

Actitud hacia el adulto mayor en estudiantes del pregrado de la Facultad de odontología Universidad San Sebastián, Santiago.

Attitude towards the elderly in the undergraduates of the faculty of Dentistry, University San Sebastián, Santiago.

Enrique Fernández^{1,2,a,b,c,d,e,f}, Paula Padilla^{1,a,b,g}, Héctor Monardes^{1,3,a,e,h,i,j}, Carlos Díaz^{1,a,g}

RESUMEN

La gerontología es la ciencia que trata de la vejez y de los fenómenos psicológicos, sociológicos y económicos que la caracterizan. Desde la vertiente sociológica se acuñó el término *viejismo*, que hace alusión al proceso de elaboración de estereotipos y discriminación sistemática contra las personas debido a que son mayores. Diversas proyecciones demográficas indican un crecimiento constante de la población adulta mayor, por lo que el viejismo adquiere entonces una gran importancia. **Objetivos:** Determinar las actitudes hacia los adultos mayores que presentan los estudiantes de Odontología de la Universidad San Sebastián, sede Santiago. **Material y Métodos:** Se aplicó la escala de actitudes hacia el adulto mayor de Kogan (KAOP), validada en español, en 158 alumnos de tres cohortes distintas de la carrera. **Resultados:** Los estudiantes que formaron parte de este estudio reportaron tener en promedio, una actitud negativa hacia el adulto mayor (valor KAOP 131,73). No hay diferencias estadísticamente significativas por género ni por año académico en los datos observados. **Conclusiones:** La actitud hacia el adulto mayor observada entre los estudiantes de Odontología de la Universidad San Sebastián, sede Santiago, es negativa, sin encontrarse diferencias por género ni por nivel. Se requieren más estudios en el tema, para dilucidar las posibles causas.

PALABRAS CLAVE: Viejismo, actitud, estereotipos, escuela de odontología.

¹ Clínica Integrada del Adulto II, Universidad San Sebastián. Santiago, Chile.

² Universidad San Sebastián. Santiago, Chile.

³ Postgrado de Endodoncia, Universidad San Sebastián. Santiago, Chile.

^a Cirujano Dentista; ^b DDS Especialista en Rehabilitación Oral; ^c MSc. en Ciencia Política; ^d Profesor Asistente; ^e Docente de Pregrado; ^f Docente de Postgrado de Rehabilitación Oral.

^g Docente Instructor; ^h Especialista en Endodoncia. MSc, D.D.S.; ⁱ Profesor Asociado; ^j Director y Docente

SUMMARY

Gerontology is the study of aging in the psychological, sociological and economic fields. From the sphere of sociology, the term *ageism* was conceived, and it refers to the process of systematic stereotyping and discriminating people just because they are old. Several demographic projections indicate a steady growth of the older adult population, and old age is thus of great importance. **Objectives:** The purpose of this study was to determine the attitudes of the students at the Dentistry School of San Sebastian University in Santiago, towards the elderly. **Materials and Methods:** Kogan attitudes scale (KAOP) validated in Spanish was applied to 158 students from three different cohorts of the school. **Results:** Dentistry students who took part in this study reported having, on average, a negative attitude toward the elderly (KAOP value of 131.73). There were no statistically significant differences by gender or academic year of the students in the observed data. **Conclusions:** The attitude toward the elderly observed among Dentistry students of San Sebastian University in Santiago, are negative, without differences by gender or academic level. Further studies are needed, to elucidate its possible causes.

KEY WORDS: Ageism, attitude, stereotyping, dentistry school.

INTRODUCCIÓN

Múltiples análisis demográficos han demostrado un crecimiento continuo de la población adulta mayor, en diversas partes del mundo (1-5). Este fenómeno forma parte del concepto conocido como “transición demográfica”, que se fundamenta en el aumento en la expectativa de vida de las personas, sumado a una disminución en las tasas de natalidad (1-5). Chile no se encuentra exento de esta situación. Si consideramos las estadísticas nacionales, se observa un consistente aumento en el grupo etario de 60 años y más, el cual representaba un 12,1% del total de la población el año 2007, *versus* las proyecciones de 14,7% y 17,3% para el año 2015 y 2020, respectivamente (5-7). Paralelamente, el aumento en el número de adultos mayores en una población determinada, se asocia a una mayor demanda de salud por parte éstos (1-3,5,8-10), lo que influye de una u otra forma en el funcionamiento y orientación de atención de los servicios de salud públicos y privados.

Las sociedades, entendidas como conjuntos de personas, pueblos o naciones que conviven bajo normas comunes, tienden a desarrollar una serie de actitudes hacia un determinado grupo o sector de la población (9). Entiéndase “actitud” como un sentimiento a favor o en contra de un objeto social, el cual puede ser una persona, un hecho social o cualquier producto de la actividad humana (8). Las actitudes de una sociedad hacia un sector de la

población, incluyen e influyen en las conductas de los profesionales de la salud hacia ese grupo (2,9,11-13). En el caso de los adultos mayores, éstas no siempre resultan ser positivas.

En 1968, Robert Butler acuñó el término *ageism*, traducido al español como “viejismo”, en alusión al proceso de elaboración de estereotipos y discriminación sistemática contra las personas sólo por el hecho de ser mayores (5,11,12). El viejismo se puede apreciar en diversas áreas de nuestra sociedad, impregnando la literatura, el cine, la televisión y la publicidad: los adultos mayores son muchas veces representados descansando en sillas mecedoras, con problemas auditivos y físicamente restringidos (4,11).

Aunque hay pruebas considerables de que los adultos mayores contribuyen a la sociedad en muchos sentidos (5), a menudo se los ve de manera estereotipada como una carga o como personas débiles, alejadas de la realidad o dependientes (5), y aún se asocia al adulto mayor a estereotipos como: pasividad, aburrimiento, fragilidad, frustración, depresión, soledad e inutilidad (5,14,15).

Actualmente, las investigaciones sobre las actitudes hacia los ancianos por parte de estudiantes y profesionales de la salud, están radicadas principalmente en Medicina y Enfermería, siendo los datos exiguos en el área odontológica. Sin embargo en nuestro país, la Odontología orientada hacia los

adultos mayores adquiere extrema importancia, si consideramos que un 44,7% de las personas de 65 años y más, tiene una o más caries, un 33% ha perdido todos los dientes y un 29,1% relata que siempre o casi siempre sufre de incomodidad con los dientes o prótesis (16). Es en esta perspectiva, que desde el aparato estatal (MINSAL) se han generado programas de salud enfocados en este grupo etario, (Garantías Explícitas en Salud Bucal para el Adulto de 60 años) que requiriendo profesionales aptos, para su correcta implementación. La Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que la mala salud bucodental puede tener una influencia profunda en la salud general y en el bienestar de los adultos mayores (5); por ejemplo, por su influencia en la nutrición. Asimismo, los problemas y el dolor al comer, masticar, sonreír y comunicarse debido a la pérdida de piezas o a dientes descoloridos o dañados tienen gran impacto en la capacidad funcional y en la vida cotidiana de este grupo (5).

El propósito de este estudio fue determinar las actitudes hacia los adultos mayores que presentan los estudiantes de Odontología de la Universidad San Sebastián, sede Santiago.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para medir las actitudes hacia los adultos mayores, se utilizó la Escala de Actitudes hacia el Adulto Mayor de Kogan (KAOP). La versión en lengua española de este instrumento, fue validada por Sampén Celis et al., el año 2012 (9). La KAOP, consta de 34 enunciados relacionados con las personas mayores: 17 de ellos tienen enunciados negativos y 17 enunciados positivos que se corresponden con los primeros, por lo que se dice que consta de 17 ítems o pares negativo-positivo (17). La escala está diseñada en base a un cuestionario tipo Likert con seis categorías de respuestas, que van desde “muy en desacuerdo” a “muy de acuerdo”. Las calificaciones mínima y máxima son de 34 y 204, respectivamente. Debido a las diferencias encontradas respecto a qué considerar como puntaje positivo o negativo, decidimos guiarnos por la metodología utilizada por Wang et al., en donde un valor de 136, se considera un puntaje neutral (3). Se aplicó el instrumento en tres grupos de alumnos de 2º, 4º y 6º año de la Universidad San Sebastián, sede Santiago, realizando una selección aleatoria (muestreo aleatorio estratificado proporcional) de los

encuestados en cada nivel. Según la aleatorización, se obtuvo un n=177. La KAOP fue aplicada por los autores de este estudio, durante el segundo semestre del año académico 2015. Se entregaban indicaciones verbales a los estudiantes seleccionados, de manera individual, explicando el propósito de la encuesta y la forma de completarla. Los alumnos desarrollaban y devolvían KAOP en el transcurso de la jornada. Los datos obtenidos fueron registrados en una planilla Excel (Microsoft Excel 2011). Se realizó un análisis estadístico de los datos, (STATA 14) con el fin de determinar la normalidad en su distribución y la factibilidad de comparación entre género y niveles.

Se consideraron como estadísticamente significativos aquellos test con $p \leq 0,05$. En las variables de, puntaje total obtenido por los alumnos y puntaje según nivel, se analizó primero su distribución mediante el Test de Shapiro-Wilk, obteniendo en todos los casos una distribución normal ($p \geq 0,05$); luego se procedió a resumir la información con sus respectivos promedios y desviación estándar. Los test estadísticos utilizados fueron el test de Student no pareado para la comparación según género, y ANOVA de 1 vía para la comparación entre grupos de cohorte, con un nivel de significancia $p \leq 0,005$.

RESULTADOS

De un total de 177 encuestas programadas, se logró aplicar KAOP a 158 alumnos, ya que algunos de los seleccionados abandonaban los estudios a medida que se desarrollaba el semestre académico, o no eran ubicables. Se puede observar el detalle de las tasas de respuesta en la tabla 1. En la tabla 2, se presenta el total de encuestados según género y cohortes o niveles académicos: si analizamos el grupo en su totalidad, (n=158) la distribución por género fue de 71,52% para las mujeres (n=113) y un 28,48% para los hombres (n=45).

El análisis estadístico indicó que no hay diferencias significativas en los promedios de los puntajes KAOP obtenidos según género, ni nivel ($p \geq 0,05$).

De modo complementario y con la finalidad de enriquecer la posterior discusión de los resultados, se realizó un desglose de los valores obtenidos para cada par negativo-positivo, resumidos en la tabla 3. Cada par negativo-positivo se refiere a una pregunta

o enunciado en particular redactada con el objetivo de medir actitudes en específico sobre derechos, deberes cívicos, participación social y política de los adultos mayores. Las preguntas con promedios de valores más altos, fueron las n°8, n°15 y n°22. Por el contrario, las preguntas con puntajes más bajos, son la n°5, n°32 y n°34. Las mismas, se presentan en Tabla 4 y se discuten en más detalle, en el próximo apartado.

DISCUSIÓN

Como se pudo comprobar, los participantes de este estudio reportaron tener en promedio un valor KAOP de 131,73, lo que implicaría que nuestra muestra tiene actitudes más bien negativas hacia el adulto mayor. La literatura especializada aún es discordante al respecto: diferencias de la KAOP encontradas en estudiantes de carreras del área de la salud según edad (14), género (3,9,14), año de carrera (3,12), tipo de carrera (3) y condición socioeconómica de los participantes (14), no siempre han sido replicadas por otros investigadores. En nuestro estudio, no obtuvimos diferencias entre las actitudes de los alumnos al diferenciar la muestra por género, o por nivel. En la bibliografía consultada, se observa

una tendencia a que los resultados de KAOP y de otras escalas medidoras de actitudes aplicadas en estudiantes de carreras del área médica son peores en EEUU y Europa (2,4,13,20,21) en comparación a países del oriente geográfico como Jordania (14), Nueva Zelanda (12), Taiwán(3) y Turquía (15). En general, los autores de estos últimos atribuyen dichas diferencias a su cultura y/o religión (3,14,15), lo que ratificaría la idea de que el vejeísmo es un fenómeno socio-cultural y se reforzaría nuestra postura respecto que las soluciones de largo plazo deben provenir de intervenciones sostenidas en el ámbito socio cultural.

En los estudios con resultados desfavorables, se señalan como probables causas: un currículo enfocado en los aspectos negativos del envejecimiento (4,5,20,21) el mayor reconocimiento social que obtienen los profesionales del área médica al trabajar con niños y jóvenes (2,5,20) y Facultades del ámbito médico con pocos profesores especialistas en atención geriátrica (8). Además podría favorecer este escenario, la falta de información al respecto: según la OMS, se registran bajos niveles de formación en geriatría y gerontología en las profesiones de la salud, a pesar del creciente número de personas mayores en la población (5). Para tratar de explicar

Tabla 1. Tasas de Respuesta y total de alumnos encuestados.

Nº de Alumnos	2º año	4º año	6º año	TOTAL
Según nivel	143	209	98	450
Según aleatorización	56	82	39	177
Final	43	79	36	158
Tasa de Respuesta	76,79%	96,34%	92,31%	89,27%

Tabla 2. Puntajes KAOP según género y cohorte.

Nivel	Género	Nº de alumnos	Promedio	SD*	Mínimo	Máximo
2do año	Femenino	32	130,44	13,85	105	159
	Masculino	11	128,27	13,00	101	144
	Total	43	129,88	13,52	101	159
4to año	Femenino	57	132,75	13,15	103	156
	Masculino	22	133,95	12,63	110	160
	Total	79	133,09	12,94	103	160
6to año	Femenino	24	132,29	10,81	111	151
	Masculino	12	128,25	13,59	109	146
	Total	36	130,94	11,77	109	151
Total cohortes		158	131,73	12,84	101	160

SD* Desviación Estándar

Test Anova= 0,388

Tabla 3. Análisis estadístico para cada Par negativo-positivo KAOP

N° Pregunta	Par	2° año		4° año		6° año		TOTAL
		Promedio	SD	Promedio	SD	Promedio	SD	
1	1-	3,91	1,43	4,25	1,41	3,83	1,63	4,00
2	1+	3,47	1,20	2,71	1,42	3,14	1,59	3,11
3	2-	3,81	1,42	4,03	1,37	3,64	1,48	3,83
4	2+	3,42	1,33	3,56	1,56	3,00	1,53	3,33
5	3-	1,70	0,91	2,35	1,38	2,50	1,21	2,18
6	3+	3,10	1,27	3,20	1,23	3,19	1,28	3,16
7	4-	4,33	1,17	4,57	1,46	4,22	1,49	4,37
8	4+	4,79	1,26	4,84	1,13	4,78	1,20	4,80
9	5-	4,58	1,48	4,54	1,38	4,31	1,17	4,48
10	5+	4,35	1,33	4,13	1,41	3,83	1,11	4,10
11	6-	4,60	1,58	4,43	1,74	4,75	1,59	4,59
12	6+	4,72	1,20	4,59	1,19	4,50	1,40	4,60
13	7-	3,60	1,22	3,86	1,24	3,89	1,26	3,78
14	7+	3,14	1,17	3,75	1,07	3,58	1,18	3,49
15	8-	4,81	1,24	4,92	1,07	4,64	1,31	4,79
16	8+	4,17	1,00	4,13	1,35	4,31	1,26	4,20
17	9-	4,26	1,33	4,48	1,31	3,86	1,44	4,20
18	9+	4,98	1,28	4,89	1,22	4,94	1,33	4,94
19	10-	4,02	1,52	4,10	1,27	4,33	1,17	4,15
20	10+	3,35	1,48	3,25	1,20	3,64	1,36	3,41
21	11-	4,70	1,34	4,48	1,44	4,61	1,23	4,60
22	11+	5,05	1,02	4,42	1,59	4,89	1,30	4,79
23	12-	4,30	1,64	4,73	1,41	4,72	1,37	4,58
24	12+	3,98	1,37	3,97	1,34	4,17	1,21	4,04
25	13-	2,98	1,24	3,46	1,28	3,33	1,17	3,26
26	13+	3,63	1,50	3,67	1,43	3,56	1,50	3,62
27	14-	4,67	1,21	4,47	1,57	4,08	1,16	4,41
28	14+	4,21	1,32	4,33	1,13	3,83	1,18	4,12
29	15-	4,00	1,36	4,44	1,30	4,47	1,21	4,30
30	15+	3,81	1,22	4,20	1,03	3,97	1,18	3,99
31	16-	2,58	1,37	2,58	1,26	2,86	1,46	2,67
32	16+	2,05	1,23	2,49	1,27	2,58	1,25	2,37
33	17-	3,19	1,26	3,39	1,43	3,08	1,30	3,22
34	17+	1,70	1,32	1,86	1,13	1,89	1,24	1,82

Tabla 4. Preguntas KAOP validadas al español por Sampénet *al* ⁽⁹⁾ *

Numero	Enunciado
1	Probablemente sería mucho mejor si los adultos mayores vivieran en unidades residenciales con gente de su misma edad.
2	Probablemente sería mejor si la mayoría de adultos mayores vivieran en unidades residenciales con gente más joven.
3	Hay algo diferente acerca del adulto mayor; es difícil saber lo que les molesta mucho.
4	La mayoría de adultos mayores realmente no son diferentes de los demás; así como las personas más jóvenes, ellos son fáciles de entender.
5	La mayoría de los adultos mayores establece sus formas de ser y/o actuar que les es difícil de cambiar.
6	La mayoría de adultos mayores son capaces de nuevas adaptaciones cuando cierta situación la requiera.
7	La mayoría de adultos mayores prefieren jubilarse tan pronto como sus pensiones o sus hijos puedan mantenerlos.
8	La mayoría de adultos mayores prefieren continuar trabajando siempre y cuando ellos puedan hacerlo antes que estar dependiendo de alguien más.
9	La mayoría de adultos mayores tienden a tener sus hogares en un aspecto desaseado e inatractivo.
10	Generalmente se puede confiar en que la mayoría de adultos mayores pueden mantener un hogar limpio y atractivo.
11	Es tonto pensar que sabiduría viene con la edad.
12	La gente se vuelve más sabia con la venida de los años.
13	Los adultos mayores tienen mucho poder en los negocios y la política.
14	Los adultos mayores deberían tener más poder en los negocios y la política.
15	La mayoría de adultos mayores hacen que uno se sienta incómodo.
16	La mayoría de adultos mayores hacen que uno se sienta relajado al estar con ellos.
17	La mayoría de adultos mayores aburren a otros al insistir en querer hablar acerca de los "viejos tiempos".
18	Una de las cualidades más interesantes y entretenidas de la mayoría de adultos mayores es el contar sus experiencias pasadas.
19	La mayoría de adultos mayores pasan mucho tiempo metiéndose en los asuntos de otros y dando consejos a quienes no se los han pedido.
20	La mayoría de adultos mayores tienden a guardárselos y a dar consejos solo cuando se los piden.
21	Si los adultos mayores quieren caerle bien a otras personas, su primer paso debería ser el deshacerse de sus defectos irritantes.
22	Si piensas un poco, los adultos mayores tienen los mismos defectos que cualquier otra persona.
23	A fin de tener una vecindad residencial agradable, sería mejor no tener muchos adultos mayores viviendo allí.
24	Tú puedes contar con una vecindad residencial agradable cuando hay un número considerable de adultos mayores viviendo allí.
25	Hay algunas excepciones; pero en general la mayoría de adultos mayores son muy parecidos.
26	Es evidente que la mayoría de adultos mayores son muy diferentes el uno del otro.
27	La mayoría de adultos mayores deberían preocuparse más de su apariencia personal; ellos son muy desordenados.
28	La mayoría de adultos mayores parecen bastante limpios y ordenados en su apariencia personal.
29	La mayoría de adultos mayores son irritables, malhumorados y desagradables.
30	La mayoría de adultos mayores son alegres, agradables y de buen humor.
31	La mayoría de adultos mayores constantemente se quejan del comportamiento de la generación juvenil.
32	Uno casi nunca escucha los adultos mayores quejarse acerca del comportamiento de la generación juvenil.
33	La mayoría de adultos mayores hacen excesivas demandas por amor y seguridad más que cualquier otra persona.
34	La mayoría de adultos mayores no necesitan amor y seguridad más que cualquier otra persona.

*Al ser KAOP un cuestionario tipo Likert, puntajes altos en los enunciados negativos, indica desacuerdo con el mismo, y puntajes altos en enunciados positivos, indica acuerdo. En cambio, puntajes bajos en enunciados negativos, indica acuerdo y puntajes bajos en enunciados positivos indica desacuerdo. En este caso, las preguntas impares son enunciados negativos, y las pares son enunciados positivos.

nuestros resultados, creemos que todas estas causas concurrirían en mayor o menor cuantía. A su vez, los mismos autores indicados anteriormente, proponen algunas medidas que pueden contribuir a cambiar las actitudes de los estudiantes respecto a los adultos mayores. Cabe recordar que la mayoría de éstas ideas, han sido elaboradas con el objeto de mejorar esas actitudes en estudiantes y/o profesionales de Enfermería y Medicina, pero creemos que resulta plausible extrapolar algunas de ellas al ámbito Odontológico. Entre las propuestas, casi todos los expertos coinciden en consolidar la entrega de contenidos del ámbito de la Geriátrica desplegados en el currículum de pregrado en aras de un nuevo perfil de egreso (1,4,9,10,13-15,18,20,21). Sin embargo, nosotros creemos que el abordaje debe ser implementado desde el ámbito más amplio de la gerontología, puesto que las problemáticas culturales no sólo se solucionan con mayores grados de especificidades científico-tecnológicas. Después de todo, se menciona en la literatura actual (25), que intervenciones que incluyen únicamente contenidos teóricos, han sido ineficaces en cambiar las actitudes por parte de estudiantes de ciencias de la salud, hacia el envejecimiento (25). Creemos importante en este momento, distinguir los conceptos de Gero-odontología y Odonto-geriátrica. En palabras de Chávez-Reátegui et al., la diferencia radica en que la gero-odontología acentúa su atención en la prevención de los problemas bucales de los adultos mayores; concentrándose tanto en personas mayores sanas como enfermas, para lograr el máximo de salud y bienestar bucodental, considerando aspectos biológicos y psicológicos dentro de un contexto sociocultural (23). La odonto-geriátrica en cambio, busca la recuperación de la salud bucodental de las personas de la tercera edad, enfocándose en los aspectos biológicos del envejecimiento (23). Al incluir aspectos socio-culturales las propuestas de mejora provenientes de la gerontología y la gero-odontología, son más congruentes con la visión sanitaria actual de la OMS respecto del envejecimiento como fenómeno cultural, proponiendo como objetivo fundamental ir más allá del *envejecimiento saludable* (5), para alcanzar el denominado *envejecimiento activo* (4,8,18,19). Si se desea generar un impacto positivo en la calidad de vida de los adultos mayores, se debe entonces favorecer la mantención de la salud, la autonomía y la independencia de las personas (4,5,8). Es así como hoy por hoy, la OMS y otras agencias

internacionales, preconizan un concepto más amplio aún: el *envejecimiento positivo* (24).

Queriendo avalar esta perspectiva cultural gerontológica y relacionando datos aportados por nuestro propio muestreo, evaluamos qué preguntas específicas de KAOP alcanzaban los puntajes más altos y más bajos entre los encuestados. Aquellas preguntas con promedios de valores más altos, fueron las n°8, n°15 y n°22. Si nos remitimos a la tabla 4 (9), observamos que a pesar de los bajos resultados globales, los estudiantes de nuestra muestra indican estar de acuerdo con las afirmaciones de que los adultos mayores prefieren seguir trabajando para mantener su independencia económica y que tienen los mismos defectos que cualquier otra persona. Por otro lado, indican estar en desacuerdo con el planteamiento de que los adultos mayores generan incomodidad. Ahora bien, si consideramos los puntajes más bajos, destacan las preguntas n°5, n°32 y n°34 tanto en promedio general, como en cada una de las cohortes. Esto implica que los estudiantes concuerdan con el planteamiento preponderantemente cultural, de que los adultos mayores se quejan del comportamiento de la generación juvenil, creen que son exigentes en los afectos y que les cuesta cambiar su forma de ser, lo que según nuestro criterio, puede resultar perjudicial en la motivación intrínseca de los alumnos para intentar inculcar hábitos saludables en sus pacientes de mayor edad. Este análisis específico nos hace reflexionar, ¿es realmente tan negativa la actitud de los alumnos hacia los adultos mayores? Quizás, como reportó Celik (15), los resultados mezclan las actitudes hacia los pacientes adultos mayores con las actitudes hacia el envejecimiento en sí, como proceso inevitable en la propia vida. Esta sencilla pero importantísima diferencia, podría ser una de las razones que nos permitiría explicar el que actualmente no exista un consenso sobre cómo y cuándo introducir el tema en los cursos de formación médica para lograr resultados exitosos (26): en algunas investigaciones, las actitudes de los estudiantes hacia los ancianos incluso empeoraron después de intervenciones educativas específicas (26). Robert Butler planteaba que las actitudes negativas hacia los adultos mayores, se derivan de un miedo subyacente, tensión y negación de sufrir cambios en sí mismos o sus seres queridos, tales como “arrugas, crecimiento de nariz y orejas, calvicie, aparición de canas, pérdida de dientes y asociación con enfermedades que generan deterioro físico y/o psicológico”(11,25).

El fenómeno de transición demográfica se encuentra en pleno desarrollo mientras somos simultáneamente espectadores y actores del “envejecimiento de la vejez”(5,24). Sin embargo, en las políticas de salud, el reto de la transición demográfica tiene una baja prioridad (5). Nuestros estudiantes se verán enfrentados en un futuro cercano a trabajar en ambientes de salud pública o privada con un alto porcentaje de pacientes adultos muy mayores y las actitudes que tengan hacia ellos, debiesen contribuir a elevar la calidad de atención en salud en este grupo etario, y no al revés (27). Citando a Cano et al., “el médico debe caracterizarse por sus sentimientos de solidaridad y por mantener una actitud permanente de servicio, respeto y empatía hacia las personas mayores y su entorno” (1), contrario a lo que describe la literatura sobre estudiantes de medicina desalentados por el deterioro y la muerte de sus pacientes mayores, preocupados por sus expectativas poco realistas en cuanto a tratamientos, e inseguros por el miedo al litigio por *mala praxis* por parte de pacientes o parientes cercanos (26). Creemos que los principios establecidos por Cano et al., para los médicos, también son deseables entre nuestros estudiantes y colegas Odontólogos (1), por lo que debemos comenzar a reflexionar en cómo favorecer la aparición y mantención de actitudes favorables hacia este grupo etario (25-27). Para empezar, no debemos caer en la trampa semántica de equiparar, envejecimiento con mala salud (1), sobretodo cuando se ha descrito una relación entre prejuicios positivos del propio envejecimiento con el bienestar físico y emocional (25). A pesar de los mitos frente al tema, la investigación científica ha puesto de relieve que envejecer no es una cuestión de azar (18): la prevención de enfermedades dependen, en cierta medida, de lo que haga el individuo, de su comportamiento y su entorno (5,20). La mayoría de los problemas de salud de las personas mayores son el resultado de enfermedades crónicas y es posible prevenir o retrasar muchas de ellas con hábitos saludables (5). De hecho, incluso a edad muy avanzada, la actividad física y la buena nutrición pueden tener grandes beneficios para la salud y el bienestar (5).

Podemos concluir que los estudiantes de Odontología de la Universidad San Sebastián, sede Santiago, exhibieron en promedio actitudes negativas hacia el adulto mayor. Se requieren más estudios en la temática, para determinar si estamos ante un fenómeno local

o nacional y dilucidar sus posibles causas. Puesto que nuestros estudiantes son parte de los futuros profesionales odontólogos de Chile, el desarrollo de una actitud positiva frente a los pacientes adultos mayores, durante los años de estudio de la carrera, es de vital importancia. Además, la OMS indica que la mala salud bucodental y la pérdida de piezas dentales es perjudicial para el alcanzar el envejecimiento saludable (5), por lo que el rol de los Odontólogos no es menor en este sentido. Creemos firmemente que las modificaciones normativas de índole jurídica, no son suficientes para contrarrestar la inercia de una problemática cultural (5). Entonces será desde esta vertiente que se deberá llevar a cabo el abordaje tanto societal y formativo en estas carreras, verbigracia, odontología. Invitamos a reflexionar en medidas prácticas que permitan la aparición y mantención de actitudes favorables hacia los adultos mayores. Creemos que uno de los muchos remediales que pudiesen proponerse, sería la modificación del perfil de egreso graficado en una nueva estructura o malla curricular, incorporando contenidos de gerontología (1,4,9,10,13-15,18,20,21), y favorecer el desarrollo de elementos de construcción de empatía que remiten al paciente en su dimensión como sujeto, ciudadano y persona, así como de competencias terapéuticas específicas (25,26).

Correspondencia:

Dra. Paula Padilla Alvear.
Facultad de Odontología Universidad San Sebastián,
Av. R. Cumming 40. Código Postal: 8350623.
Santiago de Chile, Chile.
Telefono: 56 9 90943585.
Correo electrónico: ppadillaa@correo.uss.cl / paula.andrea.padilla.a@gmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cano C, Gutiérrez L, Marín P, et al. Propuesta de contenidos mínimos para los programas docentes de pregrado en Medicina Geriátrica en América Latina. Rev Panam Salud Publica. 2005;17 (5-6):429-437
2. Hughes N, Soiza R, Chua M, et. al. Medical student attitudes toward older people and willingness to consider a career in geriatric medicine. J Am Geriatr Soc. 2008;56(2):334-8. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01552.x
3. Wang CC, Liao WC, Kao MC, et al. Taiwanese medical and nursing student interest levels in and attitudes towards geriatrics. Annals Academy of Medicine (Singapore). 2009; 38(3):230-236.

4. Abreu M, Caldevilla N. Attitudes toward aging in Portuguese nursing students. *Social and Behavioral Sciences*. 2015;171:961-967.
5. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud ; 2015. (Citado el 23 de mayo de 2017) Disponible en: apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
6. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. Adulto Mayor en Chile: Proyecciones y Estimaciones de Población. Santiago: Instituto Nacional de Estadísticas de Chile; 2007. (Citado el 23 de mayo de 2017) Disponible en: http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario_de_publicaciones/pdf/estadisticas_de_genero.pdf
7. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. Enfoque Demográfico de Género 2015. Santiago: Instituto Nacional de Estadísticas de Chile; 2015. (Citado el 23 de mayo de 2017) Disponible en: http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario_de_publicaciones/pdf/estadisticas_de_genero.pdf
8. Martínez B, Díaz M^a D, Alonso J, Clavo F. Evolución del envejecimiento poblacional y respuesta socio sanitaria. *Rev Mult Gerontol*. 2006;16(1):26-31.
9. Sampén J, Varela L, Díaz C, Tello T, Ortiz P. Validación de la escala de actitudes hacia el adulto mayor de Kogan y evaluación de las Actitudes hacia el adulto mayor por parte del personal de salud del primer nivel asistencial. *Acta Médica Peruana*. 2012; 29(3):148154.
10. Meiboom A, de Vreis H, Hertogh CM, Scheele F. Why medical students do not choose a career in geriatrics: a systematic review. *BMC Med Educ*. 2015;15:101. doi: 10.1186/s12909-015-0384-4.
11. Butler R. Ageism: A foreword. *Journal of Social Issues*. 1980;36(2):8-11.
12. Stewart JJ, Giles L, Paterson J E, Butler SJ. Knowledge and attitudes towards older people: New Zealand students entering health professional degrees. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*. 2005;23:25-36.
13. Brown J, Nolan M, Davies S, Nolan J, Keady J. Transforming students' views of gerontological nursing: realising the potential of 'enriched' environments of learning and care: a multi-method longitudinal study. *Int J Nurs Stud*. 2008;45(8):1214-32.
14. Hweidi IM, Obeisat SM. Jordanian nursing students' attitudes toward the elderly. *Nurse Educ Today*. 2006;26:23-30.
15. Celik, S, Kapucu S, Tuna Z, Akkus Y. Views and attitudes of nursing students towards ageing and older patients. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2010;27(4):24-30.
16. Ministerio de Salud. Primera Encuesta Nacional de Salud. Santiago: Ministerio de Salud; 2003. (Citado el 23 de mayo de 2017) Disponible en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENS/folletoENS.pdf>
17. Kogan N. Attitudes toward old people: the development of a scale and examination of correlations. *J Abnorm Soc Psychol*. 1961;52(1):44-54.
18. Fernández-Ballesteros R, Caprara M G, Iñiguez J, García L F. Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa «Vivir con vitalidad». *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2005;40(2):92-102.
19. Organización Mundial de la Salud. Active ageing: a policy framework. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002. (Citado el 23 de mayo de 2017) Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf
20. Happell, B. Nursing home employment for nursing students: valuable experience or a harsh deterrent? *Journal of Advanced Nursing*. 2002;39(6):529-536.
21. Ferrario C, Freeman J, Nellet G, Scheel, J. Changing nursing students' attitudes about aging: An argument for the successful aging paradigm. *Educational Gerontology*. 2008;34:51-66.
22. Samra R, Griffiths A, Cox T, Conroy S, Knight A. Changes in medical student and doctor attitudes toward older adults after an intervention: A systematic review. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(7):1188-1196.
23. Chávez-Reátegui B, Manríquez-Chávez J, Manríquez-Guzmán J. Odontogeriatría y gerodontología: el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor: Revisión de literatura. *Rev Estomatol Hered*. 2014 ;24(3):199-207.
24. Calvo E. Enfoques sobre el envejecimiento: envejecimiento saludable, activo y positivo. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2013. (Citado el 23 de mayo de 2017) Disponible en: http://www.esteban-calvo.com/wp-content/uploads/2015/02/Calvo_2013_enfoques-envejecimiento-maltrato-PUC.pdf
25. De Miguel A, Castellano C. Evaluación del componente afectivo de las actitudes viejistas en ancianos: escala sobre el Prejuicio hacia la Vejez y el Envejecimiento (PREJ-ENV) *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2012;12(1):69-83
26. Luchetti AL, Lucchetti G, De Oliveira IN, Moreira-Almeida A, Da Silva O. Experiencing aging or demystifying myths? - Impact of different "geriatrics and gerontology" teaching strategies in first year medical students. *BMC Med Educ*. 2017;17(1):35. doi: 10.1186/s12909-017-0872-9
27. Wilson DM, Nam MA, Murphy J, Victorino JP, Gondim EC, Low G. A critical review of published research literature reviews on nursing and healthcare ageism. *J Clin Nurs*. 2017;15. doi: 10.1111/jocn.13803.

Recibido : 15-01-2017
Aceptado : 10-04-2017