

complementar el análisis con dos aspectos valorativos del coeficiente α , aunque no son los únicos.

El primero de ellos es su magnitud, ya que si bien se informa que .70 parece ser un punto de corte óptimo¹ “para garantizar la consistencia interna de una escala” (p. 63), ese punto de corte no debe definirse *a priori*, sino en función del uso que se le darán a las puntuaciones. Por ejemplo, existen pautas para valorar los coeficientes α , y también un consenso en textos especializados en la magnitud adecuada del α para investigación básica ($\alpha > .70$), investigación aplicada ($\alpha > .80$), y para decisiones clínicas ($\alpha > .90$),¹⁵ pues se espera poco error de medición en una evaluación que servirá para la toma de decisiones. Asimismo, el número de ítems y el tamaño muestral impactan sobre la valoración del coeficiente,¹⁶ así como en su significancia estadística.¹⁷ Cabe mencionar que el coeficiente α no es un índice de consistencia interna,¹⁸ sólo de confiabilidad de los puntajes.

El segundo aspecto está referido a los intervalos de confianza (IC) para el coeficiente α , ya que al estar influido por el error muestral, su parámetro puede variar en alguna magnitud.¹⁹ Esto es importante porque al reportar una estimación de los posibles valores poblacionales de α , podría evaluarse el límite inferior del IC en torno a los criterios de primer punto, y si éste resulta llamativamente bajo (p.e., $\alpha < .60$), podría ser inadecuado calificar los puntajes en cuestión como confiables.

Estas recomendaciones pueden complementar lo reportado en el estudio de revisión,¹ dada la importancia del tema en el marco del análisis de datos y su potencial uso en los diversos manuscritos remitidos a Salud Pública de México.

Sergio Alexis Domínguez-Lara, M en Psic Clin.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Universidad de San Martín de Porres. Perú.

<http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i6.7676>

Referencias

- Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Publica Mex* 2013;55:57-66. <http://doi.org/zdb>
- Zimmerman DW, Zumbo BD. Resolving the issue of how reliability is related to statistical power: adhering to mathematical definitions. *J Mod Appl Stat Methods* 2015;14(2):9-26.
- Furr RM. Scale construction and psychometrics for social and personality psychology. California: SAGE, 2011. <http://doi.org/bvng>
- Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951;16(3):297-334. <http://doi.org/cc5>
- Domínguez S. Propuesta para el cálculo del Alfa Ordinal y Theta de Armor. *Rev Invest Psicol* 2012;15(1):213-217.
- Graham JM. Congeneric and essentially tau-equivalent estimates of score reliability: What they are and how to use them. *Educ Psychol Meas* 2006;66(6):930-944. <http://doi.org/db2ttw>
- Dunn TJ, Baguley T, Brunsden V. From alpha to omega: A practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. *Br J Psychol* 2014;105(3):399-412. <http://doi.org/f2dpm2>
- Green SB, Yang Y. Commentary on coefficient alpha: a cautionary tale. *Psychometrika* 2009;74(1):121-135.
- Meyer JP. Reliability. New York: Oxford University Press, 2010.
- Komaroff E. Effect of simultaneous violations of essential tau equivalence and uncorrelated error. *App Psych Meas* 1997;21(4):337-348. <http://doi.org/dxx2s6>
- Rae G. Correcting coefficient alpha for correlated errors: Is α a lower bound of reliability? *App Psych Meas* 2006;30(1):56-59. <http://doi.org/b3f9x5>
- Green SB, Yang Y. Reliability of summed items scores using structural equation modeling: and alternative to coefficient alpha. *Psychometrika* 2009;74(1):155-167. <http://doi.org/bvwhv9>
- McDonald RP. Test theory: A unified treatment. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, 1999.
- Hancock GR, Mueller RO. Rethinking construct reliability within latent variable systems. En: Cudeck R, du Toit SHC, Sörbom D, coord. Structural equation modeling: Past and present. A Festschrift in honor of Karl G. Jöreskog. Chicago: Scientific Software International, 2001:195-261.
- Merino C, Navarro J, García W. Revisión de la consistencia interna del Inventario de Inteligencia Emocional de Bar-On, EQ-I:YV. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social* 2014;3(1):141-154.
- Ponterotto JG, Ruckdeschel DE. An overview of coefficient alpha and a reliability matrix for estimating adequacy of internal consistency coefficients with psychological research measures. *Percep Mot Skills* 2007;105(3):997-1014. <http://doi.org/dqxzrb>

- Ponterotto JG, Charter RA. Statistical extensions of Ponterotto and Ruckdeschel's (2007) reliability matrix for estimating the adequacy of internal consistency coefficients. *Percep Mot Skills* 2009;108(3):878-886. <http://doi.org/frjhbh>
- Tang W, Cui Y, Babenko O. Internal consistency: Do we really know what it is and how to assess it? *J Psychol Behav Sci* 2014;2(2):205-220.
- Domínguez S, Merino C. ¿Por qué es importante reportar los intervalos de confianza del coeficiente alfa de Cronbach? *Rev Latino Cien Social Niñez Juventud* 2015;13(2):1326-1328.

El clima social escolar en el logro de aprendizajes y el desarrollo integral, ¿cómo afecta a la salud mental de los niños y niñas?

Señor editor: La agenda social y el rol del Estado en Latinoamérica se han caracterizado en las últimas décadas por un compromiso sistemático por desarrollar la equidad y la justicia sanitaria, no obstante, la región continúa presentando las mayores brechas de desigualdad.¹ La evidencia señala que la inequidad, especialmente en la primera infancia, determina significativamente el desarrollo integral y el bienestar a lo largo de la vida.² Desde esta perspectiva, las deficiencias en variables como nutrición, desarrollo cognitivo y desarrollo socioemocional merman las probabilidades de aprendizaje en las etapas posteriores del niño. A su vez, provoca que se eleven las probabilidades de desarrollar conductas de riesgo asociadas, por ejemplo, con violencia en la adolescencia, falta de expectativas futuras, embarazo precoz, baja autoestima, abandono escolar, etc.³

Se vuelve necesario desarrollar acciones que posibiliten identificar y comprender los impactos de las desigualdades, especialmente en los espacios que presentan una relación estrecha entre educación y salud. Es aquí donde la escuela, como factor clave para una educación de cali-

dad,⁴ se posiciona como el espacio ideal para desarrollar acciones que contribuyan con la equidad y la salud escolar. Las investigaciones en educación han indicado que la escuela es valiosa en el proceso de socialización de los estudiantes.⁵ Es un espacio en el cual pasan gran parte de su vida diaria y transitan por las etapas más significativas del desarrollo humano.⁶

Desde este punto de vista, el clima social escolar ha emergido con gran protagonismo en la agenda de diversos organismos estatales europeos y americanos, formando parte de la evaluación de calidad en educación.⁷ Éste es comprendido como un constructo multidimensional de diversos análisis, percepciones, pensamientos y valores por parte de los miembros de una escuela. En este sentido, la diversidad y profundidad de las interacciones sociales y los comportamientos individuales crean un determinado clima escolar, que influye en la producción de otras relaciones e interacciones sociales y comportamientos individuales.⁸ Se ha evidenciado la relación del clima social escolar con el rendimiento académico. Por ejemplo, en un estudio, el clima escolar fue la variable que más influyó en el rendimiento de los estudiantes de América Latina, lo que se atribuyó a que “la generación de un ambiente de respeto, acogedor y positivo es una de las claves para promover el aprendizaje entre los estudiantes”.⁹ En Chile, el sistema nacional de evaluación de resultados de aprendizaje (pruebas estandarizadas SIMCE 2014) reveló que el clima de convivencia escolar se asocia con mejores resultados de aprendizaje en lectura y matemática (hasta 42 puntos de diferencia), lo que constituye el principal factor para explicar los resultados de las escuelas.¹⁰

En este sentido, se distingue con base en estudios el clima social escolar negativo y positivo. Cuando hablamos de clima social escolar negativo, la evidencia sostiene que

éste se encuentra relacionado con un aumento de casos de sintomatología depresiva y una disminución de la autoestima,¹¹ y con el aumento de la violencia escolar,¹² especialmente la violencia en la primera infancia, donde genera problemas de salud mental, salud física, riesgo de vida, etc. Otros efectos de un clima social negativo están asociados con conductas de riesgo en la relación entre pares,¹³ con impacto negativo en la salud y bienestar de los adolescentes.¹⁴ Las investigaciones sobre *bullying* o acoso escolar informan que éste puede afectar a todas las personas involucradas y a la comunidad en general; sus efectos interfieren en el desarrollo social y emocional, con posibilidad de perpetuarse a lo largo de toda la vida, afectando el equilibrio emocional y la autoestima. Las víctimas presentan diversos problemas de salud como cefaleas, dolores abdominales, trastornos del sueño, etc. Respecto a la salud mental, se evidencian cuadros de ansiedad, fobia social, depresión, tendencias suicidas, entre otros.^{15,16}

Un estudio cuyo objetivo fue documentar las disparidades en salud mental relacionadas con la discriminación por orientación sexual en adolescentes de México indicó entre sus hallazgos que los eventos de depresión, autoestima, ideación suicida e intento de suicidio y consumo de cigarrillos, alcohol y otras drogas en los sujetos de estudio, se diferenciaban con la experiencia de violencia en la familia y la escuela.¹⁷ No basta con establecer marcos legales para avanzar en el plano de los derechos humanos; se debe trabajar a través de planes de acción integrales que visualicen espacios articuladores para la familia y la política pública, como lo es la escuela.

Por lo expuesto anteriormente, se hace necesario generar una mayor cantidad de estudios que permitan establecer asociaciones entre la escuela (concebida como un centro de salud) y la salud mental/emocional de los niños y niñas. Garantizar

por parte de los Estados latinoamericanos la equidad en educación demanda pensar el sistema de salud nacional con un enfoque centrado en la prevención temprana, a través de un monitoreo constante para el diagnóstico oportuno de enfermedades mentales, además del fortalecimiento de la salud emocional en las escuelas. Esto requiere de un trabajo sistemático e interdisciplinario entre profesionales de la educación, las ciencias sociales y la salud, donde se generen encuentros de difusión en torno a la prevención y al diagnóstico precoz, acompañados de políticas de tratamiento. Así, la escuela es forjada y concebida como un espacio seguro para el desarrollo integral y saludable de niños y niñas, un espacio comprometido con los aprendizajes de sus estudiantes, que brinda oportunidades reales para acortar la brecha de desigualdad en la salud, mejorar los logros de aprendizajes de los niños y niñas y contribuir a su felicidad y bienestar.

Agradecimientos: FONDECYT, Proyectos de Iniciación en Investigación 2015, “Estratificación multinivel de perfiles de desempeño académico, considerando variables de clima social escolar y de contexto en adolescentes de establecimientos educacionales de la Araucanía: insumos para una educación integral de calidad”, Folio 11150665.

Mónica Bravo-Sanzana, D en Ed,⁽¹⁾

monicaviviana.bravo@ufrontera.cl,

monicaviviana38@gmail.com

Sonia Salvo, D en Estad,⁽²⁾

Manuel Mieres-Chacaltana, M en C Soc Apl.⁽³⁾

⁽¹⁾ Laboratorio de Investigación en Ciencias Sociales Aplicadas (LICSA), Núcleo Científico-Tecnológico en Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad de La Frontera de Temuco. Chile.

⁽²⁾ Departamento de Matemática y Estadística, Laboratorio de Investigación en Ciencias Sociales Aplicadas (LICSA), Universidad de La Frontera de Temuco. Chile.

⁽³⁾ Pedagogía en Historia, Geografía y Ciencias Sociales, Facultad de Educación, Universidad Católica de Temuco. Chile.

Referencias

1. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Panorama general, Informe sobre Desarrollo Humano 2015. Trabajo al servicio del desarrollo humano. Nueva York: EUS, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2015 [consultado el 5 de enero de 2016]. Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/2015_human_development_report_overview_-_es.pdf
2. Minujin A, Bagnoli V, Osorio A, Aguado L. Primera infancia. Cómo vamos. Identificando desigualdades para impulsar la equidad en la infancia colombiana. Santiago de Cali, Colombia: Fundación Corona, Equidad para la Infancia, Red de Ciudades Como Vamos, Pontificia Universidad Javeriana Cali, 2014 [consultado el 18 de enero de 2016]. Disponible en: http://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/libro_primer_infancia_completo_gidr.pdf
3. BID. Los primeros años. El bienestar infantil y el papel de las políticas públicas. New York: Banco Interamericano de Desarrollo, 2015 [consultado el 15 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.equidadparalainfancia.org/wp-content/uploads/2016/03/BID-2015-Los-primeros-a%C3%B1os.pdf>
4. Pérez T. El clima escolar, factor clave en la educación de calidad. Reflexión e investigación. Revista Editorial del Congreso por una Educación de Calidad. Cartagena de Indias, Colombia: Fundación por una Educación de Calidad y Fondo Editorial del Caribe, 2011.
5. Moreno D, Estévez E, Murgui S, Musitu G. Relación entre el clima familiar y el clima escolar: el rol de la empatía, la actitud hacia la autoridad y conducta violenta en la adolescencia. *IJP&PT* 2009;9 (1):123-136.
6. Orpinas P, Horne A. Bullying prevention: creating a positive school climate and developing social competence. Washington DC: American Psychological Association, 2006.
7. Thapa A, Cohen J, Guffey S, Higgins-D'Alessandro A. A review of school climate research. *RER* 2013;83(3):357-385.
8. Assael J, Neumann E. Clima emocional de aula. Santiago de Chile: Programa Interdisciplinario de Investigación en Educación PIIE, 1991.
9. LLECE. Los aprendizajes de los estudiantes de América Latina y el Caribe. Resumen Ejecutivo del Primer Reporte de Resultados del Segundo Estudio Regional Comparativo y Explicativo (SERCE). Paris: UNESCO, 2008 [consultado el 7 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001606/160659s.pdf>
10. MINEDUC. Presentación Informe de Resultados Nacionales SIMCE 2014. Unidad de Currículum y Evaluación. Agencia de Calidad de la Educación. Chile: Ministerio de Educación de Chile 2015. Consultado en: <http://archivos.agen->

- ciaeducacion.cl/resultados-2014/Presentacion_Entrega_Resultados_2014_8_II_III.pdf
11. Jia Y, Way N, Ling G, Yoshikawa H, Chen X, Hughes D, Lu Z. The influence of student perceptions of school climate on socio-emotional and academic adjustment: A comparison of Chinese and American adolescents. *Child Development* 2009;80(5):1514-1530.
 12. Lee T, Cornell D, Gregory A, Fan X. High suspension schools and drop-out rates for Black and White students. *ETC* 2011;34(2):167-192.
 13. Wang M, Selman R, Dishion T, Stormshak E. A Tobit regression analysis of the covariation between middle school students' perceived school climate and behavioral problems. *J Res Adolescence* 2010;20(2):274-286.
 14. Virtanen M, Kivimäki M, Luopa P, Vahtera J, Elovainio M, Jokela J, Pietikainen M. Staff reports of psychosocial climate at school and adolescents' health, truancy and health education in Finland. *Eur J Public Health* 2009;19(5):554-560.
 15. Polanin J, Dorothy L, Pigott T. A meta-analysis of school-based bullying prevention programs' effects on bystander intervention behavior school psychology review. *School Psychology Review* 2012;41 (1):47-65.
 16. Horton P. School Bullying and social and moral orders. *Children & Society* 2011;25:268-277.
 17. Ortiz-Hernández L, Valencia-Valero G. Diferencias en salud mental asociadas a la orientación sexual en adolescentes mexicanos. *Cad Saúde Pública* 2015;31(2):417-430. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00065314>

Déficit en la asistencia médica farmacológica y de seguimiento en el tratamiento del tabaquismo en México

Señor editor: El tabaquismo es una adicción que causa la muerte prematura de la mitad de sus consumidores. Con una prevalencia de hasta 21.7%¹ y 60 000 muertes atribuibles en México en 2010,² se puede entender por qué el tabaquismo es un serio problema de salud. Debido a que no se conocen adecuadamente los recursos físicos, humanos y de tratamiento empleados en las clínicas de cesación tabáquica en México, se decidió realizar un estudio para conocer dichos recursos, así como la forma de tratamiento y seguimiento: la información se podría utilizar para implementar mejoras. Se recabó la información a

través de cuestionarios aplicados a personal que labora en clínicas de tabaquismo, que brindan atención de ayuda para dejar de fumar de manera rutinaria, y que acudió al curso de "Censo de Capacitación y Certificación" (Cecace) para certificar a personal dedicado al tratamiento de tabaquismo como expertos en esta materia de 2012 a 2014 impartido en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (INER). Se excluyó personal administrativo, de tercer nivel de atención o que contestara menos de 80% del cuestionario. Se aplicaron 13 preguntas (seis dicotómicas y siete de opción múltiple) que evaluaban recursos físicos dentro de la clínica o centro, funciones y responsabilidades del personal, tipo de atención brindada, tratamientos prescritos, seguimiento y referencia de los pacientes, así como campañas de prevención o investigación realizadas en el centro. Se realizó un análisis descriptivo. Los datos se presentan como frecuencia absoluta (n) y relativa (%).

Se incluyeron en este estudio 172 cuestionarios que se agruparon según el lugar de procedencia de los participantes, quedando un total de 79 centros de atención diferentes: 66 centros especializados en adicciones (83.1%), siete hospitales (8.8%); dos Centros de Readaptación Social (Cereso) (2.5%) y cuatro centros de salud o Unidades de Medicina Familiar (5.1%). De ellos, cinco están ubicados en la Ciudad de México (6.3%), 36 en el Estado de México (45.6%), 23 en Guerrero (29.1%), seis en Querétaro (7.6%) y nueve en Zacatecas (11.4%). Los resultados del cuestionario mostraron que el personal de psicología interviene en 100% de los centros para dejar de fumar (n=79), los médicos no especialistas en 51.9% (n=41) y los médicos especialistas en 17.7% (n=14). Se reportó dar consejo breve en 98.73% (n=78) de estos centros, brindado por el psicólogo en 97.4%