

Artículo de Investigación

Evolución actitudinal ante las políticas de lucha contra la COVID-19 en Europa: Un análisis de Psicología Social

Attitudinal evolution regarding COVID-19 policies in Europe: A Social Psychology Analysis

Rubén Tamboleo García: Universidad Carlos III de Madrid, España.
ruben.tamboleo@uc3m.es

Fecha de Recepción: 14/06/2024

Fecha de Aceptación: 07/09/2024

Fecha de Publicación: 12/11/2024

Cómo citar el artículo:

Tamboleo García, R. (2024). Evolución actitudinal ante las políticas de lucha contra la COVID-19 en Europa: Un análisis de Psicología Social [Attitudinal evolution regarding COVID-19 Policies in Europe: A Social Psychology Analysis]. *European Public & Social Innovation Review*, 9, 1-18. <https://doi.org/10.31637/epsir-2024-1417>

Resumen:

Introducción: Desde marzo del año 2020 hasta finales del año 2022 la Organización Mundial de la Salud implementó diferentes políticas en lo que anunciaban como la justificada lucha contra una enfermedad terriblemente mortal, la COVID-19. No se podían criticar y las pocas críticas eran silenciadas. Sin embargo, los diferentes países de Europa, y, especialmente sus sociedades, respondieron de distinta manera ante medidas que afectaban tanto a la salud física como a la psicológica y a la economía. **Metodología:** El presente trabajo desarrolla una investigación de revisión de la literatura, empleando fuentes secundarias para la comparación de datos estadísticos según la pregunta de investigación. **Resultados:** Tras la revisión se diferencian fases de propaganda a nivel de comunicación, de respuesta actitudinal y de compromiso por parte de los diferentes públicos. **Discusión:** Las mismas medidas globales obtuvieron diferentes respuestas actitudinales según los sustratos culturales. **Conclusiones:** Se distinguen diferentes respuestas actitudinales, tanto por países dentro del mismo continente como por fases dentro del mismo país.

Palabras clave: Sociología; políticas; actitudes; obediencia; globalización; demografía social; COVID-19; Europa.

Abstract:

Introduction: From March 2020 to the end of 2022, the World Health Organization implemented various policies in what they described as a justified fight against a terribly deadly disease, COVID-19. These policies could not be criticized, and the few criticisms were silenced. However, the different countries of Europe, and especially their societies, responded in different ways to measures that affected physical health, mental health, and the economy. **Methodology:** This paper conducts a literature review, using secondary sources to compare statistical data according to the research question. **Results:** The review identifies phases of propaganda at the communication level, attitudinal responses, and engagement from different audiences. **Discussion:** The same global measures elicited different attitudinal responses depending on cultural substrata. **Conclusions:** Different attitudinal responses were identified both across countries within the same continent and across phases within the same country.

Keywords: Sociology; policies; attitudes; obedience; globalization; social demography; COVID-19; Europe.

1. Introducción

La COVID-19, causado por el coronavirus SARS-CoV-2, se identificó por primera vez en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, en la provincia de Hubei, China. Los primeros casos estaban relacionados con un mercado de mariscos y animales vivos, lo que sugiere que el virus pudo haberse transmitido de un animal a los humanos. A medida que se realizaron más investigaciones, se determinó que el virus pertenece a la misma familia que otros coronavirus conocidos, como el SARS (Síndrome Respiratorio Agudo Severo) y el MERS (Síndrome Respiratorio de Oriente Medio).

A finales de diciembre de 2019, las autoridades chinas informaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre un grupo de casos de neumonía de origen desconocido. En enero de 2020, se identificó el agente patógeno como un nuevo coronavirus. El 30 de enero de 2020, la OMS declaró una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), reconociendo la gravedad del brote y su potencial para propagarse más allá de las fronteras chinas.

A medida que el virus continuaba propagándose, comenzaron a implementarse medidas para contenerlo. En Wuhan, donde se había originado el brote, las autoridades impusieron un estricto confinamiento a partir del 23 de enero de 2020. Esto incluyó restricciones en los viajes y la movilidad dentro y fuera de la ciudad. La rápida expansión del virus llevó a otros países a tomar medidas similares.

En febrero y marzo de 2020, varios países comenzaron a reportar sus propios casos. Italia fue uno de los primeros países europeos en verse gravemente afectado; para principios de marzo, el gobierno italiano impuso un bloqueo nacional. Otros países europeos siguieron su ejemplo al implementar restricciones similares.

La OMS declaró oficialmente que la COVID-19 era una pandemia el 11 de marzo de 2020, lo que subrayó la gravedad y la extensión global del brote. A partir de esta declaración, muchos gobiernos alrededor del mundo comenzaron a adoptar medidas más estrictas: cierre temporal de escuelas y negocios, limitaciones en reuniones públicas y promoción del distanciamiento social.

Las medidas tenían como objetivo frenar la propagación del virus y proteger los sistemas sanitarios. Con el tiempo, estas acciones se complementaron con campañas masivas para

desarrollar y distribuir vacunas contra el COVID-19, marcando un esfuerzo global sin precedentes para combatir la pandemia (Santos González y Tamboleo García, 2023).

La Organización Mundial de la Salud ha desempeñado un papel crucial en la lucha contra la pandemia de COVID-19, no solo a través de sus recomendaciones y directrices sanitarias, sino también mediante el desarrollo de políticas de comunicación efectivas. Estas políticas han sido fundamentales para informar, educar y motivar a las personas a adoptar comportamientos que ayuden a controlar la propagación del virus. A continuación, se detallan los principales aspectos de estas políticas de comunicación:

1. **Transparencia y claridad en la información:** Desde el inicio de la pandemia, la OMS ha enfatizado la importancia de proporcionar información clara y precisa. La transparencia es esencial para generar confianza entre los ciudadanos. La organización ha trabajado para asegurar que la información sobre la COVID-19 sea accesible y comprensible para todos, utilizando un lenguaje sencillo y evitando tecnicismos innecesarios. Esto incluye la creación de materiales informativos que abordan preguntas frecuentes sobre el virus, su transmisión y las medidas preventivas.
2. **Uso de múltiples plataformas:** La OMS ha utilizado una variedad de plataformas para difundir su mensaje. Esto incluye redes sociales, sitios web oficiales, conferencias de prensa y colaboraciones con medios de comunicación. Al diversificar los canales de comunicación, la OMS ha podido llegar a diferentes audiencias, adaptando su mensaje según las características demográficas y culturales de cada grupo.
3. **Campañas globales:** La OMS lanzó varias campañas globales para concienciar sobre la COVID-19. Una de las más destacadas fue la campaña con el lema: "Salva vidas: Mantente en casa", que instó a las personas a quedarse en casa para reducir la propagación del virus. Estas campañas no solo proporcionaron información sobre cómo protegerse a sí mismo y a los demás, sino que también apelaron a un sentido de responsabilidad colectiva (Mateo Rivas, 1984).
4. **Colaboración con líderes comunitarios:** Reconociendo que las comunidades locales son fundamentales en la lucha contra la COVID-19, la OMS ha trabajado en colaboración con líderes comunitarios y organizaciones locales. Estos actores son esenciales para adaptar los mensajes a contextos específicos y garantizar que lleguen efectivamente a las poblaciones vulnerables. La participación comunitaria ayuda a construir confianza y legitimidad en las recomendaciones emitidas por la OMS.
5. **Enfoque en mitigar desinformación:** La desinformación ha sido uno de los mayores desafíos durante la pandemia. La OMS ha implementado estrategias específicas para combatir noticias falsas relacionadas con la COVID-19. Esto incluye el monitoreo activo de redes sociales y otros medios donde circula información errónea, así como iniciativas educativas que ayudan al público a identificar fuentes confiables y verificar datos antes de compartir información.
6. **Educación continua:** La educación es un pilar fundamental en las políticas de comunicación de la OMS. A través de webinars, cursos en línea y materiales educativos, la organización ha proporcionado formación continua tanto para profesionales de salud como para el público general sobre temas relacionados con la COVID-19, incluyendo síntomas, prevención y tratamiento.
7. **Adaptación cultural:** La OMS ha reconocido que diferentes culturas pueden tener distintas percepciones sobre salud y enfermedad. Por lo tanto, sus políticas han incluido esfuerzos por adaptar mensajes según contextos culturales específicos. Esto implica trabajar con traductores e intérpretes para asegurar que los mensajes sean culturalmente relevantes y respetuosos.
8. **Énfasis en datos científicos:** Las políticas comunicativas de la OMS se basan firmemente en evidencia científica. La organización se esfuerza por comunicar hallazgos científicos

recientes sobre el virus SARS-CoV-2 y su comportamiento, así como sobre tratamientos efectivos y vacunas disponibles. Este enfoque basado en datos ayuda a legitimar sus recomendaciones ante el público.

9. **Promoción del autocuidado:** Además de informar sobre medidas preventivas como el uso de mascarillas o el distanciamiento social, la OMS también ha promovido prácticas relacionadas con el autocuidado mental y emocional durante tiempos difíciles. Reconociendo que una crisis sanitaria puede afectar gravemente la salud mental, se han ofrecido recursos sobre cómo manejar el estrés y mantener una buena salud mental.
10. **Fomento del compromiso cívico:** Finalmente, las políticas comunicativas han buscado fomentar un sentido de compromiso cívico entre los ciudadanos. La OMS ha instado a las personas no solo a protegerse a sí mismas sino también a cuidar del bienestar colectivo al seguir las pautas establecidas. Este enfoque busca crear una cultura donde cada individuo sienta que tiene un papel importante en la lucha contra la COVID-19.

De este modo, este trabajo se centra en el estudio exploratorio de cómo las mismas medidas consiguen, según la adaptación cultural, diferentes tipos de respuestas que se pueden evaluar según lo que se recoge como actitudes y posible evaluación de los intereses.

Este estudio toma especial relevancia ante la falta de investigación en la materia, puesto que todo el sistema social ha confirmado lo que se había hecho, sin cuestionar las diferencias o si incluso se había procedido correctamente y con qué consecuencias. Estudiar los marcos diferenciados, permite explorar que había alternativas ante lo que se presentó como una materia “científica” de verdad absoluta e incuestionable.

2. Marco teórico

La Psicología Social es una rama de la Psicología que estudia cómo los pensamientos, sentimientos y comportamientos de las personas son influenciados por la presencia real, imaginaria o implícita de otros. Dentro de este campo, los marcos actitudinales (Gaviria Stewart *et al.*, 2019) son fundamentales para entender cómo se forman, mantienen y cambian las actitudes de los individuos hacia diversas cuestiones sociales. A continuación, se exploran en detalle los marcos actitudinales en la Psicología Social (Baron y Byrne, 2005).

2.1. Las actitudes para la Psicología Social

Las actitudes son evaluaciones duraderas que las personas hacen sobre objetos, personas, grupos o eventos. Estas evaluaciones pueden ser positivas, negativas o neutras y se componen de tres componentes principales: el componente cognitivo (creencias y pensamientos), el componente afectivo (sentimientos) y el componente conductual (intenciones de comportamiento). Por ejemplo, una persona puede tener una actitud positiva hacia el reciclaje porque cree que es beneficioso para el medio ambiente (cognitivo), se siente bien al reciclar (afectivo) y tiene la intención de reciclar regularmente (conductual).

2.1.1. Formación de actitudes

Las actitudes no surgen en un vacío, sino que se desarrollan a partir de diversas experiencias e influencias (Blumer, 1969). Algunos factores clave en la formación de actitudes incluyen:

- **Experiencias personales:** Las vivencias directas con un objeto o situación pueden moldear nuestras actitudes. Por ejemplo, si alguien ha tenido una experiencia negativa con un grupo social específico, es probable que desarrolle una actitud negativa hacia ese grupo (Arikan, 2013).
- **Socialización:** La familia, amigos y medios de comunicación juegan un papel crucial en la formación de actitudes. Desde una edad temprana, las personas son influenciadas por las creencias y valores que les transmiten sus seres cercanos (Heider, 1958).
- **Condicionamiento:** Las teorías del condicionamiento clásico y operante sugieren que las actitudes pueden formarse a través de asociaciones entre estímulos. Por ejemplo, si una persona asocia un producto con emociones positivas debido a su publicidad efectiva, puede desarrollar una actitud favorable hacia ese producto.

2.1.2 Cambio de actitudes

El cambio de actitudes es un proceso complejo que puede ocurrir a través de diferentes mecanismos:

- **Persuasión:** La persuasión es uno de los métodos más comunes para cambiar actitudes. Se basa en la presentación de argumentos convincentes que pueden influir en las creencias y sentimientos del receptor. El modelo de probabilidad central y periférica propuesto por Petty y Cacioppo sugiere que el cambio de actitud puede ocurrir a través de dos rutas: la ruta central (cuando el individuo está motivado e involucrado) y la ruta periférica (cuando no lo está).
- **Disonancia cognitiva:** La teoría de la disonancia cognitiva propuesta por Leon Festinger sostiene que cuando las personas experimentan inconsistencias entre sus creencias y comportamientos, sienten incomodidad psicológica. Para reducir esta disonancia, pueden cambiar sus actitudes para alinearlas con sus acciones.
- **Modelado social:** Las personas también pueden cambiar sus actitudes al observar el comportamiento de otros y las consecuencias que estos enfrentan. Este proceso se relaciona con la teoría del aprendizaje social propuesta por Albert Bandura.

2.1.3. Estructura del marco actitudinal

Los marcos actitudinales se refieren a cómo se organizan y estructuran las actitudes dentro del individuo. Existen varios modelos teóricos que intentan explicar esta estructura:

- **Modelo tripartito:** Este modelo sugiere que las actitudes están compuestas por tres componentes interrelacionados: cognitivo, afectivo y conductual. Cada uno puede influir en los demás; por ejemplo, una creencia negativa sobre un grupo puede generar sentimientos hostiles hacia él y llevar a comportamientos discriminatorios.
- **Modelo del sistema dual:** Este enfoque distingue entre dos tipos de procesamiento: el procesamiento automático (intuitivo) y el procesamiento controlado (reflexivo). Las actitudes pueden ser formadas o cambiadas mediante ambos tipos; sin embargo, el procesamiento automático tiende a ser más resistente al cambio.

2.1.4. Función de las actitudes

Las actitudes cumplen varias funciones importantes en la vida social:

- **Función utilitaria:** Las actitudes ayudan a las personas a maximizar recompensas y minimizar castigos al guiar su comportamiento hacia opciones favorables.
- **Función ego-defensiva:** Algunas actitudes protegen la autoestima del individuo o justifican comportamientos negativos.
- **Función valorativa:** Las actitudes permiten a los individuos expresar sus valores personales y creencias fundamentales.
- **Función adaptativa:** Al adoptar ciertas actitudes sociales, los individuos pueden integrarse mejor en grupos sociales específicos.

2.1.5. Actitud como predictor del comportamiento

Uno de los temas centrales en Psicología Social es la relación entre actitud y comportamiento. Aunque existe una correlación entre ambos, no siempre son congruentes debido a varios factores:

- **Intención conductual:** Según la Teoría del Comportamiento Planeado (Ajzen, 1985, 1991 y 2005), las intenciones son predictores más fuertes del comportamiento real que las actitudes solas. Las intenciones están influenciadas por normas subjetivas y percepciones sobre el control conductual.
- **Contexto situacional:** El contexto social puede moderar la relación entre actitud y comportamiento. Por ejemplo, alguien puede tener una actitud positiva hacia el ejercicio físico, pero no actuar en consecuencia si se encuentra en un entorno poco propicio para ello (Myers y Twenge, 2019).

2.1.6. Investigación sobre marcos actitudinales

La investigación sobre marcos actitudinales ha sido extensa e incluye estudios experimentales, encuestas longitudinales y análisis cualitativos. Estos estudios han permitido identificar patrones en cómo se forman, mantienen y cambian las actitudes frente a diversos temas sociales como el racismo, el sexismo o cuestiones ambientales.

2.2. *Los intereses sociales de un agente social ante una campaña de comunicación: el caso de la Organización Mundial de la Salud*

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es una agencia especializada de las Naciones Unidas que se encarga de coordinar y dirigir la salud pública a nivel global. Aunque su misión principal es promover la salud, prevenir enfermedades y responder a emergencias sanitarias, también enfrenta críticas y preocupaciones sobre los intereses económicos que pueden influir en sus decisiones y políticas. Así, entendemos a la OMS como un agente social con unos intereses algunos de los cuales estarán más o menos presentes y otros más o menos ocultos según su agenda propia (Tamboleo García, 2023).

2.2.1. *Financiamiento y donantes*

Uno de los aspectos más relevantes en el análisis de los intereses económicos detrás de la OMS es su estructura de financiamiento. La organización recibe fondos tanto de contribuciones obligatorias de los Estados miembros como de donaciones voluntarias. Estas donaciones provienen no solo de gobiernos, sino también de fundaciones privadas, organizaciones no gubernamentales (ONG) y empresas del sector privado.

Las contribuciones voluntarias representan una parte significativa del presupuesto total de la OMS. Esto puede generar conflictos de interés, ya que las entidades donantes pueden tener agendas propias que influyan en las prioridades y decisiones de la organización. Por ejemplo, fundaciones como la *Bill & Melinda Gates Foundation* han sido grandes donantes y han dirigido recursos hacia áreas específicas como la vacunación y la salud global, lo que puede llevar a un enfoque desproporcionado en ciertos temas en detrimento de otros.

2.2.2. *Relaciones con la industria farmacéutica*

La relación entre la OMS y la industria farmacéutica es otro punto crítico. La organización juega un papel importante en el establecimiento de normas y directrices para medicamentos y vacunas, lo que puede afectar directamente los intereses económicos de las empresas farmacéuticas. A menudo, estas compañías buscan influir en las políticas sanitarias para favorecer sus productos, e incluso profundizar la Agenda 2030 (Tamboleo García, 2021b).

Por ejemplo, durante la pandemia de COVID-19, se observó un intenso lobby por parte de empresas farmacéuticas para obtener aprobación rápida para sus vacunas. La OMS tuvo que equilibrar su función reguladora con las presiones económicas para garantizar el acceso equitativo a tratamientos y vacunas a nivel mundial.

2.2.3. *Acceso a medicamentos y patentes*

El acceso a medicamentos esenciales es un tema central en el trabajo de la OMS. Sin embargo, las políticas relacionadas con patentes y propiedad intelectual pueden estar influenciadas por intereses económicos. Las grandes farmacéuticas suelen defender patentes prolongadas para proteger sus inversiones, lo que puede limitar el acceso a medicamentos genéricos más asequibles en países en desarrollo.

La OMS ha promovido iniciativas como el Tratado sobre Comercio de Medicamentos Esenciales para mejorar el acceso a tratamientos vitales; sin embargo, estas iniciativas pueden verse obstaculizadas por presiones económicas provenientes del sector privado.

2.2.4. *Impacto en políticas públicas*

Los intereses económicos también pueden influir en cómo se desarrollan e implementan las políticas públicas relacionadas con la salud global. Las recomendaciones emitidas por la OMS pueden ser interpretadas o aplicadas de manera diferente según los contextos nacionales, especialmente si hay presión económica por parte del sector privado o grupos de interés locales que se hacen más fuertes en la concentración de los poderes económicos de los banqueros y de los fondos de inversión (Tamboleo García, 2022).

2.3. El miedo como agente de la Psicología

El miedo es una emoción fundamental que ha sido objeto de estudio en la Psicología, especialmente en su relación con el comportamiento humano y social. Como factor psicológico, el miedo puede influir significativamente en las decisiones y acciones de las masas, afectando tanto la conducta individual como colectiva.

2.3.1. Naturaleza del Miedo

El miedo es una respuesta emocional a una amenaza percibida, ya sea real o imaginaria. Esta emoción activa el sistema nervioso autónomo, provocando reacciones fisiológicas como aumento del ritmo cardíaco y liberación de adrenalina. Estas respuestas son adaptativas, ya que preparan al individuo para enfrentar o huir de un peligro. Sin embargo, cuando se experimenta a gran escala, el miedo puede tener efectos profundos en la sociedad.

2.3.2. Miedo Colectivo

El miedo puede ser contagioso; cuando un individuo siente miedo, este sentimiento puede propagarse a otros a través de la comunicación verbal y no verbal. En situaciones de crisis, como pandemias, desastres naturales o conflictos bélicos, el miedo colectivo puede intensificarse rápidamente. Las masas pueden reaccionar de manera irracional ante amenazas percibidas, lo que lleva a comportamientos como el pánico, la compra excesiva de suministros o incluso disturbios sociales.

2.3.3. Manipulación del Miedo

Los líderes políticos y medios de comunicación, a menudo, utilizan el miedo como herramienta para influir en la opinión pública y movilizar a las masas. La retórica del miedo puede ser efectiva para justificar políticas restrictivas o aumentar la vigilancia social. Por ejemplo, durante crisis sanitarias como la pandemia de COVID-19, los mensajes sobre los riesgos del virus fueron cruciales para fomentar comportamientos preventivos, pero también generaron ansiedad y desconfianza.

2.3.4. Efectos Psicológicos

El miedo prolongado puede tener consecuencias psicológicas significativas. Puede llevar a trastornos de ansiedad, depresión y estrés postraumático en individuos expuestos a situaciones amenazantes. A nivel social, el miedo puede erosionar la cohesión comunitaria y fomentar divisiones entre grupos sociales.

2.3.5. Resiliencia y Superación

A pesar de sus efectos negativos, el miedo también puede actuar como un catalizador para la acción colectiva positiva. Enfrentar miedos compartidos puede unir a las personas en torno a causas comunes y motivarlas a buscar soluciones colectivas. La resiliencia social se manifiesta cuando las comunidades se organizan para enfrentar desafíos juntos.

De este modo, el miedo es un factor psicológico poderoso que afecta tanto al individuo como a las masas. Su capacidad para influir en comportamientos colectivos lo convierte en una herramienta valiosa pero peligrosa en manos de quienes buscan manipularlo. Comprender cómo opera el miedo en contextos sociales es esencial para abordar sus efectos y promover respuestas constructivas ante situaciones amenazantes.

3. Metodología

La metodología de fuentes secundarias es un enfoque utilizado en la investigación que implica la recopilación y análisis de datos que ya han sido recolectados y publicados por otros autores o instituciones. Este tipo de metodología es especialmente útil cuando se busca obtener información sobre un tema sin necesidad de realizar una recolección primaria de datos, lo que puede ser costoso y llevar mucho tiempo (Corbetta, 2010). A continuación, se describen los pasos clave para llevar a cabo la investigación utilizando fuentes secundarias.

3.1. Definición del problema de investigación

El primer paso es definir claramente el problema o la pregunta de investigación. El problema hallado es la falta de investigación en los cambios actitudinales ante las políticas coercitivas de supuesta lucha contra la COVID-19, algunas de las cuales no servían de nada en absoluto (Herby *et al.*, 2022).

3.2. Búsqueda de fuentes y evaluación de su calidad

Una vez definido el problema, se procede a buscar fuentes secundarias. Estas pueden incluir libros, artículos académicos, informes gubernamentales, bases de datos estadísticas, tesis, documentos de organizaciones no gubernamentales (ONG) y contenido en línea. Es importante utilizar motores de búsqueda académicos como Google Scholar, JSTOR o bases de datos específicas del área temática. Así, se han usado las que se recogen en el apartado 4.

No todas las fuentes son igualmente confiables. Por ello, es fundamental evaluar la calidad y credibilidad de cada fuente consultada, como se ha llevado a cabo.

3.3. Análisis e interpretación

Después de recopilar las fuentes relevantes, se procede a analizarlas e interpretarlas. Esto implica resumir los hallazgos clave, identificar patrones y tendencias, y relacionar la información con el problema planteado al inicio. Así, se pregunta acerca de los bloques actitudinales y sobre el enganche con campañas de comunicación.

4. Resultados

4.1. La propaganda y el miedo para infundir terror psicológico

El miedo ante la COVID-19 se generó a partir de una combinación de factores que incluyeron la naturaleza del virus, la cobertura mediática, la incertidumbre y las respuestas sociales. Desde su aparición, en diciembre de 2019, el SARS-CoV-2 mostró características alarmantes: era altamente contagioso y podía causar enfermedades graves e incluso la muerte, especialmente en poblaciones vulnerables. La rápida propagación del virus a nivel global contribuyó a un sentido de urgencia y peligro inminente.

La cobertura mediática desempeñó un papel crucial en la amplificación del miedo. Los medios de comunicación informaron constantemente sobre el aumento de casos y muertes, así como sobre las imágenes impactantes de hospitales desbordados y personal médico agotado. Esta exposición continua a noticias negativas creó una atmósfera de ansiedad colectiva. Las redes sociales también jugaron un papel importante al difundir información, pero también desinformación, lo que aumentó la confusión y el temor entre la población.

La incertidumbre fue otro factor clave en la generación de miedo. Al principio, había muchas preguntas sin respuesta sobre el virus: su origen, cómo se transmitía exactamente, quiénes eran los más afectados y qué medidas eran efectivas para prevenirlo. La falta de información clara y coherente por parte de las autoridades sanitarias contribuyó a un clima de desconfianza y preocupación. A medida que se conocían más detalles sobre el virus, surgieron nuevas variantes que parecían ser más transmisibles o resistentes a las vacunas, lo que reavivó temores sobre la eficacia de las medidas adoptadas.

Además, el impacto social y económico de la COVID-19 exacerbó el miedo. Las restricciones impuestas para controlar la propagación del virus llevaron al cierre de negocios, pérdida de empleos y aislamiento social. Esto no solo afectó la salud física sino también la salud mental de muchas personas, aumentando los niveles de ansiedad y depresión.

Las campañas gubernamentales para promover medidas como el uso de mascarillas y el distanciamiento social también contribuyeron al miedo. Aunque estas acciones eran necesarias para proteger la salud pública, a menudo se comunicaban en términos alarmantes que enfatizaban los riesgos asociados con no seguirlas.

El miedo ante la COVID-19 fue alimentado por una combinación de factores biológicos, sociales y psicológicos. La interacción entre estos elementos creó un ambiente donde la ansiedad era casi inevitable, afectando profundamente cómo las personas percibían su seguridad y bienestar en medio de una crisis sanitaria global sin precedentes.

Los datos que se reflejan en la Figura 1 significa que aproximadamente el 0,99% de las personas diagnosticadas con COVID-19 ha fallecido a causa del virus. Se dejan al margen todas las que las pasaron sin diagnóstico profesional.

Figura 1.

Número de casos de COVID-19 en todo el mundo y número de muertes

Casos de Coronavirus:

704.753.890

[view by country](#)

Muertes:

7.010.681

Recovered:

675.619.811

Fuente: Worldometer, 2024. <https://www.worldometers.info/coronavirus/#countries>

Una tasa de mortalidad del 0,99% es baja en comparación con otras enfermedades infecciosas, como el SARS (que tuvo una tasa de mortalidad superior al 10%) o el MERS (que superó el 30%). Sin embargo, se impuso el miedo para justificar medidas coercitivas de una muy diversa índole en las que no se puede entrar en el presente trabajo.

4.2. Fases comunicativas

- Enero-febrero 2020: Se consideraba que no había peligro y se tachaba de "alarmistas" a quienes sugerían lo contrario. Esto se evidencia en intervenciones de comunicadores, como Ana Pastor y Broncano.
- Marzo 2020: La situación se presenta como grave, con confinamientos y un trauma psicosocial generalizado. Se justifica todo hasta el 8 de marzo. Posteriormente, se declara un Estado de Alarma, calificado como inconstitucional.
- Resto de 2020: Se fomenta el miedo como herramienta de control, mientras se ocultan discursos disidentes o críticos con la metodología de recolección de datos.
- 2021: Aumenta la persuasión y presión hacia la "necesidad" de la vacuna, en un contexto en el que plataformas como Facebook, que adquirió WhatsApp e Instagram, concentran su poder. Según los "Twitter Files" (Pérez Colomé, 2022), el FBI intervino en la censura y mediación del discurso público.
- 2022: Se mantienen y etiquetan nuevas variantes del virus. En España, cambia la actitud hacia la tercera dosis de la vacuna, introduciendo el término "dosis de refuerzo". A medida que desciende la ya baja mortalidad, las muertes se dejan de mencionar y solo se habla de casos reportados. La narrativa se transforma, y se deja de realizar pruebas masivas.

También se destaca el cambio drástico en la comunicación durante la primera semana de marzo de 2020: desde el alarmismo inicial hasta el negacionismo.

4.3. Fases actitudinales

Según el marco teórico, se distinguen dos actitudes fundamentales: el interés y el seguimiento de enganche de las campañas de vacunación. El interés se contempla en la Figura 2 y el enganche con la vacunación en la Figura 3.

Figura 2.

Índice de interés en el COVID-19 en Europa según Tendencias de Google.

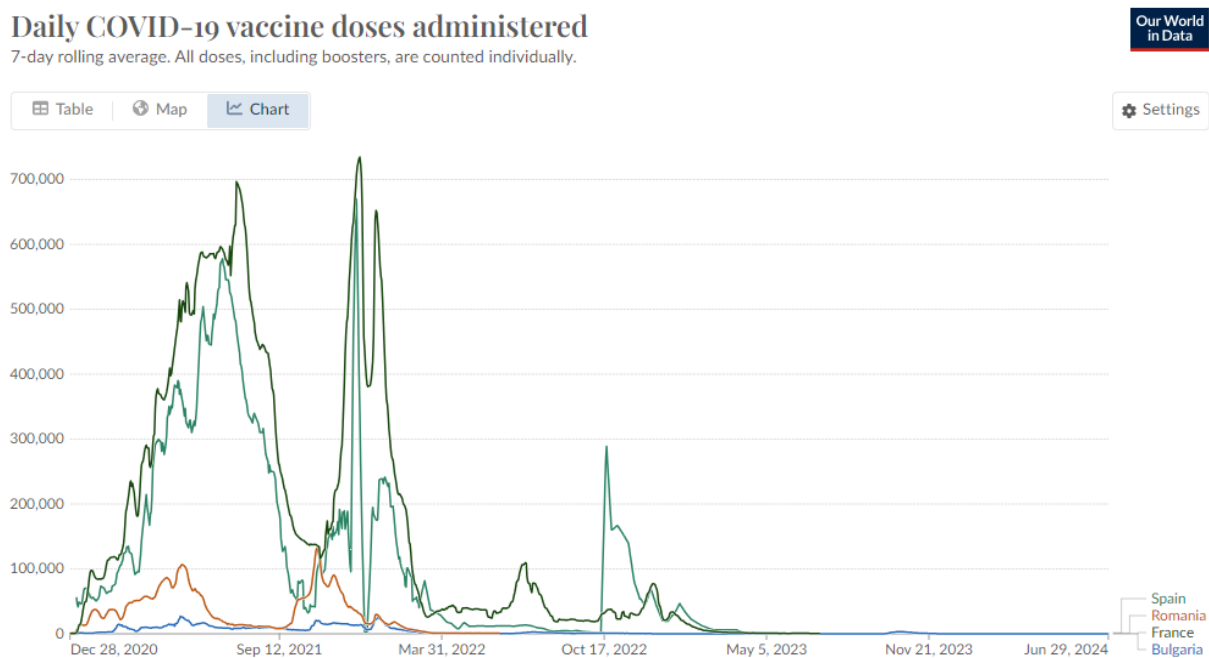


Fuente: Google Tendencias

En la Figura 2 se puede observar las fases de interés por el COVID-19 en Europa, y que se produce una clara fase de decaimiento a comienzos del año 2022 pese a determinadas campañas de comunicación por parte de oficinas gubernamentales y paragubernamentales.

Figura 3.

Dosis diarias administradas de la Vacuna del Covid-19: países Francia, España, Rumanía y Bulgaria.



Fuente: Our World in Data, World Health Organisation, 2024

En la Figura 3 se observan dos cuestiones fundamentales: las diferencias por países, distinguiendo dos bloques en Europa entre el Este y el Oeste, y dos fases, cuando hubo una gran conformidad y aceptación hasta la segunda dosis pero que se desplomó en las dosis que pusieron con la tercera renombrada como “de refuerzo”.

En este sentido, la disparidad en la tasa de vacunación contra el COVID-19 entre países como España y Francia, en comparación con Rumanía y Bulgaria, se puede atribuir a una combinación de factores que incluyen la infraestructura sanitaria, la confianza pública en las vacunas, las políticas gubernamentales y el contexto socioeconómico.

4.3.1. Infraestructura sanitaria

España y Francia cuentan con sistemas de salud más robustos y bien organizados en comparación con Rumanía y Bulgaria. La capacidad para llevar a cabo campañas masivas de vacunación depende en gran medida de la infraestructura existente, incluyendo centros de salud, personal médico capacitado y logística adecuada para almacenar y distribuir las vacunas. En estos países occidentales, se han implementado estrategias efectivas para facilitar el acceso a las vacunas, lo que ha permitido una cobertura más amplia.

4.3.2. Confianza pública en las vacunas

La confianza en las vacunas es un factor crucial que influye en la disposición de la población a recibirlas. En España y Francia, aunque ha habido cierta resistencia inicial hacia las vacunas, la mayoría de la población ha mostrado una mayor aceptación debido a campañas informativas efectivas que resaltan los beneficios de la vacunación. Por otro lado, Rumanía y Bulgaria han enfrentado desafíos significativos relacionados con la desconfianza hacia las instituciones públicas y los sistemas de salud. Esto se debe en parte a un legado histórico de desconfianza hacia el gobierno y a la propagación de desinformación sobre las vacunas.

4.3.3. Políticas gubernamentales

Las políticas adoptadas por los gobiernos también han jugado un papel fundamental. En España y Francia, los gobiernos implementaron campañas agresivas para promover la vacunación, incluyendo incentivos para vacunarse, acceso gratuito a las vacunas y programas educativos sobre su importancia. En contraste, Rumanía y Bulgaria no solo enfrentaron problemas logísticos en la distribución de vacunas, sino que también carecieron de campañas efectivas que incentivaran a la población a vacunarse.

4.3.4. Contexto Socioeconómico

El contexto socioeconómico también influye en las tasas de vacunación. España y Francia tienen economías más fuertes que permiten invertir más recursos en salud pública. Esto incluye no solo la adquisición de vacunas, sino también el financiamiento de campañas informativas y logísticas necesarias para llevar a cabo una vacunación masiva. En cambio, Rumanía y Bulgaria enfrentan desafíos económicos que limitan su capacidad para implementar estrategias efectivas de vacunación.

4.3.5. Acceso a Información

El acceso desigual a información precisa sobre la COVID-19 también ha contribuido a las diferencias en las tasas de vacunación. En muchos casos, la falta de educación sanitaria adecuada ha llevado a malentendidos sobre el virus y las vacunas. Mientras que España y Francia han podido utilizar plataformas digitales e iniciativas comunitarias para educar al público sobre la importancia de la vacunación, Rumanía y Bulgaria han luchado contra rumores infundados que alimentan el escepticismo.

En resumen, las diferencias en las tasas de vacunación contra la COVID-19 entre España y Francia frente a Rumanía y Bulgaria son resultado de una compleja interacción entre infraestructura sanitaria, confianza pública en las vacunas, políticas gubernamentales efectivas y contextos socioeconómicos diversos. Para mejorar estas tasas en países con menor cobertura vacunal, es esencial abordar estos factores mediante estrategias integrales que fomenten tanto el acceso como la aceptación de las vacunas.

Con todo ello destacan dos cuestiones fundamentales: la diferencia de respuesta por el sustrato sociocultural y la desconfianza pública hacia el sistema.

Estas variaciones son diferentes a las del apartado siguiente (con los países y bloques concretos que hemos destacado) y sus causas probables que radican como decíamos en el sustrato sociocultural, las resistencias históricas y la mayor falta de conformidad hacia el sistema por su herencia del sufrimiento del comunismo y su dictadura totalitaria).

Lo particular de todo esto es que, pese a lo que se vio (especialmente con los medios de comunicación de masas) y lo que se vivió en países como en España, en otros países apenas se pusieron la denominada como vacuna producto de ARN mensajero y no pasó nada, o al menos no sucedió el apocalipsis sanitario que se preconizaba mientras que se practicaba la cultura de la cancelación del disidente en un nuevo mundo Orwelliano (O'Donnell, 2007 y 2009; Orwell, 1949).

4.4. Diferencias actitudinales por países

Desde el inicio de la campaña de vacunación contra la COVID-19, ha habido variaciones significativas en las tasas de vacunación entre los países de la UE.

Estas diferencias pueden atribuirse a varios factores:

- Disponibilidad de vacunas: Algunos países pudieron asegurar más dosis de vacunas más rápidamente que otros, lo que afectó su capacidad para vacunar a la población.
- Estrategias de distribución: Las estrategias implementadas para distribuir y administrar las vacunas varían entre países. Algunos han tenido campañas más efectivas y organizadas.
- Aceptación pública: La disposición de la población a recibir la vacuna también ha influido en las tasas de vacunación. En algunos países, ha habido una mayor resistencia o desconfianza hacia las vacunas.
- Infraestructura sanitaria: La capacidad del sistema sanitario para llevar a cabo campañas masivas de vacunación también ha sido un factor determinante.
- Políticas gubernamentales: Las decisiones políticas sobre el uso obligatorio de vacunas, pasaportes sanitarios y otras medidas han impactado en las tasas de vacunación.

5. Discusión

Investigar el cambio de actitudes de la población ante las medidas de lucha contra la COVID-19 presenta algunas limitaciones en la actualidad dado el carácter exploratorio en el que nos encontramos con este sujeto de investigación.

5.1. Variabilidad en las respuestas

Las actitudes hacia las medidas sanitarias, como el uso de mascarillas o el distanciamiento social, pueden variar significativamente entre diferentes grupos demográficos (edad, género, nivel educativo) y geográficos (incluso dentro de los propios países siendo estos nuestro objeto de estudio). Esta variabilidad puede dificultar la obtención de conclusiones generales aplicables a toda la población.

5.2. Efecto del tiempo

Las actitudes pueden cambiar rápidamente en respuesta a nuevas informaciones, políticas o eventos relacionados con la pandemia. Esto significa que los estudios realizados en un momento específico pueden no reflejar las actitudes actuales o futuras, lo que limita su relevancia temporal.

5.3. Sesgo de selección

Los encuestados pueden no ser representativos de la población general. Aquellos que participan en encuestas sobre COVID-19 pueden tener actitudes más fuertes o estar más informados sobre el tema, lo que introduce un sesgo en los resultados.

5.4. Influencia de medios tradicionales y medios sociales

La información y desinformación difundida a través de medios tradicionales y medios sociales (Tamboleo García, 2021a) puede influir drásticamente en las actitudes. La exposición a diferentes narrativas puede llevar a cambios rápidos y contradictorios en las percepciones, complicando el análisis.

5.5. Limitaciones metodológicas

Los métodos utilizados para medir actitudes (encuestas, entrevistas) pueden estar sujetos a sesgos de respuesta, donde los participantes responden de manera socialmente deseable en lugar de expresar sus verdaderas opiniones. Además, la formulación de preguntas puede influir en las respuestas obtenidas.

5.6. Contexto cultural y político

El contexto cultural y político también juega un papel crucial en cómo se perciben las medidas contra la COVID-19. En algunos lugares, la desconfianza hacia el gobierno o las instituciones puede llevar a una resistencia mayor frente a las recomendaciones sanitarias.

5.7. Impacto emocional

El miedo y la ansiedad generados por la pandemia pueden nublar el juicio racional de las personas, afectando sus actitudes hacia las medidas implementadas. Las emociones intensas pueden dificultar una evaluación objetiva de estas medidas.

Por ello, investigar el cambio de actitudes hacia las medidas contra la COVID-19 es complejo debido a factores como la variabilidad demográfica, el tiempo, sesgos metodológicos y contextos culturales. Estas limitaciones deben ser consideradas al interpretar los resultados para desarrollar estrategias efectivas basadas en evidencia para futuras crisis sanitarias.

6. Conclusiones

Las políticas de comunicación implementadas por la Organización Mundial de la Salud durante la pandemia del COVID-19 han sido multifacéticas e integrales, abordando desde la necesidad urgente de información clara hasta estrategias complejas para combatir desinformación y promover comportamientos saludables entre población global. A medida que se continúa enfrentando desafíos relacionados con esta pandemia y futuras crisis sanitarias, estas lecciones sobre comunicación efectiva serán vitales para mejorar la respuesta colectiva ante emergencias sanitarias globales. Sin embargo, se han identificado respuestas bien diferenciadas a causa de los sustratos culturales.

Si bien la OMS tiene un mandato claro centrado en mejorar la salud global, no está exenta de influencias económicas que pueden afectar su funcionamiento y decisiones. La interacción entre financiamiento, relaciones con la industria farmacéutica y políticas públicas resalta la

complejidad del entorno en el que opera esta organización. Para mantener su integridad y efectividad, es crucial que la OMS continúe trabajando hacia una mayor transparencia y rendición de cuentas respecto a estos intereses económicos.

Los marcos actitudinales son fundamentales para comprender cómo se interactúa con el entorno social. A través del estudio de estas estructuras complejas dentro del ámbito de la Psicología Social, se puede obtener información valiosa sobre cómo influyen creencias y sentimientos en el comportamiento diario. Además, entender estos marcos permite desarrollar estrategias efectivas para promover cambios positivos en las comunidades al abordar problemas sociales críticos desde una perspectiva psicológica informada.

Así, se distinguen fases de comunicación y actitudes diferenciadas e incluso contrarias, como la aceptación de la situación y la conformidad en el caso de España y Francia y el rechazo en el caso de Rumanía y Bulgaria, entre otros, con lo que se pueden distinguir dos bloques de sustrato cultural en Europa con respecto a estas respuestas actitudinales.

7. Referencias

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. En J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Action control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Springer.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality, and behavior*. McGraw-Hill Education.
- Arikan, G. (2013). The influence of societal values on attitudes towards immigration. *International Political Science Review*, 34(2), 210-226.
- Baron, R. A., y Byrne, D. (2005). *Psicología social*. Pearson Educación.
- Blumer, H. (1969). *Interaccionismo simbólico: perspectiva y método*. University of California Press.
- Corbetta, P. (2010). *Metodología y técnicas de investigación social*. McGraw Hill.
- Our World in Data. (2024). Coronavirus (COVID-19) vaccinations. <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>
- Worldometer. (2024). Coronavirus. <https://www.worldometers.info/coronavirus/#countries>
- Gaviria Stewart, E., López Sáez, M., y Cuadrado Guirado, I. (2019). *Introducción a la psicología social*. Sanz y Torres.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1037/10628-000>
- Herby, J., Jonung, L., y Hanke, S. H. (2022). *A literature review and meta-analysis of the effects of lockdowns on COVID-19 mortality*. The Institute for Applied Economics, Global Health, and the Study of Business Enterprise.

- Mateo Rivas, M. J. (1984). Los mass-media y sus posibilidades culturales. *Revista Internacional de Sociología*, 50, 519-531.
- Myers, D. G., y Twenge, J. M. (2019). *Psicología social*. McGraw Hill Interamericana.
- O'Donnell, G. (2007). *Disonancias: críticas democráticas a la democracia*. Libros Prometeo.
- O'Donnell, G. (2009). *El Estado burocrático autoritario*. Libros Prometeo.
- Orwell, G. (1949). *1984*. Secker and Warburg.
- Pérez Colomé, J. (9 de diciembre de 2022). Qué son los 'Archivos de Twitter': la guerra por la verdad en la era Musk. *El País*. <https://bit.ly/4dQ7mzY>
- Santos González, D., y Tamboleo García, R. (Eds.). (2023). *Reflexiones desde la incertidumbre: una obligada reconstrucción social*. Dykinson.
- Tamboleo García, R. (Ed.). (2023). *Manual de sociología*. Tirant lo Blanch.
- Tamboleo García, R. (2021a). Medios sociales o redes sociales: conceptualización y metodología para sociología en español. *Revista Inclusiones: Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, 8(Extra 10), 354-359.
- Tamboleo García, R. (2021b). Replanteamiento de la Agenda 2030 ante el escenario de crisis pandémica: mirada desde la Sociología. *Análisis Jurídico - Político*, 3(6), 75-96. <https://doi.org/10.22490/26655489.4805>
- Tamboleo García, R. (2022). Ante los nuevos totalitarismos y nuevas tiranías emergentes. En R. Tamboleo García y D. Santos González (Eds.), *Campos de sociología bajo presión* (pp. 239-250). Dykinson.

CONTRIBUCIONES DE AUTORES/AS, FINANCIACIÓN Y AGRADECIMIENTOS

Financiación: Esta investigación no recibió financiamiento externo.

Agradecimientos: El presente texto nace en el marco de un proyecto ACCIÓN COST (CA20112) de la COST | European Cooperation in Science and Technology (Funded by the European Union), "PROFEEDBACK: PlatfoRm OF policy Evaluation community for improvED EU policies and Better ACKnowledgement)". También es apoyado por el Departamento de Análisis Social de la Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas de la Universidad Carlos III de Madrid.

Conflicto de intereses: no existe conflicto de intereses.

AUTOR:**Rubén Tamboleo García:**

Universidad Carlos III de Madrid.

Profesor de Sociología en UAM y UC3M. Profesor Tutor de Sociología y de Ciencia Política y de la Administración con *Venias Docendi* UNED. Anteriormente Profesor de Sociología UVa y UCM e Investigador Tiempo Completo URJC. Docencia oficial en 20 asignaturas y 10 grados distintos. Director del Manual de Sociología. Investigador Visitante en Universidades de Liverpool y Viena. Investigador Red COST, líder Grupo Trabajo proyecto CA20112 y miembro Comité Gestión CA17132 y CA21133. Investigador Innovación Docente y en otros proyectos Horizon como *REMINDER*. Consultor Senior y Gestor de Proyectos de Formación, RRHH y Asuntos Públicos. Analista para más de 25 medios de comunicación. Ponente en más de 61 Congresos Internacionales. Director de 8 Congresos Internacionales celebrados en Panamá, Toluca de Lerdo, Caracas, Valdepeñas y Madrid.

ruben.tamboleo@uc3m.es

Índice H: 10

Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0003-1631-0815>

Scopus ID: <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=58136282800>

LinkedIN: <https://www.linkedin.com/in/tamboleo>

Google Scholar:

https://scholar.google.es/citations?view_op=list_works&hl=es&hl=es&user=JfZj9XYAAAAI

ResearchGate: <https://www.researchgate.net/profile/Ruben-Tamboleo-Garcia>

Academia.edu: <https://ucm.academia.edu/tamboleo>

X: <https://x.com/Tamboleo/>

Página web: www.tamboleo.com