

UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE ARQUITECTURA, URBANISMO Y GEOGRAFÍA
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFÍA



**APROXIMACIONES HACIA UNA GEOGRAFÍA DE LA SALUD MENTAL:
ANÁLISIS ESPACIAL CRÍTICO DE LA DEPRESIÓN JUVENIL (15–29) AÑOS
EN EL GRAN CONCEPCIÓN, CHILE**

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE GEÓGRAFO

Tesista: Diego Alonso Avilez Ayala

Profesor (a) Guía: Sandra Valeska Fernández Castillo

Concepción, 2025

- **Agradecimientos**

A mi familia y seres queridos, que ven esta luz desde el otro lado.

A quienes acompañaron compasivamente mi proceso de recuperación.

A todos y todas quienes tributaron en mi formación académica y personal.

Profunda y sinceramente, gracias.

- Índice de Contenidos

1. Introducción: “Aproximaciones hacia una geografía de la salud mental: un análisis espacial crítico de la depresión juvenil (15–29 años) en el Gran Concepción, Chile”	8
2. Problemática, Estado del Arte y Justificación del Objeto de Estudio	9
3. Objetivo General	27
4. Objetivos Específicos	27
4.1 Caracterizar el contexto socio-sanitario y de bienestar juvenil del Gran Concepción a partir de fuentes secundarias de escala regional (INJUV 2022 y registros institucionales), para situar la magnitud del malestar ansioso-depresivo y su marco temporal (2020–2024).	
4.2 Cuantificar y cartografiar, a escala comunal en el AMGC, la relación entre vulnerabilidad social (MPI SAE, CASEN 2022) y cobertura especializada de salud mental (COSAM/CSMC y nodos hospitalarios referenciales), identificando patrones de criticidad relativa.	
4.3 Evaluar críticamente las políticas públicas y programas de salud mental con pertinencia territorial y juvenil (Plan Nacional 2017–2025; documentos comunales pertinentes), desde una geografía crítica de la salud mental.	
5. Hipótesis	27
6. Marco Teórico	28
7. Metodología	34
7.1 Enfoque y diseño	34
7.2 Paradigma y justificación epistemológica	34
7.3 Diseño de investigación y alcance	35
7.4 Fuentes, variables y productos esperados	35
7.4.1 Fuentes principales	35
7.4.2 Variables operacionales (referencial)	36

7.5 Preparación y procesamiento de datos — protocolo reproducible (paso a paso)	38
7.5.1 Descarga y verificación inicial.....	38
7.5.2 Limpieza y depuración en Excel	38
7.5.3 Preparar la capa de red pública especializada (puntos)	38
7.5.4 Unión de pobreza a polígonos comunales.....	39
7.5.5 Spatial Join y generación de indicadores.....	39
7.5.6 Exports y backups	39
7.5.7 Protocolo cartográfico CPV 2024 (ArcGIS Desktop 10.8).....	39
7.6 Técnicas de análisis	40
7.6.1 Estadística descriptiva (Excel)	40
7.6.2 Mapas temáticos esenciales (ArcGIS Desktop 10.8).....	41
7.7 Productos y reproducibilidad	42
7.7.1 Outputs	42
7.8 Limitaciones de nuestro estudio exploratorio	43
7.9 Bitácora mínima de decisiones (Metodología).....	44
8. Resultados	45
8.1 Contexto territorial y socio-demográfico del Gran Concepción.....	42
8.1.1 Delimitación y unidades de análisis	47
8.1.2 Integración de Censo 2024 (CPV) para cartografías intra-comunales	47
8.2 Panorama epidemiológico de salud mental juvenil.....	48
8.2.1 Prevalencia y sintomatología ansioso-depresiva juvenil (INJUV 2022).	48
8.2.2 Indicadores y fuentes.....	48
8.2.3 Suicidio total y adolescente 15–19 por región (DEIS/UNICEF 2024).	50
8.3 Cobertura 15–24 (COSAM/100.000 juveniles)	51

8.4 Pobreza multidimensional comunal (MPI, CASEN 2022): componentes, lectura e incertidumbre (SAE)	55
8.5 Matriz de criticidad relativa (MPI x cobertura especializada) y síntesis territorial	58
8.6 Homicidios vs. Suicidios (2024).....	61
8.7 Análisis complementarios (alcance exploratorio)	63
8.8 Síntesis de hallazgos para la Discusión	63
9. Análisis y Discusión	65
9.1 Relectura de los hallazgos: lo que el mapa deja ver (y lo que no)	65
9.2 Territorio, movilidad y justicia espacial del cuidado.....	67
9.3 Determinantes sociales, curso de vida juvenil y geografía de la vulnerabilidad	70
9.4 Paisajes del malestar juvenil: subjetividades, espectros y ciudad.....	71
9.5 Implicancias para la política pública y la planificación territorial del cuidado	73
9.6 Límites del estudio y proyecciones de investigación	75
10. Conclusiones	78
10.1 Síntesis de hallazgos principales	78
10.2 Aportes teóricos y metodológicos de la investigación	79
10.3 Implicancias para la política pública y la planificación territorial del cuidado.....	81
10.4 Límites y alcances del estudio.....	81
10.5 Proyecciones de investigación y acción	82
11. Bibliografía	84
12. Anexos	98

- Resumen

La presente memoria examina la geografía del bienestar y de la depresión juvenil en el Área Metropolitana del Gran Concepción (AMGC), abordando la producción socioespacial del malestar desde un enfoque de geografía crítica. El análisis empírico se concentra en el ciclo 2020–2024, incorporando series 2018–2019 únicamente como contexto cuando las fuentes institucionales lo requieren, y utilizando el CPV 2024 como base territorial para representar la huella urbana y sus gradientes intracomunales. A partir de fuentes secundarias (DEIS/MINSAL, INJUV, CASEN y documentos públicos pertinentes) y de una estrategia cartográfica orientada a la comparabilidad territorial, se describen concentraciones espaciales de vulnerabilidad y brechas de acceso a infraestructura pública especializada de salud mental. En lugar de inventariar ofertas heterogéneas, el recorte se centra en dispositivos comunitarios especializados (COSAM/CSMC) y en dos nodos hospitalarios terciarios de referencia (HGGB/Edificio Leonor Mascayano y Hospital Las Higueras), distinguiendo niveles de atención para evitar mezclas metodológicamente arbitrarias. Los resultados sugieren que el malestar juvenil no se distribuye de forma aleatoria, sino que se intensifica allí donde convergen precarización material, desigualdad territorial y fricciones cotidianas de movilidad, cuidado y acceso a servicios. Esta lectura no propone causalidad individual, sino una interpretación socioespacial: el territorio importa como condición de posibilidad — y de bloqueo— de trayectorias de vida y de bienestar. Con ello, la tesis discute implicancias para la planificación urbana, la justicia espacial del cuidado y la coordinación de redes comunitarias y hospitalarias en el AMGC.

Palabras clave: geografía de la salud mental, depresión juvenil, inequidad territorial, justicia espacial, SIG, Gran Concepción.

- **Abstract**

This thesis critically analyzes youth depression (ages 15–29) in Greater Concepción, Chile, emphasizing how socio-spatial inequalities shape distress and institutional capacity to respond. Using an analytical–documentary design based exclusively on secondary sources (CASEN 2022, INJUV 2022, DEIS/DIPRECE, INE/CPV 2024 and administrative records), it builds a territorial diagnosis of anxiety–depression symptoms, suicide burden, specialized public mental-health infrastructure and socioeconomic deprivation across the Greater Concepción Metropolitan Area (AMGC). Through descriptive analysis and GIS-based mapping, the study relates observed gradients of youth distress to metropolitan restructuring, uneven access to services and deprivation profiles, and it operationalizes a defensible infrastructure cut: community specialized devices (COSAM/CSMC) plus two tertiary reference nodes (HGGB/Edificio Leonor Mascayano and Hospital Las Higueras). By linking empirical evidence to critical geography and social epidemiology, youth depression is framed as a socio-spatial phenomenon in which territorial arrangements condition care trajectories, continuity and lived experience. The thesis concludes that territorially effective youth mental-health policy in the AMGC requires spatial-justice criteria, communal prioritization and strengthened community networks, alongside clearer articulation between municipalities, health services and universities. The study provides reproducible evidence and analytical tools—including a Coverage×Vulnerability matrix—to support territorially sensitive youth-care management.

Keywords: mental-health geography; youth depression; territorial inequality; spatial justice; GIS; Greater Concepción.

1. Introducción: “Aproximaciones hacia una geografía de la salud mental: un análisis espacial crítico de la depresión juvenil (15–29 años) en el Gran Concepción, Chile”.

Esta investigación analiza la depresión y el bienestar juvenil como un fenómeno socioespacial en el Área Metropolitana del Gran Concepción (AMGC), con especial atención al tramo 15-29 años. Desde una perspectiva de geografía crítica, el problema se aborda no como una suma de casos individuales, sino como una configuración territorial donde se cruzan desigualdades estructurales, condiciones urbano-ambientales, trayectorias laborales y educativas, y formas desiguales de acceso al cuidado.

El enfoque metodológico es analítico-documental y se sostiene en fuentes secundarias e institucionales (encuestas y registros oficiales), integradas mediante procedimientos de sistematización y cartografía temática. El objetivo es producir evidencia territorialmente situada para discutir acceso, distribución y priorización de infraestructura especializada de salud mental, evitando lecturas superficiales.

El aporte principal se materializa en un set cartográfico coherente y en una matriz comunal Cobertura especializada x Vulnerabilidad, que cruza la presencia/ausencia de dispositivos comunitarios especializados (COSAM/CSMC) y nodos hospitalarios con rol referencial, con un indicador de pobreza multidimensional comunal (MPI) estimado mediante SAE a partir de CASEN 2022, utilizando como umbral de alta vulnerabilidad el 16,9% (total país).

Con ello, la tesis busca mostrar que el territorio no es un telón de fondo neutro: organiza oportunidades, tiempos de desplazamiento, exposiciones ambientales y capacidades institucionales y, en esa organización, participa activamente en la producción y reproducción del malestar juvenil.

2. Problemática, Estado del Arte y Justificación del Objeto de Estudio

2.1. Problemática:

La prevalencia de la depresión entre la población juvenil ha crecido de manera alarmante en las últimas décadas, convirtiéndose en una preocupación prioritaria para la salud pública mundial y chilena. En el contexto del Gran Concepción, región del Biobío, diversos estudios han señalado preocupantes tasas de sintomatología ansioso-depresiva moderada a severa que superan ampliamente el promedio nacional. Según la Décima Encuesta Nacional de Juventudes (INJUV, 2022), el 31,6 % de los jóvenes de 15 a 29 años en la región reportaron síntomas de ansiedad y depresión en niveles medios o graves, cifra que contrasta con el 26,9 % a nivel nacional, cifra también preocupante.

En el periodo 2020–2024 (con antecedentes 2018–2019 cuando la fuente lo requiere), informes de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2021) reportaron un incremento global de 8,4 % en diagnósticos de ansiedad y depresión entre adolescentes, reflejo de fenómenos como la digitalización acelerada de la vida cotidiana y las consecuencias psicosociales de la pandemia por COVID-19.

Un análisis de series de tiempo muestra que, tras un ligero descenso en 2019, las tasas regionales volvieron a repuntar en 2020–2021, coincidiendo con cuarentenas y reducción de actividades presenciales (Retamal Parra et al., 2023). Hacia 2023, la tendencia se estabiliza levemente, pero permanece en torno al 30%. Estas cifras, comparadas con el 24 % de 2015, indican un alza sostenida de 6 puntos en ocho años, un aumento que no puede atribuirse exclusivamente a cambios en criterios diagnósticos, sino a factores sociales y territoriales que exigen un análisis más fino.

Durante la pandemia, la prevalencia de ansiedad y depresión juvenil aumentó un 54% (UNICEF, 2020), con peaks en encierros y reducción de actividades presenciales. Retamal Parra et al. (2023) documentan un incremento del 15 % de

urgencias psiquiátricas en Talcahuano y Concepción en 2020–2021. Las secuelas incluyen mayor estrés postraumático, rupturas en redes de apoyo y una transición abrupta a la educación remota, que exacerbó desigualdades de acceso a internet y espacios de estudio.

La geografía humana y social del Gran Concepción se caracteriza por una fuerte segregación urbana, fruto de procesos de industrialización y reconversión económica desiguales. Comunas como Talcahuano, Coronel y Penco presentan índices de pobreza multidimensional entre el 18 % y el 22 % (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2022), y, según el Diseño de la Red Asistencial del Servicio de Salud Biobío (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2021), la densidad de establecimientos de Atención Primaria de Salud en estas comunas es de aproximadamente 1,1–1,2 centros por cada 10 000 habitantes, significativamente inferior a lo observado en Concepción (1,8) y San Pedro de la Paz (1,6). Esta brecha en infraestructura se traduce en un acceso más limitado a servicios preventivos y de control clínico básico, lo que agrava las desigualdades territoriales en salud y repercute negativamente en el bienestar psíquico de la población juvenil. Esta heterogeneidad territorial influye directamente en el bienestar psíquico de los jóvenes, al condicionar sus redes de apoyo, oportunidades educativas y laborales, así como su percepción de pertenencia y agencia. Estudios cartográficos preliminares (Rojas, 2018; Pérez, 2020) han identificado concentraciones espaciales de alta prevalencia que se corresponden con sectores de pobreza multidimensional altos (18–22 %) y con menor densidad de profesionales de la salud mental. La falta de una desagregación oficial en reportes ministeriales impide replicar a nivel nacional este tipo de análisis, dejando asimismo un vacío metodológico al respecto que esta tesis intentará abordar exploratoriamente.

La depresión juvenil, entendida no sólo como un trastorno clínico sino como un fenómeno socioespacial y cultural, se vincula estrechamente con la experiencia de la ciudad y el territorio. Doreen Massey (2008) sostiene que el espacio es una construcción relacional en la que se imbrican memorias, desigualdades y

expectativas; Edward Soja (1996) enfatiza que el “tercer espacio” integra lo real, lo imaginado y lo vivido. En este sentido profundo, es el despliegue de la subjetividad humana y la existencia en el espacio la que se ve afectada por la fragmentación urbana y la precariedad de los entornos que crean contextos adversos para la salud mental.

Chile se encuentra entre los países con tasas de mortalidad por suicidio más altas de Sudamérica, con cifras cercanas a 10 por cada 100.000 habitantes en años recientes (OPS, 2023; Our World in Data, 2024).

Según datos oficiales disponibles para el año 2024, en Chile las muertes por suicidio superan a los homicidios, con una tasa nacional preliminar de 10,7 suicidios por cada 100.000 habitantes, frente a 6,0 homicidios por cada 100.000 en 2024, lo que equivale a cerca de 1,8 suicidios por cada homicidio consumado (UNICEF, 2025; Subsecretaría de Prevención del Delito, 2025). Esta configuración evidencia que el suicidio, aunque estadísticamente más frecuente que los delitos que dominan la cobertura mediática —como homicidios violentos, portonazos o secuestros—, recibe una visibilidad muy inferior, lo cual genera una profunda disonancia en la agenda pública: se visibiliza el crimen, pero no el malestar estructural.

En perspectiva histórica y demográfica, Llorca-Jaña, Rivas y Morales-Campos (2025) muestran que la evolución de la tasa de suicidio entre 1921 y 2021 exhibe un desplazamiento generacional y regional: el peso de las cohortes mayores y las desigualdades intraurbanas han crecido, mientras que los jóvenes (15–29 años) redujeron su participación relativa en los suicidios desde alrededor del 60 % en los años 1920 hasta cerca del 40 % en 2020. Esta tendencia es clave para interpretar el fenómeno como algo más que individual o clínico —es también una desigualdad socioespacial que legitima los índices de priorización territorial desarrollados en esta memoria.

En Chile, entre 2019 y 2022, se atendieron 15 325 consultas de urgencia por ideación suicida en adolescentes, en contraste con 366 suicidios consumados en

ese grupo etario durante el mismo periodo; esto sugiere que por cada muerte hay alrededor de 42 contactos urgentes por ideación, un indicador crítico del malestar juvenil previo al acto (Osorio et al., 2024), y que los intentos son más frecuentes entre mujeres, aunque los desenlaces letales predominan en hombres (Organización Mundial de la Salud, s. f.; Llorca-Jaña et al., 2024). En Chile, esto sugiere que la magnitud del sufrimiento juvenil es considerablemente mayor que las tasas de suicidio consumado, reforzando la necesidad de políticas de prevención, detección temprana y cuidado diferencial por edad y género.

La Encuesta Nacional de Salud 2021 reveló que el 35 % de las mujeres de 15–24 años presentaba síntomas depresivos severos frente a un 28 % de los hombres (Ministerio de Salud de Chile, 2021). En paralelo, la ideación suicida asciende hasta un preocupante 65,6 % de escolares chilenos en grupos de riesgo, mientras que el 18,4 % reporta intentos de suicidio (Veloso-Besio, Cuadra-Peralta, Gallardo-Peralta, Cuadra-Fernández, Quiroz, & Vega-Troncoso, 2023). A esto se suma un indicador social crítico: la soledad declarada por el 20,9 % de las personas menores de 29 años, con mayor peso en mujeres (Centro de Encuestas y Estudios Longitudinales UC & Asociación Chilena de Seguridad, 2025).

El acceso a atención es igualmente crítico. En el sector público, las listas de espera funcionan como un mecanismo de estratificación temporal: para la consulta nueva de especialidad No GES, la mediana nacional fue de 240 días en diciembre de 2023 y 255 días en junio de 2024 (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2024b). En este marco, el “derecho a la atención” se transforma en una “política del tiempo”, donde la espera no es neutra, sino un filtro desigual que castiga primero a quienes viven más lejos de los polos de especialidad y cuentan con menos recursos para sostener trayectorias de cuidado.

Cabe mencionar que el estigma y las normas de masculinidad tradicional operan como barreras culturales de acceso: en adolescentes chilenos, los varones muestran mayor preferencia por buscar ayuda informal (pares/familia) y menor propensión a la consulta profesional, lo que retrasa el diagnóstico y tratamiento oportuno (Olivari et al., 2021). En estudiantes universitarios en Chile se

documentan creencias estigmatizantes y evitación del cuidado psicológico que afectan la adherencia (Beroíza-Valenzuela et al., 2024); estudios en contextos educativos y de APS ratifican que el autoestigma y el temor al juicio social desalientan la consulta, especialmente en hombres jóvenes (Crockett et al., 2022; Universidad de Chile, 2023). En respuesta, se han impulsado intervenciones antiestigma en APS como Igual-Mente (Universidad de Concepción, 2024).

El problema se agrava por la disponibilidad y distribución desigual de especialistas. El Registro Nacional de Prestadores Individuales (RNPI) reporta que, al 31 de diciembre de 2024, existen 2.080 inscripciones de especialidad en Psiquiatría de Adultos y 610 en Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia. Este registro constituye un indicador de oferta potencial, pero no equivale automáticamente a dotación efectiva en el sistema público ni asegura una distribución territorial acorde a la demanda; por ello, el análisis espacial de esta memoria prioriza la accesibilidad a dispositivos comunitarios, las barreras de movilidad y la vulnerabilidad socio-territorial como mecanismos de desigualdad de acceso y continuidad de cuidados (Superintendencia de Salud, 2025).

El financiamiento constituye el trasfondo estructural. Errázuriz et al. (2015) estiman que la inversión pública en salud mental representó 2,14 % del presupuesto público de salud en 2007 y 2,16 % en 2012. Más recientemente, Aguilera Correa y Arenas Gómez (2023) estiman para 2021 un gasto público en salud mental de 208.500 millones de pesos (a precios 2021), equivalente a 1,7 % del gasto público en salud (y 2,4 % del gasto total en salud). Ambas mediciones —con definiciones y metodologías distintas— convergen en señalar una subinversión persistente, inferior a umbrales internacionales de referencia (≥ 5 % del presupuesto sanitario público; ~ 10 % en países de ingreso alto) (Aguilera Correa & Arenas Gómez, 2023). Este estudio, por tanto, no toma el gasto como variable explicativa directa, sino como condición estructural que tensiona la capacidad de respuesta territorial y la oportunidad de acceso, especialmente en juventudes y periferias urbanas.

Desde la carga de enfermedad y económica, los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias —incluida la autolesión— representan el 24 % de los DALYs (Años de Vida Ajustados por Discapacidad) y el 37 % de los YLDs (Años Vividos con Discapacidad) en Chile (OPS, 2020). Para América Latina y el Caribe, UNICEF estima pérdidas económicas superiores a USD 30 mil millones anuales atribuibles a trastornos de salud mental en juventudes (UNICEF, 2021); a escala global, la pérdida de productividad por depresión y ansiedad se aproxima a USD 1 billón/año (Harvard T.H. Chan School of Public Health, 2020).

En síntesis, las cifras convergen en un mismo diagnóstico: **la juventud chilena, y particularmente la del Gran Concepción, enfrenta un entramado de alta prevalencia de síntomas ansioso-depresivos, ideación suicida masiva, escasez de especialistas, inequidad territorial y subinversión sistemática, que en conjunto elevan de manera crítica el riesgo de morbimortalidad por causas mentales.** Este panorama constituye un desafío ineludible para la geografía de la salud, al revelar cómo el espacio social y territorial amplifica las vulnerabilidades en salud mental juvenil.

2.2. Estado del Arte:

La salud mental juvenil se ha convertido en un asunto de creciente preocupación tanto a nivel global como nacional. En Chile, y específicamente en la Región del Biobío, la depresión y la ansiedad entre jóvenes de 15 a 29 años han mostrado una trayectoria ascendente en la última década, impactando no sólo el bienestar individual, sino también la cohesión social, la productividad educativa y las dinámicas comunitarias. Esta sección explora exhaustivamente las claves de esta problemática a través del análisis conjunto de datos estadísticos, teorías críticas del espacio y análisis de políticas públicas, con el fin de alcanzar una comprensión integral y profundamente contextualizada.

Desde una perspectiva de política pública, la institucionalidad chilena en salud mental se articula en una secuencia de instrumentos que antecede al PNSM 2017-2025. El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (publicado en 2001) formula

un propósito explícito de bienestar subjetivo y desarrollo humano, subrayando que la salud mental depende tanto de condiciones de vida como de factores biológicos, y proponiendo acciones integrales de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación (Ministerio de Salud, 2001). A una década, la experiencia acumulada reporta avances hacia un modelo de red y atención comunitaria, con expansión de dispositivos y programas prioritarios (Minoletti & Zaccaria, 2005).

Estos lineamientos se vuelven medibles a partir de evaluaciones sistémicas como WHO-AIMS. El informe WHO-AIMS para Chile reportó que en 2004 la salud mental concentraba solo 2,14% del presupuesto público de salud, y que un tercio del gasto en salud mental se asignaba a hospitales psiquiátricos; además, describió la organización de la oferta pública como redes territoriales en cada Servicio de Salud (Ministerio de Salud, 2007). El segundo WHO-AIMS, con datos 2012, estimó 2,16% del presupuesto total de salud del sistema público (1,71% sin fondo SENDA) y evidenció que la red pública especializada y la especialidad absorben proporciones diferenciadas del financiamiento, lo que condiciona la capacidad resolutoria de la red (Ministerio de Salud, 2014).

Si bien la herramienta WHO-AIMS aporta una fotografía comparativa útil, el diagnóstico acumulado en la década siguiente converge en un patrón reiterado: baja inversión relativa, alta concentración del gasto en el nivel hospitalario y brechas persistentes de equidad territorial. Este telón de fondo ayuda a explicar el giro programático del Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, que refuerza el modelo comunitario y la integración intersectorial como ejes de política pública.

El Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 reconoce explícitamente esta brecha de financiación y retoma la meta de avanzar hacia un 5 % del gasto en salud destinado a salud mental; sin embargo, los análisis de ejecución presupuestaria muestran que entre 2017 y 2021 el gasto efectivo se ha mantenido cercano al 2 % del presupuesto sanitario público, sin cambios estructurales significativos (Ministerio de Salud, 2017; Errázuriz et al., 2015; Aguilera Correa, 2023). Aunque el Plan incorpora el enfoque de curso de vida y menciona la necesidad de fortalecer la prevención en adolescencia y juventud, no define líneas

programáticas ni partidas presupuestarias claramente diferenciadas para este grupo etario, de modo que las intervenciones juveniles quedan subsumidas en programas generales de APS y en dispositivos especializados cuya cobertura sigue siendo limitada frente a la magnitud del problema, sin indicadores de cumplimiento específicos por tramo de edad. Complementariamente, el Plan de Acción de Salud Mental 2019-2025 (publicado en 2021) fue diseñado para operacionalizar las líneas del PNSM e incorporar compromisos programáticos del periodo 2018-2022, reforzando un modelo de atención centrado en APS integrada y continuidad de cuidados (Ministerio de Salud, 2021).

Por otra parte, el Plan presenta un diagnóstico epidemiológico centrado en datos nacionales y regionales -prevalencia de trastornos, tasas de hospitalización y brechas de acceso- pero **no incorpora una desagregación territorial que permita identificar disparidades comunales o locales en la oferta y demanda de servicios de salud mental**. Esta ausencia de un mapeo subnacional impide diseñar estrategias preventivas ajustadas a las realidades de aquellos territorios más vulnerables, donde la juventud enfrenta riesgos psicosociales diferenciados según su entorno urbano o rural (Ministerio de Salud, 2017; Ministerio de Salud de Chile, 2024).

Cabe hacer una distinción, la Atención Primaria generalista (APS/CESFAM) no proporciona las mismas prestaciones de la infraestructura pública especializada en salud mental. Por lo que en esta memoria, se considerarán únicamente como contexto del sistema de salud. En este sentido, la cartografía elaborada se restringe a la infraestructura pública especializada de salud mental: dispositivos comunitarios (COSAM/CSMC) y nodos hospitalarios terciarios de referencia (HGGB/Edificio Leonor Mascayano; Hospital Las Higueras) que reciben derivaciones de otras comunas del AMGC.

En los Servicios de Salud que concentran redes urbanas de mayor complejidad —como Concepción y Talcahuano—, las medianas de espera para consultas nuevas de especialidad siguen siendo muy elevadas, aunque algo menores que en redes periféricas y rurales. La presencia de una mayor densidad de CESFAM,

CECOSF y dispositivos comunitarios de salud mental (COSAM/CSMC) permite canalizar parte de la demanda mediante derivaciones y controles más frecuentes; sin embargo, los registros nacionales de listas de espera dan cuenta de decenas de miles de personas aguardando una consulta de psiquiatría en el sistema público, con un peso significativo de población adolescente y juvenil (Ministerio de Salud de Chile, 2024; Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2024b).

Los reportes nacionales de listas de espera en salud mental infantil, adolescente y adulta joven muestran demoras particularmente críticas. Informes recientes del Ministerio de Salud y de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile indican que, para consultas nuevas de especialidad en salud mental, las medianas de espera se sitúan en cientos de días y que una fracción importante de los casos aguarda más de un año por una primera atención, especialmente en Servicios de Salud que cubren comunas periféricas o con alta vulnerabilidad social. Estas demoras se concentran con fuerza en niños, niñas y adolescentes, y se traducen en un acceso tardío a diagnósticos y tratamientos, acentuando la cronificación de síntomas y restringiendo las posibilidades de intervención oportuna (Ministerio de Salud de Chile, 2023; Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2024b; Defensoría de la Niñez, 2025).

La meta de “<90 días de espera para diagnóstico psiquiátrico” se implementa mediante el Plan Operativo Anual de DIPRECE, con recursos etiquetados en el presupuesto público y FNDR, convenios de desempeño con servicios regionales, y un sistema de monitoreo que reporta avances semestrales. Si bien no está consagrado en una ley específica, forma parte del Marco de Gestión por Resultados de MINSAL y está sujeto a auditorías internas y de la Contraloría.

El Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 fija como resultado esperado el incremento sostenido de la inversión pública en salud mental; sin embargo, la evidencia de monitoreo sistémico sugiere una persistente subpriorización presupuestaria. El informe WHO-AIMS para Chile reportó que en 2004 la salud mental recibía 2,14% del presupuesto público de salud, con 33% del gasto en salud mental asignado a hospitales psiquiátricos, lejos de la meta institucional de

5% planteada para 2010 (Ministerio de Salud, 2007). En 2012, el segundo informe WHO-AIMS estimó 2,16% del presupuesto total de salud del sistema público (1,71% si se excluye el fondo SENDA), con predominio de prestaciones de especialidad y un componente red pública especializada cercano a un quinto del presupuesto (Ministerio de Salud, 2014). Esta estabilidad histórica en torno al 2% refuerza la tesis de una brecha estructural entre objetivos programáticos y capacidad efectiva de la red, especialmente en territorios de alta demanda juvenil.

En la Estrategia Nacional de Salud 2011–2020, se diseñó un protocolo de gestión de listas de espera que incluye “reuniones de salud mental” y “aplicación de protocolo de gestión de lista de espera” (Tabla 14, Análisis Crítico PNSM).

Sin embargo, los informes semestrales publicados en el Visor Ciudadano de Tiempos de Espera (MINSAL, 2023) muestran que, para psiquiatría infantil y de adultos, la mediana de espera supera constantemente los 200 días —llegando a más de 230 días en junio de 2023— aún muy lejos de la meta <90 días.

Además, los Planes Operativos Anuales (POA) carecen de indicadores intermedios vinculantes (por ejemplo, número de nuevos profesionales contratados, apertura de COSAM o ampliación de horas GES) y no existe un monitoreo público que permita registrar mensualmente el cierre de brechas. Evaluaciones sectoriales de programas de salud mental realizadas por la Dirección de Presupuestos y por la propia autoridad sanitaria han mostrado dificultades para vincular el aumento de recursos con reducciones sostenidas de las listas de espera y de los tiempos de atención, lo que sugiere que la viabilidad de la meta de <90 días para diagnóstico psiquiátrico depende no sólo de un mayor financiamiento, sino también de mejoras en la gestión y en la gobernanza presupuestaria.

El Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes (MINSAL, 2023) identifica la necesidad de enfoques diferenciados, pero **carece de protocolos territorializados**. Los lineamientos técnicos de DIPRECE (2023) **no incluyen mapas de vulnerabilidad ni criterios de priorización comunal**. Este

vacío normativo impide la implementación de intervenciones focalizadas según datos empíricos, generando brechas de equidad.

Esta brecha asimismo evidencia cómo la **distribución desigual de recursos** (infraestructura, profesionales y dispositivos GES) **profundiza las desigualdades territoriales en salud mental juvenil**, al condicionar el acceso oportuno a diagnósticos, tratamientos y acompañamiento psicosocial.

Desde 2024, el Decreto Supremo N° 326 constituye oficialmente el Área Metropolitana del Gran Concepción (AMGC), integrada por 11 comunas: Concepción, Talcahuano, San Pedro de la Paz, Chiguayante, Hualpén, Coronel, Lota, Penco, Tomé, Hualqui y Santa Juana (Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo [SUBDERE], 2024; Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2024a). Según datos desagregados de INJUV (2022) y CASEN (2022), Talcahuano y Coronel registran prevalencias de depresión juvenil superiores al 35 %, seguidas por Penco con ~33 %; en cambio, Concepción y San Pedro de la Paz oscilan entre 25 % y 28 %. Este patrón epidemiológico amerita ser estudiado en clave socioespacial.

En la Región del Biobío, las mujeres jóvenes de 15 a 24 años presentan una prevalencia significativamente mayor de sintomatología depresiva moderada a grave (35 %) que los hombres en el mismo rango etario (28 %) (Ministerio de Salud, Encuesta Nacional de Salud Mental 2021). Al comparar cohortes, el grupo de 20–24 años supera levemente al de 15–19 años, lo que sugiere que las transiciones académicas y laborales (ingreso a la universidad, búsqueda de empleo formal) incrementan el estrés psicosocial en esta etapa de la vida (INE, 2022). Además, subpoblaciones como jóvenes indígenas y migrantes enfrentan brechas culturales y lingüísticas, discriminación y precariedad contractual, dimensiones que permanecen insuficientemente estudiadas en los diagnósticos oficiales de salud mental en Chile.

El estrés socioeconómico y la exposición a violencia agravan el riesgo en juventudes. En Chile, el 17,5 % de las y los jóvenes de 15–29 años se encuentra

fuera de empleo, educación o formación (NEET), uno de los porcentajes más altos de la OCDE (OECD, 2025). En el ámbito escolar, uno de cada cinco estudiantes de 15 años reportó acoso “al menos algunas veces al mes” en 2022 —21 % en mujeres y 20 % en hombres— con efectos negativos en bienestar y pertenencia (OECD, 2023). En el espacio comunitario, la victimización violenta afectó con mayor intensidad a jóvenes (7,6 % en 15–29 años) que a otros tramos etarios, según la Encuesta Nacional Urbana de Seguridad Ciudadana 2024 (Subsecretaría de Prevención del Delito, 2025), mientras que el acoso sexual alcanza prevalencias especialmente altas en mujeres de 15–19 (37,2 %) y 20–29 (38,5 %) (Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género, 2024). A ello se suma que el 20,9 % de las personas menores de 29 años declara soledad elevada, indicador ligado a depresión e ideación suicida (Centro de Encuestas y Estudios Longitudinales UC & Asociación Chilena de Seguridad, 2025).

En el sistema privado, las ISAPRES no disponen de un reporte estadístico público y regular que entregue, de manera integrada, el detalle de prestaciones de salud mental por edad y diagnóstico. Sin embargo, estudios regulatorios indican que una proporción importante de estas atenciones se canaliza vía modalidad de libre elección o “preferente”, con coberturas financieras efectivas bajas (\approx 28,5–39 % en 2020), de modo que el copago sigue siendo elevado para la mayoría de los hogares (Superintendencia de Salud, 2021). Esto refuerza la segmentación del acceso entre quienes pueden financiar atenciones privadas y quienes dependen casi exclusivamente de la red pública.

Del total de 2.240 psiquiatras inscritos en el Registro Nacional de Prestadores Individuales (RNPI), sólo 1.098 tienen cargo en el sistema público (789 adultos; 309 infanto-juveniles), mientras que el resto se concentra en la práctica privada (La Tercera, 2024). En el sector privado, la vía Fonasa MLE es marginal: a octubre de 2021 apenas 53 psiquiatras tenían convenio activo para atender con bono Fonasa, por lo que la oferta privada se canaliza mayoritariamente vía ISAPRE o pago directo (Bio Bio Chile, 2021; La Tercera, 2021). Esta asimetría es crítica si

se considera que 78,9 % de la población está afiliada a Fonasa (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2023).

La accesibilidad y la oferta condicionan la continuidad del cuidado. Las barreras de acceso responden tanto a tiempos/fricción de desplazamiento intercomunal — con carga desproporcionada para mujeres y hogares de bajos ingresos, según la Encuesta Origen-Destino (Gran Concepción, 2017)— como a la escasez y segmentación de la oferta especializada (SECTRA, 2017).

En términos de dotación, el RNPI registra 2.080 inscripciones de especialidad en Psiquiatría de Adultos y 610 en Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia (corte 31-12-2024) (Superintendencia de Salud, 2025). Sin embargo, la desigualdad no se resuelve con el número agregado: la disponibilidad efectiva depende de mecanismos de localización, sectorización (público/privado) y barreras de acceso. Por ello, las cartografías de esta memoria se centran en cobertura territorial de dispositivos comunitarios y en su articulación con vulnerabilidad juvenil y no en una lectura determinista de la dotación bruta.

En suma, la dotación de especialistas es un indicador relevante pero insuficiente: la experiencia de acceso depende de la articulación efectiva entre APS y dispositivos especializados, de la distancia-tiempo de desplazamiento, del costo de oportunidad y de la disponibilidad de redes de apoyo, factores que tienden a penalizar a comunas periféricas y a hogares con menores recursos.

La topografía del Gran Concepción, marcada por cerros, valles y la presencia del río Biobío, condiciona las distancias físicas y los tiempos de desplazamiento hacia los dispositivos comunitarios de salud mental. Comunas costeras y localidades rurales o periurbanas quedan a varios kilómetros de los principales centros urbanos, y los trayectos en transporte público pueden resultar extensos e irregulares en frecuencia, especialmente en horarios no laborales. Diversa evidencia nacional e internacional muestra que estos costos de viaje —en tiempo y dinero— operan como barreras relevantes para la continuidad de tratamiento en salud mental, en particular entre jóvenes y población en situación de

vulnerabilidad socioeconómica, de modo que la geografía de la movilidad se vuelve un componente muy relevante de los determinantes sociales del cuidado.

En el AMGC, estas desigualdades se intersectan con determinantes ambientales y urbanos. La evidencia internacional asocia la exposición crónica a material particulado fino (MP2,5) y otros contaminantes con mayor riesgo de síntomas depresivos y ansiedad, junto con efectos indirectos vía estrés, sueño y restricción de actividades al aire libre (Braithwaite et al., 2019). A nivel local, la persistencia de episodios críticos de contaminación y la implementación del Plan de Prevención y Descontaminación Atmosférica del Concepción Metropolitano refuerzan la pertinencia de incorporar la dimensión ambiental como capa de contexto territorial (Ministerio del Medio Ambiente, 2018; SINCA, s. f.). Asimismo, déficits de infraestructura verde y precariedad habitacional—expresada en campamentos y segregación residencial—operan como condiciones de fondo que modulan el bienestar juvenil (MINVU, 2024; TECHO-Chile, 2024).

En el AMGC, esta lógica se expresa en diferencias comunales de cobertura y accesibilidad. Concepción concentra una mayor oferta de atención primaria y una mayor disponibilidad relativa de especialistas en comparación con comunas periféricas, lo que tiende a traducirse en tiempos de espera un poco menores; aun así, las medianas de espera para consultas de psiquiatría en la red pública se mantienen altas (del orden de varios meses a cerca de un año) y constituyen una barrera estructural de acceso (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2024b; Ministerio de Salud de Chile, s. f.; Superintendencia de Salud, s. f.). En comunas rurales y de menor densidad institucional, la distancia-tiempo de viaje y la derivación hacia centros de referencia refuerzan la fricción territorial y la experiencia de espera.

Las redes asistenciales de los Servicios de Salud Talcahuano y Concepción concentran la mayor parte de la infraestructura pública de atención especializada del AMGC, incluyendo hospitales de alta complejidad y dispositivos comunitarios de salud mental que reciben derivaciones intercomunales. Ambos servicios administran múltiples CESFAM, dispositivos de urgencia (SAR/SAPU) y nodos

hospitalarios con resolución psiquiátrica, lo que los convierte en polos metropolitanos de referencia para la atención especializada. En este contexto, las diferencias territoriales relevantes no se explican únicamente por el tamaño poblacional cubierto, sino por la localización de los dispositivos, la fricción de movilidad intercomunal y la capacidad de absorción de demanda juvenil especializada, factores que estructuran desigualdades efectivas de acceso en comunas periféricas del AMGC.

En contraste, comunas de crecimiento acelerado y/o menor densidad institucional—como San Pedro de la Paz—pueden exhibir una relación menos favorable entre población y oferta local de red pública especializada, reforzando la dependencia de derivaciones hacia Concepción y Talcahuano y elevando la fricción territorial del acceso. Este patrón no implica ausencia de servicios, sino una asimetría espacial en la capacidad de respuesta, especialmente cuando la demanda juvenil aumenta más rápido que la expansión de la red (INE, 2022).

Estas asimetrías ayudan a entender por qué el análisis espacial resulta pertinente: la salud mental juvenil no se distribuye al azar, sino que se acopla a condiciones materiales, ambientales e institucionales que producen gradientes territoriales de riesgo y protección.

La teoría geográfica que aborda esta problemática se encuentra sub-representada ante la necesidad empírica de pensar espacialmente el sufrimiento y el malestar en el territorio.

A nivel internacional, la literatura sobre **geografía de la salud mental** (Curtis, 2004; Eyles & Williams, 2008) ha comenzado a mapear la relación entre **entorno construido y bienestar psicológico**, mostrando correlaciones entre fragmentación urbana, aislamiento social y tasas de depresión y suicidio en subgrupos juveniles. Diversos estudios en Europa y Norteamérica han aplicado análisis espaciales de microdatos para identificar “desiertos de salud mental” en barrios periféricos, aunque rara vez combinan escalas epidemiológicas con análisis crítico de políticas públicas.

En el mundo latinoamericano, investigaciones como Rojas (2018) en Santiago de Chile, y Pérez (2020) en Valparaíso utilizan SIG para cruzar tasas de internación psiquiátrica juvenil con variables de índice de pobreza y acceso a transporte público. Estos trabajos demuestran la existencia de “hot spots” de vulnerabilidad, mayormente a través de métodos cuantitativos.

Asimismo, entre otros influjos, esta tesis implicará un **marco sólido de geografía crítica y humanística en el análisis** (Harvey, 2012; Soja, 1996).

Es de destacar que la mayor parte de los diagnósticos oficiales se basa en estadísticas agregadas, **soslayando la complejidad relacional del espacio** (Massey, 2008; Soja, 1996; Lefebvre, 1991). Este desfase epistemológico se refleja en políticas estandarizadas que no consideran la producción social del espacio ni las prácticas cotidianas de los jóvenes, perpetuando injusticias espaciales que esta investigación se propone evidenciar.

En el Gran Concepción, la tasa de desempleo juvenil alcanzó el 18 % en 2022 (INE, 2022), un factor que deteriora la autoestima y propicia estados de ánimo depresivos crónicos. Este patrón confirma la necesidad de marcos colectivos de intervención —más allá de la atención clínica individual— que reconozcan el empleo digno como elemento central para la salud mental juvenil.

Desde una perspectiva crítica, Mark Fisher (2009, 2014) vincula la ausencia de imaginarios utópicos y la precarización laboral con un sentimiento de anomia en las generaciones emergentes bajo el neoliberalismo tardío.

Desde un ángulo cultural y tecnosocial, el uso intensivo de pantallas y redes sociales se ha vinculado a riesgos psicosociales como comparación social, alteraciones del sueño y exposición a contenidos dañinos; sin embargo, la evidencia sugiere efectos heterogéneos según edad, contexto socioeconómico y tipo de uso, por lo que conviene tratarlo como un modulador contextual más que como un determinante único (Odgers & Jensen, 2020; Orben & Przybylski, 2019).

2.3. Justificación del Objeto de Estudio

De este modo, la investigación propuesta se justifica plenamente en tres ejes fundamentales:

- **Urgencia epidemiológica y social**

La evidencia regional disponible sobre sintomatología ansioso-depresiva juvenil (INJUV, 2022) sugiere una carga relevante en el Biobío y justifica un análisis territorial detallado. Dado que estos indicadores se reportan principalmente a escala regional, el aporte de esta tesis consiste en examinar, a escala comunal, las condiciones socio-territoriales que estructuran el riesgo y la capacidad de respuesta institucional, particularmente la vulnerabilidad social (MPI SAE) y la cobertura especializada de salud mental.

- **Vacío interpretativo y metodológico**

Si bien existen datos cuantitativos y diagnósticos de políticas, hay **ausencia de un enfoque crítico-espacial integrado con los datos disponibles**. Los estudios epidemiológicos no consideran la construcción social del espacio, y las investigaciones geográficas no se centran en la depresión juvenil. Este trabajo incorpora una amplia bibliografía que integra diversos planos de análisis epistémico junto a análisis de datos empíricos a partir de fuentes secundarias y SIG, ofreciendo una perspectiva compleja y extensas fuentes que compilan la profundidad que desarrollamos: una relación empírica, metodológica y epistemológica del problema de investigación.

- **Relevancia práctica y académica**

En este marco, el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 prioriza el enfoque comunitario y declara principios de descentralización; no obstante, su operacionalización territorial suele permanecer a escala de macrogestión (servicios de salud y redes) y deja relativamente abierta la traducción a lineamientos finos intraurbanos. Por ello, en esta tesis se trata como antecedente institucional y de gobernanza, más que como una pauta cartográfica directa: orienta la lectura de brechas y trayectorias de acceso, pero no define por sí mismo

una “métrica espacial” de bienestar juvenil (Ministerio de Salud, 2017). En definitiva, esta investigación no se limita únicamente a tributar al conocimiento científico desde la intersección de salud mental, juventud y geografía crítica, sino que también busca servir de apoyo o insumo para investigaciones y formulación de políticas públicas.

En este marco, la investigación se organiza en torno a la siguiente pregunta: ¿cómo se expresan, a escala comunal en el Área Metropolitana del Gran Concepción, las condiciones socio-territoriales que enmarcan el malestar juvenil, y de qué manera se articulan con la vulnerabilidad social (MPI SAE, CASEN 2022) y con la cobertura especializada de salud mental (COSAM/CSMC y nodos hospitalarios referenciales)? En términos complementarios, la evidencia regional de sintomatología ansioso-depresiva (INJUV 2022) se utiliza como antecedente contextual, sin derivar de ella estimaciones comunales de prevalencia.

3. Objetivo General

Analizar críticamente la distribución espacial de la depresión juvenil (15–29 años) en el Gran Concepción y evaluar las implicancias de las desigualdades territoriales en el acceso y eficacia de las políticas de salud mental a partir de fuentes secundarias.

4. Objetivos Específicos

4.1 Caracterizar el contexto socio-sanitario y de bienestar juvenil del Gran Concepción a partir de fuentes secundarias de escala regional (INJUV 2022 y registros institucionales), para situar la magnitud del malestar ansioso-depresivo y su marco temporal (2020–2024).

4.2 Cuantificar y cartografiar, a escala comunal en el AMGC, la relación entre vulnerabilidad social (MPI SAE, CASEN 2022) y cobertura especializada de salud mental (COSAM/CSMC y nodos hospitalarios referenciales), identificando patrones de criticidad relativa.

4.3 Evaluar críticamente las políticas públicas y programas de salud mental con pertinencia territorial y juvenil (Plan Nacional 2017–2025; documentos comunales pertinentes), desde una geografía crítica de la salud mental.

5. Hipótesis

Las desigualdades socioespaciales (segregación residencial, privación barrial, desigual distribución de activos comunitarios) y la disponibilidad/tiempos de acceso a servicios de salud mental configuran gradientes territoriales de vulnerabilidad que pueden asociarse a una mayor carga de malestar juvenil. En este sentido, se plantea que comunas con mayor privación y mayor fricción de acceso hacia servicios especializados tienden a concentrar condiciones más adversas, lo que refuerza la necesidad de articular evidencia regional de sintomatología con proxies comunales robustos (MPI SAE) y con la distribución de infraestructura especializada.

6. Marco Teórico

En el Gran Concepción, esta integración teórica sugiere que fenómenos como desempleo juvenil, subempleo y salarios bajos, segmentación escolar, vulnerabilidad habitacional y brechas de accesibilidad (transporte y tiempo de viaje) operan como **vectores territoriales que intensifican la sintomatología ansioso-depresiva. A ello se suma la distribución desigual de activos comunitarios (espacios verdes, bibliotecas, centros culturales, deportes) y la oferta de servicios de salud mental**, factores que la literatura reciente asocia a mejores o peores resultados en jóvenes. Este encuadre sostiene, por tanto, que la depresión juvenil **no se trata de sólo un problema clínico-individual, sino de una manifestación territorializada de la desigualdad.**

Integrar los aportes de Fisher, Han, Massey, Harvey, Soja, Krieger, Marmot y Curtis nos permite **pasar de una lectura exclusivamente clínica de la depresión juvenil a una lectura socioespacial.**

Desde la crítica cultural (Fisher; Han), la depresión emerge como un síntoma de una racionalidad neoliberal que intensifica la autoexplotación, la precarización del empleo y la competencia meritocrática; desde la geografía crítica (Massey; Harvey; Soja), estos procesos se territorializan en el espacio urbano mediante segregación residencial, desigualdad en movilidad y acceso a bienes colectivos; y desde la epidemiología social (Krieger; Marmot), dichas condiciones cristalizan en gradientes de salud que distribuyen de forma desigual los riesgos y las oportunidades de cuidado. Curtis, por su parte, vincula esta constelación al lugar vivido, poniendo énfasis en la inscripción material del sufrimiento psíquico.

Este entramado conceptual orienta directamente las decisiones metodológicas del Capítulo 7 y la construcción de los indicadores, mapas y matrices del Capítulo 8, donde se avanza hacia una lectura empírico-territorial del fenómeno.

6.1. Espacio y salud mental: postulados fundacionales

La **geografía de la salud mental** constituye un campo interdisciplinar emergente que combina perspectivas epidemiológicas, sociológicas y urbanísticas para comprender cómo el entorno espacial moldea el bienestar psicológico. **Curtis** (2004) define este campo como el estudio de la “**inscripción del sufrimiento psíquico en el espacio material y social**”. Para **Krieger** (2012), la **epidemiología social** —que integra determinantes sociales como la desigualdad y la marginación— debe extenderse al análisis de construcciones espaciales, entendidas como sistemas dinámicos de relaciones de poder y exclusión.

Edward Soja (1996) aporta la noción de “**tercer espacio**”, un concepto ontológico que trasciende la dualidad entre lo real (espacio físico) y lo imaginado (espacio representacional). Para Soja, el tercer espacio incluye la **dimensión vivida**: las prácticas cotidianas y las narrativas de los sujetos. Esta visión permite **interpretar la depresión juvenil no solo como un fenómeno clínico, sino como un efecto de la experiencia urbana**: barrios degradados, segregación socioespacial y falta de oportunidades impactan en la formación de identidades y en la agencia juvenil.

Doreen Massey (2008) proporciona la idea de “**espacio relacional**”, donde lugar y tiempo se enlazan a través de flujos sociales y económicos. Massey cuestiona la concepción estática de la geografía y subraya el **carácter inacabado y político del espacio**. Bajo esta lente, las comunas del Gran Concepción se comprenden como **nodos de poder** que reflejan jerarquías de clase, género y etnia, configurando desigualdades estructurales que se manifiestan en la salud mental de los jóvenes.

Merleau-Ponty (2005), desde la fenomenología, aporta la comprensión de la percepción corpórea como mediadora de la experiencia de lugar. La percepción del cuerpo (en términos ontológicos) en el espacio urbano —sus ritmos, sensaciones y huidas— con Figuran un sentido de pertenencia o extrañamiento que tiene **implicaciones directas sobre el bienestar psíquico**.

David Harvey (2010) define el **derecho a la ciudad** afirmando que “El derecho a la ciudad es mucho más que la libertad individual para acceder a los recursos

urbanos: es un derecho a cambiarnos a nosotros mismos cambiando la ciudad”. Además, Harvey retoma el concepto urbanístico de “**spatial justice**” reformulándolo como el “acceso igualitario a los beneficios y recursos de una ciudad para todos sus habitantes, no solo para los privilegiados”.

Edward W. Soja (2010), en *Seeking Spatial Justice*, sostiene que “la noción de justicia espacial se refiere a la distribución justa y equitativa de recursos espaciales, el acceso a servicios y la participación de los ciudadanos en la configuración de sus entornos urbanos” (Soja, 2010, p. 1). En este marco, Soja enfatiza la inclusión de las voces juveniles como agente indispensable para redefinir colectivamente las políticas y prácticas de planificación urbana.

En el ámbito de la salud pública, **Michael Marmot** (2008) y **Nancy Krieger** (2012) han demostrado empíricamente que **las desigualdades socioeconómicas son determinantes clave de la salud mental**. Marmot introduce el enfoque de los **determinantes sociales de la salud**, que incluye **ingresos, educación y entorno físico**, mientras que Krieger aporta marcos críticos para medir las **brechas en distribución de recursos sanitarios**. Aplicar estos enfoques al Gran Concepción implica analizar cómo las variaciones comunales de ingresos, nivel educacional y acceso a servicios psiquiátricos configuran gradientes de depresión juvenil.

Loïc Wacquant (2009) y Jamie Peck (2010) describen la **gubernamentalidad neoliberal**, que individualiza la responsabilidad de la salud y margina colectividades no productivas. Estos autores muestran cómo la **fragmentación del espacio social** y la erosión de lo público generan condiciones de precariedad que impactan directamente la salud mental.

Mark Fisher (2009, 2014) ubica la **depresión y la ansiedad** en la intersección de lo que **Bauman** (2000) denominó **modernidad líquida, y el realismo capitalista**. En este escenario, el sujeto está inmerso en una lógica de inseguridad laboral, precariedad afectiva y el drenaje de horizontes colectivos, donde **la imposibilidad de imaginar alternativas compartidas cristaliza en malestares psíquicos**.

Fisher subraya que **la ausencia de utopías se traduce en un vaciamiento de sentido, de modo que la depresión opera como síntoma de un sistema que erosiona la capacidad de esperanza y acción comunitaria.**

Byung-Chul Han (2018, 2019) complementa este diagnóstico con su análisis de la **psicopolítica** neoliberal, explicando cómo las nuevas técnicas de poder desplazan la vigilancia externa hacia la **autoexplotación: el imperativo de autooptimización convierte al yo en su propio carcelero, generando agotamiento, ansiedad y depresión.** En el contexto del Gran Concepción —con su legado de reconversión industrial y altos índices de empleo informal— estas dinámicas se intensifican entre la población joven, que sufre el doble peso de la precariedad económica y la presión constante por el rendimiento material en un contexto como el descrito por **Fisher** (2009) de **desesperanza colectiva producida por un futuro desalentador** (desde el punto de vista material), muy distinto a lo que se les prometió a la población joven mediante el ingreso masivo a la educación superior que no redundó en mejoras sustantivas en términos de empleabilidad e ingresos, por cierto implicando severas deudas con la banca.

En este sentido, **Henri Lefebvre** (1991) en *La producción del espacio* demuestra que el espacio no es un escenario neutro, sino un producto de las relaciones de poder que se inscriben en lo cotidiano y moldean nuestra percepción del territorio. Lefebvre describe la dialéctica entre el espacio concebido (las representaciones oficiales), el espacio percibido (las prácticas cotidianas) y el espacio vivido (las experiencias y símbolos), mostrando cómo cada capa reproduce o resiste las lógicas dominantes.

6.2. Síntesis crítica e integración teórica

El marco teórico aquí propuesto articula: **dimensión espacial** (Harvey, Massey, Soja, Lefebvre), **determinantes sociales de la salud** (Marmot, Krieger, Wacquant), **poder, cultura y existencia** (Fisher, Han, Merleau-Ponty). Esta amalgama conceptual sustenta el análisis de la depresión juvenil como un fenómeno anclado en las dinámicas socioespaciales del Gran Concepción,

permitiendo un **enfoque crítico-espacial que ilumine tanto patrones cuantitativos como experiencias vividas.**

Dicho esto, el estudio se enmarca en la **geografía crítica y humanística de la salud mental**, con bases en el **realismo crítico** (Sayer, 2000), una **lectura crítica interdisciplinaria y multidisciplinaria** proporcionada por una constelación de autores como Fisher (2009), Massey (2006) y Han (2019) **y la epidemiología social crítica** (Krieger, 2012), incorporando lecturas orientadas por la búsqueda de **justicia espacial** (Harvey, 2012; Soja, 2010).

De este modo, el tejido teórico de esta investigación se sostiene sobre la convicción de que **el espacio —en su dimensión material y simbólica— no es un mero escenario donde ocurren los fenómenos psicosociales, sino un agente activo que los configura.** Curtis (2004) demuestra que las memorias territoriales y las representaciones mediáticas de un lugar influyen directamente en el ánimo colectivo, mientras que Soja (1996) introduce la dialéctica entre espacio concebido, espacio percibido y espacio vivido para mostrar cómo las prácticas cotidianas pueden resistir o reproducir lógicas dominantes. Esta perspectiva espacial encuentra su contrapartida normativa en Harvey (2012) y Soja (2010), quienes reivindican la justicia espacial como “acceso igualitario a los beneficios y recursos de una ciudad para todos sus habitantes” (Harvey, 2012, p. 47) y como “distribución justa y equitativa de los recursos espaciales” (Soja, 2010, p. 1), planteando no sólo la redistribución de infraestructura, sino la co-producción auténtica de los espacios de cuidado por parte de las propias comunidades juveniles, y la manera en que estos se desarrollan y distribuyen en las ciudades.

Al mismo tiempo, la comprensión de los **determinantes sociales de la salud mental** aporta el sustento empírico para este reclamo espacial: Marmot (2008) y Wilkinson & Pickett (2009) vinculan inequidades en ingresos, educación y entorno físico con la prevalencia de trastornos depresivos, mientras que el enfoque ecosocial de Krieger (2012) profundiza en cómo las estructuras de poder —incluyendo la discriminación racial o de género— se inscriben en los cuerpos y los territorios.

Bajo este prisma, los datos CASEN, INJUV y DIPRECE se convierten en insumos para eventuales mapeos que, mediante la cartografía crítica (Rojas, 2018; Pérez, 2020), visualicen con nitidez las brechas comunales de pobreza, escolaridad y acceso a servicios. A su vez, la literatura sobre determinantes sociales —Marmot (2008), Krieger (2012) y Wilkinson y Pickett (2009)— **evidencia que la pobreza multidimensional, el nivel educativo y las condiciones del entorno físico elevan la prevalencia de trastornos depresivos**, de manera que su desagregación comunal (CASEN; INJUV; DIPRECE) permitiría un diagnóstico más preciso (Krieger, 2012; Marmot, 2008; Wilkinson & Pickett, 2009).

Finalmente, la dimensión ideológica y afectiva del malestar juvenil queda expuesta en el análisis de la **modernidad líquida** de Bauman (2000) y del **realismo capitalista** de Fisher (2009, 2014): **la decadencia de imaginarios colectivos aglutinantes propios del neoliberalismo tardío y las formas de una población carente de grandes relatos trascendentes propios de otras épocas, o de épicas que otorgaran sentidos ulteriores, configuran una espectrología de futuros imposibles (hauntología) que erosionan la capacidad de esperanza colectiva en la juventud**. Han (2018, 2019) aborda esta misma tensión desde la psicopolítica, describiendo la **autoexplotación** como factor clave en la **internalización de los mandatos del neoliberalismo tardío como causa fundamental de agotamiento, ansiedad y depresión**. Sayer (2000) ofrece el **anclaje metodológico** con un realismo crítico que permite combinar este entramado conceptual **con análisis cuantitativos y espaciales**, constituyendo un diseño integrador donde la evaluación de políticas públicas se rige por criterios de justicia espacial y cuidado comunitario.

7. Metodología

7.1 Enfoque y diseño

Regla temporal del análisis: la ventana empírica principal de esta memoria se concentra en 2020–2024; los años 2018–2019 se utilizan únicamente como contexto cuando una fuente institucional exige continuidad de serie. El Censo de Población y Vivienda (CPV 2024) se emplea como base territorial para representar la huella urbana y apoyar la lectura intrametropolitana, sin alterar la comparabilidad temporal del diagnóstico.

Este estudio adopta un **enfoque analítico-documental, de carácter cuantitativo, con apoyo cartográfico**. La evidencia socio-sanitaria y de bienestar juvenil se acota a una ventana principal 2020–2024, priorizando los últimos ciclos de CASEN e INJUV y registros institucionales (DEIS/DIPRECE). Se incorpora el CPV 2024 como base territorial para la delimitación y el trabajo cartográfico, y un corte de actualización 2025 para la nómina de dispositivos de salud mental (COSAM/CSMC y nodos hospitalarios de referencia).

A través de este capítulo se busca establecer con precisión el diseño, las fuentes, los procedimientos, las técnicas analíticas y los criterios empleados para identificar y analizar las brechas territoriales en el acceso a salud mental juvenil (15–29 años) en el Gran Concepción, utilizando exclusivamente fuentes secundarias y las herramientas disponibles (Word, Excel y ArcGIS).

7.2 Paradigma y justificación epistemológica

Paradigma: Realismo crítico (Sayer, 2000).

Justificación: El realismo crítico permite tratar los datos y los mapas como evidencias de mecanismos estructurales (segregación, distribución de recursos, gobernanza) y a la vez sostener interpretaciones contextualizadas ancladas en la literatura de justicia espacial (Harvey, Soja, Lefebvre) y determinantes sociales de la salud (Marmot, Krieger). Dado que el estudio se basa en fuentes secundarias, el objetivo es producir inferencias plausibles y reproducibles —no pruebas

causales definitivas— y con ello aportar insumos para investigación posterior, de la mano de una lectura y recopilación bibliográfica particularmente exhaustiva para esta subárea de la geografía, abordando un análisis espacial crítico.

7.3 Diseño de investigación y alcance

Tipo de estudio: Analítico-documental cuantitativo con apoyo cartográfico (exploratorio).

Área de Estudio: Comunas que conforman el Área Metropolitana del Gran Concepción (AMGC).

Unidades de análisis: polígonos comunales (comunas) y puntos institucionales de infraestructura pública especializada de salud mental (COSAM/CSMC y nodos hospitalarios terciarios de referencia).

Horizonte temporal (evidencia y discusión): 2020–2024 (priorizando los últimos ciclos de CASEN, INJUV y registros DEIS/DIPRECE). Corte de oferta territorial: 2024-2025 (denominador CPV 2024 y nómina de establecimientos actualizada a 2025).

Restricciones operativas: sin trabajo de campo, sin codificación cualitativa sistemática; análisis descriptivo y cartográfico reproducible con Excel + ArcGIS.

7.4 Fuentes, variables y productos esperados

7.4.1 Fuentes principales

CASEN (MDS) — variables sociodemográficas y pobreza multidimensional por comuna (CSV).

INJUV / Encuesta Nacional de Juventudes — prevalencias por cohorte (CSV).

DEIS / DIPRECE (MINSAL) — consultas, diagnósticos y listas de espera (CSV).

INE / IDE Chile / Geoportal — límites comunales (Shapefile DPA 2023).

Censo de Población y Vivienda (CPV) 2024: Base Cartográfica Censal del Censo 2024 (CPV) provista por el INE en formato File Geodatabase (.gdb), utilizada para contextualización territorial, junto a manuales y documentación técnica asociada (INE, 2024).

Biblioteca del Congreso Nacional (**BCN**) / SIIT — indicadores territoriales temáticos (CSV / Shapefile si existe).

MINSAL y sitios institucionales — direcciones y nóminas de establecimientos para la infraestructura pública especializada de salud mental (COSAM/CSMC y nodos hospitalarios de referencia) (CSV).

7.4.2 Variables operacionales (referencial)

Nota de escala y alcance: esta investigación no estima prevalencias comunales de depresión o sintomatología clínica. Los indicadores de malestar y salud mental disponibles para el periodo 2020-2024 provienen de fuentes nacionales o regionales (por ejemplo, INJUV 2022 y registros institucionales), por lo que el análisis comunal se construye mediante proxies territoriales comparables (MPI comunal SAE, infraestructura especializada y población juvenil CPV 2024).

Síntesis operacional (unidad de análisis: comuna; universo: AMGC 11 comunas).

Variable/indicador	Definición operativa	Fuente	Escala / decisión	Limitación clave
Vulnerabilidad (MPI %)	Porcentaje de pobreza multidimensional comunal.	CASEN 2022 + SAE comunal (directa y sintética, Fay-Herriot).	Comuna; se reporta MPI (%) con nota de incertidumbre.	Estimación SAE; considerar intervalos y precisión.
Vulnerabilidad (binaria)	Alta/Baja vulnerabilidad.	CASEN 2022 + SAE comunal.	Comuna; alta si MPI \geq 16,9% (Total	Umbral normativo-

Variable/indicador	Definición operativa	Fuente	Escala / decisión	Limitación clave
			País CASEN 2022); baja si MPI < 16,9%.	analítico; no es corte clínico.
COSAM/CSMC (presencia)	Infraestructura comunitaria especializada comparable.	Registros institucionales y verificación territorial.	Comuna; presencia si existe >= 1 COSAM/CSMC.	No incluye oferta privada ni APS generalista.
Nodo hospitalario (presencia)	Hospital con resolución/ referencia en unidad o servicio de psiquiatría asociado.	Fuentes institucionales; criterio de resolución/referencia.	Comuna; se incluyen HGGB/Edif. Leonor Mascayano y Las Higueras.	Decisión para blindar comparabilidad, no incluye servicios parciales.
Cobertura especializada (binaria)	Cobertura comunal por infraestructura especializada.	Construcción propia desde registros.	Comuna; presencia si (COSAM/CSMC) o (nodo hospitalario).	Proxy de acceso estructural; no mide calidad ni tiempos.
Conteo de dispositivos	Número total de dispositivos especializados por comuna.	Construcción propia ubicando cada punto.	Comuna; n_total (categorías 0-2 según casos).	No pondera capacidad instalada ni dotación.
Cobertura ajustada (densidad)	COSAM por 100.000 jóvenes (15-24) como	Construcción propia + CPV 2024.	Comuna; COSAM/100.000 jóvenes (15-24).	Depende de definiciones etarias y disponibilidad CPV.

Variable/indicador	Definición operativa	Fuente	Escala / decisión	Limitación clave
	indicador comparativo.			

Producto principal: base espacial comunal con atributos consolidados de MPI (SAE) y cobertura de infraestructura especializada, exportable como shapefile y tabla (.csv) para replicabilidad.

7.5 Preparación y procesamiento de datos — protocolo reproducible (paso a paso)

7.5.1 Descarga y verificación inicial

Se descargó el shapefile comunal (DPA 2023), se abrió en ArcGIS Desktop 10.8 y se verificó la proyección.

Se descargó la Base Cartográfica Censal CPV 2024 (INE) junto con su diccionario de variables; se abrió en ArcGIS y se verificó el sistema de referencia (entrega original SIRGAS 2000 / EPSG:4674).

Descarga de CSVs (CASEN, INJUV, DEIS/DIPRECE) y abrir en Excel; comprobar encoding (UTF-8) y encabezados.

Homogeneización de nombres de comuna y uso preferente de atributos COD_COM (código INE) como llave.

7.5.2 Limpieza y depuración en Excel

Eliminar columnas vacías; normalizar COD_COM, NOMBRE_COM.

Crear columna pobl_joven si se requiere (extraer de INE/INJUV).

Se calculó la cobertura de dispositivos comunitarios especializados por 100.000 jóvenes (tramos 15–29 y 15–24 años), combinando conteos comunales de COSAM/CSMC con denominadores poblacionales comunales (CPV 2024).

7.5.3 Preparar la capa de red pública especializada (puntos)

Cuando la fuente entregó coordenadas (latitud/longitud), se generó una capa de puntos en Arc GIS mediante Add XY Data y se exportó como shapefile para su uso cartográfico.

Buscar e incorporar para su posterior cruce la distribución territorial de dispositivos de salud mental comunitaria (COSAM/CSMC) y nodos hospitalarios de referencia (HGGB/Leonor Mascayano y Hospital Las Higueras).

7.5.4 Unión de pobreza a polígonos comunales

Descargar, verificar tabla e importar CSV de índice de pobreza mutidimensional CASEN como tabla en ArcGIS.

Se realizó la unión (join) por campo entre la capa comunal DPA 2023 y la tabla comunal de pobreza multidimensional (MPI), utilizando el código comunal (COD_COM), para obtener una capa comunal con los valores de MPI (SAE).

7.5.5 Spatial Join y generación de indicadores

Se efectuó un spatial join entre la capa comunal con MPI y la capa de dispositivos especializados georreferenciados, para estimar conteos por comuna y, cuando fue pertinente, diferenciar por tipo de dispositivo (COSAM/CSMC vs nodo hospitalario).

7.5.6 Exports y backups

Se guardaron capas, mapas exportados en PNG y en PDF (300 DPI) en carpeta, y se archivaron tablas CSV/Excel y registro_procesos (txt).

7.5.7 Protocolo cartográfico CPV 2024 (Arc GIS Desktop 10.8)

Software: Arc GIS Desktop 10.8 (ArcMap/ArcCatalog). Se estandarizó el proyecto en WGS84 / UTM 19S (EPSG:32719) para consistencia de layouts y mediciones; la cartografía CPV 2024 (EPSG:4674) se re proyecta previamente en cada caso.

Paso 1 (GDB de trabajo): Se creó TESIS_AMGC (geodatabase) y volcar insumos (DPA 2023, hidrografía y vialidad, CPV 2024). Se mantiene una bitácora mínima para el proceso (fecha, fuente, transformación, herramienta).

Paso 2 (recorte AMGC): se seleccionaron comunas del AMGC desde DPA 2023 y exportar a AMGC_Comunas. Uso de Clip para recortar huella urbana (Limite_Urbano_CPV24) y demás capas de contexto al polígono AMGC.

Paso 3 (unidades intra-comunales CPV): Excluidos registros agregados (contenedor comunal u otras categorías no localizables) de cualquier simbolización espacial.

Paso 4 (joins y consistencia): La integración de insumos se realizó exclusivamente a escala comunal (AMGC), utilizando el código oficial de comuna (CUT) como llave territorial. Se verificó la integridad del join (n=11), la ausencia de nulos y la coherencia de categorías antes de la clasificación y simbología cartográfica (umbrales teóricos y/o rupturas naturales según correspondiera).

Paso 5 (plantilla): Se consolida un proyecto MXD plantilla (Mapa 1) con simbología base, fuentes, norte, escala, pie de figura (fuentes + proyección + elaboración) y exportar en PDF (300 DPI). Con la plantilla base realizada, se puede reutilizar parcialmente para el estante completo de cartografías.

7.6 Técnicas de análisis

Principio: técnicas de bajo requerimiento técnico que generen evidencia visual y cuantitativa robusta, útil y factible de reproducir.

7.6.1 Estadística descriptiva (Excel)

Para operacionalizar comparaciones intercomunales sin confundir “acceso” con “presencia formal de un dispositivo”, se construyen indicadores sintéticos a partir de la nómina de infraestructura especializada (COSAM/CSMC) y de la población juvenil por comuna (CPV 2024). Estos indicadores se usan como soporte descriptivo y para orientar la lectura de la matriz Cobertura×Vulnerabilidad; no se

interpretan como métricas de desempeño clínico ni como medida directa de calidad de atención (Figura 8.4).

Definiciones (por comuna c):

N_c = número de dispositivos comunitarios especializados (COSAM/CSMC) en la comuna c.

P_{15-29}_c = población de 15 a 29 años en la comuna c (CPV 2024).

P_{15-24}_c = población de 15 a 24 años en la comuna c (CPV 2024).

Indicadores:

Cobertura comunitaria (por 100.000 jóvenes):

$Cobertura_{15-29}_c = (N_c / P_{15-29}_c) \times 100.000$

Nota: cuando existe presencia de un nodo hospitalario de referencia (psiquiatría hospitalaria/referencial; p. ej., HGGB/Leonor Mascayano o Las Higueras), se registra como “cobertura especializada” en la variable binaria utilizada en los Mapas 5–6.

Las medidas de estadística descriptiva y los mapas temáticos generados en esta etapa no agregan indicadores nuevos, sino que visualizan y resumen las variables comunales ya integradas en la base D1 (pobreza multidimensional, densidad de APS, población juvenil), de manera de respaldar gráficamente las tablas y matrices del Capítulo 8 y facilitar su eventual actualización por parte de equipos técnicos municipales.

7.6.2 Mapas temáticos esenciales (Arc GIS Desktop 10.8)

Mapa 1: Área de estudio AMGC y oferta pública especializada de salud mental — límites comunales (DPA/DS 326), límite urbano CPV 2024, y localización de dispositivos comunitarios (COSAM/CSMC) y nodos hospitalarios de referencia (Servicio de Psiquiatría HGGB/Edificio Leonor Mascayano; Servicio de Salud Mental Hospital Las Higueras).

Mapa 2: Cobertura especializada por comuna (conteo absoluto de dispositivos) + puntos de dispositivos (COSAM/CSMC y nodos hospitalarios).

Mapa 3: Pobreza multidimensional comunal (MPI, CASEN 2022; estimación SAE Directa + Sintética/Fay-Herriot) — coropletas por porcentaje.

Mapa 4: Matriz de criticidad relativa (MPI x cobertura especializada, binaria) para identificar brechas combinadas — sin puntos.

Mapa 5: Matriz de criticidad + puntos de dispositivos (síntesis visual).

Proyección y estándar: el layout se consolida en WGS84 / UTM 19S (EPSG:32719); las capas CPV 2024 (EPSG:4674) se reproyectan antes de cualquier cálculo o export.

7.7 Productos y reproducibilidad

7.7.1 Outputs

TESIS AMGC (geodatabase) con capas procesadas y recortadas al AMGC (comunas, huella urbana CPV 2024, vialidad/hidrografía y capas temáticas).

Proyecto MXD plantilla (Mapa 1) + archivos.lyr de simbología base; exportación de figuras cartográficas (Mapa 1-5) en PDF (300 DPI) y PNG para inserción en la memoria.

Se elaboró una tabla comunal de apoyo para consolidar MPI SAE (CASEN 2022) y cobertura especializada, con llaves territoriales y metadatos básicos de procedencia, utilizada como insumo de validación y para la cartografía final.

Consistencia espacial: se verificó que las capas recortadas no excedieran el polígono AMGC y que no existieran geometrías inválidas tras Project/Clip.

Consistencia de llaves: se validaron joins (COD_COM/CUT y códigos CPV) revisando recuentos, nulos y rangos esperables antes de clasificar o calcular indicadores.

Consistencia espacial: se verificó que ningún dispositivo especializado quedara fuera del polígono comunal.

Trazabilidad: Se confirma que el pie de figura declare fuente, año, proyección (EPSG:32719) y elaboración; exportado siempre a 300 DPI y mantener versión de proyecto MXD.

7.8 Limitaciones de nuestro estudio exploratorio

Limitación de escala y medición: los indicadores de sintomatología ansioso-depresiva utilizados provienen principalmente de fuentes de alcance regional (INJUUV, PHQ-4) y se emplean para contextualizar la magnitud del malestar en el Biobío, sin permitir inferencias clínicas o estimaciones directas de prevalencia a escala comunal. Dada la inexistencia de una desagregación comunal e intracomunal del índice PHQ-4, fue necesario elaborar nuestro análisis a escala comunal en proxies y condiciones estructurales observables (MPI SAE, CASEN 2022; cobertura especializada), reconociendo la incertidumbre asociada a las estimaciones para áreas pequeñas (SAE).

Nivel de desagregación: el análisis central se mantiene a escala comunal (comparabilidad intercomunal y trazabilidad de fuentes). Para aproximar heterogeneidades intra-comunales sin incurrir en inferencia individual, se volvería necesario incorporar varias capas de contexto del Censo 2024 a escala zona/localidad y, cuando sea pertinente, manzana/entidad (cuando esté disponible la desagregación territorial de microdatos de la CASEN 2024, publicada en general hace pocos días), bajo las reglas de confidencialidad del INE (indeterminación geográfica y supresión). En consecuencia, las cartografías abordadas se interpretan como estructura territorial y no como medición puntual de hogares o personas.

Precisión de georreferenciación: dependencia de la exactitud de direcciones disponibles; posibles errores menores factibles de calibración simple con un GPS en cada punto de la infraestructura especializada.

Sin verificación cualitativa de campo: las interpretaciones requieren estudios posteriores con entrevistas/observación para su abordaje experiencial conjunto.

Análisis descriptivo: no se realizan modelos espaciales avanzados (p. ej. SEM/SLM) dada la limitación de tiempo y herramientas disponibles.

Temporalidad: foco 2020–2024; no se exploran series largas por falta de consistencia en la información histórica a nivel comunal. Se utilizan, de manera puntual, referencias previas (2015–2018) para contextualizar tendencias, pero los indicadores centrales y la matriz Cobertura×Vulnerabilidad se construyen con corte principal en 2022–2024 para asegurar comparabilidad y calidad de los datos. Esta matriz se representa en la Figura 8.4 y se complementa con su localización material de infraestructura especializada en la Figura 8.5; el gradiente comunal de MPI se presenta en la Figura 8.3 (y su detalle en la Tabla 8.4).

En conjunto, este protocolo —desde la descarga y depuración de bases hasta la generación de capas y mapas— no se limita únicamente a establecer un marco riguroso de análisis, sino que también deja trazado, paso a paso, el procedimiento para construir las cartografías y tablas comparativas que sostienen los resultados del Capítulo 8. Ello refuerza la transparencia del análisis y permite que futuras investigaciones o equipos técnicos municipales reproduzcan o adapten la matriz Cobertura×Vulnerabilidad y los productos cartográficos a otros territorios o cohortes juveniles.

7.9 Bitácora mínima de decisiones (Metodología)

Para asegurar comparabilidad y evitar ajustes ad hoc, la cohorte 15–24 se utiliza como núcleo analítico para indicadores y cocientes descriptivos, mientras que 15–29 se mantiene como marco conceptual de juventud cuando las fuentes (por ejemplo, INJUV) emplean ese rango. Ambas definiciones se reportan de manera explícita cuando se comparan resultados.

8. Resultados

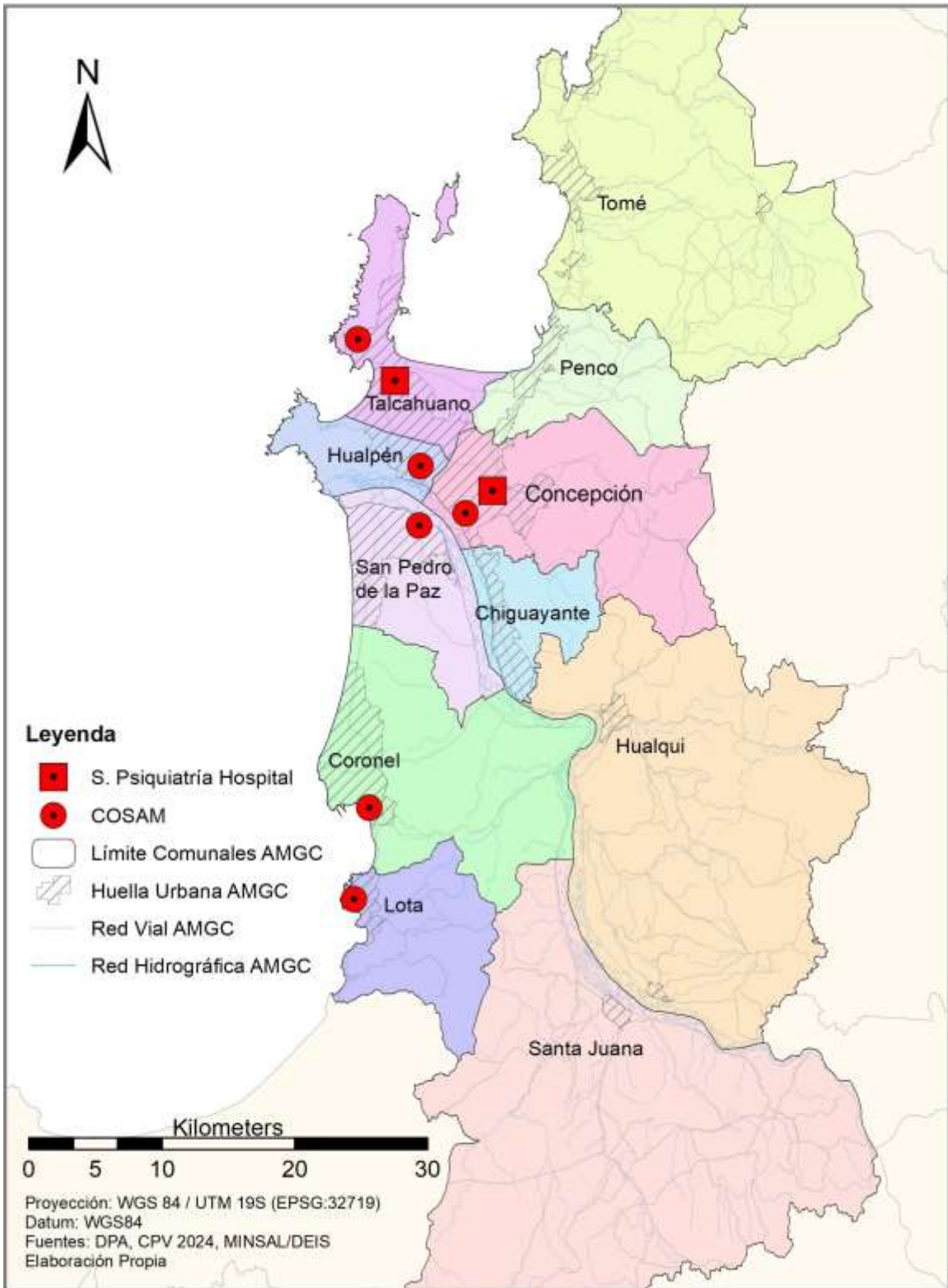
Este capítulo presenta los hallazgos principales del estudio, combinando análisis socio-espaciales con cartografía temática y matrices de priorización orientadas a la justicia espacial del cuidado.

8.1 Contexto territorial y socio-demográfico del Gran Concepción

El AMGC incluye las comunas de Concepción, Talcahuano, Hualpén, San Pedro de la Paz, Chiguayante, Penco, Tomé, Coronel, Lota, Hualqui y Santa Juana (SUBDERE, 2024; Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2024a). Se trata de un espacio urbano-metropolitano articulado por ejes viales, corredores industriales y centralidades de servicios, donde coexisten comunas con mayor concentración de empleo formal y equipamiento con otras atravesadas por desindustrialización, precariedad laboral y dependencia cotidiana del transporte público. La Figura 8.1 (Cartografía 1) sitúa el área de estudio y la localización de la oferta pública especializada de salud mental (COSAM/CSMC y nodos hospitalarios de referencia), mientras que la Figura 8.2 sintetiza la lógica de derivación funcional en la red.

Figura 8.1. Cartografía 1: Área de estudio (AMGC) y oferta pública especializada de salud mental: comunas, límite urbano CPV 2024 y localización de COSAM/CSMC, además de nodos hospitalarios terciarios de referencia (Hospital Regional Guillermo Grant Benavente - Edificio Leonor Mascayano; Hospital Las Higueras – Servicio Salud Talcahuano). Proyección: WGS84/UTM 19S (EPSG:32719).

Fuentes: INE (CPV 2024), DPA/SUBDERE (límite comunal), MINSAL/DEIS y sitios institucionales (establecimientos). Elaboración propia.



8.1.1 Delimitación y unidades de análisis

8.1.2 Integración de Censo 2024 (CPV) para cartografías intra-comunales

Con el fin de actualizar el diagnóstico territorial con información demográfica y residencial de máxima actualidad, se incorporan tabulados oficiales del Censo 2024 (CPV) a escala intra-comunal (manzana/entidad), así como agregaciones por zona/localidad y (cuando aplica) aldeas/urbanos. Esta integración permite mapear determinantes socioespaciales relevantes para bienestar y salud mental juvenil —p. ej., hacinamiento, materialidad de la vivienda, tenencia, allegamiento, acceso a internet, servicios básicos y tipos de combustible— sin confundirlos con indicadores clínicos. Metodológicamente, los tabulados se unen por identificadores censales a la base cartográfica CPV 2024; se excluyen registros de “contenedor comunal” (sin geometría) y se documenta la supresión estadística aplicada por confidencialidad. Para análisis espacial (distancias/áreas) la cartografía se re proyecta a UTM 19S, manteniendo consistencia con el resto del estante cartográfico.

INE — Censo 2024 (CPV): Base Cartográfica Censal en formato File Geodatabase (.gdb) y documentación técnica asociada (manuales y diccionario de variables), utilizada como contexto espacial y referencia cartográfica para la huella urbana y delimitaciones operativas (INE, 2024).

Procesamiento SIG (Arc GIS Desktop 10.8): la base CPV 2024 se entrega en SIRGAS 2000 (EPSG:4674), por lo que se re proyectó a WGS84 / UTM 19S (EPSG:32719) antes de cualquier cálculo, recorte o exportación. El área AMGC se definió a partir de DPA 2023 y se utilizó como máscara (Clip) para recortar capas CPV y capas de contexto.

Criterios de confidencialidad e interpretación: el INE aplica indeterminación geográfica y supresión en unidades pequeñas; por ello, las cartografías intra-comunales se emplean como capas de contexto estructural (patrones territoriales) y no para inferencia individual. Asimismo, se excluyeron de la simbolización

espacial los registros agregados/no localizables (p. ej., contenedor comunal u otras categorías equivalentes) para evitar artefactos cartográficos.

Indicadores CPV 2024 priorizados como capas de contexto (selección): (i) hacinamiento y materialidad/condición de la vivienda; (ii) tenencia (propiedad/arriendo) y allegamiento; (iii) servicios básicos (agua, saneamiento, energía) y recolección de basura; (iv) conectividad digital (internet fija/móvil); (v) estructura demográfica (sexo, grupos de edad) y presencia de dificultades/limitaciones; (vi) pertenencia a pueblos originarios y migración internacional (cuando sea analíticamente pertinente).

Una vez delimitado el AMGC como unidad territorial de análisis, el siguiente paso consiste en situar el fenómeno de la salud mental juvenil en un marco empírico claro, evitando que la lectura espacial quede suspendida en abstracciones sin evidencia. Este encuadre epidemiológico-espacial no funciona como telón de fondo, sino como condición de inteligibilidad para comprender por qué la distribución del malestar no puede leerse de manera homogénea entre comunas.

Este resultado no se limita únicamente a identificar comunas prioritarias, sino que obliga a examinar el modo en que el territorio resuelve de facto la ausencia de oferta local, revelando dependencias intercomunales que suelen quedar invisibilizadas en lecturas puramente administrativas.

8.2 Panorama epidemiológico de salud mental juvenil

8.2.1 Prevalencia y sintomatología ansioso-depresiva juvenil (INJUV 2022).

Esta sección se apoya en el índice PHQ-4 aplicado por la 10ª Encuesta Nacional de Juventudes, con foco en el tramo 15–29 años, para dimensionar la magnitud del malestar ansioso-depresivo en las regiones del país y situar al Biobío en ese paisaje comparado.

8.2.2 Indicadores y fuentes

Escala PHQ-4 (15–29 años) con bandas sin/mínimo, medios, moderados y severos. Se presenta el porcentaje moderado+severo por región.

Resultados comparados por región. A partir de la Tabla 8.1 se observa que el malestar ansioso-depresivo juvenil se distribuye de manera desigual en el territorio nacional, con regiones que concentran proporciones más altas de jóvenes en los tramos moderado y severo del PHQ-4 y otras que se ubican en rangos relativamente menores. El Biobío se inserta en este mapa como parte de un conjunto de regiones donde convergen antecedentes de desigualdad socioeconómica, trayectorias laborales precarias y episodios de conflicto social reciente, lo que refuerza la idea de que las cifras de malestar no son un fenómeno aislado, sino un síntoma territorializado de procesos estructurales más amplios.

Tabla 8.1. Distribución PHQ-4 por región (porcentajes)

Fuente: INJUV (2023), 10ª Encuesta Nacional de Juventudes 2022 – informe regional (lámina PHQ-4).

Región	Sin/mín. (%)	Medios (%)	Moderados (%)	Severos (%)	Moderado+Severo (%)
Arica y Parinacota	40.7	29.5	21.0	8.8	29.8
Tarapacá	52.1	28.7	12.8	6.4	19.2
Antofagasta	66.2	18.2	10.5	5.2	15.7
Atacama	57.3	31.5	6.2	5.0	11.2
Coquimbo	47.5	35.3	11.1	6.1	17.2
Valparaíso	40.0	31.1	15.6	13.4	29.0
Metropolitana	39.6	30.1	13.9	16.4	30.3
O'Higgins	47.0	28.3	13.1	11.7	24.8
Maule	55.8	23.7	12.5	8.0	20.5
Ñuble	52.6	29.1	11.7	6.6	18.3
Bíobío	37.1	31.6	18.8	12.5	31.3
La Araucanía	41.9	28.8	14.8	14.4	29.2
Los Ríos	55.4	29.1	11.0	4.5	15.5

Los Lagos	57.1	17.8	11.2	13.9	25.1
Aysén	55.0	24.7	12.5	7.9	20.4
Magallanes	53.6	26.2	14.0	6.2	20.2
Total	44.2	28.9	13.9	13.0	26.9

8.2.3 Suicidio total y adolescente 15–19 por región (DEIS/UNICEF 2024).

La Tabla 8.2 resume casos y tasas por 100.000 habitantes para el conjunto de la población y para el tramo específico de 15–19 años. Aunque las magnitudes varían entre regiones, el panorama general confirma que el suicidio constituye un componente relevante de la carga de mortalidad juvenil, a menudo superior a la de otras causas que reciben mayor atención mediática. Esta constatación es coherente con los diagnósticos internacionales sobre transición epidemiológica en salud mental y refuerza la necesidad de pensar el suicidio juvenil como un fenómeno social y territorial, y no como una mera suma de casos clínicos individuales desconectados entre sí.

Si los indicadores de sintomatología ansioso-depresiva permiten leer la amplitud y la intensidad del malestar cotidiano, los datos de suicidio introducen la dimensión límite del fenómeno, fijando un umbral de gravedad que obliga a pensar en capacidad de respuesta territorial y no se limita únicamente a la prevalencia.

Con este marco de magnitud y riesgo, el análisis se desplaza desde la descripción del malestar hacia la pregunta por la capacidad institucional del territorio para absorberlo. Así, la Figura 8.1 operacionaliza, en clave cartográfica, la localización de la oferta pública especializada de salud mental (COSAM/CSMC y nodos hospitalarios) como insumo para discutir cobertura, accesibilidad y posibles zonas de desprotección.

Tabla 8.2. Casos y tasas por 100.000 hab. (total y 15–19 años), 2024. Fuente: DEIS (MINSAL), Estadísticas Vitales 2024 (defunciones por suicidio); elaboración propia.

Región	Pob. total 2024	Suicidios (N)	Tasa total	Pob. 15– 19	Suicidios 15–19 (N)	Tasa 15– 19
País	18480432	1980	10.7	1219347	81	6.6
Arica y Parinacota	244569	17	7.0	17294	0	s/d
Tarapacá	369806	29	7.8	27161	2	7.4
Antofagasta	635416	51	8.0	45058	5	11.1
Atacama	299180	35	11.7	21213	3	14.1
Coquimbo	832864	92	11.0	57142	8	14.0
Valparaíso	1896053	209	11.0	121283	13	10.7
Metropolitana	7400741	662	8.9	475513	15	3.2
O'Higgins	987228	126	12.8	63876	7	11.0
Maule	1123008	128	11.4	73895	5	6.8
Ñuble	512289	68	13.3	33004	3	9.1
Bíobío	1613059	186	11.5	109458	8	7.3
La Araucanía	1010423	140	13.9	69219	5	7.2
Los Ríos	398230	59	14.8	27236	1	3.7
Los Lagos	890284	133	14.9	60107	4	6.7
Aysén	100745	20	19.9	7126	2	28.1
Magallanes	166537	25	15.0	10762	0	s/d

8.3 Cobertura 15–24 (COSAM/100.000 juveniles)

En la Tabla 8.3 se estima, para cada comuna del AMGC, la cobertura comunitaria especializada (COSAM/CSMC por 100.000 jóvenes 15–24), usando como denominador la población censada CPV 2024 (D1). Este indicador no incorpora los nodos hospitalarios terciarios —analizados como infraestructura de referencia supra-comunal— y, por lo mismo, funciona como medida comparativa de oferta comunitaria local.

Tabla 8.3. Cobertura COSAM por 100.000 jóvenes (15–24) – AMGC (CPV 2024; corte 2024–2025).

Comuna	Población 15–24 (Censo 2024, D1)	N° de COSAM/ CSMC	COSAM por 100.000 (15–24)	Observación
Concepción	37.353	1	2,7	1 CSMC + nodo terciario HGGB (Edificio Leonor Mascayano): referencia supra-comunal (SSC).
Talcahuano	20.664	1	4,8	1 CSMC + nodo terciario Hospital Las Higueras: referencia supra-comunal (SST).
Hualpén	11.875	1	8,4	CSMC comunal; derivación a nodos terciarios según complejidad.
San Pedro de la Paz	21.435	1	4,7	CSMC comunal; derivación a nodos terciarios según complejidad.
Coronel	17.432	1	5,7	CSMC comunal; derivación a nodos terciarios según complejidad.
Lota	5.357	1	18,7	CSMC comunal; derivación a nodos terciarios según complejidad.
Chiguayante	11.767	0	0,0	Sin CSMC comunal; derivación principal a Concepción (SSC).
Penco	6.603	0	0,0	Sin CSMC comunal; derivación principal a Talcahuano (SST).
Tomé	7.142	0	0,0	Sin CSMC comunal; derivación principal a Talcahuano (SST).
Hualqui	3.611	0	0,0	Sin CSMC comunal; derivación principal a Concepción (SSC).
Santa Juana	1.869	0	0,0	Sin CSMC comunal; derivación principal a Concepción (SSC).

Fuente: Elaboración propia a partir de: INE, CPV 2024 (D1, denominadores 15–24 y 15–29); y verificación de infraestructura comunitaria (COSAM/CSMC) y nodos con servicio especializado /unidad psiquiátrica hospitalaria en fuentes institucionales (MINSAL/DEIS y sitios oficiales; actualización 2025).

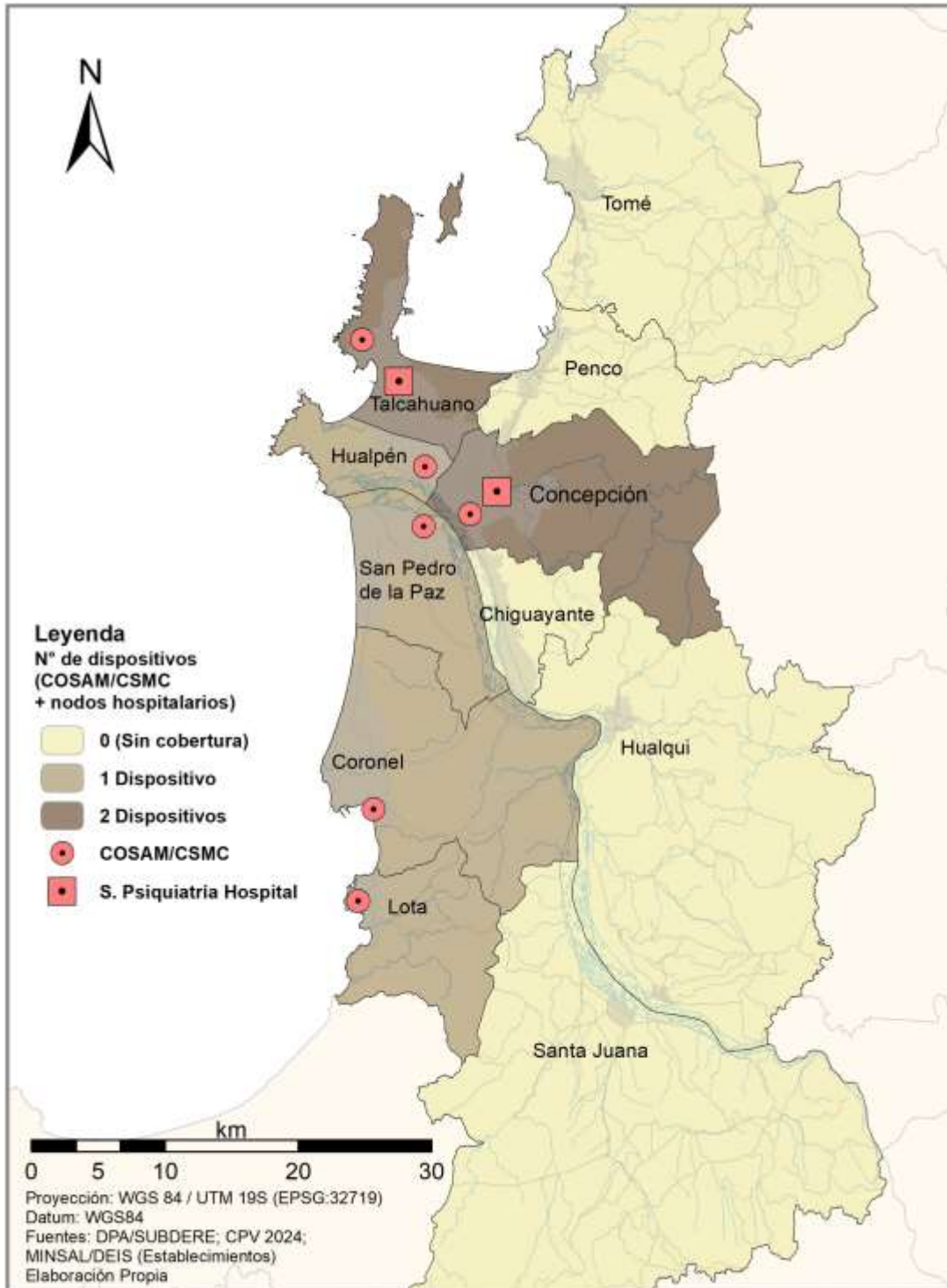


Figura 8.2. Cartografía 2. Oferta territorial pública especializada de salud mental en el AMGC (corte 2024-2025): dispositivos comunitarios (COSAM/CSMC) y nodos hospitalarios de referencia.

Comuna	Dispositivo	Dirección	Fuente y fecha de verificación
Concepción	Servicio de Psiquiatría — HGGB (COSAM Leonor Mascayano)	Av. San Juan Bosco 2084	Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (sitio institucional); verificación cruzada con MINSAL/DEIS (2024-2025).
San Pedro de la Paz	COSAM San Pedro de la Paz	Av. Pedro Aguirre Cerda 879, San Pedro de la Paz	DASS San Pedro (sitio oficial); Moovit (paraderos cercanos) (verificado el 10-11-2025)
Coronel	COSAM Coronel	Cochrane 131 (registro histórico); reportes: Colcura 480	DAS Coronel / directorios públicos; Moovit (verificado el 10-11-2025)
Talcahuano	Servicio de Psiquiatría / Salud Mental — Hospital Las Higueras	Alto Horno 777, Talcahuano	Hospital Las Higueras (sitio institucional); verificación cruzada con MINSAL/DEIS (2024-2025).
Hualpén	COSAM Hualpén	Fernando Santiván 8840, Villa Acero, Hualpén	Directorios institucionales; Licitación Reposición COSAM (Mercado Público 30-09-2024) (verificado el 10-11-2025)
Talcahuano	CSMC Los Cerros	Bahía San Vicente (sector Ex Fundo Centinela), Talcahuano	SS Talcahuano (red Salud Mental); Municipalidad (Los Cerros) (verificado el 10-11-2025)

La Atención Primaria generalista (APS/CESFAM) no se incorpora como unidad cartográfica principal en esta memoria. Se considera únicamente como contexto **del sistema de salud y queda fuera del set comparativo. La cartografía presentada** se restringe a infraestructura pública especializada: dispositivos comunitarios (COSAM/CSMC) y nodos hospitalarios terciarios de referencia donde se reciben derivaciones desde otras comunas del AMGC (HGGB/Edificio Leonor Mascayano; Hospital Las Higueras).

8.4 Pobreza multidimensional comunal (MPI, CASEN 2022): componentes, lectura e incertidumbre (SAE)

Para aproximar la vulnerabilidad social de manera robusta y no-proxy, se utiliza la incidencia comunal de pobreza multidimensional (MPI) de CASEN 2022. Este indicador resume privaciones simultáneas en múltiples esferas de bienestar y permite comparar comunas en una escala única (porcentaje de personas en pobreza multidimensional).

El MPI de CASEN se organiza en 5 dimensiones y 15 indicadores. En términos operativos, una mayor incidencia MPI refleja acumulación de privaciones en educación, salud, trabajo y seguridad social, condiciones de vivienda/entorno y redes/cohesión social, lo que es consistente con el marco de determinantes socioambientales desarrollado en esta tesis.

Dimensiones e indicadores considerados (CASEN):

- Educación: Escolaridad; Rezago escolar; Asistencia escolar.
- Salud: Malnutrición por exceso; Adscripción a sistema de salud; Atención.
- Trabajo y seguridad social: Ocupación; Seguridad social; Jubilación.
- Vivienda y entorno: Hacinamiento; Estado de la vivienda; Servicios básicos; Entorno.
- Redes y cohesión social: Apoyo y participación social; Trato igualitario; Seguridad.

Importante: los valores comunales utilizados corresponden a estimaciones para áreas pequeñas (SAE), combinando estimación directa y sintética mediante el

método Fay-Herriot. En consecuencia, cada estimación posee un intervalo de confianza; esto se considera al interpretar patrones finos y al discutir la incertidumbre asociada a comunas con muestras más pequeñas.

Si bien CASEN 2024 actualiza la incidencia a escalas nacional y regional, no necesariamente dispone (a la fecha de cierre de esta versión) de un producto comunal SAE estrictamente comparable. Por ello, para cartografía comunal se mantiene MPI 2022 SAE como base más defendible y trazable (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2023).

Tabla 8.4. Pobreza multidimensional comunal (MPI, CASEN 2022) en el AMGC (estimación puntual; SAE Fay-Herriot).

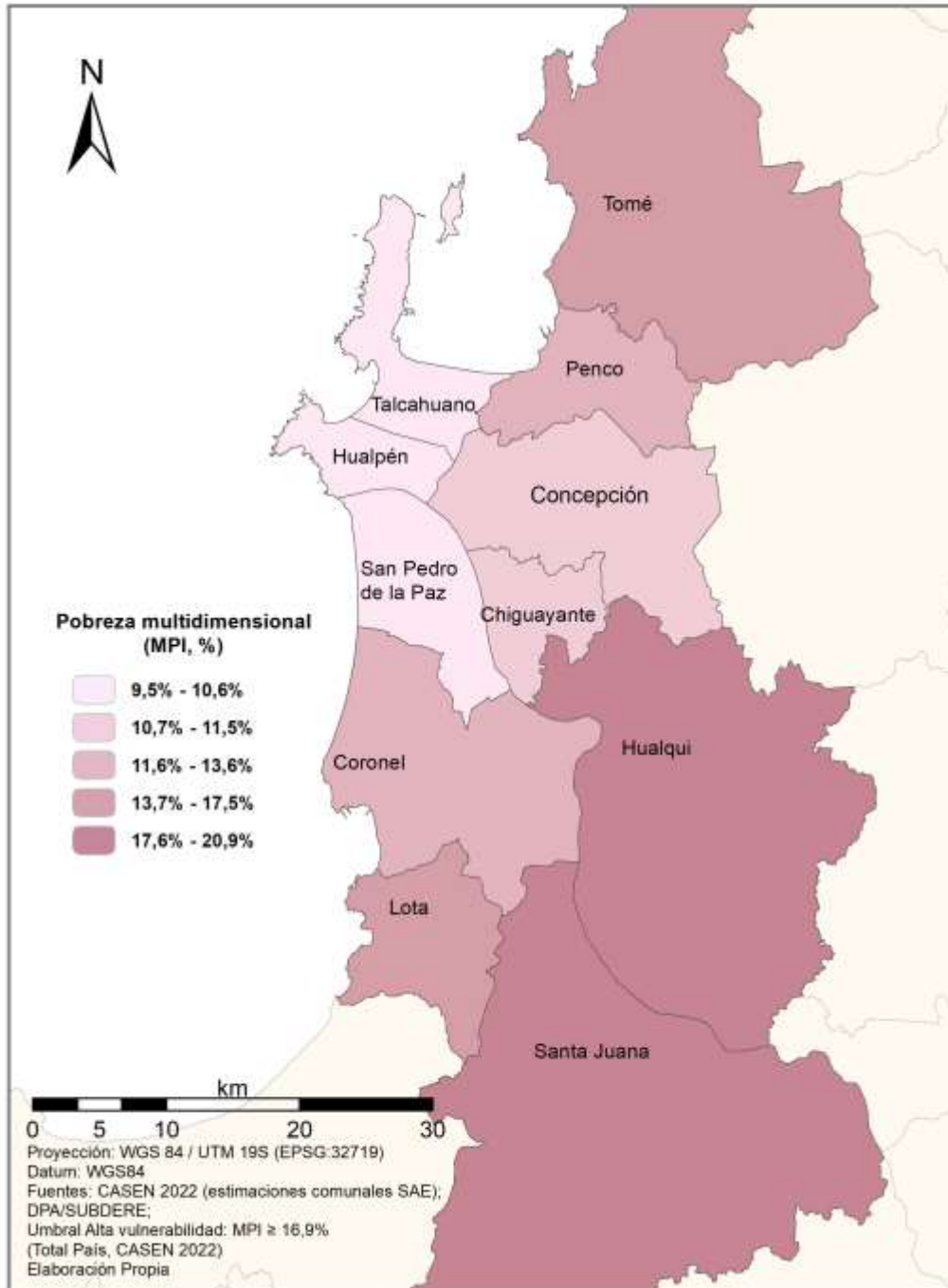
Comuna	MPI (%) CASEN 2022 (SAE)	Vulnerabilidad (umbral 16,9%)
Concepción	11,5	Baja
Talcahuano	10,6	Baja
San Pedro de la Paz	9,5	Baja
Chiguayante	10,9	Baja
Hualpén	9,7	Baja
Penco	11,5	Baja
Tomé	15,3	Baja
Coronel	13,6	Baja
Lota	17,5	Alta
Hualqui	20,9	Alta
Santa Juana	19,3	Alta

Nota: los valores comunales corresponden a estimaciones para áreas pequeñas (SAE) basadas en CASEN 2022 (Fay-Herriot). Estas estimaciones presentan

incertidumbre asociada a tamaño muestral y supuestos del modelo; se interpretan como señal estructural de vulnerabilidad y no como medida exacta.

Figura 8.3. Cartografía 3. Pobreza multidimensional (MPI, CASEN 2022) por comuna en el AMGC.

Pobreza multidimensional (MPI) por comuna, AMGC (CASEN 2022, %)



La Figura 8.3 evidencia un gradiente comunal de pobreza multidimensional (MPI) en el AMGC, con mayores incidencias en comunas del borde sur y del eje interior, en contraste con valores más bajos en el núcleo costero-metropolitano. Dado que se trata de estimaciones comunales SAE (CASEN 2022), este patrón se lee como una señal estructural de vulnerabilidad y no como una medición exacta. Sobre esta base, el análisis siguiente cruza la vulnerabilidad comunal (MPI alta/baja según el umbral nacional; $MPI \geq 16,9\%$) con la cobertura especializada binaria de salud mental (presencia ≥ 1 de COSAM/CSMC o de un servicio/unidad hospitalaria de psiquiatría con resolución referencial), formalizando una matriz 2x2 para identificar comunas con criticidad relativa máxima cuando coexisten MPI sobre umbral y ausencia de cobertura.

8.5 Matriz de criticidad relativa (MPI × cobertura especializada) y síntesis territorial

Tabla 8.5. Matriz 2x2 de criticidad relativa (MPI umbral × cobertura especializada). Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN 2022 (estimaciones comunales SAE) y catastro de dispositivos especializados (DPA/SUBDERE; DEIS/MINSAL).

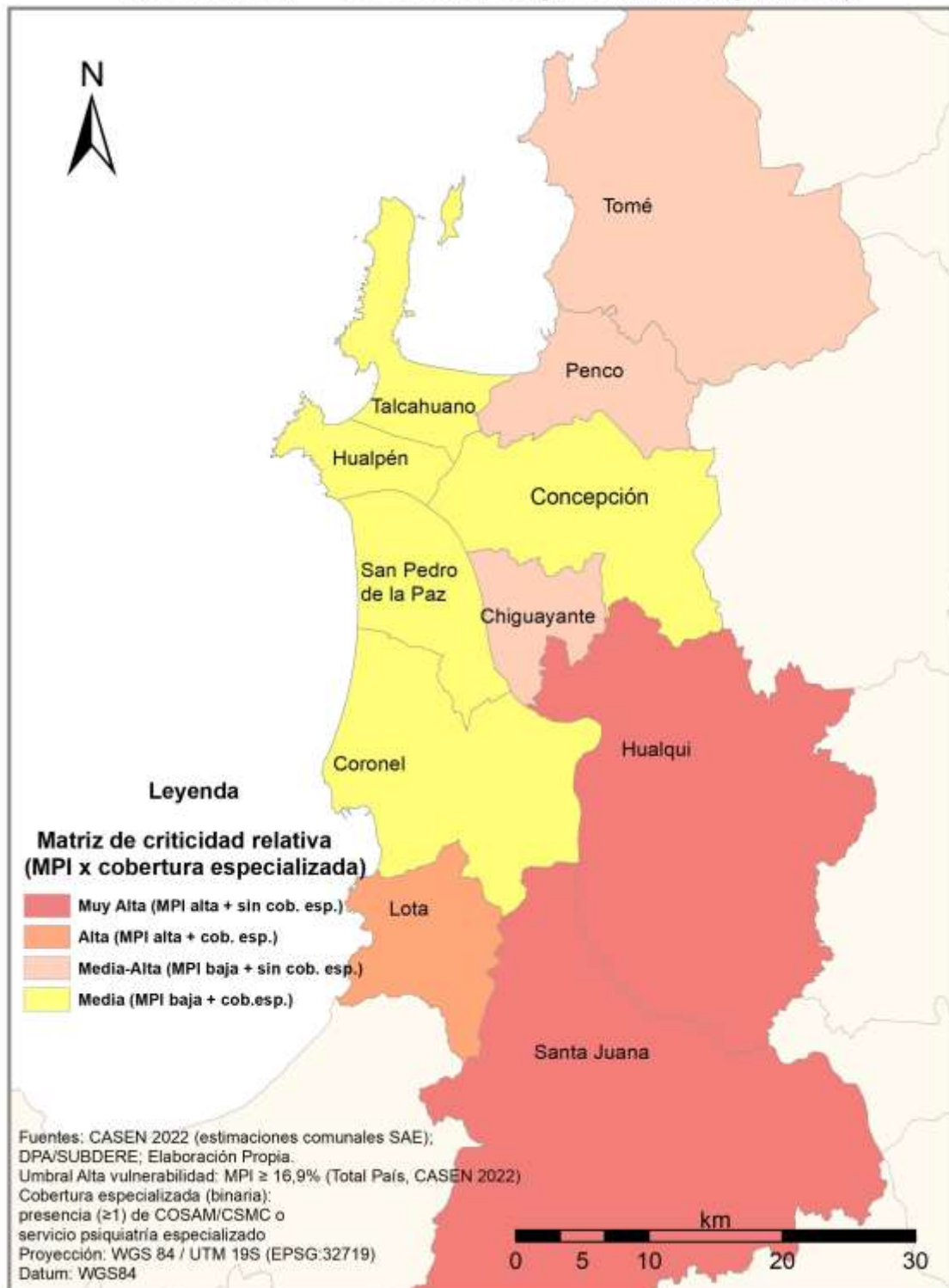
Comuna	Cobertura especializada (binaria)	Pobreza multidimensional (CASEN 2022): MPI	Nivel de criticidad relativa
Concepción	1 CSMC + nodo terciario HGGB (Edificio Leonor Mascayano).	Baja (MPI 11,5%; <16,9%)	Media
Talcahuano	1 CSMC + nodo terciario Hospital Las Higueras.	Baja (MPI 10,6%; <16,9%)	Media
Hualpén	CSMC comunal.	Baja (MPI 9,7%; <16,9%)	Media

San Pedro de la Paz	CSMC comunal.	Baja (MPI 9,5%; <16,9%)	Media
Coronel	CSMC comunal.	Baja (MPI 13,6%; <16,9%)	Media
Lota	CSMC comunal.	Alta (MPI 17,5%; ≥16,9%)	Alta
Chiguayante	Sin CSMC comunal; derivación a Concepción (SSC).	Baja (MPI 10,9%; <16,9%)	Media-Alta
Penco	Sin CSMC comunal; derivación a Talcahuano (SST).	Baja (MPI 11,5%; <16,9%)	Media-Alta
Tomé	Sin CSMC comunal; derivación a Talcahuano (SST).	Baja (MPI 15,3%; <16,9%)	Media-Alta
Hualqui	Sin CSMC comunal; derivación a Concepción (SSC).	Alta (MPI 20,9%; ≥16,9%)	Muy Alta
Santa Juana	Sin CSMC comunal; derivación a Concepción (SSC).	Alta (MPI 19,3%; ≥16,9%)	Muy Alta

Nota: el umbral de “alta vulnerabilidad” corresponde al valor nacional de MPI (Total País) reportado por CASEN 2022, usado aquí como corte binario para priorización comunal. La variable de cobertura especializada es binaria (0/1) y no pretende medir intensidad, sino presencia/ausencia mínima comparable entre comunas.

Figura 8.4. Cartografía 4. Matriz 2x2 MPI×cobertura especializada (sin puntos).

**Criticidad relativa según matriz:
MPI umbral × cobertura especializada (AMGC)**



El color sintetiza la criticidad relativa resultante del cruce entre vulnerabilidad social (MPI 2022, umbral 16,9%) y presencia/ausencia de cobertura especializada (≥ 1 vs 0).

8.6 Homicidios vs. Suicidios (2024)

En 2024, Chile registró 1.207 víctimas de homicidio (tasa 6,0 por 100.000). Contrastado con la tasa de suicidio (10,7 por 100.000), se estiman ~1,7 suicidios por cada homicidio consumado (Subsecretaría de Prevención del Delito, 2025; UNICEF, 2025).

Tabla 8.6. Homicidios (SPD 2024) vs. Suicidios (DEIS 2024): tasas nacionales (x 100.000). Fuente: SPD/UNICEF-DEIS.

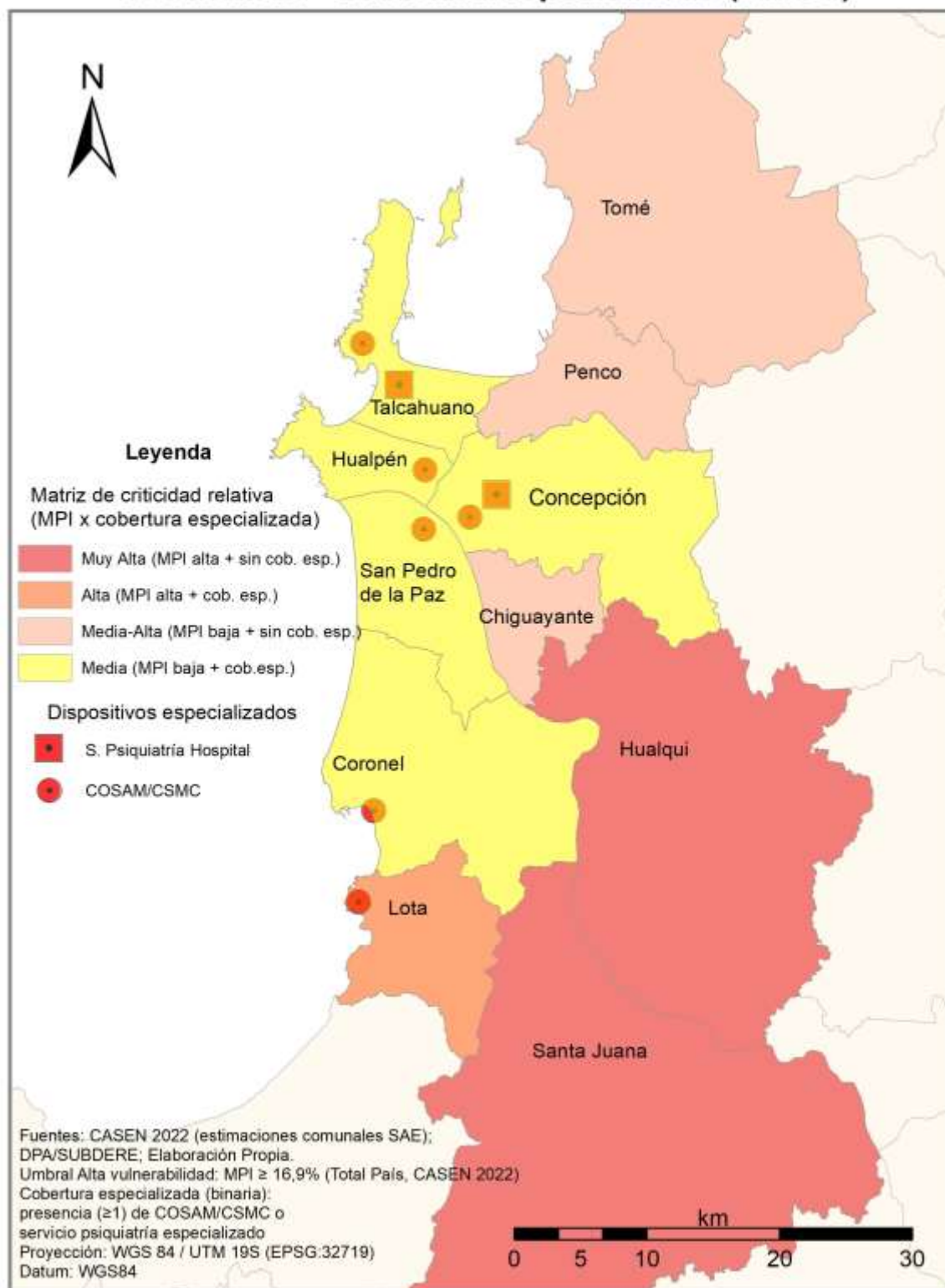
Indicador	Chile
Víctimas de homicidio 2024 (N)	1.207
Tasa de homicidio 2024 (x 100.000)	6,0
Suicidios 2024 (N, todas las edades)	1.980
Tasa de suicidio 2024 (x 100.000)	10,7
Relación suicidios / homicidios (N)	$\approx 1,7$

Fuentes: Subsecretaría de Prevención del Delito (2025) – Informe Nacional de Víctimas de Homicidio 2024; UNICEF (2025) SITAN 2025.

Figura 8.5. Cartografía 5. Matriz de criticidad relativa (MPI + cobertura dispositivos especializados) + Puntos COSAM/CSMC/Unidad Psiquiátrica en el AMGC.

Esta cartografía integra la matriz de criticidad con la localización de dispositivos, permitiendo leer simultáneamente el patrón estructural (MPIxcobertura) y el emplazamiento concreto de la oferta en la red territorial de salud mental.

Criticidad relativa según matriz: MPI umbral × cobertura especializada (AMGC)



8.7 Análisis complementarios (alcance exploratorio)

Cabe mencionar la posibilidad de considerar correlatos urbano-ambientales como disponibilidad de áreas verdes, exposición a contaminantes atmosféricos y presencia de enclaves de precariedad residencial, en la medida en que la información se encuentra disponible. Si bien estos cruces se presentan de manera exploratoria, apuntan a una hipótesis consistente con la literatura: los territorios que concentran vulnerabilidades socioeconómicas tienden también a presentar peores indicadores ambientales y menor dotación de espacios públicos de calidad, configurando paisajes que pueden intensificar el malestar juvenil y limitar las posibilidades cotidianas de descanso, esparcimiento y cuidado colectivo (Ministerio del Medio Ambiente, 2018; SINCA, s. f.; MINVU, 2024; TECHO-Chile, 2024; Braithwaite et al., 2019). Estos análisis no constituyen modelos causales formales, sino ejercicios exploratorios que buscan situar las desigualdades de cuidado en el tejido urbano más amplio del AMGC y sugerir hipótesis plausibles sobre cómo se articulan condiciones ambientales, urbanas y de infraestructura con los grados de malestar juvenil descritos en los apartados anteriores.

8.8 Síntesis de hallazgos para la Discusión

En síntesis, los resultados confirman la existencia de una geografía desigual del cuidado en el AMGC: comunas con alta carga de malestar ansioso-depresivo juvenil y condiciones socioeconómicas más desfavorables se encuentran, en diversos casos, peor dotadas de dispositivos comunitarios especializados o dependen de redes de derivación complejas hacia otras comunas. Esta constatación abre un campo de preguntas para la discusión, que irá desde la interpretación crítica de estas desigualdades a la formulación de criterios de priorización y articulación intersectorial que permitan avanzar hacia una mayor justicia espacial en salud mental.

En su conjunto, estos hallazgos permiten sostener que el problema no es únicamente epidemiológico ni únicamente institucional, sino socioespacial: la distribución del malestar, de la vulnerabilidad y de la oferta configuran un campo

territorial de desigualdad que la política pública aún no logra resolver de forma sensible al lugar, como se evidencia en el cruce comunal MPIxcobertura especializada (Figuras 8.4–8.5).

9. Análisis y Discusión

Este capítulo retoma los resultados presentados en el Capítulo 8 para pensarlos de manera más amplia, a la luz del problema de investigación, de los objetivos planteados y del marco teórico construido en los capítulos 5 y 6. No se trata sólo de “resumir” los hallazgos, sino de leer lo que implican cuando se los coloca dentro de una geografía crítica de la salud mental, de los determinantes sociales y de los paisajes del malestar juvenil.

La depresión y el riesgo suicida en jóvenes del Área Metropolitana del Gran Concepción (AMGC) aparecen aquí como un fenómeno situado en un entramado histórico, territorial y político específico. Lo que sigue intenta, precisamente, desplegar esa especificidad: qué dice el caso del AMGC sobre la forma en que el modelo de desarrollo chileno distribuye el sufrimiento, el cuidado y la esperanza en el espacio (Fisher, 2009; Massey, 2008; Harvey, 2012).

9.1 Relectura de los hallazgos: lo que el mapa deja ver (y lo que no)

El objetivo general de esta memoria fue analizar críticamente la distribución espacial de la depresión y el malestar juvenil (15–29 años) en el Gran Concepción y evaluar cómo las desigualdades territoriales condicionan el acceso al cuidado y el desempeño de las políticas de salud mental, a partir de fuentes secundarias. Para operacionalizarlo, se definieron tres objetivos específicos articulados: (1) reconstruir el contexto epidemiológico y de malestar subjetivo juvenil a escala nacional y regional; (2) cuantificar y cartografiar, en el AMGC, la relación entre pobreza multidimensional, población joven e infraestructura/dispositivos especializados de salud mental; y (3) discutir políticas y programas desde una perspectiva de geografía crítica y determinantes sociales, conectando los resultados empíricos (Cap. 8) con el marco teórico (Cap. 4).

Si se mira el conjunto de los resultados, no aparece una suma de hallazgos aislados, sino un mismo patrón territorial que se deja ver con indicadores distintos: la carga de malestar juvenil se concentra, y su acceso al cuidado se distribuye de modo desigual. Esta convergencia es importante porque vuelve más defendible el

argumento: no depende de un dato único, sino de una coherencia entre fuentes, escalas y dispositivos analíticos.

En el registro subjetivo y auto-reportado, la Décima Encuesta Nacional de Juventudes muestra niveles altos de sintomatología ansioso-depresiva moderada y severa en jóvenes de 15–29 años, con el Biobío entre las regiones más afectadas (INJUV, 2022). Leído territorialmente, esto no se entiende como un “desvío local”, sino como la expresión regional de un malestar que atraviesa el país y que se ancla en condiciones de vida desiguales.

Cuando el foco se desplaza desde síntomas hacia eventos extremos, los indicadores de suicidio total y adolescente refuerzan que el riesgo letal asociado a salud mental no es marginal. El hecho de que, a nivel país, el suicidio supere al homicidio como causa de muerte (Tabla 8.6) tensiona una idea de “seguridad” centrada sólo en el delito y obliga a considerar la seguridad también como protección frente al sufrimiento psíquico y sus desenlaces evitables.

Ese trasfondo se vuelve espacialmente más nítido cuando se cruza la pobreza multidimensional comunal (CASEN 2022) con la presencia de oferta comunitaria especializada (COSAM/CSMC). El patrón sugiere que la desprotección no se organiza solo por la magnitud del malestar reportado, sino por la manera en que la desigualdad territorial —expresada en privaciones simultáneas en vivienda, educación, trabajo e ingresos— convive con una red de atención comunitaria incompleta y jerarquizada. En comunas satelitales sin dispositivo local, las barreras de acceso se manifiestan como dependencia de desplazamiento, tiempos de espera y derivación hacia nodos de mayor complejidad, lo que reconfigura la experiencia de cuidado en clave territorial.

La matriz Cobertura×Vulnerabilidad sintetiza estas relaciones en cuatro combinaciones: (i) MPI alta y sin cobertura especializada (criticidad Muy Alta); (ii) MPI alta y con cobertura especializada (criticidad Alta); (iii) MPI baja y sin cobertura especializada (criticidad Media- Alta); y (iv) MPI baja y con cobertura especializada (criticidad Media). Esta lectura se completa reconociendo la

centralidad de Concepción y Talcahuano como nodos hospitalarios de referencia (psiquiatría hospitalaria/referencial) en la red, proponiéndola como herramienta de priorización territorial. En términos cartográficos, este cruce se observa en la Figura 8.4 y la Figura 8.5, mientras que la distribución del MPI comunal se presenta en la Figura 8.3 y la Tabla 8.4.

Desde un punto de vista estrictamente descriptivo, podría decirse que la tesis demuestra que la depresión juvenil en el AMGC se inscribe en un patrón territorial de desigual distribución del cuidado. Pero la discusión permite ir un paso más allá y hacer preguntas que no son meramente técnicas:

¿Qué tipo de ciudad produce una geografía en la que los jóvenes más vulnerables son también quienes tienen que desplazarse más y esperar más para acceder a cuidado?

¿Qué nos dice esta configuración sobre las prioridades del régimen de bienestar chileno y sobre el lugar que ocupa la juventud en él?

¿Qué se vuelve visible y qué queda fuera del foco cuando miramos la salud mental “desde arriba”, a escala comunal?

Así, la relectura de los hallazgos invita a entender que el mapa no sólo muestra “dónde están los problemas”, sino también cómo se han naturalizado ciertas formas de desigualdad y cómo la propia producción de datos (su escala, sus categorías) participa en esa naturalización. La tesis se inscribe, entonces, en un campo más amplio de crítica a la manera en que el Estado y el conocimiento experto han cartografiado (o no) prioridades territoriales en salud pública.

Para sostener esta relectura sin saltos, en los apartados siguientes cada argumento se ancla explícitamente a la evidencia del Capítulo 8 (Tablas 8.1-8.6; Figuras 8.1-8.5), así como a los elementos desarrollados en el marco teórico.

9.2 Territorio, movilidad y justicia espacial del cuidado

La geografía crítica ha insistido en que el espacio es producido por relaciones de poder, no un contenedor neutro (Lefebvre, 1991; Soja, 1996; Massey, 1994). Aplicado al caso del AMGC, esto significa que la distribución de CESFAM, CSMC/COSAM, hospitales y dispositivos de bienestar no es una mera cuestión de eficiencia técnica, sino el resultado de decisiones políticas, trayectorias históricas y lógicas de inversión que han privilegiado ciertos territorios por sobre otros.

Más allá del dato puntual, los resultados permiten leer una lógica de centralidad y dependencia: la oferta comunitaria especializada tiende a concentrarse en comunas que ya funcionan como centros administrativos y de servicios, mientras los territorios periféricos o semi-periféricos se conectan a esos polos mediante redes de derivación que suponen costos de tiempo, dinero y coordinación cotidiana. En otras palabras, el acceso a cuidado no se define sólo por la existencia formal del dispositivo, sino por la capacidad real de llegar a él y sostener continuidad de atención.

Empíricamente, esta centralidad se materializa en la localización de los dispositivos especializados respecto del continuo urbano-comunal (Figura 8.1) y en la distribución desigual de la oferta especializada por comuna (Figura 8.2; Tabla 8.3). Desde la justicia espacial (Lefebvre/Soja) y una lectura relacional del espacio (Massey), esto no es una mera localización de puntos, sino que se trata de un patrón territorial que refleja inequidad.

En este marco, la localización de COSAM/CSMC se superpone con centralidades urbanas preexistentes; por lo mismo, las comunas fuera de esos ejes quedan “enganchadas” a la red a través de trayectos largos, transbordos y tiempos de consulta que deben compatibilizarse con jornadas laborales y escolares. La matriz Cobertura x Vulnerabilidad vuelve visible la consecuencia política de esa geografía: las comunas más pobres y ambientalmente más degradadas son, a la vez, las que cargan con mayor presión sobre una oferta que crece lentamente y que suele pensarse desde lógicas de “población objetivo” incapaces de capturar la densidad real del problema.

Del mismo modo, la noción de justicia espacial del cuidado permite nombrar algo que suele quedar oculto tras el lenguaje técnico: no basta con que exista una política nacional de salud mental ni con que se “garantice” una canasta de prestaciones. La pregunta clave es cómo se distribuye en el espacio la posibilidad real de ser cuidado (Harvey, 2012; Soja, 2010).

David Harvey (1973) planteaba que la justicia espacial no es un adorno al final del diagnóstico, sino un criterio para evaluar la organización misma de la ciudad: quién accede, en cuánto tiempo, con cuánta dignidad, a qué tipo de recursos. Si se aplica este criterio al AMGC, los resultados de esta tesis son incómodos: muestran una ciudad donde los jóvenes de barrios y comunas más vulnerables pagan un sobre costo en tiempo, dinero y energía para acceder al cuidado.

Aquí la topografía, la red de puentes sobre el Biobío, la estructura de transporte público y los patrones de expansión urbana adquieren un carácter sanitario. El espacio no es un telón de fondo; es un dispositivo que selecciona quién llega y quién no, quién persevera en el tratamiento y quién abandona. En ese sentido, la depresión juvenil no puede desligarse de la experiencia repetida de trayectos agotadores y de la incertidumbre respecto a si habrá cupos, si el especialista estará disponible, si el sistema responderá a tiempo.

La teoría de Massey (Massey, 1994) sobre la relacionalidad del lugar también ayuda a leer estos resultados: cada comuna del AMGC no es sólo un polígono en el mapa, sino un nodo de relaciones que conectan hogares, escuelas, trabajos, buses, centros de salud, espacios públicos y discursos mediáticos. La justicia espacial del cuidado implicaría, desde esta perspectiva, rediseñar esas relaciones para que no sean siempre los mismos territorios los que ocupan el lugar de “sostener lo impropio”: contaminación, residuos, desempleo, precariedad y, además, insuficiencia de dispositivos de salud mental.

En suma, los resultados sostienen una tesis fuerte: en el Gran Concepción, la depresión juvenil está profundamente atravesada por una configuración territorial que distribuye el cuidado de manera desigual y que obliga a los cuerpos jóvenes

a asumir, en cada desplazamiento, el costo de esa desigualdad (Figura 8.1; Figuras 8.4–8.5).

9.3 Determinantes sociales, curso de vida juvenil y geografía de la vulnerabilidad

La perspectiva de los determinantes sociales de la salud ha mostrado que la enfermedad no se reparte al azar, sino en función de ejes como clase, género, etnia, trabajo y educación (Marmot, 2008; Krieger, 2012; Navarro, 2007). Esta tesis se inserta en esa tradición, pero agrega algo específico: muestra cómo esos determinantes toman forma espacial en el AMGC y cómo, en esa forma, afectan de manera particular a la juventud.

El gradiente de vulnerabilidad comunal estimado por SAE (Tabla 8.4) y su expresión espacial (Figura 8.3) permiten situar la depresión juvenil como fenómeno territorialmente condicionado; y cuando esa vulnerabilidad se cruza con cobertura especializada (Tabla 8.5; Figura 8.4), la desigualdad deja de ser abstracta y se vuelve una relación estructural entre condiciones de vida y capacidad instalada.

Los datos de pobreza multidimensional, precariedad laboral y condiciones urbano-ambientales sugieren que en el AMGC confluyen, de manera acumulativa, trayectorias industriales de reconversión y desempleo estructural; sectores densos de vivienda social con servicios insuficientes y estigmas territoriales; presencia significativa de campamentos y asentamientos informales; y zonas declaradas saturadas por contaminación atmosférica, con exposición crónica a MP2,5 y otros contaminantes.

Desde una mirada de curso de vida, el tramo 15-24 años es especialmente crítico: en este periodo se ponen a prueba proyectos educativos (que pueden consolidarse o frustrarse), se produce el ingreso -a menudo precario- al mercado de trabajo, se negocia la independencia residencial respecto de la familia de origen y se consolidan identidades de género, sexuales y políticas bajo fuerte presión normativa.

Si esos procesos se dan en territorios atravesados por pobreza persistente, violencia, desigualdad extrema y baja densidad de dispositivos de cuidado, el resultado esperable no es la armonía, sino el aumento del malestar. Esta tesis muestra que, en el AMGC, la combinación de alto malestar subjetivo juvenil, vulnerabilidad socioeconómica y baja cobertura de dispositivos especializados de salud mental (comunitarios y/o de referencia hospitalaria) no es una coincidencia, sino una configuración estructural de vulnerabilidad.

Krieger (2012) hablaría aquí de una inscripción ecosocial de la desigualdad: las condiciones materiales de vida se inscriben en cuerpos jóvenes que, a lo largo de los años, acumulan estrés crónico, inseguridad y frustración. Wacquant (2009), por su parte, identificaría en ciertas comunas del AMGC rasgos de “marginalidad avanzada”: espacios donde confluyen estado social menguante, presencia selectiva del aparato punitivo, estigma territorial y ausencia de horizontes claros de movilidad.

Didier Fassin (2011) ha trabajado la idea de “políticas de la vida” y “economía moral de la desigualdad”: quién es considerado salvable, reparable, digno de atención; quién es visto como un “caso más” o como alguien que “se las arreglará solo”. En el campo de la salud mental juvenil, estas políticas se traducen en la manera en que se priorizan territorios, se definen programas, se toleran listas de espera de más de un año y se naturaliza que ciertos jóvenes esperen más o queden fuera (MINSAL, 2023; BCN, 2024b).

La tesis sugiere que las juventudes del AMGC no sólo cargan la depresión como diagnóstico, sino también el peso de ser tratadas como poblaciones de riesgo sin ser reconocidas plenamente como sujetos de derecho. Esa ambivalencia se manifiesta en discursos que, a la vez, problematizan el suicidio juvenil y responsabilizan a los jóvenes por su propia “falta de resiliencia” o “mala gestión emocional”, sin interrogar con la misma vehemencia las estructuras socioeconómicas y territoriales que los condicionan.

9.4 Paisajes del malestar juvenil: subjetividades, espectros y ciudad

Hasta aquí, el argumento ha sido deliberadamente estructural. Pero la depresión juvenil no ocurre sólo en series estadísticas y mapas; ocurre en vidas concretas, en biografías que se negocian en el día a día. El concepto de paisaje del malestar que recorre esta memoria intenta conectar esos dos niveles: la materialidad del territorio y la textura subjetiva del sufrimiento.

Mark Fisher (2009) propuso el término realismo capitalista para describir un clima cultural en el que "es más fácil imaginar el fin del mundo que el fin del capitalismo" (a su vez citando a Zizek). En ese clima, la depresión no es una patología clínica individual, sino una forma en que cuerpos y mentes responden a la sensación de que "no hay alternativa". En el AMGC, ese realismo se reconoce, por ejemplo, en biografías juveniles que transitan de la educación a trabajos precarios o al desempleo sin que se cumpla la promesa de estabilidad; en endeudamiento educativo que no garantiza empleo digno; en vulnerabilidad residencial bajo un mercado inmobiliario excluyente; y en una ciudad que exhibe a diario la distancia entre quienes pueden "consumir bienestar" y quienes quedan mirando desde fuera.

Byung-Chul Han (2017), al hablar de la sociedad del rendimiento y la autoexplotación, describe una subjetividad que interioriza la presión por ser siempre más productiva y eficiente. Llevado al terreno de la juventud del AMGC, esto implica que muchos jóvenes leen su malestar como fracaso propio, incluso cuando las causas son estructurales. La depresión aparece entonces como la "cara íntima" de un orden que exige rendir en un campo de juego profundamente desigual.

Zygmunt Bauman (2000), con su metáfora de la modernidad líquida, aporta otra capa: la sensación de precariedad constante, de vínculos que se disuelven, de proyectos que no terminan de consolidarse. Para jóvenes que crecen en territorios marcados por la inestabilidad económica, la segmentación educacional y la fragmentación urbana, la liquidez no es una metáfora abstracta, sino el ritmo real de sus vidas: trabajos temporales, arriendos informales, relaciones afectivas atravesadas por incertidumbre.

Esta lectura vivencial no reemplaza la evidencia del Capítulo 8: la magnitud regional del malestar (Tabla 8.1) y el registro de suicidio (Tabla 8.2; Tabla 8.6) se insertan en un patrón comunal de criticidad relativa (Figura 8.4) que organiza condiciones y accesos de manera desigual.

La fenomenología de Merleau-Ponty ayuda a subrayar que estas diferencias se encarnan: se sienten en el cuerpo que respira aire contaminado, en el que recorre largas distancias, en el que evita ciertos espacios por miedo o vergüenza, en el que experimenta la intemperie material y simbólica. La depresión, en este sentido, puede leerse también como una forma de respuesta a un paisaje que comunica, una y otra vez, que el futuro será peor que el presente o que el esfuerzo no será recompensado.

En esta memoria entendemos por “paisaje del malestar juvenil” al entramado de escenas urbanas, símbolos, trayectorias y dispositivos institucionales que, en conjunto, modulan cómo se experimenta y se distribuye el sufrimiento psíquico en el espacio. Así, el paisaje del malestar juvenil en el AMGC no funciona como un simple telón de fondo neutro donde ocurren síntomas individuales, sino como parte constitutiva del problema que se busca transformar.

9.5 Implicancias para la política pública y la planificación territorial del cuidado

Si la depresión juvenil en el AMGC está atravesada por desigualdades territoriales, determinantes sociales y paisajes del malestar, las implicancias para la política pública no pueden limitarse a recomendaciones incrementales del tipo “más psicólogos por comuna”. Eso es necesario, pero no suficiente. Los resultados dialogan con una crítica más amplia al modelo chileno de salud mental, que ha avanzado de manera significativa en desinstitucionalización y en creación de dispositivos comunitarios, pero que sigue operando sobre un régimen fiscal y territorial restringido.

La matriz MPI x cobertura especializada (Tabla 8.5; Figura 8.4) delimita con claridad las comunas de criticidad relativa, y la Figura 8.5 permite ubicar

materialmente la infraestructura sobre ese patrón. Desde aquí, la política pública no se reduce a "aumentar oferta", sino a corregir una geografía del cuidado donde vulnerabilidad y capacidad instalada no se alinean territorialmente.

Desde la evidencia producida en esta memoria se desprende una agenda de implicancias que no funciona como "lista de medidas", sino como una secuencia lógica: si el malestar juvenil se territorializa y se distribuye de manera desigual, entonces la política pública debe ajustar sus metas, sus instrumentos y su distribución de recursos para responder a esa desigualdad, y no sólo a promedios regionales o nacionales.

En primer término, territorializar no puede quedar en el plano declarativo. Requiere metas, indicadores y recursos diferenciados por comuna, con criterios transparentes de asignación y rendición de cuentas. La matriz Cobertura×Vulnerabilidad entrega un punto de partida técnico para identificar prioridades; el paso siguiente es político-institucional: convertir ese diagnóstico en decisiones presupuestarias, gestión de listas de espera y fortalecimiento de capacidades locales.

En segundo término, el acceso a cuidado debe pensarse como un problema de movilidad y de continuidad, no sólo de "existencia de oferta". Si los dispositivos se concentran en centralidades, las comunas satelitales enfrentan costos de tiempo, dinero y coordinación cotidiana que pueden interrumpir tratamientos. Por eso, el derecho a la salud mental exige considerar conectividad, transporte, horarios y articulación intersectorial como parte de la política —no como "condiciones externas".

A la vez, la prevención no puede reducirse a campañas generales; necesita anclaje en lugares. Escuelas, barrios, espacios públicos y entornos de socialización juvenil son escenarios donde se produce y se detecta el malestar, pero también donde puede organizarse cuidado. Esto implica reconocer a municipios, servicios de salud y comunidades educativas como actores

territoriales, capaces de coordinar respuestas situadas y anticipatorias, especialmente en comunas con mayor vulnerabilidad socioambiental.

La universidad —en tanto institución que concentra y produce juventudes— aparece aquí como un actor urbano clave. No se trata sólo de contención intramuros, sino de capacidad de lectura territorial: interpretar mapas, colaborar con municipios y servicios de salud, y co-diseñar estrategias que reconozcan la diversidad comunal de su estudiantado. La evidencia de esta memoria sugiere que esa lectura es posible; el desafío es institucionalizarla y sostenerla en el tiempo.

Finalmente, desplazar el foco desde el déficit individual hacia la responsabilidad estructural evita la psicologización de problemas que son, en buena medida, sociales, económicos y territoriales. Sin negar la importancia clínica, una respuesta ética exige redistribuir responsabilidades: menos énfasis en “juventudes resilientes” y soluciones que “privatizan” el sufrimiento psíquico y mayor exigencia a instituciones y políticas que reproducen —o podrían evitar— condiciones de vida dañinas en el territorio que redundan en el aumento de la morbimortalidad evitable en la juventud.

9.6 Límites del estudio y proyecciones de investigación

En términos de alcance, los resultados deben leerse como un diagnóstico socioespacial y de infraestructura especializada, no como una medición clínica individual. La principal fortaleza del enfoque es su comparabilidad territorial (comunas AMGC) y su capacidad para visibilizar brechas estructurales; su límite es que no captura calidad de atención, continuidad terapéutica ni tiempos de espera, dimensiones que requieren información administrativa detallada y/o trabajo de campo.

Estos límites se relacionan directamente con el tipo de evidencia y la escala: el set del Capítulo 8 opera a nivel comunal (Figuras 8.1-8.5) y con un recorte de infraestructura pública especializada (Figura 8.2; Tabla 8.3), por lo que no captura micro-desigualdades intra-comunales ni trayectorias individuales de acceso. En

esa misma línea, el MPI comunal (Tabla 8.4) debe leerse como estimación SAE con incertidumbre, útil para comparación territorial, pero no como medición exacta de cada comuna.

Este trabajo asume, desde el inicio, un diseño analítico-documental basado exclusivamente en fuentes secundarias y en análisis a escala comunal. Esa decisión metodológica tiene ventajas —posibilita un diagnóstico amplio, reproducible y escalable—, pero también límites que deben ser explicitados como parte de la honestidad intelectual del trabajo.

Como toda investigación, este trabajo se construye desde opciones y renunciaciones que conviene hacer explícitas. En primer lugar, la escala comunal —eje del análisis— supone un efecto de promedio que puede ocultar heterogeneidades intra-comunales; por eso, cuando fue posible y pertinente, se incorporaron cortes intra-comunales con CPV 2024, dejando claro sus límites de disponibilidad. En segundo lugar, al trabajar exclusivamente con fuentes secundarias, la tesis no captura directamente la experiencia vivida del malestar juvenil ni los dispositivos cotidianos de cuidado; este vacío no invalida el diagnóstico territorial, pero sí delimita su alcance y sugiere la necesidad de futuros estudios cualitativos situados. Finalmente, el carácter descriptivo evita sobredeterminar la complejidad de las vidas juveniles: el objetivo aquí es construir un marco crítico defendible, no establecer causalidades absolutas.

Por último, la ventana 2020–2024 responde a una decisión práctica y analítica: trabajar con datos recientes y comparables, en un contexto marcado por la pandemia y sus efectos sociales. Esto deja fuera series largas y genealogías históricas más extensas; en consecuencia, la tesis muestra con más precisión “cómo están hoy las cosas” y con menos detalle “cómo llegaron a ser así”. De manera deliberada, tampoco se adopta un enfoque etnográfico, porque el problema de investigación se sitúa en el cruce entre estructura territorial, desigualdad y acceso; esa elección abre —sin sustituir— líneas futuras de investigación orientadas a recuperar voces y trayectorias juveniles.

En síntesis, la discusión desarrollada en este capítulo sostiene que la depresión juvenil en el Área Metropolitana del Gran Concepción es al mismo tiempo un problema grave de salud pública, un síntoma territorial y un campo de disputa política. Los mapas, tablas y matrices construidos a lo largo de esta memoria no son un cierre, sino un emplazamiento a seguir pensando, proponiendo y a posicionarse desde una geografía de la salud mental que se tome en serio el sufrimiento estructural que padecen nuestras juventudes precarizadas.

10. Conclusiones

Lectura final por objetivos: (i) situar el marco socio-sanitario juvenil (2020-2024) a escala regional; (ii) cartografiar vulnerabilidad comunal (MPI SAE) y su relación con cobertura especializada; (iii) interpretar críticamente las implicancias para la planificación territorial del cuidado. Esta síntesis ordena el capítulo para responder de manera trazable a la pregunta de investigación.

Este capítulo cierra el recorrido de la memoria retomando la pregunta inicial — ¿cómo se distribuye la depresión juvenil en el Gran Concepción y qué implicancias tiene esto para la justicia espacial del cuidado?— y organizando las respuestas en cinco registros: (10.1) síntesis de hallazgos empíricos; (10.2) aportes teóricos y metodológicos; (10.3) implicancias para la política pública y la planificación territorial; (10.4) límites y alcances de este estudio; y (10.5) proyecciones para investigación futura y acción colectiva.

El objetivo no es simplemente reiterar lo ya expuesto, sino condensar y situar el sentido de la investigación: qué nos permite ver, qué pone en cuestión y qué abre como tarea pendiente en la geografía de la salud mental juvenil en Chile.

10.1 Síntesis de hallazgos principales

Desde el punto de vista empírico, esta memoria permite afirmar, con evidencia consistente, al menos cinco conclusiones centrales. En primer lugar, la depresión juvenil en el Gran Concepción no es un fenómeno marginal ni transitorio, sino estructural. La Décima Encuesta Nacional de Juventudes (INJUV, 2022) y otros insumos recientes muestran que el Biobío se sitúa entre las regiones con mayor proporción de jóvenes en rangos moderado y severo de sintomatología ansioso-depresiva. Lejos de constituir una “anomalía local”, la situación del AMGC se inscribe en un incremento sostenido del malestar juvenil a escala nacional, asociado a precariedad económica, tensiones educativas, endeudamiento y experiencias de violencia y soledad. En segundo lugar, el suicidio juvenil es un componente crítico, pero sub-visibilizado, de la morbimortalidad. La comparación

entre tasas de suicidio y homicidio, así como la revisión de consultas de urgencia por ideación suicida, muestran que el suicidio no es un evento excepcional, sino una punta visible de un iceberg de sufrimiento acumulado. Que en Chile los suicidios superen a los homicidios tensiona la agenda pública y revela una disonancia: se invierte más atención política y mediática en el “delito” que en el malestar que erosiona silenciosamente la vida juvenil. En tercer lugar, las desigualdades territoriales en condiciones de vida y en infraestructura de cuidado se entrelazan. El análisis comunal del AMGC demuestra que los mayores niveles de prevalencia estimada de malestar juvenil se superponen con comunas históricamente afectadas por reconversión industrial, pobreza multidimensional, precariedad habitacional y exposición a contaminación. Estas mismas comunas presentan, además, menor densidad relativa de dispositivos comunitarios de salud mental y tiempos de espera más prolongados. No se trata, por tanto, de dos problemas paralelos (pobreza y salud mental), sino de una misma trama de vulnerabilidad. En cuarto lugar, la geografía de la oferta no refleja la geografía de la necesidad. Al cruzar población juvenil, pobreza, infraestructura comunitaria especializada (CSMC/COSAM) y rol en la red asistencial, la tesis muestra que la distribución de dispositivos de salud mental comunitaria no sigue criterios claros de priorización territorial. Algunos nodos urbanos concentran equipamiento y profesionales, mientras comunas periféricas y costeras dependen de derivaciones a larga distancia y asumen costos de movilidad que recaen especialmente en hogares de bajos ingresos.

En conjunto, estos hallazgos permiten sostener la hipótesis de trabajo: la mayor carga de sintomatología ansioso-depresiva en la juventud del Gran Concepción no puede comprenderse sin considerar, de manera simultánea, las desigualdades socioespaciales en condiciones de vida y la distribución desigual del cuidado en el territorio.

10.2 Aportes teóricos y metodológicos de la investigación

Más allá de los resultados específicos, esta memoria busca aportar en dos planos: teórico-interpretativo y metodológico-técnico.

En el plano teórico, el trabajo ensaya una articulación poco común en el contexto chileno entre la geografía crítica y humanística del espacio (Lefebvre, 1991; Soja, 1996; Massey, 1994; Harvey, 1973), la epidemiología social y el enfoque de determinantes sociales de la salud (Marmot, 2008; Krieger, 2012; Wilkinson & Pickett, 2009), y la crítica cultural del neoliberalismo tardío y el análisis del malestar (Fisher, 2009; Han, 2017; Bauman, 2000; Wacquant, 2009). Esta combinación permite pensar el AMGC no como mero escenario, sino como producto de relaciones de poder, trayectorias históricas y disputas por el derecho a la ciudad, y, a la vez, nombrar cómo pobreza, educación, trabajo, vivienda y ambiente se traducen en gradientes de malestar y en experiencias juveniles de precariedad, agotamiento y futuros clausurados.

Esta constelación teórica permite desplazar la mirada desde una lectura exclusivamente clínica o individual de la depresión juvenil hacia una lectura socioespacial y política, donde el territorio, las instituciones y los imaginarios culturales son parte constitutiva del problema. La tesis argumenta que la depresión juvenil en el AMGC debe entenderse como una forma particular de paisaje del malestar, en el que se entretajan distribución desigual de recursos, trayectorias vitales precarias y afectos marcados por la ansiedad, la culpa y la desesperanza tanto individual como colectiva.

En el plano metodológico, el aporte se expresa en tres dimensiones complementarias. Primero, se construye un protocolo reproducible de análisis territorial con fuentes secundarias, documentando paso a paso la integración de bases CASEN, INJUV, DEIS, INE y registros administrativos, de modo que el procedimiento pueda replicarse o adaptarse a otros territorios o tramos etarios. Segundo, se diseña una matriz Cobertura×Vulnerabilidad que, aun siendo exploratoria, explicita supuestos y permite discutir priorización territorial y justicia espacial del cuidado. Tercero, se articula la cartografía temática con una lectura crítica de políticas públicas, de forma que los mapas operen como argumento

sobre la infraestructura, el financiamiento y la distribución territorial de recursos, y no como mera ilustración.

En suma, el aporte teórico-metodológico de la tesis no reside únicamente en “aplicar SIG a la salud mental”, sino en mostrar que es posible construir una geografía crítica de la depresión juvenil, capaz de dialogar con políticas públicas, con la literatura internacional y con las experiencias situadas de territorios específicos.

10.3 Implicancias para la política pública y la planificación territorial del cuidado

La Atención Primaria generalista (APS/CESFAM) no se incorpora como unidad cartográfica principal en esta memoria. Se considera únicamente como contexto del sistema de salud y queda fuera del set comparativo. La cartografía defendible se restringe a infraestructura pública especializada: dispositivos comunitarios (COSAM/CSMC) y nodos hospitalarios terciarios de referencia (HGGB/Edificio Leonor Mascayano; Hospital Las Higueras).

Estas implicancias no constituyen un programa acabado, pero sí trazan un horizonte: avanzar hacia una planificación territorial del cuidado donde la salud mental juvenil deje de ser un tema residual y se vuelva criterio de organización del espacio, distribución de recursos y evaluación de la justicia en la ciudad.

10.4 Límites y alcances del estudio

Toda investigación se construye desde ciertas opciones y renunciaciones. Este trabajo no es la excepción. Reconocer sus límites no debilita sus conclusiones; al contrario, las sitúa en su justo alcance y abre con claridad las tareas pendientes.

Los límites del estudio se ubican en planos distintos y conviene entenderlos como condiciones de interpretación. Por un lado, el uso exclusivo de fuentes secundarias obliga a leer los resultados como un diagnóstico territorial sustentado en registros e informes, sin acceso directo a la experiencia vivida del malestar

juvenil. Por otro, la escala comunal privilegia comparaciones intercomunales y puede suavizar contrastes intra-comunales; allí donde los datos lo permiten, la incorporación de capas intra-comunales (CPV 2024) reduce, pero no elimina, ese riesgo. Asimismo, el diseño descriptivo no pretende inferir causalidad, sino mostrar patrones defendibles de desigualdad socioespacial y de acceso al cuidado. Finalmente, la ventana 2020–2024 privilegia comparabilidad y actualidad —marcadas por la pandemia y sus efectos—, lo que vuelve más preciso el retrato del presente que la reconstrucción de trayectorias de largo plazo.

Pese a estos límites, el trabajo tiene un alcance claro y defendible: ofrece un marco analítico y empírico sólido para afirmar que la depresión juvenil en el Gran Concepción está atravesada por desigualdades territoriales y por una distribución injusta del cuidado, y pone a disposición un conjunto de herramientas conceptuales y técnicas para continuar esa exploración en futuras investigaciones y políticas.

10.5 Proyecciones de investigación y acción

Más que un punto final, este capítulo busca funcionar como una bisagra entre la investigación realizada y las preguntas que quedan abiertas. Desde esa perspectiva, se pueden delinear al menos cuatro grandes líneas de proyección. Profundizar en escalas más finas y en miradas cualitativas. En primer lugar, un desarrollo natural de este trabajo sería realizar estudios intra-comunales en barrios del AMGC seleccionados por su posición en la matriz Cobertura×Vulnerabilidad, combinando análisis espacial de microdatos con entrevistas a jóvenes, equipos de salud, docentes y actores comunitarios. Ello permitiría contrastar y enriquecer las lecturas estructurales con la experiencia vivida del malestar y del cuidado. En segundo lugar, construir modelos explicativos que integren múltiples niveles. A partir de la base descriptiva generada, futuros estudios podrían diseñar modelos multivariados que incorporen simultáneamente variables individuales (sexo, edad, escolaridad), territoriales (pobreza, infraestructura, transporte, calidad ambiental) e institucionales (tipo de dispositivo,

tiempos de espera) para evaluar su peso relativo en la configuración de la depresión juvenil. El desafío será mantener el equilibrio entre sofisticación técnica y legibilidad para decisores y comunidades. En tercer lugar, desarrollar instrumentos de planificación territorial del cuidado juvenil. La matriz CoberturaxVulnerabilidad funciona como insumo de síntesis para orientar lectura territorial, mapas actualizables y criterios de priorización, sin pretender medir demanda clínica efectiva. Su propósito es comparativo y se interpreta siempre junto a las fuentes y supuestos explicitados en el Capítulo 7 y el Capítulo 8. Y, en cuarto lugar, explorar la dimensión ética y política de la salud mental juvenil como eje de transformación del modelo de ciudad.

Finalmente, la tesis invita a investigar la salud mental juvenil no sólo como campo sanitario, sino como lugar de intersección entre ética, política y territorio. Esto abre preguntas sobre participación juvenil en la planificación urbana, sobre formas de co-gobernanza de dispositivos comunitarios de cuidado, sobre cómo la geografía crítica puede dialogar con movimientos sociales, organizaciones comunitarias y colectivos juveniles que ya están disputando los paisajes del malestar desde abajo.

En conjunto, las conclusiones y proyecciones aquí expuestas sostienen que el desarrollo de una geografía de la salud mental juvenil en el Gran Concepción resulta una necesidad urgente frente a un escenario en el que la depresión, la ansiedad y el suicidio se han vuelto demasiado frecuentes como para seguir siendo tratados como problemas individuales o “casos aislados”.

Esta memoria ha buscado contribuir a ese esfuerzo ofreciendo mapas, matrices y argumentos que hagan más difícil ignorar la dimensión territorial del sufrimiento juvenil y más viable imaginar políticas de cuidado que no dejen, otra vez, fuera a quienes más las necesitan perpetuando un ciclo de injusticia territorial.

11. Bibliografía

- Agamben, G. (2014). *Homo sacer. El poder soberano y la vida desnuda* (D. Heller-Roazen, Trad.). *Barcelona: Pre-Textos*.
- Agnew, J. (2011). *Espacio y lugar: teorías de identidad y ubicación* (I. Palacios, Trad.). Madrid: Alianza Editorial.
- Aguilera Correa, I., & Arenas Gómez, A. (2023). Estimación del gasto en salud mental en Chile 2014–2021. *Boletín Economía y Salud*, 17 (1), 2–11.
- Appadurai, A. (1996). *Modernidad en grande: dimensiones culturales de la globalización* (i. Simón, Trad.). México D.F.: Gedisa.
- Araneda, J., Salamanca-Hernández, E., & Bustos-Navarrete, C. (2021). Understanding suicide in Chile: A spatial analysis. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 15 (1), 48–60. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.10.009>
- Armstrong, E. G. (2014). *Vulnerabilidad y ética del cuidado: perspectivas sobre salud, enfermedad y justicia social* (I. Núñez, Trad.). Madrid: Editorial UOC.
- Auyero, J. (2007). *Pacientes del estado: la política de la espera en la argentina* (c. Molina, Trad.). Barcelona: Gedisa.
- Bauman, Z. (2000). *Modernidad líquida*. Madrid: Alianza Editorial.
- Beroíza-Valenzuela, F., & colaboradores. (2024). The challenges of mental health in Chilean university students. *Frontiers in Public Health*, 12, 1297402. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1297402>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2024a). Decreto 326: Constituye Área Metropolitana del Gran Concepción. Ley Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?id Norma=1206146>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2024b). Listas y tiempos de espera en Chile: medición, reportes y propuestas de mejora (N.º 224-2024). Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/36897/1/BCN_listas_espera_medicion_reportes_propuestas_mejora.pdf
- Biehl, J. (2005). *Vita: vida en una zona de abandono social* (I. Álvarez, Trad.). Madrid: Abada Editores.
- Bio Bio Chile. (2021, 17 de octubre). Solo 53 siquiатras atienden con bono Fonasa en todo Chile. Bio Bio Chile. <https://www.biobiochile.cl/>
- Bonifacio, R., & Rivera, C. (2018). *Gis y salud pública en América latina: métodos y aplicaciones*. *Revista Latinoamericana de Geografía y Salud*, 12 (2), 45–72.
- Bourdieu, P. (1984). *La distinción: crítica social del juicio de gusto* (a. Pascual, Trad.; 3.ª ed.). Barcelona: Taurus.

- Braithwaite, I., Zhang, S., Kirkbride, J. B., Osborn, D. P. J., & Hayes, J. F. (2019). Air pollution (particulate matter) exposure and depression: a systematic review and meta-analysis. *Environmental Health Perspectives*, 127 (10), 106002. <https://doi.org/10.1289/EHP4595>
- Briggs, C. L., & Mantini-Briggs, C. (2003). *Stories in the time of cholera: racial profiling during a medical nightmare*. Berkeley: University of California Press.
- Brown, W. (2006). *Regular la aversión: tolerancia en la era del imperio* (m. Aguilar-Ramos, Trad.). Santiago: LOM Ediciones.
- Canguilhem, G. (1986). *Lo normal y lo patológico* (m. de León, Trad.). México D.F.: FCE.
- Castoriadis, C. (1987). *La institución imaginaria de la sociedad* (k. Blarney, Trad.). Barcelona: Cátedra.
- Centro de Encuestas y Estudios Longitudinales UC, & Asociación Chilena de Seguridad. (2025). *Termómetro de la Salud Mental en Chile: Undécima ronda*. https://www.achs.cl/docs/librariesprovider_2/default-document-library/presentacion-tsm-r_11.pdf
- CIPER Chile. (2018). *Síntomas depresivos: la desigualdad bajo la piel de Chile*.
- Comité Territorial de Salud Mental y Geografía Crítica, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Concepción. (2024). *Catastro de recursos de salud mental en comunas del gran Concepción [informe interno]*. Universidad de Concepción.
- Cortina, J., & Hardin, S. (2023). *The geography of mental health, urbanicity, and affluence*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20 (8), 5440. https://doi.org/10.3390/ijerph_20085440
- Cresswell, T. (2004). *Lugar: una breve introducción* (m. Blanco, Trad.). Barcelona: Ariel.
- Crockett, M. A., Martínez, V., & Caviedes, P. (2022). *Barriers and facilitators to mental health help-seeking and experiences with service use among LGBT+ university students in Chile*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (24), 16520. https://doi.org/10.3390/ijerph_192416520
- Curtis, S. (2004). *Espacio, lugar y salud mental* (r. Pérez, Trad.). Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Data Macro.com (Expansión). (2025). *Suicidios en Chile 2022: 10,6 por 100 000 habitantes*.
- De Certeau, M. (1999). *La invención de lo cotidiano 1: artes de hacer* (a. Pescador, Trad.). México D.F.: Universidad Iberoamericana.
- Defensoría de la Niñez & UDP. (2022). *Listas de espera psiquiátricas pediátricas en Chile: informe 2022*. UDP.

- Defensoría de la Niñez. (2022). Informe anual 2022: Notas temáticas: El derecho a la salud mental de niños, niñas y adolescentes. https://www.defensorianinez.cl/informe-anual-2022/wp-content/uploads/2022/11/IA2022_03-Notas_tematicas_web.pdf*
- Diario Concepción. (2024, 22 sept). Suicidios preocupan en el Biobío: solo al 8 de septiembre se contabilizan 121 casos [Noticia].
- Dirección de Presupuestos. (2023). Programa salud mental en la atención primaria de salud (APS): ficha de programa y gasto estimado 2023. Ministerio de Hacienda, Gobierno de Chile.
- Dirección de Presupuestos. (2024). Proyecto de Ley de Presupuestos año 2025: Partida 16 Ministerio de Salud. Ministerio de Hacienda, Gobierno de Chile.
- Easterling, K. (2014). *Extrastatecraft: el poder del espacio de infraestructura* (a. Muñoz, Trad.). Ciudad de México: Siglo XXI / Akal.
- Errázuriz, P., Valdés, C., Vöhringer, P. A., & Calvo, E. (2015). Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. *Revista Médica de Chile*, 143 (9), 1179–1186. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000900011>
- Escobar, A. (2008). *Territorios de la diferencia: lugar, movidas, vida, redes* (e. Toscano, Trad.). Bogotá: Debate.
- Esri. (2023). *Arcgis pro 3. 2* [Software]. Redlands, CA: Esri.
- Evans, S. (2014). *Redes acuáticas: la vida cultural de las vías navegables* (d. Morales, Trad.). Barcelona: Gustavo Gili.
- Eyles, J., & Williams, A. (2008). *Sense of place, health and quality of life*. Aldershot, England: Ashgate.
- Farmer, P. (2001). *Infections and inequalities: the modern plagues*. Berkeley: University of California Press.
- Fassin, D. (2007). *El agujero negro del humanitarismo* (I. Mendieta, Trad.; 2.ª ed.). Madrid: Akal.
- Fassin, D. (2011). *La razón humanitaria: una historia moral del presente* (p. Herrera, Trad.). Madrid: Akal.
- Fisher, M. (2009). *Realismo capitalista: ¿no hay alternativa?* (j. Pérez, Trad.). Madrid: Traficantes de Sueños.
- Fisher, M. (2014). *Ghosts of my life: writings on depression, hauntology and lost futures*. Winchester & Washington: Zero Books.
- Fisher, M. (2014). *Realismo capitalista: ¿No hay alternativa?* Caja Negra. ISBN: 9789871622450.
- Fisher, M. (2021). *Acid communism*. London: Faber & Faber.
- Foucault, M. (1977). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión* (e. Puche, Trad.; 4.ª ed.). Madrid: Siglo XXI Editores.

- Galea, S., & Vlahov, D. (2005). *Social determinants and the health of drug users: socioeconomic status, homelessness, and hiv infection*. *Public Health Reports*, 120 (2), 174–182.
- Gatica-Saavedra, P. (2020). Plan nacional de salud mental: reflexiones en torno a la participación social y el enfoque de derechos humanos. *Revista Médica de Chile*, 148 (4), 500–507. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872020000400500>
- Giard, L., Mayol, P., & de Certeau, M. (2000). *La invención de lo cotidiano 2: habitar, cocinar* (a. Pescador, Trad.). México D.F.: Universidad Iberoamericana.
- Gobierno Regional del Biobío. (2024). *Informe de red asistencial del servicio de salud Biobío*. Concepción, Chile: GORE Biobío.
- Goodchild, M. F. (2009). “neogeography and the delusion of democratised gis.” *Annals of the Association of American Geographers*, 99 (2), 307–315.
- Han, B.-C. (2017). *La sociedad del cansancio* (2ª ed.). Herder. ISBN: 9788425438547.
- Han, B.-C. (2018). *La sociedad del cansancio* (arantzazu saratzaga arregi, trad.). Barcelona: Herder Editorial.-84-254-2868-5 (primera edición,, 2012);-84-254-5144-7 (edición Herder, 2024)
- Han, B.-C. (2019). *La agonía del eros*. Barcelona: Herder Editorial.-84-254-3275-0.
- Han, B.-C. (2019). *Psicopolítica: neoliberalismo y nuevas técnicas de poder* (j. Pérez, Trad.). Barcelona: Herder.
- Han, B.-C. (2023). *La agonía del Eros*. Herder. ISBN: 9788425450839.
- Hart, R. (1997). *Children’s participation: the theory and practice of involving young citizens in community development and environmental care*. London: Earthscan.
- Harvard T.H. Chan School of Public Health – Center for Health Decision Science. (2020). Quantifying the global cost of mental disorders. <https://chds.hsph.harvard.edu/quantifying-the-global-cost-of-mental-disorders/>*
- Harvey, D. (1973). *Justicia social y la ciudad* (e. Ruiz, Trad.). México D.F.: Siglo XXI Editores.
- Harvey, D. (2012). *Ciudades rebeldes: del derecho a la ciudad a la revolución urbana* (e. Lluch, Trad.). Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Harvey, D. (2012). *Ciudades rebeldes: Del derecho de la ciudad a la revolución urbana*. Akal. ISBN: 9788446037996.
- Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente. (s. f.). *Ubicación*. Hospital Regional de Concepción. <https://www.hospitalregional.cl/main-map.html>

- Hospital Las Higueras. (s. f.). Dispositivos de salud mental. Hospital Las Higueras. <https://hospitallashigueras.cl/prog-serv/dispositivos-salud-mental>
- IBM Corp. (2021). Ibm spss statistics for windows, version 28. 0 [Software]. Armonk, NY: IBM Corp.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE). (2022). Proyecciones de población comunal 2022: san pedro de la paz. Santiago, Chile: INE.
- Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. (2022). Cartografía censal comunal 2022 [shapefiles]. Servicio Nacional de Geografía Censal.
- Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. (2024). Censo 2024 (CPV): Manual de uso de cartografía. INE.
- Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. (2024). Censo 2024: Manual de uso de microdatos. INE.
- Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. (2024). Síntesis de resultados Censo 2024 (CPV). INE.
- Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. (2024). Base Cartográfica Censal: Censo de Población y Vivienda 2024 (CPV) [File Geodatabase]. Santiago, Chile: INE.
- Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. (2024). Diccionario de variables geográficas: Censo de Población y Vivienda 2024 (CPV) [Archivo Excel]. Santiago, Chile: INE.
- Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. (2024). Manual Censal: Censo de Población y Vivienda 2024 (CPV). Santiago, Chile: INE.
- Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. (2024). Memoria del Censo de Población y Vivienda 2024 (CPV). Santiago, Chile: INE.
- Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. (2024). Resultados Censo 2024 (CPV): Presentación regional Biobío [Presentación]. Santiago, Chile: INE.
- Instituto Nacional de la Juventud (INJUV). (2023). Décima encuesta nacional de juventudes 2022: informe región del Biobío [informe regional]. Gobierno de Chile.
- Instituto Nacional de la Juventud. (2022). Décima Encuesta Nacional de Juventudes 2022. <https://www.injuv.gob.cl>
- Kleinman, A. (1988). Repensando la psiquiatría: categoría cultural y experiencia personal (a. Chávez, Trad.; 3.ª ed.). Santiago: Editorial Universitaria de.
- Krieger, N. (2012). *Methods for the scientific study of discrimination and health: An ecosocial approach. American Journal of Public Health, 102 (5), 936–944.* <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300544>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the phq-4. *Psychosomatics*, 50 (6), 613–621.

- La Tercera. (2021, 1 de noviembre). Las trabas de la salud mental: agenda de psiquiatras está copada hasta mediados de diciembre. La Tercera. <https://www.latercera.com/>
- La Tercera. (2024, 17 de noviembre). El déficit de psiquiatras en Chile: agendas copadas en clínicas y solo 1.098 especialistas en el sistema público. La Tercera. <https://www.latercera.com/>
- Latour, B. (1993). Jamás fuimos modernos: ensayo de antropología simétrica (s. Martín, Trad.; 3.^a ed.). Barcelona: Anthropos.
- Law, J. (2004). Después del método: desorden contra decisión en la investigación social (a. Figueroa, Trad.). Madrid: Siglo XXI.
- Lefebvre, H. (1991). La producción del espacio (r. García, Trad.; 2.^a ed.). Barcelona: Anthropos.
- Lefebvre, H. (2013). La producción del espacio. Capitán Swing. ISBN: 9788494169052.
- Li, L. Y., Rehfuess, E., Schäfer, I., Ketzler, M., & Blume, C. (2024). The impact of neighborhood deprivation on mental health and health-related quality of life among children and adolescents during the COVID-19 pandemic in Hamburg, Germany. PLOS ONE. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0313652>
- Llorca-Jaña, M., Rivas, J., & Morales-Campos, D. (2024). Principales tendencias de las tasas de suicidio en Chile: 1921–2020. Macrohistoria, 7. <https://www.researchgate.net/publication/386173051>
- Llorca-Jaña, M., Rivas, J., & Morales-Campos, D. (2025). Desigualdad regional de la evolución histórica del suicidio en Chile, 1921–2021. Historia 396. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/10331864.pdf>
- Locks, G. (2024). Mortality inequality in Chile. Fiscal Studies. <https://doi.org/10.1111/1475-5890.12387>
- Marmot, M. (2008). Determinantes sociales de la salud (r. Sánchez, Trad.). Madrid: Médica Panamericana.
- Marmot, M. (2008). Reducir las desigualdades en una generación: equidad en salud mediante la acción sobre los determinantes sociales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Massey, D. (1994). Espacio, lugar y género (i. Pérez, Trad.). Barcelona: Anthropos.
- Massey, D. (2005). For space. SAGE. ISBN: 9781412903615.
- Massey, D. (2007). Ciudad global: Londres en perspectiva (j. Ramírez, Trad.). Madrid: Akal.
- Massey, D. (2008). Por el espacio (m. López, Trad.). Madrid: Cátedra.
- Mediana de días de espera No GES para primera consulta de psiquiatría, MINSAL, junio 2024.

- Méndez-Bustos, P., et al. (2022). Longitudinal trajectories of suicidal ideation and attempts in adolescents in Chile. *BMJ Open*, 12 (2), e 051749. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051749>
- Merleau-Ponty, M. (2005). *Fenomenología de la percepción* (r. de Arriba, Trad.; 2.ª ed.). Madrid: Alianza Editorial.
- Ministerio de Salud de Chile. (s. f.). Portal de Lista de Espera en Salud (No GES): visor de tiempos de espera. Gobierno de Chile.
- Minoletti, A., & Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18 (4/5), 346–358.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia – Observatorio Social. (2022). Encuesta casen 2022: base de datos comunal [conjunto de datos]. Gobierno de Chile.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2022). Encuesta casen 2022: índices de pobreza multidimensional por comuna. Santiago, Chile: MDSF.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2022). Encuesta de caracterización socioeconómica nacional (casen) 2022: resultados por comuna. Santiago, Chile: MDSF.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2023). Serie de resultados CASEN 2022: Acceso a salud en la población residente en Chile. Gobierno de Chile. <https://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/>
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Observatorio Social. (2025). Atlas socioeconómico regional: región del Biobío [plataforma web]. Gobierno de Chile.
- Ministerio de Obras Públicas de Chile. División de Geomensura. (2021). Límites administrativos comunales 2021 [shapefiles]. Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud de Chile. (2021). Encuesta Nacional de Salud 2021. <https://www.minsal.cl>
- Ministerio de Salud de Chile. (2024). Construyendo salud mental: evidencias y datos para la acción. https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/05/2024.05.28_CONSTRUYENDO-SALUD-MENTAL.pdf
- Ministerio de Salud de Chile. Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). (2024). Registro nacional de establecimientos de salud (res) [base de datos georreferenciada].
- Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaría de Salud Pública. Departamento de Salud Mental. (2013). Programa nacional de prevención del suicidio: orientaciones para su implementación. Santiago, Chile: MINSAL.*
- Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2021). Diseño de la red asistencial del servicio de salud Biobío: informe de oferta (cap. V). Concepción, Chile: Gobierno de Chile.

- Ministerio de Salud. (2001). Plan nacional de salud mental y psiquiatría. Santiago, Chile: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (2007). Informe WHO-AIMS sobre el sistema de salud mental en Chile (versión española). Santiago, Chile: Ministerio de Salud / OPS-OMS.
- Ministerio de Salud. (2011). Estrategia nacional de salud para el logro de los objetivos sanitarios de la década 2011–2020. Santiago, Chile: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (2014). Segundo informe WHO-AIMS sobre el sistema de salud mental en Chile (datos 2012). Santiago, Chile: Ministerio de Salud / OPS-OMS.
- Ministerio de Salud. (2017). Plan nacional de salud mental 2017-2025. Santiago, Chile: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (2021). Plan de acción de salud mental 2019–2025. Santiago, Chile: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Seguridad Pública. (2025, 12 de septiembre). Chile registra tercer año con baja consecutiva en homicidios: tasa disminuye 13,8% en 2025-I [Comunicado de prensa]. <https://minsegpublica.cl/>
- Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU). (2021). Atlas digital de ciudades de Chile [plataforma web]. Gobierno de Chile.*
- Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU). (2024). Catastro nacional de campamentos 2024: resultados 2024 [Informe]. Ministerio de Vivienda y Urbanismo.
- Ministerio del Medio Ambiente. (2018). Decreto supremo N°6: establece plan de prevención y descontaminación atmosférica por material particulado MP2,5 para las comunas de Concepción Metropolitana [Diario Oficial]. Ministerio del Medio Ambiente.
- Mitchell, D. (2000). Geografía cultural: una introducción crítica (f. Alvarado, Trad.; 2.ª ed.). Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Mol, A. (2002). El cuerpo múltiple: ontología en la práctica médica (c. Guth, Trad.). Buenos Aires: Biblioteca Tytonik.
- Moya, P., Toro, C., Vidal, C., & Sierra, S. (2024). Atención de urgencia por ideación suicida en Chile, periodo 2020 al 2022. Revista Médica Clínica Las Condes, 35 (5–6), 520–527. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2024.08.006>*
- Murphy, M. (2006). Sick building syndrome and the problem of uncertainty: environmental journalism and the politics of precaution. New York: Mc Graw-Hill.[no disponible].
- Navarro, V. (2007). Neoliberalismo, globalización e inequidades: consecuencias para la salud y la calidad de vida (f. Ramírez, Trad.). Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

- Nichter, M. (2008). *Global health: why cultural perceptions, social representations, and biopolitics matter*. Tucson: University of Arizona Press.
- Observatorio de la Niñez, Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2024, feb). Mapa de alertas y oportunidades en la salud mental de adolescentes en Chile (15–17 años) [Visualización interactiva].
- Odgers, C. L., & Jensen, M. R. (2020). Annual Research Review: Adolescent mental health in the digital age: facts, fears, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61 (3), 336–348. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13190>
- Olivari, C., Guzmán-González, M., & Mellado, C. (2021). Fuentes de ayuda preferidas para problemas de salud mental por adolescentes chilenos: estudio descriptivo. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 78 (3), 207–215. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462021000300207
- Ong, A. (2006). *Neoliberalismo como excepción: mutaciones en ciudadanía y soberanía* (g. Cardona, Trad.). Buenos Aires: El Ateneo.
- Open Street Map contributors. (2025). *Openstreetmap chile: datos geoespaciales* [base de datos]. Open Street Map Foundation.
- Orben, A., & Przybylski, A. K. (2019). The association between adolescent well-being and digital technology use. *Nature Human Behaviour*, 3 (2), 173–182. <https://doi.org/10.1038/s 41562-018-0506-1>
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2024). *Society at a Glance 2024: Suicides*. https://www.oecd.org/en/publications/society-at-a-glance-2024_918d 8db 3-en/full-report/suicides_357d 50c 7.html
- Organización Mundial de la Salud.(2020). *Mental Health Atlas 2020: Chile country profile*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>
- Organización Mundial de la Salud. (s. f.). *Datos y estadísticas sobre conducta suicida y comparativa de intentos vs. consumación*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS).(2020). *Mental Health Country Profile – Chile*. <https://www.paho.org/en/documents/mental-health-country-profile-chile>
- Organización Panamericana de la Salud.(2023). *Mental health: Fact sheet*. <https://www.paho.org/en/topics/mental-health>
- Organization for Economic Co-operation and Development. (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. <https://doi.org/10.1787/7a 7afb 35-en>
- Osorio, P., et al. (2024). Mortalidad por suicidio adolescente en Chile 2019–2022. *Revista Chilena de Salud Pública*, 28 (1), e 155.

- Osorio, W., Sanhueza, M., Muñoz, K., Spano, A., Valenzuela, L., & Sanhueza, N. (2024). Descripción epidemiológica de suicidalidad en adolescentes chilenos entre 2019–2022. *Revista Chilena de Salud Pública*, 28, e 72669. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2024.72669>
- Our World in Data.(2024). Suicide rate (IHME, Global Burden of Disease) [dataset]. Our World in Data.
- Packard, R. M. (1989). *White plague, black labor: tuberculosis and the political economy of health and disease in south africa*. Berkeley: University of California Press.
- Pan, D., Yan, N., Pu, L., He, X., Wang, H., Zhang, X., Shi, X., Wen, J., & Li, J. (2024). The association between urbanization and adolescent depression in China. *Peer J*, 12, e 16888. <https://doi.org/10.7717/peerj.16888>
- Peck, J. (2010). *Construcciones de la razón neoliberal* (m. Díaz, Trad.). Madrid: Akal.
- Pérez, L. (2020). *Cartografía crítica de la desigualdad urbana*. Santiago: Ediciones UC.
- Pickett, K. E., & Pearl, M. (2001). Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: A critical review. Journal of Epidemiology & Community Health, 55 (2), 111–122. https://doi.org/10.1136/jech.55.2.111*
- QGIS Development Team. (2025). *Qgis user guide (v. 3.32)* [Manual]. Open Source Geospatial Foundation Project.
- Radio Universidad de Concepción (Ude C).(2025, 14 ene). Juventudes del Biobío presentan índices de ansiedad y depresión preocupantes [Noticia].
- Raphael, D. (2011). *Determinantes sociales de la salud: perspectivas canadienses* (e. Torres, Trad.; 2.ª ed.). Toronto: Canadian Scholars' Press.
- Redfield, P. (2013). *Doctors, borders and life in crisis: humanitarianism in question*. Berkeley: University of California Press.
- Registro Nacional de Establecimientos de Salud (DEIS, MINSAL). (2024). *Registro nacional de establecimientos de salud (res)* [base de datos georreferenciada].
- Retamal Parra, D., & Muñoz Pareja, M. (2023). Salud mental de niños, niñas y adolescentes durante la pandemia COVID-19: descripción de diagnósticos atendidos en urgencia psiquiátrica Hospital Las Higueras, Talcahuano. *ARS Medica (Santiago)*, 48 (1), 5–14. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v48i1.1942>
- Rojas, M. (2018). *Mapas de la marginalidad: geografía y poder en ciudades latinoamericanas*. Bogotá: Editorial Universidad Nacional.
- Rose, N. S. (1999). *Gobernar el alma: formación del yo privado* (m. Dorado, Trad.; 2.ª ed.). Barcelona: Gedisa.

- Sabel, C. E., Pedersen, C. B., Antonsen, S., Webb, R. T., & Horsdal, H. T. (2024). Changing neighborhood income deprivation over time, moving in childhood, and adult risk of depression. *JAMA Psychiatry*, 81 (9), 919–927. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.1382>
- Sánchez-Castro, J. C., Bernal, M. M., Betancourth, M. O., Carbonell, C. A., & Vallejo-Casas, J. A. (2024). *Mental health among adolescents exposed to social inequality in Latin America and the Caribbean: A scoping review*. *Frontiers in Public Health*, 12, 1342361. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1342361>
- Santos, B. de S. (2014). *Epistemologías del sur: la reinención del conocimiento y la emancipación social* (m. Herrera, Trad.). Buenos Aires: CLACSO.
- Savalle, G. R. (2012). *Geografías de la exclusión social* (p. Soto, Trad.). Buenos Aires: Antropofagia.
- Sayer, A. (2000). *Método en ciencias sociales: enfoque realista* (a. Bahamonde, Trad.; 2.ª ed.). Barcelona: Paidós.
- Sayer, A. (2000). *Realismo y ciencias sociales*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Scott, J. C. (1998). *Cómo ve el estado: por qué fracasan los grandes planes públicos* (a. Valdés, Trad.). Buenos Aires: Katz Editores.
- SECTRA. (2017). *Encuestas de movilidad: Encuesta Origen-Destino Gran Concepción 2017*. Secretaría de Planificación de Transporte, Ministerio de Transportes y Telecomunicaciones, Gobierno de Chile.
- Sennett, R. (1998). *La corrosión del carácter: las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo* (m. Fernández, Trad.). Barcelona: Anagrama.
- Seremi de Salud Región del Biobío (Ministerio de Salud). (2025, 9 abr). *Lanzan segunda etapa del plan "Construyendo Salud Mental en el Biobío"* [Comunicado de prensa].
- Servicio de Salud Talcahuano. (2023). *Red asistencial y población cubierta*. Talcahuano, Chile: Servicio de Salud Talcahuano.
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). (2024). *Encuesta juventud y bienestar 2024: región del Biobío* [informe regional]. SENDA.
- Sistema Nacional de Información de Calidad del Aire (SINCA). (s. f.). *Plataforma de datos de calidad del aire*. Ministerio del Medio Ambiente, Gobierno de Chile.
- Smith, N. (1996). *The new urban frontier: gentrification and the revanchist city*. London/New York: Routledge.
- Soja, E. W. (1996). *Tercer espacio: los ángeles y otros lugares reales e imaginados*. Buenos Aires: Paidós.

- Soja, E. W. (2000). *Postmetropolis: critical studies of cities and regions*. Oxford: Blackwell.
- Soja, E. W. (2010). *Seeking spatial justice* (c. Humanidades, Trad.). Valencia: Tirant Humanidades.
- Soja, E. W. (2010). *Seeking spatial justice*. University of Minnesota Press. ISBN: 9780816666683.
- Sparke, M. (2009). *Introducción a la salud global* (r. Suárez, Trad.; 2.^a ed.). Madrid: Médica Panamericana.
- Statistics Korea (KOSTAT). (2023). *Suicide trends and responses in Korea*. https://sri.kostat.go.kr/board.es?act=view&bid=12046&list_no=432657
- Stevenson, R. (2011). *Spaces of neoliberalism: urbanism and architecture under market rule*. New York: Routledge.
- Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo (SUBDERE). (2022). *Datos comunales de población y superficie [base de datos]*. Gobierno de Chile.
- Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo [SUBDERE]. (2024, 28 de agosto). *Dos nuevas áreas metropolitanas se constituyen oficialmente: Santiago y el Gran Concepción*. Gobierno de Chile. <https://www.subdere.gov.cl/sala-de-prensa/dos-nuevas-%C3%A1reas-metropolitanas-se-constituyen-oficialmente-santiago-y-el-gran>
- Subsecretaría de Prevención del Delito. (2024). *Informe nacional de víctimas de homicidio 2018-2023*. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. <https://www.spd.gov.cl/>
- Subsecretaría de Prevención del Delito. (2025). Informe nacional de víctimas de homicidios consumados en Chile 2024. Ministerio del Interior y Seguridad Pública.*
- Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud de Chile. (2024). *Estadísticas regionales de salud mental: región del Biobío 2022–2023 [informe técnico]*. Servicio de Salud Biobío.
- Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud de Chile. (2024). Prevención del suicidio en Chile: informe de tendencias y estacionalidad [informe digital]. DIPRECE.*
- Superintendencia de Salud. (2021). *Estudio de las coberturas financieras de salud mental en Isapres (2020)*. Gobierno de Chile. <https://www.superdesalud.gob.cl/>
- Superintendencia de Salud. (2025). *Boletín N°4: Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud (RNPI), año 2024 (corte 31-12-2024)*. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile.
- Szoko, N., Ajith, A., Kurland, K., & Culyba, A. J. (2024). *Community asset density and past-year mental health symptoms among youths*. *JAMA Network*

- Open, 7 (9), e 2434923.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.34923>
- TECHO-Chile.(2024). Catastro nacional de campamentos 2024-2025 [Base de datos y tablero de visualización]. TECHO-Chile.
<https://www.techo.org/chile/catastro>
- Thrift, N. (2004). Recordando la ciudad: teoría y práctica urbana en el siglo XXI (c. Martín, Trad.). Barcelona: Gustavo Gili.
- Tuan, Y.-F. (1977). Space and place: the perspective of experience. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Tuan, Y.-F. (2001). Space and place: The perspective of experience (2nd ed.). University of Minnesota Press. ISBN: 9780816638772.
- Tuan, Y.-F. (2013). Espacio y lugar: la perspectiva de la experiencia (m. González, Trad.; 2.ª ed.). Madrid: Alianza Editorial.
- Turner, B. S. (2008). El cuerpo y la sociedad: exploraciones en teoría social (m. Rocha, Trad.; 3.ª ed.). Madrid: Trotta/Siglo XXI.
- UN-Habitat. (2020). World cities report 2020: the value of sustainable urbanization. United Nations Human Settlements Programme.
- UNICEF Chile. (2025). SITAN 2025: Situación de la niñez y adolescencia en Chile. UNICEF Chile. <https://www.unicef.org/chile/>
- UNICEF. (2019). Guidelines on mental health and psychosocial support for adolescents in humanitarian settings. UNICEF.
- United Nations Children's Fund (UNICEF). (2021). Over US\$30 billion is lost to economies in Latin America and the Caribbean each year due to youth mental health disorders. <https://www.unicef.org/lac/en/press-releases/over-us-30-billion-is-lost-to-economies-in-latin-america-and-caribbean-each-year-due-youth-mental-health-disorders>
- Universidad de Chile. (2023). Estigma de enfermedad mental como barrera para la búsqueda de ayuda profesional [Tesis de pregrado]. <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/201548/Estigma-de-enfermdad-mental-como-barrera.pdf>
- Universidad de Concepción. (2024). Programa Igual-Mente: Por una salud mental sin estigma. <https://igualmenteudec.cl/>
- Universidad Diego Portales. (2022). Informe anual sobre derechos humanos en Chile 2022: Capítulo salud mental. https://derechoshumanos.udp.cl/cms/wp-content/uploads/2022/11/DDHH2022_06_Salud Mental.pdf*
- Veloso-Besio, C., Cuadra-Peralta, A., Gallardo-Peralta, L., Cuadra-Fernández, P., Quiroz, P. T., & Vega-Troncoso, N. (2023). The prevalence of suicide attempt and suicidal ideation and its relationship with aggression

- andbullying in Chilean adolescents. *Frontiers in Psychology*, 14, 1133916. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1133916>
- Venkatesh, S. A. (2006). *Off the books: the underground economy of the urban poor*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Vicente, B., et al. (2016). *Estudio nacional de salud mental en niños, niñas y adolescentes en Chile*. *Revista Médica de Chile*, 144 (3), 313–323. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872016000300005>
- Wacquant, L. (2009). *Castigar a los pobres: el gobierno neoliberal de la inseguridad social* (I. Ortega, Trad.). Buenos Aires: Prometeo.
- Wallerstein, I. (1979). *El sistema mundial capitalista*. Barcelona: Siglo XXI Editores.
- Wallerstein, I. (2005). *El moderno sistema mundial i: la agricultura capitalista y los orígenes de la economía-mundo europea en el siglo xvi* (3.ª ed.). Madrid: Siglo XXI Editores.
- Watts, M. (2013). *Violencia silenciosa: alimento, hambruna y campesinado en el norte de Nigeria* (t. Otero, Trad.; 2.ª ed.). Quito: Abya Yala.
- Wilkinson, R. G. (1996). *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London: Routledge.
- Wilkinson, R. G., & Pickett, K. (2009). *Desigualdad: un análisis de la (in) felicidad colectiva* (I. González et al., Trad.). Madrid: Turner Publicaciones.
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2009). *La igualdad importa: por qué sociedades más equitativas son más fuertes*. Buenos Aires: Katz Editores.
- World Health Organization. (2011). *Mental Health Atlas 2011*. World Health Organization.
- Zhou, J., Li, L., Li, G., & Zhu, Y. (2024). Prevalence of depressive symptoms among children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. <https://doi.org/10.1186/s13034-024-00841-w>

12. Anexos

- Índice de Figuras

Figura 8.1. Cartografía 1: Área de estudio (AMGC) y oferta pública especializada de salud mental: comunas, límite urbano y localización de COSAM/CSMC y nodos terciarios de referencia.....	45
Figura 8.2. Cartografía 2. Oferta territorial pública especializada de salud mental en el AMGC (dispositivos comunitarios (COSAM/CSMC) y nodos hospitalarios de referencia.....	54
Figura 8.3. Cartografía 3. Pobreza multidimensional (MPI, CASEN 2022) por comuna en el AMGC.....	57
Figura 8.4. Cartografía 4. Matriz 2x2 MPIxcobertura especializada (sin puntos).....	61
Figura 8.5. Cartografía 5. Matriz de criticidad relativa (MPI + cobertura dispositivos especializados) + Puntos COSAM/CSMC/Unidad Psiquiátrica en el AMGC.....	62

- Índice de Tablas.

Tabla 8.1. Distribución PHQ-4 por región (porcentajes).....	49
Tabla 8.2. Casos y tasas por 100.000 hab. (total y 15–19 años), 2024.....	50
Tabla 8.3. Cobertura COSAM por 100.000 jóvenes (15–24) – AMGC.....	52
Tabla 8.4. Pobreza multidimensional comunal en el AMGC.....	56
Tabla 8.5. Matriz 2x2 de criticidad relativa (MPI umbralxcobertura).....	59
Tabla 8.6. Homicidios vs. Suicidios: tasas nacionales (x 100.000).....	62