



Más Allá del Diagnóstico: Análisis de la Mortalidad por Esquizofrenia en Chile, 2019–2024

Beyond the Diagnosis: Analysis of Schizophrenia Mortality in Chile, 2019–2024

Catalina Stibalis Poblete Silva (1),
Cristobal Ignacio Zurita Sepúlveda (1),
Amaro Agustín Reveco Carrasco (1),
Aleksandra Katarina Martinich
Navarro (1), Allyson Mariali Poblete
Silva (2)

(1) Interno(a) de Medicina,
Universidad de O'Higgins,
Rancagua.

(2) Médica Cirujana, Becada de
Medicina Interna, Universidad
Diego Portales, Santiago.

Recibido el 31 de mayo de 2026.
Aceptado el 14 de septiembre de 2026.
Publicado el 29 de septiembre de 2026.
Correspondencia: Catalina Stibalis
Poblete Silva
Correo: catalinastibalis@gmail.com

Los autores declaran no tener conflictos de intereses en relación a este artículo. Sin fuentes de financiamiento.

REVISTA
ANACEM



Resumen

Introducción: La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico crónico que afecta al 1% de la población mundial y reduce la esperanza de vida en más de 15 años, principalmente por enfermedades cardiovasculares, metabólicas y suicidio. En Chile, existe escasa evidencia sobre la mortalidad directamente atribuida a la esquizofrenia como causa básica de defunción, particularmente en relación con su evolución temporal y distribución territorial.

Objetivos: Analizar la tasa de mortalidad por esquizofrenia en Chile entre 2019 y 2024, diferenciando por sexo, grupo etario, región y lugar de defunción.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal sustentado con datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) y del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Se calcularon tasas de mortalidad por 100.000 habitantes, procesadas y analizadas en Microsoft Excel. No se requirió aprobación de un comité de ética por utilizar bases públicas anonimizadas.

Resultados: La mortalidad alcanzó su punto máximo en 2021 (0,32 por 100.000 habitantes), año en que las mujeres alcanzaron su tasa máxima (0,29) y los hombres 0,26; no obstante, en el balance global del período persiste un predominio

masculino (promedio de 0,21 vs. 0,17/100.000). El grupo de 80 años y más concentró la mayor tasa de mortalidad, alcanzando 2,34 por 100.000 en 2024. Territorialmente, la Región Metropolitana presentó la tasa acumulada más alta (0,40), en marcado contraste con Aysén (0,00) y Magallanes (0,01). El 77,4% de las defunciones ocurrieron en domicilio, cifra elevada en comparación con la mortalidad general de 13,7% en recintos hospitalarios.

Discusión: El incremento de 2021 refleja el impacto indirecto de la pandemia de COVID-19 sobre la desatención clínica, el colapso ambulatorio y el aislamiento sociofamiliar. La sobremortalidad geriátrica y masculina responde a mayor comorbilidad metabólica y fragilidad. Por otro lado, las regiones Australes evidenciaron posible protección asociada a mayor cohesión social y menor estrés urbano.

Conclusión: Estos hallazgos subrayan inequidades territoriales y evidencian la urgencia de fortalecer la atención psiquiátrica integral y preventiva en Chile.

Palabras clave: Esquizofrenia, Mortalidad, Psiquiatría, Causas de Muerte, Mortalidad Prematura, Chile.



Abstract

Background: Schizophrenia is a chronic psychiatric disorder affecting approximately 1% of the global population and reducing life expectancy by more than 15 years, mainly due to cardiovascular disease, metabolic disorders, and suicide. In Chile, evidence regarding mortality directly attributed to schizophrenia as the underlying cause of death remains scarce, particularly concerning its temporal trends and territorial distribution.

Objectives: To analyze the schizophrenia mortality rate in Chile between 2019 and 2024, stratified by sex, age group, administrative region, and place of death.

Methods: An observational, descriptive, cross-sectional study using records from the Department of Health Statistics and Information (DEIS) and the National Statistics Institute (INE). Mortality rates per 100,000 population were calculated and analyzed using Microsoft Excel. Ethics committee approval was not required due to the use of public, de-identified secondary data.

Results: Mortality peaked in 2021 (0.32 per 100,000 population), which represented the highest rate of the study period. In that year, females reached their highest rate (0.29) and males 0.26; however, across the overall study period, male mortality

predominated (mean: 0.21 vs. 0.17 per 100,000). The age group of 80 years and older concentrated the highest mortality burden, reaching 2.34 per 100,000 in 2024. Geographically, the Metropolitan Region registered the highest cumulative rate (0.40), in sharp contrast to Aysén (0.00) and Magallanes (0.01). Notably, 77.4% of deaths occurred at home, an elevated proportion compared to the 13.7% recorded in hospital settings.

Discussion: The 2021 increase reflects the collateral impact of the COVID-19 pandemic, including disruptions in clinical follow-up, outpatient service overload, and socio-familial isolation. Excess geriatric and male mortality is linked to a higher burden of metabolic comorbidities and clinical frailty. Conversely, southern regions demonstrated a potential protective effect associated with stronger social cohesion and lower urban stress.

Conclusion: These findings highlight territorial inequities and emphasize the urgent need to strengthen comprehensive, preventive psychiatric care in Chile.

Keywords: Schizophrenia, Mortality, Psychiatry, Cause of Death, Premature Mortality, Chile.



Introducción

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico grave y crónico que afecta cerca del 1% de la población mundial. Clínicamente se manifiesta a través de una constelación heterogénea de síntomas positivos (como delirios y alucinaciones), negativos (como abulia y retraimiento social), y cognitivos, destacando déficits en memoria de trabajo, atención y velocidad de procesamiento mental (1,8). Su inicio suele ocurrir en la adolescencia tardía o adultez temprana, precedido en muchos casos por un periodo prodrómico caracterizado por aislamiento social, disminución del rendimiento académico y cambios conductuales sutiles (8).

Desde el punto de vista etiológico, la esquizofrenia es un trastorno multifactorial en el que convergen factores genéticos con una heredabilidad estimada cercana al 80% y ambientales, tales como complicaciones obstétricas, infecciones prenatales, urbanidad, y adversidad en la infancia (7,8,15). Además, se ha propuesto una hipótesis neuroinmunológica que involucra la activación microglial, el aumento de citocinas proinflamatorias y la presencia de alteraciones inmunitarias tanto periféricas como centrales, contribuyendo a la disfunción sináptica y la neurodegeneración progresiva (2,3).

También se ha asociado el tabaquismo, especialmente en etapas tempranas o prenatales, con un mayor riesgo, debido a sus efectos neurobiológicos y bases

genéticas compartidas con la enfermedad (4).

El diagnóstico de esquizofrenia es clínico y se basa en la evaluación directa del paciente, la entrevista estructurada y, cuando es posible, la información proporcionada por familiares o cuidadores. Los criterios diagnósticos actuales requieren la presencia de síntomas psicóticos persistentes durante al menos seis meses, con deterioro funcional significativo (1,7).

Las personas con esquizofrenia presentan una reducción de aproximadamente 15–20 años en su esperanza de vida, asociada principalmente a un exceso de mortalidad por causas naturales prevenibles, entre ellas enfermedades cardiovasculares, metabólicas y respiratorias (6). Esta sobremortalidad se relaciona con diversos factores modificables, como el tabaquismo, el sedentarismo, las alteraciones metabólicas y las dificultades de acceso a una atención sanitaria adecuada (5,6). Asimismo, el suicidio constituye una causa importante de mortalidad en esta población, con un riesgo considerablemente mayor que en la población general (6).

Estudiar la mortalidad por esquizofrenia en Chile es una necesidad urgente desde una perspectiva de salud pública, considerando que esta enfermedad se asocia a una reducción significativa de la esperanza de vida, con un exceso de mortalidad atribuible tanto a causas naturales como enfermedades cardiovasculares y metabólicas como a causas externas, especialmente el suicidio.



Objetivos

Objetivo principal: Examinar la tasa de mortalidad por Esquizofrenia en el periodo 2019 - 2024 en Chile.

Objetivos secundarios:

- Definir la tasa de mortalidad según sexo
- Establecer la tasa de mortalidad según grupo etario
- Interpretar la tasa de mortalidad según distribución regional
- Determinar la distribución porcentual de decesos según lugar de defunción

Materiales y métodos

Se desarrolló un estudio de tipo descriptivo, observacional y de corte transversal, cuyo propósito fue examinar la tasa de mortalidad atribuible a Esquizofrenia en Chile entre los años 2019 y 2024. Para ello, se consideraron variables como sexo, grupo etario, región de residencia y lugar del deceso. La información fue recopilada a partir de las bases de datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) y del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Para identificar las defunciones cuya causa básica correspondía a esquizofrenia se utilizaron los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.^a revisión (CIE-10), categoría F20.x, que comprende los subtipos codificados dentro de F20.

Cabe señalar que se utilizaron los datos censales correspondientes al año 2017,

periodo en el cual la Región de Ñuble aún no se encontraba oficialmente constituida. Por lo tanto, los fallecimientos ocurridos en dicho territorio fueron contabilizados dentro de los registros de la Región del Biobío, siguiendo la delimitación territorial vigente al momento del censo.

Se llevó a cabo el cálculo de la tasa de mortalidad (TM) mediante la siguiente fórmula:

Tasa de mortalidad:

$$\frac{\text{Número de defunciones por Esquizofrenia en determinado año}}{\text{Población total en riesgo}} \times 100.000$$

El procesamiento de la información se realizó utilizando Microsoft Excel, herramienta que permitió organizar y analizar los datos con el objetivo de identificar patrones epidemiológicos relevantes asociados a la mortalidad por Esquizofrenia.

Finalmente, es importante destacar que el estudio se fundamentó exclusivamente en bases de datos públicas y anonimizadas, lo que eximió la necesidad de aprobación por parte de un comité de ética.

Resultados

Durante el período comprendido entre 2019 y 2024, la tasa de mortalidad (TM) atribuible a esquizofrenia en Chile mostró una variación anual, con un valor máximo registrado en el año 2021, alcanzando los 0,32 fallecimientos por cada 100.000 habitantes. Le siguieron los años 2022 con 0,28 y 2019 con 0,25. En contraste, los valores más bajos se observaron en 2020 (0,16) y 2023 (0,18), mientras que en 2024



la TM fue de 0,21 por cada 100.000 habitantes.

Al analizar los datos según sexo, se observó una tendencia mayor en hombre a lo largo del período estudiado, registrándose tasas superiores durante cinco de los seis años estudiados (promedio del período: 0,21 en hombres frente a 0,17 en mujeres por 100.000 habitantes). En los hombres, las tasas fluctuaron entre 0,15 (2020) y 0,26 (2021), con repuntes de 0,24 en 2019 y 2022, y de 0,22 en 2024. Por su parte, en las mujeres se observó un comportamiento basal inferior (0,19 en 2019; 0,12 en 2020; 0,16 en 2023 y 0,14 en 2024), a excepción del año 2021, en el cual experimentaron un alza pronunciada alcanzando su tasa máxima del período con 0,29 por cada 100.000 habitantes, superando puntualmente a la tasa masculina de ese año (**Gráfico 1**).

Respecto a la distribución etaria, hubo 1 fallecimiento en 10–14 años en 2019 (TM 0,09), mientras durante el período 15–19 años no se registraron fallecimientos. En el grupo de 20 a 44 años, las tasas fueron muy bajas, no superando los 0,03 por cada 100.000 habitantes. En el grupo de 45 a 64 años, la mortalidad fue mayor, alcanzando su punto más alto en 2021 con una tasa de 0,40, y disminuyendo progresivamente hasta 0,19 en 2024. En los adultos mayores de 65 a 79 años, se evidenció un aumento considerable en 2021 (1,50) y 2022 (1,24), seguido de una leve disminución en los años siguientes. No obstante, el grupo con mayor carga de mortalidad fue el de 80 años y más, especialmente en 2024, año en que se alcanzó la tasa más alta de todo el

análisis: 2,34 por cada 100.000 habitantes (**Tabla 1**).

En cuanto a la distribución regional, la Región Metropolitana presentó la mayor TM atribuible a esquizofrenia (0,40), seguida por Valparaíso (0,16), y varias regiones con valores intermedios como Maule, Biobío y La Araucanía, todas con una tasa de 0,09. En el extremo opuesto, regiones como Aysén no registraron fallecimientos, mientras que Tarapacá y Magallanes presentaron valores mínimos de 0,01 (**Gráfico 2**).

Finalmente, en relación con el lugar de defunción registrado por el DEIS, la gran mayoría de las muertes aconteció en el domicilio del paciente (casa habitación), concentrando el 77,4% del total de las defunciones. En contraste, solo un 13,7% de los fallecimientos tuvo lugar en recintos asistenciales (hospitales o clínicas), y el 9,0% restante correspondió a otros lugares no especificados o en la vía pública (**Gráfico 3**).

Discusión

Durante el año 2021, se observó un aumento en la tasa de mortalidad (TM) por esquizofrenia en Chile en comparación con los años 2020 y 2023. Este fenómeno puede explicarse por una combinación de factores relacionados con la pandemia de COVID-19 y sus repercusiones sobre la atención de salud mental y el estado clínico de los pacientes con esquizofrenia.

En primer lugar, las personas con esquizofrenia presentan múltiples comorbilidades como diabetes tipo II,



enfermedades pulmonares crónicas, hipertensión arterial y una alta prevalencia de tabaquismo, las cuales incrementan significativamente el riesgo de complicaciones graves y mortalidad en caso de infección por SARS-CoV-2. Se estima que entre un 50 y 90 % de los pacientes con esquizofrenia son fumadores, y muchos presentan un estilo de vida sedentario, baja utilización de servicios de salud y trastornos metabólicos asociados tanto al tratamiento farmacológico como a la enfermedad de base (9). Esto, junto con la sobrecarga hospitalaria durante 2021, aumentó el riesgo de desenlaces fatales.

En segundo lugar, la pandemia provocó una desorganización de los servicios de salud mental en Chile. La disminución en la frecuencia de controles médicos, la interrupción de tratamientos ambulatorios y el cierre parcial de centros de atención condujeron a un menor seguimiento clínico, mayor descompensación de los síntomas psicóticos y aumento del riesgo de suicidio o complicaciones médicas agudas (5). A esto se sumó el impacto del aislamiento social extremo, que agravó síntomas negativos y cognitivos de la enfermedad, como la anhedonia, el retraimiento social y la desmotivación (8).

En contraste, la TM fue más baja en el año 2020, posiblemente debido al efecto inicial del confinamiento, el cual redujo la movilidad y la exposición al virus en personas con menor contacto social, como es el caso de algunos pacientes con esquizofrenia institucionalizados o en situación de dependencia (9). Asimismo, en 2023, la situación sanitaria había mejorado

considerablemente gracias a la implementación de campañas masivas de vacunación, la reapertura progresiva de los servicios de salud mental y una mayor conciencia clínica sobre la vulnerabilidad de estos pacientes, lo que favoreció una atención más adecuada y preventiva (5).

En suma, el aumento de la mortalidad por esquizofrenia en 2021 puede entenderse como una consecuencia indirecta de la pandemia, mientras que la menor mortalidad en 2020 y 2023 respondería a factores como la reducción de la exposición al virus y la reestructuración del sistema de salud, respectivamente.

Por otro lado, diversos factores explican por qué los hombres presentan una mayor TM por esquizofrenia en comparación con las mujeres, así como el aumento significativo de esta tasa en personas mayores de 80 años.

Se ha observado que los hombres suelen desarrollar esquizofrenia en etapas más tempranas de la vida, típicamente entre los últimos años de la adolescencia y los primeros años de la adultez. Este inicio precoz se asocia con un curso clínico más severo y una mayor discapacidad funcional a largo plazo, lo que repercute negativamente en el pronóstico vital de los pacientes masculinos (5). Además, los hombres tienden a presentar una menor adherencia al tratamiento y una utilización más limitada de los servicios de salud mental, factores que incrementan la probabilidad de recaídas, hospitalizaciones y complicaciones médicas (8).

Asimismo, existe una alta prevalencia de comorbilidades médicas entre los hombres



con esquizofrenia, como enfermedades cardiovasculares, síndrome metabólico, tabaquismo y consumo problemático de alcohol, todos ellos factores que contribuyen a una mayor mortalidad prematura (9). Este riesgo se ve acentuado por la elevada tasa de suicidio en este grupo: se estima que entre el 5 y el 10 % de los pacientes con esquizofrenia fallecen por esta causa, siendo los varones jóvenes un subgrupo particularmente vulnerable (5). A nivel epidemiológico, los datos también respaldan una mayor incidencia de esquizofrenia en hombres que en mujeres, con una razón de tasas de incidencia (IRR) estimada en 1.54 (10).

Respecto a la edad, la mortalidad por esquizofrenia tiende a aumentar considerablemente en personas de 80 años o más. Esto se debe, en gran medida, a la acumulación de comorbilidades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2, enfermedades respiratorias, hipertensión arterial y trastornos cardiovasculares, las cuales se agravan con el envejecimiento y con el uso prolongado de fármacos antipsicóticos (9). Asimismo, los pacientes de edad avanzada con esquizofrenia presentan con frecuencia un deterioro cognitivo y funcional que dificulta el autocuidado y la adherencia a los tratamientos, aumentando la vulnerabilidad frente a eventos clínicos adversos (5).

Adicionalmente, el aislamiento social y la institucionalización, comunes en esta población, favorecen un estado de fragilidad física y mental que impacta negativamente en la evolución clínica y reduce el acceso a una atención sanitaria oportuna (5). Por

tanto, tanto el sexo masculino como la edad avanzada constituyen factores de riesgo importantes para una mayor mortalidad en pacientes con esquizofrenia, lo que refuerza la necesidad de estrategias clínicas diferenciadas y de enfoque preventivo adaptado a estas poblaciones.

Ahora en cuanto a distribución regional se observó una mayor TM por esquizofrenia en la Región Metropolitana de Chile, en comparación con regiones como Aysén y Magallanes, esto puede explicarse principalmente por factores demográficos, sociales y de acceso a la salud que influyen directamente en la evolución clínica y la calidad de vida de los pacientes con esta enfermedad.

La Región Metropolitana concentra la mayor población urbana del país. Estudios epidemiológicos han asociado la urbanicidad con una mayor incidencia de esquizofrenia en comparación con áreas rurales, debido al mayor nivel de estrés psicosocial, exposición a ambientes hostiles, contaminación ambiental y sobrecarga de estímulos sensoriales y sociales (10). Sin embargo, evidencia reciente muestra que esta relación varía según el contexto geográfico y no se ha reproducido de forma consistente en Latinoamérica (14). Por ello, la urbanización podría considerarse un factor contextual, sin establecer una relación causal directa con la mayor mortalidad observada en esta región.

Además, en pacientes con esquizofrenia, factores como pobreza, desempleo, consumo de sustancias y estigmatización social se han asociado con una peor



evolución clínica y mayor riesgo de abandono terapéutico y recaídas (5). El consumo de cannabis, en particular, se ha relacionado con un inicio más temprano y peores desenlaces funcionales (11). En este sentido, un estudio reciente mostró que el riesgo atribuible de esquizofrenia asociado al trastorno por consumo de cannabis aumentó en contextos de mayor disponibilidad y consumo, estimándose que hasta un 18,9% de los casos incidentes en varones jóvenes podrían atribuirse a este trastorno (15).

En contraste, Aysén y Magallanes presentan menor densidad poblacional y características territoriales distintas a la Región Metropolitana. Sin embargo, dado que la asociación entre urbanicidad y trastornos psicóticos varía según el contexto geográfico y no se ha reproducido de forma consistente en Latinoamérica (14), no es posible atribuir las menores tasas de mortalidad observadas en estas regiones a un efecto protector de la ruralidad.

En suma, las diferencias territoriales entre Aysén, Magallanes y la Región Metropolitana podrían estar relacionadas con características demográficas, sociales y de acceso a la atención. Sin embargo, factores como la cohesión comunitaria, las redes familiares, el estilo de vida o la exposición a factores ambientales no permiten explicar por sí solos las menores tasas de mortalidad observadas, por lo que estos hallazgos deben interpretarse con cautela (12).

Si bien es cierto que las regiones australes tienen limitaciones en el acceso a

especialistas, la menor carga social y el estilo de vida menos estresante podrían compensar este déficit en el caso particular de trastornos mentales crónicos. Además, al existir una menor población, la atención puede ser más personalizada y estrechamente vinculada a redes familiares y comunitarias, lo que favorece una detección temprana y mejor adherencia a los tratamientos disponibles (8).

En relación con el lugar de defunción, la elevada concentración de muertes ocurridas en casa habitación (77,4%) representa un hallazgo que contrasta significativamente con el patrón de mortalidad general en Chile, donde la mayor proporción de decesos suele registrarse en recintos intrahospitalarios. Desde una perspectiva sanitaria, resulta indispensable comprender si esta cifra refleja un desenlace previsto en el marco de cuidados paliativos y acompañamiento familiar, o si, por el contrario, traduce muertes agudas o súbitas desatendidas por barreras estructurales de acceso a la red asistencial. La evidencia disponible orienta hacia esta segunda hipótesis: los pacientes con esquizofrenia enfrentan dificultades sistemáticas para sostener controles regulares debido al aislamiento social, la desorganización conductual y el rechazo o desconfianza hacia la atención médica, a lo que se suma la estigmatización del sistema sanitario, factores que pueden demorar la respuesta médica y el traslado a urgencias ante síntomas somáticos o psiquiátricos graves (9). Del mismo modo, muchas familias y cuidadores primarios carecen de los recursos o conocimientos técnicos



indispensables para reconocer oportunamente signos de agravamiento clínico, especialmente en contextos donde la esquizofrenia coexiste con enfermedades médicas crónicas de alto riesgo como diabetes mellitus o EPOC (13), precipitando que los decesos ocurran en el hogar sin intervención sanitaria oportuna.

El predominio del deceso en domicilio refleja deficiencias críticas en la red asistencial chilena. Si bien la Ley N° 21.331 de 2021 fortaleció el resguardo de los derechos y limitó la hospitalización involuntaria en favor del modelo comunitario, persiste una brecha estructural de recursos y plazas asistenciales. Esta limitación perpetúa la escasez de camas psiquiátricas en hospitales generales y la falta de dispositivos intermedios o equipos móviles de seguimiento domiciliario (16). En consecuencia, la contención de crisis y el cuidado crónico recaen de manera desproporcionada en el núcleo familiar, sugiriendo que el deceso en casa obedece más a barreras de acceso y desatención ambulatoria que a una planificación paliativa formal.

Como limitación metodológica, se utilizó la población del Censo 2017 como denominador para todo el período 2019–2024, lo que no considera los cambios demográficos ocurridos

posteriormente. Esto podría generar una sobreestimación o subestimación de las tasas y afectar su comparación entre años y regiones.

Conclusión

El presente estudio evidenció que entre 2019 y 2024, la tasa de mortalidad por esquizofrenia en Chile varió significativamente, alcanzando su punto máximo en 2021, posiblemente debido al impacto indirecto de la pandemia por COVID-19. Factores como el sexo masculino, la edad avanzada, y la residencia en la Región Metropolitana se asociaron con una mayor mortalidad. En contraste, regiones australes como Aysén y Magallanes, de menor densidad poblacional y con mayor cohesión social, presentaron tasas considerablemente más bajas. La elevada proporción de muertes en el domicilio sugiere dificultades en el acceso oportuno a servicios de salud mental. Estos hallazgos subrayan la necesidad de fortalecer las políticas de atención psiquiátrica con un enfoque territorial y de equidad sanitaria que considere las particularidades demográficas y sociales de cada región del país.



Anexos (Figuras, gráficos y tablas)

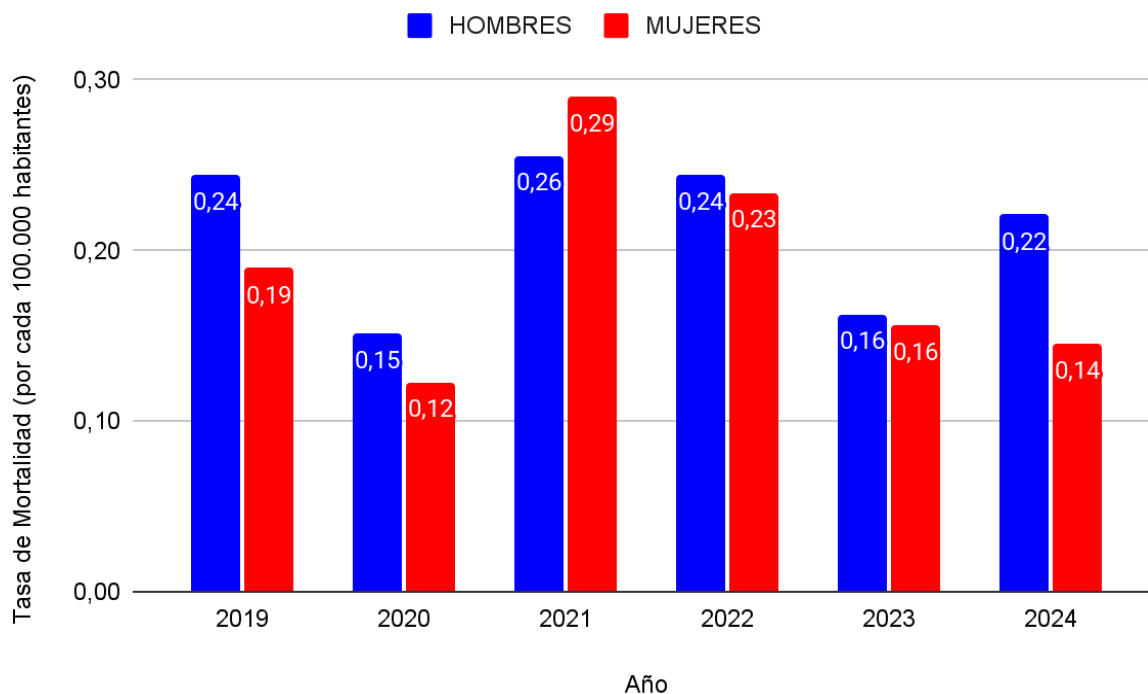


Gráfico 1: Tasa de mortalidad (por cada 100.000 habitantes) por Esquizofrenia según sexo en el periodo 2019-2024 en Chile. El gráfico de barras comparativo muestra el pico general de mortalidad durante la pandemia en el año 2021 tanto en hombres (0,26) como en mujeres (0,29), y la tendencia sostenida de mayor mortalidad global en hombres hacia el cierre del periodo en 2024 (0,22 vs. 0,14).



Edad	TM 2019	TM 2020	TM 2021	TM 2022	TM 2023	TM 2024	TM PERIODO
10-14 años	0,09	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01
15-19 años	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
20-44 años	0,03	0,00	0,03	0,02	0,02	0,02	0,02
45-64 años	0,38	0,21	0,40	0,33	0,24	0,19	0,29
65-79 años	0,91	0,91	1,50	1,24	0,85	0,78	1,03
80 años y más	1,06	0,21	1,27	1,70	0,85	2,34	1,24

Tabla 1: Tasa de Mortalidad (por cada 100.000 habitantes) por Esquizofrenia según grupo etario en Chile durante el periodo 2019-2024. Elaboración propia a partir de registros de defunción del DEIS y proyecciones poblacionales del INE. TM: Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes.

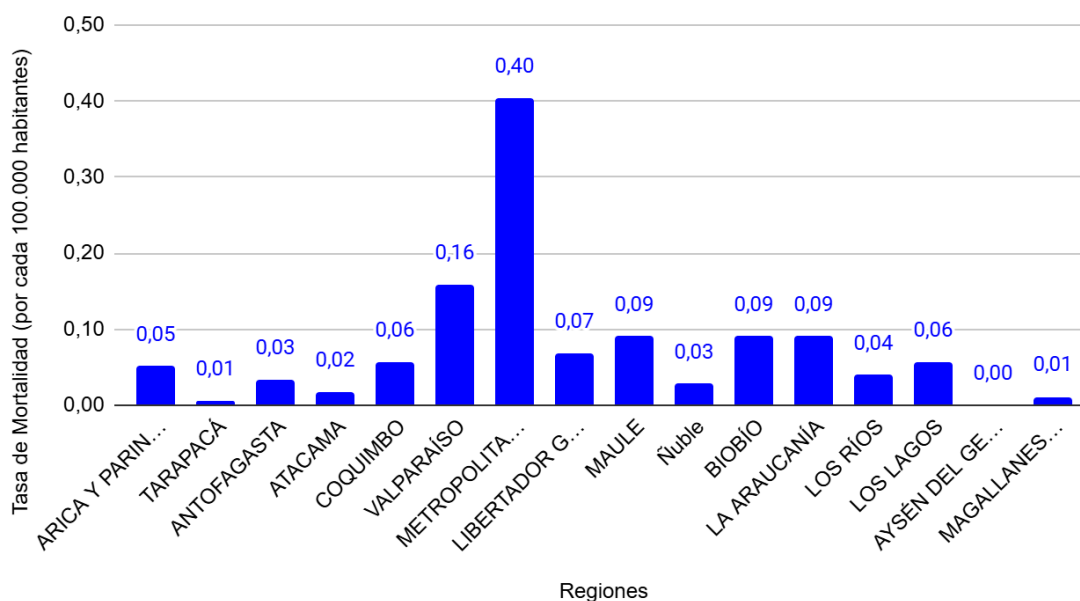


Gráfico 2: Tasa de Mortalidad (por cada 100.000 habitantes) por Esquizofrenia según distribución regional durante el periodo 2019-2024 en Chile. Representación en diagrama de barras/ mapa regional que grafica el gradiente de mortalidad: encabezado por la Región Metropolitana (0.40) y Valparaíso (0,16).

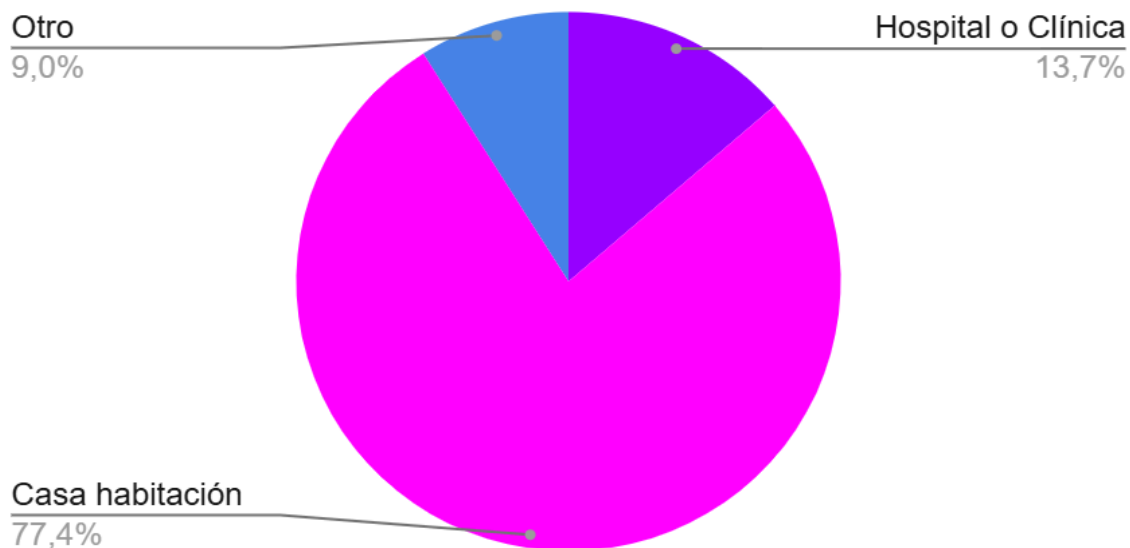


Gráfico 3: Porcentaje de defunciones según lugar de deceso por Esquizofrenia en el periodo 2019-2024 en Chile. Gráfico de sectores que ilustra la concentración masiva de las defunciones en casa habitación (77.4%), comparada con el ámbito hospitalario o clínico (13.7%) y otros lugares/ vía pública (9,0%).



Referencias

1. Borelli CM, Solari H. Schizophrenia. JAMA. 2019;322(7):661. doi:10.1001/jama.2019.11073.
2. Buckley PF. Neuroinflammation and schizophrenia. Curr Psychiatry Rep. 2019;21(72). doi:10.1007/s11920-019-1050-z.
3. Hartmann SM, Heider J, Wüst R, Fallgatter AJ, Volkmer H. Microglia-neuron interactions in schizophrenia. Front Cell Neurosci. 2024;18:1345349. doi:10.3389/fncel.2024.1345349.
4. Sagud M, Mihaljevic Peles A, Pivac N. Smoking in schizophrenia: recent findings about an old problem. Curr Opin Psychiatry. 2019;32(5):402–408. doi:10.1097/YCO.0000000000000529.
5. Faden J, Citrome L. Schizophrenia: one name, many different manifestations. Med Clin North Am. 2023;107(1):61–72. doi:10.1016/j.mcna.2022.05.005.
6. Correll CU, Solmi M, Croatto G, Schneider LK, Rohani-Montez SC, Fairley L, et al. Mortality in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors. World Psychiatry. 2022;21(2):248–271. doi:10.1002/wps.20994.
7. Marder SR, Cannon TD. Schizophrenia. N Engl J Med. 2019;381(18):1753–1761. doi:10.1056/NEJMr1808803.
8. McCutcheon RA, Marques TR, Howes OD. Schizophrenia—An Overview. JAMA Psychiatry. 2019;76(10):969–978. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.3360.
9. Fonseca L, Diniz E, Mendonça G, Malinowski F, Mari J, Gadelha A. Schizophrenia and COVID-19: risks and recommendations. Braz J Psychiatry. 2020;42(4):327–30. doi:10.1590/1516-4446-2020-0010.
10. Castillejos MC, Martín-Pérez C, Moreno-Küstner B. A systematic review and meta-analysis of the incidence of psychotic disorders: the distribution of rates and the influence of gender, urbanicity, immigration and socio-economic level. Psychol Med. 2018;48(12):2107–2117. doi:10.1017/S0033291718000235.
11. García Álvarez L, Gomar JJ, García-Portilla MP, Bobes J. Consumo de cannabis y alteraciones cognitivas en esquizofrenia y primeros episodios psicóticos. Adicciones. 2019;31(2):97–108.
12. Carrera Panchana VA. Factores biopsicosociales de los trastornos del espectro esquizofrénico. Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación. 2021;5(39):205–223.



- doi:10.29018/issn.2588-1000vol5iss39.2021pp205-223
13. Lieberman JA, First MB. Psychotic Disorders. *N Engl J Med*. 2018;379(3):270-280. doi:10.1056/NEJMr1801490.
14. Mascayano F, Lee J, Yang X, Li Z, Casanueva R, Hernández V, et al. Defining urbanicity in the context of psychosis research: a qualitative systematic literature review. *Schizophr Bull*. 2025;51(5):1312-1327. doi:10.1093/schbul/sbae157.
15. Myran DT, Pugliese M, Harrison LD, Solmi M, Anderson KK, Fiedorowicz JG, et al. Changes in incident schizophrenia diagnoses associated with cannabis use disorder after cannabis legalization. *JAMA Netw Open*. 2025;8(2):e2457868. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.57868.
16. Rosel Barbieri LA, Pigozzi Sandoval PP, Arenas Massa A. Desafíos clínicos y normativos de la internación forzada en Chile, en virtud de la nueva Ley de Salud Mental. *Rev Med Chile*. 2023;151(4):497-504. doi:10.4067/s0034-98872023000400497.

REVISTA
ANACEM