suele estar puesta en las empresas que desarrollan una vacuna. No obstante, tanto la pandemia y sus consecuencias como la estrategia de comunicación que utilizaron las farmacéuticas las situó en el punto de mira. El que la comunicación sobre su eficacia se hiciera a través de comunicados de prensa sin ninguna publicación científica previa junto a las noticias sobre las maniobras de la compraventa de las acciones de Pfizer y Moderna incrementó la desconfianza. En este escenario es normal que surjan rumores y teorías de la conspiración sobre si priman los intereses comerciales a la seguridad de la vacuna.

En cuarto lugar, otro elemento que pudo aumentar la desconfianza hacia las vacunas fueron las sucesivas reelaboraciones en las recomendaciones y pautas de vacunación emitidas por las autoridades sanitarias españolas, ya que incluso llegaron a contradecirse entre sí. En la siguiente tabla podemos observar algunas de las rectificaciones que se hicieron en las pautas de vacunación recomendadas durante la pandemia de COVID-19.

<b>Variaciones en las recomendaciones sobre vacunación durante la pandemia COVID-19</b>	
<b>Recomendación inicial</b>	<b>Posterior rectificación</b>
Vacuna de AZ solo en menores de 70 años	Vacuna de AZ en menores de 70 años y mayores de 60 años.
Segunda dosis de AZ a las 8-12 semanas de la primera.	Segunda dosis de AZ más de 12 semanas después de la primera.  Segunda dosis con vacuna ARNm.
Janssen vacuna de dosis única.	Refuerzo de Janssen con dosis de vacuna ARNm.
Dos dosis para las vacunas de ARNm.	Recomendación de tercera dosis a los 6 meses de la segunda en >60 años.  Recomendación de tercera dosis a los 6 meses de la segunda en >40 años.
Vacunar a quienes han tenido COVID-19 a los 6 meses de sufrirlo con dos dosis	Vacunar a quienes han tenido COVID-19 al mes de sufrirlo.  Vacunar a mayores de 60 con dos dosis y a menores con solo una.

**Tabla 1:** Ejemplos de rectificaciones en las pautas de vacunación recomendadas durante la pandemia de COVID-19. Fuente: (Hortal Carmona et al., 2020)

Estas particularidades en el desarrollo de las vacunas, sumadas al contexto pandémico, hacen que la reticencia contra la vacunación COVID-19 tenga unas características propias, que la alejan de la reticencia vacunal tradicional y que se podrían resumir en tres elementos: los grupos que se oponen a las vacunas, los argumentos que utilizan y en la existencia de un fuerte componente político-conspiranoico en la reticencia a las mismas (Fontán-Vela et al., 2023)

Por ello, debido a las particularidades que presentaba la vacunación COVID-19, cobra especial relevancia para la comprensión de la reticencia vacunal el estudio en profundidad de los discursos de reticencia contra la vacunación COVID-19. El objetivo principal del presente artículo es analizar los argumentos que esgrimían las personas reticentes a la vacunación COVID-19 en Granada durante la pandemia.

### 3. Marco teórico

La reticencia a la vacunación es un campo de estudio complejo y un problema para la salud pública de primer orden (Dubé et al., 2013), como ya hemos abordado en la introducción de este artículo, pero ello no significa que no haya aproximaciones teóricas relevantes que nos ayuden a comprender el fenómeno. Especialmente relevante nos parece la aportación del grupo SAGE que propone entender la reticencia vacunal como un fenómeno compuesto por tres pilares fundamentales: *Complacency, Convenience and Confidence*. La complacencia se relaciona con el bajo riesgo percibido por los habitantes de países donde las enfermedades que se previenen con vacunas han sido mayormente erradicadas y por tanto las consecuencias positivas de la vacunación no se perciben fácilmente. La conveniencia se refiere a la facilidad de acceso a las vacunas y su coste personal, aunque en nuestro caso concreto no juega un rol importante, ya que en España la amplia disponibilidad de las vacunas y su gratuidad eliminan prácticamente este factor como barrera para la vacunación. Y por último la confianza en la efectividad y la seguridad de las vacunas, y en el sistema encargado de administrarlas (en nuestro caso la administración pública a través del sistema sanitario) (MacDonald, 2015).

Esta aproximación es la que tomaremos como punto de partida para entender el fenómeno, sin embargo, los propios autores revisan su propuesta y hacen un llamamiento a no infraestimar la complejidad y variabilidad de los discursos de reticencia vacunal entre diferentes países, y grupos sociodemográficos. Precisamente hacen hincapié en la necesidad de entender las diferentes relaciones de las personas con los sistemas sanitarios en base a sus condiciones sociales y como los problemas de confianza no pueden abordarse simplemente como problemas de confianza. Mas bien, deben estudiarse desde una perspectiva “emic”, tratando de entender los motivos y las razones subyacentes a esta desconfianza, en lugar de tacharlas directamente de actitudes radicales (MacDonald et al., 2022). Es por ello que, como se desarrollará posteriormente, se ha considerado necesario aplicar un diseño metodológico de naturaleza cualitativa que facilite acercarse rigurosamente a los matices de los discursos de reticencia a la vacunación COVID-19 sin estigmatizar a las personas, sino tratando de comprender cómo las interdependencias sociales afectan y dan forma a estas actitudes, ya que como decía el sociólogo francés Pierre Bourdieu “las personas no actúan de manera racional sino razonable” (Bourdieu & Kauf, 2007) y para poder entender lo que es razonable tenemos que entender su visión del mundo y del lugar que ocupan en él.

Centrándonos en la reticencia contra la vacunación COVID-19, es difícil establecer la relación entre diferentes aspectos sociodemográficos como la clase social, el género, la ideología o el nivel de estudios y la propensión a reproducir este tipo de discursos. Los artículos publicados a este respecto en la literatura internacional no terminan de encontrar un punto de acuerdo común respecto a la influencia de las distintas variables sociodemográficas más habituales (Walcherberger et al., 2022; Bates et al., 2022; Kanyanda et al., 2021; Liu & Li, 2021; Morales et al., 2022). Además, las diferencias entre países hacen prácticamente imposible extrapolar directamente los resultados de un país a otro puesto que las diferencias en la cultura política, la confianza en el sistema sanitario, la disponibilidad de vacunas, o la complacencia hacen que la extrapolación sea de dudoso rigor. Sin embargo, parece estar emergiendo cierto consenso internacional sobre la asociación entre ideología y la propensión a la reticencia vacunal a la COVID-19 (Jäckle & Timmis, 2023), lo que también se observa en España (Fontán-Vela et al., 2023; Serrano del Rosal et al., 2020, 2021). Estos estudios apuntan a una mayor propensión a reproducir discursos de reticencia a la vacunación COVID-19 para las personas de ideologías conservadoras o de “derecha”. Esta asociación entre ideología y discurso se extiende más allá de la reticencia vacunal permeando otros temas relacionados con las políticas públicas para contener los daños de la pandemia. Los discursos sobre la COVID-19 difieren claramente entre progresistas y conservadores, los usuarios del cluster conservador de twitter (usuarios de norteamérica) presentaban actitudes de desprecio hacia las autoridades sanitarias americanas y los canales de información mainstream. En la primera etapa de la pandemia algunos de los principales temas del cluster de usuarios conservadores fueron: “Anti-media and anti-elite”, “COVID-19 and anti lockdown protest in Michigan”, “Distrust, plandemic, antilockdown”, “Doubt COVID-19 death” (Xu et al., 2022) etc. Por lo que la hipótesis de que existe un componente político en la reticencia a la vacunación al menos en los países occidentales parece tomar cada vez más cuerpo.

Además de existir un vínculo entre ideología y reticencia contra las vacunas COVID-19, también parece existir relación entre los discursos conspiranoicos y la desconfianza en la vacunación COVID-19. Los rumores y los discursos conspiranoicos sobre los orígenes, existencia o consecuencia de las pandemias sanitarias no son una novedad, en las últimas décadas se han vivido otras emergencias sanitarias como el aumento en los casos de SIDA, el Sars-COVID-19-1, o la gripe H1N1. En todos ellos, los rumores y los discursos conspiranoicos tuvieron un papel fundamental en la percepción de estas crisis por parte de la ciudadanía (Lee, 2014; Mendive Arbeloa, 2020). Y la COVID-19 no ha sido una excepción a esta tendencia, la relación entre discursos conspiranoicos y de reticencia vacunal también ha sido ya muy señalada por la comunidad científica (Hernandez et al., 2021; Islam et al., 2021; Lockyer et al., 2021). Parece innegable que existe un perfil de ciudadanos que expresan reticencia hacia la vacunación COVID-19, no porque estén en contra de las vacunas *per se*, sino porque creen en estos discursos conspiranoicos sobre la COVID-19 y consecuentemente expresan numerosas reticencias en torno a la vacunación contra esta enfermedad. Esta vinculación entre reticencia a la vacunación COVID-19 y discurso conspiranoico ha sido previamente investigada en Andalucía, a través de un TFG de la universidad Pablo de Olavide (Serrano-García, 2022). Por desgracia, debido a la naturaleza de la obra, su tamaño muestral no permite generalizar los

resultados obtenidos. Aunque si es válido como trabajo exploratorio, y en dicho trabajo ya se apunta a la existencia de al menos dos perfiles diferentes de personas reticentes a la vacunación COVID-19. Un primer grupo con trayectorias ideológicas previas de desconfianza hacia el gobierno que reproducen discursos más conspiranoicos y un segundo grupo que reproduce un discurso más técnico-crítico con la gestión sanitaria de la pandemia.

Las diferencias en los resultados que han obtenido los múltiples estudios realizados hasta la fecha sobre el tema, parecen indicar que existe una gran heterogeneidad en los perfiles de las personas que expresan esta reticencia y en qué argumentos utilizan para ello. Esta heterogeneidad en los discursos de reticencia vacunal se ha investigado en otros países como Dinamarca y Rusia . Schneider-Kamp por ejemplo establece una tipología con cuatro tipos diferentes de reticencia a la vacunación COVID-19 de acuerdo con la capacidad de agencia y el capital sanitario de los individuos “The analysis of the mechanisms underlying vaccine hesitancy reveals a spectrum of four types of COVID-19 vaccine hesitancy: resisting hesitancy based on mistrust of authority, paralyzed hesitancy based on personal fear, informed hesitancy based on informed choice, and empowered hesitancy based on empowered choice”(Schneider-Kamp, 2022).

Tomando como punto de partida el modelo de reticencia vacunal del grupo SAGE y añadiendo las aportaciones teóricas de los artículos previamente expuestos, se va a realizar una conceptualización de la reticencia vacunal frente a la COVID-19, que permita abordar el fenómeno de manera integral. La reticencia vacunal se construye así como un objeto de estudio heterogéneo que está relacionado con diferentes factores individuales y colectivos. Partiendo de los tres elementos señalados por SAGE que podemos resumir en: riesgo percibido, coste personal de la vacunación ,y confianza en el sistema sanitario y la vacuna (MacDonald, 2015). Se añaden a raíz de las aportaciones más sólidas de la comunidad científica otros dos factores: ideología política y proximidad a las teorías de la conspiración. Estos serán los ejes estructuradores en torno a los que se comenzará a trabajar para definir el espacio muestral del trabajo de campo y posteriormente analizar los datos obtenidos del mismo.



**Figura 1:** Principales elementos de la conceptualización teórica de la reticencia vacunal frente a la COVID-19. Elaboración propia.

## 4. Metodología

Para alcanzar el objetivo propuesto, una vez se han definido teóricamente los aspectos centrales del mismo, se ha empleado un diseño metodológico cualitativo que tiene la capacidad de aprehender la naturaleza discursiva del fenómeno. Se ha llevado a cabo un diseño de investigación basado en grupos de discusión y entrevistas semiestructuradas en profundidad individuales y colectivas. Esta multiplicidad de técnicas corresponde a la necesidad de observar las posibles diferencias entre los discursos de reticencia vacunal en un entorno público, como serían los grupos de discusión y las entrevistas colectivas, y los que emergen en un escenario más privado como son las entrevistas individuales. Al tratar un tema con una carga simbólica negativa, ya que poca gente quiere autodefinirse o que la señalen como “antivacunas” (Lucerón et al., 2021; Serrano-García, 2022) es interesante combinar los grupos y las entrevistas para observar si varían el contenido o el tipo de discursos, si surgen formaciones de consenso en los grupos, o si hay conflictos entre los participantes.

La elección concreta de las técnicas (grupos y entrevistas semiestructuradas) se realizó por la complementariedad de ambas. Mientras que los grupos simulan en un entorno controlado una generación del discurso más espontánea, buscando que los participantes pierdan distancia al rol (Criado, Martín, 1997) y se olviden en la medida de lo posible de la presencia del investigador. Las entrevistas en profundidad dan la oportunidad de profundizar en áreas del fenómeno que es más complicado que surjan en un entorno público. Por último, la elección de

utilizar un guión temático permite la flexibilidad necesaria para retomar temas inconclusos, controlar el ritmo de la conversación y conseguir que la entrevista se asemeje más a una conversación y menos a un intercambio de preguntas y respuestas. Esta flexibilidad ayuda a la hora de aplicar técnicas de entrevista como los ecos y los relanzamientos, que permiten obtener información que con una entrevista estructurada no podríamos conseguir (Olabuénaga & Ruíz, 2012). La virtud de ambas técnicas cuando están bien realizadas es que facilitan sortear la reticencia natural de las personas a asociar su imagen personal a discursos que no saben cómo va a percibir el receptor, ya sea un grupo o el entrevistador (Bourdieu, 1985). Debido a que los discursos de reticencia vacunal han sido muy señalados por los medios de comunicación, y muchas instancias de la sociedad española, sería difícil abordar una investigación sobre esta temática sin utilizar una metodología flexible, integral y que permita captar los diferentes matices de la reticencia vacunal.

Tanto los grupos de discusión como las entrevistas se han llevado a cabo en la provincia de Granada, realizando un muestreo teórico basado en los elementos que parecen tener relevancia en las actitudes de reticencia vacunal. Los criterios de segmentación para escoger a los participantes del estudio han sido los siguientes:

- **Sexo:** Mujeres/hombres
- **Ámbito de residencia:** rural(-10.000 habitantes)/urbano (+10.000 habitantes). Según el criterio del INE (*Glosario de Conceptos*, s. f.)
- **Edad:** Jóvenes entre 18 y 20 años/ adultos mayores de 20 años
- **Grado de reticencia:** Rechazo total a todas las vacunas COVID-19/ vacunación parcial
- **Perfil ideológico:** buscando sobre todo representación extrema derecha.
- **Perfil “conspiranoico”:** presencia de argumentos de rechazo por conspiración.

El procedimiento seguido para seleccionar y contactar a los participantes ha sido de tipo “bola de nieve” que consiste en utilizar los propios contactos de las personas que se entrevistarán y buscar entre sus redes sociales los perfiles que tienen interés teórico para saturar el campo. El comienzo de la contactación se realizó durante la primera oleada de la pandemia, por lo que se empezó a buscar entre los participantes de una investigación anterior sobre la confianza en la vacunación frente a la gripe en España (Lucerón et al., 2021) realizada en 2015. Posteriormente movilizamos las redes sociales de este núcleo inicial y se utilizó la aplicación de mensajería *whatsapp* para encontrar a más participantes. Una vez contactadas las personas, se realizaron todas las entrevistas presencialmente salvo una que se hizo telemáticamente a través de *zoom*.

El trabajo de campo comenzó en 2021 y se extendió hasta el comienzo de 2022, la extensión del periodo de realización de entrevistas permitió ir incluyendo en el guión las variaciones en la distribución de las vacunas y su disponibilidad, la aparición de más vacunas y los cambios en la percepción sobre sus efectos secundarios a medida que cada vez más porcentaje de la población se iba vacunando. La duración del trabajo de campo es un elemento especialmente importante en la reticencia contra la vacunación COVID-19, ya que la cantidad de personas

que expresan este tipo de posiciones ha ido descendiendo con el paso del tiempo (Lazarus et al., 2023), lo que suponía mayores dificultades para la contactación conforme avanzaba el tiempo. Al cierre del trabajo de campo se habían realizado las siguientes entrevistas y grupos de discusión:

- 1 Grupo de discusión triangular formado por tres posiciones discursivas no vacunados del entorno rural. GF 1
- 1 Grupo de discusión formado por personas reticentes a la vacunación y con posiciones discursivas de reticencia y/o rechazo. GF2
- 1 Grupo de discusión formado por jóvenes de menos de 20 años del entorno semiurbano. GF3
- 1 Entrevista semi-estructurada a una persona no vacunada que trabaja como tatuadora. E1
- 1 Entrevista semi-estructurada a una persona con perfil científico y cercano al grupo “médicos por la verdad” E2
- 1 Entrevista semi-estructurada a una persona sin estudios y con perfil más “conspiranoico” E3
- 1 Entrevista semi-estructurada a una persona con perfil de militancia en grupo de extrema derecha. E4

El criterio para determinar la validez de una muestra cualitativa, no es el mismo que el de investigaciones cuantitativas, para determinar cuándo se puede concluir el trabajo de campo se utiliza el concepto de saturación. La saturación del campo se alcanza cuando se han representado en la muestra toda la variabilidad que existe en los discursos que circulan por el campo, es decir cuando aumentar el número de entrevistas solo proporciona información ya conocida (Rowlands et al., 2016). En el presente artículo el tamaño de la muestra obtenida está dentro de lo necesario para alcanzar la saturación teórica y representar a los discursos que circulan por el campo, por lo que podemos tener confianza en los resultados de la categorización posterior. Para analizar los datos se transcribieron las entrevistas y grupos de discusión. Una vez transcritos, se realizó un análisis temático del contenido, el cual se agrupó posteriormente en base a las temáticas más relevantes que surgieron durante el estudio de los discursos. Las fases que se siguieron durante el análisis fueron las siguientes: lectura colectiva de las transcripciones, codificación inicial en base a las transcripciones, limpiar los códigos para asegurar su homogeneidad interna, seleccionar los relevantes para la investigación, y por último agrupar los códigos en conceptos con sentido propio que articulan los discursos de los participantes (Charmaz, 2006). Para realizar la codificación, clasificación y agrupación de los códigos en áreas temáticas se ha utilizado el programa N-Vivo (Glaser & Strauss, 1967).

## 5. Resultados

El análisis de los datos obtenidos en la fase previa de la investigación arrojó 5 áreas temáticas en torno a las que se articulan los discursos de reticencia hacia las vacunas COVID-19: el origen del virus; la enfermedad COVID-19; información y datos; medidas para frenar la pandemia, y las vacunas COVID-19. Serán estas mismas apartados los que nos servirán como ejes estructuradores para presentar los resultados.

### 5.1 El origen del virus

El primer punto que surge cuando se pregunta acerca de la COVID-19 es el origen del virus. Sobre ello se exponen hipótesis variadas sobre los posibles orígenes y su posterior difusión global, en los grupos de discusión no se alcanzan formaciones de consenso amplias alrededor de ninguna hipótesis concreta. El único consenso que se alcanza es la idea de que todavía no se pueden descartar la mayoría de hipótesis y que es necesario que pase el tiempo para descubrir la verdad.

*“Cualquier hipótesis que planteemos va a ser válida como hipótesis, pero bueno, para seguir jugando con ellas durante años y años...” G1*

Aunque no fue el objetivo principal de esta investigación profundizar sobre los perfiles más “conspiranoicos” es importante destacar que, como ya se anunciaba en el marco teórico analítico estos han estado presentes desde el inicio de la investigación. Al preguntar sobre el origen del virus estos perfiles esgrimen dos argumentos principales para desconfiar sobre las diferentes versiones habidas acerca del origen natural del virus. En primer lugar, los fallos iniciales en la secuenciación del genoma del virus. Y en segundo lugar, la falta de autopsias para investigar las muertes producidas por la COVID-19.

*“Ahora, que exista una secuencia que sea errónea no quiere decir por otra parte que no exista el virus. Que puede que exista el virus y publiquen una secuencia errónea por muchos motivos. Esto ya deja abierto el campo... Por eso si me preguntas, no sé, yo veo unos cuantos errores a nivel metodológico, pero la enfermedad claro que existe, la enfermedad cómo la vas a negar.” E2*

*“Oye, si está muriendo mucha gente, yo doy mi vida al mundo y voy a abrir una persona, aunque me muera, pero vamos a saber qué es lo que pasa. Hay gente que se ha ofrecido, forenses, ¿por qué no los han dejado? Si estaba muriendo muchísima gente en todo el mundo, ¿por qué no habéis dejado hacer autopsias?” E3*

Estas dudas llevan a cuestionar el origen natural del virus y convienen en su origen artificial creado en un laboratorio, aunque no existe acuerdo sobre la autoría ni las intenciones con que se creó y difundió.

## 5.2 La enfermedad COVID-19

La percepción sobre la enfermedad COVID-19 está muy relacionada con la predisposición a vacunarse de la misma. Aparece entre la muestra un amplio consenso sobre que es una enfermedad sin consecuencias graves para la salud, muchas de las personas investigadas han pasado la enfermedad y se basan en su experiencia personal y las de su entorno cercano para afirmar que en general es un riesgo “asumible”. En esta percepción de gravedad “baja” influye lo que perciben como un bajo porcentaje de mortalidad, que la mayoría de participantes no conoce directamente a nadie que haya muerto a causa de la COVID-19, y la experiencia propia de haber superado la enfermedad sin consecuencias a largo plazo para la salud.

*“¿cuántos contagiados ha habido en España? ¿Diez por ciento? ¿Un once por ciento de contagios? Y de los contagiados, ¿qué tanto por ciento ha muerto? [...] Hay más, pero la mayoría de gente no... no... La mayoría de gente no conoce a nadie que ha muerto. Y en un país de cuarenta y ocho millones de personas no es algo... En este pueblo no ha muerto nadie, no sé. Alguien me ha dicho que en Monachil ni un muerto de COVID-19, no sé si es verdad o no, pero yo no conozco a nadie que haya muerto. Conozco a una amiga de un amigo que ha muerto de la vacuna, sí, de un ictus, pero del COVID-19 no.” G1*

Por ello muchos participantes la comparan con otras enfermedades más graves con altos índices de mortalidad. Esta ausencia de gravedad percibida hace que consideren injustificadas las medidas que se tomaron para frenarla. El problema no es la gravedad de la enfermedad, sino la escasez de medios que tiene el sistema sanitario, que hacen que se colapse ya que el virus se transmite con mucha facilidad. Entre estas comparaciones destaca la comparación con la gripe, ya que ambas serían enfermedades leves y con las que se tiene experiencia de primera mano. La comparación con la gripe hace pensar que la COVID-19 es una enfermedad con la que se puede convivir y que debería tratarse de manera similar, con medidas de prevención parecidas, no más restrictivas, incluida la opción de vacunarse preventivamente de manera voluntaria.

*“Y bueno, yo creo que esto es un virus con el que vamos a tener que convivir, pues como cuando eso, cuando hay otras enfermedades como la gripe, que, en su época, la gripe, yo creo que se llevó más gente por delante que se está llevando el COVID-19 Y ahora pues estamos aprendiendo a convivir con la gripe pues como una enfermedad normal, y yo creo que va a acabar siendo igual con el COVID-19.” E1*

## 5.3 Información y datos

Cuando se centra la conversación en la información que reciben sobre la COVID-19 y sus vacunas surgen las dudas sobre qué canales de información son fiables y sobre la veracidad de la información que reciben. Tanto la información procedente de las autoridades sanitarias como

la que procede de medios de comunicación suscita dudas por su falta de rigor, o las acusaciones de estar manipuladas por el gobierno u otros agentes. Esta falta de credibilidad en las fuentes de comunicación se extenderá a las cifras de muertos, el nivel de colapso de los hospitales y posteriormente a la información sobre la vacunación COVID-19. Desde los perfiles más conspiranoicos se acusa además de censurar a las plataformas que difunden la información “real” no manipulada (Youtube, Twitch, Telegram) lo que refuerza su idea de que efectivamente difunden información que las élites no quieren que se sepa.

Las quejas y la falta de credibilidad que expresan los participantes en el estudio no se limitan a los perfiles más conspiranoicos. Esta merma en la credibilidad de la información se mezcla con la dificultad de encontrar un debate científico verdaderamente accesible sobre la enfermedad y sus vacunas. Algunos participantes con un capital cultural elevado, relatan la dificultad de encontrar literatura científica (papers, revistas etc) crítica con la versión oficial. La percepción de la comunidad científica previa a la pandemia era de un agente neutral y apolítico, de carácter técnico. Sin embargo, la censura y descalificación de las críticas hacia las medidas para frenar la pandemia (uso de mascarillas, vacunación masiva, confinamiento) en la comunidad científica ha hecho que cambie esa imagen. En contraposición a la anterior, se percibe que la ciencia se ha politizado y se ha impuesto una versión oficial restringiendo el debate científico ante las nuevas evidencias sobre la COVID-19 que iban surgiendo durante la pandemia.

*“A mí cuando me dicen: ‘Consenso científico’, digo: Si la ciencia siempre se ha basado.... Yo he leído paper en que... en el mismo campo, visiones completamente diferentes, y uno se metía con el otro porque la metodología era errónea. Claro, pero así es como avanzó la ciencia. Entonces, a mí que me digan ‘Consenso científico...’, político todavía, pero en ciencia...” E2*

*“Hay muchos autores, hay muchos estudios que se han publicado en revistas de inmunología súper importantes, Immunology, y han visto que cuando coge la proteína Spike que se supone que es la que produce la vacuna, y se la echan a cultivo, también produce toxicidad. Y es que precisamente entra por los mismos receptores. En principio pensaban que cuando te ponías la vacuna solo se quedaba ahí en la zona y ahora han descubierto que no, que se absorbe, dicen los estudios. Y que entonces produce, afecta, al mismo receptor que produce la autorregulación del sistema primario que controla la homeostasis del cuerpo, y que cuando se regula, pues claro, tanto la proteína Spike como el coronavirus se regula el mismo, entonces se puede solapar la... Tú ya no puedes saber si es por estar la... al vacunar, los síntomas que estoy teniendo o es por la toxicidad de la proteína Spike. Eso es el debate que hay”. E2 “Ponía en The Lancet que se habían retractado de ese estudio, que ya no era válido, ponía: “Retracted”. ¿Y entonces? Pero ese era el estudio en el que se habían basado los gobiernos para prohibirla la hidroxiclороquina. Aquí hay una cosa, lo mismo pasó con la ivermectina.” E2*

Al expresar estas críticas contra el “establishment” científico, los participantes recalcan con énfasis que sostener esas opiniones no significa que se identifiquen como negacionistas. Las etiquetas de conspiranoico y negacionista se significan como muy negativas y se utilizan para señalar a las personas que se desvían del discurso oficial sobre la pandemia. El negacionismo

más para señalar las posiciones más relacionadas con la ciencia y la conspiranoia para las relacionadas con la política.

#### **5.4 Argumentos de la reticencia a la vacunación COVID-19**

Las áreas temáticas anteriormente descritas, influyen indirectamente en la percepción sobre la gravedad de la situación pandémica, y por tanto en la valoración que hace la ciudadanía de qué medidas son adecuadas para frenarla. La consideración de la COVID-19 como un riesgo asumible, la desconfianza en la información proporcionada por los medios tradicionales de información y el desprestigio de la ciencia por parte de la ciudadanía, influyen en la actitud que demuestran hacia la vacunación, que es percibida como parte de ese conjunto más amplio de medidas para detener la pandemia, como son: las restricciones a la movilidad o el uso de mascarillas. Por ello, no solo se valora en términos de riesgo/beneficio personal (en un plano sanitario), sino también se valora en términos políticos y sociales (legitimidad/ilegitimidad de la medida) y en cómo se alinea o no con la ideología política de los individuos. Consecuentemente los argumentos de reticencia vacunal que expresan los entrevistados reflejan esta doble percepción de la vacunación como decisión sanitaria y decisión política.

Dentro de los argumentos de carácter sanitario destacan: la rapidez en el desarrollo de la vacuna, los componentes de la vacuna, los efectos secundarios, que las vacunas no pueden evitar el contagio, la incapacidad de percibir el riesgo por no vacunarse.

Los tres primeros argumentos están fuertemente interrelacionados ya que aparecen unidos en la mayoría de ocasiones, y los tres aluden a la misma cuestión de fondo, la excepcionalidad de las vacunas contra la COVID-19. La secuencia que une estos tres argumentos es la siguiente. La excepcional rapidez con la que se han desarrollado las vacunas en comparación con las de otras enfermedades genera desconfianza acerca del rigor científico tanto en el proceso de desarrollo como en la decisión de aprobar su uso. Este miedo a los posibles errores en el desarrollo se centra en la falta de tiempo para realizar ensayos clínicos que incluyan a todos los segmentos de la población, lo que genera miedo a vacunarse en los colectivos que se perciben como infrarepresentados en dichos ensayos, como las mujeres embarazadas. A su vez las diferentes rectificaciones en las pautas de vacunación recomendadas por el gobierno refuerzan la desconfianza en la seguridad de las vacunas. Esta preocupación por la seguridad se manifiesta en la relevancia que dan a los posibles efectos secundarios desconocidos que podrían tener las vacunas y la percepción de que los que sí se conocen, como el leve riesgo de ictus en mujeres mayores, tienen una frecuencia mucho más alta que la anunciada inicialmente por parte de las empresas farmacéuticas. Sumado a ello la muestra conoce perfectamente que las vacunas de ARN son una nueva tecnología diferente de las vacunas tradicionales, lo cual se suma a los diversos bulos sobre los componentes de estas nuevas vacunas. Por ejemplo, los bulos referido a que las vacunas llevaban fetos humanos o microchips. Estos argumentos no obstante merecen un análisis más pormenorizado en profundidad puesto que son perfiles muy diferentes, unos que conocen bien el paradigma biomédico y la investigación y que podrían ser voces “disidentes” dentro del ámbito científico y otras personas con un nivel socioeconómico más

bajo, que desconocen más este paradigma y tienen más dificultades para analizar información científica pero que, reforzadas y alentadas por información de las redes sociales terminan defendiendo este tipo de teorías.

*“Entonces pues no sé, yo es que no... no... no sé muy bien cuál es el contenido de esas vacunas, no se sabe muy bien, hay cierta información de cómo las están haciendo, la cantidad de... desechos humanos que están metiendo ahí, plasmas de embriones... O sea, creo que no saben muy bien lo que están haciendo. En genética se hablaba del ADN basura, que ADN basura... no existe el ADN basura, lo que pasa es que no se ha codificado completamente el código genético. Así que no sabemos, estamos en un punto en el que la ciencia no sabe del todo cómo funciona el genoma humano, ni ellos lo saben...” G2*

*“hay que investigar, así termino yo mis charlas. Ya se ha visto que el grafeno, casi con toda seguridad en las vacunas, ¿no? Pues que alguien analice la parte biológica. Porque yo no sé, porque a mi entender como químico, una vez que ya encuentras algo que no está en la lista de ingredientes ya te hace dudar del resto.” E2*

Sin embargo, ambos perfiles aunque sean reticentes por motivos diferentes coinciden en el resultado final. Desconfían de las vacunas COVID-19 y se plantean rechazarlas, ya que perciben que corren poco riesgo en caso de contagiarse y temen más las consecuencias desconocidas de vacunarse que las conocidas de pasar la enfermedad. En esta valoración de pros y contras de la vacunación, tiene un peso muy elevado el que las vacunas no previenen el contagio ¿Para qué voy a vacunarme si puedo contagiarme igual?.

*“Entonces, si me pongo la vacuna del COVID-19 y pillo el COVID-19 o puedo pillarlo o puedo transmitirlo, qué mierda de vacuna es esa.” E4*

*“Y una vacuna que además está claro, vamos, que se ha dicho desde el principio, no evita que te contagies.” G1*

*“pero vamos a parar un momento, dicen, a ver si yo estoy equivocada, que las vacunas, las personas vacunadas también pueden contagiarlo.” G2*

Ante la dicotomía latente de ponerse o no la vacuna, el único argumento que surge a favor de vacunarse es el efecto de la vacuna para minimizar los efectos de la enfermedad una vez contagiado y evitar contagiar a otros. Esto sin embargo, no pueden corroborarlo con su experiencia o la de personas conocidas, por lo que ante la falta de utilidad que perciben en vacunarse, la obligatoriedad de continuar llevando mascarilla aun después de vacunarse, y el miedo ante posibles efectos secundarios, no consideran que haya interés en vacunarse.

## **5.5 Argumentos políticos de la reticencia a la vacunación COVID-19**

Además de los argumentos sanitarios los entrevistados también expresan una serie de argumentos de carácter político críticos con las medidas utilizadas para frenar la pandemia. La

campaña de vacunación contra la COVID-19 es una medida más de ellas que, a diferencia del carácter obligatorio de la mayoría de medidas (confinamiento domiciliario, restricciones a la movilidad, uso de mascarillas etc), es de carácter voluntario. A pesar de la voluntariedad de la vacunación, paradójicamente quizás sea la medida que provoca más argumentos en contra de su implantación. Esto se debe a que, en nuestra muestra, la vacunación si se percibe como una obligación “indirecta” pero una obligación. El énfasis que se hace en el rechazo a esta imposición es tal que incluso algunas personas rechazan la vacuna no por motivos sanitarios, sino como protesta ante lo que consideran una imposición injusta.

*“Si en algún momento me he planteado la vacuna no ha sido por eso. De hecho, yo, digo: “Tío, me van a presionar así, menos me vacuno”, me vais a meter presión, digo: “Yo por seguir mis principios no voy a caer en eso”. Que me estoy perdiendo cosas, pues vale, pero yo si tengo mis ideas, y encima me aprietas, pues voy a seguir con mis ideas, no voy a cambiar porque me estés metiendo presión porque no pueda ir a emborracharme, a echarme cubatas.” G3*

*“Te dicen que la vacunación no es obligatoria pero ya no voy a poder trabajar, no voy a poder entrar en no sé cuántos sitios, pues me la estás haciendo obligatoria. Y además que me sienta culpable o apestado...” E1*

*“Joder, si esta vacuna fuera tan efectiva y tan maravillosa como dicen, ¿por qué nos tienen que obligar a vacunarnos? Pero obligarnos y... coaccionarnos de esa forma, con perder el trabajo, con... Hombre, yo me he vacunado porque me han obligado.” E4*

Uno de los elementos que se repiten más a la hora de explicar por qué consideran que la vacunación es una obligación “indirecta” es el certificado COVID-19. Esta medida que suponía la obligación de estar vacunado, para acceder a determinados servicios como viajar, o acceder a distintas instalaciones genera un rechazo muy elevado. Desde la perspectiva de los investigados, no tiene legitimidad ya que no busca paliar los efectos de la pandemia, sino coaccionar y obligar a las personas que no quieren vacunarse, negándoles el derecho a realizar actividades cotidianas importantes para ellas. El alto impacto que tiene la medida en su vida social les lleva a afirmar que contribuye a generar un estigma impuesto sobre las personas no vacunadas cuya “expulsión” de numerosos espacios públicos se considera rotundamente injusta y discriminatoria. Este recorte en la libertad personal que suponen las medidas como el pasaporte COVID-19 es uno de los argumentos ideológicos que, con diferentes intensidades, más aparece al criticar la vacunación COVID-19. Esta obligatoriedad percibida supone un recorte en la libertad y autonomía personales de los individuos que perderían la capacidad de elegir si quieren vacunarse o no, ya que de no hacerlo serán estigmatizados como “antivacunas” “negacionistas”. Desde su perspectiva el derecho a la libertad individual entra en conflicto con la vacunación, y en esa dicotomía debe prevalecer la protección de la libertad personal, por lo que las medidas que “castigan” la no vacunación deberían ser eliminadas. Este discurso se fundamenta en una ideología libertaria “yo soy el dueño de mi cuerpo” y solo yo puedo decidir qué hacer y asumiré las consecuencias de vacunarse o no y de ponerme la mascarilla. Pero no es el único, también existe un discurso menos tajante que se centra más en la autonomía personal. Estas personas ponen el foco en pedir respeto para las personas reticentes hacia la

vacunación y las que no se han vacunado ni están de acuerdo con la imposición de las medidas impulsadas por el gobierno. Exigen que se escuchen sus voces críticas en la elaboración de las normas, aunque están de acuerdo en que hay que respetarlas una vez se hayan impuesto por respeto a las otras personas.

El estigma por no vacunarse es un punto en el que confluyen todos los discursos cuando los participantes discuten sobre la vacunación COVID-19. La mayoría de los participantes, independientemente de si se han vacunado o no, rechazan que se les etiquete como “antivacunas” o “negacionistas” ya que estas etiquetas han adquirido una connotación muy negativa. Los participantes se sienten heridos por la huella que supone en sus vidas, la ruptura y pérdida de relaciones personales que supone el hecho de decidir no querer vacunarse. Perciben que son humillados y que son calificados de egoístas y culpables por no asumir su responsabilidad individual en detener la pandemia. Expresan miedo al decir que no están vacunados en determinados contextos sociales, crispación y rechazo por parte de sus pares y cierta agresividad hacia ellos por parte de las personas vacunadas. Al hablar del estigma, se presentan como víctimas del resto de la ciudadanía que actúa de “policía” y se comparan incluso con los judíos en la Alemania nazi

*“Entonces, que nos hagan esto y que, realmente, quieran discriminar a la gente... Mucha gente lo ha comparado, que si la estrella del nazismo, que no sé qué. Y luego en el fondo dices... dices...: “Pues sí, es una forma de discriminarnos de alguna forma.” E4*

*“Del lado de los... de la salud, del lado de la salud pública, como: “Es que no estáis vacunados, sois unos irresponsables, sois no sé qué, sois...”. Es que ya empiezas a ser una coacción de... “No estás vacunado, eres un irresponsable, eres un egoísta”, no puedes entrar en los bares, no puedes entrar... no puedes ir a las discotecas... Esto es una coacción tremenda para buscar que hagas lo que ellos quieren.” G3*

*“Eres juzgado totalmente. Yo me siento juzgada, por elegir, a lo mejor, no vacunarme.” G1*

Es significativo que ninguna de las personas entrevistadas se identificase como “antivacunas” y todas reconocieran la gran carga simbólica negativa de la etiqueta. El acuerdo en torno al estigma que supone no vacunarse es tal, que hablan de polarización social alentada desde el Estado. En el ámbito de la vacunación ya había desacuerdos previos entre quienes siguen las pautas del calendario vacunal y quienes no lo hacen, pero el nivel de enfrentamiento y desacuerdo no llegaba al nivel del que se ha producido durante la pandemia. Esta confrontación, siempre según las personas entrevistadas, se debe a que es el Estado el que busca dividir a la ciudadanía entre dos categorías de orden moral: “cumplidores” e “irresponsables”. Los mensajes pro-vacunación de las autoridades sanitarias no son percibidos como recomendaciones sanitarias o epidemiológicas. Se leen en clave emocional, concretamente son calificados de chantaje emocional ya que apelan a la solidaridad de vacunarse por los demás. Sin embargo, como las vacunas no evitan el contagio ni la enfermedad, perciben que los están engañando con mensajes fraudulentos que buscan presionarlos con intereses ocultos como beneficiar a las farmacéuticas.

*“Pues que es un rollo y que es apelar al sentimiento de la solidaridad y tal, para que al final todo el mundo pase por el aro, con el fin de... yo no lo sé... de hacer ricas a las farmacéuticas o de... Realmente, yo qué sé, es que realmente no sé qué pensar de eso, pero que para mí es un rollo macabeo lo de: ‘Vacúnate por los demás’.” E4*

## **6. Discusión**

El objetivo principal del artículo ha sido analizar los argumentos que esgrimían las personas reticentes a la vacunación COVID-19 en Granada durante la pandemia.

Los resultados expuestos han abordado y dado respuesta al objetivo propuesto.

En primer lugar, se han podido extraer los principales argumentos de reticencia vacunal expresados por la ciudadanía. Se ha observado una amplia variabilidad en los motivos que expresa la ciudadanía para no querer vacunarse contra la COVID-19, y cómo estos argumentos no tienen sólo un carácter sanitario, sino que también tienen una importante, a veces primordial, carga política.

Estos resultados parecen coincidir parcialmente con la literatura internacional más actual. Así el OBVIOUS project (Gori et al., 2023) una encuesta a nivel nacional desarrollada en Italia destaca la relación entre tener una mínima confianza en la ciencia o el gobierno, la intención de votar a ciertos partidos, o el uso de medicina alternativa y su asociación con la decisión de posponer o no vacunarse contra la COVID-19. Además, la principal motivación que expresaban para no vacunarse era el miedo a los efectos secundarios. La desconfianza en el gobierno y la ciencia y la asociación entre el voto a determinados partidos y la decisión de vacunarse son aspectos en los que coinciden también otros trabajos como el de Jäckle y Timmis (Jäckle & Timmis, 2023). Estos autores presentan los resultados de una encuesta en Alemania a nivel nacional (Alemania es un caso de especial interés ya que presenta el movimiento “anti-COVID-19” más organizado de Europa) y sus resultados muestran como la afiliación política, la ideología política y la región de residencia tenían un impacto más grande en la reticencia vacunal que el género o el nivel educativo. Desde una perspectiva más discursiva el trabajo de Xu et al muestra las importantes diferencias entre los discursos de twitter entre Republicanos y Demócratas durante la pandemia en EE.UU (Xu et al., 2022). Así, parece que la consideración de la vacunación COVID-19 como fenómeno social y político es un patrón repetido en varios países occidentales. También en América, el trabajo de Lapo-Talledo et al muestra que no hay relación estadística significativa entre el nivel educativo o el género en la reticencia a la vacunación COVID-19, y señala el mayor impacto del miedo a los efectos secundarios de la misma (Lapo-Talledo et al., 2023). En España, los últimos trabajos publicados muestran que las personas auto identificadas como conservadoras, las que votaron por partidos de la oposición y las que priorizan el impacto económico de las medidas anti-pandemia muestran mayor reticencia vacunal (Fontán-Vela et al., 2023).

Estos trabajos muestran patrones estadísticos similares entre sí, y que parecen reforzar los resultados de este trabajo, el miedo a los efectos secundarios, la asociación entre desconfianza en el gobierno y reticencia vacunal y la heterogeneidad en los perfiles reticentes. No obstante, la metodología empleada por los mencionados estudios es de carácter cuantitativo, mientras que nuestro estudio es de carácter cualitativo, factor en el que por otra parte radica su interés. En ese sentido ya en 2021 un estudio realizado en Bradford (Reino Unido) mostraba la importancia de la desconfianza en la información, el miedo sobre la seguridad de las vacunas y las experiencias personales negativas como factores recurrentes en los discursos de los ciudadanos sobre su actitud hacia la vacunación COVID-19 (Lockyer et al., 2021). En diciembre de 2022 se publicaban también los resultados del equipo de Gabriela I. Morales. Su trabajo estaba basado en la realización de entrevistas en profundidad y presenta tres factores que aumentan la reticencia vacunal: presión del entorno social cercano para no vacunarse, la comparación de las vacunas COVID-19 con las vacunas tradicionales y la desconfianza en el sistema sanitario. Además investigaron sobre los motivos por los que se vacunaron algunos de los participantes que incluían la presión social para vacunarse, el deseo de volver a la normalidad e informarse sobre las vacunas disponibles (Morales et al., 2022). Por último Schneider-Kamp ha presentado una tipología de perfiles reticentes en Dinamarca y Rusia, basada en los diferentes argumentos que utilizan para rechazar la vacunación. En su investigación aborda la existencia de cuatro perfiles diferentes: “resisting” basada en la desconfianza hacia las autoridades, “paralyzed” basada en el miedo personal hacia las consecuencias de la vacuna, “informada” basada en la información disponible sobre las vacunas, y “empowered” basada en el énfasis de la libertad individual para decidir si quieren o no vacunarse y con qué vacuna (Schneider-Kamp, 2022).

Teniendo en cuenta los resultados de estos trabajos, se observa que coinciden al describir la existencia de argumentos políticos o ideológicos en la reticencia hacia la vacunación COVID-19. Aspectos como la libertad de decisión, la desconfianza en la información de los medios o la presión social para vacunarse o no, aparecen en todos en ellos en diferentes medidas. La comparación con los resultados de este trabajo arroja sorprendentes coincidencias, a pesar de los diferentes contextos sociales, y las fechas en que se llevaron a cabo las investigaciones. Por ejemplo, la comparación entre la COVID-19 y la gripe (Morales et al., 2022), es muy similar a la que encontramos en nuestro estudio. Ambas referencias comparten la evaluación de las dos enfermedades como leves, por lo que pesa más el miedo a los efectos secundarios de la vacuna que las consecuencias de contraer la enfermedad. Este miedo a los efectos secundarios de la vacunación COVID-19 y la confusión sobre la información disponible de las vacunas también aparecen como elementos comunes a los trabajos que hemos presentado. Si bien otros trabajos en Sudamérica y África (Bates et al., 2022) (Kanyanda et al., 2021) muestran que en contextos de elevada mortalidad provocada por enfermedades contra las que existen vacunas, el miedo a los efectos secundarios de la vacunación es secundario, ya que los efectos de no vacunarse son palpables en el entorno inmediato de las personas. El miedo a la enfermedad es mayor al miedo hacia las posibles consecuencias de no vacunarse. Sin embargo, en los países occidentales, las

vacunas COVID-19 parecen dar en determinadas personas más miedo que el propio COVID-19.

Un aspecto diferencial entre el presente estudio y los anteriormente mencionados, es la relación entre conspiranoia y reticencia a la vacunación COVID-19. A pesar de que la creencia en discursos conspiranoicos se menciona en dichos trabajos, no proponen ninguna conclusión al respecto de la relación entre discursos conspiranoicos y reticencia vacunal. Este estudio, sin embargo, detecta con claridad la existencia de un grupo de personas reticentes a la vacuna más orientado a las creencias conspiranoicas, que se diferencia con cierta claridad del resto de participantes en el trabajo. Este grupo relaciona la vacunación COVID-19 con teorías de la conspiración que reciben en canales de información no oficial (youtube y otros), niegan la veracidad de los datos sobre la pandemia y reproducen noticias falsas sobre los componentes de las vacunas. Su trayectoria en la reticencia vacunal frente a la COVID-19 es parcialmente diferente a la del resto de personas que expresan reticencia. Mientras que otras personas expresan reticencias basadas en la falta de miedo a la enfermedad, los posibles efectos secundarios, o la desconfianza en la información sobre la vacunación, este subgrupo no desconfía de la vacunación per se, desconfía holísticamente de la pandemia debido a la influencia de teorías conspiranoicas.

Se hace necesario también reflexionar sobre la influencia de las políticas públicas pro-vacunación y su relación con el estigma. Tanto en el trabajo que se ha presentado como en los anteriormente mencionados, la presión social aparece como un factor importante en la decisión de vacunarse o no. Por otra parte, las medidas coercitivas para motivar la vacunación tales como el pasaporte COVID-19 o las campañas de anuncios que enfatizan la vacunación como un acto solidario, se perciben como un intento de obligar a la ciudadanía a vacunarse y se evalúan muy negativamente, ya que promueven la estigmatización de los no vacunados. Sin embargo, esto no implica necesariamente que no sean efectivas, puesto que los participantes vacunados aluden precisamente a no querer ser estigmatizados como uno de los motivos que les impulsó a tomar la decisión de vacunarse.

## **7. Conclusiones**

Se puede concluir que los discursos de reticencia a la vacunación COVID-19 en Granada comparten elementos comunes con los discursos de otros países occidentales, tales como la mezcla de argumentos sanitarios e ideológicos, la no percepción de riesgo asociada al COVID-19 o la desconfianza en el gobierno y la información oficial sobre la COVID-19. Pero aparecen con mayor relevancia elementos como el miedo a la estigmatización por no vacunarse y la percepción de la vacuna como una decisión ideológica frente a una decisión sanitaria.

Desde un punto de vista de la ética de la salud pública, es importante reflexionar sobre el uso del estigma como parte de las políticas públicas en el ámbito de la salud, ya que a pesar de que

puede ser una herramienta que impulse la vacunación en determinados contextos, deteriora la confianza de la ciudadanía en las autoridades sanitarias y genera polarización social en torno a la vacunación COVID-19. La gestión de la información disponible sobre las vacunas también parece un ámbito relevante que puede generar mayor confianza en las autoridades gubernamentales o científicas cuando es accesible y comprensible para los ciudadanos, y generar desconfianza cuando es difícil acceder a ella, contradictoria o de difícil comprensión para el público general.

Es posible proponer una tipología de personas reticentes a la vacunación COVID-19 en base al análisis de contenido de los argumentos que esgrimen para desconfiar de las vacunas frente a la COVID-19. En primer lugar, la reticencia basada en el miedo que genera la vacunación. El miedo puede tener múltiples causas: desconfianza de la información recibida sobre el desarrollo o las pautas de vacunación, desconfianza en la seguridad de las vacunas, miedo de los posibles efectos secundarios etc. En definitiva las dudas sobre vacunarse giran en torno al coste personal de vacunarse frente al coste de no hacerlo, la decisión se enmarca en una lógica riesgo/beneficio.

En segundo lugar, la reticencia basada en la ideología. Esta reticencia enmarca la vacunación como una decisión más política que sanitaria. En este marco la vacunación se percibe como una imposición “obligatoria” por parte del Estado debido a sus medidas coercitivas y esto genera indignación y rechazo a la misma. La decisión aquí se enmarca en una cuestión de libertad individual/beneficio colectivo. Las personas que dan más valor a la libertad individual se plantean rechazar o rechazan la vacunación como un acto político con el que expresan su crítica al gobierno, a determinados partidos políticos o al Estado.

En tercer lugar, la reticencia experta o cualificada, basada en criterios técnicos. Las personas que desarrollan estos argumentos, disponen de un capital cultural elevado o tienen formación en campos relacionados con la sanidad. Lo que les permite desarrollar un discurso crítico con aspectos técnicos de la gestión de la campaña de vacunación. Estas críticas se centran en aspectos específicos de las vacunas, por ejemplo, errores metodológicos en el desarrollo de las fases experimentales, la composición química, la ausencia de revisión por pares en la literatura científica sobre la COVID-19, la falta de evidencias sobre la efectividad de las vacunas basadas en ARN etc. Dentro de este grupo, la decisión de vacunarse sigue una lógica basada en la existencia o no de evidencias. La pregunta que se plantean es qué decisión tiene unas evidencias más sólidas de acuerdo con su criterio profesional.

En cuarto y último lugar encontramos la reticencia conspiranoica o negacionista. Este grupo directamente consideran falsa la mayoría de información disponible en los canales oficiales de las instituciones sanitarias o los medios de comunicación tradicionales. Reproducen teorías de la conspiración sobre la existencia del virus, su origen, la composición de las vacunas, la intencionalidad de la pandemia, etc. La decisión de vacunarse o no del COVID-19 se presenta como una decisión sobre qué versión de la realidad creerse, si la oficial que difunden las élites o la versión real alternativa que les ofrecen estas redes de teorías conspiranoicas.

## 8. Conflictos de intereses y financiación

No hay conflictos de intereses que comprometan los resultados de este artículo. La investigación que da origen a este trabajo fin de máster fue financiada por la Fundació Víctor Grifols i Lucas a través de la convocatoria de seis becas de investigación sobre bioética en el año 2020. Los datos de dicha investigación me han sido facilitados en el marco de las prácticas curriculares del máster en Problemas Sociales. Dirección y Gestión de Programas Sociales de la UGR, que realicé en la Escuela Andaluza de Salud Pública bajo la tutela de Maite Cruz Piqueras IP del proyecto con el beneplácito de Joaquín Hortal Carmona.

## 9. Bibliografía

Bates, B. R., Villegas-Botero, A., Costales, J. A., Moncayo, A. L., Tami, A., Carvajal, A., & Grijalva, M. J. (2022). COVID-19 Vaccine Hesitancy in Three Latin American Countries: Reasons Given for Not Becoming Vaccinated in Colombia, Ecuador, and Venezuela. *Health Communication*, 37(12), 1465-1475.

<https://doi.org/10.1080/10410236.2022.2035943>

Bourdieu, P. (1985). *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*. akal.

Bourdieu, P. (, & Kauf, T. (2007). *Razones prácticas: Sobre la teoría de la acción* (4ª). Anagrama.

Centro de Investigaciones Sociológicas. (2020). *Barómetro de Septiembre 2020* (Estudio

- nº 3292; Barómetros del CIS, p. 26). Centro de Investigaciones Sociológicas.  
[https://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3280\\_3299/3296/es3296mar.pdf](https://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3280_3299/3296/es3296mar.pdf)
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide through Qualitative Analysis* (1ª). SAGE.
- Criado, Martín, E. (1997). El grupo de discusión como situación social. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 79, 81. <https://doi.org/10.2307/40184009>
- Dubé, E., Laberge, C., Guay, M., Bramadat, P., Roy, R., & Bettinger, J. A. (2013). Vaccine hesitancy. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 9(8), 1763-1773.  
<https://doi.org/10.4161/hv.24657>
- Fontán-Vela, M., Gullón, P., Bilal, U., & Franco, M. (2023). Social and ideological determinants of COVID-19 vaccination status in Spain. *Public Health*, 219, 139-145.  
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.04.007>
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research* (5. paperback print). Aldine Transaction.
- Glosario de Conceptos*. (s. f.). Instituto Nacional de Estadística.
- Hernandez, R. G., Hagen, L., Walker, K., O'Leary, H., & Lengacher, C. (2021). The COVID-19 vaccine social media *infodemic*: Healthcare providers' missed dose in addressing misinformation and vaccine hesitancy. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 17(9), 2962-2964. <https://doi.org/10.1080/21645515.2021.1912551>
- Hortal Carmona, J., Cruz Piqueras, M., & Padilla Bernáldez, J. (2020). *Estudio cualitativo sobre los discursos de las personas reticentes o rechazantes de la vacunación contra la COVID-19* (p. 128). Fundación Grifols.
- Islam, M. S., Kamal, A.-H. M., Kabir, A., Southern, D. L., Khan, S. H., Hasan, S. M. M., Sarkar, T., Sharmin, S., Das, S., Roy, T., Harun, M. G. D., Chughtai, A. A., Homaira,

- N., & Seale, H. (2021). COVID-19 vaccine rumors and conspiracy theories: The need for cognitive inoculation against misinformation to improve vaccine adherence. *PLOS ONE*, *16*(5), e0251605. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251605>
- Jäckle, S., & Timmis, J. K. (2023). Left–Right-Position , party affiliation and regional differences explain low COVID-19-19 vaccination rates in Germany. *Microbial Biotechnology*, *16*(3), 662-677. <https://doi.org/10.1111/1751-7915.14210>
- Kanyanda, S., Markhof, Y., Wollburg, P., & Zezza, A. (2021). Acceptance of COVID-19 vaccines in sub-Saharan Africa: Evidence from six national phone surveys. *BMJ Open*, *11*(12), e055159. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055159>
- Lazarus, J. V., Wyka, K., White, T. M., Picchio, C. A., Gostin, L. O., Larson, H. J., Rabin, K., Ratzan, S. C., Kamarulzaman, A., & El-Mohandes, A. (2023). A survey of COVID-19 vaccine acceptance across 23 countries in 2022. *Nature Medicine*, *29*(2), Article 2. <https://doi.org/10.1038/s41591-022-02185-4>
- Lee, J. D. (2014). *An Epidemic of Rumors. How stories shape our perceptions of disease*. University Press of Colorado.
- Liu, R., & Li, G. M. (2021). Hesitancy in the time of coronavirus: Temporal, spatial, and sociodemographic variations in COVID-19 vaccine hesitancy. *SSM - Population Health*, *15*, 100896. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100896>
- Lockyer, B., Islam, S., Rahman, A., Dickerson, J., Pickett, K., Sheldon, T., Wright, J., McEachan, R., Sheard, L., & the Bradford Institute for Health Research COVID-19-19 Scientific Advisory Group. (2021). Understanding COVID-19-19 misinformation and vaccine hesitancy in context: Findings from a qualitative study involving citizens in Bradford, UK. *Health Expectations*, *24*(4), 1158-1167. <https://doi.org/10.1111/hex.13240>
- Lucerón, C. O., Sánchez, A. L., & Santamarina, C. (2021). La confianza en la vacunación

- frente a la gripe en España: Discursos y actitudes reticentes en población general y profesionales sanitarios. *Revista Española Salud Pública.*, 95, 1-13.
- MacDonald, N. E. (2015). Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*, 33(34), 4161-4164. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036>
- MacDonald, N. E., Dube, E., & Comeau, J. L. (2022). Have vaccine hesitancy models oversimplified a complex problem to our detriment? The Adapted Royal Society of Canada vaccine uptake framework. *Vaccine*, 40(29), 3927-3930. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.05.052>
- Mendive Arbeloa, C. (2020). *SIDA: La construcción social de una enfermedad culpable*. Universidad Complutense de Madrid.
- Morales, D. X., Beltran, T. F., & Morales, S. A. (2022). Gender, socioeconomic status, and COVID-19 vaccine hesitancy in the US: An intersectionality approach. *Sociology of Health & Illness*, 44(6), 953-971. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13474>
- Olabuénaga, & Ruíz, J. I. (2012). La entrevista. En *Metología de la investigación cualitativa* (5º, p. 344). Universidad de Deusto, Argitalpen Zerbitzua.
- Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. (2020). *Informe nº 50. Situación de COVID-19 en España. Casos diagnosticados a partir 10 de mayo* (50; Informes COVID-19, p. 18). Instituto de Salud Carlos III. [https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20COVID-19.%20N%C2%BA%2050\\_28%20de%20octubre%20de%20](https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20COVID-19.%20N%C2%BA%2050_28%20de%20octubre%20de%20)
- Rowlands, T., Waddell, N., & McKenna, B. (2016). Are We There Yet? A Technique to Determine Theoretical Saturation. *Journal of Computer Information Systems*, 56(1), 40-47. <https://doi.org/10.1080/08874417.2015.11645799>
- Schneider-Kamp, A. (2022). COVID-19 Vaccine Hesitancy in Denmark and Russia: A

- qualitative typology at the nexus of agency and health capital. *SSM - Qualitative Research in Health*, 2, 100116. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2022.100116>
- Serrano del Rosal, R., Biedma-Velázquez, L., Domínguez Álvarez, J. A., García Rodríguez, M. I., Lafuente, R., Sotomayor, R., Trujillo Carmona, M., & Rincken, S. (2020). *Estudio Social sobre la Pandemia del COVID-19* (p. 51). IESA-CSIC.
- Serrano del Rosal, R., Domínguez Álvarez, J. A., Lafuente, R., Manzano, V., Ranchal Romero, J., Ruiz Ruiz, J., Sotomayor, R., & Trujillo Carmona, M. (2021). *Estudio social sobre la pandemia COVID-19. Segunda edición* [dataset]. <https://doi.org/10.20350/digitalCSIC/13785>
- Serrano-García, R. (2022). *El papel de los discursos conspiranoicos y antivacunas en la economía de las acciones durante la pandemia de SARS-CoV-2*. [Trabajo final de Grado, Universidad Pablo de Olavide]. <http://hdl.handle.net/10433/13829>
- Walcherberger, C., Eberl, J.-M., Partheymueller, J., Paul, K. T., & Stamm, T. A. (2022). COVID-19 vaccine hesitancy and gender. *European Journal of Politics and Gender*, 5(2), 270-274. <https://doi.org/10.1332/251510821X16498676658252>
- Xu, W. W., Tshimula, J. M., Dubé, È., Graham, J. E., Greyson, D., MacDonald, N. E., & Meyer, S. B. (2022). Unmasking the Twitter Discourses on Masks During the COVID-19 Pandemic: User Cluster–Based BERT Topic Modeling Approach. *JMIR Infodemiology*, 2(2), e41198. <https://doi.org/10.2196/41198>