



Estructura familiar y depresión en niños que viven en zonas rurales de Jalisco, México

Estructura familiar y depresión en niños que viven en zonas rurales de Jalisco, México

Frida Itzel González Díaz* y Marco Antonio Santana Campas*

Centro Universitario del Sur, Universidad de Guadalajara*

Citación | González, F. y Santa, M. (2022).
Estructura familiar y depresión en niños que viven en zonas rurales de Jalisco, México. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 4(3), 703-716.

Artículo recibido, 05-12-2022; aceptado, 29-12-2022; publicado 04-01-2023.

Resumen

Los niños y niñas que viven en contextos rurales se encuentran en mayor vulnerabilidad de presentar sintomatología depresiva. Son pocos los estudios con niños en poblaciones rurales que asocien variables sociodemográficas. Este estudio tiene por objetivo describir la relación entre factores sociodemográficos, estructura familiar y la sintomatología depresiva en niños y niñas de una zona rural del sur de Jalisco, México. Es un estudio cuantitativo, transversal, descriptivo y correlacional. Participaron 129 escolares (niñas $n = 66$ y niños $n = 63$), con edades entre los 7 y 13 años ($x = 10$ años, D.T. = 1.56). Se utilizó el cuestionario de depresión infantil CDI de Kovacs (2004) y un cuestionario sociodemográfico. La prevalencia de depresión es de 78.3%, 14.7% con sintomatología grave. No se encontró asociación estadísticamente significativa respecto a la depresión y las variables sociodemográficas (sexo $x^2 = 0.84$, familia $x^2 = 0.22$, edad $x^2 = 0.11$).

Palabras clave | sintomatología depresiva, niñez, familia rural, factores de riesgo.

Abstract

Children living in rural contexts are more vulnerable to present depressive symptomatology. There are few studies with children in rural populations that associate sociodemographic variables. The aim of this study is to describe the relationship between sociodemographic factors, family structure and depressive symptomatology in children from a rural area in southern Jalisco, Mexico. It is a quantitative, cross-sectional, descriptive and correlational study. A total of 129 schoolchildren (girls $n = 66$ and boys $n = 63$), aged 7 to 13 years ($x = 10$ years, T.D. = 1.56) participated.

Correspondencia:

Dr. Marco Antonio Santana Campas. Av. Enrique Arreola Silva No. 883, Colonia Centro
C.P. 49000, Ciudad Guzmán, Jalisco, México. Correo electrónico:
mascampas@gmail.com

The CDI childhood depression questionnaire of Kovacs (2004) and a sociodemographic questionnaire were used. The prevalence of depression was 78.3%, 14.7% with severe symptomatology. No statistically significant association was found with respect to depression and sociodemographic variables ($\text{sex } \chi^2 = 0.84$, $\text{family } \chi^2 = 0.22$, $\text{age } \chi^2 = 0.11$).

Keywords | Depressive symptomatology, childhood, rural family, risk factors.

La depresión es un trastorno con alta prevalencia en la población mundial, por lo que se considera un problema de salud pública; la incidencia va en incremento, especialmente en los países de menor ingreso como México (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020). Se ha referido que los grupos sociales desfavorecidos, como las comunidades rurales, las minorías étnicas, las familias empobrecidas, así como niños, niñas y mujeres tienen mayor predisposición a padecer alteraciones en su salud mental (Urbina, 2015; OMS 2008).

El estudio de la depresión en la infancia es reciente, hasta mediados del siglo XX se consideraba que la tristeza y el abatimiento, características principales del trastorno, eran opuestas a la alegría y vitalidad que se atribuía a los niños y niñas, tal creencia contribuyó a un lento reconocimiento y análisis de la enfermedad (Arfouilloux, 1986; Del Barrio & Carrasco, 2013). La sintomatología en la niñez coincide en gran medida a la de los adultos, no obstante, existen algunos síntomas diferentes y peculiares como: la irritabilidad, alteraciones conductuales y somatizaciones, que pueden aparecer desde los 7 años de edad (Martínez, 2014; Thompson, 2012).

La depresión es un padecimiento con grandes repercusiones que impactan en el desarrollo vital y el bienestar de los niños y niñas; la ausencia de un diagnóstico oportuno se ha asociado con efectos negativos en la vida familiar, social y académica e incrementa el riesgo al suicidio; a largo plazo se ha relacionado con el inicio de uso y abuso sustancias, y la persistencia o recurrencia del trastorno en la adolescencia o la adultez (Maj, et al., 2020; McGinnis et al., 2019; Shapero & Mazzone, 2019).

Es un trastorno del estado de ánimo complejo de origen multifactorial, se ha postulado que las personas al enmarcarse en un medio social, su salud mental se encuentra determinada por una serie de factores tanto positivos como negativos (Ayala-Nunez et al., 2017; Del Barrio y Carrasco 2013; Garbarino, 2014). Por ello, en la niñez, la presencia de sintomatología dependerá de factores de riesgo individuales y ambientales como: la genética, el temperamento, la vulnerabilidad cognitiva, circunstancias familiares, sociodemográficas, culturales, económicas, entre otras más (Clayborne, et al, 2021; Del Barrio y Carrasco, 2013; Del Barrio, 2014a, Del Barrio, 2014b; Gledhill & Hodes, 2015; Yap & Jorm 2015). Asimismo, en el contexto nacional y latinoamericano existen factores contextuales como la violencia producida por el narcotráfico, la pobreza, la desigualdad para acceder a servicios básicos de educación y salud, en donde se desarrollan los niños y niñas y que ponen en riesgo su bienestar emocional y su calidad de vida (Benjent, 2009).

En ese sentido, México es considerado un país con grandes brechas de desigualdad social y estructural; en las comunidades rurales la precariedad económica y la marginación que atañe y prolifera a los pobladores, se explica con la crisis agropecuaria de los años 80's, misma que facilitó la inserción de la agroindustria (Macías & Sevilla, 2021; Ortega et al., 2010). Un ejemplo de lo anterior es la región sur de Jalisco, donde la industria agrícola se ha posicionado como la principal fuente de empleo entre la población rural. Sin embargo, al no existir una política agrícola reguladora, se incentiva la precariedad laboral,

manteniendo así la pobreza y la marginación de las familias rurales (Escobar et al., 2020; Red Nacional de Jornaleros y Jornaleras Agrícolas [RNJJA], 2019). Dicha modificación del mercado laboral, propicia modificaciones sociales y familiares (Santiago, 2017) que aunado a los altos índices de marginación, pobreza y desigualdad económica de la región (IEEG, 2018) lo convierte en un fenómeno importante y un problema de salud pública de relevancia para la investigación, pero que hasta el momento ha sido poco estudiado.

Por lo anterior, se ha mencionado que estudiar la salud mental de las personas implica analizar el contexto socioeconómico y cultural del que forman parte (OMS, 2008). En ese sentido, las personas que se desarrollan en comunidades rurales a diferencia de aquellas que viven en zonas urbanas, están expuestas a factores que impactan en su salud y su bienestar, por ejemplo, presentan dificultades en el mercado laboral y limitado acceso a los servicios básicos de salud y de educación (Arcury et al., 2014; Román & Padrón, 2010). Es así que la pobreza vista como un fenómeno multidimensional, se relaciona con la salud mental; el nivel socioeconómico, por tanto, puede posicionar a las personas a mayores niveles de estrés que los predisponen a un peor estado de salud (Bueno, 2015).

Los factores de riesgo ambientales y contextuales relacionados con la pobreza generan estrés en los padres y madres, pudiendo influir negativamente en la dinámica familiar y los estilos de crianza, propiciando efectos negativos emocionales en los hijos e hijas (Conger, et al., 2000; Rozas, 1999). Es así que niñas y niños que viven bajo estas condiciones contextuales en comparación con aquellos que no, se encuentran en mayor riesgo de experimentar dificultades emocionales, como la depresión (Oros, 2009).

Entre los factores de riesgo se ha encontrado que niños y niñas que viven en zonas rurales, la prevalencia de depresión es significativamente mayor en comparación con los que viven en zonas urbanas (González et al., 2017; Hedayat et al., 2022; Sulley et al., 2022). La edad también es un indicador importante en la manifestación del trastorno, algunos estudios consideran que la gravedad de los síntomas y la prevalencia del trastorno disminuye a mayor edad, evidenciando que la mayor prevalencia de sintomatología se presenta en los grupos de edad de 7 a 9 años y es menor en el de 10 a 12 años (Ávila & Espinoza, 2015; Bernarás et al., 2013). No obstante, otros autores refieren que la depresión incrementa en niños y niñas de mayor edad y lo asocian a la pubertad temprana, el rechazo de los pares del mismo sexo, conflictos con los padres y el nivel socioeconómico bajo (Costello, 2008; Mezulis et al., 2014; Whalen, 2015).

La familia es considerada el grupo social más importante en el desarrollo emocional de las personas, es el lugar donde la presencia o ausencia de expresiones de afecto y de cuidado influirán en el aspecto emocional y cognitivo de niños y niñas (Murrueta & Osorio, 2009; Unicef, 2019). Asimismo, es dentro de ella donde se convergen la salud mental de padres y madres, los estilos parentales y el nivel socioeconómico que la convierten en un factor de protección o de riesgo para el desarrollo de alteraciones psicológicas en la niñez (Bueno, 2015; Deza, 2015). La transformación económica y sociocultural como se expuso anteriormente, influye en la estructura y en la dinámica familiar. La inserción de las mujeres rurales a la vida laboral ha contribuido a la autonomía personal y económica, así como a nuevas formas de relacionarse, sin embargo, en su mayoría, no ha generado modificaciones en el rol doméstico y de cuidado del hogar, incrementando así la carga de trabajo y teniendo un impacto directo en la salud mental (Arcury, et al., 2018; Berenzon et al., 2005; Castañeda, 2007; Mora et al., 2016; Millán, 2020; Tapia, 2020).

Asociado a lo anterior, Tacca et al. (2020) encontraron que el estrés en las madres solteras se asocia con baja comunicación, insatisfacción y dificultad para establecer límites en los hijos e hijas; en ese sentido, otros estudios exponen que la monoparentalidad favorece la soledad y la percepción negativa de comunicación e interacción familiar (Sánchez & Valdés, 2011; Vargas et al., 2015). Sin embargo, Barnhart et al. (2020), al comparar la salud de adolescentes con madres casadas y madres solteras, no encontraron diferencias significativas entre el estrés de las madres y la salud de los hijos, pero, si fue significativa la asociación entre la baja salud y las dificultades. Por otro lado, también se ha evidenciado que la percepción positiva que tienen hijos e hijas sobre su familia los protege de la aparición de síntomas internalizados como la depresión (Kennedy et al., 2015).

La depresión en la niñez llega a diagnosticarse entre los 11 y 12 años de edad (Martínez, 2014; Thompson, 2012). Algunos estudios internacionales exponen prevalencias de 4% en población española de 7 a 17 años (Jaureguizar et al., 2017), 8% en niños y niñas del mismo país de 8 a 12 años de edad (Orgilés et al., 2018) y 3% en población estadounidense (Ghandour, 2019). En México, los últimos estudios exponen prevalencias del 16% (Ramírez-GarcíaLuna, 2016), 15.1 % (Miranda et al., 2016) y las investigaciones más recientes encuentran prevalencias de 11.5% (Chávez et al., 2017) y del 5.9% (Hernández et al., 2019).

En la niñez a diferencia de la adultez y la adolescencia donde la depresión es mayor en las mujeres; en niños y niñas generalmente no se encuentran diferencias estadísticamente significativas respecto a este indicador; sin embargo, es preciso decir que existe una importante tendencia a que los varones presentan niveles de depresión más elevados que las mujeres (Abello et al., 2014; Bernarás et al., 2013; Chávez et al., 2017; Garibay et al., 2014; Gallegos et al., 2013; Ghandour, 2019; Hedayat et al., 2022; Hernández et al., 2019; Jaureguizar et al., 2017; Miranda et al., 2016; Mireia et al., 2018; Ramírez-GarcíaLuna, 2016). Se considera que las diferencias por sexo surgen en la adolescencia asociadas a los factores biológicos y sociales siendo las niñas más sensibles a estos efectos (Costello, 2008; Brendengen et al., 2005; Mezulis et al., 2014; Whalen et al., 2015).

Por lo anterior, se considera importante llevar a cabo estudios que analicen indicadores relacionados con la depresión, debido a las afectaciones que el padecimiento genera en las distintas áreas de la vida de las personas. Si bien, es un trastorno con numerosos estudios en la población general, en niños y niñas, la mayoría de las evaluaciones diagnósticas y programas de intervención se han dirigido a la población adolescente y adulta (Bernarás et al., 2019) existiendo hasta el momento vacíos en el conocimiento respecto a esta variable en la niñez. Cabe reiterar que en los grupos vulnerables los determinantes sociales en los que nacen y crecen los niños y niñas de poblaciones rurales, expuestos a la pobreza y la precariedad, se desarrolla en contextos socioeconómicos con menores oportunidades de salud y vivienda que los exponen a mayores factores de riesgo que incrementan la probabilidad de mermar su salud mental y calidad de vida (OMS, 2008). Este estudio, por lo tanto, pretende aportar conocimiento dentro del área para futuros estudios o programas de intervención.

A partir de lo anterior se planteó como objetivo general describir la relación entre factores sociodemográficos, estructura familiar y la sintomatología depresiva en niños y niñas de una zona rural del sur de Jalisco, México.

Método

Es una investigación con metodología cuantitativa, tiene un diseño no experimental, transversal, descriptivo y correlacional.

Participantes

La muestra se conformó por 129 escolares del turno vespertino, de una comunidad rural del sur de Jalisco de aproximadamente 7,193 habitantes: 3,616 varones y 3,577 mujeres; no se tiene una cifra estimada respecto a los niños y niñas (IIEG, 2019), la actividad principal es la ganadería y agricultura industrializada. Los participantes fueron 51.2% (n = 66) niñas y 48.8% (n = 63) niños, con edades entre los 7 y 13 años ($x = 10$ años, D.E. = 1.56), todos pertenecientes a la misma comunidad.

Instrumentos

Inventario de Depresión Infantil (Child Depression Inventory, CDI; Kovacs, 2004), adaptado para población mexicana por Miranda y colaboradores (2016). Es un instrumento de 27 ítems que explora aspectos cognitivos, afectivos y conductuales propios de la depresión en niños, niñas y adolescentes de 7 a 17 años de edad. Los síntomas se clasifican en: sin sintomatología, sintomatología leve, sintomatología moderada y sintomatología grave. Se divide en dos dimensiones: disforia y autoestima negativa. Los ítems que miden la disforia son: 2, 3, 6, 11, 13, 14, 15, 19, 23, 24 y 26; autoestima negativa: 1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25 y 27. En esta investigación se excluyó el reactivo 9 que mide ideación suicida. En esta muestra, la escala obtuvo un alfa de Cronbach de $\alpha = .970$

Cuestionario sociodemográfico para conocer edad, grado escolar y estructura familiar: nuclear (papá, mamá y hermanos), monoparental (solo con uno de los padres y hermanos), reconstituida (uno de los padres, su nueva pareja y hermanos), familia sustituta (sin papás, viven con otras familiares o personas cercanas)

Procedimiento

Se solicitó autorización al directivo de la institución pública, después se entregó a las madres, padres y tutores un consentimiento informado detallado.

La aplicación del instrumento fue en papel y se realizó en las aulas escolares. Antes de responder los reactivos se explicó y solicitó a cada participante el asentimiento para participar.

Consideraciones éticas

Esta investigación ha sido evaluada y aprobada por el Comité de Ética de los Posgrados en Psicología con Orientación en Calidad de Vida y Salud del Centro Universitario del Sur de la Universidad de Guadalajara, dicha aprobación fue emitida mediante el dictamen número CE/202201.

El dictamen se fundamenta en las normas éticas de Asociación Psicológica Americana (Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct) que señala cinco principios generales: 1) beneficiar y no perjudicar, 2) fidelidad y responsabilidad, 3) integridad, 4) justicia y 5) respeto a los derechos de las personas y a su dignidad.

Se entregó un consentimiento a padres y madres de familia y se solicitó el asentimiento a cada uno de los participantes.

Resultados

El objetivo general de esta investigación fue describir la asociación entre factores sociodemográficos, estructura familiar y la sintomatología depresiva de niños y niñas de una zona rural del sur de Jalisco, México, para esto, se trabajó con una muestra de $n=129$, el 51.2% fueron niñas y el 48.8% niños, todos y todas estudiantes de educación primaria de 2° a 6° grado, la edad promedio fue de 10 años ($DT = 1.56$), en la Tabla 1 se detallan las características sociodemográficas.

Respecto a la estructura familiar, la mayoría de las y los niños vive dentro de una familia nuclear (formada por papá, mamá e hijos) 56.6%, el segundo tipo de familia característico de la muestra es el monoparental (solo un padre e hijos) a cargo de la mujer con el 37.2% (ver Tabla 1).

Tabla 1.

Características sociodemográficas

Características	<i>n</i> (129)	%
Sexo		
Mujer	66	51.2
Varón	63	48.8
Edad		
7 – 8	39	30.2
9 – 10	49	38
11 – 13	37	31.8
Grado escolar		
Segundo	21	16.3
Tercero	29	22.5
Cuarto	23	17.8
Quinto	32	24.8
Sexto	24	18.6
Estructura Familiar		
Nuclear	73	56.6
Monoparental	48	37.2
Reconstituida	6	4.7
Sustituta	2	1.6

Se realizó un análisis de chi cuadrado (χ^2) para conocer la significancia estadística entre medias de sintomatología en mujeres y varones, encontrado un valor no significativo $\chi^2=0.84$, lo que significa que no existen diferencias estadísticamente significativas para presentar depresión en niños y niñas, sin embargo, se puede observar que son más los varones con síntomas graves y moderados en comparación con las mujeres (ver Tabla 2).

Tabla 2.

Prevalencia de sintomatología depresiva por sexo

Tabla 2.

Prevalencia de sintomatología depresiva por sexo

Síntomas	Todos (n = 129)	Mujeres (n = 66)	Varones (n = 63)
	n %	n %	n %
No	28 (21.7)	14 (21.2)	14 (22.2)
Leve	49 (38)	29 (43.9)	26 (31.7)
Moderada	33 (25.6)	11 (16.7)	22 (34.9)
Grave	19 (14.7)	12 (18.2))	7 (11.1)

Nota: En los resultados de la muestra (n= 129) se obtuvo una $\chi^2 = 0.84$

En la Tabla 3 se describe el tipo de familia y sintomatología depresiva buscando establecer las diferencias y su significancia estadística. Para esta población la manera en la que está compuesta la familia no es un aspecto relacionado con la depresión $\chi^2 = 0.22$.

Tabla 3.

Tabla de contingencia estructura familia y prevalencia de sintomatología depresiva

Estructura familiar	Sin		Leve		Moderado		Grave	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nuclear	20	71.4	30	61.2	13	39.4	10	52.6
Monoparental	7	25	16	32.7	17	51.5	8	42.1
Reconstituida	1	3.6	1	2	3	9.1	1	5.3
Sustituta	0		2	4.1	0		0	0

Nota: En los resultados de la muestra (n= 129) se obtuvo una $\hat{\chi}^2 = 0.22$

Como se podrá advertir en la Tabla 3 la mayor proporción de la muestra está entre el tipo de familia nuclear (padres e hijos) seguida por la monoparental (sólo un padre o madre e hijos) en general con la mujer como jefa de familia. Es de resaltar que los niños y niñas que presentan sintomatología depresiva moderada pertenecen a familias monoparentales (51.5%), en cuanto a la sintomatología depresiva grave, los niños y niñas que pertenecen a familias nucleares presentan una mayor incidencia (52.6%) seguido de la familia monoparental (42.1%), familia reconstituida (5.33%) y la familia sustituta (0%), en esta muestra no se encuentran diferencias estadísticas ($\chi^2 = 0.22$).

Tabla 4.

Tabla de contingencia rango de edad y prevalencia de sintomatología depresiva.

Edad por rango	Sin/No		Leve		Moderado		Grave	
	n	%	n	%	n	%	n	%
7 - 8	5	12.8	13	33.3	16	41	5	12.8
9 - 10	11	22.4	18	36.7	10	20.4	10	20.4
11 - 13	12	29.3	18	43.9	7	17.7	4	9.8

Nota: En los resultados de la muestra (n= 129) se obtuvo una $\chi^2 = 0.11$

En cuanto a la asociación de las dimensiones de la escala (disforia, autoestima negativa y depresión) con las variables sociodemográficas de sexo, edad y estructura familiar (ver Tabla 5) se encontraron valores significativos de correlación de r de Pearson con las variables edad y las dimensiones de depresión $r = .80$, disforia $r = -.78$, autoestima negativa $r = -.81$ mostrando que a menor edad mayor malestar emocional depresivo. La asociación de las variables sexo y estructura familiar respecto a las dimensiones de depresión muestran un comportamiento positivo y no significativo.

Tabla 5.

Correlaciones por dimensiones del CDI, sexo y edad

Dimensión	1	2	3	4	5	6
1. Disforia						
2. Autoestima	0.52**					
3. Depresión	-0.92**	0.80**				
4. Sexo	-0.02	-0.03	-0.03			
5. Edad	-0.22*	-0.54	-0.23*	-0.07		
6. Familia	0.103	0.15	0.14	0	-0.14	

** $p < .01$

Discusión

La prevalencia de sintomatología depresiva fue de 78.3% (n=101) lo que quiere decir, que la mayoría de los participantes presenta algún grado de sintomatología: leve, moderada o grave, esto es superior a lo encontrado por Miranda et al. (2016) cuya prevalencia fue de 40.9%. Del total de participantes de este estudio 21.7% no muestra rasgos depresivos, 38% presentan síntomas leves, 25.6% síntomas moderados y 14.7% síntomas graves. La prevalencia de sintomatología grave (14.7%) es cercana a la encontrada en estudios recientes en México: 16% (Ramírez-GarcíaLuna, 2016), 15.1% (Miranda et al., 2016) y 14.5% (González-Arratia, 2016) llevados a cabo con niñas y niños escolarizados, clasificados con nivel socioeconómico medio bajo y bajo.

Uno de los principales resultados diferenciados por tipo de familia, fue que la sintomatología depresiva grave se encontró en niños que pertenece a familias nucleares, seguido de la familia monoparental y familia reconstituida respectivamente. Esto es consistente con Barnhart et al. (2020) donde encuentran que los hijos e hijas de madres casadas y madres solteras no presentan diferencias estadísticamente significativas con la baja salud mental, igualmente Kennedy et al. (2015). Por otro lado, no coincide con lo concluido por Sánchez y Valdés, 2011; Vargas et al. (2015) quienes concluyen en que las madres solteras favorecen la baja comunicación y la percepción negativa de los hijos e hijas.

Respecto a la edad y los síntomas depresivos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología depresiva y la edad. Sin embargo, el grupo de edad de 9 a 10 años presenta una mayor incidencia de síntomas graves. Estudios coinciden que a menor edad de los participantes mayor prevalencia y grado de sintomatología (Ávila & Espinoza, 2015; Bernarás et al., 2013).

La prevalencia de sintomatología grave encontrada en este estudio es levemente inferior a los estudios posterior llevados a cabo en el país, sin embargo, el resultado general de la prevalencia de síntomas es mayor que los encontrados hasta el momento, en donde la mayoría de los participantes se ubican dentro de algún nivel de síntomas lo que clínicamente incide en su bienestar y su calidad de vida, pudiendo influir negativamente en su día a día y repercutir en su desarrollo emocional, escolar y social.

Las familias que viven en poblaciones rurales presentan condiciones de vida particulares que exponen a las niñas y niños a factores de riesgo para desarrollar alteraciones psicológicas como la depresión. La prevalencia de depresión encontrada en esta investigación muestra que más del 50% de los niños y niñas presentan algún grado de sintomatología depresiva, si bien, el Cuestionario de Depresión Infantil de Kovacs, no es un único elemento a considerar para el diagnóstico de la depresión, por medio de él podemos encontrar que este grupo de niños presenta malestar en el estado de ánimo, tristeza, autoestima negativa, desesperanza, soledad, alteraciones del sueño y apetito, pérdida de placer, sentimiento de inutilidad o de culpa. Este dato es importante y alarmante debido a que hasta el momento los estudios llevados a cabo en el país se han enfocado en poblaciones de zonas urbanas, con niños y niñas escolarizados, dejando de lado que en el contexto mexicano existen factores ambientales como las situaciones de violencia por el narcotráfico, el desempleo, la pobreza, la deserción escolar, entre otras circunstancias más, en las que se desarrollan los niños y niñas y ponen en riesgo su bienestar emocional y su calidad de vida.

La edad de los niños y niñas es un indicador importante a considerar en investigaciones futuras, puesto que es necesario contemplar y analizar las edades de los niños en la aparición de depresión y las posibles variables familiares, escolares, contextuales y personales que pueden estar influyendo en el grado de sintomatología.

La variable de sexo y depresión al analizarse coincide con la mayoría de los estudios al no encontrar diferencias significativas en niñas y niños, sin embargo, es importante resaltar la tendencia de los varones en puntuar con sintomatología depresiva moderada. La estructura familiar ha sido una variable poco abordada en el estudio de la depresión infantil. Hasta el momento se considera que la monoparentalidad es un determinante para el desarrollo de la depresión, sin embargo, se desconoce qué aspectos, circunstancias o dinámicas familiares en las que se desenvuelven los niños y niñas, son detonadoras para el malestar emocional; además, se considera importante proponer estudios y programas que aborden también la salud mental de las mujeres jefas de familia.

El desarrollo de investigaciones en poblaciones rurales en las que existe poco acceso a los servicios de salud y donde las condiciones sociales y familiares favorecen alteraciones emocionales, expone una oportunidad y un reto para las y los investigadores, pues son escenarios en los que estudiar la salud psicológica o mental implica llevar a cabo un análisis que incluya las características y las condiciones sociales y económicas de las que forman parte las personas, para así lograr un mayor entendimiento de lo que sucede e identificar peculiaridades de la población, con el fin de efectuar investigaciones y programas destinadas a la prevención y solución de necesidades en salud mental.

Conclusiones

La depresión es un trastorno multifactorial en el que interactúan factores personales, biológicos y sociales, incluir variables sociodemográficas permitirá obtener información contextualizada para proponer nuevos estudios o programas de prevención e intervención en beneficio de la niñez que se desarrolla en entornos rurales.

En esta investigación se corroboró que a menor edad puede ser mayor la sintomatología depresiva en niños y niñas que viven en contextos rurales; además, la mayor proporción de participantes con sintomatología depresiva pertenecen a familias nucleares (padres y hermanos), seguido con muy poca diferencia por niños y niñas de familias monoparentales (solo uno de los padres y hermanos). Esto último sugiere investigaciones que analicen indicadores de las familias monoparentales que posiblemente estén incidiendo en el bienestar de los hijos e hijas.

Es importante reconocer que la pandemia incrementó la desigualdad en la salud, otro de los retos de las y los psicólogos se orienta en observar, identificar las debilidades y las fortalezas de la población; por medio de las investigaciones se pueden proponer políticas públicas y estudios interdisciplinarios con el fin de aminorar las inequidades en la salud de poblaciones vulnerables.

Se orienta a investigadores el abordar la salud mental de la población desde metodologías que permitan un diálogo de los niños y niñas de las comunidades; conocer la percepción en torno a los factores de riesgo que inciden en su salud mental posibilitará el realizar futuros programas de intervención enfocados en las necesidades de las personas.

Referencias

- Abello, D., Cortés, O., Barros, O., Mercado, S. y Solano, D. (2014). *Infantile depression prevalence in Barranquilla official schools*. Tesis psicológica, 9(1), 190-201.
- Arcury, T., Sandberg, J., Talton S., Laurienti, P., Daniel, S. y Quandt, S., (2018) Mental Health Among Latina Farmworkers and Other Employed Latinas in North Carolina. *Journal of Rural Mental Health* 42(2), 89–101. <https://doi.org/10.1037/rmh0000091>
- Arcury, T., Trejo, G., Suerken, C., Grzywacz, J., Ip, E. y Quandt, S., (2015) Work and health among latina mothers in farmworker families. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 57(3). <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000351>.
- Arfouilloux, J. (1986). *Niños tristes: la depresión infantil*. Fondo de Cultura Económica
- Ávila, C. y Espinoza, J. (2015) Indicadores de depresión en niños de cuarto a sexto grado de primaria en la ciudad de Huancayo. *Horizonte de la ciencia*, 6 (10). 195-203
- Ayala-Nunes, L., Jiménez, L., Jesus, S., Nunez, C., y Hidalgo, V. (2018). A ecological model of well-being in child welfare referred children. *Social Indicators Research*, 140, 811–836. <https://doi.org/10.1007/s11205-017-1807-x>
- Barnhart, W., Braden, A. y Jordan, A. (2020). Negative and positive emotional eating uniquely interact with ease of activation, intensity, and duration of emotional reactivity to predict increased binge eating. *Appetite*. [10.1016/j.appet.2020.104688](https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104688)
- Benjet, C. (2009). *La salud mental de la niñez y la adolescencia en America Latina y el Caribe*. En: Rodríguez, K., Khon, R., & Aguilar-Gaxiola, S. (Ed) *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (pp. 234-242). Organización Panamericana de la Salud.
- Bernarás, E., Jaureguizar, J. y Garaigordobil, M. (2019). Child and Adolescent Depression: A Review of Theories, Evaluation Instruments, Prevention Programs, and Treatments. *Frontiers in Psychology*, 10, 543. [10.3389/fpsyg.2019.00543](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00543)
- Bernaras, E., Jaureguizar, J., y Garaigordobil M. (2019). Child and Adolescent Depression: A and build theory of positive emotion. *American Psychologist*, 56, 218-226
- Bernaras, E., Jaureguizas, M., Soroa, M., Ibabe, I. & De las Cuevas, C. (2013). Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas. *Anales de psicología*, 29(3), 131-140. [doi http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.137831](https://doi.org/10.6018/analesps.29.1.137831)

- Bernarás, E. (2012) Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas. *Anales de Psicología*, 29 (1), 131-140. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.137831>
- Bueno, I. (2015). *Mujeres pobreza y salud mental: Sobre la pobreza de las mujeres y sus consecuencias*. (1ª ed.). Miguel Angel Porrúa.
- Castañeda, I. (2007). Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(2), 1-20. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v33n2/spu11207.pdf>
- Chávez-Hernández, A., Correa-Romero, F., Klein-Caballero, A., Macías-García, L., Cardoso-Espíndola, K. y Acosta-Rojas, I. (2017). Sintomatología depresiva, ideación suicida y autoconcepto en una muestra de niños mexicanos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(3), 501-514 <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4733>
- Clayborne, Z., kingsbury, M., Sampasa-Kinyaga, H., Sikora, L., Lalande, K. y Colman, I. (2020). Parenting practices in childhood and depression, anxiety, and internalizing symptoms in adolescence: a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56, 619-638. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01956-z>.
- Conger, K., Rueter, M., y Conger, R., (2000). *The role of economic pressure in the lives of parents and their adolescents: The Family Stress Model*. En L. Crockett, R. Silberiesen (Eds.), *Negotiating adolescence in times of social change* (págs. 201-223). Cambridge University Press.
- Costello, D., Swendsen, J., Rose, J. y Dierker, L. (2008) Risk and Protective Factors Associated with Trajectories of Depressed Mood from Adolescence to Early Adulthood. *J Abnorm Child Psychol*, 6(2), 173–183. <https://doi.10.1037/0022-006X.76.2.173>
- Del Barrio, V. (2014). *Los trastornos depresivos y sus tratamientos*. En González, B. y Montoya, C. (Ed) *Psicología clínica infanto-juvenil*. Pirámide.
- Del Barrio, V. (2014). *Trastornos del estado de ánimo*. En Toro, T. y Ezpeleta, L. (Ed) *Psicopatología del desarrollo* (pp. 585-684). Pirámide.
- Del Barrio, V., y Carrasco, M. (2013). *Depresión en niños y adolescentes*. Editorial Síntesis.
- Escobar, A., Martínez, E., y Judd, M. (2020). *Agricultura de exportación y pobreza en el Valle de Ciudad Guzmán*. CIESAS Boletín 2.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2019). *La agenda de la infancia y la adolescencia 2019-2024*. Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/media/306/file/agenda%20de%20la%20infancia%20y%20la%20adolescencia%202019-2024.pdf>
- Garbarino, J. (2014). *Ecological Perspective on Child Well-Being*. En A. Ben-Arieh F. Casas, I. Frønes J., Korbin (Eds) *Handbook of Child Well-Being*. Springer, Dordrecht.
- Gledhil, J., y Hodes, M. (2015) Management of depression in children and adolescents. *Depression*
- Gledhil, J., & Hodes, M. (2015) Management of depression in children and adolescents. *Depression*

- Información Estadística y Geográfica Jalisco IIEG (2019). Sur diagnóstico de la región: marzo 2019. Web iieg <https://iieg.gob.mx/ns/wp-content/uploads/2019/07/06-Sur-Diagn%C3%B3stico-1.pdf>
- Información Estadística y Geográfica Jalisco IIEG (2018). *Sur diagnóstico de la región: julio 2018*. Web iieg https://iieg.gob.mx/contenido/Municipios/06_sur_diagnostico.pdf
- Irueste, P., Guatrochi, M., Pacheco, S. y Delfederico, F., (2020). Nuevas configuraciones familiares: tipos de familia, funciones y estructura familiar. *Revista REDES 41*. pp.9-18. <https://www.redesdigital.com/index.php/redes/article/view/44/28>
- Jaureguizar, J., Bernaras, E., y Garaigordobil, M. (2017). Child Depression: Prevalence and Comparison between Self-Reports and Teacher Reports. *The Spanish Journal of Psychology*. doi: 10.1017/sjp.2017.14. PMID: 28224880.
- Kovacs, M. (2004). *Inventario de Depresión Infantil*”, Madrid, España, TEA ediciones.
- Macías, A. y Sevilla, L. (2020) Naturaleza vulnerada. Cuatro décadas de agricultura industrializada de frutas y hortalizas en el sur de Jalisco, México (1980–2020). *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 8(1), 64-91. <https://doi.org/10.31644/ED.V8.N1.2021.A03>
- Maj, M., Stein, D., Parker, G., Zimmerman, G., Fava, G., De Hert, G., Demyttenaere, K., McIntyre, R., Widiger, T. y Wittchen, H., (2020). The clinical characterization of the adult patient with depression aimed at personalization of management. *World Psychiatry*, 19, 269–293. <https://doi-org.wdg.biblio.udg.mx:8443/10.1002/wps.20771>
- Martínez N. (2014). Trastornos depresivos en niños y adolescentes. *Anales de pediatría continuada*, 12(6), 294-9. DOI: 10.1016/S1696-2818(14)70207
- McGinnis, E., Anderau, S., Hruschak, J., Gurchiek, R., Lopez-Duran, N., Fitzgerald, K., Rosenblum, K., Muzik, M. y McGinnis, R. (2019) Giving Voice to Vulnerable Children: Machine Learning Analysis of Speech Detects Anxiety and Depression in Early Childhood. *IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics*. <http://10.1109/JBHI.2019.2913590>
- Mezulis, A., Salk, R., Shibley, J., Priess-Groben, H. y Simonson, H. (2014). Affective, Biological, and Cognitive Predictors of Depressive Symptom Trajectories in Adolescence. *J Abnorm Child Psychol*, 42(4) 539–550. [tps://doi: 10.1007/s10802-013-9812-2](https://doi: 10.1007/s10802-013-9812-2)
- Miranda, I., Laborín, J., Chávez-Hernández, A., Sandoval, S., y Torres, N. (2016). Propiedades psicométricas del CDI en una muestra no clínica de niños de la ciudad de Hermosillo, México. *Psicología y Salud*, 26(2), 273-282. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2203>
- Mora, G., Fernández, M. y Ortega, S. (2016). Asociacionismo productivo y empoderamiento de mujeres rurales: Madres multiactivas, socias y mujeres campesinas. *Cultura-hombre-sociedad*, 26(1), 133-160. doi 0.7770/CUHSO-V23N1-ART1055

- Murueta, M.; Osorio, M. (2009). *Psicología de la familia en Países Latinos del Siglo XXI*. México: AMAPSI.
- Nazari, H., Safavi, P., Hooshyari, Z., Parsamehr, H., Abbasi Motlagh, F., Tajipoor, A., Goodarzi, Z., Moghadam, SS., Kumasi Jodaki, S., Salehi Kia, H., Veyskarami, M., y Beyranvand, S. (2022). Mental disorders and their comorbidities among children and adolescents aged 6 to 18 years in Lorestan Province. *Iran Journal Child Neurol* 16(1), 39-50. doi: 10.22037/ijcn.v16i1.24465.
- OMS (2008) *Subsanar las desigualdades en una generación*. Resumen analítico del informe final. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69830>
- Orgiles, M., Fernández-Martínez, I., Melero, S., Morales, A. y Espada, J. (2018). Niños españoles con sintomatología depresiva: un estudio de sus quejas somáticas. *Summa Psicológica UST*, 15(2), 106 – 112. doi: 10.18774/0719-448x.2018.15.347
- Oros, L. (2009). El valor adaptativo de las emociones positivas. Una mirada al funcionamiento psicológico de los niños pobres. *Interamerican Journal of Psychology*, 43, 288-296.
- Ortega, A., León, M. y Ramírez B. (2010). Agricultura y crisis en México: treinta años de políticas económicas neoliberales. *Revista de Sociedad, Cultura y Desarrollo Sustentable*, 6(3), 323-337. <https://www.redalyc.org/pdf/461/46116015001.pdf>
- Ramírez-GarcíaLuna , J., Araiza-Alba, P., Martínez-Aguiñaga, S., Rojas-Calderón y Pérez-Bentacourt, M. (2016). Correlation and agreement between depressive symptoms in children and their parent's perception. *Salud Mental*, 39(5), 243-248. 10.17711/SM.0185-3325.2016.028
- Red Nacional de Jornaleros y Jornaleras Agrícolas. (2019). *Violación de derechos de las y los jornaleros agrícolas en México*. Red Nacional de Jornaleros y Jornaleras Agrícolas. https://issuu.com/cencos/docs/violacio_n_de_derechos_de_las_y_los
- Román, P. y Padrón M. (2010) Hogares y familias rurales en México frente a las políticas públicas: primeras aproximaciones. *Revista latinoamericana de estudios de familia* 2, 137-152. Disponible en: http://revlatnofamilia.ucaldas.edu.co/downloads/Rlef2_7.pdf
- Sánchez, P., y Valdés, A. (2011). Una aproximación a la relación entre el rendimiento académico y la dinámica y estructura familiar en estudiantes de primaria. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 13(2),177-196. <https://www.redalyc.org/pdf/802/80220774009.pdf>
- Shapero, B. y Mazzone E. (2019) Early Onset of Depression During Childhood and adolescence. *The Massachusetts General Hospital Guide to Depression*. https://doi.org/10.1007/978-3-319-97241-1_5
- Tacca, D., Alva, M. y Chire, F. (2020). Estrés parental y las actitudes de las madres solteras hacia la relación con los hijos. *Revista de Investigacion Psicológica*, (23), 45-62. http://www.scielo.org.bo/pdf/rip/n23/n23_a05.pdf

-
- Tapia, S. (2020) Una lente feminista de la desigualdad económica. *Debate Feminista* 60, 24-47.
<http://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2020.60.02>
- Thompson, A. (2012) Childhood Depression Revisited: Indicators, Normative Tests, and Clinical Course. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21 (1), 5-8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3269250/>
- Vargas, P., Parra, M. Arévalo, C., Cifuentes, L., Valero, J., y Sierra M. (2015). Estructura y tipología familiar en pacientes con dependencia o abuso de sustancias psicoactivas en un centro de rehabilitación de adicciones en el Municipio de Chía, Cundinamarca. *Revista colombiana de psiquiatría*, 44(3), 166–176. doi: 10.1016/j.rcp.2015.02.007
- Whalen, D. J., Luby, J. L., Tilman, R., Mike, A., Barch, D., y Belden, A. C. (2016). Latent class profiles of depressive symptoms from early to middle childhood: Predictors, outcomes, and gender effects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57, 794-804.
<http://10.1111/jcpp.12518>
- Yap, M. y Jorm, A. (2015). Parental factors associated with childhood anxiety, depression, and internalizing problems: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 424-440. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.050>